

## PÓSTERS

# SESIÓN DE PÓSTERS

Jueves, 5 de junio

*Moderan:*  
Purificación Díaz Veiga. *Valladolid*  
Baldomero Álvarez Fernández. *Málaga*

## Área Clínica

### P001

#### VALORACIÓN DEL PIE DE RIESGO EN PACIENTES CON DIABETES EN UNA CONSULTA DE ENFERMERÍA

A. Martínez Sabater, M.F. Pascual Ruiz y J. Martí Colomer  
*Hospital Francesc de Borja. Gandia.*

**Introducción:** Dentro del trabajo diario del profesional de Enfermería con los mayores, la atención al paciente con Diabetes Mellitus supone una parte importante del quehacer diario.

El pie diabético supone una de las complicaciones más frecuentes y que van a suponer un mayor coste, no solo a nivel físico, sino social y económico, tanto para el paciente como para la sociedad.

**Objetivo:** Nos planteamos realizar un estudio descriptivo observacional sobre los hábitos higiénicos respecto al cuidado de los pies de los pacientes mayores de 60 años afectos de Diabetes Mellitus remitidos a la Consulta de Enfermería.

**Material y métodos:** Hemos estudiado a 56 pacientes (54% hombres 46% mujeres) mayores de 60 años remitidos a la Consulta de Enfermería.

Se les ha preguntado por la presencia de sintomatología de Claudicación intermitente y de Neuropatía Periférica, así como diferentes cuestiones referentes al cuidado e higiene de los pies.

Al mismo tiempo se ha realizado una exploración del estado de los pies y examen de detección de patología vascular y neuropática.

**Resultados:** Se ha encontrado un déficit importante de Cuidados Podológicos en los pacientes estudiados: altos porcentajes de déficit de higiene, falta de hábito de visita al profesional de podología, alta frecuencia de autocorte, etc.

**Conclusión:** El profesional de Enfermería por el alto contacto que tiene con el paciente afecto de Diabetes Mellitus, es un factor importante en la prevención y detección precoz de Pie Diabético y de la promoción de hábitos saludables.

### P002

#### CARACTERÍSTICAS Y EVOLUCIÓN DE LA INSUFICIENCIA CARDÍACA (IC) EN PACIENTES MUY ANCIANOS

J. Martí, I. Larrea y J. Ramella  
*Hospital Zumarraga, Zumarraga.*

**Objetivo:** Conocer las características y evolución de la insuficiencia cardiaca en mayores de 85 años.

**Pacientes y métodos:** Estudio retrospectivo de todos los pacientes ingresados en un Servicio Medicina Interna durante un periodo de 3 años por insuficiencia cardiaca. Se han analizado. Edad, sexo, Antecedentes, Índices de Barthel y Pfeiffer, clínica, exploraciones, tratamiento y evolución.

**Resultados:** Presentamos 96 pacientes, 61 mujeres y 35 varones con una edad de  $88,9 \pm 3,48$  años. Un 89% residía en ámbito familiar. Deterioro cognitivo 35%. Índice de Barthel normal 62%. Ingresos previos 53%. Enfermedades asociadas. HTA 68%, insuficiencia cardiaca previa 44%, cardiopatía isquémica 23%, DMellitus 25%, i renal 22%, EPOC 21%. Un 53% presentaba 3 ó mas enfermedades asociadas. Clínica. Disnea 92%, fibrilación auricular 55%, edemas 57%, ortopnea 54%, ingurgitación yugular 37%, dolor 14%. E. complementarias. Rx tórax: cardiomegalia 72%, d pleural 68%, signos estasis 10%, EAP 9%. ECG. FA 61%, r.sinusal 32%, r.marcapasos 7%, BCRDHH 25%, BCRIHH 18%, alteraciones repolarización 29%. Ecocardiograma se realizó a 35 pacientes. Alteraciones función sistólica 54%, diastólica 11%, esclerosis valvulares 43%, miocardiopatía 43%, valvulopatía severa 34%, CAI 25%, HTP 11%. Tratamiento. Diurético, digital y IECAS/ARA II. Estancia media fue de  $6,4 \pm 3,85$  días. Al 75% de los pacientes se modificó su tratamiento habitual añadiendo, diuréticos 34%, ARAII/IECAS 17%, digital 12%, dicumarínicos 10%, con el incremento del número de comprimidos de 6,24 previo al ingreso a 7,01. Un 27% fallecieron durante el ingreso.

**Conclusión:** La Hipertensión y la cardiopatía isquémica son las principales enfermedades asociadas. Escasa realización de ecocardiografía posiblemente relacionada con la edad de los pacientes. Mortalidad global elevada.

### P003

#### MOTIVO DE INGRESO DEL PACIENTE ANCIANO EN UNA UCI POLIVALENTE

A. Martínez Sabater y M.F. Pascual Ruiz  
*Hospital Francesc de Borja. Gandia.*

En los últimos años un elevado porcentaje de camas de las unidades de cuidados intensivos (UCI) son ocupadas por ancianos, e incluso ancianos mayores, pese a que en muchas ocasiones se toma en cuenta la edad para decidir la admisión o no de un paciente críticamente enfermo en una UCI. Pretendemos realizar un estudio descriptivo observacional de las causas de ingreso en los pacientes ingresados en la UCI del Hospital Francesc de Borja (unidad polivalente con 9 camas) durante el año 2007. Durante el año 2007 ingresaron en

nuestra unidad 648 enfermos, de los cuales el 64% eran mayores de 60 años. La media de estancias de los pacientes mayores de 60 años fue de 5,35 días. El 34% de los pacientes tuvieron como motivo de ingreso causas cardiovasculares, el 18% problemas neurológicos, el 16% de origen neurológico, un 13% como resultado de Cirugía de Riesgo y un 15% de otras causas (traumatología, endocrinología, digestivo, etc.). La mortalidad de los pacientes mayores de 60 años fue del 12,1%, ligeramente superior a la mortalidad de la unidad (10,6).

## P004

### VALORACIÓN DE UN PROGRAMA DE FISIOTERAPIA EN ANCIANOS CON TRASTORNOS PSQUIÁTRICOS

M.D. Nieto de Haro e I. Ríos Henares

Hospital Hermanas Hospitalarias del Sagrado Corazón de Jesús, Málaga.

**Introducción:** La rehabilitación puede ser un problema en pacientes con escaso potencial debido a enfermedades mentales crónicas e institucionalizados en centros psiquiátricos. Estos pacientes presentan discapacidades y deficiencias en relación con su edad y patología concomitante que le hacen más complicado el ser incluido en un programa de rehabilitación.

**Objetivo:** A raíz de la organización de un equipo multidisciplinar dentro de la unidad de psicogeriatría de un hospital psiquiátrico se intenta describir el perfil de pacientes incluidos en el programa de rehabilitación y conocer los factores de intervención que se han venido realizando para mantener los parámetros de calidad de vida.

**Material y método:** Estudio descriptivo retrospectivo analizando los registros de pacientes seleccionados para realizar FST desde Febrero del 2006. Las variables analizadas son el diagnóstico principal psiquiátrico, los años de duración de la enfermedad y su estancia en el hospital. Tipo de fisioterapia y sesiones realizadas. IB que presentaba a la inclusión en el programa y en el momento de la valoración. La ganancia funcional ha sido calculada como la diferencia entre ambos.

**Resultados:** Se han analizado un total de 41 pacientes con una edad media de  $79 \pm 8$  años (46% mayores de 80 años). Los diagnósticos psiquiátricos más frecuentes correspondían a demencia el 51% y esquizofrenias residuales el 32%. Dichos diagnósticos presentaban una evolución superior a los 5 años en el 78% de los casos con una estancia hospitalaria superior a los 5 años en el 44%. Dentro de las técnicas rehabilitadoras la más utilizada ha sido la FST activa en el 98% y la fisioterapia autopasiva con instrumental (54%). La ganancia funcional media ha sido de 8,17 puntos en el índice de Barthel (media del IB previo era de 35,2 puntos y la del IB al finalizar el estudio de 43,4 puntos). No hemos encontrado asociación entre la ganancia funcional, edad, diagnóstico psiquiátrico ni técnica de rehabilitación utilizada aunque si que existe asociación entre el IB y el diagnóstico psiquiátrico.

**Conclusión:** La efectividad de los programas de rehabilitación en los pacientes con trastornos psiquiátricos severos no está relacionada con el diagnóstico ni con la edad de los mismos, por lo que se debería fomentar desde las instituciones psiquiátricas con el objetivo de conseguir una mejoría funcional además de otros beneficios.

## P005

### MORTALIDAD EN PACIENTES PSQUIÁTRICOS

M.D. Nieto de Haro y P. Kosieradzki

Hospital Hermanas Hospitalarias del Sagrado Corazón de Jesús.

**Objetivos:** Estudiar la mortalidad y morbilidad de los pacientes fallecidos en nuestro centro (institución centenaria registrada como hospital de especialidad psiquiátrica) en un periodo de 4 años. Conocer la causa del fallecimiento e intentar correlacionar el diagnóstico psiquiátrico principal, la estancia hospitalaria, el deterioro funcional y la comorbilidad previa con el motivo del exitus.

**Material y método:** De historias clínicas conservadas en archivo se extraen los pacientes fallecidos en el periodo comprendido entre 2003-2007. Se describe el diagnóstico principal psiquiátrico, el motivo de fallecimiento, los años de duración de la enfermedad y su estancia en el hospital. El deterioro funcional se recoge mediante el IB que presentaba el paciente previo al exitus. Se establece la comorbilidad mediante el índice de Charlson corregido por edad.

**Resultados:** De un total de 1.404 pacientes ingresados en las diferentes unidades de nuestro centro el numero de fallecidos ha sido de 137 pa-

cientes. El 26% correspondía a hombres y el 74% a mujeres. La edad media de ambos sexos de 78 años con una estancia media que supera los 5 años en el 57,7% (33,6% más de 10 años ingresados). Los diagnósticos más frecuentes correspondían a demencia 45% y esquizofrenias 20%. Entre las causas de exitus la más frecuente la respiratoria en un 41% de los casos. El 53% de los pacientes registrados presentaban una dependencia total, el 15% una dependencia severa, el 30% restante una dependencia moderada o independencia. El Charlson corregido por edad da una comorbilidad alta con una puntuación igual o superior a 3 en el 89% de los casos. Hemos encontrado asociación entre la causa de exitus y las variables edad, índice de Barthel y Charlson corregido. No se ha encontrado asociación con el diagnóstico psiquiátrico principal, estancia hospitalaria o años de duración de la enfermedad psiquiátrica.

**Conclusiones:** El poder predictivo del nivel funcional previo y de la comorbilidad también demuestran su utilidad en los pacientes psiquiátricos institucionalizados en hospitales psiquiátricos. Largas periodos de hospitalización no suponen el principal factor de riesgo de mortalidad en pacientes psiquiátricos, por lo que suponemos que la calidad de los cuidados y el tratamiento integral son factores fundamentales para mejorar la supervivencia de los mismos.

## P006

### LA DOSIS DIARIA DEFINIDA COMO UNIDAD DE MEDIDA DEL CONSUMO DE NUTRICIÓN ENTERAL EN UN CENTRO SOCIOSANITARIO

C. Oriol Carné, M. Aguas Compairé, M. Pons Busom, F. Aguilar Pérez, C. Latre Gorbe, I. Gozalo Esteve y B. Eguileor Partearroyo  
Hospital Universitari Sagrat Cor - L'Aliança, Barcelona.

**Objetivo:** Analizar el consumo de productos de nutrición enteral en un centro sociosanitario.

**Método:** Se ha realizado un estudio retrospectivo, del 2003 al 2007, del consumo anual de productos de nutrición enteral en un centro sociosanitario de 280 camas de Barcelona. Se han clasificado los productos de nutrición enteral en dietas completas, dietas destinadas a situaciones especiales y suplementos. Se ha utilizado como unidad de medida la Dosis Diaria Definida (DDD) designando para las dietas completas y las especiales una DDD de 1500 kcal/día y para los suplementos 500 kcal/día. Asimismo, se han analizado las DDDs según las unidades de convalecencia, larga estancia y psicogeriatría. Los datos de larga estancia y psicogeriatría se han registrado a partir del momento en el cual se han creado estas unidades.

#### Resultados:

	DDD/100 estancias				
	2003	2004	2005	2006	2007
<b>DDD/tipo de dieta</b>					
Dietas completas	0,64	0,25	1,24	2,04	1,93
Dietas especiales	0,32	0,51	0,13	0,07	0,21
Suplementos	1,54	2,19	1,89	2,31	2,97
<b>Dietas enterales</b>	<b>2,49</b>	<b>2,97</b>	<b>3,26</b>	<b>4,42</b>	<b>5,10</b>
<b>totales</b>					
<b>DDD/unidad</b>					
Convalecencia	2,49	4,37	5,47	8,15	13,38
Larga estancia		2,27	3,09	3,22	1,69
Psicogeriatría			12,92	29,13	39,42

**Conclusión:** El aumento observado de las DDDs de los productos de nutrición enteral es debido a un incremento de las DDDs de las dietas completas y de los suplementos. Este crecimiento está relacionado con un aumento de las DDDs de las unidades de convalecencia y psicogeriatría. Surge la necesidad de estudiar si este incremento está correlacionado con un aumento real de las necesidades nutritivas de los pacientes.

## P007

### ANOMALÍAS DE LA HEMATOPOYESIS EN EL ENVEJECIMIENTO

E. Antón Aranda, M. Lores Domínguez, U. Apalategui Gómez, J. Martí Cabané y M. Escalante Boles  
Hospital de Zumarraga.

**Introducción:** Los síndromes mielodisplásicos (SMD) son anomalías clonales caracterizadas por hematopoyesis inefectiva (citopenias) y por el desarrollo de leucemia mieloide aguda (LMA).

**Pacientes y métodos:** Análisis retrospectivo de las historias de todos los pacientes  $\geq 65$  diagnosticados de SMD. Información: edad, sexo, enfermedades conocidas, manifestaciones clínicas y hematológicas iniciales, muestras de médula ósea, clasificación FAB, decisiones terapéuticas, complicaciones, causa de la muerte. Clasificación FAB (nº de blastos en s. periférica y en m. ósea): anemia refractaria (RA), RA con sideroblastos anillados (RARS), RA con exceso de blastos (RAEB), RAEB en transformación (RAEB-t), y leucemia mielomonocítica crónica (CMML).

**Resultados:** Entre 1994 y 2007, 29 pacientes fueron diagnosticados de SMD. Incidencia anual: 12/105. Doce varones y 17 mujeres, edad media 80 (65-93). Diecisésis pacientes mostraron síntomas iniciales relacionados con la anemia (disnea, astenia) y tres con infección pulmonar.

Hemograma inicial	Nº
Anemia aislada	10
Trombocitopenia aislada	1
Bicitopenia	10
Anemia y leucopenia	3
Anemia y trombocitopenia	3
Leucopenia y trombocitopenia	4
Pancitopenia	8

Médula ósea:					
FAB	nº	Anemia	Trombocitop.	Bicitop.	Pancitop.
RA	20	6	1	7	6
RAEB	5	2	2	1	
RARS	2	2			
CMML	2	1			1

Veintiocho pacientes recibieron transfusiones de hematíes. Supervivencia media, 28 meses (5-72). Causas de muerte: 4 infecciones, 3 complicaciones hemorrágicas, y 5 progresión de la enfermedad. Dos pacientes evolucionaron hacia LMA (7%).

**Conclusión:** La mielodisplasia resulta, probablemente, infradiagnosticada en la población geriátrica. Constituye una severa enfermedad. Actualmente, no hay tratamiento efectivo para pacientes con edad avanzada. 2366cce/244p

## P008

### VARIABLES ASOCIADAS A LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD

B. Grandal Leiros<sup>1</sup>, F.J. García García<sup>1</sup>, M.R. Padilla Clemente<sup>2</sup>, L.F. Moreno Ramírez<sup>1</sup>, A. Escolante Melich<sup>1</sup>, R. Paz Maya<sup>1</sup> y J. Fernández Soria<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Complejo Hospitalario, Toledo. <sup>2</sup>Hospital de la Santa Creu, Tortosa.

**Objetivo:** Conocer las variables que influyen en la autopercepción de la calidad de vida.

**Método:** Se trata de un estudio observacional longitudinal realizado a la población residente en el partido judicial de Toledo y que a fecha 1 de octubre de 1994 tenían 65 años o más.

Los datos fueron recogidos por entrevista personal con ellos mismos y sus familiares. Las variables estudiadas son calidad de vida, capacidad física, funciones intelectuales, variables sociodemográficas y comorbilidad. Se hace un análisis bivariante empleando el test de la  $\chi^2$  de Pearson para las variables cualitativas y el de la t de Student para variables cuantitativas.

**Resultados:** La proporción de sujetos con una buena calidad de vida es mayor entre los más jóvenes, los hombres, los que al menos han completado los estudios primarios, los casados, los que viven en un ámbito rural, los que son independientes para las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria y los que no presentan rasgos depresivos ni deterioro cognitivo.

Se relacionan con una peor calidad de vida la Diabetes Mellitus, la Enfermedad de Parkinson, la insuficiencia cardiaca, la cardiopatía isquémica, las arritmias, la OCFA, la enfermedad cerebrovascular y el consumo de tabaco. Por el contrario el consumo de alcohol se asocia con una mejor calidad de vida.

**Conclusión:** Existe una relación entre la calidad de vida y la situación funcional, la presencia de rasgo depresivo y el deterioro cognitivo.

## P009

### ¿LA CALIDAD DE VIDA DE LOS ANCIANOS INFLUYE EN LA MORTALIDAD DE MANERA INDEPENDIENTE?

B. Grandal Leiros, F.J. García García, M.R. Padilla Clemente, L.F. Moreno Ramírez, A. Escolante Melich, J.M. Fernández Ibáñez y C. Morales Ballesteros

Complejo Hospitalario, Toledo.

**Objetivo:** Conocer si la calidad de vida es un predictor independiente de mortalidad.

**Métodos:** Se trata de un estudio observacional longitudinal realizado a la población del partido judicial de Toledo y que a fecha 1 de octubre de 1994 tenían 65 años o más. Los datos fueron recogidos por entrevista personal con ellos mismos y sus familiares. Las variables estudiadas son calidad de vida, capacidad física, funciones intelectuales, variables sociodemográficas y comorbilidad. Se hace un análisis bivariante empleando el test de la  $\chi^2$  de Pearson para las variables cualitativas y el de la t de Student para variables cuantitativas. Empleamos la Regresión de Cox para el análisis multivariante. La muestra se compone de 3109 sujetos.

**Resultados:** La calidad de vida es un predictor independiente de mortalidad en el análisis bivariante, pero no en el análisis multivariante al ajustar por otros determinantes conocidos.

**Conclusión:** Los mecanismos que relacionan la calidad de vida y la mortalidad no están claros. Sí parece en vista de nuestros resultados que esta relación está mediada por la situación funcional, la comorbilidad, la presencia de rasgo depresivo y el deterioro cognitivo. El concepto de la calidad de vida es multifactorial y su relación con la salud no es tan directa como pueda parecer inicialmente. Es fundamental que en el cuestionario de la calidad de vida empleado se incluyan cuestiones sobre como el estado de salud condiciona la situación funcional y emocional.

## P010

### NUEVOS RETOS PARA ENFERMERÍA:

#### PROGRAMA DE ESTANCIA TEMPORAL GERIÁTRICA (RESPIR)

M.M. Rius Toledo

Benestar Social. Programa RESPIR. Diputació de Barcelona.

**Introducción:** Por todos es conocido el fenómeno social que durante los últimos años se ha ido produciendo con el envejecimiento de la población y la incorporación de la mujer al mundo laboral. También las Instituciones, para dar respuesta a las demandas de la sociedad han ido adaptando, colaborando y dando respuesta a dichas necesidades., con nuevos programas de atención a la persona mayor y a su entorno familiar, como el programa RESPIR. Que contempla la estancia temporal de la persona para permitir el descanso y/o el atender las necesidades de salud del cuidador principal y/o familia. Para enfermería esta suponiendo la adecuación en la metodología de trabajo, basada en unos cuidados geriátricos integrales (biopsicosociales) de larga duración a personas con diferentes patologías, en un espacio temporal determinado (30-60 días) y a la atención a sus familias. Estandarización del lenguaje enfermero y consenso en la realización de intervenciones eficaces y planes de curas estandarizados. Realizando una atención individualizada y en estrecha colaboración con el resto del equipo multidisciplinar, cuyo objetivo común es dar unas atenciones de calidad, en un ambiente agradable y que sea una continuidad con lo que la persona realizaba en su hogar y si es posible mejorando su estado de salud aumentando su calidad de vida y favoreciendo su autonomía.

**Objetivo:** Conocer perfil de demográfico del usuario de RESPIR. Conocer necesidades de salud y dependencia. Realización de una primera aproximación a los diagnósticos enfermeros formulando hipótesis diagnósticas.

**Método:** Muestra aleatoria de  $n = 100$  de una muestra de  $N = 325$  ingresos durante el primer semestre de 2007. Estudio de variables: edad, sexo, índice de Barthel al ingreso, necesidades de salud, Benestar Social (Hoja cumplimentada por médico de cabecera). Análisis estadístico. Hipótesis diagnósticas enfermeras.

**Conclusión:** Atendemos a personas con una edad media de 84 años, con pluripatología, y a veces con un seguimiento inadecuado de los tratamientos. Con una dependencia moderada y severa que en cualquier momento puede necesitar un ingreso hospitalario debido a su fragilidad en su estado de salud.

**P011****ESTANDARIZACIÓN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN DEMENCIAS**

I. Feria Raposo, M.C. Vilchez Esteve, M. Jiménez Rodríguez, E. Vilchez Esteve, M. Pastor Ramos y M. Delgado Almeda  
*BENITO MENNI C.A.S.M., Sant Boi de LL. Barcelona.*

**Objetivo:** Estandarizar los cuidados de enfermería en demencias siguiendo el modelo conceptual de Nancy Roper.

**Método:** Estudio de diseño cuantitativo de carácter descriptivo retrospectivo. Se realiza un estudio de prevalencia de diagnósticos enfermeros en cada actividad vital, sobre una muestra de 51 individuos con diagnóstico médico de demencia, ingresados entre el uno de febrero y el 31 de julio de 2006, ambos incluidos. Los datos se obtienen de la revisión de los planes de cuidados de enfermería.

El siguiente paso fue establecer los vínculos entre diagnósticos (NANDA), resultados (NOC) e intervenciones (NIC) de enfermería.

**Resultados:** El resultado de este proyecto es la configuración del Estándar de cuidados de Enfermería para la patología de Demencia.

**Conclusión:** La estandarización permitirá establecer una pauta de actuación de cuidados de enfermería para un grupo determinado de pacientes manteniendo siempre su individualidad. Tener una guía de trabajo sistemática y común, facilitará la evaluación de los cuidados en Enfermería y las investigaciones que se puedan llevar a cabo posteriormente. Este es el paso necesario para elaborar, en un futuro, una trayectoria clínica.

**P012****CRITERIOS ELECTROCARDIOGRÁFICOS EN POBLACIÓN ANCIANA CON HIPERTROFIA VENTRICULAR IZQUIERDA**

P.L. Serrano Cuadrado<sup>1</sup>, C. Rosado Artalejo<sup>1</sup>, M. Araujo Ordóñez<sup>1</sup>, F. Madruga<sup>1</sup>, A. Blanco<sup>1</sup> y C. Pérez<sup>2</sup>  
<sup>1</sup>Complejo Hospitalario, Toledo. <sup>2</sup>Hospital Universitario La Paz, Madrid.

**Introducción:** La hipertrofia del ventrículo izquierdo (HVI) se define como el aumento de masa de dicho ventrículo resultado de la sobrecarga crónica del ventrículo izquierdo causada por cifras elevadas de tensión arterial. Se ha demostrado como factor independiente de riesgo cardiovascular. Tanto el grosor del miocardio como la masa ventricular izquierda aumentan de forma lineal con la edad. El diagnóstico se puede realizar mediante parámetros ECG o ecocardiograma. En pacientes geriátricos, a pesar de ser hipertensos de larga evolución, es complicado llegar al diagnóstico de sospecha a través del ECG (Sensibilidad 7 – 35% HVI leve, 10 – 50% HVI moderada- severa), precisando del ecocardiograma para su confirmación, siendo, por tanto, este último el procedimiento de elección para el diagnóstico.

**Material y métodos:** Estudio descriptivo transversal durante el período de un año en pacientes ingresados en una unidad de agudos geriátricos en los que se demuestra HVI en ecocardiograma. Variables recogidas son: edad, sexo, Factores de riesgo cardiovascular, A. Personales de C. Isquémica, ACV y FA, n.º enf. Crónicas, fármacos, datos ecocardiográficos (dilatación de Al y FEVI) y criterios ECG de HVI (Rv5 > 26 mm, Rv6 > 20 mm, Rv6/Rv5 > 0,65 mm, Gubner- Ungeleider > 25 mm, Sokolow- Lyon > 35 mm, Cornell > 20 mm en mujeres y > 28 mm en hombres). En los casos BCRI en ECG (Sv2 > 25 mm, Sv3 > 30 mm y Sokolow para BCRI).

**Resultados:** Se han evaluado un total de 162 pacientes (58% mujeres), edad media 83,30 años (75-99). Media de Enf. crónicas 3,74. Consumo medio fármacos 6,25 (0-17). FRCV (82,7% HTA, 30% DM, 27,8% DL y 29,9% fumadores). Evento cardiovascular previo (Cardiopatía isquémica y/o ACV) 20% casos. tratamiento con IECAS o ARAII 52% casos. FEVI (48% casos > 60%, 42% entre 40 y 60% y 9,3% < 40%). Resultados criterios electrocardiográficos para HVI: Rv5: 88,3% NO cumplen. Rv6: 84% NO cumplen. Gubner- Ungeleider: 78,4% NO cumplen. Sokolow- Lyon: 64,8% NO cumplen. Cornell: 60,5% NO cumplen. Rv6/v5 > 0,65mm: 73,5% SI cumplen. En los casos con BCRI (16 pacientes). Sv2 81,3% NO cumplen. Sv3 93,8% NO lo cumplen y Sokolow BCRI: 87,5% NO lo cumplen).

**Conclusión:** Más del 80% nuestra población geriátrica sufren HTA de larga evolución. A pesar de ello, los criterios ECG de HVI secundaria aparecen tardíamente, demostrando que en nuestra población son insuficientes para estimarla, no cumpliendo ninguno de los criterios establecidos para el diagnóstico en la práctica clínica habitual, confirmando que el método diagnóstico más efectivo es el ecocardiograma.

**P013****ACCIDENTE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO AGUDO EN LOS MUY ANCIANOS: PERFIL DE FACTORES DE RIESGO, SUBTIPOS Y PRONÓSTICO**

L. Brescacin, C. Alonzo, C. Zurrú, M. Romano, E. Cristiano, L. Cámera y G. Waisman  
*Hospital Italiano de Buenos Aires. Argentina.*

**Objetivo:** Los resultados de los pocos estudios publicados que evaluaron el accidente cerebrovascular (ACV) isquémico agudo en pacientes muy ancianos (mayores de 80 años) han mostrado una incidencia alta de enfermedad de pequeña arteria, asociada a la hipertensión arterial (HTA) y la dislipidemia (DLP).

**Objetivo:** El objetivo de este estudio es describir el perfil de factores de riesgo, el subtipo de ACV y la evolución de nuestra población de pacientes muy ancianos.

**Métodos:** Se evaluaron retrospectivamente las historias clínicas de los pacientes mayores de 80 años con diagnóstico de ACV isquémico agudo, internados en nuestro hospital entre junio 2003 y junio 2005.

**Resultados:** Del total de pacientes internados en el período analizado con ACV isquémico agudo (n = 610), 177 eran mayores de 80 años (29%). La edad promedio fue 84,4 ± 4,4 años y el 62% eran mujeres. En la población evaluada se encontraron los siguientes factores de riesgo vascular: HTA (83%), DLP (41%), fibrilación auricular (25%), enfermedad coronaria (14%), diabetes (11%) y estenosis carotídea grave (2%). La prevalencia de demencia fue del 30% y los subtipos de ACV fueron: enfermedad de pequeña arteria (42%), indeterminado (32%), cardioembólico (19%), enfermedad de gran arteria (6%), y otras causas (1%). El 61% de los pacientes regresaron a su hogar al alta de internación, el 20% ingresó a un sistema de internación domiciliaria, el 10% a un geriátrico y el 4% a un hospital de cuidados crónicos. La mortalidad intrahospitalaria en el período agudo fue del 5%.

**Conclusión:** En nuestra población de muy ancianos, al igual que en la bibliografía publicada, la incidencia de enfermedad de pequeña arteria es elevada; este hecho se correlaciona con el perfil de factores de riesgo encontrado. Solamente el 6% tenía enfermedad de gran arteria, este hallazgo y la baja prevalencia de enfermedad coronaria podrían explicar la baja tasa de mortalidad de este grupo.

**P014****ASOCIACIÓN ENTRE SÍNDROME METABÓLICO, DETERIORO COGNITIVO Y DEPRESIÓN: ¿LA COMBINACIÓN DE FACTORES DETERMINA UN RIESGO MAYOR QUE LA SUMA DE LAS PARTES?**

L. Brescacin, C. Alonzo, C. Zurrú, M. Romano, E. Cristiano, L. Cámera y G. Waisman  
*Hospital Italiano de Buenos Aires. Argentina.*

**Objetivo:** Evaluar la relación del deterioro cognitivo y la depresión en pacientes que han tenido un accidente cerebrovascular (ACV) con los factores de riesgo vascular (FRV), en forma individual o combinados en el síndrome metabólico (SM).

**Métodos:** Análisis prospectivo de los pacientes con ACV internados entre diciembre de 2006 y agosto de 2007; se excluyeron los pacientes con afasia en los que no se pudo completar la evaluación cognitiva. Se realizó: Minimental test y se consideró deterioro cognitivo a un valor < 25/30; test del reloj (normal o patológico), Geriatric Depression Scale-15 y se consideró patológico a un valor > 5/15. Se utilizaron los criterios de ATP III para definir SM. Los datos se analizaron con un test de Chi2, confirmado por un Test exacto de Fisher.

**Resultados:** Se evaluaron 119 pacientes (56% hombres) con una edad promedio de 73 ± 12 años, de los cuales 17 tenían afasia; los restantes 102 fueron incluidos en el análisis. Los FRV identificados fueron: hipertensión arterial (HTA) 85%, dislipidemia (DLP) 57%, diabetes, 17%, tabaquismo 31%, ex-tabaquismo 17%, obesidad 39%, insuficiencia renal crónica 12%, enfermedad coronaria 18%, ACV previo 33%. Los valores de presión arterial en el año previo al ACV, con o sin tratamiento, correspondieron a los siguientes estadios de la clasificación del JNC 7: PA normal 46%, pre-HTA 17%, HTA estadio I 21%, HTA estadio II 16%. Se diagnosticó SM en 43 pacientes (36%). El test del reloj fue patológico en el 39% de los pacientes y el Minimental menor de 25 puntos en el 21%. El diagnóstico de depresión

se realizó en el 33%. En el análisis univariante se encontró que la DLP y el SM tuvieron una asociación significativa con deterioro cognitivo ( $p = 0,0001$ ) y con depresión ( $p = 0,01$  y  $p = 0,0001$  respectivamente).

**Conclusión:** En la cohorte analizada la presencia de síndrome metabólico se asocia en forma significativa a una mayor incidencia de deterioro cognitivo y depresión, al igual que la dislipidemia aislada. La asociación no fue evidente para hipertensión arterial probablemente debido al elevado grado de control previo al ACV de este factor de riesgo, atribuible al funcionamiento de un programa especial de prevención y control de esta patología en nuestra institución.

## P015

### VALORACIÓN DE LOS PACIENTES ANCIANOS INGRESADOS EN LA UNIDAD DE CURAS POST-AGUDAS EN LOS DOS PRIMEROS AÑOS DE FUNCIONAMIENTO

M. Barceló Trias, M. Barceló Trias, M.C. Cabeza Brasa, M.T. Antonio Rebollo, E. Francia Santamaría, O.H. Torres Bonafonte y D. Ruiz Hidalgo

Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.

**Objetivo:** Analizar las características de los pacientes ancianos ingresados en la unidad de curas post-agudas del Hospital de Sant Pau en los dos primeros años de funcionamiento.

**Pacientes y métodos:** En febrero del 2005 se abrió la planta de curas post-agudas. Los pacientes que ingresan en ella son derivados desde los diferentes servicios del hospital. El circuito para ingresar a los pacientes consiste en una petición para solicitar el ingreso y un médico de la Unidad de Geriatría procede a valorar si procede el traslado.

**Resultados:** Desde febrero del 2005 a enero del 2007 ingresaron un total de 1399 pacientes en la sala de cuidados post-agudos, de los cuales 1313 tenían más de 65 años (93,9%). De los pacientes ancianos un 58,8% eran mujeres y la edad media fue de 84,17 años (65-107). La mayoría de estos pacientes procedían del servicio de urgencias (59,7%). El Charlson medio de los pacientes ingresados era de 2,23 (0-10) y tomaban una media de 6,11 fármacos diferentes al día (0-19). Un 41,8% tenían demencia y la mayoría de ellos vivían en el domicilio (75%) un 19,1% estaban solos. Los diagnósticos más frecuentes han sido: la infección respiratoria de vías bajas (35,5%), la insuficiencia cardíaca descompensada (25,1%), la neumonía (14,5%) y la infección urinaria (12,6%), un 3,3% de los pacientes ingresaron por efectos secundarios de fármacos. Durante el ingreso un 35,7% de los pacientes sufrió alguna complicación, la más frecuente fueron el síndrome confusional (14,2%) y las infecciones de orina (7%). La media de días de estancia hospitalaria total fue de 19,39 días y en la sala de curas post-agudas de 15,05 días. Un 16,6% de los ingresados fueron exitus. La mayoría de los pacientes que marcharon de alta retornó a su domicilio (63,5%), un 7,9% precisó ingreso en centro sociosanitario y el resto en residencias. Un 22,9% de los pacientes reingresó en nuestro hospital en un período inferior a los tres meses y un 4,8% fue exitus en este tiempo.

**Conclusión:** El perfil de los ancianos ingresados en nuestra unidad es el de un paciente muy anciano, polimedicado y con riesgo importante de complicaciones intrahospitalarias.

## P016

### LA INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN UNA UNIDAD GERIÁTRICA DE AGUDOS

E. Carbo Serrano, A. Martínez Ortúñoz y M.C. Nadeu Mas  
Corporació Sanitari Parc Taulí, Sabadell.

**Introducción:** La esperanza de vida ha aumentado notablemente con avances tecnológicos y políticas sanitarias. La pluripatología de las personas mayores ha aumentado las demandas sanitarias y, el que nuestra sociedad define "vejez" por criterios bio-médicos serían justificaciones que han hecho necesario la aparición de las Unidades Geriátricas de Agudos (UGAS). Nuestra unidad se encuentra ubicada en la 3<sup>a</sup> planta del edificio VII Centenario del hospital de Sabadell y actualmente dispone de 36 camas del total de 765. Se define con la hospitalización de las personas mayores de 65 años que presentan reagudizaciones de enfermedades crónicas. Las más prevalentes.

ICC, AVC, EPOC, DEMENCIAS. El equipo interdisciplinar está constituido por: médico, enfermería, trabajadora social, fisioterapeuta y logopedia.

**Objetivo:** Restablecer y mantener la calidad de vida del enfermo y su entorno social, dando soporte e instrumentos educativos al cuidador principal a través del equipo interdisciplinar. Estabilizar los síntomas de la fase aguda manteniendo la máxima funcionalidad.

**Metodología:** El papel de enfermería es analizar las necesidades del enfermo desde una perspectiva bio-psico-social utilizando las siguientes herramientas: 1. Valoración del enfermo y su familia en el momento del ingreso reconociendo las necesidades básicas alteradas a través del índice de BARTHÉL y el cuestionario de PFEIFFER. 2. Reuniones periódicas del equipo interdisciplinar, plan terapéutico, para obtener una visión integral del enfermo teniendo en cuenta las decisiones familiares. 3. Elaboración del Informe de alta de enfermería, PRE-ALT, dirigido al centro de atención primaria vía e-mail. Si el enfermo se deriva a residencia y precisa cuidados de enfermería, éste se entrega directamente a su cuidador.

**Conclusión:** La entrevista personal y el índice de Barthel nos permite valorar las necesidades del anciano y elaborar un plan de atención de enfermería. El plan terapéutico permite una visión holística del paciente y su entorno para potenciar su autonomía y readaptarlo a su nueva situación. La intervención de enfermería en estas unidades no solo recae sobre el propio enfermo sino también en sus familiares. Así que hemos detectado la necesidad de realizar un tríptico educativo sobre los cuidados básicos dirigido al cuidador principal para facilitarles el manejo del enfermo en el domicilio.

## P017

### ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO SOBRE EL USO DE LA NUTRICIÓN ENTERAL CON FIBRA EN PACIENTES ANCIANOS CON ESTREÑIMIENTO CRÓNICO

M.J. Torres Camacho, A. Parellada Sabaté, M.E. González Acosta, M. Vázquez Perl, A. Parellada Sabaté, M.E. González Acosta y M. Vázquez Perozo

Institut Català de la Salut, Barcelona, CAP Manso, Barcelona.

**Introducción:** El estreñimiento afecta hasta un 80% de los ancianos institucionalizados.

**Objetivo general:** Describir la práctica clínica y el seguimiento de los pacientes ancianos con estreñimiento crónico y con suplemento de nutrición enteral.

**Objetivo específico:** Analizar la influencia de los suplementos de nutrición enteral con fibra en el ritmo y la consistencia de las deposiciones.

**Material y método:** *Diseño:* Estudio de intervención sin grupo control. *Población de estudio:* Ancianos que viven en geriátricos de Barcelona. *Período de estudio:* Febrero a mayo del 2007. *Tamaño de la muestra:* 25 residentes. Número de investigadores: 5. Instrumentos utilizados. Hoja de recogida de datos clínicos, epidemiológicos y antropométricos. Consentimiento informado del paciente y/o la familia de la realización del estudio. *Criterios de inclusión:* Pacientes mayores de 65 años que tomen un suplemento nutricional sin fibra con o sin laxante asociado. *Criterios de exclusión:* tomar un suplemento con fibra, tener contraindicaciones al uso de fibra: función gastrointestinal alterada, diabetes ID, estar tomando tratamiento antibiótico. *Desarrollo del estudio. Fase 1. (2 semanas):* Dieta enteral sin fibra. Selección de pacientes. Recogidas de datos iniciales epidemiológicos, antropométricos y datos clínicos. *Especificar:* nº de laxantes/día, deposiciones/día, consistencia y tipo de suplemento utilizado. *Fase 2. (1 semana):* Dieta enteral con fibra y 50% laxantes. Cambio del suplemento por uno con fibra más el 50% de laxantes. *Especificar:* nº de deposiciones/día, consistencia y tolerancia al suplemento nutricional usado. *Fase 3. (3 semanas):* Dieta enteral con fibra. Continuar con el suplemento nutricional con fibra, especificar el nº de deposiciones/día, consistencia y tolerancia al suplemento nutricional usado. Registrar en la última semana la T/A y parámetros analíticos.

**Resultados de los datos epidemiológicos y antropométricos.** Sexo: Mujeres: 84%. Hombres: 16%. Edad: Rango etario: (65-98 años). Edad media: 82,2 años. Promedio de nº de fármacos/persona: 4,36%. Diagnósticos principales: AVC: 12%. Depresión: 4%. Demencia: 36%. Parkinson: 4%. Insuf. Cardiaca: 16%. HTA: 8%. Art. degenerativa: 8%. Esquizofrenia: 8%. Hepatopatía alcohólica: 4%. **Estadística. 1<sup>a</sup> Fase.** Variables estudiadas: TA: 25 personas TA < 140/90. Glucemia basal:

Normoglucémicos (70-110 mg/dl) 88%. Glucemia > 110 mg/dl: 12%. Colesterol total: < 200 mg/dl: 76%; > 200 mg/dl: 24%. Triglicéridos: < 150 mg/dl: 84%; > 150 mg/dl: 16%. Suplementos utilizados: Precitene: 80% y Ensure: 20%. Laxantes utilizados: Lactulosa jarabe: 80%. Plantago Ovata sobres: 16%. Hidróxido de Mg: 4%. Nº de laxantes/día/pers: 1,54 dosis. Nº de deposiciones/día/pers: 0,88. Consistencia: Normal: 39%. Blanda: 37%. Dura: 24%. *Estadística. 2ª Fase.* Nº de laxantes/día/pers.: 0,77. Nº de deposiciones/día/pers: 1,05. Consistencia: normal: 47%, blanda: 46%, dura: 7%. Tolerancia al suplemento enteral con fibra 100%. *Estadística. 3ª Fase.* TA: 25 p TA < 140/90 mmHg. Glucemia basal: Normoglucémicos: 84%. Glucemia > 110 mg/dl: 16%. Colesterol total: < 200 mg/dl: 80%; > 200 mg/dl: 20%. Triglicéridos: < 150 mg/dl: 96%; > 150 mg/dl: 4%. Nº de laxantes: no se utilizan. Nº de deposiciones/día/persona: 1. Consistencia: normal: 56,2%; blanda: 43%; dura: 0,8%. Tolerancia al suplemento con fibra: 100%. *Resultados de consistencia.* Aumento de deposiciones normales (56,2%). Las blandas se mantienen igual (43%). Disminución significativa de la consistencia dura (0,8%). *Resultados de nº/deposiciones.* Aumento desde la 2ª fase.

**Conclusión:** La ingesta de un suplemento con fibra aumenta el número de deposiciones y el porcentaje de heces de consistencia normal en los ancianos con EC, lo que contribuye a la supresión de una medicación más: el laxante.

## P018

### CIRUGÍA DE ESTENOSIS AÓRTICA SEVERA EN PACIENTES > 80 AÑOS. NUEVOS HORIZONTES

M. Suárez Linares<sup>1</sup>, D. Calvo Cuervo<sup>2</sup>, E. García Carreño<sup>1</sup>, I. Lozano Martín-Luengas<sup>2</sup>, J.C. Llosa Cortina<sup>2</sup> y F. Suárez García<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Hospital Monte Naranco, Oviedo. <sup>2</sup>Hospital Universitario Central de Asturias.

<sup>3</sup>Consejería de Salud y Servicios Sanitarios del Principado de Asturias.

**Objetivo:** Conocer los resultados de la cirugía en octogenarios afectos de estenosis aórtica severa sintomática, tanto en lo que se refiere a la función como a los factores de riesgo de mortalidad a medio y largo plazo.

**Método:** Se incluyeron todos los pacientes ≥ 80 años con estenosis aórtica severa que fueron remitidos para cateterismo cardiaco al Servicio de Cardiología del Hospital Universitario Central de Asturias desde mayo de 1996 hasta mayo de 2006. Se recogieron de forma retrospectiva variables sociodemográficas, morbilidad, presencia de enf coronaria y/o cardiaca previa, fracc eyeción, hipertensión pulmonar, que habían sido recogidos previamente de forma prospectiva en el laboratorio de hemodinámica, grado funcional de la NYHA previo y las escalas de valoración de riesgo quirúrgico EuroSCORE y Parsonet. Se realizó un seguimiento de la cohorte durante 6 años y periodicidad anual, mediante entrevista telefónica directa con en enfermo/familia o con el centro de salud de referencia cuando lo anterior no era posible. Durante el seguimiento se obtuvo información sobre el grado funcional de la NYHA y la mortalidad de la cohorte. Se realizó una descripción de las complicaciones postoperatorias y supervivencia en los 30 primeros días. Se realizó un análisis de Kaplan Meier y un modelo de riesgos proporcionales de Cox con el fin de identificar los predictores independientes de muerte durante el período de seguimiento.

**Resultados:** De 137 pacientes, 104 fueron operados (75,9%) y 33 rechazados por baja fracción de eyeción, bronquitis crónica severa o negativa de la familia. Edad media  $81,7 \pm 1,5$ , mujeres 61,5%, diabéticos 18,4%, infarto previo 7,8%, enfermedad coronaria 32,7%. Hubo 3 casos (2,9%) de infarto perioperatorio, 6 (5,8%) accidentes cerebro-vasculares y 6 (5,8%) marcapasos definitivos. El 76,3% de los pacientes se mantuvieron en grado funcional I/IV NYHA a lo largo de una mediana de seguimiento de 24,4 meses. Cuatro pacientes (3,8%) fallecieron en los 30 primeros días y la probabilidad de supervivencia en los primeros seis años años fue: primer año  $90 \pm 2,9\%$ ; segundo año:  $81 \pm 4,2\%$ , tercer año:  $78 \pm 4,8\%$ , cuarto año:  $75 \pm 5,3\%$ , quinto año:  $65 \pm 7,2\%$  y sexto año:  $60 \pm 8,2\%$ . Tras el análisis multivariante los predictores independientes de mortalidad fueron: nivel de creatinina, cirugía urgente y reexploración por sangrado.

**Conclusión:** Los pacientes ≥ 80 años con estenosis aórtica severa pueden ser tratados con recambio valvular con baja incidencia de complicaciones, buena supervivencia resultados funcionales a largo plazo, siendo predictores de mortalidad, en nuestra serie, los niveles de creatinina, cirugía urgente y reexploración por sangrado.

## P019

### PREVALENCIA DE CAÍDAS EN PACIENTES DE MEDIA ESTANCIA INGRESADOS EN UN ÁREA PSICOGERIÁTRICA

I. Feria Raposo, M.C. Vilchez Esteve, M.J. Macarro Ríos, M.C. García Menbrive, M. Pastor Ramos y C. Romero Morón<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>BENITO MENNI C.A.S.M., Sant Boi de LL. Barcelona.

**Objetivo:** Identificar la prevalencia de caídas en pacientes de media estancia ingresados en un área psicogeriatría. Identificar el perfil del paciente con mayor riesgo de caídas en esta población.

**Método:** Estudio de diseño cuantitativo de carácter descriptivo retrospectivo. Se realiza un estudio de prevalencia de caídas producidas durante el año 2007 en el área psicogeriatría en pacientes de media estancia, resultando una muestra de 56 pacientes de un total de 146 ingresados. Los datos se obtienen de la revisión de las historias clínicas y de la aplicación informática de enfermería del centro. Del análisis se extrae la prevalencia de caídas y el perfil del paciente con mayor riesgo.

**Resultados:** Tras el análisis de los datos se obtiene que no existen diferencias entre sexos, la media de edad es de 76 años, el Barthel medio de la muestra es de 50 (dependencia moderada) y la prevalencia de caídas es de 2,02. El 66,07% de los pacientes tienen como diagnóstico principal demencia y los diagnósticos de enfermería más prevalentes son: Déficit de autocuidado: baño/higiene. Déficit de autocuidado: vestido/acicalamiento. Trastorno de los procesos del pensamiento.

**Conclusión:** Tras valorar los resultados, llegamos a las siguientes conclusiones 1. La caída es uno de los "gigantes" de la geriatría. 2. Sus causas son multifactoriales y su tratamiento puede incluir múltiples intervenciones. 3. Se debe detectar al anciano vulnerable de sufrir caídas mediante una valoración al ingreso y de manera periódica. 4. Poner en marcha medidas preventivas. 5. Evaluar la efectividad de la prevención.

## P020

### CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES HIPERTENSOS MUY ANCIANOS Y SU RELACIÓN CON EL DETERIORO COGNITIVO

J. Martí, I. Larrea y J. Ramella  
Hospital Zumarraga, Zumarraga.

La demencia y el deterioro cognitivo representan un importante problema de salud en el anciano. La elevada prevalencia de hipertensión y deterioro cognitivo en estos hace difícil de establecer si existe una asociación directa entre ellos. A pesar de que el uso de fármacos antihipertensivos disminuye el deterioro cognitivo.

**Objetivo:** Conocer las características de la hipertensión arterial (HTA) en edades extremas de la vida y la presencia de deterioro cognitivo.

**Pacientes y métodos:** Estudiamos todos los pacientes mayores de 95 años ingresados en Medicina Interna durante un período de 3 años. Se han valorado los siguientes parámetros. Edad, sexo, residencia, presencia o no de HTA, índice de Barthel, valoración cognitiva (cuestionario Pfeiffer) a los pacientes sin deterioro cognitivo previo, índice de Charlson, factores de riesgo cardiovascular (FRCV).

**Resultados:** De 70 pacientes mayores de 95 años ingresados, 36 (52%) presentaban HTA, de duración indeterminada, ningún paciente recordaba la antigüedad de la misma, (sin embargo estaba recogida como antecedente en el historial clínico entre 2-15 años). 30 fueron mujeres y 6 varones con una edad de  $96,4 \pm 1,95$  años. Ninguno estaba institucionalizado. La HTA fue en un 54% el único FRCV, siendo la asociación con F auricular (27%) y eventos cerebro vasculares previo (20%), las más frecuentes. D.Mellitus estuvo presente en 2 pacientes y siempre asociada a HTA. Los pacientes con HTA presentaron mayor deterioro cognitivo (deterioro severo 53% frente a un 23% de los no hipertensos), 4 pacientes con HTA presentaban demencia de Alzheimer frente a 1 de los no hipertensos. Índice de Charlson 0,92 en normotensos por 1,63 de los hipertensos ( $p < 0,01$ ). La dependencia para AVD en un 57% en pacientes con hipertensión fue severa-total frente a un 33% en no hipertensos.

**Conclusión:** Los pacientes muy ancianos con HTA presentan mayor dependencia, comorbilidad y deterioro cognitivo que los no hipertensos.

**P021****PERFIL DEL PACIENTE NONAGENARIO EN UNA UNIDAD DE HOSPITAL DE DÍA TERAPÉUTICO**

R. Sánchez Borgnis-Desbordes, R. Gómez Cortijo, S. Sánchez Martínez y E. Crusellas

Fundación Sociosanitaria de Manresa. Barcelona.

**Objetivo:** Describir el perfil clínico, funcional, cognitivo y social de los pacientes nonagenarios ingresados en una Unidad de Hospital de Día Terapéutico, así como su evolución funcional y destino al alta.

**Método:** Estudio retrospectivo-descriptivo de todos los nonagenarios ingresados en una Unidad de Hospital de Día Terapéutico entre los años 2005 y 2007: 17 pacientes. Se valoran las siguientes variables: edad y sexo; valoración funcional mediante el índice de Barthel previo, al ingreso y al alta; valoración cognitiva mediante el MEC; desde el punto de vista clínico el diagnóstico que motiva el ingreso y el nº de fármacos que toman; y por último la procedencia y el destino de estos pacientes al alta.

**Resultados:** La muestra es de 17 pacientes (n = 17), de los cuales 10 son mujeres (58,8%) y 7 varones (41,2%). Las edades van de los 90 años (41,2%) a los 97 años (5,8%) con un pico en los 93 años (17,6%). La media de I. de Barthel previo al ingreso era de 89,3/100: el 53,3% presentaban una dependencia leve (IB 60-95), el 40% son autónomos (IB 100/100) y el 6,7% dependencia moderada (IB 40-55). Al ingreso, la media de I. de Barthel es de 75,5/100: el 76,5% presentan una dependencia leve, el 17,6% una dependencia moderada y el 5,9% son autónomos. La media del I. de Barthel al alta es de 83,8/100: el 64,7% presentan una dependencia leve, el 29,4% son autónomos y el 5,9% dependencia moderada. La media del MEC es de 26/35, no presentarían deterioro cognitivo (MEC > 27) un 47%, no presentarían demencia (MEC > 24) un 58,8%. El motivo de ingreso fue: fractura de fémur (35,3%), ACV (17,6%), dolor lumbar (11,8%), deterioro funcional de múltiples causas (23,5%), y fractura de rodilla y E. de Parkinson con un 5,9% cada uno. El número medio de fármacos que tomaban habitualmente estos pacientes era de 5, el 64,7% presentaban polifarmacia (tomaban 4 o más fármacos). El 41,2% de los pacientes procedían de una Unidad de Convalecencia, el 35,3% de Atención Primaria y el 23,5% de Agudos. Al alta, el 82,3% de los pacientes volvió a domicilio, el 11,8% ingresó en una residencia y un 5,9% ingresó en Agudos.

**Conclusión:** Destaca el predominio de mujeres sobre varones, y el buen estado funcional previo al ingreso, así como la buena evolución con el tratamiento rehabilitador funcional, a pesar de la alta edad de los pacientes, con una situación cognitiva con deterioro leve o como mucho moderado. La mayor causa de ingreso es traumatológica, pero no debemos olvidar la principal causa neurológica (ACV). La mayoría de los pacientes vienen directamente de Atención Primaria o Agudos y no han hecho rehabilitación previamente, pero también el hospital de día es útil como paso intermedio para este tipo de pacientes entre el ingreso en Convalecencia y el alta definitiva, que en un 82,3% pudo volver a su domicilio.

**P022****CONDICIONES SOCIODEMOGRÁFICAS COMO FACTORES DE RIESGO DE AFECIONES BUCO DENTALES EN MUJERES DE LA TERCERA EDAD**

I.F. Díaz García<sup>2</sup>, R. del Toro Ávalos<sup>3</sup>, N.M. Mendoza Ruvalcaba<sup>1</sup>, E.D. Arias Merino<sup>3</sup>, A.E. Morales Sánchez<sup>5</sup>, L.G. Díaz García<sup>1</sup> y E. González Romero<sup>5</sup>

<sup>1</sup>Secretaría de Salud Jalisco. <sup>2</sup>Instituto de Investigación en Odontología, Universidad de Guadalajara, Jalisco, Guadalajara. <sup>3</sup>Centro Universitario de Ciencias de la Salud de la Universidad de Guadalajara, Jalisco. <sup>4</sup>Universidad Autónoma de Guadalajara, Jalisco. <sup>5</sup>Centro Universitario del Norte de la Universidad de Guadalajara.

**Introducción:** Con el envejecimiento pueden acrecentarse los trastornos orales debido a las condiciones tanto biológicas y sociales que acompañan al mismo.

**Objetivo:** Determinar si las condiciones sociodemográficas son factores de riesgo de afeciones buco dentales en mujeres de la tercera edad.

**Metodología:** Estudio transversal, analítico. Muestra: 228 mujeres que vivían en sus casas (60 años y más). Criterios de exclusión: deterioro cognoscitivo, depresión establecida, diabetes mellitus y dependencia.

dencia. Se recabaron datos sobre edad, estado civil y nivel escolar. Por medio de examen clínico se evaluó: uso de prótesis totales, dientes ausentes sin sustituir por una prótesis, periodontitis crónica (Índice Periodontal en Comunidades) e higiene de la lengua (Método de Miyazaki).

**Resultados:** Edad promedio 73,395 ± 6,770; tenían 60 a 74 años 56,6%, vivían sin una pareja 70%, con bajo nivel escolar (analfabetas, leer y escribir y primaria incompleta) 79,8%. El promedio de dientes sin sustituir por prótesis 5,614 ± 8,317. Tener 75 a 90 años representó un riesgo 2,55; 2,94; y 2,00 veces mayor de presentar mala higiene de la lengua, prótesis total en ambas arcadas y mas de una afección buco dental comparado con tener 60 a 74 años, p < 0,05. Vivir sin una pareja fue un riesgo 2,76 mayor para tener mala higiene de la lengua en comparación con vivir en pareja, p < 0,03.

**Conclusión:** En estas ancianas específicos desórdenes orales parecen estar asociados con la edad y vivir sin una pareja. La salud oral en el adulto mayor es un factor relacionado con su calidad de vida.

**P023****VALORACIÓN DE LA EFECTIVIDAD DEL TRATAMIENTO CON SULFATO FERROSO VÍA ORAL EN UNA POBLACIÓN ANCIANA INSTITUCIONALIZADA**

R. Pérez Sanz, T. Sánchez Vicente, E. González de Miranda, G. Macías González, P. López Mongil y L. Tabarés Gago

Residencia Cardenal Marcelo, Valladolid.

**Objetivo:** Conocer la eficacia del tratamiento con sulfato ferroso vía oral, durante tres meses, en pacientes ancianos con anemia ferropénica.

**Método:** Se trata de un estudio observacional, descriptivo, longitudinal y prospectivo, realizado en una residencia de ancianos. La población estudiada es de 194 ancianos, 73 hombres y 121 mujeres. De ellos, la muestra de pacientes tratados con sulfato ferroso es de 42 pacientes, 23 mujeres y 19 hombres. Las variables recogidas fueron: edad, sexo, valores de hemoglobina, hierro y hematocrito, tratamientos según la cantidad de hierro elemental suministrado y principales patologías relacionadas con anemia ferropénica. Los datos se han obtenido mediante revisión de la historia clínica: analíticas y antecedentes personales.

El período estudiado fue de Octubre de 2006 a Junio de 2007. Los datos se recogen y analizan mediante una tabla de Excel.

**Resultados:** Tras el tratamiento con sulfato ferroso durante tres meses se apreció una elevación media de la hemoglobina de 0,18 mg/dl. Sólo en 21 pacientes se elevaron las cifras, disminuyendo en 15 y permaneciendo invariable en 6. El hierro aumenta en 20 pacientes y disminuye en 22. El hematocrito se eleva en 23 y disminuye en 19.

**Conclusión:** Tras el tratamiento con sulfato ferroso durante tres meses se observa un aumento de la hemoglobina poco significativo, siendo muy numerosos los casos en que los valores disminuyen o permanecen igual. Se precisan más estudios para determinar las causas por las que no se produce un aumento mayor y que la literatura consultada establece en 0,5 mg/dl a la semana.

**P024****EFICACIA ANALGÉSICA DE LOS AGONISTAS OPIÁCEOS DE ACCIÓN RÁPIDA EN EL TRATAMIENTO DE ÚLCERAS COMPLEJAS EN PACIENTES GERIÁTRICOS**

E.B. Villegas Bruguera, E. Cuadra Rojano, A. Torres Cort, E. Samper Saldes y J. Altés Capella

Hospital Dos de Maig, Barcelona.

**Introducción:** Las úlceras complejas requieren a menudo una intensa analgesia durante las curas. El hidrocloruro de oxicodeona y el fentanilo oral son agonistas mayores opiáceos (OP) con una buena biodisponibilidad oral y una vida media plasmática corta, utilizados habitualmente en el dolor oncológico disruptivo.

**Objetivo:** Estudiar la eficacia analgésica de ambos fármacos en las curas de pacientes frágiles con úlceras muy dolorosas. Analizar los efectos secundarios y tolerancia a ambos fármacos.

**Pacientes y métodos:** 16 pacientes frágiles geriátricos hospitalizados con úlceras diversas muy dolorosas, con una pobre respuesta a la analgesia con analgésicos convencionales (AINES). Se midió la in-

tensidad analgésica mediante la Escala Visual Analgésica (EVA) numérica, durante la cura con AINES sin OP (EVA-1), durante la cura con OP (EVA-2) y dos horas después de la cura con OP (EVA-3). Se registró la incidencia e intensidad de efectos secundarios.

**Resultados:** Pacientes: 11 mujeres y 5 hombres, edad promedio 78 años (rango 70-86). Duración promedio del tratamiento: 29 días (rango 11-90). Intensidad analgésica: EVA-1: Promedio 9 (rango 7-10). EVA-2: Promedio 4 (rango 0-5). EVA-3: Promedio 3 (rango 0-5). No se detectaron efectos secundarios significativos asociados a los OP. No se precisaron controles analíticos suplementarios. No se observaron fenómenos de tolerancia farmacológica ni dependencia al retirar los OP.

**Conclusión:** Los opioides orales de acción rápida, como la oxicodona y el fentanilo, administrados de forma puntual, pueden ser una buena alternativa a la analgesia convencional con AINES para las curas dolorosas de úlceras complejas en pacientes geriátricos.

## P025

### COMBINACIÓN DE TERAPIA OCUPACIONAL Y FISIOTERAPIA EN EL TRATAMIENTO DEL ICTUS EN EL PACIENTE ANCIANO

G. Cardenal Félix, I. Roca Bauzá, C. Mut Salvà, M.I. Palau Riera, F. Miquel Moranta, E. Garduño Serna y A. Buades Lladonet  
Hospital Comarcal de Inca, Inca.

**Introducción:** En este póster pretendemos reflejar la importancia de la rehabilitación conjunta con Fisioterapia y Terapia Ocupacional en el anciano que ha sufrido de ICTUS.

**Materiales y metodología:** Para valorar la funcionalidad del paciente y su mejoría dentro de nuestro servicio se valoró a todos los pacientes utilizando la escala Barthel. Se realizó una primera valoración al iniciar tratamiento en nuestro servicio y otra al finalizar. Todos nuestros pacientes llegaron al servicio desde su ingreso en planta o bien remitidos de otro hospital.

**Resultados:** Durante este tiempo la progresión de recuperación ha sido de (datos todavía incompletos), y la media de tratamiento de entre todos los pacientes ha sido de (datos todavía incompletos). Todos ellos han recibido tratamiento ya sea desde fase aguda o en fase crónica.

**Conclusión:** Se aprecia la necesidad de comparar nuestros resultados con los de otros centros en los que solo existe una de las dos disciplinas.

## P026

### PREVENCIÓN DE LA DESNUTRICIÓN DEL MAYOR DESDE LA ATENCIÓN PRIMARIA

<sup>1</sup>Universidad de Granada. Facultad de Farmacia. <sup>2</sup>Servicio Andaluz de Salud, Jaén.  
M. Lay<sup>2</sup>, R. Artacho<sup>1</sup> y M.D. Ruiz-López<sup>1</sup>

**Objetivo:** Conocer la prevalencia de riesgo nutricional en una población mayor no institucionalizada que acude al Centro de Atención Primaria El Valle (Jaén), utilizando el test Mini Nutritional Assessment (MNA) y valorar su utilidad con fines preventivos ante una desnutrición.

**Método:** Estudio transversal, descriptivo y observacional en 70 individuos >65 años que acuden a dicho Centro. Se han recogido datos sociodemográficos, antropométricos (peso, talla, índice de masa corporal), de capacidad funcional (índice de Barthel, escala de la Cruz Roja, escala de depresión geriátrica de Yesavage) y de riesgo nutricional (MNA).

**Resultados:** La muestra (47,1% hombres y 52,8% mujeres) tiene una edad media de  $73 \pm 6,7$  años con un perfil sociodemográfico, de carácter rural y clase social media-baja. No existen diferencias estadísticamente significativas respecto al IMC ( $29,2 \pm 5,7 \text{ kg/m}^2$ ). El 25% de los hombres y el 50% de las mujeres presentan obesidad ( $IMC > 30 \text{ kg/m}^2$ ), y un 50% de los hombres y un 25% de las mujeres sobre-peso (mujeres IMC 25,5-30, hombre IMC 27-30). El 82,9% de los individuos es independiente para realizar actividades de la vida diaria y presenta una capacidad cognitiva normal, mientras que el 44,4% tienen una depresión probable. Según el test MNA, el 40% de los individuos presenta riesgo de desnutrición, el 52% está bien nutrido y el 8,6% está desnutrido. La desnutrición está correlacionada con la edad ( $p < 0,001$ ).

**Conclusión:** La elevada prevalencia de riesgo nutricional detectado por el MNA pone de manifiesto su utilidad en Atención Primaria como paso previo para una posible intervención nutricional.

## P027

### CONCENTRACIÓN SÉRICA DE LA DIGOXINA Y HOSPITALIZACIÓN Y ATENCIÓN EN URGENCIAS DE LA POBLACIÓN GERIÁTRICA

C. Sánchez Castellano, C. Gutiérrez Fernández, B. Montero Errasquín, A.J. Cruz Jentoft, M.I. Arranz Peña y J.M. del Rey  
Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid.

**Objetivo:** Determinar si, en los mayores, los valores habituales de digoxinemia de adultos (0,5-1,5 ng/mL) se asocian a inestabilidad clínica.

**Método:** Recogimos durante un año (Junio 2006 a Mayo 2007) la digoxinemia de los pacientes de 70 o más años, hospitalizados o no, que tuvieran al menos una determinación. Durante el mismo periodo analizamos el número de visitas a Urgencias y de hospitalizaciones en función de la digoxinemia, ajustando según función renal y kaliemia.

**Resultados:** Revisamos 150 pacientes. El número de visitas a Urgencias creció en paralelo con la concentración sérica de digoxina (CSD): los pacientes con  $CSD < 0,5 \text{ ng/mL}$  tuvieron una media de 1,15 Urgencias/año; con  $CSD 0,5-1 \text{ ng/mL}$ , 1,68 Urg/año; con  $CSD 1-1,5 \text{ ng/mL}$ , 2,22 Urg/año; con  $CDS 1,5-2,5 \text{ ng/mL}$ , 2,6 Urg/año; con  $CSD > 2,5 \text{ ng/mL}$ , 4,66 Urg/año. La progresión fue menos llamativa en el caso de las hospitalizaciones, con cifras de 0,76 Hosp/año ( $CSD < 0,5 \text{ ng/mL}$ ) que subieron en los mismos grupos a 0,77, 1,16, 0,8 y 2 Hosp/año respectivamente. No se encontraron diferencias tras ajustar en función de sexo, función renal y potasio.

**Conclusión:** Los mayores muestran un aumento del número de visitas a urgencias en función de la digoxinemia, aumento que comienza ya dentro del rango terapéutico. Las hospitalizaciones tienden a aumentar en niveles considerados excesivos. Una CSD de 1,5 a 1,0 ng/mL podría estar asociada a mayor inestabilidad clínica que niveles menores, en las personas mayores.

## P028

### VALORACIÓN DEL PACIENTE ANCIANO TRAS UN PROGRAMA DE REEDUCACIÓN DE LA MARCHA

M.I. Palau Riera, C. Mut Salvà, F. Miquel Moranta, A.M. Betóñ Cirerol, E. Garduño Serna, I. Roca Bauzá y G. Cardenal Félix  
Hospital Comarcal Inca, Inca.

**Objetivo:** El servicio de Rehabilitación del Hospital Comarcal de Inca empezó su actividad hace menos de un año. El programa de reeducación de la marcha es una de las primeras actuaciones de forma grupal que se ha instaurado en nuestro servicio. El objetivo de este póster es conocer si existe mejoría real significativa de los pacientes del grupo.

**Métodos:** El programa consta de 15 sesiones con una frecuencia de 2-3 veces/semana y de 40 minutos de duración. La muestra de pacientes que han acudido al programa engloba diferentes patologías; como: ACV, prótesis de cadera y por enfermedades que implican encamamiento prolongado. El programa consiste en: ejercicios de equilibrio dinámico en paralelas y en el biodex, equilibrio estático, ejercicios de flexibilización y potenciación de EELI en camilla, ejercicios de disociación de cinturas escapular y pélvicas, subir-bajar escaleras y rampas, etc. Utilizamos el test de Tinetti (validado) para analizar la evolución de los pacientes. Se valorará el primer y último día del programa.

**Resultados:** Los resultados reflejan una mejoría en cuanto a la independencia de la marcha, reducción de las ayudas técnicas que facilitan la marcha, estabilidad y coordinación de cinturas.

**Conclusión:** Con este programa lo que se pretende es atender a un grupo de pacientes con semejantes deficiencias en la marcha y obtener la máxima recuperación funcional en un determinado período de tiempo.

Después de realizar varios grupos de marcha en nuestro servicio, vemos la necesidad de recoger otros ítems no incluidos en el test de Tinetti.

**P029****ICTUS Y NECESIDADES DE REHABILITACIÓN**

E. Riu Ventosa, Y. Varas Ordovas y M. Lorenzo Osorio  
Centre Sociosanitari El Carme, Badalona.

**Objetivo:** Estudio de las secuelas del ictus y las necesidades de rehabilitación en pacientes ingresados en la unidad de convalecencia del CSS El Carme.

**Método:** Estudio descriptivo de los pacientes ingresados con diagnóstico de ictus, dados de alta durante el año 2007. Revisión de las historias clínicas analizando datos demográficos, Índice de Barthel (IB) previo, tipo y lateralidad del ictus, IB al ingreso y al alta, ganancia funcional calculada con el índice de Heinemann corregido (IH), presencia, o no, de afasia, disfagia, depresión, espasticidad, dolor, incontinencia, complicaciones intercurrentes, destino al alta.

**Resultados:** Durante este período se dieron de alta a 70 pacientes, con una media de edad de 75,9 años (41-96). El 42,9% fueron mujeres, con una edad media de 79 años, y el 57,1% hombres con una media de edad de 73,6. El IB previo fue de 91,1 (55-100). El 20% vivían solos, el 48,6% con el cónyuge y el 24,3% con los hijos. El 85,7% fueron isquémicos y la mitad izquierdos. El IB al ingreso era de 32,5 (0-100). Presentaban afasia un 40%, disfagia un 30%, depresión un 35,7%, espasticidad un 21,4%, dolor un 17,1% e incontinencia un 72,8%. Presentaron problemas médicos intercurrentes un 41,4%, de los que el 51,7% fueron infecciosos. Un 28,6% presentaron caídas, con diferentes consecuencias. Al alta 49 pacientes regresaron a domicilio, 17 con soporte de hospital de día; 6 (8,6%) fueron éxitos, 6 requirieron traslado a centro de agudos y 7 ingresaron en residencia. 2 continuaron atención en la unidad de larga estancia. El IB de los pacientes que fueron a domicilio fue de 73,2 (5-100) con un IH de 65,7. El 24,1% cambiaron la unidad de convivencia. Los 7 pacientes que fueron institucionalizados el IB medio fue de 40 (10-70) y el IH de 39,17.

**Conclusión:** Al ingreso los pacientes son altamente dependientes para las AVD por lo que precisan tratamiento rehabilitador intensivo (fisioterapia y terapia ocupacional). Elevada prevalencia de afasia y disfagia, por lo que la necesidad de logopedia es fundamental. La ganancia funcional es claramente inferior en los pacientes que fueron institucionalizados. Los problemas intercurrentes más frecuentes fueron las infecciones, las caídas y la depresión.

**P030****DIAGNÓSTICO Y DETERIORO COGNITIVO EN EL CENTRO RESIDENCIAL SAR FUENTESOL**

T. Mancilla, A. Moreno, A. Giro, M.A. Luque, S. Moro y M. Ramos  
Residencial SAR Fuentesol.

**Introducción:** En el centro residencial Fuentesol, esta ubicado en Alhaurín de la Torre, Málaga, y entre algunas de sus estancias ofrecidas se encuentran: estancias permanentes, rehabilitación y convalecencia, vacaciones y respiro familiar, unidades de Alzheimer y otras demencias. Esto significa, a pesar de la sectorización, que conviven personas de muy distinto nivel cognitivo. Ante la próxima planificación de actividades de psicoestimulación y orientación a la realidad desde el departamento de psicología, creemos que la puntuación final del MMSE, su relación con los diagnósticos, junto con otras pruebas, y registros observacionales pueden servirnos de herramientas para tal fin.

**Objetivo:** Clasificar los distintos niveles cognitivos que existen en SAR Fuentesol. Relacionar diagnósticos de demencia con niveles cognitivos.

**Material:** *Recursos materiales:* Programa informático GCR, MMSE, valoración psicológica, registros observacionales.

**Metodología:** 1. Se utiliza metodología cuantitativa, realizando la siguiente división en función de la puntuación final del MMSE obtenida: Deterioro cognitivo severo: Puntuación menor o igual a 12. Deterioro cognitivo moderado: Puntuación entre 12 y 19. Deterioro cognitivo leve: Puntuación entre 20 y 23. Sin deterioro cognitivo: Puntuación mayor o igual a 24. 2. Se relacionan porcentajes de diagnósticos de demencia, Alzheimer, y Parkinson con deterioro cognitivo-severo, moderado.

**Resultados:** La población atendida, y por tanto la muestra seleccionada para el estudio, en el año 2007 en este centro fueron de 208

personas. MMSE: Deterioro cognitivo severo: 50,48%. Deterioro cognitivo moderado: 22,11%. Deterioro cognitivo leve: 12,98%. Sin deterioro cognitivo: 14,42%.

**Diagnóstico y MMSE:** DEMENCIA: 76,3% Deterioro cognitivo severo, 21,1% Deterioro cognitivo moderado, 2,6% Deterioro cognitivo leve, 0% Sin deterioro cognitivo. ALZHEIMER: 94,6% Deterioro cognitivo severo, 5,4% Deterioro cognitivo moderado, 0% Deterioro cognitivo leve, 0% Sin deterioro cognitivo. PARKINSON: 46,2% Deterioro cognitivo severo, 15,4% Deterioro cognitivo moderado, 30,8% Deterioro cognitivo leve, 7,7% Sin deterioro cognitivo.

**Conclusión:** La mayoría de los residentes 72,59% atendidos en el 2007 en nuestro centro presentaban un deterioro cognitivo severo o moderado. El resto 27,4%, tenían deterioro cognitivo leve, o no presentaban deterioro cognitivo alguno. En general los diagnósticos de demencia: relacionan con deterioro cognitivo, excepto en la enfermedad de Parkinson, donde es sabido no es tan estrecha, dado el importante papel que juega el componente funcional/motor en la misma. Así encontramos que: 1. El 97,4% de las personas diagnosticadas con Demencia presentan un Deterioro cognitivo severo o moderado. 2. El 100% de las personas diagnosticadas con Alzheimer presentan un Deterioro cognitivo severo o moderado. 3. El 61,6% de las personas diagnosticadas con Parkinson presentan un Deterioro cognitivo severo o moderado, aunque hay que destacar el restante 38,5% que no presentan un deterioro cognitivo muy significativo, lo que indicaría que existen otros factores, que no el cognitivo, que influyen en este diagnóstico.

**P031****FACTORES QUE INFLUYEN EN EL DESARROLLO DE DELIRIUM EN PACIENTES INSTITUCIONALIZADOS**

F. Aláez Alvarez, M. Aguas Compaire, R. Iniesta Villagrasa, E. Pallares Fernández, M.J. Lacasa Cadena y G. Valls Borruel  
Centre Sociosanitari Palau, Barcelona

**Objetivo:** Valorar la incidencia de delirium en los pacientes dados de alta durante un año en las unidades de convalecencia y psicogeriatría y analizar si existen diferencias entre paciente con delirium o sin él.

**Material y método:** Estudio retrospectivo de 582 pacientes, de los cuales 496 pertenecen a convalecencia y 86 a psicogeriatría. La recogida de datos se realizó a través de la historia clínica y las variables fueron edad, sexo, nº de estancias en el centro, índice de Barthel previo, al ingreso y alta, índice de comorbilidad (Charlson), diagnóstico al ingreso, presencia de demencia, déficit sensorial, fármacos al ingreso, presencia de delirium durante su ingreso.

**Resultados:** La media de edad fue de 81,4 años (DE 7,8), un 26,1% eran hombres. La estancia media fue de 75 días (DE 127,7). El índice de Barthel previo 80,2 (DE 25,6), ingreso 47,0 (DE 24,4) y alta 68,5 (DE 29,5). La media del índice de Charlson corregido por edad de 5,5 (DE 1,9). Los diagnósticos principales fueron fracturas (31%), procesos artrósicos (12,3%) y AVC (12,2%). El 17,2% estaban diagnosticados de demencia. El 46,7% presentaron déficit sensorial. La media del nº de fármacos al ingreso fue de 7,8 (DE 3,1). El 12,5% de los pacientes presentó delirium.

En los pacientes con delirium: la edad fue significativamente superior ( $p < 0,0005$ ), las tres determinaciones del índice de Barthel menores ( $p < 0,0005$  respectivamente), el índice de Charlson mayor ( $p < 0,0005$ ), un mayor déficit sensorial ( $p < 0,0005$ ). Los hombres presentaron mayor porcentaje de delirium ( $p = 0,005$ ). El 38% de pacientes con demencia presentaron delirium y sólo el 7,3 de pacientes sin demencia lo presentaron ( $p < 0,0005$ ).

**Conclusión:** Los pacientes varones de edad avanzada con demencia, déficit sensorial y alta comorbilidad tienen mayor probabilidad de presentar delirium y menor funcionalidad al alta.

**P032****ESTUDIO DE LAS CAUSAS ASOCIADAS A LA SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA EN POBLACIÓN RESIDENCIAL**

A. Villegas Sordo, E. Rubio Mier y M.T. Villegas Sordo  
Residencia de mayores de Caja Cantabria-ECOPLAR, Santander

**Introducción:** Nuestro estudio está centrado en la valoración y análisis de los resultados de la aplicación de la escala de depresión geriátrica (GDS) de 30 caracteres.

Dada la importancia y frecuencia de sintomatología depresiva en población geriátrica, se analizan las causas más frecuentes que producen este síndrome.

**Objetivo:** 1) Analizar el resultado de la aplicación del GDS a un colectivo durante el año 2007 con el fin de determinar cuáles son las causas más frecuentes que con mayor frecuencia producen sintomatología depresiva. 2) Estudiar la incidencia de la depresión en nuestra comunidad residencial.

**Material y métodos:** De los 194 ancianos de la Residencia de personas mayores Caja Cantabria-Ecoplar en Santander aplicamos el test a una muestra de 67 personas que cumplen los criterios necesarios para ser valorados.

En este estudio se analiza la puntuación obtenida en el GDS el año 2007 en relación con las siguientes variables: edad, sexo, historia clínica y social.

**Resultados:** De los 67 residentes que completan el estudio, 35 (9 hombres y 26 mujeres) presentan sintomatología depresiva: 13 residentes por enfermedad grave, 13 por su situación familiar, 3 por ambos motivos, 5 asociado al envejecimiento y 1 por depresión mayor.

**Conclusión:** Según nuestro estudio es más frecuente la sintomatología depresiva en las mujeres en el intervalo de edad de 81 a 90 años. Los datos obtenidos indican que la sintomatología depresiva está directamente asociada tanto a la enfermedad grave que genera invalidez (ACVA, cardiopatía grave, enfermedades degenerativas, demencia...) como a una situación familiar extrema (fallecimientos de familiares directos, rupturas familiares y problemas económicos, fundamentalmente).

## P033

### EMPLEO FONDAPARINUX EN FRACTURA CADERA

M.J. Molina Hernández, S. Fraile, B. García Díaz y J.M. Guijarro  
Hospital Severo Ochoa, Madrid.

**Objetivo:** Fondaparinux ha sido incluido en el hospital sólo para prevención de enfermedad tromboembólica venosa, en fractura de cadera. Analizar la utilización del fondaparinux en los pacientes ingresados según el protocolo instaurado.

**Material y métodos:** Estudio prospectivo sobre las prescripciones de fondaparinux de pacientes ingresados entre enero -abril del 2008. Se elaboró un protocolo: en el preoperatorio se utilizaron heparinas de bajo peso molecular (HBPM), y en el posoperatorio Fdx a las 6h de la cirugía. Se valoraron todos los pacientes con fractura de cadera y todas las prescripciones de fondaparinux, recogiendo las siguientes variables que fueron procesadas en hoja de cálculo de Excel: edad, peso, sexo, aclaramiento de creatinina (CICr) según la fórmula de Crockcroft y Gault, procedimiento quirúrgico, días preoperatorio, hemoglobina (Hb) pre y postoperatoria, transfusiones y día de la transmisión, tratamiento profiláctico TVP pre y post, complicaciones hemorrágicas postcirugía, intervenciones.

**Resultados:** Hasta este momento se han analizado 42 pacientes: todos los pacientes con fractura de cadera (37) y todos los que tenían prescrito fondaparinux (27). De estos últimos 22 eran fracturas de cadera y 5 casos eran usos fuera de la indicación aprobada (4 PTC, 1 PTR). Se analizaron los datos de los pacientes > 65 años con fractura de cadera (35). La edad media fue 84,5. 77% eran mujeres. Se dividieron en 3 grupos según el aclaramiento de creatinina: > 50 17; 30-50 16; < 30 2. Se empleó fondaparinux en 20 casos. En todos los casos la primera dosis se puso trascurridas al menos 6 horas de la cirugía. Se ajustó según función renal, empleándose sólo en 3 casos dosis 1,5 mg. No se utilizó en 15 pacientes, los motivos fueron: anticoagulación con sintrom (7), ClCr < 30 (1), peso < 50 (1), hepatopatía (1), no pautados (5). Se suspendió el tratamiento con ffdx en 2 pacientes uno por TIA y otro por sangrado de herida quirúrgica. Precisaron transfusión poscirugía 16 pacientes. La mayoría en el primer día posoperatorio sólo 5 casos a partir del 4º día. No hubo hemorragias en órganos vitales. Sólo en tres casos se detectó exceso de sangrado local. En el seguimiento sólo se detectó una paciente con TVP y se había cambiado el tratamiento a HBPM tras el alta.

**Conclusión:** El uso de fondaparinux se ha ajustado a la indicación aprobada en 83,3% de los casos. En la mayoría de pacientes a pesar de la edad avanzada se ha podido usar dosis de 2,5 mg. Sólo se han detectado 3 casos de sangrado local abundante. En seguimiento sólo se ha detectado un caso de TVP en una paciente que se modificó el tratamiento al alta.

## P034

### VALORACIÓN DE LA DEPENDENCIA EN LA COMARCA DEL MARESME (BARCELONA)

M. Godino Fernández, M. Claveria Vinardell, M. Conill Coma, T. Casas Oliver, C. Domínguez Ortega, A. Herráiz Martínez y R. Parés Palom

**Objetivo:** Describir el grado y nivel de dependencia en la comarca del Maresme.

**Método:** En el marco del desarrollo de la ley estatal 39/2006, del 14 de diciembre de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia surgen los equipos de valoración de la dependencia (SEVAD). Estudio retrospectivo, descriptivo. La valoración la efectúa el profesional acreditado y se basa en la aplicación del cuestionario (BVD), entrevista y observación directa de la persona en su domicilio habitual y con la participación del cuidador principal. Teniendo en cuenta el informe de salud, las ayudas técnicas y barreras arquitectónicas. Los datos del baremo se introducen en la calculadora validada para obtener la puntuación del grado y nivel de dependencia. Para el análisis de los datos tenemos en cuenta el diagnóstico principal de dependencia que consta en el informe de salud, y agrupamos según la clasificación diagnóstica internacional de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

**Resultados:** Se valoraron un total de 1860 personas. Edad media 75. 640 hombres; 1220 mujeres

**Conclusión:** El 92,3% de los casos valorados con trastorno mental son de grado III seguido de la enfermedades del SNC y SNP que son del 83,3% de grado III, por lo tanto son estos dos grupos de enfermedades los que contiene el mayor número de patologías que causan dependencia destacando las demencias y los problemas relacionados con los AVC. Cabe destacar que durante el 2007 la Ley de Dependencia contemplaba la ayuda para las personas de grado III, siendo las personas más afectadas las que solicitaron dicha valoración.

## P035

### UTILIZACIÓN DE ANTIAGREGANTES EN CENTROS SOCIOSANITARIOS

R. Mas Frigola<sup>1</sup>, M. Aguas<sup>2</sup>, M. Barba<sup>6</sup>, I. Caro<sup>5</sup>, O. Santos<sup>3</sup> y M.R. Vidal<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Sar- Centre Regina; <sup>2</sup>Sociosanitari Palau; <sup>3</sup>Ntra Sra de Guadalupe; <sup>4</sup>Hospital Evangèlic; <sup>5</sup>Centre Residencial d'estades temporals. Diputació de Barcelona; <sup>6</sup>Mutuam.

**Objetivo:** Analizar las prescripciones de antiagregantes en una población de pacientes ancianos institucionalizados

**Método:** Se realizó un estudio multicéntrico de las prescripciones de antiagregantes, mediante un corte transversal en febrero de 2007 en 875 pacientes de 6 centros sociosanitarios. Se recogieron datos demográficos (edad, sexo), tipo de paciente (larga estancia, convalecencia, psicogeriatría, paliativos, subagudos, y descanso), antiagregante/s prescrito/s y dosis, indicación, e interacciones graves según las bases de datos consultadas (Micromedex®).

**Resultados:** Un 31,6% de los 875 pacientes tenían pautado un antiagregante y un 2,2% tenían pautado dos. La media de edad de los pacientes tratados fue de 82,9 (DE 9,3) años y un 34,7% fueron hombres. El porcentaje de antiagregantes prescritos según la unidad fue: subagudos 54,5%, descanso 43,3%, larga estancia 32,9%, convalecencia 29,7%, psicogeriatría 19,2% y paliativos 8,7%. El antiagregante más prescrito fue el ácido acetilsalicílico (80,5%) con una dosis media de 174,9 mg (DE 91,6), seguido de clopidogrel (17,7%) a una dosis de 75 mg, dipiridamol (0,7%), triflusol (0,7%) y ticlopidina (0,4%). Los 6 pacientes con dos antiagregantes tenían pautado aas + clopidogrel. Las patologías más frecuentes para la prescripción de antiagregantes fueron: prevención primaria (30,1%), AVC/TIA (22,7%), y fibrilación auricular (11,5%). 13 pacientes (4,7%) presentaron una interacción potencialmente grave ya que se les había prescrito concomitantemente una heparina de bajo peso molecular.

**Conclusión:** La utilización de antiagregantes en centros sociosanitarios es elevada, siendo el AAS el más utilizado, de ahí la necesidad de un protocolo de uso en la prevención primaria. Las interacciones potencialmente graves fueron pocas, aunque debe controlarse su posible aparición al adicionar o suprimir un fármaco a un paciente tratado con ACO, pues es frecuente la polimedication.

**P036****EVALUACIÓN DE LA ACEPTACIÓN Y TOLERANCIA  
“DE UN SUPLEMENTO NUTRICIONAL CON PROBIÓTICOS  
EN PACIENTES ANCIANOS”**

J.M. Pérez Castejón, M.L. Pino Roque, A. Olivé Torralba, A. Montalbetti Platone, C. Soldado Jiménez y C. Olmedo

Centro Sociosanitario Bonanova Clínica Barceloneta, Barcelona.

**Objetivos:** Evaluar en pacientes ancianos la tolerancia gastrointestinal y la aceptación de un suplemento nutricional proteico con fibra, elevado contenido en vitaminas y minerales y con Lactobacillus reuteri Protectis comparándolo con un suplemento nutricional proteico con fibra y sin probióticos.

**Métodos:** Estudio cruzado con 15 pacientes que recibieron 2 sobres diarios de los productos durante 7 días, con un periodo de lavado de 1 semana entre ellos. La tolerancia gastrointestinal se valoró diariamente, de forma subjetiva preguntando al paciente la severidad de los síntomas y de forma objetiva basada en el examen clínico. La aceptación de la fórmula por parte del paciente se valoró mediante parámetros de palatabilidad.

**Resultados:** Se incluyeron 15 pacientes (8 hombres y 7 mujeres), edad media 79,7 (SD 7,8) años, peso medio 72,4 (SD 18,9) kg, IMC 29,23 (SD 6,20) kg/m<sup>2</sup>. De los doce pacientes que completaron el estudio el análisis subjetivo y objetivo reveló que los pacientes toleran mejor el suplemento nutricional con probióticos  $p < 0,05$ ). La palatabilidad de los productos y la opinión del investigador acerca de la seguridad y recomendación de uso fue asimismo buena, sin diferencias entre ambos productos. No se observaron variaciones en el peso con el producto control, mientras que se evidenció un aumento de 0,7 (SD 0,8) kg con el producto estudio ( $p = 0,0157$ ).

**Conclusión:** La aceptación de los dos productos fue buena y el suplemento nutricional con el probiótico Lactobacillus reuteri Protectis, tuvo de forma significativa una mejor tolerabilidad gastrointestinal y una mayor eficacia nutricional.

**P037****PROGRAMA DE INCONTINENCIA URINARIA EN CENTROS  
RESIDENCIALES**

M.O. Hita Galiano, M.J. Alberto Cantizano y N. Sáez Sanz

Residencia Tercera edad María Zayas. Fundación Geron, Belicena.

**Introducción:** La incontinencia es fuente de otros problemas de salud tales como infección urinaria, inmovilismo o úlceras cutáneas así como consecuencias negativas en el bienestar social y emocional de quienes lo sufren. También puede afectar a las actividades cotidianas al aumentar la dependencia de ayuda de otras personas. La reeducación del aparato urinario mediante el hábito de ir al WC disminuye a medio-largo plazo el estrés y sobrecarga del cuidador. Según J. Pérez del Molino y M.T. Valencia Isarch: Los porcentajes de curación y/o mejoría pueden llegar hasta un 75% de los casos. Cuando no es posible eliminar la incontinencia puede tratarse de forma que aumente el bienestar del destinatario, facilite la labor de los cuidadores y minimice los costes de las complicaciones.

La prevalencia en nuestro centro de personas que tenían incontinencia era de un 60%.

**Objetivos:** Prevenir problemas de salud asociados a la incontinencia (infección, úlceras...). Disminuir las consecuencias negativas que provoca la incontinencia en el bienestar social y emocional de quienes la padecen. Aumentar la autoestima. Disminuir la dependencia continua de otras personas. Mejorar el grado de satisfacción de los cuidadores y destinatarios del programa. Reducir el número pañales que utiliza el usuario.

**Metodología:** Para promover la continencia urinaria se ha realizado una técnica llamada “entrenamiento del hábito”. Según esta técnica la persona tiene que orinar siguiendo unos intervalos fijos, establecidos a partir de sus necesidades individuales, así se evitará la incontinencia vaciando la vejiga con regularidad. El intervalo al que acude la persona al WC será modificado progresivamente según las necesidades del individuo concreto. Por ello es importante registrar la información sobre si orina o no y el estado del pañal (seco o mojado).

**Resultados:** 1. *Último trimestre de 2006*: Nº total de usuarios: 19; Nº total de registros: 92; Nº total de veces significativas: 11,9%; Media de % de micción: 87%; Media de % de no micción: 5%; Media de % re-

gistrado si micciona o no: 22%; Media de % pañal seco: 50,7%; Media de % pañal mojado: 12,5%; Media de % no registrado el estado del pañal: 43,3%; 100% de las veces que los datos son significativos, las personas se encuentran en silla de ruedas. 2. *Último trimestre de 2007*: Nº total de usuarios: 17; Nº total de registros: 29; veces significativas: 41,37%; Media de % de micción: 70,7%; Media de % de no micción: 26,3%; Media de % no registrado si micciona o no: 7,8%; Media de % pañal seco: 36,25%; Media de % pañal mojado: 71,6%; Media de % no registrado el estado del pañal: 7,751% de las veces que los datos son significativos, las personas se encuentran en silla de ruedas.

**Conclusión:** *Último trimestre 2006*: Sólo el 11,9% se consideran datos significativos. El 100% de los usuarios a los que se les lleva al baño de forma significativa presenta incontinencia funcional. El 75% de la micción no está registrada. Del 25% restante el 80% el usuario micciona y el 40% mantiene seco el pañal. Se le da más importancia, en cuanto a micción, a la persona con movilidad reducida que a la persona con demencia. *Último trimestre 2007*: El 47,37% se consideran datos significativos. El 100% de los usuarios a los que se les lleva al baño de forma significativa presenta incontinencia funcional. El 7,8% de la micción no está registrada. Del % restante el 70,7% el usuario micciona y el 36,25% mantiene seco el pañal. Se le da más importancia, en cuanto a micción, a la persona con movilidad reducida que a la persona con demencia.

**P038****COMPARACIÓN DEL TRATAMIENTO ANTIHIPERTENSIVO  
ANTES Y DESPUES DEL INGRESO EN UNA UNIDAD GERIÁTICA  
DE AGUDOS**

A. Muñoz Pascual, M. Heras Benito, M.T. Guerrero Díaz, M.C. Macías Montero, F. Prado Esteban, E. Ridruejo Gutiérrez y V. Hernández Hospital General, Segovia.

**Objetivos:** Estudiar y comparar los fármacos antihipertensivos usados en nuestra población antes y después del ingreso en una Unidad de Agudos de Geriatría. Analizar las características de estos pacientes, fundamentalmente el sexo, la edad, lugar de residencia, grado de dependencia funcional a través del índice de Barthel, otros factores de riesgo cardiovascular asociados y motivo de ingreso.

**Material y métodos:** Se incluyeron todos los pacientes mayores de 65 años, diagnosticados de HTA, que ingresaron en el Servicio de Geriatría del hospital General de Segovia durante un año por cualquier motivo. En cada paciente se recogió el tratamiento farmacológico habitual antes y después del ingreso. Se excluyeron todos aquellos pacientes que fallecieron durante el ingreso.

**Resultados:** De los 447 pacientes ingresados por proceso agudo en la Unidad, 248 (55,5%) pacientes presentaban HTA conocida, 38 (15,3%) pacientes fueron éxito durante el ingreso, por lo que nuestra población a estudio se redujo a 210 pacientes [143 mujeres (68,4%), edad media  $\pm$  DS, 85,8  $\pm$  6,6 años y 66 varones (31,6%), edad 84,9  $\pm$  5,7 años]. Vivían en domicilio el 64,9%, el resto en residencia, con una dependencia funcional grave-moderada del 51,7% al alta. Anteriormente al ingreso estaban tratados: 52,6% con diuréticos, 30,6% con IECA, 21,0% con antagonistas del calcio, 9,6% con  $\beta$ -bloqueantes, 9,1% con ARA II, 1,4% con  $\alpha$ -bloqueantes. Al alta los porcentajes fueron: 52,6% con diuréticos, 27,7% con IECA, 18,2% con antagonistas del calcio, 7,2% con  $\beta$ -bloqueantes, 0,95% con ARA II, 4,3% con  $\alpha$ -bloqueantes. En el 63,2% de los pacientes se cambió el tratamiento antihipertensivo previo, en un 19,7% se sustituyó por otra familia, en un 28,8% se añadió otro antihipertensivo y en un 51,5% se disminuyó el número de antihipertensivos previamente utilizados. Aún así el 37,3% se van de alta con 2 o más fármacos antihipertensivos. El 36,4% de los hipertensos eran diabéticos, presentaban dislipemia el 23%, fumaban el 3,8% y bebían alcohol el 0,95%. Se encontró evidentemente relación entre el uso de diuréticos y el presentar insuficiencia cardiaca y entre los  $\beta$ -bloqueantes y tener antecedente de IAM o angor ( $p < 0,01$ ), pero no entre otros antihipertensivos con otras enfermedades cardiovasculares.

**Conclusión:** En nuestro medio, más del 50% de los ancianos hospitalizados por patología aguda presentan hipertensión arterial. El fármaco más empleado tanto previo al ingreso como al alta sigue siendo el diurético y el segundo en frecuencia el IECA. Prácticamente las dos terceras partes de los pacientes sufren modificación del tratamiento antihipertensivo durante el ingreso, siendo la tendencia a disminuir el número de fármacos.

**P039****EVALUACIÓN DE LAS CAÍDAS EN UNA UNIDAD DE PSICOGERIATRÍA**

J.M. Talavera Díaz, I. Carrasco Rodríguez, M. Álvarez Gómez y M.E. Alonso de Lucas

Residencia Social Asistida San Jose/ Diputacion de Toledo.

**Introducción:** Estudio realizado en la unidad de psicogeriatría ubicada dentro de la Residencia Social Asistida San Jose dependiente de la Diputación de Toledo.

**Objetivo:** Puesta en marcha de un protocolo para detectar a los residentes con mayor riesgo de caídas con el fin de establecer medidas preventivas así como conocer las características epidemiológicas de los pacientes que se caen.

**Método:** Estudio descriptivo retrospectivo que incluye a todos los residentes ubicados en el pabellón 3 desde octubre de 2005 a noviembre de 2006. El estudio se ha realizado mediante la recogida de datos de la historia clínica utilizando el documento de hoja de riesgo y el de hoja de caídas, si ésta se produce.

**Resultados:** La muestra comprende 88 residentes, 42 mujeres y 46 hombres con edad media 77 años. En cuanto a los factores de riesgo de caídas en relación con el equilibrio y la marcha aparecen como más frecuentes la alteración en los giros (44%), el equilibrio con los ojos cerrados (38%) y la inestabilidad al levantarse (36%). Las enfermedades más prevalentes como favorecedoras de caídas han sido las alteraciones de visión (39%), demencia (31%), cardiopatía (32%) y mal estado de los pies (34%). El 73% de nuestra población tomaba neurolépticos como factor favorecedor. Se registraron un total de 39 caídas, que se acumularon en 16 mujeres y 11 hombres; la edad media de los residentes que se cayeron fue de 78,76 años, algo superior a la media del pabellón. La patología favorecedora más frecuente de los que se cayeron fue la alteración de la visión (41%) y enfermedad cardíaca (41%), seguida de demencia (30%). Los neurolépticos son los fármacos más consumidos por los residentes que se caen (72%) seguido por hipoglucemiantes (28%). Los lugares más frecuentes de caídas fueron los pasillos (11 casos) y baños (7 casos). Sólo en un residente tuvo como consecuencia fractura de cadera.

**Conclusión:** 1. El protocolo se ha revelado como un elemento dinamizador para todos los que cuidamos a los residentes y además ha supuesto una llamada de atención sobre esta patología. 2. La media de los residentes con diagnóstico previo de hipotensión ortostática sufren alguna caída durante el año de seguimiento. 3. Las caídas constituyen una patología grave, el 19% falleció durante el año de seguimiento. 4. El perfil del residente que se cae es mujer de 78,7 años con alteración de visión, enfermedad cardíaca o demencia que toma neurolépticos. 5. La inclusión de residentes en programas de terapia ocupacional y fisioterapia son pilares básicos en la estrategia de lucha contra las caídas.

**P040****PERFIL DE LA INSUFICIENCIA CARDÍACA AGUDA EN EL PACIENTE ANCIANO**

F.J. Martín Sánchez, J. González del Castillo, J.J. González Armengol, M. Matesanz, P. Villarreal y J.M. Ribera Casado  
Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

**Objetivo:** Conocer el perfil clínico de los pacientes con insuficiencia cardíaca aguda (ICA) atendidos en un servicio de urgencias de un hospital terciario (SUH).

**Selección de pacientes y metodología:** Estudio de una serie de casos. Se seleccionó todo paciente atendido por ICA en un servicio de urgencias de un hospital terciario en el periodo comprendido entre el 15 de Abril al 15 de Mayo del 2007. Se recogieron variables demográficas, clínicas, funcionales y destino final. En análisis se realizó con la ayuda de un paquete estadístico SPSS 13.0.

**Resultados:** Se incluyó un total de 167 pacientes (58% mujeres). La media de edad fue de 78,9 (DE 9,8) años. La situación basal funcional según el índice de Barthel fue 88,9 (DE 18,9) y la cardiorrespiratoria 84,6% NYHA I-II. El índice de comorbilidad de Charlson fue 2,74 (DE 2,2). Las manifestaciones clínicas más frecuentes fueron la disnea (63%), la ortopnea (44%) y la disnea paroxística nocturna (37%). El grado de ICA fue 91,7% (Killip II). El 38% de los casos era el primer episodio conocido y en el 52% se desconocía el tipo de insufi-

ciencia cardíaca. Los factores precipitantes más frecuentes fueron: 29% infecciones, 22% arritmias, siendo en el 50% de los casos desconocido. El porcentaje de ingreso fue del 95,5% (61,8% unidades vinculadas al servicio de urgencias).

**Conclusión:** La ICA es una patología frecuente en los SUH, y se asocia a una edad avanzada y comorbilidad importante. La gran mayoría suelen manejarse en Unidades adscritas a los Servicios de Urgencias.

**P041****ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LA POBLACIÓN ANCIANA INGRESADA POR FRACTURA DE CADERA EN EL HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO RAMÓN Y CAJAL DURANTE 1 AÑO**

B. Montero Errasquin, C. Sánchez Castellano, L. Rexach Cano y A.J. Cruz Jentoft  
Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid.

**Objetivo:** Describir las características de los pacientes mayores de 70 años que ingresan por fractura de cadera en un año en nuestro hospital.

**Métodos:** Estudio descriptivo retrospectivo.

**Resultados:** Se estudiaron 197 pacientes. La edad media fue 82,78 ± 8,9 años con un 78,7% de mujeres. Procedían del domicilio el 87,8% y de residencias el 10,7%. El 37,1% sufrían deterioro cognitivo. El 45,1% era independiente para todas las actividades de la vida diaria básicas y el 7,1% era dependiente para todas. El 47,5% caminaba sin ayuda (FAC 5), el 25% andaba en llano sin salvar escaleras (FAC 4) y el 3,6% no caminaba. El tiempo medio hasta la cirugía fue de 8,8 ± 5,3 días y la estancia media fue de 24,2 ± 12,9 días. La mortalidad intrahospitalaria fue del 4,9%. Al alta, sólo el 16% había recuperado la autonomía para la marcha previa. Esta recuperación se relacionó con la existencia de deterioro cognitivo y la situación funcional basal, siendo el grado de autonomía para la marcha previo el único factor asociado de forma independiente a la recuperación de la marcha al alta.

**Conclusión:** La fractura de cadera supone una causa muy importante de pérdida de autonomía para la marcha en el anciano. En este estudio los factores asociados a su recuperación no son modificables por nuestra parte por lo que debemos centrar nuestro esfuerzo en fomentar un envejecimiento activo con medidas para prevenir las caídas y reducir así la fractura de cadera y el deterioro de la marcha secundario

**P042****FACTORES DE RIESGO PARA SÍNDROME CONFUSIONAL AGUDO EN UNA UNIDAD DE MEDIA-LARGA ESTANCIA**

M. Gil, E. Castellano, M.I.A. Rochina, B. González, N. Fort y P. Olmos  
Hospital Padre Jofré, Valencia.

**Objetivos:** Describir la incidencia del Síndrome Confusional Agudo (SCA) o Delirium, definido según los criterios del CAM, durante el ingreso, en los pacientes ingresados en una Unidad geriátrica de media-larga estancia. Estudiar la relación entre la presencia de SCA y las distintas variables estudiadas.

**Material y métodos:** Se seleccionaron todos los pacientes mayores de 65 años ingresados en la Unidad geriátrica del Hospital Malva-rosa durante los años 2001 a 2005 (630 pacientes). Se descartaron los que no se podían evaluar por bajo nivel de conciencia (100), deterioro cognitivo severo (79), estado agónico (4) y alteraciones del lenguaje (59). Se recogieron datos sociodemográficos, discapacidad (índice de Barthel < 35), parámetros nutricionales (álbumina, MNA), presencia de infección nosocomial (IN), deterioro sensorial (DS), uso de sonda uretral, incontinencia, uso de O2 al ingreso, uso de pañal, úlceras por presión (UPP), dolor, demencia (Pfeiffer), y uso de vía venosa al ingreso. Se realizó el análisis descriptivo de las variables recogidas (media y desviación estándar (ds) para las variables continuas y frecuencia absoluta y porcentaje para variables discretas). Seguidamente se realizó un análisis bivariante (t de student y test de la ji cuadrado). Se calculó el Odds ratio (OD) y su intervalo de confianza al 95% (IC95%) como método del efecto de las variables estudiadas respecto al SCA.

**Resultados:** Fueron estudiados 388 pacientes. La edad media fue de 76,7 años y el 57% fueron mujeres. Presentaron SCA el 37,4% de los

pacientes. El 40,7% de los hombres y el 34,8% de las mujeres. Se encontró asociación significativa entre la aparición de SCA y las siguientes variables: edad (OR: 1,06), índice de Barthel (OR: 0,96), MNA (OR: 0,92), albúmina (OR: 0,64), IN (OR: 2,76), DS (OR: 1,78), sonda uretral (OR: 2,02), incontinencia (OR: 6,94), uso de O2 al ingreso (OR: 1,60), uso de pañal (OR: 2,34), UPP (OR: 2,18), dolor durante la estancia (OR: 1,84), demencia al ingreso (OR: 1,59) y portadores de vía venosa al ingreso (OR: 1,74). En el análisis multivariante estuvo compuesto por los siguientes factores: edad (OR: 1,03, IC95%: 1,01, 1,06), Barthel al ingreso (OR: 0,97, IC95%: 0,95, 0,98), infección nosocomial durante el ingreso (OR: 2,05, IC95%: 1,26, 3,33) y necesidad de oxigenoterapia al ingreso (OR: 1,76, IC95%: 1,10, 2,80).

**Conclusión:** La alta incidencia de SCA en el estudio. La presencia de SCA se relacionó con la edad, el índice de Barthel más bajo al ingreso, mayor incidencia de IN y la necesidad de oxigenoterapia al ingreso.

## P043

### LA EDAD UN FACTOR DETERMINANTE EN EL TRIAJE EN UN SERVICIO DE URGENCIAS DE UN HOSPITAL TERCARIO

F.J. Martín Sánchez, J. González del Castillo, J.J. González Armengol, C. Elvira, C. Fernández, P. Villaruel y J.M. Ribera Casado  
Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

**Introducción:** El triaje en urgencias tiene el objetivo principal de clasificar a los pacientes según el nivel de gravedad con el fin de priorizar el orden de asistencia. Estudios previos han documentado una correlación entre el nivel de triaje y el índice de ingreso hospitalario.

**Objetivo:** Documentar si la edad es un factor predictor de ingreso hospitalario en el triaje de un servicio de urgencias en un hospital terciario.

**Material y métodos:** Estudio de una serie de casos. Se incluyó todo paciente que fue filiado para la Unidad de Primera Asistencia, es decir, aquel paciente que acude al SU estable exceptuando algunas especialidades durante el periodo de 1 año. Se recogieron variables demográficas, niveles de gravedad según Triage de Manchester y ubicación definitiva. Los datos se analizaron con paquete estadístico SPSS 13.0.

**Resultados:** Se incluyeron 50.064 pacientes durante el año 2007. El porcentaje de pacientes ingresados fue del 14,6% (47,1% de los naranjas, 23,4% de los amarillos, 6,9% de los verdes y 3% de los azules). Si dividimos la muestra en grupos de edad: a)  $\geq 65$  años: 25,85% ingresó (60,6% de los naranjas, 34% de los amarillos, 12,4% de los verdes y 6% de los azules); b)  $< 65$  años: 9,3% ingresó (31,68% de los naranjas, 16,2% de los amarillos, 5% de los verdes y 2% de los azules). Existe una relación estadísticamente significativa entre la edad y la probabilidad de ingreso hospitalario independientemente del nivel de urgencia del triaje.

**Conclusión:** La edad es un factor determinante en el triaje de urgencias a la hora de predicción de ingreso hospitalario.

## P044

### VALORACIÓN DE UN NUEVO INSTRUMENTO PARA LA PRESCRIPCIÓN INADECUADA DE FÁRMACOS

B. Montero Errasquín, M. Sánchez Cuervo, C. Sánchez Castellano, T. Bermejo Vicedo y A. Cruz Jentoft  
Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid.

**Objetivo:** La prescripción inadecuada de fármacos es un problema frecuente en la población mayor. Ninguna herramienta previa de detección de prescripción inadecuada ha resultado completamente satisfactoria incluyendo los criterios de Beers', los más usados. Recientemente se han descrito en Europa los criterios STOPP-START para la detección de fármacos prescritos inadecuadamente y de fármacos que, estando indicados, no están pautados. Nuestro estudio compara estos criterios con los de Beers' en una consulta externa de Geriatría.

**Métodos:** Aplicación de los criterios STOPP-START y de Beers' en 50 pacientes consecutivos de 70 o más años por un observador independiente.

**Resultados:** La edad media fue  $81,5 \pm 4,5$  años, 64% de mujeres. El número medio de fármacos prescritos fue  $5,8 \pm 3,1$ . Los criterios Beers'

detectaron sólo un 26% de sujetos con prescripción inadecuada, siendo la más frecuente el uso de anticolinérgicos en pacientes con deterioro cognitivo y estreñimiento. Los criterios STOPP objetivaron un 54% de pacientes con prescripción inadecuada, lo más frecuente el uso de benzodiacepinas en sujetos con caídas frecuentes. Además los criterios START detectaron un 48% de pacientes sin determinados tratamientos específicos para sus patologías concomitantes, siendo la falta de estatinas en pacientes con enfermedad cardio o cerebrovascular y la ausencia de suplementos de fibra en enfermedad diverticular sintomática los más frecuentes.

**Conclusión:** Los criterios STOPP detectan mayor proporción de prescripciones inadecuadas en nuestra población. Según los criterios START, en casi la mitad de los pacientes, falta algún fármaco que, por su patología, debería estar prescrito.

## P045

### LA LEY DE DEPENDENCIA EN PERSONAS CON PROBLEMAS DE SALUD MENTAL

A. Herráiz Martínez, M. Conill Coma, R. Casas Oliver, Y. García López, C. Domínguez Ortega, A. Obiol Oliet y R. Pares Palom  
Hospital de Mataró, Mataró. Barcelona.

**Introducción:** En el marco del desarrollo de la ley estatal 39/2006, del 14 de diciembre de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia surgen los equipos de valoración de la dependencia (SEVAD).

**Objetivo:** Identificar y describir en qué actividades Baremo de Valoración de la Dependencia la persona con problemas de salud mental presenta mayor dependencia.

**Desarrollo:** La población estudiada corresponde a la comarca del Maresme, Barcelona. Se realiza la valoración entre La valoración la efectúa la enfermera con experiencia en salud mental y la psicóloga.

**Resultados:** Se valoraron 40 personas. 37,5% Hombres 62,5% Mujeres. Edad media 66,7 años. Diagnóstico principal: 12 Neurosis 28 Psicosis. El grado de dependencia se valora de 0 a 100. De Grado I Nivel I a Grado III Nivel II. Puntuación y Grado de dependencia media: 76,28 Grado III Nivel I. Se ha calculado la ponderación de cada actividad respecto a sus valores máximos posibles. La puntuación media sobre 100 de cada actividad es: Comer y beber: 42,3 Regulación de la micción /defecación: 64,57. Lavarse: 82,38. Otros cuidados corporales: 80. Vestirse: 82,41. Mantenimiento de la salud: 81,73. Transferencias corporales: 51. Desplazarse dentro del hogar: 72,64. Desplazarse fuera del hogar: 80,54. Tareas domésticas: 92,88. Tomar decisiones: 87,6.

**Conclusión:** Observamos que las actividades donde aparece mayor dependencia son: tareas domésticas, tomar decisiones, vestirse y lavarse. Las actividades en las que presentan menos dependencia son: comer y beber, transferencias corporales y regulación de la micción/defecación.

## P046

### PERFIL DE PACIENTE HIPERTENSO INGRESADO EN RESIDENCIA GERIÁTRICA EN ZONA URBANA

E. Parra, L. Cuixart, C. Verdú, C. Campmajó, M. Capilla y M. Lozano  
EAP Dreta Eixample, Barcelona.

**Objetivo:** Control de la hipertensión y dislipemia en pacientes hipertensos ingresados en residencias geriátricas de un área urbana y la farmacoterapia prescrita.

**Metodología:** Estudio descriptivo transversal en  $\geq 65$  años hipertensos e ingresados en residencia. **Muestra:** 105 pacientes seleccionados aleatoriamente de 48 residencias asignadas a nuestra unidad geriátrica. **Variables:** edad, sexo, registro TA, número de fármacos antihipertensivos y tipo, perfil dislipémico, fármacos hipolipemiantes. Criterios para valorar el control de HTA y DLP: PAPPS.

**Resultados:** Edad media: 83 años, 76% mujeres. Pautas de tratamiento HTA: medidas no farmacológicas: 8,6%, monoterapia: 52,4%, dos fármacos: 35,2% y más de dos fármacos: 3,8%. Fármacos antihipertensivos: 60% con diuréticos, 45% con IECAS, 9,5% con antagonistas del calcio, 9,5% con  $\beta$ -bloqueantes, 3,8% con ARA-II y 1% con  $\alpha$ -adrenérgicos. Buen control de la HTA en 73,2% (óptima 36,1%, normal 17,5%, y normal alta 19,6%). El resto: HTA leve (22,7%) o mo-

derada (3,1%). Ningún paciente presentaba HTA severa. De los pacientes con registro de perfil lípido (75%): buen control 95,9% con tratamiento hipolipemiante 15,5%.

**Conclusión:** El estudio evidencia buen control de TA en el 73,2% de los pacientes ingresados, tratados en la mayoría de casos con diuréticos e IECAS sólos o en combinación. Asimismo, comprobamos un buen control lipídico (95,9%) pese a solo recibir tratamiento farmacológico el 15% de los pacientes. El buen control del cumplimiento de las medidas farmacológicas y no farmacológicas (dieta y ejercicio) de los pacientes ingresados en residencia permiten conseguir un buen control de los factores de riesgo cardiovascular analizados.

## P047

### CALIDAD DE LA PRESCRIPCIÓN EN UNA UNIDAD DE CONVALESCENCIA

I. Gozalo Esteve, M. Aguas, F. Aguilar Esteve, C. Latre Gorbe, M. Pons Busom, M. Quiles Izquierdo y B. Eguileor Partearroyo  
*Hospital Sagrat Cor, Barcelona.*

**Objetivo:** Valorar el consumo de medicamentos y la calidad de la prescripción en los pacientes ingresados en una unidad de convalecencia.

**Material y método:** El estudio se realizó en una unidad de convalecencia de 50 camas durante el 2007. Se analizó el consumo de medicamentos de los pacientes ingresados utilizando como medida la dosis diaria definida establecida por el Norwegian Institute of Public Health. La calidad de la prescripción se valoró utilizando el indicador "medicamento de Utilidad Terapéutica Baja (UTB)" definido por la Subdirección General de Atención Primaria del Insalud y los 49 "criterios de Beers", actualizados en 2003, que definen la medicación potencialmente inapropiada. Los datos se obtuvieron de la historia clínica del paciente y de los datos del sistema informático de dispensación en dosis unitaria del servicio de Farmacia.

**Resultados:** Se estudiaron las prescripciones de 261 pacientes con una media de edad de 81,8 (DE 6,8) años y una estancia media de 68,2 (DE 51,9) días. El 19,9% eran hombres. La media del índice de Charlson fue de 1,56 (DE 1,52). Los diagnósticos principales fueron fracturas (41,3%), procesos artrósicos (19,1%) y AVC (14,9%). La media del número de fármacos al ingreso fue de 8,7 (DE 2,8) y al alta de 8,2 (DE 3,2). Los subgrupos de fármacos más consumidos fueron A06AD: laxantes osmóticos (DDD = 104) y A02BC: antiulcerosos inhibidores de la bomba de protones (DDD = 98,51) seguidos de M02BE: analgésicos y antipiréticos: anilidas (DDD = 60,17). Un 2,19% del coste de los medicamentos correspondía a fármacos considerados UTB, principalmente a los grupos de AINES tópicos (23,3%), vasodilatadores periféricos (22,3%), protectores capilares (22,2%) y psicoestimulantes (20,6%). Al analizar las prescripciones se detectó una inadecuada utilización de fármacos según 15 de los 49 criterios de Beers. Los criterios más observados fueron la sobredosificación de Hierro oral (58,24% de los tratamientos) y la de digoxina (en la mayoría de los pacientes).

**Conclusión:** En nuestra población, eminentemente geriátrica, predomina la polimedición y los fármacos más consumidos son aquellos destinados a tratamientos crónicos y los relacionados con patología geriátrica. El porcentaje de uso de medicamentos UTB es bajo y aunque se utilizan fármacos que según los criterios de Beers son inapropiados, en general, podemos considerar que la calidad de la prescripción es adecuada.

## P048

### SEGUIMIENTO TELEFÓNICO AL ALTA DE LOS PACIENTES DE UN HOSPITAL DE DÍA DE GERIATRÍA (HD)

E. de Jaime Gil, M.L. Rodríguez, E. Sevilla, S. Burcet, O. Vázquez y A.M. Cervera  
*Servicio de Geriatría del IMAS. Centro Fórum del Hospital del Mar. Hospital del Mar. Hospital de La Esperanza. Instituto de Atención Geriátrica y Sociosanitaria (IAGS). Barcelona.*

**Objetivo:** Conocer la situación funcional, lugar de residencia y grado de cansancio del cuidador principal de los pacientes dados de alta del HD.

**Método:** Estudio retrospectivo de 103 pacientes (altas Enero 2006 hasta Octubre 2007). Se recogieron al ingreso y al alta: Barthel, Law-

ton, números de fármacos, Minimental de Folstein, motivo de ingreso (rehabilitación -R-, psicogeriatría -P-), días de asistencia, destino al alta. Se realizó seguimiento telefónico recogiéndose: días transcurridos desde el alta, lugar de residencia, Barthel, Lawton, número de fármacos, número de ingresos/visitas a urgencias, grado de cansancio del cuidador principal (pregunta nº22 del Zarit).

**Resultados:** En el momento del contacto telefónico (media de días transcurridos desde el alta: 333,0 ± 187,4), de las 103 altas, 13 (12,6%) eran exitus, quedando 90 para el seguimiento. La edad media fue de 76,8 ± 10,2; 53,4% mujeres. La media del Barthel fue 58,0 ± 29,5 (Barthel al alta: 66,4 ± 25,6), del Lawton 0,9 ± 1,5, 62,6% habían estado en grupo P. Recibían una media de fármacos de 6,1 ± 2,8 y habían ingresado en hospital/urgencias una media de 0,3 ± 0,6/0,6 ± 1,2 veces. El 27,1% vivían con la familia (42,7% al alta), el 22,3% acudían a centro de día (23,3% al alta) y el 17,4% estaban institucionalizados (8,7% al alta). Los cuidadores manifestaron estar muy cansados en un 35,6% de los casos.

**Conclusión:** Los pacientes dados de alta del HD presentan un grado de dependencia moderado y la media empeoró respecto al nivel funcional del alta. Se observó una mayor utilización de recursos sociales respecto al alta. Los cuidadores presentaban grado de cansancio importante en el seguimiento.

## P049

### PACIENTES MAYORES DE 65 AÑOS INGRESADOS EN UNA UNIDAD DE CORTA ESTANCIA DE URGENCIAS EN UN HOSPITAL TERCARIO

J.J. González Armengol, J. González del Castillo, F.J. Martín Sánchez, C. Fernández Alonso, P. Villarreal Elipe y J.M. Ribera Casado  
*Hospital Clínico San Carlos de Madrid.*

**Introducción:** Los Servicios de Urgencias (SU) reciben cada vez más pacientes mayores de 65 años. La Unidad de Corta Estancia (UCE) es una alternativa a la hospitalización vinculada al SU.

**Objetivo:** Describir las características de los pacientes mayores de 65 años de la UCE de un hospital terciario.

**Material y métodos:** Estudio de una serie de casos de todos los pacientes > 65 años ingresados en la UCE del Hospital Clínico San Carlos (HCSC) en 2006. La información se obtuvo de forma retrospectiva de la base de datos de la UCE y de Archivos y Documentación Clínica. Análisis estadístico: paquete estadístico SPSS 13.0.

**Resultados:** N = 2227 pacientes. 1484 (66,6%) fueron > 65 años. En éstos: 930 (58,3%) mujeres; los diagnósticos principales de ingreso según GRD fueron: reagudización de procesos crónicos (insuficiencia cardíaca aguda, EPOC reagudizado), las infecciones (respiratorias y urinarias), el síncope, las arritmias, la diarrea, la hemorragia digestiva y la obstrucción intestinal. Los 20 GRD más frecuentes: 127, 541, 142, 321, 139, 183, 88, 175, 87, 814, 141, 97, 544, 181, 320, 294, 182 y 90. Procedimientos principales más frecuentes: ECG, gasometría arterial, ecografía de abdomen, corazón y doppler de extremidades, gastroscopia, colonoscopia, TAC craneal, monitorización cardíaca, sonda nasogástrica y vesical, enemas y transfusión sanguínea. Alta: 1305 (87,9%) a domicilio, 289 (19,5%) con Hospitalización a Domicilio (HAD), 394 (26,5%) con cita en consulta de especialista y 171 (11,5%) fue derivado a centro de apoyo; 176 (11,8%) fueron trasladados internos: 51 (3,4%) tras nuevo diagnóstico, 125 (8,4%) sin resolución; 2 (0,1%) altas voluntarias y 1 Exitus (0,1%).

**Conclusión:** La UCE dentro del SU es una unidad de alta resolución clínica y diagnóstica para el paciente anciano.

## P050

### FACTORES RELACIONADOS CON LA EVOLUCIÓN DE LA CAPACIDAD FUNCIONAL TRAS EL ALTA DE UN HOSPITAL DE DÍA DE GERIATRÍA (HD)

E. de Jaime Gil, E. Sevilla, M.L. Rodríguez, S. Burcet, A.M. Cervera y O. Vázquez  
*Servicio de Geriatría del IMAS. Centro Fórum del hospital del Mar. Hospital del Mar. Hospital de La Esperanza. Instituto de Atención Geriátrica y Sociosanitaria (IAGS). Barcelona.*

**Objetivo:** Conocer la evolución funcional de los pacientes dados de alta de HD y analizar que factores pueden influir en la misma.

**Método:** Estudio retrospectivo de 103 pacientes (altas Enero 2006 hasta Octubre 2007). Se recogieron al ingreso y al alta: Barthel, Lawton, números fármacos, Minimental, motivo de ingreso (rehabilitación, psicogeriatría), días de asistencia. Se realizó seguimiento telefónico recogiéndose: días transcurridos desde el alta, Barthel, Lawton, número fármacos, número ingresos/visitas a urgencias. Se analizaron dos grupos en función del mantenimiento de la capacidad funcional (M) o el empeoramiento (P) desde el alta (Barthel telefónico inferior al del alta), identificándose los factores relacionados con la evolución funcional. La ganancia funcional durante el ingreso también fue considerada un factor relacionado con la evolución funcional.

**Resultados:** En el momento del contacto telefónico (media de días al alta:  $333,0 \pm 187,4$ ), de las 103 altas, 13 (12,6%) eran exitus, quedando 90 para el seguimiento. Al analizar el grupo M se vio que únicamente el Barthel al ingreso ( $75,4 \pm 21,6$  vs  $60,4 \pm 26,9$ ,  $p < 0,05$ ) y el Lawton telefónico ( $1,4 \pm 2,0$  vs  $0,6 \pm 1,1$ ,  $p < 0,05$ ) eran significativas, respecto al P. Ni el MMSE al alta, ni el número ingresos/visitas a urgencias o el número de fármacos (al alta o telefónico) fueron estadísticamente significativos. Respecto a la ganancia funcional durante el ingreso, no resultó significativa, ni de empeoramiento ni mejora funcional en el seguimiento.

**Conclusión:** La evolución funcional después del alta no está influida por presencia de deterioro cognitivo ni por la ganancia funcional obtenida durante el ingreso y sólo se halló relación con el Barthel al ingreso en HD.

## P051

### ¿ESTÁN CORRECTAMENTE VACUNADOS NUESTROS MAYORES?

E. Farret Roig, S. Fernández Maestre, X. Fernández Bonet y L. Díaz Gete

Institut Català de la Salut, Barcelona.

**Objetivo:** La vacunación sistemática es una herramienta de prevención primaria que cobra especial interés en el anciano, donde ciertas infecciones suponen una morbi-mortalidad elevada. El objetivo del estudio es conocer el estado de vacunación de la población mayor de 60 años en un Centro de Atención Primaria de ámbito urbano.

**Métodos:** Estudio observacional, descriptivo y de corte transversal llevado a cabo a finales del año 2006. A través del programa informático E-cap analizamos el grado de cobertura de las vacunas antitetános-difteria, antigripal y antineumocócica en los mayores de 60 años asignados a dos consultas médico-enfermeras.

**Resultados:** Población de estudio 1225 usuarios (489 hombres y 736 mujeres) de los cuales 48 reciben atención domiciliaria. Vacunación observada: 55,92% antigripal, 15,2% antitetános-difteria (Td) y 6,54% antineumocócica 23-valente. En la población domiciliaria antigripal 93,75%, Td 43,75% y antineumocócica 54,16%.

**Conclusión:** La población que recibe atención domiciliaria y cuidados enfermeros de manera habitual, presentó una cobertura vacunal muy aceptable. El porcentaje de la vacunación antigripal es similar al de otros centros sanitarios de ámbito urbano. Los resultados de vacunación antineumocócica y antitetánica son sensiblemente inferiores a los esperados y reflejan la necesidad de diseñar intervenciones dirigidas a su incremento.

**Palabras clave:** Anciano. Vacunación. Prevención.

## P052

### VACUNACIÓN EN ANCIANOS: INTERVENCIÓN DE MEJORA

S. Fernández Maestre, E. Farret Roig, X. Fernández Bonet y L. Díaz Gete

Institut Català de la Salut, Barcelona.

A raíz de los malos resultados vacunales obtenidos en un estudio descriptivo en personas mayores de 60 años (15,2% vacunados antitetános-difteria y 6,54% vacunados antineumocócica), diseñamos una estrategia para difundir y mejorar la vacunación.

**Objetivo:** Aumentar en un 25% la vacunación antineumocócica. Aumentar en un 20% la vacunación antitetános-difteria.

**Material y métodos:** Estudio experimental prospectivo realizado de enero a junio 2007. **Población:** 1225 personas mayores de 60 años (39,9% hombres y 60,1% mujeres), asignadas a dos consultas médi-

co-enfermeras de un área urbana de salud. La intervención consistió en: revisión de la historia vacunal de cada usuario visitado, información de las vacunaciones, vacunación oportunística y registro informático. Se vacunó a todas las personas que dieron su consentimiento y se analizaron los datos a los seis meses mediante programa informático e-cap y Office XP.

**Resultados:** Vacuna antineumocócica-23 valente: se vacunó a 448 personas (36,56%) alcanzando el 43,10% de vacunación. Vacuna antitetános-difteria: se vacunó a 160 personas (13,06%) alcanzando un nivel de vacunación del 28,26%.

**Conclusión:** 1. Se consiguió el objetivo fijado respecto a la vacunación antineumocócica pero no se alcanzó con la vacuna antitetánica hecho que pudo verse afectado por la necesidad de administrar más de una dosis. 2. Con los recursos existentes se precisa más tiempo para alcanzar niveles vacunales óptimos pero resulta interesante continuar con esta línea estratégica de actuación. 3. El interés en el tema y el esfuerzo de los profesionales sanitarios contribuyó positivamente a mejorar la situación previa.

**Palabras clave:** Anciano. Vacuna antitetánica. Vacuna antineumocócica.

## P053

### MEJORA EN EL USO DE FÁRMACOS EN UNA RESIDENCIA DE ANCIANOS

A. de Val Lafaja, C. Chárlez Marín, M. Clois Jove, G. Rovira Oliva, R. Cívico Costa y M. Domènech Mestre  
Pius Hospital de Valls.

**Objetivo:** Conocer prevalencia de polifarmacia y fármacos de baja utilidad terapéutica. Disminuir la polifarmacia mediante intervención terapéutica a través de Geriatría y Farmacia.

**Método:** Estudio analítico retrospectivo de pacientes ingresados en residencia desde 1/01/2008 hasta 29/02/2008. **Variables:** sexo, edad, número y tipo de fármacos, comorbilidad, supresión de fármacos inapropiados. Análisis estadístico SPSS.

**Resultados:** 156 pacientes (28,8% varones), edad m: 83 años. Comorbilidad: 45,5% Insuficiencia cardíaca, 29,5% diabetes, 28,2% EPOC, 21,8% insuficiencia renal, 5,8% insuficiencia hepática. Polifarmacia al inicio del estudio: 85,9%, al final: 57,7%. Analgésicos (64,7% inicio, 48,4% final), AINES (21,8% inicio, 3,9% final), IECA (37,8% inicio, 16,8% final), antiagregantes (35,9% inicio, 29% final), benzodiazepinas vida media corta (42,9% inicio, 29,7% final), diuréticos (39,7% inicio, 32,9% final), laxantes (60,3% inicio, 49% final), IBP (73,1% inicio, 47,1% final), antibióticos (64,1% inicio, 3,2% final). Los pacientes con insuficiencia cardíaca y EPOC presentan más polifarmacia que el resto ( $p < 0,05$ ). Correlación ( $p < 0,01$ ) entre el número de fármacos prescritos al inicio y al final del estudio, con disminución significativa en el consumo de vasodilatadores cerebrales, alfabloqueantes, antiarrítmicos, heparinas de bajo peso molecular, antihistamínicos, benzodiazepinas, neurolépticos, anticomiciales, inhibidores de la acetilcolinesterasa, memantina, diuréticos, laxantes, corticoides, inhibidores de la bomba de protones, levo-dopa, beta2agonistas y analgésicos.

**Conclusión:** 1. Se requieren revisiones periódicas de todo tratamiento crónico para evitar reacciones adversas medicamentosas, interacciones no deseables y fármacos de bajo valor intrínseco. 2. Los pacientes pluripatológicos son la población diana que más se puede beneficiar de dicho seguimiento.

## P054

### REEDUCACIÓN DEL EQUILIBRIO EN EL ANCIANO CON EL BIODEX: A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO

M.E. Garduño Serna, M.I. Oliver Rullan, M. Soriano Guasch, A.M. Betoño Cícerol, M. Tomás Manresa, C. Mut Salvà, F. Miquel Moranta  
Hospital Comarcal de Inca, Inca.

**Objetivo:** El servicio de rehabilitación del Hospital Comarcal de Inca cuenta, desde principios del 2007, con un dispositivo para mejorar el equilibrio: el Balance System SD Biodex. El caso clínico propuesto a continuación ilustra los resultados de la reeducación del equilibrio en una paciente, tras haber logrado el balance articular y muscular óptimos mediante kinesiterapia tradicional, posterior a una intervención de prótesis de cadera.

**Método:** Consiste en realizar dos valoraciones, una inicial y otra al finalizar el tratamiento, tres semanas después (9 sesiones). Los valores registrados son: la estabilidad postural, límites de estabilidad y la prueba de riesgo de caída que son registrados automáticamente por el Biodeix.

**Resultados:** El resultado es una mejora notable y fácilmente medible de la estabilidad postural, los límites de estabilidad y el riesgo de caída además de una disminución de la base de sustentación.

**Conclusión:** El Biodeix es un aparato a tener en cuenta como herramienta del fisioterapeuta en la reeducación del equilibrio. Entre otras ventajas, destacamos que ofrece datos objetivos en cuanto a la evolución de la paciente, la disminución del riesgo de caídas y ser un método de tratamiento ameno, divertido y eficaz. Resulta necesario realizar un estudio poblacional con una muestra más extensa para confirmar la eficacia de los resultados obtenidos. Con el objetivo de sustentar estas conclusiones, estamos realizando el screening en un grupo de control de veinticinco pacientes geriátricos, cuyos resultados y conclusiones no están disponibles, pues nos hallamos aún inmersos en el proceso de recopilación de datos.

## P055

### PERFIL DEL PACIENTE ANCIANO INGRESADO EN CUIDADOS CRÍTICOS

S. Rodríguez Sánchez<sup>1</sup>, C. Fernández Pérez<sup>2</sup>, R.M. González Dugo<sup>1</sup>, S. Navarro Gorjón<sup>2</sup> y P. Ruiz Álvarez<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Hospital Infanta Elena, Madrid. <sup>2</sup>Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

La hospitalización de los pacientes ancianos conlleva un deterioro funcional importante, mucho más destacado en aquellos pacientes ingresados en una unidad de cuidados críticos. El envejecimiento de la población ha llevado a que casi la mitad de los pacientes ingresados en UCI sean mayores de 65 años. La valoración integral en el anciano se ha demostrado como una herramienta útil en la evaluación del paciente geriátrico, sería importante poder determinar si esta misma valoración puede ser útil también en las unidades de cuidados críticos, para ello, lo primero que tenemos que conocer es el perfil del paciente geriátrico que ingresa en la UCI, convirtiendo este en el objetivo principal del presente estudio. Para ello se ha tomado como muestra todos los pacientes ingresados en la UCI de nuestro hospital en el último año, derivados desde el servicio de geriatría. Se realiza estudio descriptivo retrospectivo donde analizamos tanto las medidas de frecuencia poblaciones, identificación de los principales síndromes geriátricos, las patologías de base así como los motivos de ingreso en la unidad de críticos, estos datos demuestran que las principales causas están determinadas por la descompensación de enfermedades crónicas (especialmente de carácter respiratorio y cardíaco) así como infecciones comunitarias y complicaciones post-quirúrgicas. La asistencia al paciente anciano en UCI es una realidad creciente, el conocimiento de las patologías de ingreso y la situación funcional previa son determinantes tanto en la mortalidad intrahospitalaria como en el pronóstico del paciente a largo plazo.

**Palabras claves:** geriatría, cuidados intensivos.

## P056

### AQUAGYM: ACTIVIDAD TERAPÉUTICA EN MEDIO ACUÁTICO CON ANCIANOS MAYORES DE 70 AÑOS INSTITUCIONALIZADOS

R. Vaca Muñoz, C. Grande Muñoz y M.I. López de Oyarzábal  
SAR ISDABE Residencial y Asistencial Andalucía. S.A., Estepona.

**Objetivo:** Crear un nuevo espacio de la realidad, que permita estimular y premiar el trabajo del usuario. Trabajar la coordinación motriz global, ritmo y agilidad. Mejorar la flexibilidad. Trabajar la fuerza y resistencia muscular. Animar a la participación y confianza grupal. Mejorar la condición cardiorrespiratoria. Proporcionar al individuo mayor capacidad de resistencia al estrés.

**Metodología:** Estudio descriptivo, transversal porque permitió medir el grado de relación que existe entre el ejercicio y el efecto sobre La Calidad de vida Relacionada con la Salud (CVRS) en un contexto particular. Utilizamos una combinación de 2 métodos: 1. *Cualitativo*: se trabajó con una población de 6 participantes con el interés de abordar el tema basándose en la observación, el aumento de la auto-

estima y sensación de bienestar. 2. *Cuantitativo*: permitió realizar un análisis de los datos teniendo en cuenta la información relacionada con la CVRS de los participantes. En nuestro caso, nos permitió medir el efecto que tiene una estrategia terapéutica sobre la CVRS. Los participantes cumplían los criterios de inclusión.

**Resultados:** En función de los valores reflejados en el Cuestionario de Salud SF-36 en el que se aporta unos datos basales preintervención y postintervención se observa un aumento significativo sobre todo en 4 ítems: dolor corporal, salud general, función social y rol emocional. La encuesta de satisfacción junto con el "Test de Lattinen" con valores referidos al estado postintervención, indican una moderada disminución en la percepción del dolor.

**Conclusión:** Se trata de un ambicioso proyecto que se basa en mejorar la calidad de vida de los mayores poniendo de manifiesto ciertos parámetros fisiológicos que tendrán consecuencia directa en otros aspectos mentales y mejorará por tanto la esperanza de vida, la satisfacción y en definitiva el bienestar de los mayores de manera significativa. A través de este proyecto reducimos el impacto de los ejercicios sobre el físico de estas personas, puesto que el peso se reduce en el medio acuático en gran medida y mejoramos aspectos del individuo a tres niveles distintos: de orden fisiológico, de orden psicológico, de orden social-relacional.

## P057

### BENEFICIOS DE LA TERAPIA COMPRESIVA EN PACIENTES CON ÚLCERAS VENOSAS Y LINFEDEMA

C. Mayordomo Lacambra<sup>3</sup>, T. Molins Vara<sup>3</sup>, M.J. Pujalte Gil y J.E. Torra Bou<sup>2</sup>

<sup>2</sup>Smith&nephew. <sup>3</sup>Parc Sanitari Pere Virgili, Barcelona.

**Objetivo:** Valorar la eficacia clínica de la terapia compresiva en pacientes afectos de úlceras venosas asociadas o no a linfedema, y el coste en relación al tratamiento sólo con apósticos modernos o con cura tradicional.

**Métodos:** Se valoraron 8 pacientes ingresados para curas de úlceras venosas, entre 2006 y 2007. En todos se realizó valoración multidisciplinar y se practicó Eco-doppler para conocer índice de presión tobillo-brazo. Únicamente si éste era  $>0,8$ , se indicó terapia compresiva con sistema mult capas (Profore® o Proguide®).

**Resultados:** Cuatro eran hombres y 4 mujeres, edad media 62,6 años. Patologías asociadas: diabetes mellitus 2, HTA 5, desnutrición 2, tratamiento inmunosupresor 1. Tiempo medio de evolución de las úlceras: entre 3 meses y 3 años. En 5 no había soporte social. Tenían dolor 5. En 7 el índice de Barthel era  $>80$ . De los 8 pacientes tratados, uno no toleró la compresión. Los otros 7 presentaban curación de las heridas al alta, excepto 1 que fue exitus de otra causa. En todos desapareció el linfedema. Tiempo de curación (mediana) fue de 60 días. El número de cambio de apósticos medio fue 17,14 (mediana). El coste mediano del tratamiento con compresión: 338,1€ vs 8906€ antes de tratamiento (con apósticos) ó 9636€ (con venda de crepè)

**Conclusión:** La terapia compresiva es eficaz en úlceras venosas de muy larga evolución con o sin linfedema asociado. Permite acortar el tiempo y coste del tratamiento, disminuir el número de curas y reducir el dolor. Mantiene la capacidad funcional y calidad de vida.

## P058

### ESTIMULACIÓN INTEGRAL EN LAS DEMENCIAS ACTUACIÓN EN LAS DIFERENTES FASES

M. Lora Gallego, P. Ayuso Torrijos y X. Quintana Carrascal  
Hospital Sociosanitario de Hospitalet de Llobregat, Barcelona.

**Objetivo:** Descripción y valoración de las actividades realizadas en un hospital sociosanitario dentro de la atención a pacientes con diferentes grados de deterioro cognitivo.

**Método:** *Actuamos: Con usuarios.* Se trabajan funciones cognitivas con actividades adaptadas al momento de deterioro en función de la fase de la enfermedad, divididas en tres fases: GDS 2-3: Talleres de dos horas semanales. Grupo de 10 pacientes. GDS 4-5: Talleres de cuatro horas semanales. Grupo de 30 pacientes. GDS >5: Talleres de tres horas semanales. Grupo de 15 pacientes. *Con familiares:* Grupos psicoeducativos de 15 horas semestrales para los familiares de los usuarios con demencia.

**Conclusión:** Despues de la realización de los talleres, llegamos a las siguientes conclusiones: 1. Se observa mejoría temporal a nivel funcional y cognitivo en los pacientes valorados. 2. Los familiares perciben que los pacientes están más activos en el domicilio. 3. Los familiares entienden mejor la enfermedad y perciben estar más adaptados a su nueva situación.

## P059

### REVISIÓN DE LA FRACTURA DE CADERA EN UN HOSPITAL DE AGUDOS DE SEGUNDO NIVEL

D. Lozano Moreno<sup>1</sup>, L. Reig Puig<sup>1</sup>, M. Rubio Mena<sup>1</sup>, O. Corral Fernández<sup>1</sup>, I. Guerrero Martín<sup>1</sup> y P. Sánchez Ferrín<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Hospital General de Hospitalet de Llobregat. <sup>2</sup>Hospital Sociosanitario de l'Hospitalet de Llobregat.

**Introducción:** La Unidad Funcional Interdisciplinar Sociosanitaria (UFISS) de Geriatría es una unidad de soporte para todos aquellos servicios que precisan nuestra colaboración durante el ingreso en nuestro centro y funciona desde el año 1995. Por protocolo desde el servicio de Traumatología realizan interconsulta a nuestra unidad en el momento de ingreso.

**Objetivo:** Revisar las características de los pacientes con Fractura de Cadera valorados por la UFISS durante los años 2006 y 2007.

**Material y métodos:** A partir de la Base de Datos de la UFISS de Geriatría hemos visitado un total de 340 (77,6%) pacientes de los 438 que ingresaron con diagnóstico de F.Cadera. Se valoró: Edad media, Sexo, Índice de Barthel, Estado nutricional (puntuación MNA), Estado cognitivo al ingreso (Pfeiffer). Si hubo Intervención quirúrgica, Tipo de fractura, Comorbilidad (Chalson), Diagnósticos secundarios y Ubicación al alta.

**Resultados:** Distribución por edad: edad media: 06: 83,104 ± 8,17 años (< 65 a: 1,9%, 65 - 75: 14,9%, 76-85: 45,5%, > 86: 37,7%); 07: 81,78 ± 10,22 años (< 65: 7%, 65-75: 9,7%, de 76-85: 41,4%, > 86: 41,4%); distribución por sexo: 06: 20,8% hombres, 79,2% mujeres; 07: 24,2% hombres, 75,8%, mujeres. Puntuación Barthel: 06: < 40 15,8%, 41-60 13,2%, 61-80 21,1%, 81-100 50%. 07: < 40 12,9%, 41-60 11,3%, 61-80 23,7%, 81-100 52,2%. Estado nutricional: 06: 12-14 64,3%, < 12 28,0%; 07: 12-14 73,9%, < 12 26,1%. Estado cognitivo: 06: 0-2 errores: 52,5, 3-6 errores 28,4, 7-10 errores 17%, Impracticable: 16; 07: 0-2 errores 50,3%, 3-6 errores 37,4%, 7-10 errores 12,3%, Impracticable: 23. De los 340 pacientes valorados 59 no fueron intervenidos quirúrgicamente (13,47%). Tipo de fractura: 06: Subcapital (F. S.) 31,1%, Pectocanterea (F. P.) 60,3%, Diáfisis (F. D.) 6,4%, EEl 1,8%, 07: F. S. 37,1%, F. P. 56,5%, F. D. 2,6%, Fx. EEl 1,5%. Comorbilidad: 06: 0 28%, 1-3 62,9%, >4 4,1%; 07: 0 30,3%, 1-3 61,3%, >4 8,4%. Diagnósticos Secundarios: 06: IC 13%, C. Isquémica 7,1%, I. Renal 6,3%, Delirium 23,3%, Demencia 11,1%; 07: IC 12,9%, C. Isquémica 8,6%, Delirium 20,9%, Demencia 18,8%. Ubicación al alta: 06: Domicilio 40,3%, CSS 37,6%, Residencia 14,8%, Exitus 8,4%. Estancia Media: 18,248 ± 9,9 (5-76); 07: Domicilio: 37,9%, CSS 39%, Residencia 13,2%, Exitus 9,1%, Estancia Media: 20,58 ± 11,03 (3-61)

**Conclusión:** Es un grupo de edad bastante avanzada, con predominio de mujeres, estado funcional previo al ingreso aceptable. Estado mental y nutricional al ingreso: correcto. Grado de comorbilidad: moderado. Al alta el número de Exitus se mantuvo estable en ambos años, con mayor número de altas a domicilio con Rehabilitación que a CSS.

## P060

### ANCELIOS Y POLIFARMACIA: RIESGO DE EFECTOS ADVERSOS Y SU IMPACTO EN EL HOSPITAL

N. Fernández<sup>2</sup>, J. Alarcón<sup>2</sup>, A. Zamora<sup>1</sup>, T. Morlán<sup>2</sup>, C. Cánovas<sup>2</sup> y E. García-Arilla<sup>2</sup>

<sup>1</sup>ESAD Barbastro Huesca. <sup>2</sup>Servicio de Geriatría. Hospital San Jorge Zaragoza.

**Objetivo:** Analizar la incidencia de polifarmacia y reacciones adversas medicamentosas en ancianos hospitalizados. Evaluar su repercisión en el proceso asistencial.

**Método:** Estudio observacional, descriptivo y prospectivo de una muestra aleatoria de pacientes ancianos ingresados durante el año 2007. Base de datos SPSS: variables epidemiológicas, clínicas y farmacológicas.

**Resultados:** De los 522 pacientes incluidos en el estudio, 192 (36,78%) tuvieron polifarmacia (> 6 fármacos al ingreso). Mujeres 86,5%. Edad media: 84,2 años. Viven en domicilio 58,9%. Toman sólo la medicación 8,3%. Barthel < 20: 36,45%. SPMSQ Pfeiffer > 3: 46,4%. Diagnósticos al alta 5,40. Comorbilidad: demencia 73, ACV 36, EPOC 27, I cardiaca 100, diabetes 60, cáncer 16. Estancia media: 12,72 días. Exitus: 13%. N° medio de fármacos al ingreso: 8,93, al alta: 6,38.

Se detectaron reacciones adversas: 121 (al ingreso: 83, en el hospital: 38): bradicardia-digoxina 14, hipokalemia-furosemida 8, hipocolesterolemia-estatinas 8, estreñimiento-ópiáceos 7, hipoglucemias-ADO 6, diarrea-amoxicilina clavulánico 6, delirio-ópiáceos 4, anemia-AINE 4, hiperkalemia-IECA 4, L dopa-impacto fecal 3, hipocoagulabilidad-dicumarínicos 3. Los pacientes con reacciones adversas tomaban mayor número de fármacos al ingreso  $p < 0,05$ . Los pacientes con reacciones adversas en el hospital tuvieron mayor estancia hospitalaria  $p < 0,05$ .

Fueron reacciones moderadas de curso recortado (90%). No hubo repercusión significativa en la capacidad funcional o en la mortalidad. No existió relación con la comorbilidad previa, el estado nutricional o el entorno dónde se administró la medicación.

**Conclusión:** La elevada incidencia de polifarmacia nos obliga a extremar la vigilancia de aparición de reacciones adversas que pueden dificultar el proceso asistencial y prolongar la estancia hospitalaria.

El conocimiento del riesgo de potenciales reacciones adversas de los fármacos en el anciano permite su tratamiento precoz y la disminución de sus complicaciones.

La disminución de la medicación en el anciano puede reducir el riesgo de eventos adversos en el hospital y en el entorno domiciliario.

## P061

### DESNUTRICIÓN PROTÉICA COMO FACTOR PRONÓSTICO EN PACIENTES NONAGENARIOS INGRESADOS EN UNA UNIDAD DE MEDIA ESTANCIA. RELACIÓN CON LA ESTANCIA MEDIA Y LA PRESENCIA DE COMPLICACIONES MÉDICAS

R. Miralles Basseda, C. Roqueta Guillén, M.J. Robles Raya, I. Llorach Gaspar y A.M. Cervera Alemany  
Hospital Universitari Del Mar, Barcelona.

**Objetivo:** Valorar prevalencia de desnutrición proteica (albúmina y colesterol total) en pacientes nonagenarios ingresados en una unidad geriátrica de media estancia y su valor pronóstico.

**Pacientes y métodos:** Se realiza a todos los pacientes una evaluación geriátrica integral (índice de Barthel al ingreso (IBI), índice de Lawton previo (ILP), minímalmente de Folstein (MMSE), índice de Comorbilidad de Charlson (ICCh)). Se registró estancia media, presencia de complicaciones médicas y número de síndromes geriátricos.

**Resultados:** Se evaluaron 43 pacientes (30 mujeres); edad media 91,9 ± 2,1 años. Medias de parámetros evaluados: IBI: 29,2 ± 16,2; ILP: 2,8 ± 2,9; MMSE: 18,29 ± 8,2; ICCh: 1,6 ± 1,2; albúmina: 2,9 ± 0,4; colesterol: 150 ± 34,5. Hubieron 21 (48,8%) pacientes que presentaron complicaciones médicas durante el ingreso.

Treinta y seis pacientes tuvieron desnutrición proteica (85,7%). Se halló correlación débil, aunque estadísticamente significativa de niveles de albúmina con estancia media ( $r = -0,34$ ;  $p = 0,03$ ), el IBI ( $r = 0,33$ ;  $p = 0,04$ ) y número de síndromes geriátricos ( $r = -0,47$ ;  $p = 0,01$ ).

Dicha correlación no se halló con niveles de colesterol. Los 21 pacientes que tuvieron complicaciones médicas durante el ingreso, presentaron unos niveles de albúmina con una media de  $2,7 \pm 0,4$ , mientras que en los 22 restantes este valor fue de  $3,2 \pm 0,4$  ( $p < 0,001$ ).

No hubo relación significativa entre los niveles de colesterol y la presencia de complicaciones médicas.

**Conclusión:** 1. La desnutrición proteica es muy prevalente en la población nonagenaria. 2. Niveles bajos de albúmina plasmática se relacionan de forma significativa con estancia más prolongada, menor capacidad funcional al ingreso, mayor número de síndromes geriátricos y mayor frecuencia de complicaciones. 3. La albúmina fue mejor marcador pronóstico en nonagenarios que los niveles de colesterol total.

**Palabras clave:** desnutrición, nonagenarios, pronóstico.

**P062****EVOLUCIÓN DEL REGISTRO DE CAÍDAS DEL CENTRO GERIÁTRICO MUNICIPAL DE BARCELONA (ACTUALMENTE CENTRO FORUM DEL HOSPITAL DEL MAR): SEGUIMIENTO Y COMPARACIÓN DE DOS PERIODOS ANUALES**

C. Roqueta Guillén, R. Miralles Basseda, O. Vázquez Ibar, E. de Jaime Gil, C. Conill Lanfranco y A.M. Cervera Alemany  
Servicio de Geriatría del IMAS. Hospital De La Esperanza, Centro Fórum, Hospital del Mar. Instituto de Atención Geriátrica Sociosanitaria (IAGS), Barcelona.

**Objetivo:** Analizar y comparar características de pacientes y caídas entre dos períodos de dos años (periodo A versus B).

**Pacientes y método:** Se realizó un registro prospectivo de pacientes ingresados en centro socio-sanitario que al menos sufrieron una caída: edad, sexo, índice de Barthel, diagnósticos principales, fármacos prescritos en el momento de la caída, lugar de caída, turno de enfermería, iluminación, características del suelo, tipo de sujeción indicada, uso de ayudas técnicas, tipo de calzado y actividad en el momento de la caída. En el periodo A el centro tenía 332 camas (unidad de convalecencia, larga estancia, paliativos, psicogeriatría y residencia asistida). En el periodo B, las unidades de cuidados paliativos y convalecencia fueron trasladadas a otro centro (quedando sólo 255 camas).

**Resultados:** *Periodo A:* 647 caídas en 227 pacientes; número total de pacientes ingresados: 1387 (incidencia acumulada de caídas del 46,6%); incidencia de caídas por mil camas año: 974,4. *Periodo B:* 539 caídas en 191 pacientes; número total de pacientes ingresados: 908 (incidencia acumulada de caídas de 59,3%); incidencia de caídas por mil camas año: 1056,8. Diferencias significativas entre ambos períodos (periodo B versus periodo A): edad ( $81,3 \pm 10,2$  vs  $79,8 \pm 10,6$ ) ( $p < 0,015$ ); porcentaje de mujeres (66,4% vs 55,2%) ( $p < 0,001$ ); diagnóstico neurológico (36,1% vs 26,7%) ( $p < 0,001$ ); porcentaje de fármacos: antidepresivos (16,4% vs 12,6%), neurolépticos (15,2% vs 10,3%) ( $p < 0,001$ ); caída en la habitación (41,6% vs 39,7%) ( $p < 0,001$ ); transferencias (30,8% vs 41,3%) ( $p < 0,001$ ); uso de ayuda técnica (40,5% vs 65,8%) ( $p < 0,001$ ); uso de sujeción (18,9% vs 23,3%) ( $p < 0,001$ ); turno de noche (43,8% vs 26,6%) ( $p < 0,001$ ).

**Conclusión:** 1. La incidencia acumulada de caídas y la incidencia por mil camas año se incrementó en el segundo periodo del estudio, hallándose diferencias significativas en los factores relacionados con el perfil de pacientes de ese periodo. 2. No hubo diferencias significativas en el resto de las variables estudiadas.

**Palabras clave:** registro, caídas, incidencia.

**P063****PERFIL DE PACIENTES ANCIANOS DERIVADOS A UN EQUIPO DE SOPORTE HOSPITALARIO DE CUIDADOS PALLIATIVOS**

A. Viloria, M. Sánchez Sobrino, E. Vacas, C. Mora y P. Prieto  
Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

**Introducción:** En marzo de 2007 se constituyeron los primeros Equipos de Soporte Hospitalario de Cuidados Paliativos (ESHCP) en la Comunidad de Madrid. El equipo del Hospital Clínico está integrado por 2 médicos, 3 enfermeras y 1 auxiliar administrativa. El objetivo es dar asistencia especializada e integral a los pacientes con enfermedad avanzada y terminal y sus familias, en plantas de hospitalización, consulta externa y Urgencias, para control de síntomas, valoración del recurso al alta y coordinación con el resto de los recursos de Cuidados Paliativos.

**Objetivo:** Describir el perfil de pacientes mayores de 65 años derivados al Equipo de Soporte de Cuidados Paliativos para valoración.

**Método:** Estudio descriptivo de las características de los pacientes mayores de 65 años valorados por el ESHCP. Período de estudio: 1-4-2007 al 31-12-2007. Se recogen variables demográficas, funcionales (PPS, Índice de Barthel), motivo de consulta, servicio de procedencia, diagnóstico principal, síntomas, seguimiento en programa, y ubicación al alta. Análisis estadístico: SPSS 13.0

**Resultados:** Pacientes valorados: 336, el 70% son mayores de 65 años. Edad media: 83 años (65-95). Sexo: 64% hombres. PPS: 45,5%  $\leq 50$ , Índice de Barthel: 58,9%  $\leq 65$ . Procedencia: 46,6% derivados desde plantas de hospitalización, 38% de consultas. Motivo de consulta: 54% para control y seguimiento de síntomas, 22% para organi-

zación y cuidados/objetivo 13% ubicación al alta. Diagnóstico principal: 89% oncológicos (25% neo pulmón, 16% neo de colon-recto), 8,5% no oncológicos (3% demencia) y el 2% no cumplía criterios para inclusión. Síntomas más frecuentes: astenia (60%), dolor (44%), anorexia (36%). El 64,5% de los pacientes precisaron seguimiento. Al alta del programa, el 45% fueron derivados para seguimiento por un Equipo de Soporte de Atención Domiciliaria (ESAD), el 14,5% precisaron ingreso en una Unidad de Cuidados Paliativos de Media Estancia (UCPMLE), 17% fallecen durante el seguimiento.

**Conclusión:** 1. La mayoría de los pacientes valorados son mayores de 65 años. 2. Continúa objetivándose una clara tendencia de los diferentes Servicios a derivar pacientes oncológicos. Dentro de los pacientes no oncológicos, la patología más prevalente es la demencia. 3. El principal motivo para derivación fue el control de síntomas. 4. Más de la mitad de los pacientes valorados son subsidiarios posteriormente de un recurso específico de Cuidados Paliativos (ESAD o UCPMLE), lo que pone de manifiesto la necesidad de recursos especializados en Cuidados Paliativos en los diferentes niveles asistenciales.

**P064****EPILEPSIA EN POBLACIÓN ANCIANA**

J. Gutiérrez<sup>2</sup>, M. Antón<sup>1</sup>, M. del Jesús<sup>1</sup>, P. Corujo<sup>1</sup>, B. Fuertes<sup>1</sup> y P. Gil<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Clínico San Carlos, Madrid. <sup>2</sup>Centro Sociosanitario Larrañaga, Aviles, Asturias.

**Objetivo:** Conocer las características clínicas, etiopatogenicas y terapéuticas de población anciana con diagnóstico de epilepsia.

**Metodología:** Estudio prospectivo de pacientes ancianos con diagnóstico clínico de epilepsia que se encuentran institucionalizados a nivel de medio residencial o en unidades geriátricas hospitalarias durante un periodo de recogida de tres meses. **Centros participantes:** 6. **Número de la muestra:** 145 pacientes. Se recogen datos sobre: edad, género, etiología del cuadro epiléptico, tipología clínica, comorbilidad, determinantes analíticos, técnicas de neuroimagen y fármacos utilizados. Se recogen en base datos SPSS 13.0

**Resultados:**

Muestra: 145 edad media  $82,1 \pm 57$  Mujeres 77(53%).

Etiología	N (%)	Tipología	N (%)	Fármacos	N (%)
Vascular	93 (64,5)	P. simple	53 (36,2)	Gabapentina	43 (29,7)
Demencia	42 (28,3)	T- Clínica	34 (23,7)	Fenitoína	36 (24,7)
Tumor	8 (5,6)	P. Compleja	33 (22,5)	Valproico	21 (14,5)
Otras	3 (2)	P.Generalizada	25 (17,6)	Pregabalina	16 (11)
				Barbitúricos	14 (9,7)

**Conclusión:** 1. La patología vascular es la forma etiológica más frecuente de epilepsia en población muy anciana. 2. Las formas parciales son la forma de manifestación más frecuente de epilepsia en este grupo etario. 3. Fenitoína y barbitúricos siguen siendo fármacos ampliamente utilizados, a pesar de su contraindicación, en población anciana.

**P065****MINI-NUTRITIONAL ASSESSMENT (MNA) Y FACTORES DE RIESGO DE OSTEOPOROSIS EN PACIENTES INGRESADOS EN UNA UNIDAD DE CONVALESCENCIA**

T. Roig González<sup>2</sup>, C. Roqueta<sup>3</sup>, M.J. Robles<sup>3</sup>, R. Miralles<sup>3</sup> y A.M. Cervera<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitari del Mar, de l'Esperança, centre Forum, Barcelona.

<sup>2</sup>Hospital Universitari del Mar, Barcelona. <sup>3</sup>Hospital de l'Esperança, Barcelona.

**Métodos:** Se analizaron 33 pacientes ingresados en Convalecencia. Variables recogidas: antecedente de fractura, vitamina D, albúmina, colesterol, circunferencia braquial, MNA y factores de riesgo para osteoporosis (FR) (fractura tras los 50 años o en familiares maternos, tabaquismo, IMC  $< 19$ , inmovilidad, marcha lenta). Se realizó valoración geriátrica integral.

**Resultados:** 26 mujeres (78,8%); las medias en las variables fueron: edad  $75,1 \pm 14,0$  años, I. Lawton previo  $4,5 \pm 3,1$ , I. Barthel previo  $86,5 \pm 17,4$  y al ingreso  $32,6 \pm 18,4$ , circunferencia braquial (CB)  $28,3 \pm 5,4$ ,

albúmina  $3,3 \pm 0,5$ , colesterol  $163,4 \pm 40,6$ , vitamina D  $10,9 \pm 5,2$  y MNA total  $17,1 \pm 4,8$ . El diagnóstico principal más frecuente fue "Fractura/lesión" en 17 pacientes (51,5%), seguido de 6 (18,2%) en "Locomotor no fractura" y "Neurológico". Solamente 4 (12,2%) ya recibía tratamiento previo para osteoporosis, 26 (78,8%) tenían 2 ó más FR. De los 33 pacientes, hubo 18 (28%) con déficit de vitamina D; en éstos la media de albúmina fue  $3,1 \pm 0,5$ , mientras que en los restantes fue  $3,4 \pm 0,6$  ( $p = 0,292$ ); la CB fue  $26,4 \pm 6,0$  y  $29,4 \pm 5,7$  ( $p = 0,275$ ); el colesterol fue  $156,0 \pm 17,4$  y  $163,2 \pm 48,6$  ( $p = 0,708$ ); el MNA fue  $15,7 \pm 5,5$  y  $17,3 \pm 5,0$  ( $p = 0,487$ ). En los 11 pacientes (33,3%) con antecedente de fractura, el valor medio de albúmina fue  $3,4 \pm 0,5$  y en los restantes  $3,3 \pm 0,5$  ( $p = 0,522$ ), la puntuación media del MNA fue  $18,5 \pm 4,5$  y  $16,5 \pm 4,9$  ( $p = 0,255$ ). Hubo una correlación significativa entre el número de FR y la puntuación del MNA ( $r = -0,40$ ,  $p < 0,02$ ).

**Conclusión:** 1. No hubo relación significativa entre déficit de vitamina D y parámetros nutricionales. 2. Un mayor número de FR se correlacionó con puntuaciones inferiores en el MNA.

## P066

### NUEVAS APORTACIONES SOBRE LA OPINIÓN DE LOS ESTUDIANTES DE MEDICINA Y LA GERIATRÍA

M.M. Roman García, L.M. Luengo Pérez y M. Pérez Miranda  
Facultad de Medicina de la Universidad de Extremadura, Cáceres.

**Objetivos:** Profundizar en el conocimiento de la opinión de los alumnos de Medicina sobre la Geriatría.

**Método:** Estudio descriptivo y observacional: Se realizó, al inicio de la asignatura encuesta estructurada respondida por 60 alumnos de los 112 matriculados. El análisis de los datos se realizó mediante cuantificación simple y porcentual.

**Resultados:** De los encuestados, uno no había oído hablar de la geriatría; 35 opinaron que era interesante, 21 necesaria, 3 una María y 1 innecesaria; para 3 estaría entre las 3 primeras opciones MIR; 2 creen que no les puede aportar nada en el pregrado y para su formación como futuros médicos; 19 consideran que los contenidos están implícitos en otras materias; 31 la utilizaría como primera opción para sus familiares longevos enfermos, 23 distintas especialidades, 1 medicina interna, 1 no contesta y 4 atención primaria; sobre la ubicación actual de los geriatras opinan: 16 ns/nc, 17 que están en los Hospitales (H), 24 en Residencias®, 2 en AP y 1 en ningún sitio especial; sobre la ubicación deseable opinan: 40 en H y R y AP, 3 sólo en R, 7 sólo en H, 1 ns/ns, 4 R y AP, 3 H y AP, 2 R y AP; sobre la formación en geriatría opinan la mayoría que es por el sistema MIR: 45 SM Geriatría, 7 SM de MI, 1 SM AP, 7 ns/nc. Opinan que la geriatría se dirige a: (35) a los mayores de 65 años, (16) a los ancianos más frágiles o con algún grado de dependencia, (3) ns/nc, (3) a toda persona con enfermedad crónica independientemente de la edad, (2) a persona mayor con enfermedad aguda, (1) a los ancianos en instituciones. Opinan que se beneficiarían más de la geriatría: (23) los ancianos más frágiles y con algún grado de dependencia, (24) todos los mayores de 65, (2) todos los que tengan enfermedad crónica independientemente de la edad, (6) los ingresados en instituciones geriátricas, (4) ns/nc, (1) toda persona mayor con enfermedad aguda.

**Conclusión:** La mayoría de los alumnos de medicina de 5º curso de la UEx han oído hablar de la Geriatría y la consideran necesaria o interesante. Para la minoría está entre las 3 primeras opciones MIR. La mayoría considera que la asignatura puede aportar conocimientos para su futura formación y que los contenidos no están implícitos en otras materias. La mayoría consideran que los geriatras están ubicados en residencia y que deberían estar en hospitales, residencia y atención primaria. La edad mayor de 65 años aparece determinante para uso y beneficio de recursos geriátricos y debe clarificarse en pregrado.

## P067

### ALGUNAS CONSIDERACIONES SOBRE LA OPINIÓN DE LOS ALUMNOS DE MEDICINA A CERCA DE LA GERIATRÍA EN DOS AÑOS CONSECUTIVOS

M.M. Román García, L.M. Luengo Pérez y M. Pérez Miranda  
Facultad de Medicina de la Universidad de Extremadura.

**Objetivo:** Realizar el seguimiento de las opiniones de los alumnos de medicina durante 2 años consecutivos, tomando como referencia la primera recogida de datos en el curso académico 2006-07 y 2007-08.

**Material y método:** Se parearon los resultados de algunas de las respuestas que se realizaron con los mismos contenidos en la encuesta de los 2 años; si bien las muestras no eran comparables al realizarse la encuesta el primer día de clase, los resultados del estudio descriptivo y cuantitativo, en ambos casos expresan la opinión de la mayoría y se lleva a cabo mediante cuantificación simple y porcentual de los mismos.

**Resultados:** En el 2007 el 11,2% declaraban no haber oído hablar de la geriatría como especialidad médica y en el 2008 el 1,6%. La mayoría de los alumnos consideraban la asignatura interesante o necesaria en los 2 años consecutivos, pero en el 2007 el 7% la consideraron innecesaria frente al 1% en el año 2008. En el 2007 el 56,3% consideraban que la materia estaba incluida en otras asignaturas frente el 31,6% en el año 2008. En el 2007 el 12,6% consideraban que la geriatría no les podía aportar nada para su formación, frente al 3,3% en el 2008. La primera opción elegida por los alumnos para sus familiares longevos en situación de enfermedad fue la geriatría en los dos años consecutivos: 59,1% en el 2007 y 51,6% en el 2008. La elección de la geriatría como opción del MIR no varió en los 2 años consecutivos (5% frente a 5,6%). Cuando se plantearon con opciones las preguntas abiertas realizadas sobre ubicación de los geriatras y de los ancianos en los niveles de asistencia geriátrica, se obtuvo mejor rendimiento en cuanto a la ubicación real y deseable de los geriatras pero no en cuanto a la utilidad real de la geriatría para los usuarios donde el dato edad aparecía como factor principal a la hora de utilizar recursos geriátricos.

**Conclusión:** Disminuye el % de alumnos que no han oído hablar de la Geriatría, el de alumnos que la consideran innecesaria y el de los que opinan que los contenidos están implícitos otras asignaturas. Aumenta el % de alumnos que consideran que les puede resultar útil la formación geriátrica en el pregrado y como médicos del futuro. Mejora la percepción de los alumnos sobre posible ubicación de los geriatras y de los ancianos en los niveles asistenciales geriátricos al formular las preguntas abiertas con opciones; aunque la edad mayor de 65 años les parece factor determinante en cuanto a la utilidad de la geriatría. El seguimiento de estos datos nos permite aproximarnos a la realidad percibida por los alumnos y a los contenidos docentes.

## P068

### ANCELIOS Y ENFERMEDAD ARTERIAL PERIFÉRICA EN UNA UNIDAD GERIÁTRICA DE AGUDOS

J. Fernández Soria, J. Flores Valderas, A. Escalante Melich, M. Checa López, R. Paz Maya, M.J. Led Domínguez y M.A. de la Torre Lanza  
Complejo Hospitalario, Toledo.

**Introducción y objetivo:** La prevalencia de la EAP aumenta con la edad siendo superior al 20% en mayores de 60 años. Un alto porcentaje de los pacientes no presentan sintomatología y en la población anciana se confunde con el proceso natural del envejecimiento, estando por ello, infradiagnósticada. El objetivo del estudio es estimar la prevalencia de la EAP en la unidad geriátrica de agudos del Complejo Hospitalario de Toledo.

**Material y métodos:** Se diseñó un estudio de cohortes transversal en pacientes mayores de 70 años ingresados en la Unidad Geriátrica de Agudos del Complejo Hospitalario de Toledo. Se realizó historia clínica en la que se recogieron variables como edad, sexo, factores de riesgo cardiovascular, motivo de ingreso, historia aterotrombótica y medición de índice tobillo-brazo con Doppler. El análisis estadístico fue recogido con SPSS versión 12,0.

**Resultados:** Se reclutaron un total de 53 pacientes ingresados en el HVV del Complejo Hospitalario de Toledo, de los cuales el 43,39% fueron varones y el 56,6% fueron mujeres con una edad media de 82,73 años. De los pacientes seleccionados presentaban antecedentes de DM el 24,52%, de HTA el 75,47%, de tabaquismo el 33,96%, de coronariopatía el 24,52%, de enfermedad cerebrovascular el 33,96%, de enfermedad arterial periférica (EAP) de 1,88%. Estando previamente anticoagulados el 64,15%. Se observó que el índice tobillo-brazo fue positivo para EAP leve-moderada en el 26,41% de los casos.

**Conclusión:** Se observa una prevalencia de EAP leve-moderada en el 26% de los pacientes. El porcentaje de pacientes diagnosticados de EAP es ligeramente superior a lo descrito en la literatura en pacientes mayores de 65 años.

**Bibliografía:** William R. Hiatt, Md: enfermedad arterial periférica. Criqui MH, Langer RD, Fronck a, et al: Mortality over a periodo of 10 year in patients with peripheral arterial disease. N Engl J Med 1992. Dormandy JA, Rutherford RB: TASC, Management of Peripheral Arterial Disease. J Vasc Surg 2000.

## P069

### MARCADORES PRONÓSTICOS EN EL PACIENTE ANCIANO DE LA NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD (NAC)

J. González del Castillo, F.J. Martín Sánchez, T. Pérez de Prada, J. González Armengol, P. Villarreal González Elipe y A. López Farre  
Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

**Objetivo:** Encontrar marcadores tempranos de mala evolución y posibles predictores de mortalidad en pacientes con neumonía funcional.

**Metodología:** Se realizó una extracción de plasma a su llegada a Urgencias a todos los pacientes mayores de 65 años con diagnóstico de neumonía adquirida en la comunidad durante 1 mes. Posteriormente se analizó el proteoma de los pacientes fallecidos y de un grupo con similares características clínicas y no fallecidos. Se analizaron fundamentalmente proteínas implicadas en inflamación y en oxidación.

**Resultados:** Fueron incluidos 6 pacientes en cada uno de los grupos con similares características clínicas y epidemiológicas. La isoforma 7 de la alfa-1-antitripsina estaba aumentada significativamente en el grupo de exitus con respecto al de no exitus ( $p = 0,047$ ). Los resultados obtenidos muestran un aumento estadísticamente significativo en el grupo de no exitus frente al de exitus en la expresión de las siguientes proteínas: isoforma 1 del fibrinógeno gamma ( $p = 0,047$ ); isoformas 2 y 3 de la haptoglobina, ( $p = 0,029$  y  $p = 0,056$ ); isoforma 1, 2 y 3 de Hemopexina B ( $p = 0,010$ ,  $p = 0,010$  y  $p = 0,016$ ); isoforma 2 y 3 de la proteína de unión a vitamina D ( $p = 0,016$  y  $p = 0,010$ ); apo AIV  $p = 0,038$ ; actina ( $p = 0,016$ ) y ceruloplasmina ( $p = 0,016$ ).

**Conclusión:** La elevación de la isoforma 7 de la alfa-1-antitripsina en pacientes con NAC a su llegada a Urgencias se muestra como un predictor independiente de mortalidad. Además se observó una correlación significativa entre la mortalidad y la respuesta inmunológica que presentaban los pacientes a su llegada a urgencias, establecida mediante la expresión de determinadas proteínas proinflamatorias.

## P070

### ESTUDIO PROTEÓMICO DE LA NEUMONÍA FUNCIONAL. HISTORIA NATURAL DE LA PATOLOGÍA EN PACIENTES MAYORES DE 65 AÑOS

J. E. García Lambrechts, F.J. Martín Sánchez, J. González del Castillo, T. Pérez de Prada, J. González Armengol, P. Villarreal González Elipe y A. López Farre  
Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

**Objetivo:** Analizar el mapa proteómico del plasma de pacientes mayores de 65 años con neumonía funcional reclutados del Servicio de Urgencias del Hospital Clínico San Carlos.

**Métodos:** Se incluyeron 10 pacientes a los cuales se les extrajo una muestra de sangre periférica a los 0, 7 y 30 días de tratamiento. Se analizaron fundamentalmente proteínas implicadas en la inflamación y la oxidación.

**Resultados:** La edad media de los pacientes fue de 73,7 años (50% varones) con características clínicas similares. Los resultados muestran un aumento estadísticamente significativo en la expresión de las siguientes proteínas a los 30 días de tratamiento respecto al basal: isoformas 1 y 3 del fibrinógeno gamma ( $p = 0,005$  y  $p = 0,028$ ); isoformas 1, 3 y 5 de la haptoglobina ( $p = 0,028$ ,  $p = 0,047$  y  $p = 0,038$ ); isoforma 1 de la  $\alpha_1$ -antitripsina ( $p = 0,028$ ); isoforma 2 de la proteína de unión a vitamina D ( $p = 0,013$ ); isoforma 1 y 2 del complemento C ( $p = 0,047$  y  $p = 0,005$ ); a-1-microglobulina ( $p = 0,013$ ), ceruloplasmina ( $p = 0,037$ ) y hemopexina B ( $p = 0,013$ ). No se observaron diferencias estadísticamente significativas en el resto de proteínas analizadas.

**Conclusión:** Existe un aumento significativo de diversas isoformas de proteínas plasmáticas involucradas en los procesos inflamatorios y de oxidación durante el curso de la neumonía; esto podría implicar factores pronósticos y del curso de la enfermedad que ayuden a emplear la mejor estrategia terapéutica. No obstante, deben realizarse más estudios en este sentido, con el fin de llegar a un mayor conocimiento del significado de estas modificaciones plasmáticas.

## P071

### NUTRICIÓN ENTERAL EN ANCIANOS DIABÉTICOS MALNUTRIDOS: ESTUDIO DE LOS FACTORES IMPLICADOS EN LA RESPUESTA GLUCÉMICA POSTPRANDIAL

A. Puertas Cantería<sup>2</sup>, A. Sanz París<sup>1</sup>, J.L. Gascón Gaspar<sup>2</sup>, C. Sanz Sebastián<sup>2</sup>, E. Fernández Cancer<sup>2</sup> y M. Ibáñez<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitario Miguel Servet; <sup>2</sup>Residencia Mayores Romareda, Zaragoza.

Las fórmulas enterales específicas para diabetes han demostrado inducir una menor respuesta glucémica que los preparados standard. Sin embargo, en la práctica los diabéticos siguen regímenes terapéuticos muy variados, y muchos utilizan suplementos nutricionales combinados con su dieta habitual.

**Objetivo:** Evaluar el efecto de distintas fórmulas de Nutrición Enteral sobre la respuesta glucémica, en pacientes con diversas terapias farmacológicas y en combinación con las ingestas.

**Método:** Estudio intervencionista en 80 ancianos diabéticos tipo 2, con malnutrición proteica (4 grupos de 20, según su tratamiento: dieta, sulfonilureas, insulina NPH o glargin) que, tras dar su consentimiento informado, recibieron 200ml de 3 suplementos diferentes, tras el desayuno y comida de 3 días distintos (separados por 6 días). Se determinó su glucemia basal y 1 hora después del desayuno y la comida, y los triglicéridos 3 horas tras el desayuno. El % de proteínas, carbohidratos, grasas y grs. de fibra, por 100 ml de cada tipo de fórmula fué: standard (S)16/54/30/0; standard rica en fibra (SF)16/54/30/1.7; específica para diabetes (con carbohidratos y grasas modificados) rica en fibra (FC)16/49/35/1.7. Análisis estadístico: de la varianza con el Test de Wilcoxon, y Test de correlación de Spearman.

**Resultados:** 1. La glucemia aumentó, tras suplementar el desayuno, con todas las fórmulas, pero menos con FC ( $p = 0,002$ ; S: 110+22 vs 208+61, SF: 108+30 vs 207+76, FC: 116+27 vs 178+33). 2. Tras la comida, el aumento de glucemia es menos marcado por su contenido calórico más alto que el del desayuno ( $p = 0,01$ ; S: 177+53 vs 212+62, SF: 184+86 vs 212+112, FC: 159+37 vs 176+38). 3. La glucemia antes de la comida, con S y SF, es más alta que antes del desayuno ( $p = 0,0001$ ; S: 177+53 vs 110+22, SF: 184+86 vs 108+30), debido al incremento postprandial tardío, que con FC fué significativamente inferior ( $p = 0,0001$ ; FC: 159+37 vs 116+27), pero sin diferencias entre S y SF (S: 177+53 vs SF: 184+86). 4. Los niveles de glucosa preprandial se correlacionan con la respuesta postprandial ( $r = 0,5$ ;  $p = 0,001$ ), excepto durante la comida en el grupo tratado con NPH. 5. La respuesta glucémica fué más elevada en el grupo tratado con glargin ( $p = 0,001$ ). 6. Los triglicéridos no se incrementaron significativamente en ningún caso.

**Conclusión:** La utilización de una fórmula enteral específica para diabetes, la cantidad de comida de la ingesta, el tipo de insulina y la glucemia preprandial son factores relacionados con un menor incremento de la glucemia postprandial, sin que la presencia de fibra parezca inducir ningún efecto adicional en este sentido.

**Palabras clave:** Nutrición Enteral, Diabetes tipo 2, respuesta glucémica.

## P072

### ACTIVIDAD DE UNA UNIDAD DE ATENCIÓN AL PACIENTE FRÁGIL

A. Lozano Miñana, O. Contreras Rodríguez, M. Cerdà Lafont, E. Fábregas Fontanals, E. Carral Rodríguez y N. Parra Macías  
Hospital Universitari Sagrat Cor - L'Aliança, Barcelona.

**Objetivos:** Describir la actividad de una Unidad de Atención al Paciente Frágil (UAPF) que basa el criterio de ingreso en la valoración de fragilidad establecida por el Vulnerable Elders Survey 13 (VES-13).

**Material y métodos:** Estudio transversal realizado durante los 12 meses del año 2007 sobre 409 pacientes que ingresaron de manera consecutiva en la UAPF. Se recogieron datos sociodemográficos y clínicos mediante índices de funcionalidad, comorbilidad, estado nutricional, riesgo de úlceras por presión y fragilidad. Se consideró paciente vulnerable al que presentaba 3 o más puntos en el VES-13. Se realizó un análisis de estadística descriptiva.

**Resultados:** El 71,7% ingresó directamente desde el Servicio de Urgencias. El diagnóstico más frecuente correspondió a la fractura de cuello de fémur pertrocanterea (23,5%). El 41,5% percibía su salud

como mala. El 18,3% disponía de un documento de voluntades anticipadas. La puntuación media del índice de Barthel fue de 58,0 (32,2) puntos, de 8,3 (2,0) para el VES-13, de 2,3 (1,9) en el Índice de Charlson, de 4,1 (3,0) en el test de Pfeiffer y de 11,3 (4,2) en el índice de Norton. La cifra media de albúmina fue de 35,7 (6,9) g/L. Al alta, el 38,3% regresó a domicilio con seguimiento por Atención Primaria (AP). Sólo el 13,0% fue exitus.

**Conclusión:** El perfil del paciente atendido en la UAPF corresponde a un anciano vulnerable que ingresa por fractura de cuello de fémur peritroantárea y alta comorbilidad, pero que en su mayoría puede ser dado de alta a domicilio para control por AP.

## P073

### RELACIÓN ENTRE VULNERABILIDAD, FUNCIONALIDAD Y MORTALIDAD DE PACIENTES INGRESADOS EN UNA UNIDAD DE ATENCIÓN AL PACIENTE FRÁGIL

A. Lozano Miñana, O. Contreras Rodríguez, M. Cerdà Lafont, E. Fábregas Fontanals, E. Carral Rodríguez y N. Parra Macías  
Hospital Universitari Sagrat Cor - L'Aliança, Barcelona.

**Objetivos:** Analizar la relación entre vulnerabilidad y mortalidad y entre vulnerabilidad y funcionalidad en una Unidad de Atención al Paciente Frágil (UAPF) que basa el criterio de ingreso en la valoración de fragilidad establecida por el Vulnerable Elders Survey 13 (VES-13).

**Material y métodos:** Estudio transversal realizado durante los 12 meses del año 2007 sobre 409 pacientes que ingresaron de manera consecutiva en la UAPF. Se recogieron datos sociodemográficos y clínicos mediante índices de funcionalidad, comorbilidad, estado nutricional, riesgo de úlceras por presión y fragilidad. Se consideró paciente vulnerable al que presentaba 3 o más puntos en el VES-13. Se calcularon asociaciones mediante odds ratio (OR), comparaciones con la prueba de la ji al cuadrado y correlaciones mediante el coeficiente de correlación de Pearson (r).

**Resultados:** La puntuación media del índice de VES-13 fue de 8,3 (2,0) puntos y la del índice de Barthel, de 58,0 (32,2). El 98,0% puntuó 3 o más puntos en el VES-13. Sólo el 13,0% fue exitus. De ellos, el 95,5% fue considerado vulnerable. Se obtuvo una OR de 2,8 para fallecer con el hecho de ser considerado vulnerable respecto a pacientes que puntuaron menos de tres puntos en el VES-13, si bien esta relación no fue significativa ( $p = 0,461$ ). La r entre funcionalidad y vulnerabilidad fue de -0,793 ( $p = 0,001$ ).

**Conclusión:** El paciente vulnerable presenta un riesgo casi tres veces superior de fallecer respecto al paciente no vulnerable y cuanto más vulnerable es el paciente, mayor dependencia funcional padece.

## P074

### ANÁLISIS LONGITUDINAL DE PARÁMETROS NUTRICIONALES COMO FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN UNA RESIDENCIA DE ANCIANOS

N. Peña Sarabia, C. Fernández Viadero y H. Ganzo Álvarez  
Residencia de Personas Mayores de Santander, Santander.

**Objetivo:** Cuando se realiza la valoración nutricional se presta atención en los valores deficitarios pensando en criterios de malnutrición, pero varios de esos parámetros se deben tener en cuenta cuando por exceso suponen también criterios de riesgo cardiovascular (RCV) en pacientes cuya primera causa de muerte es la vascular y no siempre son correctamente valorados.

**Método:** Sobre una población institucionalizada se realiza un estudio longitudinal retrospectivo de la valoración nutricional efectuada durante un periodo de 10 años (1997-2007) teniendo en cuenta los parámetros que además de ser criterios nutricionales también son de RCV: Índice de Masa Corporal (IMC, considerando como sobrepeso valores de 25-29,9 Kg/m<sup>2</sup> y obesidad por encima de 30 Kg/m<sup>2</sup>), Contorno Cintura (CC, considerando riesgo más de 102 cms en varones y 88 cms en mujeres), Índice Cintura/Cadera (ICC, considerando riesgo 1 o más en varones y 0,85 o más en mujeres), Colesterol total (CT, riesgo por encima de 240 mg/dl) y Triglicéridos (TG, riesgo por encima de 150 mg/dl).

**Resultados:** Población N = 479 (142 varones, 29,6% y 337 mujeres 70,4%). La media de edad oscila entre 83-84 años a lo largo de la década estudiada, al tratarse de un estudio longitudinal la N no siempre corresponde a 479. IMC: N = 450. Sobre peso en 180 casos (40%) y

obesidad en 107 (23,77%). CC: N = 459: por encima de lo normal 279 (60,78%), 65 varones (23,30%) y 214 mujeres (76,70%). ICC: N = 459: por encima de lo normal 358 (78%), 112 varones (31,3%) y 246 mujeres (68,7%). CT: N = 457: por encima de lo normal 78 (17,1%) sin diferencia significativa por sexos. TG: N = 448: Por encima de lo normal 82 (18,3%) sin diferencia significativa por sexos.

**Conclusión:** Teniendo en cuenta que se trata de una población cuya primera causa de mortalidad es la vascular y que son portadores de FRCV no modificables como la edad, antecedentes personales y familiares y ser varones, la prevalencia de obesidad es muy alta (independientemente del parámetro a valorar (IMC, CC y el ICC), si además es una población con incidencia elevada de otros FRCV como la HTA o la Diabetes y que el sedentarismo es un hábito frecuente en la institucionalización se debe prestar más atención en las medidas de control como dietas adecuadas (que no estrictas) y modificaciones de conducta con estimulación del ejercicio para evitar especialmente las complicaciones derivadas de la patología vascular que provocan dependencia como los ACVA así como un control periódico de peso no sólo en la vigilancia de la pérdida sino también en la ganancia.

## P075

### TRATAMIENTOS COMBINADOS ANTE TRASTORNOS RESPIRATORIOS PRESENTES EN DEMENCIAS SEVERAS

M. Cabello Herranz<sup>1</sup>, J. Márquez Erce<sup>1</sup>, S. González Durán<sup>1</sup>, J.M. Cabello Neila<sup>1</sup> y S. Angulo Díaz-Parreño<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Centro Integrado Municipal para enfermos de Alzheimer Jazmín, Madrid;

<sup>2</sup>Universidad San Pablo CEU, Madrid.

**Objetivo:** Analizar y describir la intervención realizada desde las áreas de enfermería y fisioterapia para facilitar la expulsión de secreciones bronquiales a través de terapias combinadas en pacientes con demencia en grado severo en un Centro Socio-sanitario especializado en Demencias.

**Método:** Estudio descriptivo de las intervenciones realizadas a lo largo de un año sobre una muestra de 30 sujetos institucionalizados (25 mujeres, 5 hombres), con una media de 83,93 años, desv. Tip: 9,002, GDS de Reisberg de 6 y 7. Se evaluaron variables independientes: Edad, género, estadio evolutivo GDS, antecedentes de enfermedad respiratoria e infecciones respiratorias. Se analizaron los tratamientos, agrupándolos en seis tipos: 1: fisioterapia respiratoria + aspiración, 2: fisioterapia respiratoria, 3: fisioterapia respiratoria + nebulizaciones + Otros fármacos, 4: nebulizaciones, 5: extracción manual; 6: aspiración. Se empleó el SPSS 15.0.

**Resultados:** N° sujetos: 30; sexo: 25 mujeres: 83,33% y 5 hombres: 16,67%; GDS 6:26,66%, GDS 7:73,4%. Porcentaje en el que se aplica cada tratamiento respecto al total de sujetos: Tratamiento 1: 23%; Tratamiento 2: 13%; Tratamiento 3: 100%; Tratamiento 4: 30%; Tratamiento 5: 10%; Tratamiento 6: 33%. El 12,54% de los sujetos con GDS 6 presentó Infección respiratoria frente al 63,6% de los sujetos con GDS 7. Ningún sujeto con GDS 6 precisó terapias invasivas (Tratamientos 1 y 6) frente al 50% de los sujetos con GDS 7. Existe relación entre haber padecido una infección respiratoria y la elección de los Tratamientos 1: 40%, tratamiento 4: 53,3% y tratamiento 6: 66,7%. Existe relación entre sujetos con GDS 7 y aplicación del tratamiento 6.

**Conclusión:** Las infecciones respiratorias parecen tener relación con el deterioro global de los sujetos, GDS 7. El 100% de sujetos han recibido el tratamiento 3 resultando éste el tratamiento de elección en el Centro. La Fisioterapia Respiratoria ocupa un lugar en el manejo interdisciplinar de las afecciones respiratorias en pacientes con deterioro severo.

## P076

### CAMBIOS EN EL TRATAMIENTO DE LA INSUFICIENCIA CARDIACA A LOS TRES MESES DEL ALTA HOSPITALARIA

V. López Gaona, E. Delgado Parada, A. Medina García, J.C. Miñana Climent, J. Santianes Patiño y F.M. Suárez García  
Hospital Monte Naranco, Oviedo.

**Objetivo:** Comparar el tratamiento prescrito al alta en un paciente que ingresa por insuficiencia cardiaca con el que mantiene a los tres meses. Registrar la existencia de un cambio en el mismo e identificar los factores relacionados.

**Método:** Se incluyeron de forma prospectiva pacientes con el diagnóstico de insuficiencia cardíaca según criterios de Framingham que ingresaron en una Unidad de Geriatría de Agudos (UGA) entre febrero y julio de 2007. (n:162; 40,1% varones; edad 84,56 ± 5,8). Todos los pacientes fueron valorados en las primeras 24 horas del ingreso y al alta. Se registraron los fármacos pautados al alta hospitalaria y los que tomaban a los tres meses mediante entrevista telefónica. Se recogió la variación de tratamiento solamente cuando existió un cambio de grupo farmacológico. Asimismo, se registraron variables sociodemográficas, funcionales, clínicas, parámetros analíticos y ecocardiográficos y se relacionaron con la existencia de un cambio.

**Resultados:** Existió cambio de tratamiento en un 21,8% de los sujetos. La relación de frecuencias en la prescripción de cada fármaco al alta y a los tres meses fue: diuréticos (94,9% vs 93%), espironolactona (13,3% vs 16,2%), IECAs (48,7% vs 50%), ARA II (10,1% vs 11,3%), betabloqueantes (22,8% vs 22,5%), digoxina (40,5% vs 37,3%). Al alta hubo un 2,9% de pérdidas y a los 3 meses un 12,3% en relación a fallecimientos e imposibilidad de contacto telefónico (1,45%). El cambio de tratamiento se asoció a no tener pareja (estar soltero, viudo o divorciado; p: 0,04), a una menor distancia a su Centro de Salud (p: 0,03), tener hipertensión arterial (p: 0,03) y un peor NYHA al ingreso (p: 0,01). No presentó asociación con ningún parámetro analítico, electrocardiográfico ni ecocardiográfico.

**Conclusión:** La distribución de la prescripción por grupo farmacológico es similar al cabo de tres meses. Los cambios en el tratamiento están relacionados con la situación funcional, el estado civil, la proximidad al Centro de Salud y la presencia de hipertensión arterial.

**Palabras clave:** Insuficiencia cardíaca, tratamiento, cambio

## P077

### FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR E INSUFICIENCIA CARDÍACA

L. Muñoz Jiménez, R. Peñaflor Burkhart, C. Urbano Carrillo, J. Cano Nieto, A. Esteban Luque y F. Malpartida de Torres  
Hospital Regional Universitario Carlos Haya, Málaga.

La insuficiencia cardíaca crónica (ICC) es la vía final común de muchas de las enfermedades cardíacas. Su prevalencia está aumentando debido al envejecimiento de la población y el aumento de la supervivencia de pacientes afectados de otras enfermedades, como la coronaria o la hipertensión arterial.

A pesar de los avances realizados en el tratamiento presenta tasas elevadas de mortalidad y morbilidad, siendo imprescindible el control de los factores de riesgo cardiovascular y la optimización del tratamiento médico.

**Objetivos:** Analizar la incidencia de los factores de riesgo cardiovascular en pacientes diagnosticados de insuficiencia cardíaca mayores de 75 años así como el tratamiento médico prescrito.

**Método:** Se han seleccionado 97 pacientes con diagnóstico de ICC mayores de 75 años y se han recogido datos sobre edad, sexo, tabaquismo, hipertensión arterial (HTA), diabetes Mellitus (DM) y dislipemia (DL).

Igualmente se han recogido datos sobre el uso con antiagregantes, anticoagulación, diuréticos, nitratos, betabloqueantes, IECAs y ARA II.

**Resultados:** De los 97 pacientes seleccionados, 52,6% son mujeres y el 47,4% son hombres. La edad media es de 78,92 años.

Está presente al menos un factor de riesgo cardiovascular en el 78,3% de los pacientes, siendo la distribución por grupos: 30,5% tabaquismo, 67% HTA, 40% DM y 23,7% DL.

En cuanto al tratamiento 44% reciben antiagregantes, 30% anticoagulación oral, 67% IECAs, 30% ARA II, 42% betabloqueantes, 91% diuréticos y 54% nitratos.

**Conclusión:** Los factores de riesgo cardiovascular presentan una alta incidencia en pacientes mayores de 75 años con diagnóstico de ICC, siendo el más frecuente la hipertensión arterial seguida de la diabetes.

El tratamiento es adecuado en la mayoría de los casos, siendo los diuréticos y antihipertensivos, sobre todo IECAs, los tratamientos más prescritos.

## P078

### SIGNO DE DUCHENNE (INSUFICIENCIA DEL GLÚTEO MEDIO TRAS ENCLAVADO DE ENDERS)

F. Gómez Busto, S. Armentia López de la Calle, J. Gómez-San Jorge y M. García Lois

*Centro Integral de Atención a Mayores San Prudencio.*

El glúteo medio es un músculo estabilizador de la cadera. En el apoyo monopodal fija el centro de gravedad (junto con el glúteo menor) sobre el pie de apoyo, elevando la nalga. En caso de debilidad del glúteo medio, la pelvis del lado sano cae por debajo de la horizontal (Trendelenburg) desplazando el centro de sustentación y como compensación, se lateraliza el hemicuerpo hacia el lado sano (signo de Duchenne). Presentamos un caso clínico con insuficiencia del glúteo medio tras una fractura peritrocantérica.

**Caso clínico:** Mujer de 82 años, sensorialmente conservada y diagnosticada previamente de Diabetes tipo II, con macro y microangiopatía. Dislipemia y Cardiopatía isquémica. Índice de Barthel: 75p. MEC Lobo: 23/35. Presenta caída casual con fractura Peritrocantérica Izda tipo A 2-2 (Clasificación A.O.), tratada con enclavado intramedular de Enders y 4 semanas sin carga ni apoyo de la extremidad. *Fisioterapia:*

**Exploración:** Paciente colaboradora. Sin coxalgia ni trastornos del equilibrio. Balance muscular glúteo medio: 2/5. Prueba de Trendelenburg positiva en el apoyo monopodal izquierdo con signo de Duchenne. *Trabajo realizado:* inicialmente ejercicios isométricos seguidos de cinesiterapia asistida y activa, potenciación muscular, reeducación de marcha/equilibrio y mejoría funcional en las AVDs.

**Resultados:** Tras 6 semanas de tratamiento, la paciente puede realizar el apoyo monopodal con estabilidad pélvica y marcha sin bamboleo. Índice de Barthel: 75p.

**Conclusión:** La fisioterapia es básica para la correcta recuperación funcional tras la fractura de cadera del anciano.

## P079

### CARACTERÍSTICAS DIFERENCIALES DEL PACIENTE CUYO INGRESO POR INSUFICIENCIA CARDÍACA SE PROLONGA MÁS ALLÁ DE OCHO DÍAS

S. Gutiérrez Vara, E. Delgado Parada, M. Alonso Álvarez, J.C. Miñana Climente, M.E. García Carreño y M. Suárez Linares  
Hospital Monte Naranco, Oviedo.

**Objetivo:** Describir el perfil asociado a una estancia hospitalaria mayor de 8 días en pacientes que ingresan en una Unidad de Geriatría de Agudos (UGA) con el diagnóstico de insuficiencia cardíaca.

**Método:** Se incluyeron de forma prospectiva pacientes con diagnóstico de insuficiencia cardíaca según criterios de Framingham que ingresaron en una UGA entre febrero y julio de 2007 (n: 162; 40,1% hombres; edad 84,56 ± 5,8).

Se recogieron variables sociodemográficas, funcionales, de comorbilidad, así como parámetros clínicos, analíticos, electrocardiográficos y ecocardiográficos.

**Resultados:** Un total de 53 pacientes (32,7%) permanecieron ingresados más de 8 días (43,1% hombres; p: 0,017); fueron pacientes más jóvenes y con mejor situación funcional aunque las diferencias no llegaron a ser significativas.

En este grupo hubo más pacientes casados, viviendo en la comunidad, en un núcleo urbano (p: 0,029) y sin apoyo formal. Clínicamente, solo la ausencia de hipertensión arterial (54,8%; p < 0,004) resultó significativa, aunque presentaron mayor porcentaje de demencia y menor de depresión que el grupo control, así como un índice de masa corporal mayor (28,23 ± 7,05).

Respecto a estudios complementarios, destaca la presencia de disfunción sistólica y la ausencia de hipertrofia ventricular izquierda y valvulopatías. En parámetros analíticos, la natremia y la creatinina son más elevadas y presentaron cifras más bajas de urea, hemoglobina y ácido úrico.

**Conclusión:** En nuestra muestra, una estancia hospitalaria prolongada se relaciona con el sexo masculino, la ausencia de HTA y residir en núcleo urbano.

**Palabras clave:** Insuficiencia cardíaca, estancia media, Unidad de Geriatría de Agudos.

**P080****TRAYECTORIA CLÍNICA EN UNA UNIDAD DE GERIATRÍA DE AGUDOS COMO METODOLOGÍA DE TRABAJO**

M. Garreta Burrel, M. Aguilar, M. Mantilla, N. Robles, N. Domínguez y E. Jbilou

Hospital del Mar. Instituto Municipal de Asistencia Sanitaria (IMAS), Barcelona.

**Introducción:** En las personas mayores la presencia de una enfermedad aguda puede activar o desencadenar otras crónicas. El anciano enfermo, por su idiosincrasia, puede percibir y expresar su enfermedad de forma atípica y peculiar. La implantación de trayectorias clínicas como método de trabajo dota a los profesionales de un instrumento de gestión de los cuidados que permite evaluar y mejorar la calidad de los mismos. Es un plan de acción interdisciplinar definido por un caso tipo

**Objetivo:** Unificar y homogeneizar los cuidados de los diferentes profesionales que intervienen en el proceso.

Garantizar al paciente un nivel de asistencia durante el ingreso. Tener constancia escrita de la evolución del paciente. Reflejar la situación en el momento del alta.

**Método:** La elaboración de la trayectoria se lleva a cabo por un equipo interdisciplinar.

La metodología utilizada es la de patrones de M Gordon, que recoge todos los aspectos bi-psico-sociales, facilita la recogida de información y permite identificar los diagnósticos de enfermería. Con el fin de lograr un lenguaje común, se utilizan los diagnósticos de enfermería según la taxonomía de la NANDA.

**Resultados:** Elaboración de una trayectoria para los pacientes ingresados en geriatría, en los que se valora específicamente: la capacidad funcional a través del I de Barthel, el deterioro cognitivo, situación socio-familiar. Con unos diagnósticos de enfermería y una planificación de actividades y objetivos a cumplir durante el ingreso.

**Conclusión:** La trayectoria clínica es un documento que facilita la labor de los profesionales, da seguridad de actuación, unifica criterios y agiliza el proceso.

Es un instrumento de gestión de la calidad en los cuidados de enfermería. Permite evaluar el grado de cumplimiento de los objetivos. Integra todas las disciplinas implicadas en el proceso, equipo multidisciplinar y equipos de soporte.

**P081****LA INFECCIÓN RESPIRATORIA EN EL ANCIANO**

M. Arellano Pérez, M.A. Márquez Lorente, M. Pi-Figueras Valls, M.D. Sánchez Rodríguez, J. Gutiérrez Cebollada y O. Sabartes Fortuny  
Hospital del Mar. Instituto de Atención Geriátrica y Sociosanitaria (IAGS).  
Instituto Municipal de Asistencia Sanitaria (IMAS), Barcelona.

**Objetivo:** Estudiar la etiología de la infección respiratoria en ancianos que ingresan en una UGA y analizar las sensibilidades a antibióticos de los gérmenes más prevalentes.

**Método:** Se estudian las infecciones respiratorias con cultivo de esputo recogido en las primeras 48 horas. Se analiza procedencia, germe etiológico y sensibilidad a antibióticos.

**Resultados:** Se recogieron 243 pacientes. Procedencia: domicilio (81,5%), residencia (14%) y CSS (4,5%). El 49% de los cultivos de esputo fue positivo. Gérmenes más prevalentes: *P. aeruginosa* (21,9%), *H. influenzae* (20,2%), *S. aureus* (18,5%), *S. pneumoniae* (14,3%), *M. catarrhalis* (6,7%), *E. coli* (5,9%) y *K. pneumoniae* (5%). *P. aeruginosa* presentó sensibilidad cercana al 80% para cefalosporinas antipseudomónicas, < 75% para aztreonam y < 60% para imipenem y ciprofloxacino, mostrando únicamente sensibilidades > 90% para amikacina. El 54% de *S. aureus* fue MRSA y el 14% MARSA, siendo la sensibilidad del 95% para vancomicina y del 100% para cefotimoxazol. Únicamente el 50% de *S. pneumoniae* fue sensible a penicilina y eritromicina, presentando sensibilidad del 100% para cefotaxima, ciprofloxacino y vancomicina. El 85% de *M. catarrhalis* fue B-lactamasa positivo. *E. coli* presentó sensibilidad < 75% para cefalosporinas y amikacina, < 50% para amoxicilina-clavulánico y 0% para ciprofloxacino, mostrando únicamente sensibilidades del 100% para imipenem. *K. pneumoniae* presentó sensibilidad del 100% para cefalosporinas, amoxicilina-clavulánico, aminoglucósidos, aztreonam e imipenem y 50% para ciprofloxacino. Al analizar la distribución de gérmenes en función de la procedencia no se hallaron diferencias

significativas aunque sí ciertas tendencias: en los procedentes de domicilio los gérmenes más prevalentes fueron *P. aeruginosa* (20,7%) y *H. influenzae* (20,7%), en los de residencia *S. aureus* (40%) y en los de CSS *P. aeruginosa* (42,9%).

**Conclusión:** 1. *P. aeruginosa* y *S. aureus* son los gérmenes más prevalentes en la infección respiratoria del anciano que ingresa en UGA procedente de CSS y residencia. 2. *P. aeruginosa* y *S. aureus* presentan elevadas resistencias a antibióticos utilizados habitualmente. 3. *S. pneumoniae* presenta elevada resistencia a penicilina y macrólidos. 4. *E. coli* aparece con baja prevalencia pero con escasa sensibilidad a antibióticos habituales. 5. Es conveniente la realización rutinaria de cultivos de esputo a los ancianos que ingresan por infección respiratoria, dada la atípica distribución de gérmenes y las elevadas resistencias. 6. En infección grave, la asociación de cefalosporinas antipseudomónicas, cefotimoxazol y amikacina podría plantearse como antibióticoterapia empírica.

**P082****LA INFECCIÓN URINARIA EN EL ANCIANO. ENTIDADES DIFERENTES EN FUNCIÓN DE LA PROCEDENCIA**

M. Arellano Pérez, M. Márquez Lorente, J. Gutiérrez Cebollada, M. Pi-Figueras Valls, M.D. Sánchez Rodríguez y O. Sabartes Fortuny  
Hospital del Mar. Instituto de Atención Geriátrica y Sociosanitaria (IAGS).  
Instituto Municipal de Asistencia Sanitaria (IMAS), Barcelona.

**Objetivo:** Analizar la etiología de la infección del tracto urinario (ITU) en el anciano en función de su procedencia, la sensibilidad a los antibióticos y optimizar un tratamiento empírico.

**Método:** Análisis retrospectivo de las ITU que ingresan en la UGA entre 2004 y 2007. Se recoge germe etiológico y antibiograma y se analiza en función de la procedencia: domicilio, residencia o centro sociosanitario (CSS).

**Resultados:** Se estudiaron 412 ITU. El 67% provenían de domicilio, el 28,6% de residencia y el 4,4% de CSS. Los pacientes que provenían de domicilio, residencia y CSS presentaron diferencias significativas ( $p < 0,04$ ) en la prevalencia: *E. coli* (67,4%, 57,6%, 55,6%), *K. pneumoniae* (10,5%, 11,9%, 22,2%), *P. aeruginosa* (4%, 9,3%, 5,6%), *P. mirabilis* (2,9%, 5,1%, 11,1%) y *E. faecalis* (5,1%, 1,7%, 0%). Así mismo presentaron diferencias significativas ( $p < 0,001$ ) en la prevalencia de gérmenes productores de BLÉA (5,1%, 9,6%, 27,8%). Las sensibilidades variaron de forma estadísticamente significativa en función de la procedencia. *E. coli*/domicilio y *K. pneumoniae*/domicilio presentaron mayores sensibilidades que los procedentes de residencia y CSS. *P. aeruginosa*/domicilio presentó mayor resistencia que *P. aeruginosa*/residencia y CSS. El grupo total de BGN/domicilio presentó sensibilidad > 90% para cefalosporinas antipseudomónicas, aminoglucósidos, fosfomicina, aztreonam e imipenem mientras que los BGN/residencia y CSS exclusivamente para amikacina e imipenem. Todos los *E. faecalis* fueron sensibles a ampicilina, teicoplanina, vancomicina e imipenem.

**Conclusión:** La etiología de la ITU en el anciano que ingresa en la UGA varía en función de la procedencia con un aumento significativo de *P. aeruginosa* en pacientes procedentes de residencia. Las sensibilidades individuales a los antibióticos varían en función de la procedencia con un aumento significativo de resistencias en pacientes procedentes de residencia y CSS. La ITU de los pacientes procedentes de residencia y CSS presenta mayor tasa de resistencias debido tanto a una mayor prevalencia de gérmenes mutirresistentes como a la creación de resistencias individuales. El tratamiento antibiótico empírico de la ITU en el anciano que ingresa en la UGA debe dirigirse hacia el grupo de BGN. Frente a la infección urinaria grave del paciente procedente de residencia y CSS es recomendable utilizar amikacina o imipenem como tratamiento empírico.

**P083****GANANCIA FUNCIONAL TRAS REHABILITACIÓN DE ACVA EN UNA UNIDAD DE MEDIA ESTANCIA**

R. Paz Maya, M. Checa López, A. Escalante Melich, J. Fernández Soria, J. Flores Valderas, M.A. Torre Lanza y M.J. Led Domínguez  
Hospital Virgen del Valle. Toledo.

**Introducción y objetivos:** El ACVA es una patología prevalente en la población anciana, generando un importante deterioro e in-

capacidad funcional. El objetivo de la rehabilitación en la enfermedad cerebrovascular es minimizar las repercusiones personales, familiares y sociales del ictus, hasta un nivel lo más parecido posible a la situación premórbida. El objetivo del estudio es analizar las características de los pacientes ingresados en una U.M.E (Unidad de Media Estancia) de un hospital geriátrico durante un período de 20 meses.

**Material y métodos:** Se realiza un estudio descriptivo transversal mediante recogida de datos en historia clínica de los pacientes mayores de 70 años con ictus ingresados en Unidad de Media Estancia de un Hospital Geriátrico en el período Junio 2006-Marzo 2008.

Se recogen las siguientes variables: edad, sexo, tipo de ictus, deterioro cognitivo, Barthel previo al ingreso, Barthel en el ingreso y al alta, número de sesiones de rehabilitación, derivación a Hospital de Día e institucionalización al alta.

**Resultados:** Se recogieron un total de 116 pacientes de los cuales el 53% eran mujeres y el 47% eran varones. Edad media de  $79 \pm 3$  años. El número de pacientes con deterioro cognitivo fue del 12% (14 pacientes). El 81% presentaron ACVA isquémico y el 19% ACVA hemorrágico. El 88% de los pacientes presentaba Barthel previo > 80 puntos y el 92% de los pacientes ingresaban con Barthel < 40 puntos.

Barthel al alta 0-20 50%, 20-40 18%, 40-60 26% y > 60 puntos 15%. El número medio de sesiones de fisioterapia fue de 28 (máximo 90). El 32% de los pacientes continuaron rehabilitación en Hospital de Día (Barthel al alta > 20 puntos). Se observa institucionalización en un 27% de los casos con Barthel < a 65 puntos al alta. La Ganancia Funcional al alta fue calculada como la diferencia entre el Índice de Barthel al alta con respecto al del ingreso, objetivándose una Ganancia Funcional de 0 puntos en 31% pacientes, 5-20 puntos en un 45%, 20-40 en un 20% y de 40-60 en un 4% de los pacientes.

**Conclusión:** El ACVA es una patología prevalente en el paciente anciano que conlleva una importante limitación funcional. Tres cuartas partes de los pacientes ingresados en UME tras ACVA presentan una Ganancia Funcional al alta inferior a 20 puntos con respecto al ingreso. Un tercio de los pacientes ingresados en UME tras ACVA son institucionalizados al alta dado el importante deterioro funcional, repercusiones familiares y sociales que supone.

## P084

### FACTORES RELACIONADOS CON CAÍDAS EN PACIENTES ANCIANOS HOSPITALIZADOS

M. Fernández Fernández, P. Vázquez Moro, D. Ferrés Soy, M. Rodríguez Valdés y L. de la Torre García  
Hospital Cruz Roja, Gijón.

**Objetivo:** Identificar caídas; describir las circunstancias en que se producen, los factores relacionados, y las consecuencias; así como valorar los resultados tras la implantación de un protocolo de medidas de seguridad.

**Material y método:** Se estudiaron todos los pacientes de Unidades Geriátricas, que sufrieron caídas durante el período: 1-Enero-07 al 30-Septiembre-07.

Se estudiaron variables socio-demográficas, situación funcional (I. Barthel simplificado), cognitiva y sensorial, así como las características de la caída, las medidas de seguridad y los fármacos prescritos. Análisis estadístico: SPSS 15.0.

**Resultados:** Durante el período de estudio se produjeron 34 caídas; el 41,2% en la Unidad de Rehabilitación, el 35,3% en la U. de Agudos y el 23,5% en la U. de Cuidados Paliativos. La edad media fue de  $77 \pm 7,08$  años, de los cuales el 38,2% con edad  $\geq 81$  años. El I. Barthel Simplificado fue de  $4,03 \pm 1,97$  y el 41,2% presentaban desorientación en el momento de la caída.

La mayor parte de las caídas se produjeron en la primera semana del ingreso o tras un mes de estancia hospitalaria. El 85,3% tenían planificadas medidas de seguridad, pero sólo el 44,1% las tenían implementadas en el momento de la caída.

**Conclusión:** Mediante este estudio hemos logrado identificar las características del paciente que ha sufrido una caída. Los resultados obtenidos avalan la necesidad de realizar siempre la valoración del riesgo de caídas, planificar y garantizar la seguridad del paciente desde su ingreso y ante cualquier cambio en su situación inicial.

## P085

### ATENCIÓN DOMICILIARIA POR ENFERMERÍA DE ENLACE

T. González Pérez, A.M. Barroso Herrera, R. Vigara Alonso, R.I. Alberto Bermúdez, I. Martín Expósito, C.A. Pérez Hernández y T. González Pérez

*Gerencia de Atención Primaria. SCS. La Laguna. Centro de Salud Laguna-Mercedes. GAP de Tenerife. Servicio Canario de la Salud.*

**Objetivo:** La Atención Domiciliaria (AD) va dirigida preferentemente a Personas Mayores de Riesgo (PMR). Pretendemos conocer cómo el Servicio de Continuidad de Cuidados en Atención Domiciliaria (SCCAD) garantiza una atención integral al mayor y a cuidadores que no acuden al Centro de Salud.

**Método:** Estudio descriptivo transversal de las historias clínicas de pacientes incluidos en el SCCAD de una Zona Básica de Salud durante 2007. Se recogieron variables referentes a los problemas de salud, frecuentación y consumo de recursos asistenciales.

**Resultados:** De los 143 pacientes valorados por el SCCAD, 109 se incluyeron en AD, 58% mujeres y el resto hombres. Del total, 124 (86%) eran mayores de 65 años, y de ellos, 118 reunían criterios de PMR, el 35% presentó algún deterioro cognitivo, 16% tenían riesgo social, 16% precisó recurso residencial, 15% falleció a lo largo del año y 13% vivía solo. En relación al mismo período presentaron (Media  $\pm$  DS, Moda; Rango) para las consultas ( $24 \pm 15$ , 18; 1,76), para visitas domiciliarias ( $4 \pm 7$ , 2; 0,43) y para NANDA ( $5 \pm 2$ , 4; 1,12), siendo relevante: dependencia para baño (45%), deterioro de la ambulación (36%), riesgo de caídas (33%), deterioro de la memoria (21%) e incontinencia urinaria (17%). Del total de pacientes, el promedio de fármacos era de  $13 \pm 5$ , el 41% necesitaba absorbentes de orina, un 39% extracciones de sangre y el 27% algún tipo de cura.

**Conclusión:** La persona mayor incluida en AD precisa una atención individualizada y especializada como la Enfermería Enlace (gestor de casos) debido a los problemas de salud y al consumo sanitario que ocasiona.

## P086

### INTERVENCIÓN NUTRICIONAL EN ORTOGERIATRÍA

E. Ubis Díez, A. Sanjoaquin Romero, M. López Hernández, A. Grau Barrull, E. Santorromán Jovellar, C. Palacín Ariño y A. Abad Ruiz  
Hospital de Barbastro, Barbastro.

**Objetivo:** Determinar la situación nutricional al ingreso hospitalario. Valorar la efectividad de la intervención nutricional. Detectar factores que determinan peor situación funcional.

**Material y métodos:** Estudio descriptivo, prospectivo longitudinal de >70 años, que ingresan en S. Traumatología del hospital por fractura de cadera. Se realiza al ingreso valoración nutricional mediante: VGS, determinación de parámetros bioquímicos (índice CONUT). Se realiza intervención nutricional, se recogieron factores de riesgo de malnutrición, complicaciones postoperatorias, situación funcional previa, al ingreso, al alta y los tres meses, destino al alta, estancia. Tratamiento estadístico SPSS.

**Resultados:** Se calcula el tamaño de la muestra 37 pacientes. Edad media  $83,7 \pm 7,11$  años, 67,7% mujeres. El 83,8% residían en domicilio, cuidador principal: cónyuge 16,2%; hijos 35,1%. Fallecieron 8,3%. 61,7% regresaron a domicilio, 24,2% residencia y 18,1% UME/ULE. Factores de riesgo de malnutrición: estreñimiento 78,4%, polifarmacia 64,7%; bajo nivel económico 51,4%; edentulismo 48,7%; incontinencia urinaria 45,9%, demencia 45,9%, depresión 40,9%. Presentaban disfagia al ingreso 18,9%. I. Barthel previo < 60: 10,8%; al alta 62,1% y a los tres meses 48,6%. Presentaban deterioro cognitivo 45,9%. Al ingreso CONUT  $\geq 5$ : 83,8%, a los tres meses 26,4%. VGS determinaba riesgo moderado-severo el 77,8%. Recibieron suplementación el 86,5%. Encontramos relación estadísticamente significativa ( $p < 0,05$ ): hipoalbuminemia al ingreso y cáncer, depresión, infección respiratoria como complicación. VSG B y C con inmovilidad, VSG C con complicación postoperatoria ITU. Xerostomía y CONUT  $>4$ . Complicaciones postoperatorias con destino residencia. Antecedente de ACV y demencia con peor situación funcional a los tres meses.

**Conclusión:** La fractura de cadera genera institucionalización debido al empeoramiento en la situación funcional y a las complicaciones derivadas de esta. La VGS válida como screening de malnutrición en ortogeriatría. La intervención nutricional al ingreso mejora los paráme-

etros bioquímicos de la desnutrición. La existencia de patología que genera dependencia condiciona peor situación funcional a los tres meses.

## P087

### REHABILITACIÓN EN PACIENTES PSICOGERIÁTRICOS. ESTUDIO DESCRIPTIVO

M. Castaño Estrada, S. Hormigos Raquel, M.E. Alonso de Lucas y F. Gómez Díaz  
Complejo Sociosanitario San José. Diputación de Toledo.

**Objetivo:** Describir el motivo de derivación rehabilitador más frecuente, así como la patología psiquiátrica predominante y analizar las causas que motivaron la finalización del tratamiento rehabilitador en un grupo de pacientes psicogeriátricos.

**Método:** Estudio descriptivo retrospectivo que incluye a todos los residentes que asistieron a fisioterapia en la Residencia Social Asistida San José dependiente de la Diputación de Toledo durante los años 2006-2007. El estudio se ha realizado mediante la recogida de datos de la historia de fisioterapia e historia médica.

**Resultados:** Se trataron 91 residentes, con una edad media de 71,75 años, el 52% fueron varones y la patología psiquiátrica predominante fue el retraso mental en el 43% seguida de demencias en el 20%. El índice de Barthel medio al inicio de la rehabilitación fue de 30,76 y al finalizar el tratamiento de 42,33. La causa de derivación más frecuente fue la traumatológica (51,6%) seguida del inmovilismo por diversos motivos (31,8%). Se consiguió una recuperación funcional aceptable en el 38,4% de los residentes tratados, siendo los pacientes con retrasos mentales (54%) y esquizofrenia (17,1%) los más numerosos en este grupo. La falta de colaboración fue motivo de alta en el 20,87% de los residentes. El 24,1% de los pacientes fueron dados de alta por ausencia de evolución favorable, destacando el grupo de pacientes con demencia (27,2%). Fallecieron el 16,4% durante el tratamiento rehabilitador, siendo el grupo de demencias el más numeroso (27%). El 66% tomaban algún tipo de medicación psiquiátrica.

**Conclusión:** El perfil de usuario de tratamiento rehabilitador en nuestro centro es un varón de 71 años con retraso mental y que toma algún tipo de medicación psiquiátrica. El motivo de derivación principal para rehabilitación es la causa traumatológica, fundamentalmente la fractura por caídas. La recuperación funcional sólo se consigue en el 38,4% de los pacientes; esta cifra aunque baja, es motivo de satisfacción si tenemos en cuenta el deterioro cognitivo de nuestros pacientes y la situación basal que presentan. Esta mala situación basal es la que determina en muchos casos la ausencia de evolución favorable como motivo de alta para la rehabilitación.

## P088

### PERFIL DEL PACIENTE QUE FALLECE EN UNA UNIDAD DE LARGA ESTANCIA

R. Gisbert Barrué, M.T. Subirats Hierro, E. Mulet Alcoras, M. Brull Royo, C. Prime Audí y E. Martínez Almazán  
Hospital de La Santa Creu, Tortosa.

**Material y método:** Estudio descriptivo retrospectivo. Se revisaron las historias de los pacientes que fallecieron en una ULE durante 1 año (2006) y se recogieron datos sobre características demográficas, días de estancia, motivo de ingreso, procedencia, diagnóstico principal y asociados al ingreso, factores de riesgo cardiovascular, síndromes geriátricos, situación funcional (último Barthel registrado) y causa de éxitus.

**Resultados:** 54 pacientes con edad media de 85,3 años (DE 5,82), siendo un 65% mujeres, estancia media de 111,54 días. En cuanto a la procedencia un 50% había sido valorado por UFISS en el Hospital de agudos, un 20,4% de PADES, un 13% de domicilio (no valorados por PADES), 16,7% de otras unidades intrahospitalarias. El motivo de ingreso más frecuente son los cuidados médicos (79,6%) seguido de la descarga familiar (16,7%) y los trastornos conductuales 3,7%. El diagnóstico principal al ingreso: ICTUS 18,5%, Infección respiratoria/neumonía 16,7% Demencia 11,1%, Insuficiencia cardíaca 11,1%, UPP 9,3%. Los diagnósticos asociados más frecuentes: Demencia 61,1%, sd de inmovilidad 53,7%; Arritmia/ Fibrilación auricular 40,74%, UPP 35,19%, Insuficiencia renal 24%, insuficiencia cardíaca 16,67%. Factores de riesgo cardiovascular: Un 67% son HTA; un 43%

son DM, un 29% dislipémicos. En cuanto a síndromes geriátricos banales: incontinencia 94%, estreñimiento 85%, inmovilidad 94%, UPP 78%, privación neurosensorial 94%, caídas 49%, sd depresivo el 41%, trastornos del sueño 65%. La situación funcional previa al éxitus: Barthel medio < 5. La causa de éxitus más frecuente fue la infección respiratoria 55,6% seguida de la sepsis en el 27,8%.

**Conclusión:** Se trata de un grupo de pacientes con edad avanzada, con alto grado de dependencia e inmovilidad. La mayoría proceden del Hospital de Agudos. Aunque el porcentaje más importante de ingresos es para control de patologías médicas hay que destacar el grupo de pacientes que ingresan por descarga familiar y fallecen durante el ingreso. La patología infecciosa es la causa más frecuente de éxitus en este grupo de pacientes.

## P089

### SINTOMATOLOGÍA Y MANEJO FARMACOLÓGICO EN PACIENTES QUE FALLECEN EN UNA UNIDAD DE LARGA ESTANCIA

N. Albiol Tomás, J. Chavarria Gisbert, C. Balagué Romeu, S. Estopiña Vitutia, M.C. Rodríguez González y E. Martínez Almazán  
Hospital de La Santa Creu, Tortosa.

**Objetivos:** Describir la sintomatología más frecuente y el cuidado médico que reciben los pacientes de una unidad de Larga Estancia en los tres meses previos al fallecimiento.

**Método:** Estudio descriptivo retrospectivo. Se recogen datos de pacientes que fallecidos durante el 2006 y se analizaron: síntomas, fármacos y vías de administración, cura de UPP, pruebas diagnósticas, control sintomático y número de fármacos el día del éxitus.

**Resultados:** 54 pacientes (65% mujeres), edad media 85 años. Procedencia: 50% UFISS, el 13% domicilio y el resto de otras unidades socio-sanitarias. El diagnóstico principal: ICTUS 18,5%, Infección respiratoria/ neumonía 16,7% Demencia 11,1%, Insuficiencia cardíaca 11,1%, UPP 9,3%. Sólo el 6% fueron trasladados a un centro de agudos. Fármacos en los 3 últimos meses: psicofármacos 57%, IACES en 9%, cardiovasculares en 63%, anticoagulación 17% y antiagregación 46%. En el 81% de los pacientes recibieron antibióticos, con una media de 2 ciclos. El 91% habían llevado en los 3 últimos meses vía endovenosa y el 37% hidratación subcutánea. Se observó correlación significativa entre el número de broncoaspiraciones y el número de ciclos antibióticos. *Exploraciones complementarias durante los últimos 3 meses:* radiografías 70% y analítica 88%. El 13% de los pacientes llevaban sonda nasogástrica (para alimentación 85,71%) se retiró en 57%. *Síntomas frecuentes:* disnea 72%, disfagia 69%, dolor 44%, vómitos 31%, estreñimiento 93%, fiebre recurrente 70%, anorexia 65%, trastornos del sueño 45%, trastornos conductuales 41%, síndrome confusional 36%, depresión 26%. UPP 83%, broncoaspiración 75%. Adecuado control sintomático 98% de los casos. En el 94% se administró medicación subcutánea (morphina 83%, escopolamina 57%, midazolam 44%, haloperidol 30%) y en 63% vía rectal. *Fármacos día de éxitus:* Media de 3,78 (DE 2,04). El 90,7% llevaban medicación sc, 48% rectal 29,6% endovenosa, oral 16,7%. *Causa de éxitus:* neumonía/infección respiratoria 55,6% y sepsis 27,8%. Un 68% falleció acompañado de familia.

**Conclusión:** Son pocos los pacientes que se trasladan a un Hospital de agudos durante los 3 últimos meses de vida. Teniendo en cuenta que la primera causa de éxitus es la infecciosa, y la alta frecuencia de broncoaspiraciones, el elevado uso de antibióticos está justificado. El hecho de que en el final de vida hayan recibido pocos ciclos antibióticos, el empleo de fármacos subcutáneos para el adecuado control sintomático, indican un abordaje paliativo sobre una población de base muy deteriorada.

## P090

### INTERVENCIÓN FARMACOTERAPÉUTICA DE UN EQUIPO MULTIDISCIPLINAR EN UNA RESIDENCIA DE MAYORES

E. Rodríguez Jiménez<sup>2</sup>, A. Cruz Santaella<sup>1</sup>, R. Cifuentes Cáceres<sup>1</sup>, R. Díez García<sup>1</sup>, M. Martínez Camacho<sup>2</sup> y S. Amor Andrés<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Residencia de Mayores Sta. María de Benquerencia. <sup>2</sup>H. Virgen del Valle, Toledo.

**Objetivos:** Mejorar la salud y calidad de vida del paciente institucionalizado; identificar, resolver y prevenir los problemas relacionados con los medicamentos (PRM).

**Método:** En una residencia de asistidos con 140 plazas, se ha constituido desde noviembre de 2007 un equipo de revisión de los tratamientos, formado por: dos médicos, el farmacéutico hospitalario y la coordinadora de enfermería. Se revisan la historia clínica de cada residente, recogiendo los datos: identificación del paciente, tipo de PRM, resultados negativos asociados a la medicación.

**Resultados:** Hasta el momento se ha revisado el 72,8% de las prescripciones del centro y se han detectado 45 PRM correspondientes a 33 pacientes (12 hombres y 21 mujeres). Los tipos de PRM fueron: medicamento no indicado 17 (37,7%); dosis y/o duración inadecuadas (17,7%); sustitución por otro medicamento (17,7%); y efectos adversos (13,3%). Los resultados negativos asociados a la medicación fueron: 22 casos (48,8%) medicamento inadecuado, 7 casos (15,5%) medicamento innecesario y reacciones adversas 6 casos (13,3%). En el 91,1%, el PRM requirió un cambio de tratamiento o un aumento del seguimiento y en el 8,9%, el PRM supuso cambios en signos vitales. Las intervenciones que se han realizado en mayor número de ocasiones han sido: cambio a medicamento más efectivo 44,4% y suspender el medicamento 33,3%. La intervención se ha considerado significativa en 38 ocasiones (84,4%) y muy significativa en 7 (15,5%).

**Conclusión:** La revisión sistemática de los tratamientos mejora la atención integral del paciente, promueve un uso racional de la farmacoterapia y previene efectos adversos.

## P091

### INFLUENCIA DE LA PRESENCIA DEL PADES DE CONTINUIDAD EN EL PERFIL Y EVOLUCIÓN DE LOS EXITUS ATENDIDOS POR PADES-IMAS. ANÁLISIS DEL PERÍODO 2006-2008

R.C. González Soria, O. Vázquez Ibar, M.A. Hernández Gutiérrez, I. Garberí Vila, J. Terrade Bosch y A. M. Cervera Alemany  
Centre Fòrum-Hospital del Mar, Hospital de l'Esperança. Institut d'Atenció Geriàtrica i Sociosanitària (IAGS), Barcelona.

**Objetivo:** Analizar el perfil de pacientes atendidos por PADES-IMAS (teniendo en cuenta factores funcionales, clínicos, sociofamiliares y frecuentación hospitalaria) antes y después de la asistencia fines de semana y festivos por PADES de continuidad (PC).

**Método:** Revisión retrospectiva de pacientes de PADES-IMAS entre Mayo/06 y Marzo/08 que fueron éxitus. Se excluyeron aquellos que por zona no fueron tributarios de PC y se compararon los períodos anterior y posterior a mayo/07 (fecha de implantación del PC).

**Resultados:** Se analizaron 141 pacientes: edad media  $76,36 \pm 12,23$  años, 58,87% hombres, terminales oncológicos 73,62%, karnofski  $\geq 50$  y Barthel <60 el 63,83%. 94,32% no realizaban tratamiento activo, ni acudía a consultas hospitalarias el 70,2%. 47,5% tenía información parcial de su enfermedad. 49,6% estaban tranquilos o resignados y 31,9% presentaban ansiedad o depresión. El 42,6% requirió atención hospitalaria (65% descompensación de enfermedad basal). Un 35% de los que ingresan fallece en UCIA. De todos ellos, el 59,57% tuvieron opción a PC y se indicó en el 57,89%. El número asistencias del PC fue de 2-4 en 69,6%. No se hallaron diferencias significativas en ninguna de las variables estudiadas (diagnóstico, factores funcionales, clínicos, sociofamiliares, ni frecuentación hospitalaria) al comparar ambos períodos de atención.

**Conclusión:** El paciente fallecido atendido por PADES es mayoritariamente un terminal oncológico, varón, sin tratamiento activo que dispone de información parcial o errónea y que requiere, en ocasiones, ingreso hospitalario. Tras la implantación del PC no se han hallado diferencias significativas en este perfil de paciente. Es necesario analizar otras variables (satisfacción usuarios, contención de la familia...), además de más tiempo de implantación, para valorar adecuadamente este recurso.

## P092

### UTILIZACIÓN DE ESCALAS DE SCREENING EN LOS TRASTORNOS AFECTIVOS

A. Escola Fuster, G. Roquerias Pruna, D. Quera, A. Revilla, E. López y N. Saiz  
CSS Mutuam Güell, Barcelona.

**Introducción:** Los trastornos afectivos tienen una elevada incidencia y prevalencia entre la población geriátrica, que se duplica de los 70 a los 85 años. Entre los ancianos ingresados se estima una prevalencia del 10-12%.

**Objetivos:** Valorar la prevalencia de trastornos afectivos en Centro socio-sanitario Mutuam Güell y valorar la utilización de escalas de screening para diagnóstico y tratamiento.

**Metodología:** Se realizó un estudio transversal durante 1 mes utilizando dos escalas de valoración de depresión. En el ingreso se realiza el test Pfeiffer y escala Goldberg. En la valoración psicológica se incluye el MEC y la escala Montgomery.

**Resultados:** Se han valorado 142 pacientes, entre 50 y 104 años. Al ingreso el 67,6% de los pacientes presentaban demencia y los trastornos depresivos tenían una prevalencia de 13,38%. De los 142 pacientes valorados al 43,6% no se les pudo administrar ninguna escala por deterioro cognitivo severo (GDS6-7). Según el Montgomery el 8% tiene trastorno depresivo mayor (DSM IVR), y el 14% de los pacientes obtienen puntuaciones que podríamos considerar como malestar emocional. En la escala EADG puntuarían como probable depresión el 28% de los pacientes. El 8% de los pacientes ingresaron con tratamiento antidepresivo y se introdujo nuevo tratamiento en el 21%. El 22% de los pacientes reciben tratamiento psicológico.

**Conclusión:** El EADG nos detecta muchos falsos positivos que no se corroboran con la clínica y no discrimina entre Trastorno Depresivo Mayor y Trastorno Adaptativo (DSM IV-R). La elevada prevalencia de demencia severa hace que sean necesarias escalas adaptadas a esta población (Cornell). El EADG sólo valora la presencia de síntomas durante las dos últimas semanas, con lo cual no detecta el Trastorno Distímico.

## P093

### ¿QUÉ TEST NOS AYUDA A PREDECIR MEJOR EL RIESGO DE CAÍDAS DESDE ATENCIÓN PRIMARIA EN PACIENTES A PARTIR DE 65 AÑOS?

J.J. Montero Alia, M.M. Jiménez González, G. Pera, R. Miralles Basseda, E. Zurilla Leonarte, M. Rodríguez Álvarez y J.J. Montero Alia  
Institut Català de La Salut (ICS), Mataró.

**Objetivo:** Conocer la utilidad de los test Timed up&Go (TU&G), estación Unipodal y Tinetti para predecir caídas en mayores de 65 años residentes en la comunidad.

**Estudio:** Cohortes prospectivo multicéntrico.

**Sujetos:** 555 pacientes  $\geq 65$  años visitados en los centros de salud durante 2004. Excluidos institucionalizados y domiciliarios.

**Material y métodos:** Se recogieron variables sociodemográficas, factores de riesgo (FR) para caídas y la realización de los tests. Seguimiento de 12 meses. Control telefónico cada cuatrimestre. Se relacionó la incidencia de caídas con los FR, ajustados mutuamente entre sí, mediante un modelo de regresión binomial negativa multivariante. Se escogió el mejor modelo utilizando el índice de información de Akaike (AIC).

**Resultados:** Incidencia caídas:  $41,17 \times 100$  personas-año. 57,3% mujeres. Edad media: 74,7. Las variables que se relacionaron de forma estadísticamente significativa con un mayor riesgo de caídas fueron: - ser mujer (razón de tasas de incidencia (IRR) = 2,15, IC95%: 1,49-3,09), -caída previa (IRR = 2,17, IC95%: 1,56-3,00), -bastón (IRR = 1,60, IC95%: 1,06-2,43) y -antidepresivos (IRR = 1,65, IC95%: 1,10-2,46). El TU&G perdió la significación estadística que tenía en el modelo univariado al introducir esas variables en el modelo (IRR = 1,02 por cada segundo, IC95% = 0,99-1,05). Cuando reemplazamos el TU&G por el Test Unipodal, los resultados no variaron. El test de Tinetti fue estadísticamente significativo (pero sólo el apartado de equilibrio del test (IRR = 0,92 por cada punto de aumento en el test, IC95% = 0,86-0,98) y no el de la marcha).

**Conclusión:** El peso de los factores de riesgo (mujer, caídas previas, llevar bastón y tomar antidepresivos) supera la capacidad predictiva de los tests para predecir caídas en atención primaria.

## P094

### PREVALENCIA DE DEPRESIÓN EN EL MEDIO RESIDENCIAL

J. Gutiérrez Rodríguez<sup>2</sup>, A. Alonso-Collada Sánchez<sup>3</sup>, F. Jiménez Muella<sup>1</sup> y L. Sáenz de Santa María Benedet<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Organismo ERA. <sup>2</sup>Centro Sociosanitario Larrañaga, Avilés. <sup>3</sup>San Pancracio.

**Objetivos:** 1) Conocer la prevalencia de depresión en el medio residencial, 2) Analizar los tratamientos farmacológicos más utilizados, 3) Estudiar los posibles factores asociados a depresión.

**Método:** Estudio epidemiológico transversal. Se incluye una población de ancianos institucionalizados en octubre de 2007 en 3 centros residenciales del Principado de Asturias. **Variables:** sociodemográficas (edad, sexo, nivel de estudios y tiempo de ingreso), clínicas (número de diagnósticos, diagnóstico de enfermedades potencialmente incapacitantes y diagnóstico de depresión), funcionales (Índice de Barthel), mentales (Geriatric Depression Scale y Mini-Mental State Examination) y terapéuticas (número de fármacos y fármacos prescritos para la depresión).

**Resultados:** 215 sujetos fueron incluidos en el estudio (edad media  $81,2 \pm 10,2$  años, 70,7% mujeres, Barthel  $50,6 \pm 37,4$ , MMSE  $14,7 \pm 9,7$ , número medio de diagnósticos  $4,3 \pm 2,6$ , número medio de fármacos  $5,7 \pm 2,9$  y tiempo de ingreso medio de  $37,5 \pm 32,4$  meses). El 32,6% estaba diagnosticado de depresión y el 34,4% presentaba puntuaciones en el GDS superiores a 4 puntos (rango de sospecha de depresión). El 39,1% de los sujetos tenía prescrito tratamiento farmacológico antidepresivo (92,9% con ISRS) y el 49,3% consumía ansiolíticos y/o hipnóticos. Respecto a las variables estudiadas como factores asociados a la depresión (edad, sexo, índice de Barthel, MMSE, presencia de enfermedades incapacitantes, fármacos, tiempo de ingreso...) tan solo el número medio de diagnósticos presentó diferencias estadísticamente significativas ( $5,6 \pm 2,7$  en pacientes con depresión y  $3,7 \pm 2,3$  en pacientes sin depresión;  $p < 0,05$ ).

**Conclusión:** Para nuestra población de estudio, 1 de cada 3 sujetos ingresados en un centro residencial sufre una depresión, cifras similares a las de otros estudios realizados en nuestro país. El grupo de antidepresivos más prescritos para el tratamiento es el de los ISRS. Solamente el número medio de diagnósticos parece asociarse a la mayor prevalencia de depresión.

## P095

### VENTAJAS DE LA CORRECTA GESTIÓN DE LA INCONTINENCIA URINARIA

A. Cuenllas Díaz

Residencia Geriátrica Ballesol, Alcobendas. Madrid.

**Objetivos:** Cuantificar el ahorro obtenido en los costes totales de la incontinencia urinaria aplicando un modelo de gestión.

**Método:** Estudio prospectivo de 2 meses y 18 días de duración realizado en una residencia geriátrica, valorando un modelo de gestión de la incontinencia urinaria propuesto por SCA (TENA Services) basado en la valoración individual y en la utilización de una amplia gama de productos. Basalmente se cuantificaron los costes relacionados con la incontinencia; posteriormente, se implantó el modelo de gestión de la incontinencia, seleccionando el tratamiento individualizado para cada paciente y formando al personal auxiliar; Fase final, se cuantificaron nuevamente los mismos costes recogidos al inicio.

**Resultados:** Participaron 74 pacientes incontinentes (56 mujeres, 18 hombres). Tras la implantación del modelo de gestión se redujo el número de absorbentes por paciente y día (4,86 a 3,17), reduciéndose su coste en un 22,8% (28900€ a 22300€). Las irritaciones cutáneas desaparecieron, estando presentes al inicio del estudio en un 21% de los pacientes y suponiendo un coste por tratamiento de la piel de 19400€. Se redujeron las fugas (25% a 10,6%) disminuyéndose su coste en un 77,4% (27400€ a 6200€). El coste por horas de personal se redujo en un 34,8%. El ahorro total fue de un 52,6% (117280€ a 55590€).

**Conclusión:** El modelo de gestión aplicado además de colaborar con el control del gasto farmacéutico, aumenta la calidad de vida del paciente, facilita el trabajo del personal de la residencia y permite un ahorro en los costes totales de la incontinencia.

## P096

### UTILIDAD DE UN CUESTIONARIO ESPECÍFICO (ICIQ-SF-VERSIÓN ESPAÑOLA) PARA DETECTAR Y CARACTERIZAR LA INCONTINENCIA URINARIA EN ATENCIÓN PRIMARIA

M.P. de Antonio García<sup>1</sup>, C. Verdejo Bravo<sup>2</sup>, P. Gómez de Abia<sup>2</sup>, A. Allue Bergua<sup>2</sup> y M. Cabrera Orozco<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Centro de Salud "Colmenar Viejo Norte", Madrid. <sup>2</sup>H. Clínico San Carlos. Madrid.

**Objetivos:** Valorar la utilidad de un cuestionario específico de incontinencia en Atención Primaria para detectar y caracterizar la incontinencia urinaria en una muestra de ancianos.

**Método:** Estudio transversal, descriptivo, realizado con pacientes de edad igual o superior a 65 años, atendidos consecutivamente en su Centro de Salud por cualquier motivo, durante un periodo de dos meses.

**Cuestionario aplicado:** ICIQ-SF (versión española) con cuatro dominios (frecuencia escapes; severidad escapes; afectación Calidad de Vida; circunstancias en las que pierde orina). **Análisis estadístico:** variables cualitativas: distribución de frecuencias.

Variables cuantitativas: media y desviación estándar. **Asociación entre variables cualitativas:** test de Ji-cuadrado o prueba exacta Fisher. Comparaciones de medias: t de Student. Paquete estadístico SPSS 15,0.

**Resultados:** **Muestra:** 214 (126 mujeres; 63 varones), edad media 76,77 años (desviación típica 7,03). 156 eran incontinentes (70,6%), con predominio de las mujeres ( $p < 0,001$ ).

**Frecuencia escapes:** varias veces día 34,43%; 1 vez/semana: 33,11%; Severidad escapes: muy poca cantidad: 76,2%. Forma presentación: los 71,5%; urgencia 55,6%.

**Afectación media Calidad de Vida:** 4. Mayor afectación Calidad de Vida en casos de incontinencia con la tos ( $p < 0,001$ ) e incontinencia continua ( $p < 0,001$ ).

Se demostró que conforme aumentaba la edad, la afectación de la Calidad de Vida por la incontinencia era mayor.

**Conclusión:** El ICIQ-SF (versión española) es un método útil para detectar la incontinencia urinaria en la población anciana y caracterizarla.

La afectación de la Calidad de Vida en esta muestra se considera como moderada (4). Conforme se incrementaba la edad la afectación de su Calidad de Vida es aún mayor.

## P097

### RESULTADOS DE LA CIRUGÍA PARA LA INCONTINENCIA URINARIA DE EFUERZO FEMENINA EN LA POBLACIÓN ANCIANA

C. Verdejo Bravo<sup>1</sup>, J. Salinas Casado<sup>1</sup>, M. Virseda Chamorro<sup>2</sup>,

H. Pellaquim<sup>1</sup> y A. Silmi Moyano<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Clínico San Carlos, Madrid. <sup>2</sup>Hospital Central de la Defensa, Madrid.

**Objetivos:** Valorar los resultados de la cirugía para la incontinencia urinaria de esfuerzo femenina en la población anciana.

**Método:** Estudio transversal y prospectivo sobre una cohorte de 94 mujeres, sometidas a cirugía para la incontinencia urinaria de estrés femenina (demostrada mediante urodinámica), durante un periodo de 4 años.

Se aplicó un cuestionario clínico antes y a los tres meses de la cirugía, recogiendo datos sobre el síntoma incontinencia de esfuerzo, la presencia de síndrome de vejiga hiperactiva, detección de hipermovilidad uretral durante la videocistografía y medición del residuo vesical postmicticional.

Se recogió la técnica quirúrgica empleada. **Análisis estadístico:** variables cualitativas: distribución de frecuencias. Variables cuantitativas: media y desviación estándar. Análisis de variables antes y después: test no paramétrico con signos de Wisconsin.

Para las variables cualitativas: test de McNear para comparaciones apareadas.

**Resultados:** **Muestra:** 94 mujeres con edad media 71,49 años (desviación típica 4,66). **Clinica previa a la cirugía:** escapes de orina en relación con esfuerzos 69,1%; síndrome vejiga hiperactiva 73,4%; hipermovilidad uretral 56,4%; Residuo postmicticional patológico (> 100 ml): 5,3%.

**Resultados tras la cirugía:** reducción significativa de los escapes con esfuerzos ( $p < 0,001$ ), mejoría del síndrome de vejiga hiperactiva ( $p < 0,001$ ).

Se demostró que las pacientes con hipermovilidad uretral mejoraban con la cirugía de forma más significativa los escapes en relación con los esfuerzos ( $p < 0,001$ ).

**Conclusión:** La cirugía para corregir la incontinencia de estrés femenina en nuestra serie ha demostrado mejorar tanto los síntomas de esfuerzo como de urgencia.

La presencia de hipermovilidad uretral previa a la cirugía es un factor asociado a una mejoría más significativa de los síntomas de incontinencia de esfuerzo.

El Residuo Vesical Postmicticional no influyó de forma significativa en los resultados de la cirugía.

**P098****PRESCRIPCIÓN Y CORRECTA UTILIZACIÓN DE PSICOFÁRMACOS EN UN CENTRO GERONTOPSIQUIÁTRICO**

A.I. López García, E. Miquel Noguera, M. Oliete Huertas, E. Carral Rodríguez y M. Sarroca  
*Sant Joan de Déu. Serveis Sociosanitaris. Esplugues del Llobregat. Barcelona.*

**Objetivo:** Evaluar la correcta prescripción y utilización de psicofármacos.

**Material y métodos:** Análisis retrospectivo y transversal de la prescripción de psicofármacos en todos los pacientes ingresados en nuestro centro durante los meses de enero, mayo y septiembre 2007. La fuente de información consultada fue la historia clínica de cada paciente. Se registraron los siguientes datos: variables sociodemográficas, medicamento prescrito, intervalo dosificación, dosis, posibles combinaciones, indicación, diagnóstico principal y duración de tratamiento. Para determinar su buena utilización se comparó la información obtenida con la bibliografía y las guías de prescripción existentes.

**Resultados:** De los 324 pacientes, 224 (69,13%) tomaban algún psicofármaco, donde el 21,8% eran mujeres y el 78,12% eran hombres. La edad media global fue de 73,76 años. Tomaban antipsicóticos el 89%, un 25% benzodiazepinas y un 6,2% antidepresivos (1,23% diagnóstico de depresión en la historia clínica). Los medicamentos más prescritos fueron olanzapina, levomepromazina, haloperidol y lorazepam (dosis media día aproximada: 14,6mg, 51,7mg, 4,9mg, 2,5mg respectivamente). En menor proporción se administró quetiapina, risperidona, diazepam y trazodona. Las asociaciones más frecuentes fueron de neuroleptico más neuroleptico en un 21%, seguido de neuroleptico más benzodiazepina con un 20%. La dosis e intervalo de dosificación eran adecuados según ficha técnica.

**Conclusión:** Un elevado porcentaje de pacientes que tomaban antipsicóticos, resultado lógico contando con la patología psiquiátrica de base del paciente. Aún cuando la indicación y dosis era adecuada a la ficha técnica es aconsejable el control estricto y la duración del tratamiento por sus elevados efectos secundarios en la población anciana. Es significativo el porcentaje de tratamientos antidepresivos y el escaso número de diagnósticos de depresión que constan en la historia clínica. La elevada tasa de asociaciones obliga a evaluar de manera especialmente cuidadosa las interacciones y efectos secundarios.

**P099****INDICACIÓN DE LA MEDICACIÓN PALIATIVA EN LOS ÉXITUS DE UNA UNIDAD DE LARGA ESTANCIA EN EL PERÍODO 2006-07**

S. Sánchez Martínez y R. Sánchez Borgnis-Desbordes  
*Fundación Sociosanitaria de Manresa.*

**Objetivo:** Evaluación cualitativa y cuantitativa de los pacientes ingresados en la Unidad de Larga Estancia en el período de 2006-07 y que en su situación clínica de Situación de Últimos Días (SUD) fueron tributarios de la administración de medicación paliativa.

**Método:** Estudio retrospectivo de los pacientes ingresados en la Unidad de Larga Estancia entre el 2006-07 que en la situación clínica de SUD recibieron medicación paliativa, teniendo en cuenta como ítems la edad, el sexo, el diagnóstico principal de base, la causa inmediata que desencadenó el SUD, los síntomas predominantes de este y la duración del mismo.

**Resultados:** La muestra es de 67 pacientes (n = 67) de los cuales 26 fueron varones (38,80%) y 41 mujeres (61,20%). El total de Éxitus fueron 134 casos, y 67 de ellos recibieron medicación paliativa (50%). En las mujeres la edad oscilaba entre los 75 y los >100 años, y en los hombres entre los 60 y >90 años. El grupo de edad más prevalente de los Éxitus entre las mujeres abarcaba las edades entre 80 y 90 años, mientras que en los hombres oscilaba entre los 70 y 90 años. Los diagnósticos principales de base fueron Demencia sin especificar con 37 casos (55,22%), ACV tanto isquémico/hemorrágico con 13 casos (19,40%), Neoplasias 6 casos (8,96%), 3 casos de Insuficiencia cardíaca y otros 3 de EPOC (4,47% cada uno), 2 pacientes con amputación de MMII (2,98%), 1 Fractura de fémur (1,50%), 1 cirrosis hepática (1,50%) y 1 caso de ELA (1,50%). Entre los diagnósticos desencadenantes de la situación de SUD destacaron 22 casos con Broncoaspiración (32,84%), 15 casos de Sobreinfección respiratoria (SIR) (22,40%), 9 casos con Insuficiencia Cardíaca (13,45%), 7 ca-

sos de Neoplasia (10,43%), 6 Demencias (8,96%), 5 Sepsis (7,46%) y 3 casos de ACV (4,46%). Los síntomas predominantes en la situación de SUD fueron: 43 casos con Disnea (64,20% de los fallecidos), 42 casos presentaron Estertores (62,70%), 34 casos con fiebre (50,75%), 21 individuos presentaron Dolor (31,35%), 19 casos presentaron Agitación y/o Delirio (28,35%), 5 Exitus presentaron Convulsión (7,50%), 2 casos presentaron algún tipo de Hemorragia (3%), y por último 1 caso con Tos (1,50%). La duración de la situación clínica de SUD fue de 1-12 horas en 7 casos (10,45%), de 12-24 horas 10 casos (14,92%), el grupo de mayor duración (1 a 3 días) ascendió a 31 casos (46,27%), seguido del grupo de más de 3 días que ascendió a 19 casos (28,36%).

**Conclusión:** Nuestro estudio pone de manifiesto el mayor número de casos, la mayor longevidad y la necesidad de pautas paliativas a mayor edad en las mujeres frente a los hombres. Nuestros resultados concuerdan con los diagnósticos más prevalentes en Larga Estancia que son Demencia y ACV, y que se correlacionan con las principales patologías inmediatas al fallecimiento: broncoaspiración y/o sobreinfección respiratoria. Queremos incidir en la importancia de diagnosticar a tiempo el SUD con sus síntomas predominantes, para iniciar un tratamiento paliativo lo más precoz posible, para lograr un mayor confort del paciente y un menor sufrimiento de la familia.

**P100****ESTADO BUCO DENTAL EN PACIENTES GERIÁTRICOS**

I.F. Díaz García<sup>1</sup>, R. del Toro Ávalos<sup>4</sup>, E. González Romero<sup>4</sup>, G. Gómez González<sup>6</sup>, A.E. Morales Sánchez<sup>3</sup>, E.D. Arias Merino<sup>2</sup> y A.B. Olmedo Sánchez<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Instituto de Investigación Odontológica de la Universidad de Guadalajara, México. <sup>2</sup>Universidad de Guadalajara, México. <sup>3</sup>Centro Universitario del Norte de la Universidad de Guadalajara, México. <sup>4</sup>Centro Universitario de Ciencias de la Salud de la Universidad de Guadalajara.

**Introducción:** La pérdida dentaria ha sido asociada a un riesgo relativo de muerte prematura, 4,1 veces mayor que el de la población geriátrica que conserva su dentición en condiciones funcionales.

**Objetivo:** Determinar el estado de la dentición de los pacientes del Servicio de Geriatría del Hospital Fray Antonio Alcalde.

**Metodología:** Estudio: descriptivo, transversal. Muestra: 134 adultos de 60 años y más hombres y mujeres. Material: Se utilizó instrumental de exploración oral esterilizado. Se valoró: edad, sexo, nivel de escolaridad y estado civil. Se realizó examen clínico de la boca evaluando: número de dientes ausentes (no se contabilizaron las terceras molares), raíces retenidas y condición protésica.

**Resultados:** 39 hombres (29,10%), 95 mujeres (70,90%). Promedio de edad 79,8 + 8,6; mínima 63 y máxima 103 años. Promedio de dientes ausentes: 22,8 + 9,7. Los ancianos de 80 y más años tenían en promedio 26,1 dientes ausentes. Se observó pocas raíces retenidas 0,7 + 2,07. 40 mujeres y 14 hombres (29,85%) tenían ausencia total de dientes (edentulismo); 16 de estos necesitaban las prótesis totales sup. e inf., 10 sujetos requerían una prótesis total superior y 7 la inferior, 43 de los participantes tenían necesidad de una prótesis parcial en ambas arcadas (32%).

**Conclusión:** El estado de la dentición de estos pacientes es el resultado de necesidades de atención dental acumuladas con el paso del tiempo. Existe una pérdida importante de piezas dentales principalmente en los ancianos más viejos. Un dentista debería ser incluido en el equipo de salud que atiende a los adultos mayores.

**P101****¿QUÉ SE COMUNICA DE LOS HOSPITALES DE DÍA GERIÁTRICOS?**

J. Alarcón, E. García-Arilla y J.M. Cucullo  
*Hospital Geriátrico San Jorge Zaragoza.*

**Objetivo:** Conocer algunas características de un clásico nivel ambulatorio en Geriatría a través de las aportaciones a nuestro Congreso Nacional de 2007.

**Método:** Revisar y extraer la información relacionada con Hospitales de Día Geriátrico (HDG) del número monográfico de la Revista Española de Geriatría en el que se publican los resúmenes de todas las comunicaciones y póster aceptados al 49º Congreso de la Sociedad Española de Geriatría y Gerontología.

**Resultados:** Se encuentran 19 comunicaciones pertenecientes a 10 HDG de 6 comunidades autónomas (Madrid, Aragón, Castilla la Mancha, Cataluña, Baleares, Cantabria) de las 650 recibidas (2,9%). El Hospital de la Cruz Roja de Madrid y el Hospital San Juan de Dios de Zaragoza (3 aportaciones) fueron los ámbitos más representados. Las variables registradas en más de un tercio de las mismas fueron duración del estudio, número medio de pacientes, procedencia, edad, sexo, estancia media, índice de Barthel, motivo del ingreso y referencia a la marcha al alta. En menos de un 30% de las aportaciones se mencionan otros instrumentos de valoración, y los logros obtenidos, la ganancia funcional y alguna encuesta de satisfacción se mencionan en el 10% de las mismas.

**Conclusión:** Pobre representación de este nivel hospitalario ambulatorio en el conjunto de trabajos aceptados con respecto a otros niveles de atención. Dificultad para encontrar uniformidad de criterios en el proceso asistencial. ¿Tenemos estándares de estructura, proceso y resultados de este nivel asistencial?

**Palabras clave:** Hospital de Día Geriátrico, niveles asistenciales.

## P102

### ¿CÓMO FUE EL 2007? SIN CAMBIOS SIGNIFICATIVOS

J. Alarcón, N. Fernández, P. Vida, T. Usieto y E. García-Arilla  
Hospital Geriátrico San Jorge, Zaragoza.

**Objetivo:** Describir actividad y perfil del paciente de la cartera de servicios de un Servicio de Geriatría docente.

**Método:** *Diseño:* Estudio descriptivo retrospectivo. *Ámbito:* Área de hospitalización, recuperación funcional, consulta externa y hospital de día. *Sujetos:* Todos los pacientes atendidos durante el año 2007 en los distintos niveles asistenciales. *Mediciones:* Ingresos, estancia media (EM), índice funcional (IF), procedencia, índice de rotación (IR), estancias, diagnósticos (GRDs), mortalidad y reingresos, situación funcional, comorbilidad demencia e insuficiencia cardiaca, número de consultas, pacientes en programa de recuperación funcional y hospital de día. *Estadística descriptiva.*

**Resultados:** *Hospitalización:* 1409 pacientes (73% urgentes, 23% programados) 35% hombres, 65% mujeres. Edad 84,5 EM no depurada: 14,02 días. IF: 1,00 Índice Rotación: 20. Mortalidad 18,4%. Reingreso precoz: 4,6%. Índice de Barthel previo (IBP) >65: 24%, <20: 39%, comorbilidad demencia, 43%, comorbilidad insuficiencia cardiaca, 30%, GRDs por orden de frecuencia: 127, insuficiencia cardiaca; 429, alteraciones orgánicas y retraso mental; 89, neumonía simple con complicaciones (cc); 14, trastornos cerebrovasculares específicos; 320, infecciones del riñón y tracto urinario; 79, infecciones e inflamaciones respiratorias con cc; 541, trastornos respiratorios excepto Bronquitis y asma con cc; 88, EPOC; 395, trastornos de los hematíes. En el 25% de los pacientes se hicieron más de 5 nuevos diagnósticos. *Recuperación Funcional:* 121 pacientes, promedio de 9 sesiones (Fisioterapia). *Hospital de Día:* 118 pacientes nuevos, asistencia media 22 sesiones. *Consultas Externas:* 4489 (1268 primeras consultas, 1062 de Atención Primaria) Ningún paciente con espera mayor de 15 días para la primera consulta.

**Conclusión:** Indicadores mantenidos en el perfil del paciente derivado a hospitalización urgente y programada.

Predominio del paciente con dependencia moderada o severa y proceso agudo sobre el tributario de convalecencia y Recuperación Funcional. Demanda mantenida de interconsulta desde Atención Primaria.

## P103

### FEED-BACK CON LOS MÉDICOS DE ATENCIÓN PRIMARIA DESDE LA CONSULTA DE UN SERVICIO DE GERIATRÍA

R. Vial Escolano  
Hospital Geriátrico San Jorge, Zaragoza.

**Objetivos:** Conocer si los Médicos de Atención Primaria (M.A.P.) de Zaragoza saben de la disponibilidad de la Consulta Externa (C.E.) del Servicio de Geriatría del Hospital San Jorge de Zaragoza, los motivos y patologías de derivación y el grado de satisfacción a la respuesta producida.

**Método:** Estudio descriptivo transversal. Período comprendido entre diciembre 2007 y marzo 2008. Identificación de los Centros de Salud

de Zaragoza e información telefónica explicativa del proyecto a cada coordinador del Equipo de Atención Primaria. Envío posterior de carta personalizada y cuestionario específico con respuesta anónima para cada uno de los Médicos de Atención Primaria recogiendo como variables el conocimiento de la consulta externa, su utilización, los motivos de derivación y la satisfacción ante la respuesta tras la interconsulta.

**Resultados:** Se reciben 197 cuestionarios (56,6% de respuesta). Conocen la consulta externa 191 médicos (97%). Han remitido pacientes 185 profesionales (93%). Los motivos más frecuentes de derivación han sido: valoración geriátrica integral (85,8%), y pluripatología (71,1%).

Como patología más remitida, valoración de problema no definido (75,6%), y deterioro cognoscitivo (67%). Consideraban la consulta resuelta 139 médicos de Atención Primaria (70,6%) y según su opinión, 175 (88,8%) de los enfermos y familiares estaban satisfechos.

**Conclusión:** Conocimiento y reconocimiento favorable de la consulta externa de Geriatría. Motivos de derivación ajustados a la oferta de la especialidad en este nivel asistencial.

## P104

### MEJORAS DERIVADAS DEL CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS RECOMENDADOS POR LA JOINT COMMISSION EN EL SERVICIO DE FARMACIA DE FUNDACIÓN MATIA

B. Miró Isasi, I. Beobide Tellería y M.I. Genua Goena  
Fundación Matia. San Sebastián.

**Introducción:** Fundación Matia es una entidad privada de carácter social que presta servicios sociosanitarios a personas mayores y/o discapacitadas.

El Servicio de Atención Farmacéutica de Fundación Matia tiene como objetivo conseguir minimizar los Problemas Relacionados con los medicamentos (riesgos) aumentando al máximo la eficiencia de los tratamientos.

Presta servicio a un Hospital de media estancia de 98 camas con unidosis diaria y a 5 Centros Residenciales con 547 usuarios en total con unidosis semanal.

La Joint Commission es una organización no gubernamental e independiente que acredita a diferentes organizaciones del ámbito sanitario, se centra en temas de seguridad al paciente.

**Objetivo:** Adaptar los requisitos de la Joint Commission relacionados con el uso seguro de medicamentos y el manejo de infecciones al Servicio de Atención Farmacéutica de Fundación Matia.

**Método:** Tras una jornada de aprendizaje y posterior visita inicial por parte de los representantes de la Joint Commission en España (Avedis Donabedian) se plantean diversas mejoras desde el Servicio de Atención Farmacéutica de cara a mejorar la seguridad en la utilización de medicamentos y el manejo de infecciones de toda la Fundación y más específicamente en lo que respecta a las funciones de nuestro servicio.

**Resultados:** Tras analizar los consejos y requisitos que recomienda la Joint Comisión se realizaron ciertas mejoras para intentar disminuir nuestros riesgos en el uso de los medicamentos y manejo de infecciones: 1. Se adaptan 9 formas farmacéuticas de medicamentos y material sanitario de acuerdo a la caducidad post-apertura que aconseja la Joint Commission. 2. Adaptar termómetros en todos los frigoríficos de medicamentos de los centros y hospital para un control diario de temperaturas máximas y mínimas. 3. Implementación de un sistema de recogida de errores de medicación en todos los centros de la Fundación. 4. Formación anual en medidas estándar y higiene de manos. 5. Se pretende incluir en la Guía Fármaco terapéutica interna un anexo con las fotos o descripción de todos los medicamentos incluidos en la misma. Incluir el grupo de antisépticos. 6. Disponer en la farmacia de un maletín de urgencia para repasar en caso de su utilización en alguno de los centros. 7. Garantizar desde la Comisión de Infecciones la disposición de todos los datos relacionados de alguna manera con la infección (alimentación, lavandería, obras...).

**Conclusión:** Tras la aplicación de todas estas medidas incorporadas al Proceso de Atención Farmacéutica se han garantizado un mayor cumplimiento en algunos temas que no se habían contemplado hasta el momento respecto a los requisitos de seguridad recomendados por la Joint Commission.

**P105****VALORACIÓN CLÍNICA Y REHABILITACIÓN DE LA DISFAGIA OROFARINGEA EN UNA UNIDAD DE GERIATRÍA DE AGUDOS**  
E. Roquer Fanlo, M.V. Cobo Meroño, S. Palau Boned, S. Tantiña Fontanet, M. Muñoz Gálvez, M. Nicolau Torroella y S. Ariño Blasco  
Fundación Hospital Asilo de Granollers, Granollers.

**Objetivos:** Calcular la prevalencia de disfagia orofaringea y la incidencia de complicaciones en una unidad de geriatría de agudos de un hospital comarcal. Describir las características clínicas, funcionales y cognitivas de la muestra. Disminuir la incidencia de complicaciones asociadas a la disfagia orofaringea mediante la aplicación de una escala de valoración clínica estandarizada y selección de estrategias terapéuticas específicas.

**Método:** *Sujetos:* Pacientes ingresados en la unidad de geriatría de agudos durante 3 meses. Calcular prevalencia de disfagia orofaringea y incidencia de complicaciones, definidas como broncoaspiraciones, infecciones/neumonías aspirativas, en los pacientes ingresados en la unidad de agudos de geriatría, previo al inicio de la intervención clínica. *Intervención clínica:* Aplicación del método de exploración clínica volumen-viscosidad (MECV-V) para evaluar la eficacia y la seguridad de la deglución, a todos los pacientes que ingresan en la unidad. *Exploración clínica específica sin bolo alimentario:* Valoración de los mecanismos básicos de la fase preparatoria y fase oral de la deglución. Calcular incidencia de complicaciones tras la aplicación de las recomendaciones clínicas específicas.

**Resultados:** Analizaremos prevalencia e incidencia de complicaciones de la disfagia orofaringea en pacientes ingresados en la unidad de agudos, definiremos características sociodemográficas y clínicas. Con el fin de monitorizar el efecto de las medidas de rehabilitación clínica, analizaremos la incidencia de complicaciones tras la aplicación de diversas medidas terapéuticas específicas.

**Conclusión:** La disfagia orofaringea es un síntoma frecuente, con gran impacto clínico, dada la gravedad asociada a sus complicaciones. A pesar de su alta prevalencia, especialmente en pacientes ancianos y hospitalizados, es un síntoma poco valorado y estudiado. Existen diferentes estrategias terapéuticas que han demostrado su eficacia y evitan complicaciones. Este trabajo, realizado en un hospital sin acceso directo a pruebas diagnósticas específicas como la videofluoroscopia, pretende comprobar la eficacia de estas medidas clínicas para el tratamiento y la disminución de las complicaciones asociadas a la disfagia orofaringea.

**P106****FIBRILACIÓN AURICULAR Y TRATAMIENTO ANTITROMBÓTICO EN UNA RESIDENCIA DE LA TERCERA EDAD**

H. Ganzo Álvarez, C. Fernández Viadero y N. Peña Sarabia  
Centro de Atención a la Dependencia. Santander.

**Objetivo:** Comparar los diferentes tratamientos antitrombóticos en el manejo de la fibrilación auricular (FA) del paciente geriátrico.

**Métodos:** Se revisaron las historias clínicas de 167 pacientes con diagnóstico de fibrilación auricular (FA) que han pasado por nuestro centro desde 1992 a fin de 2007 registrando la fecha de nacimiento, días de evolución de la FA, causa de muerte y tipo de tratamiento antitrombótico. Los pacientes fueron agrupados en tres grupos: hasta los 79 años (G-I), de 80 a 89 años (G-II) y de 90 ó más años (G-III). Se realizó un análisis comparando la supervivencia de los pacientes sin tratamiento antitrombótico, con tratamiento antiagregante (ácido acetil-salicílico [aas]) y con tratamiento anticoagulante (acenocumarol) con curvas de Kaplan-Meier. El método estadístico para comparar las diferencias observadas fue la prueba de "logrank". Fueron censurados 33 casos que no habían fallecido al fin del estudio.

**Resultados:** En el G-I hay 3 pacientes sin tratamiento, 7 con aas y 6 con acenocumarol siendo la supervivencia media de 116, 923 y 2164 días respectivamente. Las diferencias en la supervivencia entre el grupo sin tratar y el tratado con aas son  $p = 0,0048$ , entre el aas y el acenocumarol de  $p = 0,0169$  y entre este grupo y el que está sin tratar de  $p = 0,0018$ . En el G-II hay 15 pacientes sin tratar, 31 con aas y 13 con acenocumarol con unas supervivencias medias de 1275, 2046 y 2160 días. La diferencia entre el grupo sin tratar y el aas es de  $p = 0,0362$  de aquél y el acenocumarol de  $p = 0,0489$  no habiendo diferencias estadísticamente significativas entre el tratamiento con aas y

acenocumarol ( $p = 0,7626$ ). En el G-III hay 18 pacientes sin tratar, 35 con aas y 6 con acenocumarol con supervivencias medias de 2268, 1432 y 1881 días. Existe una diferencia significativa entre el grupo sin tratar y el que está con aas de  $p = 0,0259$  no habiendo diferencias significativas entre los otros grupos.

**Conclusión:** Aunque los resultados de éste estudio están limitados por el escaso número de individuos así como el sesgo de incluir cualquier causa de muerte como evento final, nuestra serie confirma la idoneidad del tratamiento anticoagulante frente a las otras opciones analizadas al menos hasta los 89 años. Éste efecto es posible que se pierda en los nonagenarios.

**P107****PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON CARDIOPATÍA ISQUÉMICA EN TERCERA FASE DE REHABILITACIÓN CARDÍACA**

F. Pelayo de los Reyes<sup>1</sup>, M.L. Benítez Lugo<sup>2</sup> e I. Salamanca Rivera<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Asociación Sevillana del Corazón. Sevilla. <sup>2</sup>Universidad de Sevilla.

**Objetivos:** En la valoración tanto médica como fisioterapéutica, la calidad de vida se ha convertido en una variable imprescindible a tener en cuenta, ya que permite mejorar el pronóstico y disminuir la dependencia del paciente. En el ámbito de los pacientes que han sufrido un infarto agudo de miocardio no es una excepción ya que es sabido que la calidad de vida puede verse afectada tanto en el plano físico como psicológico. Este estudio pretende:

Evaluar el grado de percepción de la calidad de vida de los pacientes que forman parte del programa de rehabilitación cardíaca. Estudiar si existe relación entre la participación en dicho programa y la calidad de vida que presentan.

**Material y método:** Para el desarrollo de nuestra investigación utilizaremos como población diana a todos los pacientes que forman parte de la Asociación Sevillana del Corazón, previo consentimiento informado. La calidad de vida de estos pacientes será evaluada con la escala SF-36 y con una entrevista semiestructurada diseñada por el equipo de investigación. La metodología desarrollada para el estudio de la percepción será la cuantitativa mientras que para nuestro segundo objetivo, que será evaluar la relación existente entre la participación y la calidad de vida, será cualitativa. Los datos serán procesados haciendo uso del programa estadístico SPSS 14.0 y en la segunda parte de investigación formaremos las categorías necesarias para analizar los resultados obtenidos.

**Resultados:** Actualmente estamos procesando la información obtenida y analizando así como comparando los datos obtenidos con los artículos seleccionados en nuestra búsqueda bibliográfica.

**Conclusión:** Aunque aún no tenemos los resultados definitivos de nuestra unidad, percibimos lo siguiente:

La edad es un factor que predispone a percibir mayor o menor calidad de vida. La continuidad en el programa es un factor básico para mantener esa calidad de vida. La motivación es una variable que predispone a una participación activa en el programa y consecuentemente a una mejora en la percepción de la calidad de vida.

## Área ciencias sociales y del comportamiento

**P108****RELACIÓN ENTRE LAS DIMENSIONES FÍSICA Y PSICOLÓGICA CON LA SATISFACCIÓN VITAL EN ANCIANOS. MODELO DE ECUACIONES ESTRUCTURALES**

J.M. Tomás Miguel, J.C. Meléndez Moral y E. Mavarro Pardo  
Universitat de València, Facultat de Psicologia, València.

El estudio de la vejez desde una dimensión positiva ha despertado el interés científico en los últimos años, surgiendo el término envejecimiento con éxito como una forma de evidenciar modos sanos de envejecer. Así, conocer cuáles son los factores que evitan un envejecimiento patológico, y por tanto determinan este éxito y consiguen una adecuada calidad de vida, parece prioritario en la investigación gerontológica.

El objetivo del presente trabajo es analizar los potenciales efectos de las distintas medidas de bienestar psicológico, subjetivo, y actividades de la vida diaria, así como de ciertos factores socio-demográficos sobre la satisfacción vital.

Para ello, se han empleado dos niveles de análisis, uno bivariado, para analizar las posibles relaciones dos a dos, y otro multivariado, para evaluar las influencias relativas de éstas. Para este último tipo de análisis se han especificado y estimado una serie de modelos de ecuaciones estructurales, con la variable satisfacción vital como variable endógena a predecir.

Con respecto a las relaciones bivariadas, encontramos evidencia de relaciones positivas entre el bienestar psicológico y las actividades de la vida diaria con la satisfacción vital. Por contra, a medida que aumentaba la edad la satisfacción vital descendía ligeramente. Finalmente de entre los sociodemográficos, el nivel educativo se relacionó positivamente con la satisfacción.

El modelo estructural final mostró resultados claros: el bienestar psicológico, así como el buen funcionamiento en actividades de la vida diaria tienen un impacto muy relevante en la satisfacción vital, con el bienestar psicológico como principal predictor.

Sin embargo las variables sociodemográficas presentaban impactos menores, y éstos operaban más bien a través de su impacto con el bienestar y las actividades de la vida diaria, es decir mantiene efectos indirectos.

## P109

### ANÁLISIS DE LA SATISFACCIÓN VITAL EN EL ENVEJECIMIENTO

E. Navarro Pardo, J.C. Meléndez Moral y J.M. Tomás Miguel  
Universitat de València, Facultad de Psicología, València.

La investigación orientada al análisis del bienestar en la vejez así como los posibles cambios que puedan producirse parece fundamental en la investigación gerontológica, máxime cuando el bienestar es una de las variables implicadas en la calidad de vida y por tanto una de las bases del envejecimiento con éxito.

**Objetivo:** Evaluar la influencia de las variables edad, sexo, nivel de estudios y estado civil de personas mayores de 65 años en su nivel de satisfacción vital, así como las posibles interacciones entre estas variables independientes.

La muestra está compuesta por un total de 476 mayores de 65 años, no institucionalizados de la Comunidad Valenciana, a los que se aplicó el Índice de Satisfacción Vital (LSI-A) que obtuvo una fiabilidad de 0,71 mediante el alfa de Cronbach.

Para analizar los efectos principales y de interacción de las variables independientes se realizó un análisis de varianza entre sujetos 2 (sexo) x 3 (edad) x 3 (estado civil) x 2 (estudios) que mostró que existen dos efectos principales estadísticamente significativos: estado civil y nivel de estudios.

Observándose que un nivel de estudios más bajo se asocia con una menor satisfacción vital y que los viudos son el grupo menos satisfecho. Ni la edad ni el sexo, mostraron efecto significativo sobre la satisfacción vital.

Además dos interacciones de primer orden resultaron estadísticamente significativas: estado civil y nivel de estudios, y estado civil y sexo.

Así, mientras que a los casados no les influye el nivel de estudios en su satisfacción, para los demás grupos de estado civil sí es relevante, estando más satisfechos los de mayor nivel de estudios.

Por otra parte, puede apreciarse que mientras para los casados y los viudos el nivel de satisfacción de hombres y mujeres es muy similar, en el caso de otros grupos de estado civil las mujeres presentan una satisfacción mucho menor que los hombres.

En general los viudos presentan peor satisfacción así como los de menor nivel de estudios. No obstante estos resultados generales vienen alterados por interacciones entre variables.

Efectivamente las interacciones muestran que el nivel de estudios superior genera mayor satisfacción, excepto para el grupo de casados, que están o no satisfechos con independencia de su nivel académico.

Por su parte el estado civil influye mucho en la satisfacción al asociarse otros estados civiles (solteros o separados mayoritariamente) con el género femenino. Casados y viudos de ambos sexos presentan satisfacciones vitales similares.

## P110

### ¿EXISTEN FACTORES QUÉ PREDISPONEN A LAS CAÍDAS EN EL ANCIANO?

E. Hernández Leal, M. Pi-Figueras Valls, I. Pineda Pérez, I. Martínez Fernández, M. Arellano Pérez y O. Sabartés Fortuny

Unidad de Geriatría de Agudos (UGA). Hospital del Mar. Institut d'Atenció Geriàtrica i Sociosanitària (IAGS). Institut Municipal d'Assistència Sanitària (IMAS). Barcelona.

**Objetivo:** Analizar el perfil del paciente que ingresa por caída en una unidad de Geriatría de agudos (UGA) y traumatología (COT)

**Métodos:** Se analizó la situación funcional mediante el índice de Barthel (previo (BP), actual (BA)) e índice de Lawton (IL), el estado cognitivo mediante el Minimental de Folstein abreviado (MMSE), y datos sociales: núcleo de convivencia, barreras arquitectónicas (BBAA), trabajadora familiar (TF), telealarma (TA) y destino al alta. Se estudiaron: caída previa, ayudas técnicas (AT), incontinencia, fármacos, insomnio, déficit sensorial, patología al ingreso.

**Resultados:** Se estudiaron 47 pacientes con una edad media  $82,83 \pm 7,55$ , siendo 87,2% de COT y 12,8% de UGA. Tenían BP  $76,89 \pm 25,96$ , IL  $2,91 \pm 2,75$ , y BA  $24,26 \pm 20,56$ . Un 54,3% precisan AT y 79,1% sin caídas previas.

No presentaban demencia un 54,3%, y con un MMSE  $11,58 \pm 6,14$ . Vivían en domicilio 95,6%, 72,3% sin BBAA, un 80% sin TF y 95,7% sin telealarma. El destino al alta: 58,6% unidad de media estancia (UME), 39,1% domicilio y 2,2% unidad de larga estancia.

Existieron relaciones significativas entre: IL y BA con las AT ( $p < 0,03$ ,  $p < 0,06$  respectivamente), entre IL y BA con la incontinencia ( $p < 0,004$ ,  $p < 0,04$  respectivamente).

El BA se relacionó con la demencia de forma significativa ( $p < 0,04$ ), y ésta con el MMSE ( $p < 0,02$ ). No hubo diferencias significativas entre otras variables.

**Conclusión:** 1. El paciente que ingresa por caída procede mayoritariamente del domicilio, no dispone de TF ni TA.

2. La situación funcional y cognitiva se correlaciona con el uso de AT y de incontinencia.

3. La UME fue el destino al alta más frecuente.

## P111

### IDENTIFICACIÓN DE LOS PROBLEMAS DE CONVIVENCIA MULTICULTURAL EN UNA RESIDENCIA GERIÁTRICA

M.D. Hernández González<sup>2</sup>, M.L. González Montoro<sup>2</sup>  
y D. Pozo Cos-Estrada<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Unidad de Hospitalización de Salud Mental Jerez. <sup>2</sup>Área Sanitaria Sur de Granada.

**Objetivos:** Identificar los problemas de la convivencia multicultural entre los residentes.

Proponer soluciones a los problemas detectados.

**Metodología:** Estudio cualitativo con perspectiva antropológica.

Se utilizó el trabajo de campo, a través de las entrevistas en profundidad estructuradas y la observación sistemática y participante.

Se analiza especialmente las relaciones entre los residentes de diferentes nacionalidades, para detectar así los problemas y poder dar soluciones a éstos.

**Resultados:** *Problemas de comunicación:* Comunicación lingüística: Problemas de entendimiento del idioma. *Problemas cognitivos:* dificultad en la comprensión. Falta de feedback. Incapacidad del residente para poder explicar o describir sus necesidades. Comunicación simbólica: Por problemas de vista y oído. Por problemas de percepción. Problemas de existencias de prejuicios y estereotipos: Dificultades a la hora de conciliar creencias, costumbres, valores y ritos, de las diferentes culturas. Las relaciones están condicionadas por la existencia de prejuicios y estereotipos.

*Problemas sociales:* De conflicto verbal. De exclusión social. Dan prioridad a sí mismos en detrimento de los otros residentes.

**Conclusión y recomendaciones:** Desarrollar la autoestima y el auto-concepto. Fomentar la empatía.

Desmontar estereotipos. Reducir los prejuicios. Evitar la discriminación.

**Palabras clave:** Convivencia multicultural, residencia geriátrica.

**P112****VER PARA CREER**

M.D. Hernández González<sup>2</sup>, M.L. González Montoro<sup>2</sup>  
y D. Pozo Cos-Estrada<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Equipo de Salud Mental Jerez. <sup>2</sup>Área Sanitaria Sur de Granada.

**Objetivos:** Desde la perspectiva enfermera y habiendo valorado al paciente en su globalidad, nos planteamos los objetivos según las áreas que consideramos que necesitan reestructuración. Desde el punto de vista de la herida (úlcera vascular) sería evitar la amputación. Desde el punto de vista de los hábitos de vida del paciente sería cambiar los perniciosos tanto para su herida como para sus patologías orgánicas por otros saludables. Para terminar y no por eso menos importante volver a involucrar, apoyar y premiar al cuidador principal que este caso es su esposa.

**Método:** Realización de curas diarias evitando usar sustancias que producen alergia al paciente, que en este caso son variadas lo que ha dificultado la consecución del objetivo. Evaluación de conocimientos y creencias. Sesiones de información respecto a dieta, evitar conductas de riesgo, hacer ver que todas estas medidas van surtiendo efecto, utilizar el refuerzo positivo. Información sobre medicación, efectos beneficiosos y secundarios, necesidad de tomarlos y asegurar la toma con la ayuda del cuidador principal. Descargar al cuidador de responsabilidad respecto a la cura de la herida y toma de decisiones respecto a ella. Delimitar sus competencias que serían asegurar la toma de medicación, cocinar menú compatible con pluripatología del paciente. Realización de control de glucemia capilar diario.

**Resultados:** Evitamos la amputación del miembro afecto y comienza la epitelización. Concienciación de los beneficios de seguir hábitos de vida saludable. Asume la relación entre la buena evolución de su herida y seguimiento del tratamiento tanto farmacológico como no farmacológico.

Retomar con ilusión las labores encomendadas y se descargar de responsabilidad respecto al resto.

**Conclusión:** Para la buena evolución de las úlceras nos hemos basado en tres pilares importantes como son la cura diaria, control de enfermedades coadyuvantes (hta, ulceración gástrica, diabetes tipo II) en tratamiento con insulina, alergias varias conocidas, cardiopatía que necesita portar marcapasos, hiperlipemia e insuficiencia venosa de 30 años de evolución) y educación para la salud.

**P113****MUJERES GRANDES: UNA VISIÓN DE LA MUJER MAYOR DEL MUNICIPIO DE GUADALAJARA A COMIENZOS DEL SIGLO XXI**

N.M. Mendoza Ruvalcaba<sup>3</sup>, E.D. Arias Merino<sup>1</sup>, I.F. Díaz García<sup>1</sup>  
y A.E. Morales Sánchez<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Universidad de Guadalajara, México. <sup>2</sup>Centro Universitario del Norte Universidad de Guadalajara, México. <sup>3</sup>Instituto Municipal de las Mujeres en Guadalajara O.P.D., México.

**Introducción:** Guadalajara alberga la mitad de adultos mayores de la ZM y un tercio de Jalisco. 57% son mujeres. La feminización del envejecimiento es casi inadvertida aún cuando implica un gran reto en salud. La realidad de las mujeres mayores sigue un tanto oculta y es clave para proveer la atención adecuada.

**Objetivo:** Identificar las condiciones y necesidades de salud de las mujeres mayores de Guadalajara.

**Material y métodos:** Se entrevistó a 638 mujeres en oct-nov de 2007. Edad media 70,9 ± 2,7 (60-95 años). La entrevista incluyó aspectos sociodemográficos, estilo de vida y valoración en salud.

**Resultados:** La mayoría vive sin pareja (68,4%), en casa propia (72,4%) que comparten con hijos (42,2%) o solas (20,1%). Amas de casa antes (71%) y ahora (85,6%) sin pensión (72,3%), su ingreso no supera \$3000/mes (68,3%). Padece una media de 2,63 ± 2,53 enfermedades crónicas, 82,9% tiene de 1-4 condiciones (hipertensión 62,5%, problemas de huesos/articulaciones 62,5%, diabetes 25,9% y alto colesterol 31,2%), solo 5,5% no padece ninguna. Reciben atención médica en IMSS 56,7% y 10,5% no tiene seguro. La prevalencia de deterioro cognitivo fue de 13,6%, depresión 27,6% y riesgo nutricional 82,9% (53,3% alto riesgo). La discapacidad funcional para realizar actividades básicas de la vida diaria fue de 2,8% y 29,8% para las instrumentales. La mayoría valora su salud con satisfacción (60%), y aunque experimentan sentimientos de soledad (60,7%) están satisfechas con la vida (68,2%).

**Conclusión:** La mujer vive su vejez con factores de riesgo que amenazan su salud y que son potencialmente prevenibles y modificables. Este estudio es una aproximación a las condiciones de vida y salud de las mujeres mayores, y plantea el escenario para intervenciones que identifiquen estrategias efectivas para mejorar y mantener la salud, así como reducir los riesgos.

**P114****MUJERES GRANDES: RIESGO NUTRICIONAL. PAN DE CADA DÍA DE LAS MUJERES MAYORES DEL MUNICIPIO DE GUADALAJARA**

N.M. Mendoza Ruvalcaba<sup>3</sup>, E.D. Arias Merino<sup>1</sup>, I.F. Díaz García<sup>1</sup>  
y A.E. Morales Sánchez<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Universidad de Guadalajara, México. <sup>2</sup>Centro Universitario del Norte Universidad de Guadalajara, México. <sup>3</sup>Instituto Municipal de las Mujeres en Guadalajara O.P.D., México.

**Introducción:** Existe clara correlación entre nutrición – salud, calidad de vida y bienestar. También es predictivo de morbilidad y mortalidad.

**Objetivo:** estimar el riesgo nutricional de mujeres mayores de Guadalajara y factores asociados.

**Material y métodos:** Se entrevistó 638 mujeres de oct-nov 2007. Se valoró el Riesgo Nutricional (RN) con Nutritional Risk Screening (NRS), la salud y datos sociodemográfico. Se obtuvo Odds Ratios (OR) e intervalo de confianza (IC95%).

**Resultados:** Edad media 70,9 ± 2,7 (60-95 años), 54,4% escolaridad baja (≤ 4 años) y 78,5% bajos ingresos ≤ \$4000/mes (≤ 250€). Padece al menos un problema sensorial (87,6%) y enfermedades crónicas 2,63 ± 2,53, el 94,5% están enfermas y 82,9% toma medicamentos. De quienes necesitan prótesis dental 46,9% no la usan. Presentan deterioro cognitivo 13,6% y depresión 27,6%. Una abrumadora mayoría vive con RN (82,9%), el 64,2% con alto riesgo, 17,1% sin RN. Respecto al RN tener depresión obtuvo OR = 5,87 (IC 2,8-12,39), no usar prótesis dental y necesitarla OR = 4,76 (IC 1,9-12), tener al menos un problema sensorial OR = 1,93 (IC 1,1-3,3) en olfativos OR = 3,85 (IC 1,2-12,6). Padece al menos una enfermedad OR = 3,12 (IC 1,5-6,4), deterioro cognitivo OR = 3,10 (IC 1,3-7,3), ingreso bajo OR = 1,79 (IC 1,1-2,8). Ser ≥ 75 años OR = 1,73 (IC 1,1-2,9), tomar medicamentos OR = 1,68 (IC 1,02-2,8) y escolaridad baja OR = 1,58 (IC 1,04-2,39).

**Conclusión:** Existe un significativo riesgo nutricional en las mujeres mayores y la inminente presencia de factores de riesgo modificables como medida preventiva para retrasar la aparición de enfermedad, mejorar la salud y calidad de vida.

**P115****ANÁLISIS DE LOS DATOS OBTENIDOS SOBRE LOS ASPECTOS MÁS SIGNIFICATIVOS PARA LA TERAPIA OCUPACIONAL DEL BAREMO DE VALORACIÓN DE LA DEPENDENCIA EN LA PROVINCIA DE ALBACETE EN 2007**

J.D. Estrella Cazalla, R. García Barba, L. Ocaña López, G. Aroca Perea, C. Aguilar Martínez y J.R. Gómez Sánchez  
Equipo de Valoración de La Dependencia, Albacete.

**Objetivo:** Análisis de la relación entre severidad de la dependencia y aspectos claves de la T.O., como las tareas de comer y beber, lavarse y otros cuidados corporales, vestirse, transferencias corporales, desplazarse dentro del hogar y tareas domésticas.

**Métodos:** Recogida sistemática de los ítems del baremo de valoración de la dependencia de 30 solicitantes en la provincia de Albacete como respuesta a las iniciativas de reconocimiento de la situación de dependencia generadas por la Ley 39/2006 de atención a la Dependencia.

**Resultados:** Muestra: 30 sujetos; sexo: 20 mujeres/10 varones; Edad: media 68,46 años (rango 12-97), mediana 76 años. Patologías más frecuentes: Factores de Riesgo CV 63,33%, Enfermedades CV 46,66%, Enfermedades Óseas 40%, ACV 36,66%, Demencias 30%, Deficiencias Sensoriales 26,66%, Obesidad Mórbida 13,33%, Depresión 10%, Tumores 6,66% y EPOC 3,33%. Los ítems recogidos mostraron dependientes: Cortar o partir la comida en trozos 63,33%, usar cubiertos 30%, sujetar el recipiente de bebida 19,98%, acercárselo a la boca 19,98%, lavarse la parte inferior del cuerpo 100%, lavarse la parte superior del cuerpo 100%, peinarse 83,25%, lavarse los dientes

79,92%, calzarse 86,58%, abrocharse botones 54,94%, vestirse la parte inferior del cuerpo 100%, vestirse la parte superior del cuerpo 96,57%, sentarse 26,64%, tumbarse 43,29%, ponerse en pie 29,97%, transferirse mientras sentado 23,31%, transferirse mientras acostado 20,97%, realizar desplazamientos vinculados al autocuidado 50%, desplazamientos no vinculados al autocuidado 66,6%, acceder a elementos comunes de las habitaciones 86,58%, acceder a todas las estancias comunes de la vivienda en la que reside 66,6%, preparar comidas 96,57%, hacer la compra, limpiar y cuidar la vivienda y lavar y cuidar la ropa 100%. Las ayudas técnicas identificadas en las diferentes tareas son: comer y beber 0%, lavarse 14,42%, vestirse 4,43%, transferencias 69,37%, desplazarse dentro del hogar 56,71% y tareas domésticas 0%. Se comprobó que en un 79,92% las viviendas no eran accesibles.

**Conclusión:** Existe una mayor dependencia para la realización de las tareas domésticas (99,14%) en cuanto a actividades instrumentales de la vida diaria. En actividades básicas de la vida diaria, se observa mayor dependencia en las tareas de lavado y en otros cuidados corporales (90,79%), debido a las patologías discapacitantes presentes y en muchos casos a la inaccesibilidad del entorno. Existe mayor utilización de ayudas técnicas en la realización de transferencias y desplazamientos dentro del hogar, así como en el lavado y otros cuidados corporales.

## P116

### CALIDAD DE VIDA EN DEMENCIAS SEVERAS

A. Ruiz Franco, M. Gallego Ramos y S. Turu Rodríguez  
Residencia Vellsolà III, Terrassa.

**Introducción:** Según la OMS, se define "Calidad de Vida como la percepción del individuo de su posición en la vida en el contexto de la cultura y el sistema de valores en los que vive y con relación a sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones." Es un concepto que incorpora: la salud física de la persona, el estado psicológico, el nivel de independencia, las relaciones sociales, el ambiente y las creencias personales.

**Objetivos:** Mantener la calidad de vida de los residentes del centro con patología de Alzheimer GDS6 y GDS7.

**Desarrollo:** Adecuar la dieta triturada hiperproteica a su apetencia, teniendo en cuenta que a nivel sensorial la percepción del gusto dulce es el último estímulo que desaparece. Uso de gelatinas combinadas con triturados de frutas y lácteos (yogur) con la consistencia adecuada, para hidratar y evitar broncoaspiraciones. Evitar la polifarmacia. Realizar medidas de confort transmitiendo dulzura, cariño, calor. Estimular la memoria sensorial a través de los sentidos (gusto, tacto, olfato, vista y oído) y los espacios del entorno (salas multisensoriales). Evitar la desconexión con el entorno mediante talleres de musicoterapia y estimulación sensorial basal, para mejorar su autoestima y dignificar su persona. Fortalecer las relaciones personales y familiares para mantener la sociabilidad y combatir la soledad e indefensión de los residentes. Mantener creencias y valores según la voluntad del residente y su historia de vida.

**Resultados:** Observamos que aquellos residentes en fase GDS6 y GDS7 se estabilizan durante largos períodos de tiempo en la misma etapa, mejorando su calidad de vida al intervenir en los diferentes aspectos de la persona (bio-psicosocial y espiritual).

## P117

### PREMIO TOMÁS BELZUNEGUI: LA IMAGEN DEL MAYOR

J.F. Jerez Bernabeu, M.D. López, B. Moreno y L. Mitji Viagen  
Sociedad Navarra de Geriatría y Gerontología, Pamplona.

En el envejecimiento activo, cuentan mucho los factores externos que inciden sobre las personas que envejecen. La promoción de la autoestima de los Mayores, y la proyección social de un envejecimiento positivo, además de las dinámicas personales y actitudes positivas de las personas que envejecen, requieren posicionamientos sociales anti ageistas, que surjan de las Entidades Públicas, Sociales y Privadas. Los medios de comunicación, las convocatorias de subvenciones a proyectos y acciones en beneficio de los Mayores, los programas académicos, conforman un medio óptimo para transmitir y promover una imagen positiva de los mayores, contraria al ageísmo.

Una Sociedad Científica de Geriatría y Gerontología, es una plataforma idónea para investigar, definir y divulgar, las acciones socio sanitarias y socioculturales, que promuevan el respeto y reconocimiento social de los mayores, por lo que ellos son en sí mismos, evitando discriminaciones por razón de la edad (ageísmo).

No cabe duda que uno de los instrumentos de influencia social y de creación de opinión, son los medios de Comunicación y también las Administraciones. Los primeros porque trasmitten una imagen sobre los mayores y crean opinión sobre este colectivo y los segundos porque intervienen promoviendo acciones a favor de un envejecimiento saludable y activo.

La Sociedad Navarra de Geriatría y Gerontología, se ha marcado como uno de sus objetivos, la promoción, entre sus socios y entre los ámbitos de actuación e influencia de los mismos, así como de la sociedad Navarra en general, acciones tendentes a proyectar la imagen positiva del envejecimiento. Para ello ha creado, como PROYECTO "El Premio Tomás Belzunegui", a los tres mejores artículos periodísticos-literarios, publicados en Navarra durante el año. Son entidades colaboradoras: el Ayuntamiento de Pamplona, las dos Universidades con sede en Pamplona, la Asociación de la Prensa y un Diario Local. Tomás Belzunegui, fue un médico navarro, que en 1970 creó en Pamplona, en el Hospital de Navarra, el segundo Servicio de Geriatría de España, después del creado en el Hospital de la Cruz Roja de Madrid. Este tíron emblemático del Dr. Belzunegui y de su obra en la promoción de la geriatría, sirve a la Sociedad Navarra de Geriatría y Gerontología, como base para promover el reconocimiento social de los Mayores.

El Póster que presentaremos en el Congreso, recoge la definición del Proyecto; sus objetivos; una sinopsis de las actuaciones que cada Entidad Colaboradora, que suscribe este proyecto, realizan para la promoción de una imagen positiva del mayor, en Navarra; una estadística de las diversas convocatorias que se han hecho del Premio Tomás Belzunegui, así como las reseñas de los temas fundamentales sobre el mayor, tratados por los Autores periodísticos-literarios.

Este proyecto es de continuidad, ya vamos en la 8ª edición y de máxima actualidad. Además está incluido dentro de las actividades del Grupo de Trabajo estable sobre las Relaciones Intergeneracionales, de la Sociedad Navarra de Geriatría y Gerontología.

## P118

### DIFERENCIAS PSICOSOCIALES ENTRE CUIDADORES INFORMALES DE PACIENTES CON DEMÉNCIA INSTITUCIONALIZADOS Y NO INSTITUCIONALIZADOS

M.D. Calero García<sup>2</sup>, E. Navarro González<sup>2</sup>, J. Serrano Chica<sup>2</sup> y A. Chica García<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Centro de Mayores Entre Álamos, Granada. <sup>2</sup>Facultad de Psicología, Universidad de Granada.

El aumento de la esperanza de vida en occidente y el consecuente envejecimiento de la población conllevan el aumento de casos de personas mayores con demencia que dependen de los cuidados de otro. Por ello los investigadores han orientado sus esfuerzos en los últimos años al estudio de esta problemática, siendo uno de los principales tópicos de investigación la figura del cuidador de la persona dependiente.

**Objetivo:** El objetivo de la investigación que se presenta ha sido analizar las diferencias psicosociales principales entre cuidadores informales de pacientes con demencia institucionalizados y no institucionalizados.

Asimismo, se han contemplado si algunas variables sociodemográficas y lugar de residencia del paciente influyen en la carga subjetiva del cuidador.

**Método:** 40 cuidadores informales y los respectivos 40 pacientes, 20 de ellos institucionalizados, y 20 no. Instrumentos: entrevista estructurada sobre aspectos sociodemográficos e historia de vida del paciente, cuestionarios de personalidad y la escala Zarit para evaluación de la carga subjetiva. Se han realizado diferentes análisis estadísticos paramétricos y no paramétricos de comparación entre grupos.

**Resultados:** Aparecen diferencias psicosociales y de personalidad significativas entre ambos tipos de cuidadores, principalmente a nivel sociodemográfico y de carga subjetiva que deberían ser tenidas en cuenta a la hora de hacer modelos predictivos de la institucionalización.

**P119****APORTACIONES DE LA ASOCIACIÓN A LA SALUD CARDIOVASCULAR Y ENVEJECIMIENTO ACTIVO DE LAS PERSONAS MAYORES Y CUIDADORES INCLUIDAS EN EL ÁMBITO TERRITORIAL DE LA ASOCIACIÓN**

Y. Cotiello Cueria<sup>2</sup>, G. Fernández Álvarez<sup>1</sup>, C. Lago Figueiras<sup>1</sup>, D. Lago Figueiras<sup>1</sup>, R. Piquero Nava<sup>1</sup>, N. Núñez Moris<sup>1</sup> y M. Pérez García<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Asociación de Personas Mayores y Cuidadores "CUIDOME-CUIDAME", Villaviciosa. <sup>2</sup>Atención Primaria Servicio de Salud del Principado de Asturias, Villascosa.

**Introducción:** La Asociación de Personas Mayores y Cuidadores "Cuidome-Cuidame" conscientes de la alta incidencia de las enfermedades cardiovasculares y de su poder invalidante contribuyen desde hace años a la prevención y control de los factores de riesgo cardiovascular así como al envejecimiento activo de sus socios.

**Objetivos:** Describir la participación de la Asociación en el equipo interdisciplinar responsable de conseguir y mantener una buena calidad de vida de las personas mayores

Determinar las aportaciones de la Asociación a la prevención y control de los factores de riesgo cardiovascular así como al envejecimiento activo de sus socios.

**Método:** Los miembros de la Junta Directiva en su quehacer diario recogen las demandas de la población, planifican y desarrollan diversas actividades contribuyendo al cumplimiento de sus fines.

**Resultados:** La Asociación constituye un claro referente para los profesionales sociosanitarios y personas mayores y cuidadores del Concejo. El Taichi, Bailes de salón, la colaboración con el polideportivo/piscina de Villaviciosa son algunas de las intervenciones con las que la Asociación contribuye a la prevención y control de los factores de riesgo cardiovascular así como al envejecimiento activo de sus socios.

**Conclusión:** Dado que: La prevención y control de los factores de riesgo cardiovascular y la promoción del envejecimiento activo contribuyen a la calidad de vida en la vejez. El reto de conseguir y mantener una buena calidad de vida en la vejez ha de ser compartido por las personas mayores, profesionales socio-sanitarios y la sociedad en general. La Asociación ha de continuar contribuyendo a la calidad de vida en la vejez.

**Palabras clave:** Factor de Riesgo Cardiovascular, Envejecimiento Activo, Calidad de Vida.

**P120****ADAPTACIÓN AL CAMBIO EN EL SECTOR CLÍNICO-ASISTENCIAL: ACEPTACIÓN Y SATISFACCIÓN EN EL USO DE UN SISTEMA INTEGRAL PARA LA GESTIÓN SOCIOSANITARIA**

R. López de la Torre Martín, A. Maya Tarrasón e I. Rodríguez Barredo  
Grupo AMMA, Madrid.

**Objetivos:** Conocer el nivel de satisfacción en los Centros Socio-sanitarios del Grupo AMMA respecto al uso de la herramienta Informática SAP para la gestión de información Clínica.

**Metodología:** Estudio descriptivo de una muestra (N = 100) Usuarios del SAP-Sociosanitario de los centros residenciales del Grupo AMMA de las provincias de Madrid, Cataluña, Castilla la Mancha y Navarra. Información recogida a través de una encuesta de satisfacción semi-cerrada, realizada entre Enero y mayo de 2008. Variables de estudio: datos sociodemográficos de los Usuarios, datos referentes al Centro de trabajo. Utilidad de la herramienta, Contribución en la comunicación interprofesional, en la organización del tiempo y del trabajo. Se realizará estadística descriptiva, tabla de frecuencia y gráficos descriptivos.

**Resultados:** Se analizarán los siguientes datos: Porcentajes de datos demográficos y puesto de trabajo. Antigüedad media en el centro, en el puesto de los trabajo, en el uso del programa por centro y puesto. Índice Satisfacción con el uso del programa según centro, Puesto, nacionalidad, antigüedad en el centro. Diferencias en la satisfacción según antigüedad en el uso del programa. Contribución del programa en la comunicación interprofesional y organización del centro.

**Conclusión:** Según los análisis preliminares podemos destacar: Índices de Satisfacción con el Programa varían según los puestos. Variación en el índice de satisfacción en el transcurso del tiempo, eleván-

dose al aumentar la antigüedad en uso del programa y en el puesto de trabajo. Diferencias en la satisfacción con el programa según los puestos.

**P121****ADAPTACIÓN AL CAMBIO EN EL SECTOR CLÍNICO-ASISTENCIAL: IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA INTEGRAL PARA LA GESTIÓN SOCIOSANITARIA**

A. Maya Tarrasón, R. López de la Torre Martín e I. Rodríguez Barredo  
Grupo AMMA, Madrid.

**Objetivos:** Establecer indicadores para detectar el uso correcto de la herramienta informática. Descubrir deficiencias en la implantación, para solventarlos en futuras implantaciones. Analizar la adaptación al cambio de las formas de trabajo tradicionales, a formas automatizadas, para optimizar la asistencia y los recursos.

**Metodología:** Estudio descriptivo de una muestra (N = 100) Usuarios del SAP-Sociosanitario de los centros residenciales del Grupo AMMA de las provincias de Madrid, Cataluña, Castilla la Mancha y Navarra. Información recogida por revisiones semanalmente entre junio de 2007 y abril de 2008. Variables de estudio: datos socio demográficos, datos referentes al Centro, Historias, medicación, dietas y cuidados de enfermería prescritos. Uso del control de cuidados de enfermería, administración de medicación, y gestión de incidencias sanitarias. Se realizará estadística descriptiva tablas de frecuencia, y gráficos.

**Resultados:** Se analizarán los siguientes datos: Porcentajes de datos demográficos, y variables. Se ha observado en un estudio preliminar que los centros de nueva apertura la introducción de las historias es lenta sobre todo en ciertos departamentos. El uso de la gestión de prescripciones de Medicación, dietas y cuidados de enfermería es lento, al igual que control y registro de las constantes.

**Conclusión:** Según los análisis preliminares destaca: La introducción de datos varía según las variables estudiadas. El uso de la herramienta es menor al comienzo sobre todo en centros de nueva apertura, destacando trabajo Social. La progresión en el uso del programa es lenta en enfermería y medicina en centros de nueva apertura, por la rotación de personal.

**P122****CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES Y SUS CUIDADORES PRINCIPALES (CP) DE UN HOSPITAL DE DÍA DE GERIATRÍA (HDG) QUE RECIBEN AYUDA DEL SERVICIO DE ATENCIÓN DOMICILIARIA (SAD)**

S. Burcet Pérez, E. de Jaime Gil, M.L. Rodríguez Gallego, E. Sevilla Arispon, A.M. Cervera y O. Vázquez Ibar

Servicio de Geriatría IMAS. Centre Forum Hospital del Mar, Hospital del Mar, Hospital de la Esperanza. Instituto de Atención Geriátrica y Sociosanitaria (IAGS). Instituto Municipal de Asistencia Sanitaria.

**Objetivo:** Describir los factores (del paciente y familiar) relacionados con la presencia de SAD en los usuarios de HDG.

**Método:** Se analizaron 64 pacientes ingresados consecutivamente entre Febrero/Diciembre de 2007, recogiéndose las siguientes variables al ingreso: edad, sexo, Barthel, estado cognitivo y objetivo del ingreso (Rehabilitación-R, Psicogeriatría-P). De los CP se recogió: edad, sexo, filiación con el paciente, Zarit y la presencia de SAD.

**Resultados:** Los pacientes con SAD -28,1% (1er grupo) tenían una edad media de 79,7+6,5 y el 77,7% eran mujeres vs 74,8+8,4 (p < 0,03) y un 43,4% de mujeres (p < 0,01) de los sin SAD (2ndo grupo). En ambos grupos la presencia de deterioro cognitivo fue elevada (88,8% vs 78,2%, p > 0,05) y presentaban un deterioro moderado de la capacidad funcional (66,1+27,1 vs 72,5+26,3, p > 0,05). En los CP con SAD la edad media fue de 57,1+16,7 años y la mayoría (72%) eran hijos del paciente. La edad media del 2ndo grupo fue de 63,1+15,0 y la mayoría (71%) eran cónyuges (p < 0,05). En ambos, los CP eran mujeres (66% vs 67%, p > 0,05). La carga total media del Zarit fue moderada en el 1er grupo (44,2) y leve (32,7) en el 2ndo (p < 0,007).

**Conclusión:** Entre los usuarios de un HDG tener SAD se relaciona significativamente con una mayor edad, ser mujer y tener como CP a los hijos. No se correlaciona con la capacidad funcional, la presencia de deterioro cognitivo y el sexo o la edad media de los CP. Los CP con SAD muestran, coherentemente, más carga, siendo esto estadísticamente significativo.

**P123****PERFIL DEL CUIDADOR PRINCIPAL (CP) DE PACIENTES DE UN HOSPITAL DE DÍA DE GERIATRÍA (HDG) Y FACTORES RELACIONADOS CON SU GRADO DE CARGA SEGÚN LA ESCALA ZARIT**

S. Burcet Pérez, E. de Jaime Gil, E. Sevilla Arispón, M.L. Rodríguez Gallego, O. Vázquez Ibar y A.M. Cervera Alemany

Servicio de Geriatría IMAS. Centre Forum Hospital del Mar. Hospital del Mar, Hospital de l'Esperança. Instituto de Atención Geriátrica y Sociosanitaria (IAGS). Instituto Municipal de Asistencia Sanitaria.

**Objetivo:** Conocer el perfil del CP que atiende al paciente de HDG (determinar el grado de carga que le supone, según la escala Zarit) y analizar si hay diferencias en la carga en función del sexo, grado de filiación con el paciente y el objetivo del ingreso (Rehabilitación-R, Psicogeriatría-P).

**Método:** Se incluyeron 64 pacientes ingresados consecutivamente en HDG entre Febrero/Diciembre de 2007, recogiéndose las siguientes variables en los pacientes: sexo, edad, Barthel, estado cognitivo y objetivo del ingreso. Y en los CP: edad, sexo, Zarit y la filiación con el paciente.

**Resultados:** La edad media de los pacientes fue de 76,2+8,2 años, el 53,3% eran mujeres, el 40,6% de R, el 81,2% presentaba deterioro cognitivo y una media del Barthel de 70,7+26,5. Los CP tenían una edad media de 61,4+15,6, el 67,1% eran mujeres y la filiación era de: 39,0% hijos y el 57,8% cónyuges.

El Zarit global fue 35,9+15,7 puntos. Siendo de 39,3+16,3 en los hijos y de 34,1+15,4 en los cónyuges. Según el sexo: 37,8+16,7 las mujeres y 32,0+13,1 los hombres. Por objetivo de ingreso fue 37,0+16,3 en R y 35,2+15,5 en P. (P > 0,05).

**Conclusión:** Globalmente el CP se caracterizaba por tener una edad alrededor de 60 años, ser mujer y cónyuge del paciente. En general presentaban un nivel de carga leve (< 44 puntos), teniendo a ser moderado cuando el paciente era de R y el cuidador hijo.

De los factores estudiados, no se identificó ninguna diferencia estadísticamente significativa relacionada con el nivel de carga de los CP.

**P124****MOVIMIENTO VERSUS REPOSO**

M.P. Gómez Martín, E. Fernández Espinar, R. Gallego Mazarías y C. Serra Reixach

CLECE Servicios Sociales. Residencia Personas Mayores Parque Coimbra. Madrid.

Este estudio con el fin de fomentar una cultura del movimiento entre nuestros mayores institucionalizados.

**Objetivos:** Establecer una cultura de prevención del síndrome de inmovilidad a través del movimiento. Demostrar la eficacia de un tratamiento preventivo a través del ejercicio físico versus un tratamiento paliativo.

Facilitar al anciano las herramientas necesarias para desarrollar per se cuidados activos y/o en su defecto hacerle colaborador de los cuidados pasivos desarrollados. Se realiza un estudio descriptivo durante el año 2007 en una residencia de personas mayores dependientes de la Comunidad Madrid, comprendido por 142 personas divididas en dos grupos: A. Ancianos que reciben tratamiento fisioterápico y no presentan síndrome de inmovilidad. B. Aquellos que reciben tratamiento tras presentar dicho síndrome. Se recogen variables demográficas, clínicas y funcionales.

**Resultados:** En el grupo A, un 27% de los tratamientos se centran en la reeducación de la marcha y el equilibrio; un 22% abordan terapias antiálgicas, constituyendo la dependencia en la deambulación y la presencia de dolor como factor de su independencia funcional y prevención de la aparición de inmovilismo; en el 14% del grupo B tiene lugar una mejoría en las variables estudiadas. Existe un deterioro en el 67% de los ancianos con síndrome de inmovilidad, siendo el principal motivo el empeoramiento de su situación basal, relacionada intrínsecamente como efecto secundario y complicación de su propia inmovilización. Se demuestra la efectividad del plan de Fisioterapia preventivo y se refuerza la intención de desmitificar las teorías y falsos tópicos sobre el reposo en favor del movimiento.

**P125****RESTAURACIÓN DE EQUILIBRIO Y REEDUCACIÓN DE LA MARCHA EN EL MEDIO RESIDENCIAL**

M.A. Luque, M. Ramos, A. Moreno, S. Moro, A. Giro y T. Mancilla SAR Fuentesol.

**Introducción:** El envejecimiento supone una progresiva pérdida de adaptación y reserva del organismo, haciéndolo más vulnerable ante la enfermedad. La calidad de fragilidad le atribuye una situación de riesgo que conlleva a situarle como "diana débil" de procesos no específicos de su edad como las fracturas y otros sí exclusivos de la etapa iniciada como la artrosis o los problemas degenerativos articulares.

**Objetivos:** Promover, estimular, restaurar y prolongar la bipedestación y la reeducación de la marcha en un medio residencial.

**Material:** *Medios humanos:* Población muestra de diez residentes con dos patologías diferenciadas: poliartrosis y fracturas consolidadas de miembros inferiores (en porcentajes idénticos). Fisioterapeuta. *Medios materiales:* Gimnasio y aparatos: espalderas, paralelas y espejo cuadriculado. *Ayudas técnicas:* andadores, bastones y muletas. Programa G.C.R.

**Método:** Se realiza una división de la población objeto según su problema articular y se ejecuta una actuación idéntica con los dos grupos obtenidos: Se somete al test de Tinetti (test que valora el equilibrio y la marcha) otorgándole al equilibrio de 0-16 puntos y a la marcha de 0-12 puntos. El valor de corte de independencia funcional es de 19 puntos. El periodo de estudio es de seis meses y la jornada laboral es diaria de una hora de duración. El tratamiento fisioterápico sigue una cronología prediseñada: estimulación de miembros inferiores, apoyo temporal y bipedestación permanente, reeducación de la marcha en paralelas y marcha con soportes técnicos. Transcurrido este tiempo se vuelve a valorar a la muestra con el mismo test.

**Resultados y conclusión:** Previo conocimiento de que los valores de todos los residentes en la escala pretratamiento son bastante inferiores al punto de corte, los resultados tras el estudio es: Estos valores han alcanzado el punto de corte en ambos grupos (100%). La población con poliartrosis ha elevado su puntuación en un 30% con respecto al inicio (100% de residentes). La muestra de residentes con fracturas ha superado su valor previo en un 50% tras el estudio (100% del grupo). La comparación de valores entre ambos subconjuntos muestra una efectividad del programa mayor en fracturas que en artrosis. La conclusión final es que el programa ha mejorado en toda la población la bipedestación y marcha de forma acusada y ha demostrado su eficacia en fracturas recientes en población de tercera edad.

**P126****REHABILITACIÓN DE FRACTURA DE CADERA EN POBLACIÓN ANCIANA CON DETERIORO COGNITIVO**

M.P. Gómez Martín, R. Gallego Mazarías, E. Fernández Espinar y C. Serra Reixach

CLECE Servicios Sociales. Residencia Personas Mayores Parque Coimbra. Madrid.

El presente protocolo surge con los siguientes objetivos: 1. Implementar un plan de rehabilitación específico en población con deterioro cognitivo y fractura de cadera. 2. Establecer un perfil de estos usuarios, necesario para un tratamiento integral adecuado que favorezca su independencia. 3. Demostrar la validez y eficacia de esta alternativa de tratamiento. Se plantea un estudio con 58 ancianos que sufren fractura de cadera y deterioro cognitivo, disfrutando una estancia temporal en una residencia de personas mayores dependientes de la Comunidad Madrid. Se aplica un tratamiento fisioterápico en cuatro fases: aumento del balance articular, potenciación muscular, reeducación de marcha y equilibrio y control postural. A considerar en su desarrollo grupos de tratamiento según grado de deterioro cognitivo (leve, moderado, severo), rutina diaria de tratamiento, adecuación del ambiente y abordaje de los trastornos asociados al deterioro.

**Resultados:** En un 78% de los casos la carga precoz está prescrita. En el grupo leve aumenta un 29% la autonomía en las transferencias y se utiliza en un 29% el andador en la locomoción. En el moderado hay un ascenso en la escala de Tinetti aunque sin alcanzar una marcha estable o ligeramente estable, que sugiere una mejora en la recu-

peración de la marcha aunque con asistencia. En todo el grupo severo la ayuda técnica al ingreso y al alta es la silla de ruedas.

**Conclusión:** 1. El deterioro cognitivo severo sí constituye un factor de mal pronóstico. 2. Se establecen objetivos realistas y modestos, dada la brevedad del tiempo y perfil del usuario, aunque con resultados muy satisfactorios.

## P127

### PARTICIPACIÓN EN LAS ACTIVIDADES DE OCIO Y TIEMPO LIBRE EN EL MEDIO RESIDENCIAL

M. Ramos, A. Moreno, S. Moro, M.A. Luque, A. Giro y T. Mancilla  
SAR Fuentesol.

**Introducción:** La disminución de destrezas físicas como el deterioro cognitivo en la vejez suele asociarse a una falta de interrelaciones sociales con el entorno que conduce al anciano a un aislamiento social progresivo que va en aumento con la edad. Esto hace que se descubra la necesidad de abordar el tiempo libre de los ancianos desde un enfoque preventivo y participativo. Desde la perspectiva del Ocio y Tiempo Libre en la tercera edad se pretende fomentar el máximo posible las interrelaciones a través del trabajo en grupo, disminuyendo la tendencia al aislamiento social.

**Objetivos:** El programa se centra en: 1. Conseguir que el mayor número de residentes participen en las actividades de ocio y tiempo libre. 2. Mantener la participación de los residentes a lo largo del tiempo y de forma continuada para crear hábitos en su día a día. 3. Fomentar las habilidades sociales entre los residentes que trabajan en grupo, como instrumento, evitando el aislamiento social. 4. Lograr que los residentes sean partícipes de forma autónoma de las decisiones que atañan a la gestión de su propio ocio y tiempo libre a la vez que del medio residencial.

**Método:** Validación diaria de las actividades realizadas y número de residentes que han participado. Obtenemos los datos (sexo, edades, actividades, número de residentes) a través del programa informático "Gestión de Centros Residenciales (GCR). La metodología utilizada en las actividades de ocio y tiempo libre es participativa, flexible y adaptada a las necesidades e intereses de los residentes. El estudio se ha realizado durante el año 2007.

**Material:** *Medios humanos:* Residentes del Centro SAR Fuentesol. Equipo Interdisciplinario. Recursos humanos externos: instituciones públicas, voluntariado, etc. *Medios materiales:* Registro de participación en cada actividad (Programa informático GCR). Materiales fungibles y no fungibles. Las características de la muestra son: Residentes que participan en el plan de ocio y tiempo libre. Residentes que no participan.

**Resultados:** Durante el año 2007 han sido atendidos en la Residencia SAR Fuentesol 209 residentes, de los cuales, 152 residentes han tenido asignados planes de actividades.

**Conclusión:** Destacamos que el 72,7% de los residentes han participado en las actividades de ocio y tiempo libre. Los resultados han sido satisfactorios, ya que los 27,3% de los residentes que no han participado en las actividades se le ha respetado el *derecho a no hacer nada*. Concluyendo podemos destacar la importancia del ocio y tiempo libre en los Centros Residenciales, como recurso para evitar el aislamiento social.

## P128

### UTILIDAD DE LA ESCALA YESAVAGE PARA LA VALORACIÓN DE LA DEPRESIÓN EN PACIENTES INGRESADOS EN UNIDADES SOCIOSANITARIAS

M.E. Huerta Ramos<sup>2</sup>, N. Leiva Bañuelos, L. Torner Valdés  
e I. Coll Rolduà  
Centros Asistenciales Prytanis, L'Hospitalet de Llobregat. Barcelona.

**Introducción:** El cribaje de los trastornos depresivos es uno de los indicadores de calidad de atención en las unidades sociosanitarias.

**Objetivos:** Valoración de estado de ánimo mediante la escala de depresión geriátrica de Yesavage en la población residente en las unidades de Larga Estancia (ULE) y de Convalecencia (CV).

**Material y métodos:** Se incluyeron los 460 pacientes atendidos durante el 2007 en ULE (327) y CV (133), a los cuales se valoró su es-

tado de ánimo mediante la Yesavage (15 ítems) y su estado cognitivo mediante el MMSE. Se estableció un estadiaje del grado de deterioro cognitivo mediante GDS y CDR.

**Resultados:** De los pacientes de ULE, el 25% obtenían puntuaciones indicadoras de no presencia de sintomatología depresiva significativa, el 12% de riesgo de padecer trastorno depresivo y 0% de diagnóstico establecido de trastorno del ánimo. Mientras que en los de CV los % respectivos fueron: 58,6%, 19,5% y 2,3%.

No fue procedente la administración de la escala en un 57% de los de ULE, frente al 18,8% de los de CV. En ULE se constató un deterioro grave en el 59%, frente al 20,5% en CV. Obtuvieron puntuaciones inferiores a 10 en MMSE el 19% de los de ULE, versus el 9,4% de los de CV.

**Conclusión:** Existe un elevado porcentaje de pacientes a los que no se les puede administrar la Yesavage. El diagnóstico de depresión se realiza por criterios DSM-IV-TR. Debe plantearse la creación de nuevas herramientas diagnósticas.

**Palabras Clave:** Depresión, Deterioro cognitivo.

## P129

### LAS PERSONAS MAYORES A TRAVÉS DE LA FILATELIA

M.R. Mejía Molina<sup>2</sup>, C. Lozano Peña<sup>2</sup>, P. Mejía Lozano<sup>3</sup> y F.J. Gómez Jiménez<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Departamento de Medicina; <sup>2</sup>Hospital Clínico San Cecilio. Granada. Serv. Reumatología. Departamento de Medicina; <sup>3</sup>Hospital Clínico San Cecilio. Granada. Serv. Urgencia Externa.

La filatelia médica es una rama del conocimiento que tiene por objeto el estudio de los sellos postales y otras formas de franquicia utilizados en la circulación postal, pudiendo ser considerada como una ciencia auxiliar de la Historia de la Medicina. La filatelia tiene un valor educativo evidente a la vez que se configura como transmisora de aspectos socio-culturales y emisora de mensajes a la población general. Actualmente hay alrededor de 600 millones de personas con más 60 años, estimándose que esta cifra se duplicará hacia el año 2025.

Estas cifras hablan por sí solas de la importancia que tiene la Geriatría y Gerontología en la sociedad actual y futura, y consecuentemente su presencia se hace cada vez más evidente en el mundo de la filatelia, aunque sin alcanzar las cotas que otras especialidades como la cardiología, oftalmología, donaciones de sangre o enfermedades como la malaria, SIDA, etc. En 1982, la ONU aprobó el Plan de Acción Internacional en la Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento celebrada en Viena, de la que derivó el Plan Gerontológico español.

En 1993, fueron emitidos sellos referentes al Año Europeo de las Personas Mayores. La Asamblea General de Naciones Unidas declaró el año 1999 como Año Internacional de las Personas Mayores, y con este motivo fueron emitidos sellos en distintos países de los cinco continentes con diferentes motivos alegóricos pero con logotipo común que simboliza el desarrollo continuo y la diversidad de las personas de edad, la interdependencia de las generaciones y el deseo de la progresión de la humanidad "hacia una sociedad para todas las edades". Antes y después de estas fechas, la filatelia ha estado presente en diversos eventos nacionales e internacionales con el fin de dar a conocer y sensibilizar a la sociedad sobre distintos aspectos de la situación de las personas de edad. Una manera de valorar la importancia y el respeto de la sociedad hacia las personas mayores es valorar los mensajes que las autoridades correspondientes envían a través de los productos filatélicos, en los que también apreciamos formas de expresión de diferentes culturas, en las que se hace referencia a las "ayudas a los viejos", "protección del anciano", "personas mayores", "abuelos" o "la tercera edad activa".

Es por ello, que distintos países y desde hace tiempo se han preocupado de emitir sellos que hacen referencia no sólo a la necesidad de proteger al anciano sano o enfermo, sino de hacerlo más activo favoreciendo y mejorando su autoestima con el aprovechamiento de su experiencia conocimientos y habilidades, su riqueza cultural, a la vez que se procura potenciar la solidaridad entre generaciones.

Otros sellos ponen de manifiesto la soledad del anciano, el entorno en el que se desenvuelven, la calidad de vida e incluso la educación permanente y su acceso a las nuevas vías de información. En el presente trabajo, efectuamos un recorrido por la filatelia con el fin de contribuir a la historia de la Geriatría y Gerontología a través de la misma.

**P130****ACTUACIÓN DE UN EAP DE SALUD ANTE LA LEY DE PROMOCIÓN DE LA AUTONOMÍA PERSONAL Y ATENCIÓN A LAS PERSONAS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA**

O. Montón Lozano, L. Ancochea Serraíma, M.C. Campmajó Almodóvar e I. Fort García

EAP Dreta de l'Eixample - CAP Roger de Flor, Barcelona.

**Introducción:** A raíz de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia, nuestro Equipo de atención Primaria (EAP), ubicado en una área metropolitana, se planteó cuál tenía que ser el papel de un centro de salud reformado, ante una ley de carácter mayoritariamente social.

**Objetivos:** 1) Asesorar, informar y orientar a nuestros usuarios sobre la I Fase de Implantación de dicha ley (perfil Gran Dependencia-Grado III). 2) Formar e implicar a los profesionales del EAP y a los responsables de las 48 residencias asignadas a nuestro territorio

**Material y método:** Elaboración de un dossier, sesiones informativas y circuitos internos consensuados, que implicaran a todos los profesionales internos y externos ante la puesta en marcha de la ley.

**Resultados:** De 51.887 habitantes asignados, se llevaron a cabo 302 tramitaciones, de las cuales 253 corresponden a pacientes incluidos en el Programa de Atención Domiciliaria (ATDOM). De los 49 restantes, 10 fueron incluidos en el ATDOM, 8 eran fuera de zona, 2 ingresaron en residencias, 22 no cumplían criterio (ATDOM-GRADO III) y 7 en el apartado de otros.

**Conclusión:** Las medidas de actuación del EAP ante dicha ley, han garantizado una adecuada canalización de las demandas generadas por nuestra población, una mayor implicación de los equipos, así como la detección y posterior inclusión de pacientes en ATDOM.

**P131****EVOLUCIÓN DE LOS CENTROS RESIDENCIALES EN ASTURIAS ESTABLECIMIENTOS RESIDENCIALES PARA ANCIANOS DE ASTURIAS**

M. Piñón Pita, M.J. Mira Romar, I.M. López Lloret y J.I. Iglesias Piñeirua (ERA), Oviedo.

La evolución de los centros residenciales ha ido acorde a la evolución de la demanda y las políticas sociales de los últimos años. El incremento de la demanda de los servicios para este sector de la población exige el desarrollo de nuevos tipos de servicios que mantengan, en la medida de lo posible, a los mayores en su entorno habitual, tratando de retrasar la institucionalización de los mismos, exigiendo un cambio radical en la concepción de los centros residenciales pasando de ser un mero proveedor de servicios hosteleros a mayores a ser centros especializados con carácter propio, destinados a atender a una población mayor y dependiente.

**Objetivos:** 1) Ofrecer información sobre la evolución de los distintos servicios ofertados dependiendo de la tipología de la demanda. 2) Posibilitar el análisis y evaluación de los diferentes modelos de gestión. 3) Valorar los beneficios económicos de compartir los recursos dentro de los distintos servicios así como con la comunidad. 4) Indicar los grados de integración con la comunidad y su influencia en los usuarios.

**Método:** Se parte de la valoración de las necesidades de los usuarios y de un análisis de las carencias existentes en los servicios ofertados. Se realiza un análisis de la tipología de los usuarios en función del grado y tipo de dependencia así como la adaptación de los recursos existentes a las necesidades aprovechando los avances de la tecnología. Se estudia la adaptación de los mismos a las singularidades de Asturias existiendo dos tipologías de demanda diferenciada: la existente en un entorno urbano y la existente en pequeñas poblaciones.

**Resultados:** *Recursos existentes:* Mejora de la calidad de atención mediante las adaptaciones a las nuevas necesidades de los usuarios. Optimización de los espacios mediante una gestión acorde a la demanda. *Nuevos recursos:* Enfoca los nuevos proyectos atendiendo a la demanda existente y con la flexibilidad de adaptarse a nuevas circunstancias. Valora la integración de los servicios dimensionados de acuerdo a su entorno. *En general:* Permite mejorar la calidad de vida de los usuarios favoreciendo su independencia, su integración con la comunidad y la adaptación a sus necesidades.

**Conclusión:** La mejora de la gestión de los recursos permite una atención más integral para el usuario y adecuada a sus necesidades. El compartir recursos mediante una mejor gestión de los mismos amplía el número de beneficiarios reduciendo así el coste. Importancia del entorno para adaptar los nuevos espacios al uso para el cual se crean. Se da preferencia al mantenimiento del usuario dentro de su entorno y a un tratamiento más individualizado.

**P132****PROGRAMA DE ESTIMULACIÓN COGNITIVA PARA PERSONAS CON ENFERMEDAD DE ALZHEIMER LEVE**V. Reca Gómez<sup>2</sup>, N. Tarres Petit<sup>2</sup>, S. Altimir Losada<sup>1</sup>, C. Nogueras Rimblas<sup>1</sup>, Y. López Colomer<sup>1</sup>, S. Jiménez<sup>1</sup> y J.M. Roses<sup>2</sup><sup>1</sup>Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona; <sup>2</sup>Fundación Roca i Pi, Badalona.

**Objetivos:** La unidad de memoria de la Fundación Roca i Pi se crea para aumentar el campo de intervención y tratamiento no farmacológico en personas con diagnóstico de deterioro cognitivo leve mediante la estimulación cognitiva y el apoyo psicológico a sus familias. Pretendemos estudiar el beneficio de estas intervenciones en pacientes y familiares durante los tres primeros meses de funcionamiento.

**Metodología:** Se seleccionaron cuatro personas con un nivel de deterioro leve GDS = 3. Las sesiones de estimulación se realizaron dos veces por semana con una hora y media de duración. Quincenalmente los familiares se reunían en un grupo de apoyo. En un diseño Pre-Post se administraron los cuestionarios MMSE, ADAScog, Set Test y Test del reloj. A los familiares se les puso una escala de valoración cualitativa sobre la participación en el taller.

**Resultados:** No existen cambios significativos en las puntuaciones Test – Retest por parte del grupo de usuarios del taller después de realizar la comparación de medias con la prueba no paramétrica de Wilcoxon. (Tabla1). Los familiares reflejaron por su parte un mejor aprendizaje sobre cómo cuidar y la importancia de los vínculos creados con los terapeutas y familiares.

**Conclusión:** Durante los tres primeros meses no hay cambios significativos en las escalas del estado cognitivo por parte de los pacientes aunque los familiares reflejan una mejoría subjetiva en el apoyo y en sus recursos como cuidadores.

Tabla 1

Prueba	Media Pretest	Media Postest	Sig.
MMSE	20,7	20,2	0,593
ADAS COG	19,5	19,5	1,00
TEST RELOJ	5,6	5,1	0,581
SET TEST	37	34,2	0,108

**P133****REHABILITACIÓN DE LAS ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA EN EL MEDIO RESIDENCIAL**S. Moro<sup>1</sup>, M. Ramos<sup>1</sup>, A. Moreno<sup>1</sup>, M.A. Luque<sup>1</sup>, A. Giro<sup>1</sup> y T. Mancilla SAR Fuentesol.

**Introducción:** La fragilidad en la vejez suele asociarse a discapacidad o deterioro funcional progresivo debido a la asociación de patologías incapacitantes que conduce al anciano a una dependencia que aumenta con la edad. Esto hace que se descubra la necesidad de abordar las distintas áreas ocupacionales con un enfoque rehabilitador al mismo tiempo que preventivo. Desde la perspectiva rehabilitadora de la Terapia Ocupacional se busca mantener al máximo posible la autonomía en las ABVD, disminuyendo la evolución de la discapacidad y mejorando la calidad de vida del residente.

**Objetivos:** El programa se centra en: Alcanzar y/o mantener el mayor grado de autonomía posible para la realización de las ABVD: Baño. Aseo e higiene personal: bucal y facial, afeitado y peinado. Vestido. Alimentación: comida y deglución. Fomentar la ergonomía en la realización de las ABVD, enseñando las habilidades necesarias para resolver las dificultades que encuentren. Utilizar adecuadamente las ayudas técnicas necesarias.

**Material:** *Medios humanos:* Selección de una población de 10 residentes con los que actualmente se trabajan actividades básicas de la

vida diaria. Terapeuta ocupacional. Auxiliares de enfermería. *Medios materiales*: Programa informático G.C.R. Escala de valoración "Barthel". Productos de baño y aseo. Ayudas técnicas (para el vestido, la comida....).

**Método:** Primeramente se valora mediante observación directa las capacidades de los 10 residentes para el desempeño de las habilidades necesarias para la realización de las ABVD. Se pasa una valoración, el BARTHEL (sobre 100 puntos). Se trabaja con ellos áreas de desempeño ocupacional como: baño y aseo, vestido y alimentación. Se lleva a cabo durante un periodo 6 meses, concluido este periodo la terapeuta ocupacional vuelve a pasar el Índice de Barthel. Las patologías de los 10 residentes escogidos son: Enfermedad de Parkinson – 1. Alzheimer y/o deterioro cognitivo – 4. Artrosis – 3. Corea Huntington – 1. Depresión neurótica – 1.

**Resultados:** Se registran resultados de 2 grupos: 7 residentes con mayor grado de autonomía, con puntuaciones de más de 50 puntos en el Índice de Barthel. 3 residentes más dependientes con puntuaciones igual y/o inferiores a 50 puntos en el Índice de Barthel.

**Conclusión:** Si comparamos las puntuaciones iniciales y las de después del estudio observamos que: 8 de los residentes mantienen la misma puntuación y por tanto también mantienen las capacidades funcionales previas. 10 de los residentes han aumentado al menos 10 puntos en el Barthel, lo que significa que han mejorado en medida su nivel de autonomía.

## P134

### ESTUDIO COMPARATIVO DE LOS INSTRUMENTOS WHOQOL-BREF Y SF-36 EN EL AULA DE MAYORES DE LA UNIVERSIDAD DE GRANADA

S. Rodríguez Moreno<sup>1</sup>, A. Ruiz Villaverde<sup>2</sup>, J.M. Tristán Fernández<sup>2</sup>, M. Freire de Oliveira Neto<sup>2</sup>, C. Valenza Peña<sup>2</sup>, E. Castro Martín<sup>2</sup>, A.M. Fernández Pérez<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Hospital Regional Universitario Carlos Haya, Málaga; <sup>2</sup>Universidad de Granada.

**Objetivo:** Comparar el grado de concordancia de dos instrumentos genéricos validados en la población española que se utilizan indistintamente para valorar calidad de vida en mayores.

**Método:** La investigación fue realizada en una muestra de 88 alumnos mayores del aula permanente de formación abierta de la Universidad de Granada, con una edad media superior a 60 años, en su mayoría mujeres (67%) que viven solas, con un nivel educacional y económico alto y disfrutan de un alto grado de independencia.

**Resultados:** Las puntuaciones medias obtenidas en todas las dimensiones del cuestionario Whoqol-Bref, estaban comprendidas entre 61,24 y 66,05, mientras que las del SF-36 fueron superiores a 70 (71,5-91,5). El coeficiente alfa de Cronbach para WHOQOL-Bref fue inferior a 0,70 en todos los dominios y superior a 0,75 en SF-36. La correlación entre ambos cuestionarios para valorar el grado de convergencia interdominios fue estadísticamente significativa en 22 de los 32 cruzamientos. El grado de concordancia entre las medidas de CV con ambos instrumentos resultó significativamente moderado ( $p < 0,001$ ) con un Índice de Kappa de  $k = 0,37$ . De los 88 alumnos de la muestra, 74 fueron concordantes, 68 para alta percepción y 6 para baja percepción de su calidad de vida, según un punto de corte de 60.

**Conclusión:** El Aula Permanente de Formación Abierta de la Universidad de Granada representa un contexto socioeducativo de gran interés para promover el envejecimiento activo y la calidad de vida de los mayores, siendo más adecuado en esta muestra, el uso del instrumento SF-36.

## P135

### MEDIDA DE LA SALUD PERCIBIDA EN ALUMNOS PARTICIPANTES EN UN AULA UNIVERSITARIA DE FORMACIÓN PERMANENTE PARA MAYORES, MEDIANTE EL CUESTIONARIO SF-36

J. Ramírez Rodrigo  
Universidad de Granada.

Un pilar básico en la teoría del envejecimiento con éxito lo constituyen la detección precoz de las más mínimas señales de disfunción o enfermedad y la promoción de las capacidades físicas, psicológicas y so-

ciales individuales, en mayores. Para lograr este objetivo cobra importancia la utilización de métodos de evaluación de salud percibida, por su capacidad para medir los efectos que producen la aplicación de tratamientos o intervenciones específicas sobre la salud, y su evolución en el tiempo. En este sentido, el cuestionario de salud SF-36 (Short Form 36 Health Survey) es un instrumento estandarizado con aplicabilidad intercultural, adaptado y validado para la población española para la evaluación de la calidad de vida en poblaciones adultas.

**Objetivo:** Para comprobar los efectos sobre la percepción de calidad de vida, en la tercera edad, hemos evaluado la salud percibida en alumnos que asisten, en la Ciudad Autónoma de Ceuta (España), al Aula de Formación para mayores, de la Universidad de Granada.

**Métodos:** Hemos contado con un total de 296 personas entre 60 y 80 años, de ambos性, en dos grupos: (A) alumnos ( $n = 45$ ) con un 66,7% de mujeres, y edades  $68,5 \pm 4,42$  años, y  $69,6 \pm 4,70$  años en hombres; todos ellos con un periodo de permanencia en el Aula superior a 1 año; (B) población general ( $n = 251$ ) con un 57% de mujeres con  $70,5 \pm 4,91$  años y de  $71,3 \pm 4,90$  años, en hombres. Todos fueron informados y cumplimentaron el cuestionario SF-36. El tratamiento informático se ha llevado a cabo con el programa SPSS v15.0®. La comparación con los valores de referencia españoles se ha hecho con los promedios y con los correspondientes al grupo de edad 65-75 años. En el análisis estadístico se han considerado criterios no paramétricos, estableciéndose como nivel de significación  $p < 0,05$ .

**Resultados:** El grupo A evidencia mejores puntuaciones que la muestra B, en todas las escalas, resultando significativas Función Física, Rol Físico, Dolor Corporal, Función Social y, en el límite de significación, Vitalidad. En la comparación con el rango de edad 65-75 años, todas las dimensiones fueron superiores, a excepción de SF que resulta igual.

**Conclusión:** Los participantes en el Aula evidencian una mejor percepción de salud sustentada en dimensiones físicas, baja incidencia de dolor, vitalidad y función social, lo que sugiere que las actividades que desarrollan promocionan características relativas a condición física y habilidades sociales que constituyen un sólido apoyo al proceso de envejecimiento activo, en el contexto de vejez con éxito.

## P136

### PACIENTES ANCIANOS ALCOHÓLICOS VS. ANCIANOS NO ALCOHÓLICOS: ¿DETERIORO COGNITIVO DEBIDO AL CONSUMO DE ALCOHOL O A LA EDAD?

R. Ruiz<sup>2</sup>, B. Rodríguez-Borlado González<sup>1</sup>, G. Rodríguez Melchor<sup>2</sup>, J. Córdoba Cortés<sup>1</sup>, I. Morales Garrido<sup>1</sup>, M. Arnedo Montoro<sup>1</sup> y M. Triviño Mosquera<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Universidad de Granada; <sup>2</sup>Hospital Universitario San Rafael, Granada.

**Objetivos:** Los pacientes alcohólicos geriátricos, cuyo motivo de ingreso hospitalario no se relaciona directamente con su consumo, presentan un deterioro cognitivo que suele considerarse característico de su edad.

Nuestro objetivo es comparar un grupo de ancianos alcohólicos con uno de ancianos no alcohólicos con la finalidad de observar los efectos adicionales del consumo de alcohol sobre el deterioro asociado a la edad. Presentamos los datos iniciales del estudio piloto.

**Método:** Se ha administrado un protocolo neuropsicológico para evaluar las funciones cognitivas a una muestra de cuatro ancianos con historia de consumo crónico de alcohol (consumo medio de 47,5 años), y a cuatro ancianos no alcohólicos.

**Resultados:** Se ha realizado un análisis de varianza y se han encontrado diferencias significativas en memoria verbal, evaluada con el Test de Aprendizaje Verbal, TAVEC: Curva aprendizaje ( $F = 3,4$ ;  $p < 0,024$ ); Recuerdo a largo plazo ( $F = 6,72$ ;  $p < 0,04$ ); Recuerdo a largo plazo con claves ( $F = 6,2$ ;  $p < 0,05$ ); Reconocimiento ( $F = 9,96$ ;  $p < 0,02$ ). En memoria visual, concretamente en reconocimiento demorado de Caras y Escenas de WMS-III: ( $F = 13,4$ ;  $p < 0,008$ ;  $F = 13,5$ ;  $p < 0,01$ , respectivamente). Y en función ejecutiva evaluada con el Test de Wisconsin: Categorías ( $F = 18,69$ ;  $p < 0,005$ ); Respuestas Perseverativas ( $F = 9,8$ ;  $p < 0,02$ ), con Búsqueda de llaves del BADS: ( $F = 10,7$ ;  $p < 0,017$ ), y con Historietas del WAIS-III ( $F = 6,76$ ;  $p < 0,04$ ).

**Conclusión:** Los resultados encontrados nos permiten concluir que el deterioro cognitivo encontrado en el grupo de ancianos con alcoholismo crónico es más grave que el esperado por edad, mostrando un perfil característico del Síndrome de Korsakoff. Estos déficit agravarán el cuadro motivo del ingreso e interferirán en su evolución.

**P137****EL IGNORADO HEMISFERIO DERECHO (I). DETECCIÓN MEDIANTE ESCALAS BREVES DE LA SINTOMATOLOGÍA COGNITIVO-CONDUCTUAL EN UNA MUESTRA DE PACIENTES CON ACCIDENTE CEREBROVASCULAR (ACV) INGRESADOS EN EL HOSPITAL GERIÁTRICO SAN RAFAEL DE GRANADA**

M. Triviño Mosquera<sup>2</sup>, R. Ruiz Pérez<sup>2</sup>, M. Arnedo Montoro<sup>1</sup>, I. Morales Garrido<sup>1</sup>, J. Córdoba Cortés<sup>1</sup> y M. Rodríguez Bailón<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Universidad de Granada; <sup>2</sup>Hospital Universitario San Rafael, Granada.

**Objetivos:** El ACV es muy común en los pacientes geriátricos (un tercio de los pacientes ingresados en nuestro hospital). La secuela más frecuente es el déficit cognitivo, pero las más disruptivas son las alteraciones de conducta asociadas a daño hemisférico derecho y, habitualmente, ignoradas en las valoraciones y en la rehabilitación funcional. El objetivo ha sido evaluar el déficit cognitivo y las alteraciones conductuales en un grupo de pacientes con ACVs, para estudiar los déficit en función de la localización del daño y alertar de las repercusiones que pueden tener sobre la rehabilitación funcional.

**Método:** Se ha administrado el test de Pfeiffer para evaluar el déficit cognitivo y el Inventario Neuropsiquiátrico (NPI) para las alteraciones de conducta, a 24 pacientes de los cuales 17 habían sufrido un ACV en el hemisferio derecho, 5 en el izquierdo, 1 bilateralmente y 1 vértebro-basilar.

**Resultados:** A nivel cognitivo, el más afectado fue el ACV bilateral (Pfeiffer = 10/10), seguido de los izquierdos (Pfeiffer = 6/10), los derechos (Pfeiffer = 4,8/10) y el vértebro-basilar (Pfeiffer = 3/10). A nivel conductual, el más afectado fue el ACV bilateral (NPI = 47/144), seguido de los derechos (NPI = 39,8/144), los izquierdos (NPI = 19/144) y el vértebro-basilar (1/144).

**Conclusión:** Los pacientes con ACVs derechos presentan el mayor número de conductas disruptivas. La causa puede ser la afectación de circuitos emocionales junto con una menor conciencia de sus déficit (anosognosia). Este dato contrasta con la escasa atención clínica que se presta a los ACVs derechos en comparación con los izquierdos, debido probablemente a la importancia que se le concede al lenguaje.

**P138****EL IGNORADO HEMISFERIO DERECHO (II). REPERCUSIONES DE LOS SÍNTOMAS COGNITIVO-CONDUCTUALES DEL HEMISFERIO DERECHO EN LAS ABVD Y EN EL PRONÓSTICO DE LA REHABILITACIÓN FUNCIONAL**

B. Taravillo Folgueras<sup>1</sup>, M. Plana Jiménez<sup>1</sup>, M. Arnedo Montoro<sup>1</sup>, R. Ruiz Pérez<sup>2</sup> y M. Triviño Mosquera<sup>2</sup>  
<sup>1</sup>Universidad de Granada; <sup>2</sup>Hospital Universitario San Rafael, Granada.

**Objetivos:** El daño hemisférico derecho tras accidente cerebrovascular (ACV) produce una sintomatología cognitivo-conductual que interfiere gravemente con la realización de las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) y, como consecuencia, con la rehabilitación funcional de estos pacientes. Nuestro objetivo es describir la sintomatología cognitivo-conductual presente en varios pacientes geriátricos con daño hemisférico derecho y la afectación sobre su nivel funcional, durante su ingreso en un hospital geriátrico en el que han recibido una media de 3 meses de rehabilitación fisioterapéutica.

**Método:** A cada paciente se le han administrado diversas pruebas neuropsicológicas para la evaluación cognitiva, se han registrado las alteraciones comportamentales y se ha cumplimentado el índice de Barthel previo, al ingreso y al alta para valorar su evolución durante la rehabilitación funcional.

**Resultados:** Los síntomas cognitivo-conductuales más frecuentes son el Síndrome de Heminegligencia Espacial o Neglect (déficit atencional hacia el hemicampo y hemicuerpo izquierdo), la anosognosia (falta de conciencia de los déficit), el Síndrome de Fregoli y el Síndrome de Capgras (alteraciones graves en el reconocimiento de caras). El índice de Barthel de estos pacientes no varía de manera significativa entre el ingreso (Barthel = 15/100) y el alta (Barthel = 25/100).

**Conclusión:** Estas secuelas cognitivo-conductuales características de la disfunción hemisférica derecha tienen importantes repercusiones en la posible recuperación y en su pronóstico funcional, puesto que interfiere gravemente sobre la capacidad de colaboración activa del paciente en su proceso rehabilitador. Sin embargo, suelen ser ig-

noradas en las valoraciones cognitivas y en la elaboración de los programas de rehabilitación funcional.

**P139****EL IGNORADO HEMISFERIO DERECHO (III). IMPORTANCIA DE LA INTERVENCIÓN NEUROPSICOLÓGICA EN LA SINTOMATOLOGÍA DEL HEMISFERIO DERECHO PARA LA REHABILITACIÓN FUNCIONAL DEL PACIENTE GERIÁTRICO**

M. Plana Jiménez<sup>1</sup>, B. Taravillo Folgueras<sup>1</sup>, M. Arnedo Montoro<sup>1</sup>, R. Ruiz Pérez<sup>2</sup> y M. Triviño Mosquera<sup>2</sup>  
<sup>1</sup>Universidad de Granada; <sup>2</sup>Hospital Universitario San Rafael, Granada.

**Objetivos:** La relevancia que tienen los síntomas cognitivo-conductuales asociados al daño hemisférico derecho tras accidente cerebrovascular (ACV) en el mal pronóstico funcional de los pacientes geriátricos, hace fundamental la participación del neuropsicólogo en el equipo multidisciplinar implicado en la rehabilitación de estos pacientes. El objetivo, por tanto, es describir un programa de rehabilitación neuropsicológica en un paciente con lesión en el hemisferio derecho y su repercusión en la rehabilitación funcional.

**Método:** Se ha administrado el índice de Barthel al ingreso y al alta, y se ha realizado una evaluación neuropsicológica pre y post tratamiento a un paciente con un ACV en la arteria cerebral media (ACM) derecha.

**Resultados:** El paciente presenta un perfil cognitivo-conductual característico de lesión en hemisferio derecho (alteraciones prácticas y perceptivas, en aprendizaje y recuperación de memoria visual y verbal, en flexibilidad mental, labilidad emocional, ansiedad, estrés, y cambios de personalidad), junto a una total dependencia funcional (Barthel al ingreso = 0/100). Tras cinco meses de rehabilitación neuropsicológica y fisioterapéutica, se observa una mejora de todas las alteraciones cognitivas, conductuales y emocionales, así como de su nivel funcional (Barthel al alta = 60/100).

**Conclusión:** La sintomatología del hemisferio derecho interfiere en la colaboración activa del paciente y por tanto en su recuperación funcional. El programa de rehabilitación neuropsicológica ha permitido mejorar las alteraciones cognitivas, conductuales y emocionales que presentaba el paciente al ingreso. Esta mejora posibilita la participación activa por parte del paciente en su rehabilitación y, por consiguiente, su nivel funcional en el momento del alta es mayor.

**P140****EVOLUCIÓN DE LOS PACIENTES DE UN CENTRO DE DÍA ESPECIALIZADO EN DEMENCIAS Y SU REPERCUSIÓN EN LA SOBRECARGA DEL CUIDADOR**

P. Puente Andrés, F. González Docavo, J. de la Torre Vidal y F. Martín Tejedor  
Ayuntamiento de Madrid.

**Objetivo:** Describir el perfil que presentan los pacientes al ingreso en el centro de día. Valorar la sobrecarga emocional del cuidador mediante el test de Zarit. Estudiar la evolución funcional, cognitiva y conductual en los 6 primeros meses, valorando la repercusión en la sobrecarga del cuidador.

**Material y método:** Se estudian 47 pacientes (73% mujeres) con una edad media de 78,7 años, 47% con diagnóstico de DTA y 37,8% vascular. El cónyuge es el cuidador principal en el 40% y los hijos en 48%. Se analizan los resultados de los test de valoración inicial y a los seis meses, con el paquete estadístico SPSS.

**Resultados:** En la valoración inicial el GDS = 5, FAST = 5, Barthel = 70,9, Lawton de 1,7, MEC 14,8, NPI 23,33 y Zarit medio de 43,9 puntos. La valoración funcional y cognitiva se modifica levemente, tiene significación estadística el descenso del Lawton ( $p = 0,004$ ). Hay importante descenso en el NPI ( $p = 0,01$ ).

Se aprecia un descenso en el Zarit total, siendo estadísticamente significativo ( $p = 0,002$ ) el descenso en los ítems que se agrupan en el Zarit B (creencias y expectativas sobre la capacidad de cuidar).

**Conclusión:** El centro de día especializado en demencias es un recurso adecuado para el mantenimiento de las capacidades y facilitar la permanencia en su entorno. El manejo de los trastornos de conducta es eficaz pero no influye en la sobrecarga del cuidador. Solamente disminuye la sobrecarga con la información y el apoyo directo al cuidador.

**P141****OPTIMIZACIÓN DE RECURSOS EN EL HOSPITAL DE DÍA GERIÁTRICO. PLANIFICACIÓN DE UN CIRCUITO DE REHABILITACIÓN**

E. Martínez Jiménez, P. Ayuso Torrijos, M. Lora Gallego, M. Fernández López, L. Reig Puig y P. Sánchez Ferrín  
Hospital sociosanitario de Hospitalet Llobregat, Barcelona.

**Introducción:** El Hospital de Día es una unidad donde los pacientes reciben rehabilitación funcional tres veces por semana. Teniendo en mente la fragilidad y patologías que los ancianos sufren normalmente, pensamos en la necesidad de una rehabilitación holística empleando la mayoría de recursos de los que disponemos en nuestro centro.

**Objetivo:** Diseño y desarrollo de un circuito de rehabilitación integral en el Hospital de Día.

**Desarrollo:** Los pacientes fueron divididos en cuatro grupos dependiendo de su nivel de autonomía. *El circuito incluye:*

1º *Ejercicios en barras paralelas.* Ejercicios de Pre-calentamiento: pasear alrededor de las barras paralelas. Ejercicios de calentamiento: Agarrados a la barra: a) flexión/extensión brazos y pectorales. b) flexión de caderas, levantando piernas. c) flexión de caderas, doblando rodillas. d) que levanta la punta de los pies. e) inclinando el talón en el suelo para entrenar los abductores. f) los movimientos de balanceo de las caderas.

2º *Ejercicio de memoria y de atención.* Los pacientes están sentados en un círculo. Se pasan la pelota unos a otros después de una instrucción dada por el profesional. Por ejemplo, decir el nombre del paciente más cercano, el número asignado previamente a cada paciente, pasando la pelota en diferentes direcciones.

3º *Ejercicios de rehabilitación respiratoria.* A los pacientes se les da la instrucción de poner una fina hoja de papel dentro de un bote. Inhalando a través de una paja han de pasar una pelota de polystan a través de un camino marcado.

4º *Ejercicios de coordinación.* Es un ejercicio de recreación y el final del circuito. En parejas, los pacientes pasan un balón a lo largo de una cadena y por debajo de ella, (el ejercicio de la extensión y flexión). También juegan a bolos (el ejercicio de las transferencias de la posición de sentado a la de pie) y caminando cortas distancias. Cada estación dura quince minutos, todas ellas están dirigidas por un monitor. Las actividades se cambian de vez en cuando para que no se conviertan en algo monótono.

**Resultados:** De 54 pacientes dados de alta del hospital en el año 2006, la media de edad era de 77 años, el 95% de ellos mantienen o mejoran su índice de Barthel.

La estancia media era de 183 días y 73% de ellos fueron dados de alta a sus residencias. Se observa un mayor nivel de satisfacción por parte del paciente, la familia y el personal y esto queda registrado en el estudio.

**Conclusión:** En pacientes geriátricos que vienen a diario al hospital de día se observa un mayor cumplimiento de las expectativas de una rehabilitación integral (física, psíquica y cognitiva).

**P142****MOTIVOS PARA LA PRÁCTICA DEL EJERCICIO FÍSICO EN PERSONAS MAYORES**

M. Gutiérrez Moret, C. Ros Ros y M. Martín  
Universidad Católica de Valencia.

El alargamiento de la etapa de la vejez y el considerable número de personas mayores que viven esta etapa de la vida con salud y libres de discapacidad ha puesto de manifiesto la necesidad de estudiar los hábitos saludables en la población mayor. Los beneficios del ejercicio físico en las personas mayores han sido ampliamente estudiados a nivel físico, cognitivo y social.

Este trabajo estudia las diversas motivaciones que impulsan a las personas mayores de 55 años a la práctica del ejercicio físico. La promoción de hábitos saludables relacionados con el ejercicio físico y la programación de actividades diversas para población mayor no puede de llevarse a cabo con éxito sin tener en cuenta cuales son las verdaderas motivaciones de las personas mayores para la práctica físico-deportiva. Qué buscan los mayores cuando acuden al gimnasio o a las actividades deportivas que se programan desde los centros socia-

les y sanitarios de sus municipios es una primera cuestión a la que debemos responder si queremos diseñar programas de promoción de un envejecimiento activo y saludable.

**Objetivos:** *Principal:* Estudiar los motivos que llevan a la práctica del ejercicio físico en personas mayores de 55 años. *Secundarios:* Estudiar las diferencias en los motivos que llevan a la práctica del ejercicio físico entre las personas mayores-jóvenes (55-65 años) y los mayores-mayores (mayores de 65 años). Estudiar las diferencias en la motivación para la realización del ejercicio físico en función del género en la población mayor.

Conocer las variables sociodemográficas asociadas a la motivación para el ejercicio físico en centros privados y en programas municipales.

**Métodos:** *Muestra:* La muestra se compone de 150 hombres y mujeres mayores de 55 años de diversos municipios de la provincia de Valencia. *Instrumentos:* La Escala de medida de los Motivos para la Actividad Física-Revisada en españoles por Juan Antonio Moreno Murcia, Eduardo Cervelló Gimeno y Antonio Martínez Camacho (2007), validación al castellano de la escala MPAM-R (Motives for Physical Activity Measure-Revised) de Ryan, Frederick, Lepes, Rubio, y Sheldon, (1997).

**P143****APARTAMENTOS TUTELADOS AUTONOMÍA E INDEPENDENCIA EN LA VEJEZ**

A. Escalada Bericat, E. López, M.J. García, D. Quera y N. Saiz  
Mutual Güell, Barcelona.

**Introducción:** Los apartamentos Güell Mutual son viviendas destinadas a personas mayores válidas que desean conservar su independencia en el entorno social pero con servicios asistenciales las 24 horas del día.

**Objetivos:** Valorar este recurso como alternativa de vida para personas que necesitan ayuda en las actividades instrumentales de la vida diaria.

**Metodología:** Se ha realizado un estudio descriptivo del funcionamiento, perfil de usuarios, grado de dependencia física y psíquica y actividades realizadas ajustando las mismas a las necesidades de estas personas.

**Resultados:** Los apartamentos tutelados constan de 15 viviendas, 6 individuales y 9 dobles. Durante este año han residido en los apartamentos 19 personas, con una edad media de 81 años. La estancia media es de 2,7 años. Han sido alta 4 personas (21%).

Entre los diagnósticos destacan insuficiencia cardiaca, diabetes, osteoporosis y demencia. Solo el 5% no presentaban problemas médicos. El 100% de los usuarios son autónomos para las actividades de vida diarias básicas. El 10,5% presentan deterioro cognitivo moderado. Un 47% tienen riesgo de caída.

En la consulta de enfermería se trabaja la promoción y prevención de la salud mediante sesiones grupales informativas y seguimiento individualizado. La educadora social realiza actividades con objetivo de socialización.

**Conclusión:** Los apartamentos tutelados aportan seguridad favoreciendo el mantenimiento de autonomía personal y social, dan servicio y apoyo para la cobertura de las necesidades de vida diaria.

Los apartamentos tutelados son un buen recurso para poder realizar un seguimiento y control de patologías crónicas.

**P144****LA REALIDAD DEL CUIDADOR: SOBRECARGA**

A. Abad, C. Palacín Ariño, A. Sanjoaquin Romero y E. Ubis Diez  
Hospital de Barbastro, Barbastro.

**Objetivos:** Describir el perfil del cuidador principal de pacientes dependiente. Detectar factores de sobrecarga.

**Material y métodos:** Estudio descriptivo retrospectivo de cuidadores de pacientes dependientes en el sector de Barbastro. Variables socio-demográficas de cuidador y paciente, situación funcional y cognitiva, apoyo, factores de riesgo y consecuencias de la sobrecarga, Escala de Zarit, Tratamiento estadístico de datos.

**Resultados:** Paciente dependiente: Edad media  $85,78 \pm 6,53$  años. Hombres 54,1%. Casados 50%, viudos 47,2%. Núcleo convivencia

30,6% matrimonio, 33,3% matrimonio con hijos, 2,8% familia extensa, 25% con hijo, 8,3% itinerante. Factores de sobrecarga: 88,9% enfermedad de larga duración; 52,8% agresividad; 47,2% negativismo; 63,9% incontinencia; 52,8% insmnio. I. Barthel > 60 39,3%; I. Barthel < 20 28,6%. Deterioro cognitivo 52%. Cuidador: edad media 62,44 ± 11,50 años. Mujeres 83,3%. Parentesco: 30,6% cónyuge, 44,4% hija. 58,3% con red de apoyo: formal 28,6%, informal 71,4%. Ocupación: 68,6% ama de casa, jubilados 11,4%, en activo 19,7%. Factores predisponentes a sobrecarga: mala salud previa 47,2%, bajo nivel socioeconómico 44,4%, cuidador único 44,4%. Tiempo medio de cuidado 59,44 meses. Zarit: No sobrecarga 66,7%. Encontramos relación estadísticamente significativa ( $p < 0,05$ ): carecer de red de apoyo, nega-

tivismo en el paciente, el bajo nivel socioeconómico del cuidador y llevar más de diez años cuidando, favorecen la sobrecarga del cuidador. Los trastornos psíquicos en el cuidador tienen relación directa con la sobrecarga.

**Conclusión:** En nuestra muestra, al igual que en otros estudios, el perfil del cuidador principal, se puede definir como: mujer (habitualmente esposa, hija o nuera del paciente) con dedicación casi exclusiva y con problemas de salud derivados del cuidado. La escala de Zarit no refleja la elevada prevalencia de factores de riesgo de sobrecarga de nuestros cuidadores. Las circunstancias sociales adversas del cuidador mantenidas en el tiempo de cuidado favorecen la sobrecarga con alteraciones en la esfera psíquica de éste.

## PÓSTERS

## SESIÓN DE PÓSTERS

Viernes, 6 de junio

*Moderan:*

Miguel Ángel Varona Alonso. *León*  
 Miguel Oliver Ramón. *Palma de Mallorca*

## Área Clínica

## P145

## ESTUDIO SOBRE LA PREVENCIÓN DE UPP EN RESIDENTES QUE PRESENTAN UN ALTO RIESGO

M.C. Fenet Montes  
*SAR Fundación Privada, Residencia Sar Santa Justa, Sevilla.*

**Objetivos:** Se establecen dos objetivos: 1. Disminuir la aparición de nuevas úlceras por presión. 2. Aumentar los conocimientos de los profesionales que se encargan de llevar a cabo todas las actividades de prevención. 3. Conocer y evaluar los dispositivos preventivos y los cuidados necesarios para evitar la aparición de UPL.

**Método:** Se realiza el análisis de un grupo delimitado según la sectorización por plantas establecido. Se toman como muestras un total de 56 residentes que conforman una población con alto riesgo de sufrir úlceras por presión. El estudio se realiza durante los meses de agosto y septiembre. La variable en estudio es el número total de UPP tratadas en este período. Al inicio y final del estudio se realiza un cuestionario al personal auxiliar que atiende a estos residentes y se evalúa el grado de conocimiento que poseen dichos profesionales sobre los siguientes ítems: grupos con mayor riesgo de sufrir UPP, factores preventivos relacionados con las UPP, alimentación más adecuada para prevenir y tratar UPP, dispositivos y cuidados existentes para prevenir UPP.

**Resultados:** 1. Aumento del total de conocimientos en todos los ítems estudiados entre agosto y septiembre: un 50% de aumento en conocimiento sobre alimentación, un 30% en cuidados, un 30% sobre grupos de riesgo y un 20% sobre factores de riesgo. 2. Se detectan un uso adecuado de los dispositivos preventivos. 3. Disminución de aparición de UPP en todas las zonas de más incidencia excepto en sacro.

**Conclusiones:** 1. Existe una relación directa entre el nivel de conocimientos alcanzados por los profesionales y una mayor o menor incidencia de UPP. 2. Entre el primer y segundo sondeo realizados para evaluar los conocimientos de los profesionales, se ha producido un aumento de los mismos. 3. Se ha detectado una mayor carencia de conocimientos en temas relacionados con la necesidad de alimentación más adecuada para prevenir UPP. 4. La mayor incidencia de UPP se da en la región sacra y en MMII. Por ello deberemos dedicar la mayor parte de nuestros esfuerzos en la protección y cuidados de dichas zonas.

## P146

## ANTIAGREGACIÓN Y FRACTURA DE CADERA EN EL PACIENTE GERIÁTRICO

A. Escolante Melich, J. Flores, R. Paz Maya, J. Fernández Soria, M.J. Led Domínguez e I. Boyano Sánchez  
*Hospital Virgen del Valle, Toledo.*

**Introducción:** En España se producen anualmente 30.000 fracturas de cadera, siendo una lesión grave que ocurre principalmente en personas ancianas.

Es cada vez más frecuente que los ancianos reciban tratamiento con anticoagulación o antiagregación (AAS y/o Clopidogrel) y existe controversia en relación con el retraso en la cirugía por el aumento del riesgo de complicaciones hemorrágicas relacionadas. Por ello el objetivo del estudio es evaluar el efecto de la antiagregación respecto al sangrado peri-quirúrgico y valorar la necesidad o no de la demora en la cirugía.

**Material y métodos:** Se diseña un estudio de cohortes prospectivo en pacientes mayores de 70 años con fractura de cadera, ingresados en el servicio de Traumatología desde el 1 de Enero de 2006 hasta el 31 de Diciembre de 2007 y seguidos durante la estancia hospitalaria y/o en consultas.

Se realizó historia clínica preestablecida en un protocolo en la que se recogieron las siguientes variables: antiagregados, transfusiones, complicaciones de herida quirúrgica (seroma, hematoma, infecciones), estancia media y tiempo prequirúrgico. Se realiza análisis estadístico con SPSS15.

**Resultados:** Se reclutaron un total de 514 pacientes con fractura de cadera, excluyéndose 37 por toma de anticoagulación oral y por doble antiagregación. De los 477 pacientes incluidos, 146 estaban antiagregados (30,6%), precisaron transfusión el 41,7%, presentaron complicaciones de herida quirúrgica (hematoma/seroma) 21,9%. Los 331 restantes no estaban antiagregados, precisando transfusión el 34,7%, complicaciones de herida quirúrgica 22,8% e infección 2,8%. La estancia media hospitalaria fue de 6 días y el tiempo de espera prequirúrgica 1,8 días.

No se ha evidenciado ningún caso de hematoma epidural secundario a la anestesia. Comparados ambos grupos mediante chi cuadrado para variables cuantitativas dicotómicas (transfusiones, hematoma, seroma e infección) no existen diferencias estadísticamente significa-

tivas ( $p = 0,80$ ,  $p = 0,75$ ,  $p = 0,90$ , respectivamente). Mediante  $t$  de Student para medias se compara estancia media y tiempo de espera prequirúrgica sin hallarse diferencias estadísticamente significativas. **Conclusiones:** La antiagregación aumenta ligeramente la necesidad de transfusión sin alcanzar diferencias estadísticamente significativas. El riesgo de presentar complicaciones de herida quirúrgica e infección no se ve modificado por la toma de antiagregación. Los beneficios de una cirugía precoz son mayores que las complicaciones asociadas a diferir la cirugía por la toma de antiagregantes.

## P147

### EVOLUCIÓN FUNCIONAL EN UNA UNIDAD DE CONVALESCENCIA DE PACIENTES CON ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR Y SITUACIÓN POSTERIOR AL ALTA

J.M. Pérez-Castejón Garrote, M.L. Pino Roque, A. Montalbetti Platone, M. Carro Martínez, M. Lago González y S. Gutiérrez Vila  
CSS Bonanova, Clínica Barceloneta, Barcelona.

**Objetivos:** Evaluar la evolución clínica y funcional de pacientes ancianos afectos de ictus que ingresan en una unidad de convalecencia y el mantenimiento de la situación una vez han sido dados de alta.

**Métodos:** Estudio prospectivo que incluye pacientes que ingresaron en la unidad de media estancia con objetivos de rehabilitación en el período 2007 – 2008. Se valora la estancia media en la unidad, Índice de Barthel previo, al ingreso y en el momento del alta y la eficiencia de la ganancia funcional. Comorbilidad, incontinencia, depresión y disfagia. Mortalidad en el centro y al alta. Barthel en domicilio e ingresos hospitalarios. Los datos post alta se recogen mediante encuesta telefónica.

**Resultados:** Se incluyeron 50 pacientes procedentes del Hospital Clínico de Barcelona cuyo diagnóstico principal fuera AVC. La edad media de los pacientes fue de 84,9 años, media de IBI (Índice de Barthel Ingreso) 35 e IBA (Índice de Barthel alta) 63. Ganancia funcional con datos preliminares de 28 (IBA – IBI). La estancia media en la unidad fue de 52 días. El 37% tienen un índice de Barthel menor de 20 en el momento del ingreso. Un 50% de los pacientes son mayores de 85 años.

**Conclusiones:** Los pacientes afectos de enfermedad cerebrovascular se benefician del ingreso en la unidad de media estancia con una ganancia funcional media de 4 puntos por semana sin embargo existen diferentes patrones evolutivos asociados a mejor o peor pronóstico funcional. Un 26% de los pacientes atendidos ingresó en la unidad de larga estancia bien para consolidar las mejoras, en espera de recurso residencial o como recurso definitivo por su situación. La mortalidad en el centro fue del 11%.

## P148

### DIFERENCIAS EN LA PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA ENTRE EL PACIENTE Y EL PROFESIONAL SANITARIO

R. Morán García, M.C. Fernández Fernández, L. Grau Hom, R. Miranda Marcos, E. Carral Rodríguez y M. Sarroca Castañer  
Sant Joan de Deu. Serveis sociosanitaris, Esplugues de Llobregat. Barcelona.

**Introducción:** Partir de conceptos comunes sobre la calidad de vida es imprescindible para planificar, desarrollar y analizar los resultados del plan de cuidados.

**Objetivo:** Conocer las diferencias en la percepción de la calidad de vida entre los pacientes y el personal asistencial.

**Material y métodos:** Estudio descriptivo de variables cualitativas ordinales para conocer la percepción de la calidad de vida, en un grupo de pacientes de larga estancia del centro sociosanitario. Realizamos una encuesta de 28 preguntas de elección múltiple basadas en las 14 necesidades de Virginia Henderson, en 51 residentes y 45 profesionales. Se analizan las características de los residentes y los resultados para obtener comparativa. La población diana está dividida en dos grupos: Por un lado el personal sanitario: auxiliares, enfermeras, médicos, asistente social, psicólogo, fisioterapeuta. Por otro residentes de larga estancia con patología psiquiátrica.

**Resultados:** Los 51 residentes con media de edad de 74,5 años, son varones en el 96% de los casos, tiene una puntuación de mini mental mínima de 24/30, la media del Índice de Barthel es de 90,5 (con ST+ 13,38) y son fumadores activos un 64,7% el diagnóstico principal es

la esquizofrenia en 78,4% de los casos. En las necesidades básicas como alimentación, dormir, comer, moverse y aprender, las diferencias en la percepción de la calidad de vida entre los usuarios y el personal es inferior al 5%. Obtenemos diferencias destacables en las necesidades entre los pacientes y el personal: respirar 55% y 30% respectivamente, higiene 70% a 56%, creencias 84% y 100%, distraerse 63% y 76%, y ocuparse 88% y 56%.

**Conclusiones:** Los conceptos que definen la calidad de vida no son los mismos para ambos grupos. La percepción en la necesidad de respirar es muy superior entre los pacientes con un 64,7% de fumadores. El elevado porcentaje de esquizofrenia sería el responsable de la diferencia en las necesidades de higiene, distraerse y ocuparse, por ser características sintomáticas de la enfermedad.

## P149

### FIABILIDAD TEST-RETEST DEL ANÁLISIS CUANTITATIVO DE LA MARCHA EN ANCIANOS CON DETERIORO COGNITIVO LEVE

A. Casas Herrero<sup>2</sup>, M. Montero-Odasso<sup>1</sup>, I. Gutmanis<sup>1</sup>, J. Wells<sup>1</sup> y M. Borrie<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universidad de Western Ontario, Canadá; <sup>2</sup>Hospital Universitario de Getafe, Getafe, Madrid.

**Antecedentes:** El deterioro cognitivo y los trastornos de la marcha son síndromes prevalentes en el anciano. Todavía no se ha estudiado las características específicas de las variables temporo-espaciales de la marcha en población anciana con Deterioro Cognitivo Leve (DCL); específicamente, como se afectan las variables cuantitativas de la marcha mediante la realización de pruebas duales.

**Objetivos:** Determinar la fiabilidad Test-Retest del sistema GAITRite® en una cohorte de ancianos con DCL.

**Metodología:** Se reclutaron 11 pacientes. La fiabilidad del Test-Retest se evaluó con el sistema GAITRite® en la realización de pruebas simples y duales.

**Ánalisis:** La velocidad de la marcha (VM) se midió en tres ocasiones en cada una de las dos pruebas 1) A los participantes se les indicó que caminaran de forma confortable, con su velocidad habitual (hVM; condición de prueba simple), y 2) caminar mientras contaban en alto hacia atrás desde 100 (cVM; condición de prueba dual). Para evaluar la fiabilidad test-retest se utilizó el Coeficiente de Correlación Intraclass (CCI).

**Resultados:** Se evaluaron once participantes con una edad media de 76,6 años. La puntuación media del MMSE fue de 28; La VM media fue de 1,2 m/s y la VM media durante la realización de pruebas duales fue 1,1 m/s. El análisis de la fiabilidad del Test-Retest mostró un CCI para hVM = 0,852 y para cVM = 0,938.

**Conclusiones:** En ancianos con DCL, el sistema GAITRite® se mostró altamente fiable para evaluar la velocidad de la marcha en condiciones de pruebas simples y duales.

## P150

### AUMENTO VARIABILIDAD DE LA MARCHA CON PRUEBAS DUALES EN DETERIORO COGNITIVO LEVE. LA COMPLEJIDAD DE LA PRUEBA IMPORTA

A. Casas Herrero<sup>2</sup>, M. Montero-Odasso<sup>1</sup>, I. Gutmanis<sup>1</sup>, P. Bilski<sup>1</sup>, J. Wells<sup>1</sup> y M. Borrie<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universidad de Western Ontario, Canadá; <sup>2</sup>Hospital Universitario de Getafe, Getafe, Madrid.

**Antecedentes:** El efecto de la complejidad de las pruebas duales sobre los parámetros de la marcha en población con Deterioro Cognitivo Leve (DCL) no ha sido estudiado.

**Objetivos:** Determinar si las pruebas duales de dificultad creciente afectan a la variabilidad de la marcha en población anciana con DCL.

**Metodología:** Se reclutaron participantes con DCL sin trastornos de la marcha. Se realizaron mediciones de la Velocidad de la Marcha (VM) y el TZ (Tiempo de Zancada) en pruebas simples: velocidad habitual; y en condiciones (6) de pruebas duales: 1. mientras se contaba hacia atrás, 2. llevando un vaso de agua, 3. nombrando animales, 4. haciendo substracciones de 7 en 7, 5. mientras se llevaba un vaso de agua y simultáneamente se contaba hacia atrás, 6. llevando un vaso de agua y haciendo substracciones de 7 en 7. Las valoraciones se realizaron utilizando el sistema computerizado GAITRite®. Se utilizó Co-

eficientes de Variación para evaluar variabilidad.

**Resultados:** Se evaluaron once participantes con una edad media de 76,6 años. La VM fue menor con la realización de todas las pruebas duales. La variabilidad de la marcha aumentó de forma creciente con la aplicación de pruebas duales progresivamente más complejas y este efecto fue mucho mayor que el que se observó sobre la VM ( $p < 0,005$ ).

**Conclusiones:** En ancianos con DCL, el aumento de la complejidad de la prueba dual afecta a la ejecución de la marcha. Estos hallazgos destacan la importancia del control cognitivo de la marcha en población con DCL.

## P151

### PERFIL DE ÚLCERAS EN UN CENTRO RESIDENCIAL

E. Ariza Moreno, F. Arias Cazorla, A.J. Serrán, I. Peña, A. Giro Camacho y C. Martínez

Servicio residencial y asistencial Andalucía, Málaga.

**Objetivo:** El objetivo es realizar un perfil de las úlceras en el centro, a fin de conocer y analizar la procedencia, localización y tipo de las úlceras prevalentes en nuestro centro.

**Método:** Detección del número de UPP mediante sistema de registro informático asistencial (GCR) y escala de Norton.

**Resultados:** En nuestro centro residencial tenemos 146 residentes. Nueve de nuestros residentes presentan úlceras. De los cuales solo uno presenta dos úlceras, por lo tanto tenemos un total de 10 úlceras. El tipo de lesiones que presentan nuestros residentes es: 9 son UPP, 1 arterial. 0 venosa. Del total 4 ingresaron en nuestro centro con la úlcera ya generada. La procedencia de estos residentes es: 3 personas venían de domicilio, una de otro centro residencial y ninguna de centros hospitalarios. El resto son UPP generadas en el centro. Solo una paciente tiene 2 úlceras. La localización de las lesiones son: 3 en trocánteres. 3 en sacro. 1 en espalda. 1 en MI (tibia). 1 en isquion. 1 en talón.

**Conclusiones:** Presentamos la relación entre las úlceras y las siguientes variables. Los factores de riesgo detectados se corresponden con la escala de Norton (incontinencia, estado físico general, movilidad, actividad, nivel de alerta). Todos los pacientes con UPP tienen un norton por debajo de 14, 2 con un norton de 12, 1 con 11, 1 con 9, 1 con 8, 1 con 7, 2 con 6 y solo 1 paciente tiene norton superior a 15 que corresponde con la úlcera arterial. Todos los residentes estudiados son incontinentes. El estado físico general es regular-malo. Referente a la movilidad 5 son pacientes encamados y 4 tienen vida cama-sillón. Con respecto a la actividad 4 son inmóviles, 3 tiene la actividad disminuida y 2 muy disminuida. Segundo el estado mental podemos afirmar que 2 están alerta, 3 apáticos, 4 confusos. Otras variables relacionadas son los diagnósticos y el tratamiento farmacológico. De los nueve pacientes 5 están diagnosticados de demencia, 4 de HTA, 2 son diabéticos, 3 tienen antecedentes de ICTUS y 1 está diagnosticada de trastornos tróficos de la piel. De los fármacos relevantes, 6 tienen ácido acetilsalicílico, 7 tienen omeprazol, 5 lactulosa y 3 benzodiacepinas por la alteración del patrón del sueño.

## P152

### RELACIÓN DE BARTHÉL Y MINIMENTAL EN PACIENTES CON RIESGO DE ÚLCERAS POR PRESIÓN Y ESCALA DE NORTON

F. Arias Cazorla, E. Ariza Moreno, A. Giro Camacho y A.J. Serrán  
Servicio residencial y asistencial Andalucía, Málaga.

**Objetivos:** Es detectar la relación que existe entre el riesgo de UPP y la dependencia física y cognitiva utilizando para ello las escalas de Barthel, Mini - Mental y Norton.

**Métodos:** El método utilizado es la relación que existe entre el sistema de registro informático asistencial (GCR) y las siguientes escalas: escala de Norton, escala de Barthel, escala de Mini-Mental, utilizando número de casos, porcentajes y su cómputo.

**Resultados:** Vamos a determinar del porcentaje total de residentes con riesgo de UPP que porcentaje real está ulcerado, relacionándolo con la dependencia física utilizando el Barthel y dependencia cognitiva utilizando el Mini - Mental. Consideramos distintos rangos para cada escala y detallamos el porcentaje real de residentes correspondiente a cada rango. El total de residentes es 146.

### Barthel

0-21:	54 residentes (dependencia total) 36,98%
21-40:	11 residentes (alta dependencia) 7,53%
41-60:	22 residentes (dependencia moderada) 15,06%
61-100:	59 residentes (leve dependencia y autónomos) 40,41%

### Norton

Menor o igual a 14:	75 residentes (total de residentes con riesgo de UPP) 51,36%
Mayor a 14:	71 residentes (residentes sin riesgo de UPP) 48,63%
Mini - Mental (MEC)	
Menor o igual a 23:	124 residentes (total de residentes con deterioro cognitivo) 84,93%
Mayor a 23:	22 residentes (residentes sin deterioro cognitivo) 15,06%

**Conclusiones:** Según el póster anterior tenemos 9 residentes escarados, del total de 146. Esto da lugar a un porcentaje de 6,1% de residentes escarados. Todos los residentes escarados tienen un Norton inferior a 14, un Barthel inferior de 60 y un Mini- Mental inferior a 23. Podemos afirmar la relación que existe entre el riesgo de UPP y un Barthel que indica dependencia física y un Mini - Mental que indica deterioro cognitivo.

Según los resultados obtenidos determinamos que en nuestro centro tenemos un porcentaje mayor de residentes con riesgo de UPP, un total de 51,36% según escala de Norton, un 59,57% según escala de Barthel y un 84,93% según la escala Mini - Mental, sin embargo solo tenemos en nuestro centro un 6,1% de residentes ulcerados (9 residentes) y tan solo un 3,42% han desarrollado la UPP en nuestro centro (5 residentes), como podemos observar y detallar en el póster adjunto.

## P153

### PERFIL DEL PACIENTE ANCIANO QUE INGRESA EN CENTRO SOCIOSANITARIO DESDE UNA UNIDAD GERIÁTRICA DE ATENCIÓN DOMICILIARIA (PADES)

J.L. Sánchez Rodríguez, I. Bueno Martín, I. Ferrer Peñart, C. Castellà Valldéperez y E. Martínez Almazán  
Hospital de la Santa Creu, Tortosa.

**Objetivos:** Valorar características sociodemográficas, médicas y funcionales de ancianos que ingresan en Centro sociosanitario (CSS) desde Unidad geriátrica de atención a domicilio (PADES).

**Métodos:** Estudio descriptivo retrospectivo mediante revisión de historias clínicas de pacientes ancianos que ingresan en CSS durante el año 2007. Se recogen datos demográficos, clínicos, sociales y funcionales. Se realiza análisis de frecuencias.

**Resultados:** n = 64 pacientes, 57,8% mujeres, Edad media 82,53 años  $\pm$  6,78; 53,1% viudos.

**Síndromes geriátricos:** 87,5% polifarmacia, 85,9% depravación sensorial, 78,1% deterioro cognitivo (70% fast  $>$  6), 78% inmovilidad, 78% incontinencia urinaria, 64% estreñimiento, 59% incontinencia doble 56,3% trastornos conductuales, 53,1% insomnio, 51,6% dolor. 48% disfagia orofaringea, 39% ansiedad, 35,9% depresión, 32,8% caídas.

**Comorbilidad:** 81,3% patología osteoarticular, 71,9% HTA, 40,6% cariotipia, 37,5% malnutrición (definida como albumina  $<$  2 al ingreso), 34,4% enfermedad cerebrovascular, 28% DM, 23,4% neumopatía, 21,9 HPL, 20,3% insuficiencia renal, 14,1% neoplasia, 4,7% hepatopatía.

**Motivo de ingreso principal:** médico 50%, rehabilitador 20%, social 14,1%, paliativo 9,4%. **Barthel al ingreso:**  $\leq$  a 5 en el 51,6%, Barthel medio de ingreso 21,09. **Barthel al alta:**  $\leq$  a 5 54,7%, Barthel medio alta 20,16. **Unidad de ingreso:** 54,7% larga estancia, 35,9% Unidad de Media estancia (Ictus + OrtoGeriatría), 6,3% psicogeriatría. **Estancia media:** 59,11 días.

**Destino al alta:** un 43,8% domicilio, exitus 31,3%, institucionalización 21,9%, 3% derivación a hospital de agudos.

**Recursos al alta:** PADES 29,7%, Consultas Externas 10,95%, Hospital / centro de Día 4,7%, 1,6% RHB Domiciliaria. La **tasa de reingreso** durante 2007 en CSS fue 3,1%.

**Conclusiones:** 1. Los pacientes procedentes del PADES que ingresan en nuestro centro presentan una alta prevalencia de deterioro cognitivo severo, inmovilidad, polifarmacia, depravación sensorial, así como una elevada comorbilidad. 2. Destaca el alto porcentaje de altas a domicilio a pesar del perfil de los ancianos de nuestro estudio. Posiblemente por la puesta en marcha de otros recursos sociosanitarios al alta (PADES, Consultas, Hospital /Centro de Día).

**P154****DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA EN LA UFISS**

P. Alcalde Tirado, M. Luque Ballesteros, S. Ariño Blasco y M. García González  
Hospital General de Granollers, Granollers, Barcelona.

**Objetivos:** Constatar la prevalencia de los diagnósticos de enfermería en los pacientes valorados por el equipo de la UFISS (unidad de valoración integral sociosanitaria) en las distintas unidades hospitalarias que realizan la consulta para valoración de sus pacientes (traumatología, medicina, unidad de ictus, y cirugía).

**Métodos:** Estudio retrospectivo de los pacientes valorados por la UFISS de nuestro hospital durante el año 2006. La valoración es realizada por una enfermera de la unidad que utiliza el sistema de clasificación diagnóstico de la NANDA. Los datos se recogen de la historia médica, de la exploración física, de la valoración del resto de profesionales sanitarios, de la sesión multidisciplinar, y de la entrevista con el paciente/cuidadores.

**Resultados:** Son consultados a la UFISS 674 pacientes, 284 son de valoración médica, y 390 son valorados por enfermería (227 mujeres, 58,2%). Edad media 76 años. Su procedencia es la siguiente: 52,8% de traumatología, 24,1% de la unidad de ictus, 13% de cirugía, y 10% de medicina. Se detectan 18 diagnósticos de enfermería. Los diagnósticos más frecuentemente detectados son riesgo de úlceras (97%), estreñimiento (94%), limitación en la movilidad (94%), síndrome del desuso (77%), problemática familiar (61%), alteración en procesos mentales (53%).

**Conclusiones:** Se encuentran 18 diagnósticos como los más prevalentes en los pacientes valorados por la UFISS, 6 de los cuales se presentan en más de un 50% de los pacientes, variando no obstante su prevalencia en función de las unidades de procedencia.

**P155****EDUCANDO AL ANCIANO FRAGIL EN RIESGO CARDIOVASCULAR**

P. Alcalde Tirado, S. de las Cuevas, M. Luque Ballesteros, J. Serra Moscoso y M. García González  
Hospital General de Granollers, Granollers. Barcelona.

**Objetivos:** La educación sanitaria es fundamental para el adecuado manejo de los factores de riesgo cardiovascular. En una consulta externa geriátrica de factores de riesgo cardiovascular hemos analizado si el cumplimiento de unos aspectos básicos en educación sanitaria se asocia a complicaciones.

**Métodos:** Nuestro estudio se realiza en una población anciana frágil atendida en consultas externas, en el hospital general de Granollers, durante un seguimiento de 6 meses. Los consejos sanitarios son: ambulación regular de al menos 30 minutos al día, cumplimiento de la dieta, y abandono de hábitos de riesgo cardiovascular. Consideramos dos grupos, uno de estudio (GE) que cumple al menos uno de estos consejos, y el grupo control (GC), que no cumple con ninguno de los consejos indicados.

**Resultados:** Se incluyen 71 ancianos (22 varones), edad media 82. Cumplen con las normas de educación sanitaria 26 (37%). Comparados con los no cumplidores no hay diferencias en su estado funcional, cognitivo, perfil de los factores de riesgo, ni en los reingresos hospitalarios. Si añadimos a los reingresos la mortalidad sí se objetivan diferencias significativas entre los dos grupos ( $p = 0,041$ ).

**Conclusiones:** Un porcentaje de ancianos cumplen con las prescripciones sanitarias que se les aconseja, pero otro alto porcentaje no pueden realizarlo por motivos diversos. El incumplimiento a corto plazo no parece tener consecuencias en mediciones de salud, excepto en una mayor tendencia a los reingresos y a una mayor mortalidad, que no son significativos por sí solos, pero sí lo son si se suman.

**P156****ESTUDIO SOBRE LA PREVALENCIA DE DEPRESIÓN EN MAYORES DE LA ZBS DE LOJA**

G. Gutiérrez Aparicio<sup>2</sup>, A.M. Mattei Boni<sup>1</sup>, F.J. García Monlleo<sup>3</sup>, R. Monlleo verdejo<sup>3</sup>, C. Romero Morell<sup>3</sup> y J.C. Carrillo Santos<sup>3</sup>  
<sup>1</sup>SAS; <sup>2</sup>UGC Loja. Distrito Metropolitano; <sup>3</sup>H. San Rafael. Granada.

**Objetivos:** Evaluar la prevalencia de la depresión en mayores de 64 años en la ZBS de Loja. Se analizan variables sociodemográficas, enfermedades asociadas e indicadores de fragilidad.

**Métodos:** Se realiza un estudio descriptivo transversal mediante una encuesta, a 296 mayores de 64 años de la ZBS de Loja, de Marzo 2007 a Febrero 2008. Utilizamos el test de Yesavage, para valorar la prevalencia de depresión.

El punto de corte resulta de 6 o superior. Otras variables analizadas han sido sociodemográficas, clínicas, valoración de deterioro cognitivo, grado de discapacidad y riesgo social.

**Resultados:** La prevalencia de depresión clínica es del 5,9% (IC del 95%, 2,7- 7,3). Encontramos síntomas de depresión en el 17,9% (intervalo de confianza [IC] del 95%, 14,6-21,1). Se han encontrado síntomas más frecuentes en el medio rural y en los de mayor edad. La depresión se asocia con el riesgo social ( $p < 0,001$ ), el deterioro cognitivo ( $p < 0,01$ ), la comorbilidad ( $p < 0,001$ ), y la discapacidad ( $p < 0,05$ ).

**Conclusiones:** La prevalencia de depresión clínica es elevada en la población geriátrica.

Encontramos síntomas depresivos en casi un 20% de la población estudiada. Se asocia con el riesgo social, la Comorbilidad, el deterioro cognitivo y la discapacidad.

**P157****ANTICOAGULACIÓN ORAL EN MAYORES. GRADO DE CONTROL Y COMPLICACIONES**

A.M. Mattei Boni<sup>1</sup> y G. Gutierrez Aparicio<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Sas- Granada; <sup>2</sup>UGC - LOJA - DISTRITO MERTROPOLITANO – Granada.

**Objetivos:** Determinar en un grupo de pacientes de mas de 64 años, atendidos en la UGC de Loja, el grado de control de anticoagulación, analizar los factores relacionados con el mal control e identificar las complicaciones.

Se realiza un estudio observacional y prospectivo, a 142 mayores de 64 años de la ZBS de Loja, de Marzo 2007 a Febrero 2008, que siguen tratamiento con acenocumarol

Variables analizadas: grado de control de INR, variables sociodemográficas, clínicas, factores potenciales de riesgo de hemorragia.

**Resultados:** Se realizaron 1.254 determinaciones de INR en 91 pacientes de más de 64 años. Se identificaron 4% del total con INR > 4. Se identifican 4 variables independientes predictivas de mal control de anticoagulación: mal cumplimiento terapéutico, prótesis valvular mecánica, inicio de nuevos fármacos y enfermedad intercurrente en el último mes.

**Conclusiones:** El control del grado de anticoagulación de modo ambulatorio es aceptable.

Los pacientes con INR > 4 presentan una incidencia más elevada de hemorragias la mayoría de las cuales han sido leve.

Debe tenerse especial precaución al añadir nuevos fármacos que interfieran con el tratamiento anticoagulante, con enfermedad intercurrente y con mal cumplimiento terapéutico.

**P158****VALORACIÓN PROTOCOLIZADA DEL DOLOR EN UNA UNIDAD DE LARGA ESTANCIA**

I. Moliner Marcen, M. Brull Royo, M.O. Domínguez López, C. Calderón, E. Pegueroles y A. Bonet  
Hospital de la Santa Creu, Tortosa.

**Objetivo:** Estudiar la evolución del dolor crónico tras la aplicación de un protocolo de valoración sistemática del mismo en una unidad de larga estancia.

**Métodos:** Estudio prospectivo en una unidad de larga estancia. Se estableció un protocolo de detección de dolor: se preguntaba a todos los enfermos con capacidad para responder si presentaban dolor durante tres días consecutivos cada mes.

A todos los que respondían afirmativamente dos o tres días se les pasaba una escala verbal para medir la intensidad de dolor. Tras ello se realizaba una visita médica, si era necesario, para valorar el dolor y ajustar analgesia.

A los enfermos sin capacidad para comunicarse se les aplicaba una escala observacional del dolor (escala EDAD). Se analizó la evolución del dolor y uso de analgésicos a los 3 y 6 meses en aquellos en los que se utilizó la escala verbal.

**Resultados:** n = 60 enfermos; Edad  $80,57 \pm 10,73$ ; Mujer 78%; Barthel  $35,50 \pm 38,51$ ; nº patologías  $5,52 \pm 2,08$ ; Nº fármacos  $7,27 \pm 3,08$ ; 35% con tratamiento analgésico antes de la aplicación del protocolo. En 50 se utilizó la escala verbal. De ellos: deterioro cognitivo leve 18%; moderado 42%; severo 15%; no deterioro 5%. Tipo dolor: Osteomuscular 50% (11); nociceptivo visceral 8,8% (4); nociceptivo cutáneo 4,4% (2); neuropático 2,2% (1); varios combinados 8,8% (4). 82% (41) completaron el seguimiento a los 6 meses.

Presencia e intensidad de dolor inicio vs 6º mes: No dolor 70,7 vs 78%, leve 17,1 vs 19,5%, moderado 4,9 vs 2,4%, intenso 7,3% vs 0%, insoportable 0%. Uso de analgesia: no analgesia 68,3 vs 68,3%; 1º escalón analgésico de la OMS 17,1 vs 14,6%; 1º+opiáceos menores 9,8 vs 12,2%; opiáceos menores 4,9 vs 4,9%; 0% opiáceos mayores; coanalgésicos 9,6 vs 12,2%; En 8% (4) de los enfermos se aumentó el tratamiento ansiolítico, de ellos 3 disminuyeron la intensidad del dolor. En 17% (7) de los enfermos se aumentó la analgesia al tercer mes, en un 7% (3) del 4º al 6º mes.

**Conclusiones:** La valoración sistemática del dolor en el anciano permite detectar un problema que muchas veces no es referido de forma espontánea. Con la aplicación de nuestro protocolo en una unidad de larga estancia hemos conseguido disminuir el nº de enfermos que refieren dolor y la intensidad del mismo tras el ajuste de tratamientos a que ha dado lugar.

## P159

### CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES QUE INGRESAN TRAS SUFRIR UNA ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR: EVOLUCIÓN EN 10 AÑOS.

E. San Cristóbal Velasco, J. Santianes Patiño, A. González Alonso, E. García Carreño, V. López Gaona y J.M. Arche Coto  
Hospital Monte Naranco, Oviedo.

**Objetivo:** Conocer las características de los pacientes ingresados en nuestra unidad de ictus durante un período de 10 años.

**Material y método:** Se analizan los pacientes ingresados tras sufrir una enfermedad cerebrovascular (ECV) entre Enero de 1998 y Diciembre de 2007. Se estudian las siguientes variables: factores socio-demográficos (edad, sexo, convivencia) y clínicos (características de la ECV en el momento del ingreso y puntuación en la escala de Orpington (EPO).

**Resultados:** En el período de estudio ingresaron 3324 pacientes con una edad media que oscila entre  $79,2 \pm 6,8$  años a  $83,2 \pm 6,7$  años, siendo un 61% mujeres y presentando una puntuación elevada en el IB previo ( $83,8 \pm 25,9$ ). El 35,3% vivían con el conyuge, el 28,7% con los hijos y el 8,7% estaba institucionalizados. Los pacientes ingresan con una media de  $7,26 \pm 5,01$  días tras sufrir el ictus, el 87,3% eran isquémicos y de probable etiología cardioembólica en un 32%.

Los déficits más frecuentes eran hemiparesia con un balance muscular braquial de  $2,4 \pm 1,9$  y crural de  $2,7 \pm 1,8$ , hemihipoestesia (44%), hemianopsias (44%), afasia (36,3%) y disfagia (36%). El 46,9% de los ictus eran severos, con una puntuación en la EPO de  $4,6 \pm 1,8$ . Se mostrarán las variables analizadas anualmente y se realiza un estudio de tendencias.

**Conclusiones:** Los pacientes que ingresan en nuestra unidad de ictus tienen una elevada edad media y ésta ha aumentado en 4 años durante este período. Son mayoritariamente mujeres y cerca de la mitad de los pacientes presentan una ECV severa con importantes déficit neurológicos.

## P160

### EVOLUCIÓN DE LOS PACIENTES QUE INGRESAN TRAS SUFRIR UNA ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR: EVOLUCIÓN EN 10 AÑOS

E. San Cristóbal Velasco, A. González Alonso, J. Santianes Patiño, E. Delgado Parada, S. Gutiérrez Vara y J.M. Arche Coto  
Hospital Monte Naranco, Oviedo.

**Objetivo:** Conocer la evolución de los pacientes ingresados en nuestra unidad de ictus durante un período de 10 años

**Método:** Se analizan los pacientes ingresados tras sufrir un ictus entre Enero de 1998 y Diciembre de 2007 (n: 3324;  $80,8 \pm 7,1$ , 3 años,

61% mujeres). Se estudian factores clínicos (mortalidad y complicaciones), asistenciales (programa de rehabilitación, valoración social, cambio de ubicación al alta, hospital de día (HDG) y estancia) y evolución funcional según el índice de Barthel (IB).

**Resultados:** La mortalidad fue del 13,8%, ocurriendo a los  $17,1 \pm 10,2$  días tras el ictus. Las complicaciones más frecuentes fueron neumonía (13,1%), infección urinaria (11,9%), depresión que requirió tratamiento (14,4%), delirio (9,1%), retención urinaria (8,2%) y caídas (7,6%).

Se incluyeron en el programa de rehabilitación el 68,8% de los pacientes comenzando fisioterapia el 49,7% con una media de  $15,1 \pm 10,1$  sesiones por paciente y realizaron terapia ocupacional un 14,6%. Fueron valorados por la fonófata un 7,8%, realizando logopedia un 86,2% de los valorados. Siguieron tratamiento funcional al alta en el HDG el 17%.

La estancia fue de  $18,4 \pm 13,9$  días. Requirieron valoración por la trabajadora social un 50,5%, necesitando un cambio de ubicación el 27,1%. El IB al ingreso era de  $22,8 \pm 27,3$  y al alta de  $48,9 \pm 34,5$  con una ganancia del IB de  $22,5 \pm 18,6$ , consiguiendo un IB > 55 puntos un 56,6%.

**Conclusiones:** Las complicaciones más frecuentes fueron las infecciones y trastornos psicoconductuales.

Un elevado porcentaje de pacientes realizaron rehabilitación y la mitad presentaron una dependencia leve al alta.

Un alto porcentaje de pacientes requieren un cambio de ubicación.

## P161

### PERFIL CLÍNICO DEL PACIENTE EN UNA UNIDAD DE CONVALESCENCIA GERIÁTRICA

F.M. Álvarez Álvarez<sup>1</sup>, L. Rionda Díaz<sup>1</sup>, E. Álvarez Darriba<sup>1</sup>, M. Salmerón Álvarez<sup>1</sup>, C. Moraño Martínez<sup>1</sup> y P. Alonso Vigil<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Fundación Sanatorio Adaro, Langreo (Asturias); <sup>2</sup>Consejería de Salud y Servicios Sanitarios (Asturias).

**Objetivos:** Describir el perfil de los pacientes ingresados en la Unidad de Convalecencia Geriátrica del Sanatorio Adaro, y sus complicaciones clínicas durante el ingreso según diagnóstico principal.

**Método:** Estudio retrospectivo mediante revisión de 322 protocolos cumplimentados en el momento del alta, correspondientes a ingresos realizados en 2007, procedentes de las Áreas Sanitarias VII y VIII del Principado de Asturias.

Se recogen: variables sociodemográficas, diagnósticos previos y principal al ingreso, situación funcional, servicio de procedencia y las complicaciones clínicas durante su estancia. Todas las variables se procesaron en base de datos Access y para su análisis descriptivo se utilizó el paquete estadístico SPSS 10.0.

**Resultados:** Edad media 79,7 años, mujeres el 61,1%. El 53,4% de los pacientes era portador de tres o más patologías crónicas activas. Las más frecuentes: HTA (55,3%), DM (29,5%), Arritmias cardíacas (28,9%), Dislipemias (23,0%), Depresión (22,0%), EPOC (17,4%) y Demencia (16,1%).

Los principales Servicios de procedencia fueron Neurología (36,5%) y Traumatología (27,0%) y los motivos principales de ingreso: ACV (32,3%), Fractura de Cadera (25,2%) y Síndrome de Inmovilidad (22,0%). Situación funcional al ingreso: Índice de Barthel medio de 20, siendo el previo de 75 y presentando incontinencia urinaria el 73% y fecal el 64%.

Otros datos al ingreso: Fumadores (4,7%); Etilismo crónico (3,7%); Anemia (15,5%); Portadores de: SNG (3,1%), Sonda vesical (10,6%) y Vía parenteral (4,7%). Las complicaciones más frecuentes fueron: infección respiratoria (28,9%); infección urinaria (27,6%); SCA (21,4%); depresión (13,4%) y RAO (9,9%). Por motivos de ingreso: en el inmovilismo fueron más frecuentes la infección respiratoria (38,0%), el SCA (28,2%) y la depresión (15,5%) y en el ACV la infección urinaria (35,6%), la RAO (14,9%) y la broncoaspiración (5,0%).

**Conclusiones:** 1) El perfil clínico del paciente corresponde a un anciano frágil portador de pluripatología crónica y severa incapacidad funcional secundaria a un proceso agudo. 2) Los principales motivos de ingreso son diagnósticos ligados a un alto riesgo de dependencia. 3) En el grupo estudiado, las complicaciones más frecuentes han sido las infecciones respiratorias y urinarias, siendo el subgrupo de fractura de cadera el que menos complicaciones presentó.

**P162****RACIONALIZACIÓN DE LA MEDICACIÓN HABITUAL EN PACIENTES GERIÁTRICOS CON FRACTURA DE CADERA**

A. Vilà, C. Puig, J. Gali, M. Herrero, M. Bablia y J. Martínez  
Hospital de Barcelona. SCIAS. Barcelona.

**Objetivo:** Racionalización de la medicación habitual en los pacientes intervenidos de fractura de cadera.

**Método:** Se evaluaron consecutivamente todos los pacientes con edad  $\geq 80$  años. Se registraron de forma protocolizada todas las intervenciones y se realizó un seguimiento diario por un geriatra. Se valoraron: variables demográficas, pluripatología, medicación habitual, la escala de Barthel (previo y al alta), índice de Charlson, escala de Reisberg, escala de Norton, déficit sensitivo y medicación habitual. Las modificaciones en la medicación habitual se realizaron según diversas guías de práctica clínica.

**Resultados:** Se estudiaron 64 pacientes 46 mujeres (72%), edad 87  $\pm$  6. Las medias de las escalas utilizadas fueron: Barthel previo 78  $\pm$  27 al alta 44  $\pm$  31; Reisberg 2  $\pm$  2; Norton 14  $\pm$  3; índice de Charlson 2  $\pm$  2. Padecían un déficit visual severo 9 pacientes (14%) y sordera 14 (22%). La media de medicamentos al ingreso era: 4  $\pm$  3 (rango 0-10) En 20 (31%) se redujo la medicación. Los medicamentos suspendidos mas frecuentes fueron acenocumarol 5 de 9 pacientes (45%), neurolepticos 6 de 10 (60%), ansiolíticos 28 de 33 (85%), vasodilatadores centrales 12 de 14 (86%), diuréticos 16 de 19 (84%). Se ajustaron las dosis de digoxina en 4 pacientes, IECAS en 19 y antiparkinsonianos en 3.

**Conclusiones:** Una valoración geriátrica integral ha permitido reducir la medicación habitual en un tercio de los pacientes, al no existir una indicación establecida según las guías de práctica clínica. Los ansiolíticos y diuréticos han sido los medicamentos retirados con más frecuencia. Casi un 50% de los pacientes que tomaba acenocumarol, no estaba indicado.

**Palabras clave:** medicación habitual, fractura de cadera, envejecimiento

**P163****FACTORES PRONÓSTICOS DE MORTALIDAD DE PACIENTES INGRESADOS EN UNA UNIDAD DE GERIATRÍA DE AGUDOS**

O. Sabartés Fortuny, M.A. Márquez, J. Gutiérrez, M. Pi-Figueras, D. Sánchez y Arellano

Unidad de Geriatría de Agudos. Servicio de Geriatría. Hospital del Mar, Hospital de l'Esperança, Centre Fòrum de l'Hospital del Mar. Institut d'Atenció Geriàtrica i Sociosanitaria (IAGS). Institut Mun.

**Objetivos:** Describir las características y los diagnósticos de los pacientes que fallecen durante el ingreso en una Unidad de Geriatría de Agudos (UGA) y analizar las variables asociadas a la mortalidad.

**Material y método:** Estudio retrospectivo de pacientes fallecidos en la Unidad de Geriatría de Agudos durante dos años consecutivos. Se describe edad, estancia media, capacidad funcional medida por el índice de Barthel (IB) y el índice de Lawton (IL), situación cognitiva medida por el test de Peiffer (TP), comorbilidad medida por el índice de Charlson, presencia de síndromes geriátricos y diagnósticos prevalecientes.

**Resultados:** Se analizan 1920 pacientes, de los cuales 324 (16,9%) fueron éxitus. Edad media de 84,4 años y estancia media de 11,5 días. IB al ingreso de 34,1, al alta de 20,1, IL previo de 2,34 y TP de 5,2 errores. El I. Charlson fue 2,29  $\pm$  2,5. La escala Díaz Gijón fue 8,1  $\pm$  2,5. Los diagnósticos más prevalentes fueron: insuficiencia cardíaca descompensada (20,4%), neumonía (17,7%), EPOC descompensado (16,5%), infección bronquial (14,2%), infección urinaria (6,5%), otras causas de insuficiencia respiratoria (4,6%), enfermedad neurológica (4,6%), trastorno hidroelectrolítico (4,6%) y otros diagnósticos (10,8%).

Ni la presencia de antecedentes patológicos (EPOC, DM, HTA, cardiopatía, insuficiencia renal crónica, AVC) se asociaron de forma significativa con la mortalidad. Los síndromes geriátricos: inmovilidad, trastorno de la marcha, polifarmacia, malnutrición, enfermedad terminal y trastornos del sueño se asociaron de forma significativa con riesgo de mortalidad en el análisis univariado ( $p < 0,001$ ). La situación funcional previa, la cognitiva y la presencia de comorbilidad se asociaron de forma significativa con mortalidad con ( $p < 0,01$ ) en el

análisis univariado. Al aplicar la regresión logística las variables del I. de Charlson, I. Barthel previo, Lawton, Norton y Peiffer se asociaron de forma significativa con la variable éxitus ( $p < 0,001$ ).

**Conclusiones:** Los pacientes ingresados en la UGA presentaron como factores de riesgo de mortalidad la situación funcional, la existencia de deterioro cognitivo y la presencia de comorbilidad elevada. La presencia de polifarmacia, trastornos de la marcha, malnutrición se asoció de forma significativa con mortalidad durante el ingreso. El empeoramiento funcional con aparición de síndrome de inmovilidad, enfermedad terminal y trastornos del sueño se correlacionaron así mismo con el riesgo de mortalidad.

**P164****RIESGO DE ASPIRACIÓN**

S. de las Cuevas, R. Rossell Coll y C. Pedreño  
Fundació Hospital-Asil de Granollers, Barcelona.

**Introducción:** En la asistencia al paciente, enfermería cuenta con un rol que le es propio, que no ha desarrollado suficientemente registrando metodológica y ordenadamente objetivos y actividades que le conciernen. La taxonomía NANDA nos ofrece un buen recurso para poner orden al pensamiento enfermero y para establecer entre los diferentes niveles asistenciales un lenguaje común.

**Justificación:** El 25% de los ingresos en la UME de la FHAG lo hacen con diagnóstico médico de AVC. Enfermería en la práctica diaria detecta interrupciones en el proceso rehabilitador de estos pacientes a menudo porque presentan problemas para alimentarse correctamente y realizan aspiraciones. Revisando nuestra forma de proceder observamos un vacío en el método a la hora de realizar de forma estandarizada las actividades propias.

**Objetivo:** Aplicar la terminología diagnóstica NANDA reconocida internacionalmente para la resolución de los problemas enfermeros derivados de la aspiración en el dominio I: alimentación de los AVC ingresados en la UME de nuestro hospital con el fin de reducir los retrasos en su rehabilitación por esta causa.

**Método:** Identificar y formular los diagnósticos enfermeros que derivan de los problemas detectados en el Dominio I: ALIMENTACIÓN en pacientes con AVC planificando intervenciones enfermeras: NIC y resultados medibles en el usuario: NOC. Principales diagnósticos relacionados para evitar la aspiración: 1) Déficit de autocuidado en la alimentación relacionado con el deterioro neuromuscular perceptual o cognitivo con intervenciones NIC dirigidas al autocuidado de la alimentación y con resultado NOC: se alimentará con seguridad. 2) Deterioro de la deglución relacionado con el déficit de la estructura o función oral faríngea o esofágica. NIC: dirigidas a terapia de deglución y precauciones para evitar la aspiración. NOC: deglución eficaz sin atragantamiento o tos. No realizará aspiración alguna.

**Discusión:** Si pretendemos que la profesión enfermera ocupe el lugar que se merece apostemos por un método que nos permita organizar y registrar nuestras actividades diarias para con el paciente-familia atendiendo a la formulación de diagnósticos basados en la evidencia y en las repuestas humanas que son el centro de nuestra atención. Estamos seguras que si organizamos nuestro rol propio adecuadamente disminuiremos la incidencia del problema de aspiración en nuestros pacientes y seremos más eficaces en el rol de colaboración con el resto del equipo interdisciplinar.

**P165****PATRÓN CARDIOVASCULAR EN PACIENTES MAYORES DE 80 AÑOS DE UNA ZBS DE LA PROVINCIA DE ALBACETE**

P. Jareño Collado, A. López Escribano, R. Sánchez-Muñoz Villacañas y F. García Alcaraz  
Gerencia Atención Primaria Albacete.

**Introducción:** Las enfermedades cardiovasculares son la principal causa de mortalidad en el mundo. De la misma forma, son uno de los principales motivos de consulta en Atención Primaria y la 4<sup>a</sup> causa de ingreso hospitalario. Estas enfermedades comparten los mismos factores de riesgo y en su mayoría pueden ser modificados y prevenidos desde el ámbito de atención primaria. El interés sociosanitario de estas enfermedades reside en la alta morbilidad y enorme gasto sanitario que comportan.

**Objetivo:** Conocer la prevalencia del patrón cardiovascular en personas mayores de 80 años de la ZBS Casas Ibáñez (Albacete). Identificar los factores de riesgo cardiovascular: Diabetes, dislipemias, HTA y obesidad

**Material y método:** *Naturaleza y tipo de estudio:* Estudio observacional descriptivo y transversal. *Emplazamiento:* ZBS Casas Ibáñez, (Albacete). *Fuentes de información:* Historia Clínica informatizada (Turrano). *Población accesible:* Mayores de 80 años. *Criterios de exclusión:* No tener TSI o carecer de historia informatizada.

**Resultado:** Se han encontrado 1295 pacientes mayores de 80 años (11,07% de la población total) con tarjeta sanitaria en castilla la mancha e historia clínica informatizada operativa, de ellos el 49,27% (638 pacientes) presentan HTA, 17,6% (228 pacientes) tienen factor de riesgo dislipemia, 16,99% (220 pacientes) presentan diabetes y un 14,67% (190 pacientes) obesidad.

**Conclusiones:** Nuestras tasas de prevalencia son acordes a otros estudios en el factor de riesgo HTA y diabetes, con respecto al factor de riesgo obesidad y dislipemia nuestras tasas son inferiores a las referidas en la bibliografía.

## P166

### CORRELACIÓN COGNITIVO-FUNCIONAL. ¿PODEMOS ESTIMAR O PREDECIR LA CAPACIDAD DE RECUPERACIÓN FUNCIONAL PARA LAS ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA EN BASE A LA FLUIDEZ VERBAL SEMÁNTICA?

M. Giménez López<sup>1</sup>, L.F. Pascual Millán<sup>2</sup>, M.C. Marco Liarte<sup>1</sup>, C. Ortiz Domingo<sup>1</sup> y E. Ramo Catalán<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital San Juan de Dios, Zaragoza; <sup>2</sup>Hospital Clínico Universitario, Zaragoza.

**Objetivo:** Medir la situación funcional y cognitiva de los pacientes hospitalizados en una Unidad de Convalecencia Geriátrica, e intentar dar una estimación de recuperación funcional en base a diferentes variables incluido el deterioro cognitivo.

**Metodología:** Se estudiaron en 104 pacientes, las variables: sexo, edad, grupos de edad, escolaridad, diagnóstico de ingreso, factores de riesgo, síndromes geriátricos Índice de Barthel (IB) previo al ingreso, IB al ingreso hospitalario, IB al alta, El Short Portable Mental Status Questionnaire de Pfeiffer (SPMSQ), Test Fluencia Verbal semántica (TFVs) en un minuto, 0-30 y 31-60 segundos. Perdida funcional (IB previo-IB al ingreso), Ganancia Funcional (IB alta-IB ingreso), IB final (IB previo-IB al alta). Ganancia funcional distribuida grupos de edad y su correlación con las diferentes variables.

**Resultados:** Existe una diferencia significativa entre la ganancia funcional (medida por diferencia de Barthel desde el ingreso hasta el alta) y la escolarización, TFVs en la 1<sup>a</sup> primera mitad del minuto, nº de errores en SPMSQ e incontinentes ( $p < 0,05$ ). Existe una diferencia significativa entre la Perdida funcional (medida por diferencia de Barthel previo al ingreso hasta el alta) y: TFVs en la segunda mitad del minuto, nº errores en SPMSQ ( $p < 0,05$ ). Existe una diferencia significativa entre el nº de nombres en la primera y la segunda mitad ( $p < 0,000$ ). No existen diferencias entre la ganancia funcional y el sexo ( $p > 0,05$ ).

**Conclusiones:** La recuperación funcional es menor en los pacientes que parten de un deterioro funcional previo, con TFVs en un minuto inferior a 10 palabras y nº de errores en SPMSQ superior a 5 errores. El número de nombres en la segunda mitad del test de TFVs fue inferior a la primera mitad en todos los grupos.

**Palabras Clave:** Fluidez Semántica, Deterioro Cognitivo, Recuperación funcional.

## P167

### PREDICTORES DE LA DURACIÓN DE LA ESTANCIA HOSPITALARIA EN UNA UNIDAD GERIÁTRICA DE AGUDOS

T. Morlanes Navarro, T. Usieto Escarpín y P. Mesa Lampré  
Hospital Geriátrico San Jorge, Zaragoza.

**Objetivo:** Analizar las características poblacionales y clínicas de los pacientes hospitalizados e identificar al ingreso los factores pronósticos de estancias prolongadas.

**Método:** Entre los ingresados durante el año 2007 en el Servicio de Geriatría del Hospital San Jorge (Zaragoza) se identificaron los pa-

cientes con estancia mayor de 28 días (casos) y un grupo control de pacientes con estancia hospitalaria menor de 28 días. Se obtuvieron datos relativos a variables como motivo de ingreso, comorbilidad activa durante el mismo (I. de Chalson), si hubo inestabilidad clínica definida por la aparición de complicaciones del proceso, la necesidad de medidas de soporte o de control clínico diario, la presencia previa y/o sobrevenida de síndromes geriátricos, sucesos adversos ó iatrogénicos durante la hospitalización, capacidad funcional previa y al ingreso (I. de Barthel), toma de fármacos previa y al alta, evolución de la discapacidad, situación social y recursos disponibles. Se obtuvo la Odds Ratio para la estancia hospitalaria > 28 días (variable dependiente) en relación al resto de las variables del estudio (independientes), con un intervalo del confianza del 95%. Se realizó un análisis multivariante.

**Resultados:** Se seleccionaron 200 pacientes, excluyendo aquellos con información incompleta para todos los ítems incluidos en el estudio ( $n = 20$ ). La muestra resultante fue de 166 pacientes (casos = 88; controles = 78). Edad media 84,45.

No se encontraron diferencias entre los grupos respecto a edad, sexo, lugar de residencia, motivo de ingreso, inestabilidad clínica ni estado funcional previo. Las variables asociadas con la duración de la estancia fueron: I. Barthel al ingreso < 60 (OR = 2,8), Variación en I. Barthel > 20 respecto al previo (OR = 2,4), comorbilidad activa > 2 (OR = 3,2), aparición de nuevos síndromes geriátricos (OR = 3,1), polifarmacia previa > 4 fármacos (OR = 0,31), sobrecarga del cuidador (OR = 8,6), disponer de ayuda a domicilio (OR = 0,4).

Los pacientes con estancias hospitalarias mayores a 28 días presentaron mayor grado de institucionalización al alta (OR = 2,88) y mayor índice de derivación a unidades de media estancia (OR = 22,8).

**Conclusiones:** En nuestro medio, la capacidad funcional previa medida por el I. de Barthel y la existencia de síndromes geriátricos previos no parecen determinantes en la duración de la estancia hospitalaria.

Los síndromes geriátricos de nueva aparición que más frecuentemente se asocian con la estancia prolongada son la pérdida de la capacidad de deambulación (inmovilidad), la aparición de disfagia (riesgo de malnutrición) y el delirium.

## P168

### PERFIL DE PACIENTE VALORADO EN UNA UNIDAD DE INTERCONSULTAS

F. Soria Perdomo, S. Frutos Díaz, M. Pastor Vicente, P. Bao Alonso y J. Ribera Casado  
Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

**Objetivos:** Valorar las características de los pacientes evaluados en la Interconsulta del Servicio de Geriatría del HCSC dirigida mayoritariamente al Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología entre los meses de septiembre a diciembre de 2007.

**Materiales y métodos:** Estudio retrospectivo de 341 informes de interconsulta (primera visita) realizados entre los meses de septiembre a diciembre de 2007. **Variables analizadas:** datos demográficos, motivo de interconsulta, comorbilidad, tratamiento, valoración geriátrica (situación funcional y polifarmacia), y diagnóstico presuntivo de la primera visita.

**Resultados:** Mujeres (75,3%), Edad promedio es 81,5 años (59-98años). Grupos etarios más frecuentes: 80-84 años (26,6%), 75-79 años (19,9%), 85-89 años (17,8%). En 93,5% de los casos se solicita valoración y seguimiento intrahospitalario de pacientes con fracturas sin plantear otros objetivos específicos.

Los datos escritos en la petición de interconsulta por el servicio solicitante incluían: motivo de consulta (99,1%), diagnóstico principal (97,6%), comorbilidad (95,6%). Sólo el 12% refería datos relacionados a la historia farmacológica. Valoración de los pacientes: 72,7% buena situación funcional de base (Katz A-B), 38,7% estaba polimedido.

Diagnósticos médicos más frecuentes: hipertensión arterial (51%), diabetes (16,4%), trastorno del ritmo cardíaco (11,4%), insuficiencia cardíaca (11,4%) y patología oncológica (8,5%).

**Conclusiones:** 1. A pesar de la buena comunicación interservicio los partes de interconsulta no reflejan los motivos de evaluación del paciente. 2. La labor del Interconsultante del Servicio de Geriatría incluye la valoración del paciente en edad avanzada con comorbilidad y polifarmacia.

**P169****VEINTE AÑOS DE GERIATRÍA MIR EN ANDALUCÍA**

C. Martínez Manzanares, B. Cachero Alba e I. Martínez Barea  
Hospital Universitario Virgen Macarena de Sevilla.

**Objetivo:** Dar a conocer la actividad docente, investigadora y asistencial de la Unidad de Geriatría de nuestro hospital.

**Resultados:** La actividad de la Unidad de Geriatría comienza en 1980, en el Servicio de Medicina Interna de la cátedra de Patología General de la Universidad de Sevilla. En 1988 se obtiene la acreditación docente para la formación de MIR. La primera promoción es la de 1989 a 92 y la última 2005 a 08.

**Docencia:** Se han formado 32 especialistas, 2 médicos han completado la formación realizada en países europeos (uno en la Unidad Asociada por la docencia del Hospital de San Rafael de Granada), y 6 especialistas de otras áreas han realizado estancias formativas. Desde 1999 la Geriatría es asignatura obligatoria optativa de Facultad (Licenciatura de Medicina) y de 1990 a 2000 se impartió en la Escuela de Universitaria de Podología. Se han organizado e impartido 29 cursos de doctorado, 46 cursos de formación continuada y 18 del Aula de la Experiencia. Se ha participado en 10 Master Universitarios y 6 Expertos Universitarios. 154 conferencias.

**Investigación y publicaciones:** Se han leído 28 Tesis doctorales y 19 de licenciatura. 7 premios por trabajos de investigación clínica. Se ha participado en 7 libros (1 editado) y 40 capítulos de libros. 122 publicaciones en revistas de ámbito nacional y 19 internacionales. 146 comunicaciones a congresos nacionales o autonómicos y 29 a internacionales.

**Asistencia:** Una media de 350 ingresos anuales y 435 interconsultas con seguimiento continuado (95% en traumatología). En consultas externas la media ha sido de 585, de las cuales la tercera parte han sido de nuevos pacientes.

**Conclusiones:** En estos 20 años la Unidad de Geriatría de nuestro hospital ha realizado una muy digna labor, apreciada y añorada por otros servicios en especial traumatología, anestesia y enfermería, pero su continuidad no está prevista por los gestores del hospital ni de la sanidad andaluza.

**P170****ESTADO NUTRICIONAL EN UNA POBLACIÓN MAYOR ATENDIDA EN UNA CONSULTA DE AP**

G. Gutiérrez Aparicio<sup>2</sup> y A.M. Mattei Boni<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>SAS - Granada; <sup>2</sup>UGC Loja. Distrito Metropolitano, Granada.

**Objetivo:** Valorar el estado nutricional de mayores atendidos en una consulta de AP. Se realiza un estudio descriptivo realizado en la UGC de Loja del Distrito Sanitario Metropolitano de Granada. Se estudian 367 mayores de 65 años en el período de Octubre 2006 a Febrero 2008. Se estudian variables sociodemográficos, valoración funcional y psíquica. La detección de desnutrición o riesgo la hacemos utilizando el MNA y parámetro bioquímicos (hematócrito, albúmina, ácido fólico, proteínas totales, transferrina, linfocitos y colesterol LDL). Medición de pliegue tricipital y circunferencia braquial. El análisis estadístico se realiza con SPSS 12.0.

**Resultados:** La muestra es de 367 individuos atendidos en AP con una edad media de  $71,6 \pm 8,39$  y un 66,9% de mujeres. Funcionalmente  $71,99 \pm 26,3$ . El valor medio del pliegue cutáneo tricipital en varones fue de  $9,0 \pm 4,3$  mm frente a  $11,2 \pm 6,1$  mm en las mujeres. El 13% de los pacientes tuvieron un pliegue tricipital inferior al percentil 10 y el 8% un valor inferior al percentil 10 en la circunferencia braquial. El 62% presentó una albúmina inferior a 3,5 mg/dl, un 37% una trasferrina inferior a 150 mg/dl y un 59% un recuento linfocitario inferior a 1.500 cel/mm<sup>3</sup>. El 53% presentó valores inferiores a la normalidad en 2 o más variables.

**P171****UTILIZACIÓN DEL ¿TOP TEN DANGEROUS DRUG INTERACTIONS? PARA VALORAR LAS INTERACCIONES FARMACOLÓGICAS EN UNA POBLACIÓN DE MAYORES**

A.M. Mattei Boni<sup>2</sup> y G. Gutiérrez Aparicio<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>UGC Loja - Distrito Metropolitano Granada; <sup>2</sup>SAS Granada.

El objetivo es realizar el análisis de aquellas asociaciones potencialmente inadecuadas en mayores que acuden a una consulta de AP. El

incremento de la edad se asocia con un mayor número de fármacos prescritos y un aumento de la frecuencia de interacciones fármaco-fármaco. Estas interacciones son responsables de un incremento de reacciones adversas en los mayores debido a asociaciones medicamentosas potencialmente inadecuadas. Se realiza un estudio descriptivo realizado en la UGC de Loja del Distrito Sanitario Metropolitano de Granada. La muestra estudiada es de 396 mayores de 65 años en el período de Octubre 2006 a Febrero 2008. Las variables utilizadas han sido: sociodemográficas, valoración funcional, psíquica, y social. Estudio farmacológico en el que utilizamos la "Top ten dangerous drug interactions in long-term care".

**Resultados:** La muestra es de 396 individuos atendidos en AP con una edad media de  $69,6 \pm 8,39$  y un 68,1% de mujeres. Funcionalmente  $68,66 \pm 26,5$ . Se encuentran asociaciones inadecuadas en un 25,6% de casos. La media de fármacos por paciente es de  $5,76 \pm 3,12$ .

**Conclusión:** El paciente en riesgo para que aparezca una interacción, sería un paciente mayor polimedicado y tratado con warfarina/ticlopidina, inhibidores ECA, digoxina o teofilina.

**P172****CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES CON DIABETES QUE ACUDEN A UNA CONSULTA DE GERIATRÍA**

E. García Villar, S. Rodríguez Justo, M. Narro Vidal, M. Torrente, E. Paredes Galán y C. Rodríguez Pascual  
Hospital Meixoeiro-Complejo Hospitalario de Vigo.

**Objetivos:** Definir las características de los pacientes con diabetes que acuden a una consulta geriátrica: valoración geriátrica, comorbilidad, y grado de control metabólico

**Material y métodos:** Estudio prospectivo, descriptivo, con intervención desarrollado en la consulta durante dos meses sobre pacientes consecutivos

**Criterios de inclusión:** Diagnóstico documentado de DM2, tratamiento antidiabético (ADOs o insulina), consentimiento para participar en el estudio

**Criterios de exclusión:** Pronóstico de vida inferior a 6 meses. Incapacidad física o mental para responder al cuestionario, incapacidad para realizar un seguimiento en consulta externa

Seguimiento a los 3 y 6 meses con controles a juicio del médico según situación clínica

**Resultados:** 99 pacientes. Mujeres 69,8%, edad  $81,4 \pm 5,7$ . **Situación basal:** Pfeiffer > 3 39,5% Yessavage > 6 40%, CRF > 2 17,2%, CRM > 2 4,4%, KATZ > C 20%, problemas visuales 73%, problemas auditivos 42%. **Comorbilidad:** Charlson 4,35, CIRS-G (pt total) 9,7, CIRS-G (pt media) 0,69, HTA 86%, Dislipemia 61%, C. isquémica 37%, ACVA previo 17%, Depresión 36%, vacunados gripe 73%, vacunados neumococo 19%. **Complicaciones de la diabetes:** Macroangiopatía 45%, Microangiopatía 60%, Retinopatía 18,5%, Nefropatía 28,6%, Neuropatía 16,3%, Arteriopatía 12%, Macroalbuminuria 7%, Microalbuminuria 37,7%, Insuficiencia renal 29,3%. **Tratamiento:** ADO 76%, Insulina 35%, ADO e insulina 10,5%, ECAs/ARAII 69%, antiagregantes 45,7%. **Control metabólico:** correcto por glucemia en el 63%, por Hgb-glicosilada en el 59,3% y ambos en el 42,4%. El control metabólico fue significativamente mejor en muy ancianos y aquellos con discapacidad.

**Conclusiones:** Los pacientes con diabetes no acuden a nuestra consulta por esta enfermedad sino por complicaciones, la comorbilidad es elevada y el grado de control metabólico subóptimo. Los más mayores y con deterioro funcional tienen mejor control por menor exigencia de los estandares de control

**P173****RELACIÓN ENTRE EVENTOS CARDIO Y CEREBROVASCULARES Y CARACTERÍSTICAS DEL PATRÓN CIRCADIANO EN ANCIANOS HIPERTENSOS**

A.J. Blanco Orenes<sup>2</sup>, F. Madruga Galán<sup>2</sup>, J.L. Blazquez Carrasco<sup>1</sup>, M.A. De la Torre Lanza<sup>2</sup>, B. Cobos Antoranz<sup>2</sup> y F. Tarazona Santabalbina<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Hospital Ciudad Real; <sup>2</sup>Hospital Virgen del Valle, Toledo.

**Introducción:** La hipertensión arterial es el factor de riesgo más importante de enfermedad coronaria y cerebro vascular. Existe una variabilidad circadiana de las cifras tensionales a lo largo de 24 ho-

ras, por medio de la cual clasificamos a los pacientes en hipertensos con o sin patrón reductor en función de la disminución en el período de descanso. Existen estudios que relacionan un mayor número de eventos cardiovasculares en los pacientes hipertensos con patrón no reductor.

**Objetivo:** Conocer la existencia de diferencias en el número de eventos cardio y cerebrovasculares en pacientes hipertensos a los que se les ha realizado una medición ambulatoria de la presión arterial a los largo de 24 horas.

**Material y métodos:** Durante el período entre el 1 de marzo de 2005 y el 30 de diciembre de 2006 se recogieron las historias clínicas de los pacientes que cumplían las siguientes premisas: ser mayores de 70 años, haber sido valorados en consultas externas de un servicio de geriatría y haber objetivado alteraciones en la presión arterial mediante la MAPA. Posteriormente, se contabilizaron el número de ingresos hospitalarios por eventos cardio y cerebrovasculares de estos pacientes a lo largo de 17 meses.

**Resultados:** 402 pacientes cumplieron los criterios de selección: Dipper 71 No dipper Riser 160. El número de ingresos por patrón fue dipper 17 ingresos (8 ACVA, 6 IC, 3 IAM), no dipper 65 (ACVA 26, IC 28, IAM 8, I. Renal 3), riser 56 (ACVA 24, IC 20, IAM 7, I. Renal 5). Realizado un análisis Chi-cuadrado entre patrones reductores (dipper) y no reductores (no dipper y riser) respecto a la incidencia de eventos totales se obtuvo una diferencia estadísticamente significativa con una  $p < 0,05$  y un riesgo relativo de 1,75 [1,14-2,7] en pacientes con patrón no reductor respecto a los pacientes con patrón reductor, respecto a eventos cerebrovasculares se obtuvo una diferencia significativa con una  $p < 0,05$  con un riesgo relativo de 1,72 [0,69-3,82], respecto a los ingresos por insuficiencia cardiaca se obtuvo una diferencia significativa con una  $p < 0,05$  y un riesgo relativo de 2,15 [1,1-3,96]; sin embargo, no se obtuvo diferencia significativa para los eventos isquémicos cardíacos ni para la insuficiencia renal.

**Conclusiones:** El paciente geriátrico hipertenso con patrón no reductor presenta un mayor riesgo de accidente cardio o cerebrovascular, respecto a los pacientes con patrón reductor. Estos hallazgos sugieren la importancia de detectar precozmente a los pacientes hipertensos con patrones no reductores, importancia de la MAPA y controlar sus factores de riesgo cardiovascular.

## P174

### ¿COMO DUERMEN LOS PACIENTES CON DEMENCIA?

R. López Gutiérrez, B. Fuertes de Gilbert Rivera, A. Rivera Fuertes, P. Montero y M.J. Vicente  
Hospital San José, Teruel.

**Objetivos:** Describir los síntomas o quejas de sueño más frecuentes en los pacientes con demencia. Analizar el perfil de trastornos de sueño según la comorbilidad, tipo y grado de la demencia.

**Materiales y métodos:** Estudio descriptivo transversal en varios tiempos. Pacientes > 65 años con diagnóstico de demencia según criterios DSM-IV que refirieran alteraciones del sueño valorados en una consulta externa de geriatría. Variables demográficas, funcionales, cognitivas, sociales, síntomas relacionados con el sueño, tratamiento, respuesta y evolución. Análisis estadístico SPSS 12.0 ( $p < 0,05$ ).

**Resultados:** N = 61. Edad media: 81a (DE 4,7). 51% mujeres. Pluriatología 33%, depresión 28%, parkinsonismo 25%. Barthel medio 65. **Demencias:** Degenerativa-tipo E. Alzheimer 41%, vascular 20%, mixta 18%, D. Parkinson 8%, Lewy 5%, Frontotemporal 2%. Grado leve 36%; trastorno conductual 49%; Mini-mental medio 19(DE 6,2). **Síntomas relacionados con sueño:** 54% Insomnio conciliación, 41% Fragmentación sueño, 33% agitación psicomotriz, 25% somnolencia diurna, 25% inversión ritmo sueño-vigilia, 23% vagabundeo, 18% Ronquido-apnea, 18% alucinaciones, 12% Despertar precoz, 10% sueños vividos, 7% movimientos anormales. **Diagnósticos sueño:** Insomnio 64%, t.conductual nocturno 39%, inversión ritmo 26%, causa psicoambiental 18%, causa medicamentosa 10%, otras paramsonias- RBD 15%, causa orgánica 7%, SPI 5%, SAOS 2%. MHS 16%. Diagnóstico trastorno sueño 60%. Asociación estadísticamente significativa ( $p < 0,05$ ): D. Parkinson con sueños vividos, parasomnias y trastorno medicamentoso; D.Lewy con parasomnias y RBD; Alzheimer y D.mixta con vagabundeo e inversión de ritmo; D.vascular y somnolencia; depresión e insomnio. Los pacientes con depresión o demencia en grado leve presentan en mayor medida insomnio, aquejados con demencia moderada o severa tienen con mayor frecuencia

inversión de ritmo, vagabundeo y agitación psicomotriz nocturna ( $p > 0,001$ ) y los parkinsonismos presentan sueños vividos, movimientos anormales y sospecha de parasomnias ( $p < 0,001$ ).

**Conclusiones:** 1. La patología del sueño es una queja muy frecuente de la población anciana con demencia. 2. La frecuencia y tipología de los trastornos del sueño varía según la patología de base, tipo de demencia y grado. 3. El trastorno de sueño más frecuente es el Insomnio, tanto de conciliación como de mantenimiento 4. Las demencias degenerativas presentan con frecuencia inversión de ritmo vigilia-sueño y trastorno conductual-perceptivo nocturno, mayor conforme avanza la demencia. Las demencias Parkinson y Lewy se asocian con parasomnias y la D. vascular con somnolencia diurna. 5. Los factores ambientales y psicosociales, la comorbilidad y la polifarmacia juegan un papel importante en el origen de sus trastornos de sueño.

## P175

### ¿COMO TRATAMOS LOS TRASTORNOS DE SUEÑO DE LOS PACIENTES CON DEMENCIA?

B. Fuertes de Gilbert Rivera<sup>2</sup>, R. López Gutierrez<sup>1</sup>, P. González<sup>2</sup>, R. Perez y M. Forcano<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Neurofisiología clínica, Teruel; <sup>2</sup>Hospital San José, Teruel.

**Objetivos:** Describir los trastornos de sueño más frecuentes en pacientes con demencia y analizar el tratamiento específico y evolución posterior de dichos trastornos. Materiales y métodos: Estudio descriptivo transversal en varios tiempos. Pacientes > 65 años con diagnóstico de demencia según criterios DSM-IV que refirieran alteraciones del sueño valorados en una consulta externa de geriatría. Variables demográficas, funcionales, cognitivas, sociales, clínicas, síntomas relacionados con sueño, tratamiento, respuesta y evolución. Análisis estadístico SPSS 12.0.  $p < 0,05$ .

**Resultados:** N = 61. Edad media: 81a (DE 4,7). 51% mujeres. Polifarmacia 82%, pluripatología 33%. Barthel medio 65. **Demencias:** Degenerativa-tipo Alzheimer 41%, vascular 20%, mixta 18%, D. Parkinson 8%, Lewy 5%, Frontotemporal 2%. Grado leve 36%. MEC medio 19(6,2). Depresión 28%. **Trastornos sueño:** Insomnio 64%, alucinaciones-agitación psicomotriz-vagabundeo 39%, inversión ritmo vigilia-sueño 26%, causa psicoambiental 18%, origen medicamentoso 10%, otras paramsonias-RBD 15%, causa orgánica 7%, SPI 5%, SAOS 2%. **Tratamiento:** 87% tomaba medicación hipnótica; 38% > 2 psicofármacos, 80% > 6 meses de tratamiento. 43% BDZ, 51% antidepresivos, 79% IACES-memantina, 38% neurolepticos, 2% hipnóticos no BDZ, otros 5%, MHS 16%. **Evolución:** Eficacia tratamiento previo 51%, efectos secundarios 26%, modificación tratamiento 57% (100% MHS, 56% nuevo fármaco, ajuste dosis 17%). Número revisiones: 5(DS 2,7). Distinta frecuencia de trastornos de sueño según comorbilidad y tipo de demencia. Las demencias degenerativas reciben más tratamiento, en especial neurolepticos; las demencias vasculares más antidepresivos. Asociación ( $p < 0,05$ ) de agitación psicomotriz, alucinaciones e inversión de ritmo y tratamiento con neurolepticos; insomnio con BDZ. Eficacia significativa en tratados con neurolepticos, antidepresivos hipnóticos y no BDZ. Mayor porcentaje de efectos secundarios e ineeficacia en tratados con BDZ.

**Conclusiones:** 1. Los trastornos del sueño son muy frecuentes en ancianos con demencia, aunque no siempre son bien diagnosticados o tratados. 2. El consumo de psicofármacos es elevado en esta población y las medidas de higiene de sueño poco frecuentes. 3. Se deben valorar la polifarmacia, pluripatología, tipo y grado de demencia y los factores socio-ambientales al elegir el tratamiento más adecuado. 4. Los antidepresivos de perfil hipnótico y los neurolepticos son eficaces en un amplio grupo de pacientes ancianos con demencia y determinados trastornos de sueño.

## P176

### ICTUS Y RIESGO CARDIOVASCULAR EN PACIENTES INGRESADOS EN UME (UNIDAD DE MEDIA ESTANCIA)

M. Checa López, R. Paz Maya, J. Fernández Soria, A. Escolante Melich, A.J. Blanco Orenes y M.A. de la Torre Lanza  
Hospital Virgen del Valle, Madrid.

**Introducción y objetivos:** La enfermedad cerebrovascular es una patología muy prevalente en la población anciana. Está demostrado

en la literatura que el control de factores de riesgo cardiovascular se correlaciona con la disminución de eventos cerebrovasculares, de ahí la importancia de su prevención y correcto tratamiento.

**Objetivo:** Conocer el riesgo cardiovascular en pacientes ingresados para rehabilitación por ictus en UME (Unidad de Media Estancia) de hospital geriátrico durante el período comprendido entre 2005 y febrero de 2008.

**Material y métodos:** Se realiza un estudio descriptivo transversal mediante recogida de datos en la historia clínica de 82 pacientes mayores de 70 años ingresados en UME en período comprendido entre 2005 y febrero de 2008. Se recogieron las siguientes variables: edad, sexo, tipo de ictus, HTA, DM, DL, hábitos tóxicos, obesidad, número de factores de riesgo, enfermedad cardiovascular establecida, tratamiento antiagregante previo al ingreso al ingreso y cálculo de riesgo cardiovascular.

**Resultados:** La edad media es de 79 años. De ellos 45,1% son hombres, 54,9% son mujeres. 75,6% son HTA, 29,3% son DM, 37,8% son DL, 18,3% son fumadores, 6,1% son bebedores, 7,3% son obesos. De todos ellos sólo un 12,2% presentan riesgo cardiovascular medio, mientras que el 47,5% presentan riesgo adicional bajo, El 19,5% riesgo adicional alto y un 20,7% presentan riesgo cardiovascular muy alto o lesión de órgano diana. De los pacientes con riesgo cardiovascular adicional sólo se encuentran antiagregados un 36,5% antes del ingreso.

**Conclusiones:** La HTA es el factor de riesgo más prevalente en los pacientes mayores de 70 años que han presentado episodio de ACVA. Más de 2/3 de los pacientes (87,7%) presentan riesgo cardiovascular adicional y de ellos más de la mitad (63,5%) no se encontraban antiagregados previo al ingreso teniendo la indicación como preventión primaria. Es fundamental el control estricto de FRCV y tratamientos adicionales (AAS) para evitar patologías que generen tanta morbilidad como el ictus.

## P177

### TRATAMIENTO AL ALTA DE PACIENTES DE EDAD AVANZADA INGRESADOS CON INSUFICIENCIA CARDIACA EN UNA UNIDAD GERIÁTRICA DE AGUDOS

C. Rodríguez Pascual, A. Vilches Moraga, E. Paredes Galán, M.J. López Sánchez, A. Leiro Manso y M. Torrente Carballido  
Hospital Do Meixoeiro, Complejo Universitario de Vigo.

**Objetivos:** Analizar en pacientes ancianos la frecuencia de utilización de los grupos farmacológicos con grado I de recomendación en IC.

**Material y métodos:** Se realizó valoración geriátrica integral a un total de 199 pacientes ingresados en nuestro servicio con un diagnóstico de IC entre el 1 de octubre de 2006 y 31 de septiembre de 2007.

**Resultados:** Presentamos datos de 188 pacientes con información completa del tratamiento farmacológico y 163 con función ventricular documentada.

Tabla 1 Porcentaje de utilización de terapias farmacológicas en IC.

Grupo farmacológico	Muestra total n = 188	Disfunción n = 127	FE conservada	p
IECA	29,3%	38,9	30,1	n.s
ARAII	15,1%	25	27,9	n.s
IECA y/o ARAII	54%	62,2	57,7	n.s
Betabloqueantes	20,3%	44	16,5	0,0004
SINTROM	21,1%			
Diur. ahorrador de K	36,4%	38,2	39,5	n.s
Tiazidas	7,6%			
Calcioantagonista	11,7%			
Amiodarona	7,5%			
Digoxina	20,1%			
Hidralacina	1%			
Antiagregantes	51,8%			
Nitratoas	31,5%			
Broncodilatadores	35%			

De un total de 36 pacientes con DSVI 18 no recibieron BB al alta: 13 presentaron contraindicaciones (9 EPOC, 1 bradicardia y 2 hipotensión) y 5 dependencia funcional severa (índice de Katz E-F). IECA y/o ARAII estaban contraindicados por insuficiencia renal en 8 pacientes, 3 por hipotensión, y en los tres que no tenían contraindicaciones 2 presentaban deterioro cognitivo o funcional severo.

**Conclusiones:** Los pacientes ingresados en nuestra UGA muestran predominantemente función sistólica ventricular conservada. El uso de fármacos con grado de recomendación I en pacientes con DSVI es correcto a pesar de que la serie analiza tratamientos al alta de una reagudización.

## P178

### VITAMINA D Y MORTALIDAD POR ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR

V. Niño Martín  
Escuela Universitaria de Enfermería, Valladolid.

**Objetivos:** Determinar los efectos del déficit de vitamina D sobre parámetros del metabolismo del calcio y sobre la masa ósea. Valorar el efecto de la vitamina D y densidad mineral ósea periférica sobre la mortalidad en individuos que viven en Residencia de Ancianos.

**Método:** Estudio prospectivo que valora la relación entre vitamina D, DMO y mortalidad, de tres años de duración en pacientes ingresados en Residencia de Ancianos. Se procedió a valorar el efecto de la vitamina D y densidad mineral ósea periférica sobre la mortalidad en las personas que viven en la Residencia de Ancianos, por ello se procedió a examinar los legajos correspondientes de las personas fallecidas de la Residencia y que figuraban inscritos en el Registro Civil de Valladolid. Ello ha motivado que de las cuarenta y dos personas fallecidas solo se pudieron analizar treinta dos.

**Resultados:** Los ancianos incluidos en el estudio fueron 146, de los cuales 66 son varones y 80 mujeres, representando el 45,2% y el 54,8% respectivamente. Con una media de edad de 82,90 años, mediana de 83 años y una desviación típica de 7,10. De los 32 pacientes a los que se realiza la determinación de vitamina D un 65,6% obtienen valores entre 13,7-35,7, un 6,2% entre 35,7-57,7 y 1,4% entre 57,7-79,6. Un 56,8% de los pacientes obtuvieron cifras de PTH comprendidas entre 14,5-48, el 8,9% entre 48-81,5 y un 2,1% entre 81,5-115. En un 48,6% se objetivó cifras de calcio entre 8,87-9,44. En este estudio estadísticamente significativo ( $p = 0,0019$ ), cuando la vitamina D está por < 25 nmol/l ó 10 ng/ml la supervivencia acumulada al 50% es de 180 días, aumentando a 500 días cuando la vitamina D está por encima de 25 nmol/l ó 10 ng/ml. Cuando el T-score está < -2,5 la supervivencia al 50% se sitúa entorno a 290 días, incrementándose a 500 días cuando el T-score supera -2,5, siendo estadísticamente significativo ( $p = 0,0037$ ). Se registraron la causa inmediata y la causa fundamental del fallecimiento, creándose para esta última cuatro subgrupos: Causas cardiovasculares, Procesos neoplásicos, Infecciones, Miscelánea. Cuando el T-score < -2,5, el 50% de los pacientes fallecen por causas cardiovasculares y el 50% restante por causas misceláneas. Cuando el T-score > -2,5, el 50% las causas de mortalidad siguen siendo cardiovasculares, mientras que el otro 50% se distribuyen entre los procesos neoplásicos, causas misceláneas e infecciosas.

**Conclusiones:** 1. La existencia de hipovitaminosis severa es un marcador de mortalidad para los pacientes que viven en Residencia de Ancianos 2. Pacientes con la existencia de un T-score < -2,5 se comporta como un marcador de mortalidad para los individuos que viven en Residencia de Ancianos.

## P179

### DISTRIBUCIÓN NORMAL DE LOS VALORES DE TEMPERATURA ORAL EN ANCIANOS ESPAÑOLES

M.D. Dapena Díaz, F. Cavestany Ricker, L. Narvaiza Grau, L. Yuste Marco y A. Rodríguez Molinero  
Fundació Hospital Comarcal Sant Antoni Abat, Vilanova i la Geltrú. Barcelona.

**Objetivo:** Describir la distribución que siguen los valores de temperatura oral en la población española mayor de 64 años

**Método:** Estudio transversal sobre una muestra representativa de la población española mayor de 65 años. Se seleccionaron 800 participantes siguiendo un muestreo probabilístico polietápico estratificado por edad, tamaño de hábitat y zona geográfica. En esta comunicación se exponen datos preliminares relativos a los 270 casos iniciales. Se determinó la temperatura oral de los participantes utilizando un termómetro electrónico. Se estudió la distribución por edad y sexo de la temperatura oral. En el análisis estadístico se tuvo en consideración

la hora de la determinación, el tiempo desde la última comida, la presencia de enfermedad tiroidea (autorreportada), el consumo de fármacos antipiréticos y el índice de masa corporal.

**Resultados:** Se analizó la temperatura de 156 participantes. La temperatura media fue de 36,2 °C (IC 95%: 36,1-36,3). Los percentiles, 5 y 95 se situaron en 34,9 y 37,0. La temperatura media de mujeres (36,19 °C, DE 0,63) y hombres (36,07°C, DE 0,84) difirió en 2 décimas ( $p < 0,05$ ). El percentil 95 para mujeres y hombres se situó en 37,0 y 36,9 respectivamente. No se observó relación significativa de la temperatura basal con el resto de los parámetros analizados.

**Conclusiones:** Según estos datos preliminares el 95% de los ancianos españoles tiene una temperatura oral basal igual o inferior a 37°C. Este valor difiere con respecto al de adultos más jóvenes.

Valores superiores a este pueden ser considerados anormales en la mayoría de la población anciana.

## P180

### PROGRAMA DE ESTIMULACIÓN COGNITIVA COMO COMPLEMENTO AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO EN PACIENTES CON DEMÉNCIA

A. Moreno-Guerín Baños

Diputación Sevilla.

**Objetivos:** Las personas con enfermedad de Alzheimer mantienen cierto potencial de aprendizaje que pueden ser desarrollados y estimulados a fin de modificar y optimizar su adaptación al medio, especialmente en estadios leves, donde el proceso neurodegenerativo no está tan avanzado.

- Valorar la efectividad de un programa de psicoestimulación integral.
- Mantener la enfermedad en sus fases iniciales.

**Método:** *Diseño:* Estudio longitudinal prospectivo. *Duración:* 12 meses. *Muestra:* 25 pacientes. *Valoración inicial/periódica:* Minimental de Folstein, Índice de Barthel y Escala Global de Deterioro. Aplicación de protocolo diagnóstico e inicio de tratamiento psicoestimulador (terapia de orientación a la realidad, psicomotricidad, Actividades para la capacidad funcional, estimulación cognitiva, terapia ocupacional como mantenimiento de AVD y técnicas de relajación).

**Resultados:** El programa ha favorecido la ralentización del deterioro en la fase leve, y ha conseguido mantener las capacidades tanto funcionales como cognitivas de un alto porcentaje de pacientes (registro gráfico).

**Conclusiones:** Si se añade una intervención cognitiva a un tratamiento farmacológico, este favorece en mayor medida y potencia ambos tratamientos, que si se aplican solos por separados. Se ha facilitado la permanencia de estas personas en su entorno más idóneo: su domicilio. Se ha reducido la institucionalización y aliviado el estrés del cuidador.

## P181

### SEGUIMIENTO FUNCIONAL DE LOS PACIENTES CON AVC ISQUÉMICO

J. Martos Gutiérrez, S. Ariño Blasco, R. Rosell Coll y S. de la Cuevas  
Fundació Hospital-Asil de Granollers, Barcelona.

**Objetivos:** Monitorizar la mejora funcional de los pacientes con AVC isquémico del hemisferio izquierdo en el ámbito de una consulta externa hospitalaria, en los primeros nueve meses del proceso agudo.

**Método:** Estudio prospectivo sobre la evolución funcional de los pacientes ingresados en nuestro hospital con el diagnóstico de AVC isquémico del hemisferio izquierdo, que posteriormente ingresaron en la Unidad de Media Estancia (UME), y el seguimiento posterior en la consulta externa de Geriatría hasta completar nueve meses del proceso agudo, en el período de enero de 2006 a junio de 2007. Se utilizaron las escalas de Rankin, Índice de Barthel, mejoras cualitativas de: la hemiparesia, disfagia, deambulación e incontinencia. Se valoró el nivel de institucionalización al finalizar el proceso. Análisis estadístico mediante el paquete SPSS versión 15.0

**Resultados:** Se registraron 22 episodios de AVC isquémico del hemisferio izquierdo, sobre un total de 91 AVC ingresados en la UME en el período citado anteriormente. Se descartó a los pacientes < 75 años. Todos los pacientes siguieron un programa de fisioterapia domiciliaria de > 20 sesiones después de su alta de la UME. Se objetivó

una estancia media de 37 días en la UME. A lo largo de los nueve meses se registraron 3 exitus. Del análisis univariante se objetivó un peor rendimiento funcional en los pacientes con afasia, disfagia, hemiparesia crural sin mejoría e incontinencia esfinteriana. En este último grupo aumentó la tasa de institucionalización. Sólo el 16% de los pacientes presentó mejora funcional en cualquiera de sus aspectos después de los seis meses del proceso agudo.

**Conclusión:** La progresión de la mejora funcional después de un AVC isquémico que afecta al hemisferio izquierdo presenta una mesa funcional a partir de los seis meses, a partir de los cuales son más efectivas las técnicas de terapia ocupacional encaminadas a la adaptación a la discapacidad, que la fisioterapia sostenida.

## P182

### DESTINO AL ALTA Y FACTORES RELACIONADOS CON EL HECHO DE NO COMPLETAR EL PROGRAMA DE REHABILITACIÓN EN UNA UNIDAD DE CONVALESCENCIA.

#### RESULTADOS PRELIMINARES DEL ESTUDIO FITRIAGS

M.A. Mas, A. Renom, R. Miralles, A.M. Cervera y O. Vázquez

Servicio de Geriatría IMAS. Centre Fòrum Hospital del Mar, Hospital de l'Esperança, Institut d'Atenció Geriàtrica i Sociosanitària (IAGS). Institut Municipal d'Assistència Sanitària

**Objetivo:** Identificar factores al ingreso relacionados con el hecho de no completar el programa rehabilitador en una unidad de convalecencia y analizar su destino al alta.

**Método:** Análisis prospectivo de pacientes ingresados consecutivamente durante 10 meses. Se recogieron al ingreso: edad, sexo, diagnóstico (amputación, ictus, ortogeriatría, encamamiento), síndromes geriátricos (caídas, depresión, desnutrición, deterioro cognitivo, deterioro sensorial, constipación, incontinencia urinaria, inestabilidad de marcha, polifarmacia (> 5 fármacos), delirium, inmovilismo (Barthel < 21), úlceras por presión, alteración de masticación/deglución), Barthel, Charlson, MMSE Folstein, GDS-Yesavage, inicio de rehabilitación en la primera semana y el destino al alta.

**Resultados:** De los 300 pacientes incluidos (edad media  $77,6 \pm 11,1$ ; mujeres 63,3%), iniciaron programa rehabilitador 247. De estos, lo completaron 212 (85,8%) y no lo completaron 35 (14,2%). Hubo diferencias significativas entre ambos grupos (no completar vs completar) en las siguientes variables: Barthel al ingreso ( $28,2 \pm 14,3$  vs  $37,7 \pm 19,9$   $p = 0,014$ ), Charlson ( $2,9 \pm 2,2$  vs  $1,9 \pm 1,9$   $p = 0,008$ ), inmovilismo ( $34,3\%$  vs  $11,8\%$   $p = 0,002$ ), incontinencia ( $54,3\%$  vs  $31,1\%$   $p = 0,012$ ), úlceras por presión ( $43,3\%$  vs  $17,9\%$   $p = 0,039$ ) e inicio de rehabilitación en la primera semana ( $62,9\%$  vs  $82,1\%$   $p = 0,013$ ). Los destinos al alta fueron: domicilio (8,6% vs 79,2%), socio-sanitario/residencia (8,6% vs 12,7%), agudos (60,0% vs 6,6%) y exitus (22,9% vs 1,4%)  $p < 0,001$ .

**Conclusiones:** Situación funcional, comorbilidad, inmovilismo, incontinencia urinaria, úlceras por presión al ingreso y no iniciar tratamiento en la primera semana se relacionaron con el hecho de no completar el programa rehabilitador. Así mismo, los pacientes que no pudieron completar la rehabilitación, obtuvieron peores resultados en términos de salud y destino al alta.

## P183

### DESTINO DE LOS PACIENTES INGRESADOS EN UNA UNIDAD DE GERIATRÍA DE AGUDOS EN VIRTUD A SUS CARACTERÍSTICAS DIFERENCIALES

O. Sabartés Fortuny, M. Arellano, M. Pi-Figueras, J. Gutiérrez, D. Sánchez y M.A. Márquez

Unidad de Geriatría de Agudos. Servicio de Geriatría. Hospital del Mar, Hospital de l'Esperança, Centre Fòrum de l'Hospital del Mar. Institut d'Atenció Geriàtrica i Sociosanitària (IAGS).

**Objetivos:** Describir las características clínicas de pacientes que ingresan en una Unidad de Geriatría de Agudos (UGA) y analizar los factores pronósticos de retorno a domicilio, ingreso en unidad de media y larga estancia o institucionalización.

**Material y método:** Estudio retrospectivo de pacientes ingresados en una UGA durante dos años consecutivos. Se describe edad, estancia media, capacidad funcional medida por el índice de Barthel (IB) y el índice de Lawton (IL), situación cognitiva medida por el test de Peiffer (TP), comorbilidad medida por el índice de Charlson, presencia de síndromes geriátricos y diagnósticos prevalentes.

**Resultados:** Se analizan 1920 pacientes, de los cuales 1330 (69,3%) retornaron al domicilio, 61 (3,2%) fueron trasladados a media estancia, 2,6% a larga estancia, 109 (5,7%) ingresó en residencia. Edad media de 84,4 años y estancia media de 11,5 días. IB al ingreso de 34,1, al alta de 20,1, IL previo de 2,34 y TP de 5,2 errores. El I. Charlson fue  $2,29 \pm 2,5$ . La escala Díaz Gijón fue  $8,1 \pm 2,5$ .

El análisis de síndromes geriátricos: inmovilidad se correlacionó con destino de media estancia (1,0%), exitus (22,3%) e institucionalización (3,2%), no así con retorno a domicilio (66,1%) ( $p < 0,001$ ); incontinencia con ingreso en media estancia (2,0%) y larga estancia (3,3%) ( $p < 0,001$ ); presencia de trastorno de la marcha ingreso en media estancia (3,4%), institucionalización (6,9%) y exitus (14,0%) ( $p < 0,001$ ); presencia de polifarmacia con riesgo de mortalidad (14,1%) e institucionalización (3,6%) ( $p < 0,001$ ); malnutrición con ingreso en larga estancia (3,5%) y mortalidad (13,7%) ( $p < 0,001$ ); demencia con institucionalización (8,0%), larga estancia (3,5%) versus media estancia (1,0%) y retorno a domicilio (68,1%).

El análisis multivariante muestra como factores pronósticos de retorno a domicilio: I de Charlson ( $p = 0,2$ ), Barthel previo ( $p < 0,001$ ); Barthel al alta ( $p < 0,001$ ); Lawton ( $p = 0,007$ ), Norton ( $p < 0,001$ ), Peiffer ( $p < 0,001$ ), el menor número de días de estancia (10,4) ( $p < 0,001$ ) y una puntuación en la escala de Díaz Gijón (7,6) ( $p < 0,001$ ).

**Conclusiones:** La presencia de los síndromes geriátricos: inmovilidad, incontinencia, trastornos de la marcha y demencia fueron factores pronósticos de no retorno a domicilio y riesgo de institucionalización. La aparición de trastorno de la marcha e incontinencia fue factor pronóstico de ingreso en media estancia.

La peor situación funcional (IBarthe) previa y al alta, la presencia de deterioro cognitivo, el menor número de días de estancia y una menor puntuación en la escala de Díaz Gijón se mostraron como factores pronósticos de retorno a domicilio.

## P184

### FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR Y DEMENCIA

J. Diaz, B. Torres Moreno, C. Alastuey Jiménez y J.P. Simon Turriate  
Hospital Insular de Lanzarote, Arrecife.

**Objetivo:** Evolución de los pacientes que asisten a Centro de Día. Tratamiento para el deterioro y de factores de riesgo cardiovasculares (FRCV) y su cumplimiento.

**Método:** Estudio descriptivo observacional. Situación física y mental al ingreso (escalas Barthel, IB, y MMS), antecedentes FRCV y medicación. Verificando el control de FRCV.

**Resultados:** 66p. V36%; M64%. Edad promedio: 80. No dementes: 36%. Dementes (64%), tipo de demencia: Alzheimer: 40%; vascular: 17%; mixta: 36%; otros tipos 7%. IB medio, al ingreso: 65; actual 60. MMS medio, al ingreso: 11; actual: 10. Patología de riesgo: DM: 21%; HTA: 61%; dislipemia: 14%; aterosclerosis 58%. 64% de diabéticos y 87% de los hipertensos controlados. El 100% de pacientes diabéticos también hipertensos y el 7% además dislipémicos. De los pacientes con diagnóstico de demencia el 17% no recibían tratamiento; el 27% estaban tratados con colinérgicos inhibidores de la acetil colinesterasa; el 20% con antiagregantes; el 7% con memantina y el 29% tratamiento mixto. No se encontró diferencias significativas entre el tipo de demencia y los factores de riesgo. Valorando la influencia de la asistencia al Centro de Día, la funcionalidad física mejora un 47%, se mantiene 26% y empeora 27%; la mental (MMS) mejora un 37%, se mantiene 51% y empeora un 12%.

**Conclusiones:** Hay un enlentecimiento del deterioro en nuestro estudio, que apoya la necesidad del control de FRCV, el tratamiento del deterioro y la estimulación de los centros de día así como un buen apoyo social.

## P185

### ¿ES EL PROBLEMA SOCIAL EL CAUSANTE DEL RETRASO DEL ALTA HOSPITALARIA DE UN ENFERMO?

S. Jiménez, C. Nogueras, T. Sales, M. Bret, J. Santesmases y S. Altimir  
Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona.

**Introducción:** La Unidad de Geriatría interviene de forma interdisciplinaria en ancianos ingresados en el Hospital de agudos. Uno de los

motivos de interconsulta más frecuentes es el supuesto retraso del alta hospitalaria (RAH) por problemática social.

**Objetivos:** Demostrar la presunción desde nuestra experiencia de que el RAH de un paciente es debido a problemas más de índole médica que no social.

**Métodos:** Revisión retrospectiva de los pacientes ingresados por motivo médico o quirúrgico, excluida la Unidad Geriátrica de Agudos, y valorados por la Unidad durante el 2007. Análisis de los factores asociados a RAH (estancia > 13 días, media obtenida en nuestros pacientes).

**Resultados:** De los 1.102 pacientes atendidos por la Unidad se realizó una VGI a 457 (43,9%). La edad media fue de 78,9 años (77,5a para los pacientes con RAH vs 79,3 a sin RAH (SRAH),  $p = 0,013$ ), tomaban una media de 5,9 fármacos y el índice de Charlson era de 2,8. La media de la escala de Gijón era 11 y un 20,4% padecían sobrecarga del cuidador. Tras analizar todas las variables de la VGI, las relacionadas con RAH fueron: diagnóstico de insuficiencia cardíaca (34% en RAH vs 26% en SRAH,  $p = 0,038$ ), índice de Barthel (IB) al ingreso (21,6 RAH vs 26,9 NRAH,  $p = 0,034$ ) y IB al alta (27,4 vs 34,2,  $p = 0,007$ ). Ninguna variable social se relacionó con RAH: Gijón ( $p = 0,052$ ), presencia de sociopatía ( $p = 0,30$ ) y sobrecarga del cuidador ( $p = 0,38$ ).

**Conclusiones:** El RAH se relaciona con variables médicas (presencia de I<sup>º</sup>CC y grado de dependencia funcional) y no con variables sociales.

## P186

### CONTENCIÓN FÍSICA SOBRE ANCIANOS EN HOSPITALIZACIÓN DE AGUDOS

S. Altimir, L. Barrancos, C. Nogueras, Y. López, C. Blasco y A. Urrutia  
Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona.

**Objetivos:** La contención física (CF) es un procedimiento no infrecuente durante el ingreso de personas ancianas. Analizar los factores asociados a su uso en hospitalización de agudos.

**Métodos:** Análisis retrospectivo de los ancianos ingresados durante 2007 a los que se les practicó una VGI.

**Resultados:** Total de 415 pacientes, el 15,2% fue sometido a CF (GrupoCF): 19,7% de los hombres vs 12,8% de mujeres ( $p = 0,041$ ). No hubo diferencias en edad, estancia, Charlson. El GCF consumía 4,7 fármacos (vs 6,9 en no sometidos,  $p < 0,001$ ). Índice de Barthel previo similar en ambos grupos y menor al ingreso (9 vs 23,  $p < 0,001$ ) y al alta (15 vs 31,  $p = 0,001$ ) en GCF. No diferencias en OARS, MNA, Gijón. Pfleifer superior en GCF (7,6 vs 3,5,  $p < 0,001$ ). Comorbilidad asociada: AVC (22,5 vs 11,9%,  $p = 0,005$ ), demencia (32,4 vs 9,4%,  $p < 0,001$ ), EPOC (7,3 vs 18%,  $p = 0,004$ ). En antecedentes psiquiátricos, sólo diferencias en ansiedad (29,0 vs 14,1%,  $p = 0,031$ ). Los sentidos de la vista y oído estaban más afectados en GCF: buena visión en 43,9% (vs 66,5) y buen oído en 58,7% (vs 74,4%). Síndromes asociados: afasia (34,4 vs 11,9%,  $p < 0,001$ ), inmovilidad (19,9 vs 11,5%,  $p = 0,014$ ), delirium (41,7 vs 1,8%,  $p < 0,001$ , OR 38,8), disfagia (29,2 vs 12,2,  $p = 0,001$ ), caídas previas (20,5 vs 13,0%,  $p = 0,038$ ), sobrecarga cuidador (28,1 vs 8,9%,  $p < 0,001$ ). Fallecieron un 15,9% del GCF vs 8,2%. Trasladado a Larga Estancia el 14,3 vs 6,8%.

**Conclusiones:** El paciente sometido a CF tiene un perfil de mayor fragilidad. El delirium es posiblemente la complicación que más se asocia a CF. El GCF tiene un mayor riesgo de mortalidad durante el ingreso en Agudos.

## P187

### COMORBILIDAD EN PACIENTES INGRESADOS POR INSUFICIENCIA CARDIACA A UNA UGA

M.J. Lopez Sanchez, S. Quintela Garcia, C. Rodriguez Pascual, A. Leiro Manso, J.M. Vega Andino y A. Vilches Moraga  
Hospital Do Meixoeiro, Complejo Universitario De Vigo.

**Objetivos:** Analizar la comorbilidad de los pacientes ingresados en nuestro servicio de geriatría por primera vez con un diagnóstico de IC.

**Metodología:** Se analizaron prospectivamente un total de 199 pacientes ingresados en nuestro servicio con un diagnóstico de IC entre el 1 de octubre de 2006 y 31 de septiembre de 2007.

**Resultados:** De las 139 mujeres y 60 hombres con edad media de 85,9 años incluidos en ésta cohorte, 73 (71,9%) presentaba un índice de Charlson (iCh) mayor o igual a 3 con una media de 4,47. Las enfermedades asociadas más frecuentemente fueron: HTA (74,4%), osteoartrosis (69,8%), ERC (47,2%), arteriopatía isquémica periférica (39,7%), anemia (38,7%), diabetes (36,2%), EPOC (35,2%), dislipemia (31,2%), cardiopatía isquémica (27,1%) y demencia (24,1%). Fibrilación auricular al ingreso en 102 (50%) y un diagnóstico previo de IC en 119 individuos. El 44,2% desarrolló delirium y un 65,8% deterioro funcional.

Figura 1 Índice de Charlson en pacientes ingresados con IC.

Índice de Charlson	Núm. pacientes	%	% acumulado
0	11	5,5	5,5
1	21	10,6	16,1
2	26	13,1	29,1
3	26	13,1	42,2
4	21	10,6	52,8
5	38	19,1	71,9
6	11	5,5	77,4
7	20	10,1	87,4
8 o mayor	25	12	100

**Conclusiones:** Los pacientes ingresados a nuestro servicio por primera vez con un diagnóstico de IC pertenecen a un grupo de individuos muy ancianos con gran carga de enfermedad. Estos sujetos son habitualmente excluidos de los proyectos de investigación y por tanto estimamos recomendable incluirlos en futuros ensayos clínicos.

## P188

### MORTALIDAD EN PACIENTES INGRESADOS CON IC A UNA UGA

A. Vilches Moraga, E. Paredes Galán, C. Rodríguez Pascual, J.M. Vega Andion, M.T. Olcoz Chiva y A. López Sierra  
Hospital Do Meixoeiro, Complejo Universitario De Vigo.

**Objetivos:** Analizar la mortalidad de los pacientes ingresados en nuestro servicio de geriatría por primera vez con un diagnóstico de IC.

**Metodología:** Se analizaron prospectivamente un total de 199 pacientes ingresados en nuestro servicio con un diagnóstico de IC entre el 1 de octubre de 2006 y 31 de septiembre de 2007.

**Resultados:** De las 139 mujeres y 60 hombres incluidos en el estudio un 15,8% fue exitus (20,3% de los hombres y 13,9% de las mujeres). Fallecieron durante el seguimiento ambulatorio un total de 15 hombres (33,3%) y 38 mujeres (38,4%). Los factores más relacionados con la mortalidad intrahospitalaria fueron: FEVI muy deprimida (29,4%) vs no deprimida (10,1%), anemización por debajo de 10g/dl (23,5%) vs niveles por encima de 10 g/dl (14,3%) y la presencia de DM 23,6% vs. normoglucemia 11,3%.

La presencia de anemia no empeora de forma considerable la mortalidad (37,2 vs 34,4%). La mortalidad en disfunción sistólica severa es del 35,3% vs 33,3% en pacientes con fracción de eyeción mayor de 35%. Los factores cuya presencia aumenta la mortalidad tras la alta hospitalaria son: demencia (30,3 vs. 57,1%), diabetes (35,1 vs 40,4%) y arteriopatía isquémica (33,3 vs 42,6%).

**Conclusiones:** Los pacientes ingresados a nuestro servicio por primera vez con un diagnóstico de IC tienen un alto índice de mortalidad, relacionado directamente a la función sistólica deprimida, aumento de la presión arterial media, coexistencia de anemia o discapacidad. Tras la alta hospitalaria la demencia y la presencia de diabetes o arteriopatía periférica se relacionan con peor pronóstico.

## P189

### EVALUACIÓN DE FUNCIONALIDAD DE ADULTOS MAYORES DE 70 AÑOS EN UN ÁREA DE SANTIAGO DE CHILE

E. Gallegos Chávez, A. López Ravest, C. Tanco Gajardo, C. Mercado Rodríguez, R. Meléndez Nishihara y M. Groisman Chervin  
Universidad de Santiago de Chile, Chile.

**Introducción:** Una de las estrategias de abordaje de los problemas de salud del AM es el tamizaje de funcionalidad y riesgo de depen-

dencia futura. En Chile se realiza con la aplicación del instrumento de Evaluación Funcional del Adulto Mayor (EFAM), en Atención Primaria de Salud (APS). Este instrumento permite categorizar los pacientes en Autovalentes, Autovalentes con Riesgo, Dependientes y Postrados. El objetivo del presente reporte es describir los resultados de la aplicación del EFAM en la red de APS de un área de Santiago de Chile.

**Metodología:** Estudio descriptivo de los resultados del EFAM en mayores de 70 años, en APS de área sur oriente de Santiago de Chile durante un año. Los datos se presentan separados por territorios comunales.

**Resultados:** Se realizan 10.740 EFAM representando al 28% de beneficiarios. EFAM resulta en Autovalentes 45%; Autovalentes con Riesgo 33%; Dependientes 21%; Postrados 1%. Hay variabilidad entre Comunas, con rango para Autovalentes desde 33 a 52%; Autovalentes con Riesgo 24 a 47%; Dependientes 11 a 32%. Entre los centros de APS de una misma comuna, también existe variabilidad en los resultados.

**Comentarios:** Existe una baja cobertura global de aplicación del EFAM, con variabilidad de resultados en funcionalidad. La baja de prevalencia de postrados se debería a dificultades de acceso de este grupo a las evaluaciones en el centro de salud. Los resultados pueden tener una explicación en la baja cobertura, lo que afecta la representatividad de los datos evaluados y/o en problemas de aplicación del instrumento (operador dependiente).

## P190

### MEJORAR LA SEGURIDAD EN LA UTILIZACION DE MEDICAMENTOS MEDIANTE UN PROGRAMA DE NOTIFICACION VOLUNTARIA DE ERRORES DE MEDICACION EN UN CENTRO SOCIOSANITARIO

D. Cubi Montanyà<sup>2</sup>, N. Riera Molist<sup>1</sup>, M. Vivas Pous<sup>2</sup>  
y A. Casals Pascual<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Hospital General de Vic, Barcelona; <sup>2</sup>Hospital Sant Jaume, Manlleu, Barcelona.

**Introducción:** Los Errores de Medicación (EM) definidos como aquellos incidentes prevenibles que pueden causar daño al paciente o un uso no adecuado del medicamento cuando se encuentra bajo el control del profesional sanitario o del propio paciente, aparecen de forma habitual en la práctica clínica diaria. La implantación de un programa de notificación voluntaria de EM puede ayudar a incrementar la seguridad en el uso de medicamentos.

**Objetivos:** Sensibilizar a los profesionales sanitarios del Centro sobre el uso seguro de los medicamentos, e identificar áreas de mejora para reducir y/o prevenir EM.

**Método:** Se crea un grupo de trabajo multidisciplinar formado por un médico geriatra, el responsable de enfermería, un farmacéutico y el director médico del centro con el objetivo de implantar, planificación y gestionar un programa de EM y su posterior análisis.

Se diseña una hoja de recogida de datos: descripción del EM, gravedad (si el error llegó al paciente o no y si causó lesión), tipo de EM (prescripción, dosis, duración, vía, preparación, administración, identificación de paciente, etc.), profesional que notifica el error, medicamento/s implicado/s, lugar, día y hora del error. Se organiza una sesión informativa y de sensibilización en materia de seguridad en la utilización de medicamentos dirigida a todo el personal asistencial y se presenta el programa de notificación voluntaria de EM. A los tres meses de inicio del programa se realiza un primer análisis de las notificaciones recibidas y se elabora un informe que se presenta en sesión para todo el personal. En enero del 2008 se realiza de nuevo otro análisis de las notificaciones, que se vuelve a presentar.

**Resultados:** La asistencia de los profesionales a las sesiones realizadas ha sido muy alta. El número de notificaciones de EM recibidas se ha mantenido desde el inicio del programa. De los EM notificados, la mitad han llegado al paciente, y de éstos sólo un tercio han precisado observación, aunque un error ha producido además lesión temporal. No se ha notificado ningún error grave. La mayor parte de las notificaciones han sido realizadas por el personal de enfermería.

El análisis de las notificaciones en los primeros 3 meses ha identificado diferentes áreas de mejora (prescripción, preparación de la medicación e identificación del paciente) y se han iniciado acciones para mejorar la seguridad en estas áreas.

**Conclusiones:** La implantación de este programa de notificación voluntaria de EM ha permitido implicar los profesionales del Centro en la seguridad en la utilización de medicación, identificar áreas de mejora, y mantener la sensibilización en este tema a lo largo del tiempo.

**Palabras clave:** Error de medicación, seguridad, programa de notificación de errores de medicación

## P191

### POLIMIOSITIS EN UNA MUJER DE 75 AÑOS

M. Gonzalo Lázaro, J. Oteiza Olaso, F. Uriz Otano, C. Martínez Velasco, M. Lama Gay y J.M. Jiménez Arribas  
Hospital San Juan de Dios, Pamplona.

**Objetivo:** Presentación de caso clínico de polimiositis en paciente mujer de 75 años.

**Métodos y resultado:** *Presentación de caso clínico:* Paciente derivada a nuestro hospital para convalecencia y recuperación funcional tras ser diagnosticada de miopatía inflamatoria. Mujer de 75 años con antecedentes de: DM tipo 2, HTA, dislipemia y cardiopatía isquémica, con una situación previa funcional y cognitiva preservada. *Tratamiento habitual:* simvastatina, bisoprolol, lormetazepam, AAS, enalapril. Tres meses antes del ingreso, comienza con debilidad muscular proximal progresiva, con dificultad creciente para realización de transferencias, aparición de caídas de repetición y de disfagia en los días previos al ingreso. En la exploración física destaca: leve mancha violácea en párpado superior izquierdo (se adjunta imagen). Balance muscular proximal disminuido. *Exámenes complementarios:* elevación de CPK sérica, estudio inmunológico negativo, biopsia muscular compatible con miopatía inflamatoria (se adjunta imagen). En pacientes mayores aumenta la relación entre miopatía inflamatoria y neoplasia por lo que se realizó estudio de búsqueda de lesión tumoral (Ecografía mama, gastroscopia, colonoscopia, TAC toraco-abdomino-pélvico), sin hallazgos. Se inicia tratamiento con corticoides iv a dosis de 1 mg/kg/día, con leve mejoría funcional las dos primeras semanas. Posteriormente, empeoramiento a pesar de asociar azatioprina, con síndrome de inmovilidad severo. Seis semanas después, episodio de hematuria franca y shock hipovolémico, precisando ingreso en UCI. Se realizan nuevas pruebas de imagen, con TAC que evidencia engrosamiento difuso de la pared vesical, compatible con neoformación a dicho nivel, junto con infiltración de grasa mesentérica y asas intestinales. Mala evolución clínica, asociándose cuadro de insuficiencia respiratoria, falleciendo a las pocas horas del ingreso.

**Conclusiones:** 1. Se trata de una dermatomiositis paraneoplásica asociada a tumor vesical. 2. Existe clara relación entre miopatía inflamatoria en ancianos y neoplasia. 3. Los síntomas clínicos de la miopatía pueden preceder a la aparición de la neoplasia en el 50% de los casos, y el tiempo medio entre ambos diagnósticos es de un año. 4. La sospecha de miopatía inflamatoria asociada a neoplasia debe aumentar cuando no hay respuesta al tratamiento. 5. Las neoplasias más frecuentemente asociadas a miopatía inflamatoria son: pulmón (26%), mama (25%), vejiga (10%), próstata (10%), ovario (7%) y otros.

## P192

### PERFIL CARDIOVASCULAR DE LOS PACIENTES DE EDAD GERIATRÍCA VALORADOS POR EL SERVICIO DE GERIATRÍA EN UN SERVICIO DE URGENCIAS GENERALES

M. Suárez Linares<sup>4</sup>, D. Calvo Cuervo<sup>2</sup>, V. Barriales Álvarez<sup>3</sup>, E. Delgado Parada<sup>4</sup>, N. Fernández Gutiérrez<sup>4</sup> y F. Suárez García<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Consejería de Salud y Servicios Sanitarios; <sup>2</sup>Hospital Universitario Central de Asturias; <sup>3</sup>Hospital Universitario Central de Asturias; <sup>4</sup>Hospital Monte Naranco, Oviedo.

**Objetivo:** Conocer las características cardiovasculares de los pacientes mayores de 65 años que acuden a un Servicio de Urgencias Generales y que son valorados por el Servicio de Geriatría y su asociación con un mayor riesgo de ingreso.

**Método:** Se recogieron los casos de personas mayores de 65 años que acudieron al Servicio de Urgencias del Hospital Central de Asturias durante el período 2004-2006 y que requirieron de una valoración geriátrica. Se obtuvieron datos sociodemográficos, estado funcional y cognitivo previo y factores de riesgo cardiovascular: hipertensión, fibrilación auricular, diabetes mellitus, fumador activo,

isquemia crónica de miembros inferiores y enfermedad cerebrovascular). Se realizó un análisis de frecuencias y un multivariante para conocer si alguno de los factores de riesgo cardiovascular constituyen un riesgo independiente de ingreso hospitalario.

**Resultados:** En total se valoraron 1.577 pacientes de los cuales el 61,8% eran mujeres, con una edad media de  $87,05 \pm 68,2$  teniendo las mujeres una superior edad media ( $p < 0,05$ ). El 65,9% de los individuos estaba soltero, separado o viudo estando el 19,1% institucionalizado. Un 10,9% vivía sólo/a. El 9,1% acudía sin acompañante y en el caso de los que venían acompañados era la familia en un 87,8% la que lo hacía. El índice de Barthel previo medio era de 71,24 (IC95%: 69,72-73,77) y presentaban deterioro cognitivo el 20,8%. Estaban diagnosticados como depresivos el 18,4% de los pacientes de los cuales el 70,7% eran mujeres. Del total, ingresaron 1182 individuos (75,2%). El 19,2% de los pacientes no presentaba ni constaba en sus antecedentes ningún factor de riesgo cardiovascular. Sólo un 1,1% de los individuos era fumador activo, el 55,5% era hipertenso, el 31,7% presentaba ACxFA, el 24,2% era diabético, el 13,4% tenía historia de ACV, un 8,7% ICMI y un 23% de cardiopatía isquémica.. La concurrencia media de factores de riesgo cardiovascular por individuo fue de 1,73 (IC95%: 1,66-1,79). El 54,7% de los individuos presentaban 1 ó 2 factores asociados, de los cuales la HTA y la ACxFA eran los más concurrentes. Tras un análisis de regresión logística ajustando los factores de riesgo cardiovascular por edad, sexo, estado funcional, cognitivo y depresión, se asociaron de forma independiente a un mayor riesgo de ingreso la hipertensión (OR: 1,69; IC95%: 1,33-2,16) y la diabetes mellitus (OR: 1,59; IC95%: 1,17-2,16).

**Conclusiones:** La mayoría de los sujetos mayores de 65 años valorados en el Servicio de Urgencias por un Geriatra presentan al menos un factor de riesgo cardiovascular, siendo la hipertensión arterial y/o diabetes mellitus aquellos factores que asocian de forma independiente un mayor riesgo de ingreso hospitalario.

## P193

### ANOMALÍAS VALVULARES EN EL ANCIANO SANO

M. Suárez Linares<sup>3</sup>, D. Calvo Cuervo<sup>2</sup>, J. Santianes Patiño<sup>3</sup>, V. López Gaona<sup>3</sup> y F. Suárez García<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Consejería de Salud y Servicios Sanitarios; <sup>2</sup>Hospital Universitario Central de Asturias; <sup>3</sup>Hospital Monte Naranco, Oviedo.

**Objetivo:** Estudiar la frecuencia de alteraciones valvulares, mitral y aórtica, en una población de ancianos (mayores de 65 años) sanos.

**Métodos:** Se estudiaron durante cuatro años de forma prospectiva 406 individuos sanos mayores de 65 años definidos estos por la ausencia de datos patológicos cardiológicos (cardiopatía isquémica, Hipertensión arterial, diabetes, hábito etílico, cardiopatías estructurales, funcionales, arritmias, marcapasos, bloqueos de 2º y 3º grado, ausencia de tratamiento farmacológico cardiovascular) cuya exploración física, el ECG en reposo y la radiología simple de tórax no mostraban alteraciones. Dichos sujetos fueron remitidos al Servicio de Cardiología del Hospital Central de Asturias (HUCA) para realización de un ECO-Doppler analizando la válvula mitral y aórtica.

**Resultados:** La edad media de los pacientes estudiados era de  $74 \pm 6$  años. El 47% de la serie eran varones. El 18% de los ancianos presentaba fibrosis valvular (FVAo) aórtica difusa. El gradiente transaórtico medio registrado fue de  $9,675 \text{ mmHg}$  con un rango entre 0 y 20 mmHg. En los sujetos con FVAo la edad fue significativamente mayor ( $77 \pm 7$  años frente a  $73 \pm 7$  años,  $p < 0,001$ ), siendo más frecuente esta alteración en los varones (51%). Se encontró insuficiencia aórtica leve en el 13% de los casos.

Un 29% de los individuos tenía datos compatibles con calcificación del anillo valvular mitral (CAM), afectando en un 90% de los casos al anillo posterior. La edad de los individuos con CAM del anillo mitral fue significativamente mayor ( $76 \pm 7$  años frente a  $73 \pm 7$  años,  $p < 0,001$ ) con predominio de mujeres (61%). Un 20% presentaron insuficiencia mitral leve.

En un 9% se registró simultáneamente calcificación del anillo mitral y fibrosis valvular aórtica, siendo también más frecuente en mujeres (61%).

**Conclusiones:** Las válvulas cardíacas experimentan varios cambios significativos relacionados con el envejecimiento, consistentes en un aumento del grosor y la calcificación de las valvas aórtica y mitral. Estos cambios no tienen repercusión, limitándose el efecto clínico a un soplo sistólico audible.

**P194****VALORACIÓN GERIÁTRICA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR DE UNA UFISS DE GERIATRÍA**

C. Pal Pal, T. Teixidor Colomer, S. Santaliestra Marín, C. Pérez Bocanegra, A. San José Laporte y M. Vilardell Tarres  
Hospital Vall D'hebron. Barcelona.

**Introducción:** La enfermedad cardiovascular (patología cardíaca, vascular y cerebrovascular) es muy prevalente en pacientes de edad avanzada. Debido al envejecimiento de la población, la mayoría de pacientes que ingresan en los hospitales pertenecen a este grupo de edad, siendo el motivo de ingreso en muchas ocasiones la patología cardiovascular.

**Objetivo:** Conocer del total de pacientes valorados por una UFISS de geriatría, cuantos ingresan por enfermedad cardiovascular y analizar las características de los mismos.

**Material y método:** Estudio descriptivo de los 450 pacientes valorados por la UFISS durante todo el año 2007 con el diagnóstico de enfermedad cardiovascular de un total de 1.130.

El análisis de los datos se ha realizado con el paquete estadístico SPSS12.0 para Windows.

**Resultados:** Del total de pacientes valorados por la UFISS en el año 2007, 450 (39,8%) eran pacientes con enfermedad cardiovascular.

De los 450 pacientes 206 (45,8%) eran hombres y 244 (54,2%) mujeres, la edad media fue de 77,12 años. El 76,2% venían del domicilio y solo un 16,9% volvía a su domicilio mientras que un 63% ingreso en un centro socio-sanitario para convalecencia y rehabilitación. Los servicios de procedencia de las interconsultas fue en un 39,4% neurología, un 10% cirugía vascular y un 7,1% cardiología y cirugía cardíaca. Estos enfermos tomaban una media de 5,91 fármacos, tenían un Barthel previo de 82,14 y un Barthel al alta de 32,64, en el OARS de actividades instrumentales las dependencias fueron 5,96 de media. Un 25,3% había tenido caídas previas, un 12,9% presentaban deterioro cognitivo, un 7,6% había presentado sdr depresivo, y un 1,3% presentó delirium.

Setenta y tres pacientes presentaban malnutrición proteica con un albúmina < 3,4 mg/dl., 14 pacientes presentaban una insuficiencia renal grave con creatinina de > 3 mg/dl y un 39,8% presentaban anemia (según criterios de la OMS).

**Conclusiones:** 1. Gran parte de los pacientes valorados por la UFISS tenían patología cardiovascular que había motivado su ingreso. 2. Muchos pacientes presentaron un importante deterioro de su situación funcional que motivó la necesidad de traslado a centro socio-sanitario. 3. En estos pacientes destaca el alto índice de polifarmacia con los efectos secundarios que ello conlleva y el importante gasto sanitario. 4. Sería muy importante realizar una correcta prevención cardiovascular para disminuir la dependencia y la necesidad de institucionalización en pacientes de edad avanzada.

**P195****VARIACIONES DE LA FRECUENCIA CARDIACA Y LA PRESIÓN ARTERIAL CON EL ENVEJECIMIENTO**

V. Barriales Alvarez<sup>1</sup>, D. Calvo Cuervo<sup>1</sup>, M. Suarez Linares<sup>4</sup>,

A.I. Gonzalez Alonso<sup>4</sup>, S. Gutierrez Vara<sup>4</sup> y F. Suárez García<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo; <sup>3</sup>Consejería de Salud y Servicios Sanitarios del Principado de Asturias; <sup>4</sup>Hospital Monte Naranco, Oviedo.

**Objetivo:** Se analizó el comportamiento de la frecuencia cardíaca (FC) y la presión arterial (PA) con el envejecimiento en una población de individuos sanos.

**Métodos:** Se estudiaron de forma prospectiva 713 individuos sanos definidos estos por la ausencia de datos patológicos cardiológicos (cardiopatía isquémica, Hipertensión arterial, diabetes, hábito etílico, cardiopatías estructurales, funcionales, arritmias, marcapasos, bloqueos de 2º y 3º grado, ausencia de tratamiento farmacológico cardiovascular) cuya exploración física, el ECG en reposo y la radiología simple de tórax no mostraban alteraciones. Se definieron dos grupos: Grupo A (estudio), 406 mayores de 65 años (media 74 ± 6 años) y Grupo B (control), 307 entre 20 y 50 años (media 38 ± 8 años). El 49% de la serie eran varones (47% en el grupo A y 53% en el grupo B). A todos ellos se les realizó un ECG de 12 derivaciones en reposo y toma de PA (media aritmética de dos determinaciones tras 5 minutos de reposo al menos).

**Resultados:** En el grupo A la FC fue significativamente inferior (67 ± 12 latidos por minuto frente a 72 ± 7 latidos por minuto en el grupo B) con  $p < 0,001$ . La FC media medida en reposo disminuyó con la edad un promedio de 5 latidos por minuto.

La PA sistólica en el grupo A fue de 127 ± 7 mmHg y de 115 ± 12 mmHg en el grupo B con  $p < 0,001$ . La PA diastólica fue de 80 ± 6 mmHg y de 73 ± 7 mmHg, respectivamente ( $p < 0,001$ ). El incremento de la PA sistólica fue proporcionalmente mayor (12 mmHg (9%)) que el de la diastólica (7 mmHg (8%)). No hubo diferencias entre ambos sexos siendo las cifras similares. El análisis de regresión lineal múltiple evidenció que la edad es el factor independiente más poderoso y el único estadísticamente significativo para el aumento de la PA sistólica ( $p = 0,0004$ ) y de la PA diastólica ( $p = 0,0004$ ) y la disminución de la FC ( $p = 0,0001$ ) en los individuos ancianos.

**Conclusiones:** El proceso normal de envejecimiento se asocia con una serie de cambios funcionales considerados como normales, cuya consecuencia última es un aumento significativo de la presión arterial tanto sistólica como diastólica y una disminución de la frecuencia cardíaca.

**P196****FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR Y ACV EN ANCIANOS**

M. Fernández Fernández, J. Canteli Martínez, J. Collado Ríos, L. Cossent Aguinaco, F.J. Gil Gómez y C. Martínez Alonso  
Hospital Cruz Roja, Gijón.

**Objetivo:** Identificar los factores de riesgo cardiovascular (FRCV) y las características de los pacientes que sufren un ACV, así como el tipo de ACV y las complicaciones.

**Material y métodos:** Se analizan todos los pacientes que han sufrido un ACV y han ingresado en nuestra Unidad de Rehabilitación durante el año 2007. Se estudiaron factores sociodemográficos, funcionales, cognitivos, FRCV, tipo de ACV y complicaciones. **Análisis estadístico:** SPSS 15.0.

**Resultados:** Durante el período de estudio ingresaron 138 pacientes diagnosticados de ACV; el 62,8% fueron mujeres, con una edad media de 78,23 ± 9,15 años. El 64,6% eran independientes para las ABVD (I. Cruz Roja físico) y sólo el 19,6% no presentaban alteraciones cognitivas al ingreso. El 60,6% vivían en el núcleo familiar. FRCV: el 24,6% ACV previo; 33,3% DM; 50% HTA; 18,1% DLP; 17,4% C. Isquémica; 20,3% ACxFA y el 10,1% isquemia vascular.

La estancia media fue de 36,38 ± 25,27 días. El 76,8% de los ACV fueron isquémicos. El 97,8% fueron alta; siendo la complicación más frecuente la infección respiratoria, con un 9,5%.

**Conclusiones:** El 18,57% no tienen ningún FRCV, el 52,85% tienen dos o más factores; siendo la HTA el factor de riesgo cardiovascular más frecuente de forma aislada, presente en el 50% de los casos. La profilaxis antitrombótica primaria está infratratilizada, sólo presente en el 39%; mientras que al alta el 81,8% tenían profilaxis antitrombótica.

**P197****RELACIÓN ENTRE EL ESTADO NUTRICIONAL, LA INCIDENCIA Y EVOLUCIÓN DE UPP EN UNA RESIDENCIA GERIATRICA**

M.L. Gallego<sup>2</sup>, J. Catena<sup>2</sup>, B. Pascual<sup>2</sup>, J. Bonet<sup>2</sup>, E. Villar<sup>2</sup> y P. Flotats<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Althaia, Manresa; <sup>2</sup>Residencia Sant Andreu/FSSM, Manresa.

**Objetivo:** Conocer el estado nutricional, evaluar la incidencia de UPP y definir las actividades a desarrollar durante el año 2008 para mejorar dichos parámetros.

**Metodología:** Se basa en la evaluación geriátrica integral, valoración funcional (I. Barthel, e. Norton), cognitiva (MEC) y social (edad, género). Definiremos la patología principal. La evaluación del estado nutricional es a partir de la albúmina sérica y del MNA. Se valora la pérdida de peso ( $\geq 5\%$ ) en el último trimestre. Se contabilizan el número de pacientes con UPP. Se analizan las actividades a realizar para mejorar el estado nutricional y mejorar la incidencia de aparición de UPP.

**Resultados:** Población 73 residentes, 62 (85%) mujeres y 11 (15%) hombres, edad media: 85,8 años. Situación funcional: I. Barthel dependencia total 35 (48%) p, severa 16 (22%) p, d. moderada 16 (22%) p, leve/autónomos 6 (8%) p; Escala de Norton: sin riesgo 29 (40%) p, bajo riesgo 22 (30%) p, elevado riesgo 21 (30%) p. Situación cognitiva: MEC no valorable 7 (10%) p, det. grave 16 (22%) p, det. moderada

do/grave 6 (8%) p, det. moderado 10 (14%) p, det. leve 10 (14%) p, det. muy leve 12 (16%) p, sin deterioro cognitivo 12 (16%) p. Patología principal: enf. Alzheimer (31%); artrosis (15%); demencia (13%); cardiopatía crónica (12%); AVC (11%); sd. ansioso-depresivo (4%); enf. Parkinson (3%); otras: EPOC, etc (7%). Bioquímica: albúmina sérica – normal (3,5-4,5) 37 (51%) p; leve (3,0-3,4) 20 (27%) p; moderado (2,5-2,9) 11 (15%) p; sever (2,5) 1 (1%) p. MNA: normal (24-30) 37 (51%); riesgo malnutrición (17-23,5) 20 (27%); malnutrición (< 17) 16 (22%). Pérdida de peso ( $\geq$  5%) en el último trimestre: 15 (21%) personas. Incidencia de UPP: g.I 3 (4%) p; g.II 5 (7%) p; g.III 1 (1%) p; g.IV 2 (3%) p. Según los parámetros estudiados, aparecen 11 residentes en situación de malnutrición (alb y MNA bajos), de ellos 7 han perdido  $>$  5% de peso. Dos de ellos tienen UPP (1-g.I; 1-g.IV). El resto de residentes con UPP mantienen un aceptable nivel de nutrición.

**Conclusiones:** Como medidas generales, se han realizado acciones preventivas de UPP (colchones y cojines antiescaras) y cambios posturales a los residentes con riesgo elevado de malnutrición (albúmina baja y MNA bajo), además de aquellos que ya presentaban UPP. Se ha enriquecido el aporte proteico de las comidas (clarilla de huevo, leche descremada en polvo) y se añade proteínas en polvo en la merienda. Se realizará un seguimiento en el 2008 para observar resultados.

## P198

### ESTUDIO DE UTILIZACIÓN DE HEPARINAS DE BAJO PESO MOLECULAR EN PACIENTES GERIÁTRICOS INSTITUCIONALIZADOS

M.J. Mauriz Montero

Complejo Hospitalario Universitario Juan Canalejo, La Coruña.

**Objetivo:** Analizar la efectividad y seguridad heparinas de bajo peso molecular (HBPM) en pacientes ancianos institucionalizados.

**Método:** Estudio retrospectivo, 100% pacientes a tratamiento con HBPM, enero-diciembre 2007, en una residencia sociosanitaria, con atención médica desde primaria de salud y atención farmacéutica desde especializada (dependiente del hospital de referencia). *Criterio de inclusión:* pacientes con HBPM en 2007. *Fuentes de datos:* programa de dispensación en dosis unitaria, historia clínica de atención primaria e informatizada de especializada (Gestión Documental<sup>®</sup>), informes de tratamiento anticoagulante oral (TAO) e informes radiológicos, y protocolo de HBPM aprobado en el hospital. *Datos:* demográficos, indicación de HBPM, duración de tratamiento, factores de riesgo de enfermedad tromboembólica (ETE), efectividad y efectos adversos.

**Resultados:** El 12,8% (24/188) de los pacientes recibieron tratamiento con HBPM. Edad media 83,96 años (48-98), 70,8% mujeres. Dosis utilizadas de bemiparina 3.500UI (19), 2.500UI (4) y de tinzaparina 14.000UI (1). Indicaciones.- 17 profilaxis de ETE: pacientes médicos muy alto riesgo (13) y quirúrgicos traumatológico alto (1) y muy alto riesgo (3);- 6 tratamientos: fibrilación auricular en TAO e INR bajo (3), flebitis superficial (2) y TEP en paciente con neoplasia activa (1);- 1 prevención secundaria de recurrencia. Duración media de profilaxis médica 330 días. Varios factores de riesgo de ETE estaban presentes en todos los pacientes (95,8% de pacientes a muy alto riesgo de ETE): enfermedad neurológica con paresia, cáncer, obesidad, ACV antiguo, TVP ó IAM previo, ICC, HTA, esclerosis múltiple ó enfermedad pulmonar severa. 19/24 pacientes se ajustan a protocolo, 3/24 dosis inferiores y 2/24 indicación no contemplada. Se produjo un TEP (48 horas tras alta cirugía cadera en paciente con bemiparina 3.500UI) y 6 exitus sin estar relacionados con ETE. No se registraron reacciones adversas.

**Conclusiones:** La coordinación primaria - especializada en pacientes geriátricos institucionalizados permite una exhaustiva selección de los pacientes a tratar, obteniendo una alta efectividad.

## P199

### TUBERCULOSIS EN EL PACIENTE ANCIANO: CARÁCTERISTICAS CLÍNICAS, DIAGNÓSTICO Y PRONÓSTICO

M. Salvadó Soro<sup>1</sup>, C. García-Vidal<sup>2</sup>, M. Rodríguez-Carballeira<sup>1</sup>, J. Martínez Lacasa<sup>1</sup>, J. Mascaró<sup>1</sup> y J. Garau<sup>1</sup>

<sup>1</sup>H. Mutua de Terrassa; <sup>2</sup>H. Mutua de Terrassa/H. Universitario de Bellvitge.

**Objetivos:** Describir las características y el pronóstico de los pacientes  $\geq$  80 años con tuberculosis (TB) y determinar la mortalidad atribuible.

**Métodos:** Estudio observacional de pacientes diagnosticados de TB (1995-2004). Los pacientes  $>$  80 años se compararon con el resto. Estudio caso-control para determinar la mortalidad atribuible en los  $>$  80 años.

**Resultados:** Se incluyeron 319 casos, 27 de ellos  $\geq$  80 años. La mediana de edad de los  $>$  80 fue de 86 años (rango 80-93) y 46 (18-79) en el resto. La presencia de comorbilidades (media índice de Charlson: 2,04 vs. 0,66; p = 0,000) fue mayor en el grupo de ancianos. La TB pulmonar fue la localización más frecuente en ambos grupos (66,1% vs 59,3%; p = 0,35), sin embargo los  $\geq$  80 años presentaron menor porcentaje de cavitación en la radiografía de tórax (21,5% vs. 0%; p = 0,004). No se observaron diferencias significativas en el tiempo hasta el diagnóstico (58,44 vs. 94,95; p = 0,373), ni en toxicidad farmacológica (13,1% vs. 21,4%; p = 0,413). Los pacientes  $\geq$  80 años tuvieron mayor mortalidad relacionada con la TB (55,6% vs. 8,3%; p = 0,00), sin embargo, no presentaron mayor mortalidad que los pacientes de su misma edad sin TB apareados por edad, sexo y comorbilidades (27,7% vs 18%; p = 0,767).

**Conclusiones:** El grupo de ancianos con TB presenta una mayor mortalidad relacionada que el resto de la población con TB. Los pacientes  $\geq$  80 años con TB no tienen mayor mortalidad que los  $\geq$  80 años sin TB, lo que sugiere que si se diagnostica pronto y trata adecuadamente, tiene una baja mortalidad atribuible.

## P200

### EL PAPEL DE LA TERAPIA OCUPACIONAL EN EL HOSPITAL DE DÍA GERIÁTRICO DE TERUEL

E. Lorente Sanz, P. Manzano Hernandez, C. Gomez Sarasa, M.E. Perez Colon, S. Cortes Perez y M.J. Vicente Romero  
Hospital San José, Teruel.

**Objetivo:** Analizar el perfil de paciente y los tratamientos aplicados en Terapia Ocupacional en el Hospital de Día Geriátrico de Teruel.

**Método:** Estudio descriptivo retrospectivo de pacientes incluidos en Hospital de Día desde diciembre de 2007 a febrero de 2008. Análisis de variables sociodemográficas, valoración funcional y mental e intervención en Terapia Ocupacional.

**Resultados:** 50 pacientes, edad media 72 años, 53% mujeres, media de Barthel basal 82, al ingreso 55, al alta 82. Valoración mental al ingreso, media de MEC 29. MEC menor o igual a 24 el 23% (deterioro cognitivo). Media de sesiones recibidas 24, duración media sesiones: 1 hora y media en el 46%. El 96% acuden entre 2 y 3 días a la semana. Reentrenamiento actividades básicas vida diaria (78%), actividades instrumentadas (46%), actividades avanzadas (18%), actividades manipulativas (90%), estimulación cognitiva (70%), actividades grupales y socialización (76%), transferencias (78%), rehabilitación componentes motores y neuromusculares (96%), estimulación sensorial (34%), psicomotricidad (46%), técnicas de ahorro energético (2%), recomendación de adaptaciones del domicilio y ayudas técnicas (52%), entrenamiento en uso de ayudas técnicas (20%), intervención y formación de familiares (58%), pautas de actividades en domicilio (92%).

**Conclusión:** En el Hospital de Día Geriátrico se trabaja con pacientes con dependencia moderada.

El Terapeuta Ocupacional interviene en múltiples aspectos para conseguir la máxima autonomía de los pacientes en su vida cotidiana.

## P201

### REVISIÓN DE RESULTADOS FUNCIONALES POST AMPUTACIÓN SUPRACONDILEA EN PACIENTES ATENDIDOS EN UN HOSPITAL GERIÁTRICO

M. Arévalo Anaya, A. Manzano Buldo, M. Soldevila Llagostera, P. Soler Pusó y J. Espaulella Panicot  
Hospital de la Santa Creu, Vic. Barcelona.

**Introducción:** La amputación supracondilea es indicador de gravedad de enfermedad isquémica vascular. El proceso de Rehabilitación funcional posterior que incluye la protetización es un proceso largo y difícil en enfermos geriátricos por la comorbilidad, la reserva funcional escasa y la fragilidad. El objetivo es revisar los resultados funcionales del proceso de Rehabilitación.

**Método:** Estudio retrospectivo de los resultados funcionales de los pacientes con amputación supracondilea sometidos a protetización

ingresados en el Hospital Santa Creu durante los años 2005-2006 y primer semestre del 2007. Realizamos una revisión de la historia Clínica seguida de una entrevista telefónica al paciente o a su cuidador.

**Resultados:** De enero 2005 a junio 2007 ingresaron en nuestro hospital 18 pacientes con amputación supracondilea, 13 hombres y 5 mujeres: 3 menores de 65 años, 6 en rango de edad entre 65 y 75 años, 7 en rango de edad entre 76 y 85 años, y 2 con edad superior a los 85 años. De este grupo: 6 fueron excluidos por no ser candidatos a protetización. De los 12 pacientes protetizados, 8 son dados de alta con prótesis. De ellos: 3 ya han fallecido en el momento de la entrevista: 1 utilizó la prótesis hasta el momento de su muerte al cabo de un año del alta. 2 habían dejado de utilizar la prótesis a las pocas semanas del alta. En el momento de la entrevista continúan con vida 5 pacientes, de los cuales 2 habían abandonado el uso de la prótesis a las pocas semanas del alta, 1 al cabo de 1 año del alta. Y solo 2 hombres con edad inferior a los 70 años continúan utilizando la prótesis.

**Conclusiones:** 1. Es necesario una selección de los pacientes candidatos a iniciar proceso de protetización dada la elevada tasa de mortalidad que conlleva la comorbilidad existente en estos pacientes. 2. Los pacientes más jóvenes con mayores resultados funcionales presentan mayor cumplimiento en el uso de la prótesis. 3. Las mujeres presentan peor pronóstico funcional relacionado con la utilización de la prótesis. 4. Las expectativas iniciales no se corresponden con los resultados obtenidos. 5. En el momento de iniciar un proceso de protetización es necesario tener en cuenta factores como la capacidad cognitiva y emocional, capacidad funcional global, comorbilidad y situación social.

## P202

### INTERVENCIÓN DE FISIOTERAPIA EN EL HOSPITAL DE DÍA GERIÁTRICO DE TERUEL

C. Gómez Sarasa, P. Manzano Hernández, E. Lorente Sanz, M.E. Pérez Colón, S. Cortés Pérez y M. Forcano García  
Hospital San José de Teruel.

**Objetivos:** Análisis de la intervención realizada en la unidad de fisioterapia del Hospital de Día Geriátrico de Teruel.

**Método:** Estudio descriptivo retrospectivo de los pacientes incluidos desde Diciembre de 2007 a Febrero de 2008.

Estudio de variables sociodemográficas, técnicas de fisioterapia y ayudas técnicas.

**Resultados:** 50 pacientes, con edad media de 72 años, 53% mujeres. -Principales motivos de ingreso: fracturas (24,5%), ACV (20%), Parkinson (10%). Los trastornos de la marcha aparecen en un 73% de los casos. Media de sesiones aplicadas 15. Duración media de 1h y 30 min. El 57% acude 3 días/semana. Técnicas realizadas: cinesiterapia (100%), técnicas de facilitación neuromuscular, proprioceptiva (23%), mecanoterapia (93%), propiocepción (88%), electroterapia (70%), termoterapia (25%), presoterapia (2%), masoterapia (4%), rehabilitación de la marcha (84%). vendaje (6%). Colaboración con ortopedia 20%. El 76% precisan algún tipo de ayuda técnica para la marcha al inicio del tratamiento; al alta se reduce a un 47%. Reuniones multidisciplinares para valorar los casos 1 día/semana. Intervención e información familiar en un 37% de los casos.

**Conclusiones:** Es importante la movilización precoz de todos los pacientes independientemente de la patología concreta que presenten. La mayoría requieren rehabilitación de la marcha, actividad importante para su autonomía. Creemos fundamental el trabajo en equipo y el tratamiento integral. La implicación del paciente y la colaboración familiar son esenciales en el período de recuperación y posteriormente para el mantenimiento de los logros alcanzados en el proceso de rehabilitación.

## P203

### ATENCIÓN FARMACÉUTICA EN UN CENTRO SOCIOSANITARIO

N. Carrasco Fons<sup>2</sup>, M. Pérez Ines<sup>2</sup>, C. Domènech Carpén<sup>3</sup>, T. Casasín Edo<sup>1</sup>, E. Díaz-Munío Merodio<sup>1</sup> y E. Miranda Castro<sup>2</sup>  
<sup>1</sup>Hospital Viladecans; <sup>2</sup>Centro Sociosanitario Frederica Montseny, Viladecans.

**Objetivos:** Describir la Atención Farmacéutica en un centro sociosanitario de nueva apertura como parte del proceso integrado en un equipo multidisciplinar.

**Método:** Estudio descriptivo retrospectivo del tipo de intervenciones realizadas en los tratamientos de los pacientes de un centro sociosanitario. El período de estudio comprende desde noviembre de 2007 hasta marzo de 2008. Las intervenciones se realizaron a partir de la información disponible en la historia farmacoterapéutica en el momento del ingreso y posteriormente a través de la revisión periódica del perfil farmacoterapéutico del paciente.

**Resultados:** En el momento del ingreso se realizó de manera sistemática la conciliación de la medicación en el 100% de los pacientes. En la conciliación se realizaron 64 sustituciones de fármacos para la adecuación de éstos a la guía farmacoterapéutica; se detectaron 3 duplicidades; 3 omisiones terapéuticas; se suspendió el tratamiento con 15 fármacos innecesarios o de dudosa eficacia.

A lo largo del ingreso se realizó un seguimiento farmacoterapéutico de todos los pacientes interviniendo en diferentes puntos: en la duración de tratamientos, básicamente antibióticos (11), en recomendaciones para la monitorización farmacocinética de fármacos de estrecho margen terapéutico (digoxina) (7), en comunicaciones de RAM (1), detección de interacciones relevantes (3), en ajustes posológicos (8), y en detección de omisiones terapéuticas (4).

En el momento del alta y en los permisos domiciliarios se elaboró la hoja de información terapéutica al alta en todos los casos.

**Conclusiones:** La complejidad de los tratamientos así como el seguimiento farmacoterapéutico y aparición de efectos adversos, requiere la necesidad de una atención farmacéutica especializada, continuada e integrada en el equipo multidisciplinar.

La gestión de la medicación no es suficiente como única actividad del farmacéutico sino que es fundamental la atención farmacéutica corresponsable con el equipo médico para garantizar la calidad farmacoterapéutica y conseguir la máxima eficiencia en los tratamientos.

## P204

### TRABAJANDO LA CAPACIDAD FUNCIONAL EN UNA RESIDENCIA GERIÁTRICA

J. de los Santos Perdigones, S. López Torrejón, J. Durán Alonso, C. Del Rey Pagador, P. Ripalda Gómez y E. Varela Fuentes  
Hospital San Juan Grande, Jerez de la Frontera, Cádiz.

**Introducción y objetivos:** La institucionalización del anciano conlleva una pérdida de sus capacidades físicas y psíquicas; la cual se ve incrementada con alguna patología previa incapacitante.

Entre las funciones del personal de las instituciones geriátricas debe incluirse: "mantener, mejorar y enlentecer el deterioro de estas ABVD's mediante programas específicos para tal fin".

El objetivo de este estudio es: "Determinar la utilidad de un programa de ABVD's en un centro geriátrico asistido; con el fin de mejorar la autonomía y la calidad de vida del residente"

**Material y métodos:** Se realiza un estudio observacional prospectivo longitudinal, de seis meses de duración sobre una población de 45 residentes de una residencia geriátrica asistida de Jerez de la frontera, desde abril a octubre de 2007.

Realización de screening para determinar personas susceptibles de inclusión en programa.

Criterios de exclusión: deterioro cognitivo avanzado, enfermedad aguda, negativa del paciente al tratamiento, incapacidad funcional sin posibilidad de mejoría.

Realización de valoración inicial selectiva con "escala del departamento de terapia de rehabilitación del instituto de Chicago" modificada, escala de Barthel (a pacientes seleccionados con screening).

Tratamiento individual en habitación de 30 minutos de duración, 4 veces cada semana. Realizado por un terapeuta ocupacional y un fisioterapeuta en las ABVD's: higiene, baño, vestido, aseo personal y transferencias. Cada residente realiza ocho sesiones de tratamiento de 30 minutos. Revaloración semestral con escalas iniciales a todos los residentes valorados.

**Resultados:** Tras el screening, de los 45 residentes se eligen 29 para realizar valoración inicial.

Una vez realizada esta valoración, se decide realizar tratamiento individual en habitación a 20.

De los pacientes a los que se les realiza tratamiento individual:

- 25% mejoría significativa.

- 60% estado estable.

- 10% empeoramiento significativo.

- 5% causa baja en el centro.

**Conclusiones:** Útil para enlentecimiento, mantenimiento y mejora de capacidades de autocuidado en ABVD's. Los dos residentes empeorados han sido por enfermedad subyacente. Mayor utilidad en personas con menor deterioro cognitivo. Gran labor y responsabilidad de todo el personal del centro.

## P205

### CONCORDANCIA DE LA MAGNETOENCEFALOGRÍA EN LA SEVERIDAD DE LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER

A. Besga Basterra<sup>2</sup>, L. Ortiz<sup>1</sup>, A. Fernández<sup>1</sup>, P. Gil Gregorio<sup>2</sup>, J. Arrazola<sup>2</sup> y T. Ortiz<sup>1</sup>

<sup>2</sup>Hospital Clínico San Carlos, Madrid; <sup>1</sup>Universidad Complutense, Madrid.

**Objetivo:** Valorar la concordancia de la densidad de ondas lentas cerebrales y el grado de severidad de la enfermedad

**Método:** Estudio retrospectivo de 2 años de evolución. La muestra consta de 70 pacientes mayores de 65 años que acuden a la Unidad de Memoria del Servicio de Geriatría del Hospital Clínico San Carlos para estudio del deterioro cognitivo. De ellos, 33 pacientes tienen diagnóstico clínico de enfermedad de Alzheimer (EA), 23 pacientes deterioro cognitivo leve (DCL) y 14 son pacientes sanos controles. Los pacientes con EA cumplen criterios NINDCS-ADRDA y los pacientes con DCL cumplen los criterios de Petersen et al. El estudio de MEG se realiza con un equipo whole-head de 148 canales Magnes 2500WH (4D Neuroimaging Technologies, INC, San Diego, CA).

**Resultados:** Las variables que mejor explican la variabilidad del MMSE y el FAST en la muestra, son Oiz d t y Tiz d. Por cada unidad que aumenta la variable Oiz d, el MMSE disminuye 2,107 puntos ( $R^2 = 0,13$ ,  $P < 0,018$ ; IC = -3,84/-3,74) y el FAST aumenta 0,42 puntos ( $R^2 = 0,22$ ,  $P < 0,015$ ; IC = 0,85/0,76). Por cada unidad que aumenta la variable Tiz d, el MMSE disminuye 4,408 puntos ( $R^2 = 0,19$ ,  $P < 0,029$ ; IC = -8,35/-4,66) el FAST aumenta 0,97 puntos ( $R^2 = 0,14$ ,  $P < 0,015$ ; IC = 0,19/1,74).

**Conclusiones:** Se confirma la relación entre la aparición de ondas lentas y el grado de deterioro cognitivo (MMSE) y funcional (FAST).

## P206

### RESINCRONIZACIÓN CARDIACA EN LA INSUFICIENCIA CARDIACA: DETECCIÓN DE PACIENTES CANDIDATOS

J.L. González Guerrero<sup>2</sup>, T. Alonso Fernández<sup>2</sup>, O. Gea<sup>2</sup>, J. Mohedano<sup>2</sup>, I. Quintana<sup>2</sup> y J.M. Ribera Casado<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Clínico San Carlos, Madrid; <sup>2</sup>Complejo Hospitalario, Cáceres.

**Objetivo:** Exponer casos clínicos de pacientes con insuficiencia cardíaca (IC) candidatos a resincronización cardiaca para recordar que este tratamiento puede ser también aplicable a los pacientes ancianos.

**Método:** Se presentan los casos clínicos de pacientes geriátricos, incluidos en un programa de seguimiento de pacientes mayores de 65 años con IC tras su ingreso por dicho diagnóstico en nuestra Unidad de Geriatría, que cumplían los criterios de indicación de tratamiento mediante resincronización cardiaca.

**Resultados:** De entre 50 pacientes incluidos en el programa se seleccionaron 3 que cumplían los criterios referidos (6% de la muestra). Los pacientes tenían 76, 82 y 93 años, dos de ellos eran varones. La etiología de la IC fue isquémica en todos los casos. Referían clase funcional NYHA grado III-IV a pesar de haberse optimizado el tratamiento. Presentaban bloqueo de rama izquierda en el ECG, con un QRS > 120 ms, y en el ecocardiograma se objetivó disfunción sistólica (FEVI < 35%).

**Conclusiones:** La resincronización cardiaca es una opción terapéutica en los pacientes ancianos con insuficiencia cardiaca. Un mejor conocimiento de la misma nos permitirá ofrecerle sus beneficios a nuestros pacientes.

## P207

### REPERCUSIÓN FUNCIONAL DE LAS CAÍDAS DE REPETICIÓN

A. González Ramírez, M. Lázaro del Nogal, E. González Cuevas, G. Latorre González, C. Fernández Pérez y J.M. Ribera Casado  
Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

**Objetivo:** 1) Valorar la repercusión funcional de las caídas en ancianos mediante test clínicos y posturográficos. 2) Comparar los resultados con un grupo control.

**Material y método:** Estudio observacional caso-control. Sujetos de Consultas Externas de Geriatría: grupo A (caso), pacientes > 65 años con 2 o más caídas en los últimos 6 meses y grupo B (control), pacientes > 65 años sin caídas. A todos ellos se les evaluó mediante los tests clínicos "timed up and go" (TUG) y Tinetti Performance Oriented Mobility Assessment (POMA). Tests posturográficos (Posturógrafo Balance Master): bipedestación desde la posición de sentado (test STS), velocidad de la marcha (test WS), subir y bajar escalones (test SUO).

**Resultados:** Grupo A (113 pacientes): 85% mujeres.  $78 \pm 5$  años; Grupo B (113 pacientes): 69,6% mujeres.  $78 \pm 6$  años. Tests clínicos ( $p$  global < 0,001): TUG > 20 segundos A: 51,3%; B: 2,7%. POMA < 18 puntos A: 38,9%; B: 3,5%. Tests posturográficos funcionales: WA (< 39 cm/segundo) A: 71,4%; B: 28,4% ( $p < 0,001$ ). STS tiempo de transferencia de cargas [mediana (RIQ) en segundos]: A: 1,82 (0,93-3,73) B: 0,93(0,49-4,31) ( $p < 0,001$ ). SUO [media ± desviación estándar en % de peso corporal]: índice de elevación con pie izquierdo A: 12,90 ( $\pm 6,03$ ); B: 15,57 ( $\pm 6,72$ ) ( $p = 0,011$ ). Índice de elevación con pie derecho A: 14,91 ( $\pm 7,44$ ); B: 17,85 ( $\pm 7,08$ ) ( $p = 0,019$ ).

**Conclusiones:** Los ancianos con caídas de nuestra muestra presentan una velocidad de la marcha menor y peores puntuaciones en los tests clínicos TUG y POMA. Detectamos una secuencia de movimientos más lenta a la hora de alcanzar la bipedestación desde la posición de sentado. Igualmente hemos observado una menor presión ejercida a la hora de subir escalones independientemente del pie analizado.

## P208

### VALORACIÓN DEL CONTROL POSTURAL EN ANCIANOS DIABÉTICOS

E. González Cuevas, A. González Ramírez, M. Lázaro del Nogal, M. Ferrer Fuentes y J.M. Ribera Casado  
Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

**Objetivos:** Valorar mediante tests clínicos y posturográficos el comportamiento del equilibrio y marcha en ancianos diabéticos con y sin caídas.

**Material y Método:** diabéticos > 65 años de Consultas Externas de Geriatría: grupo A, 2 o más caídas en los últimos 6 meses; grupo B, diabéticos sin caídas. Datos demográficos, valoración geriátrica, tests clínicos ["timed up and go" (TUG), Tinetti Performance Oriented Mobility Assessment (POMA)] y posturográficos [control sensorial (mCTSIB); control motor (RWS)] (posturógrafo Balance Master). Análisis estadístico: SPSS v.12.0.

**Resultados:** Grupo A (31 pacientes).  $77,42 \pm 5,4$  años (67,6% mujeres); grupo B (19 pacientes)  $79,16 \pm 4,9$  (32,4% mujeres). Katz dependiente para 3 o más ABVD: A 88,9%, B 11,1% ( $p = 0,05$ ). TUG (segundos, media ± DE) A  $24,56 \pm 8,60$ , B  $11,72 \pm 4,21$  ( $p < 0,001$ ). Tinetti global < 18: A 85,7%, B 14,3% ( $p = 0,004$ ). Velocidad de marcha < 39 cm/seg: A 61,9%, B 38,1% ( $p = 0,068$ ). mCTSIB: sin diferencias. RWS: desplazamientos antero-posteriores: sin diferencias; control direccional (%), media ± DE) izquierda-derecha, desplazamientos lentos A:  $60,00 \pm 22,28$ ; B:  $74,83 \pm 6,73$  ( $p = 0,01$ ); moderados A:  $73,29 \pm 9,73$ ; B:  $79,56 \pm 5,59$  ( $p = 0,06$ ); rápidos A:  $77,23 \pm 10,04$ ; B:  $82,50 \pm 7,06$  ( $p = 0,03$ ). Velocidad de desplazamiento, movimientos izquierda-derecha (grados/seg; media ± DE) lentos A:  $3,39 \pm 1,91$ ; B:  $4,51 \pm 1,89$  ( $p = 0,09$ ); moderados A:  $5,15 \pm 2,08$ ; B:  $6,72 \pm 1,62$  ( $p = 0,008$ ); rápidos A:  $7,49 \pm 3,10$ ; B:  $11,13 \pm 3,08$  ( $p = 0,001$ ).

**Conclusiones:** La situación funcional es peor en ancianos diabéticos con caídas. También tardan más tiempo en realizar el TUG y presentan un Tinetti global menor. Muestran tendencia a velocidades de marcha más reducidas. Los test posturográficos indican peor manejo del centro de gravedad en desplazamientos laterales. Pendiente ampliar muestra para confirmar hallazgos.

## P209

### UTILIDAD DE LOS GRUPOS RUG-III EN LA GESTIÓN RESIDENCIAL

I. Pérez de Mendiguren  
Matia Fundazioa, San Sebastián.

**Objetivo:** Determinar la utilidad de los grupos RUG-III/HC en la Gestión Residencial. Estudio de la homogeneidad de los grupos, tanto en lo que a consumo de recursos se refiere como al mantenimiento de un perfil clínico similar.

**Método:** Estudio realizado en los Centros Gerontológicos Fraisoro y Julián Rezola de Matia Fundazioa a lo largo del año 2007. Se ha utilizado el instrumento de valoración multidisciplinar RAI-HC con una muestra de 300 personas, analizando posteriormente los grupos RUG-III resultantes para determinar: Homogeneidad en el consumo de recursos en los usuarios integrantes de cada grupo. Homogeneidad en el perfil clínico de los usuarios integrantes de cada grupo. Posibilidad de utilización de los grupos RUG-III en la gestión residencial: financiación, planificación de la atención, etc.

**Resultados:** La distribución de los usuarios en los grupos RUG es la siguiente: a) Funciones Físicas Reducidas: 46,1%. b) Problemas del Comportamiento: 5,81%. c) Deterioro Cognitivo: 6,15%. d) Complejidad Clínica: 24,6%. e) Cuidados Especiales: 6,1%. f) Servicios Exten-sivos: 9,7%. g) Rehabilitación Especial: 1,5%. Los grupos resultantes son homogéneos en lo que al consumo de recursos se refiere. Aun-que en general, los grupos mantienen una cierta homogeneidad en el perfil clínico de sus usuarios, existe una mayor dispersión de usuarios con el mismo perfil clínico, en diferentes grupos, supeditada al criterio de consumo.

**Conclusiones:** 1. El instrumento de valoración multidisciplinar RAI-HC, es un instrumento válido tanto para el establecimiento de Planes Individualizados de Atención como para la agrupación de los usuarios en grupos de isoconsumo de recursos. 2. Los grupos RUG-III resultantes son homogéneos, en lo que a consumo de recursos se refiere, sin ser excesivamente amplios. 3. En general se prioriza el criterio de consumo de recursos sobre el de ubicación por perfil clínico. Como resultado, existe una cierta dispersión de usuarios con el mismo perfil clínico en grupos RUG diferentes. 4. Los grupos RUG resultantes pueden suponer una buena referencia a la hora de establecimiento de criterios de financiación, planificación de la atención, estudios comparativos o cálculo de plantillas asistenciales.

## P210

### PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA PARA PACIENTES CON TRANSTORNOS COGNITIVOS Y RIESGO DE DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTÁNEA, RELACIONADO CON ALTERACIONES CIRCULATORIAS.

A. Huarte-Mendicoa Otero, G. Fainé Puy y A. Rodriguez Marcos  
Centro Fòrum Hospital del Mar IMAS, Barcelona.

En la Unidad de Trastornos de la Conducta, del Centro Fòrum Hospital del Mar de la ciudad de Barcelona, se ha observado una incidencia de edemas de extremidades inferiores de aproximadamente el 33%. Dadas las dificultades que estos pacientes presentan a la hora de entender las indicaciones terapéuticas y de colaborar en su autocuidado la posibilidad de aparición de lesiones cutáneas aumenta, así como el riesgo de infección de las mismas.

Por todo ello, el equipo de enfermería de esta unidad elaboró en el año 2007, el Plan de Cuidados de Enfermería para Pacientes con Trastornos Cognitivos y Riesgo de Deterioro de la Integridad Cutánea, relacionado con alteración de la circulación. Tras un año aplicando dicho plan, podemos afirmar que hemos evitado la aparición de nuevas úlceras en enfermos con riesgo y la cicatrización de las ya existentes.

## P211

### AFASIA PROGRESIVA NO FLUENTE EN UNA UNIDAD DE MEMORIA DE GERIATRÍA

R. Yubero Pancorbo, A. Viloria Jimenez, C. Pablos Hernandez, A. Rodriguez Calvo, P. Gil Gregorio y J.M. Ribera Casado  
Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

**Objetivos:** Describir las características cognitivas, funcionales y conductuales de pacientes con Afasia Progresiva No-Fluente (APN-F).

**Método:** Estudio prospectivo de pacientes diagnosticados de APN-F en una Unidad de Memoria de Geriatría. Se recogieron datos relacionados con: edad, género, nivel educativo y tiempo transcurrido desde el comienzo de los síntomas hasta el diagnóstico. Se aplicaron las siguientes pruebas cognitivas y escalas de valoración funcional y psicológico-conductual: MMSE, Textos I y II WMS-III, Dibujos I y II WMS-III, Test de Stroop, Test de Denominación de Boston abreviado, Fluencia verbal fonética y categorial, praxias ideomotoras, Span de

dígitos, Test del Reloj, Katz, Lawton, NPI y Zarit. Se recogieron factores de riesgo cardiovascular y presencia de focalidad neurológica. Análisis estadístico con SPSS 13.0.

**Resultados:** Se incluyeron 8 pacientes (1% de pacientes vistos en la unidad con diagnóstico de demencia). Edad media: 73 a. (68-80 a.). Mujeres: 50%. Nivel educativo medio: 8 a. GDS: 4 el 75% de la muestra. Puntuación media MMSE: 20,3 (10-26). Se objetiva una mayor severidad en los déficits asociados a tareas lingüísticas que en el resto de funciones exploradas. No obstante, se determinan déficit asociados a praxias ideomotoras y funciones ejecutivas. Independencia en actividades básicas e instrumentales de la vida diaria. No trastornos psicológicos-conductuales asociados.

**Conclusiones:** 1. La APN-F es un tipo de demencia con una prevalencia baja en la población geriátrica que acude a una Unidad de Memoria. 2. Los déficits cognitivos en el momento del diagnóstico no solo se asocian a tareas lingüísticas. 3. No se objetiva afectación funcional para actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, en posible relación a que la afectación del lenguaje en estadios iniciales no es incapacitante para la mayor parte de las actividades de la vida diaria, a excepción de la comunicación.

## P212

### DEMENCIA POR LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

C. Pablos Hernández, R. Yubero Pancorbo, A. Viloria Jiménez, C. Massegu, P. Gil Gregorio y J.M. Ribera Casado  
Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

**Anamnesis:** Mujer de 71 años con AP: HTA, Diabetes Mellitus secundaria a tratamiento esteroideo, angiomiolipoma renal izquierdo, episodios repetidos de hemorragia digestiva baja secundario a hemorroides externas grado IV y varices colon (hemorreidectomía). Diagnosticada en año 2000 de LES, con afectación cutánea y articular. Patrón inmunológico: Ana +/AntiRo+/AntiSm+/AntiCardiolipina: IgG+/FR+. En tratamiento con inmunosupresores y corticoides. Complicaciones a raíz del diagnóstico: esteatosis hepática y transamiasemia secundario a tto inmunosupresor; candidiasis orofaríngea; fenómeno Raynaud positivo; polineuropatía sensitiva de intensidad moderada-severa en EEII y EESS; psicosis lúpica y depresión; trastorno de memoria; endocarditis Libman-Sach; trombosis vena femoral: colocación de filtro; insuficiencia renal aguda; anemia trastornos crónicos.

**Historia deterioro cognitivo:** Inicio insidioso en 2004: valorada por Neurología con Dx de DCL. En 2007 valorada en consultas externas Geriatría con Dx de Demencia degenerativa. Se inicia tratamiento con IACE. En febrero 2008 valorada por Unidad de Memoria de Geriatría: se realiza valoración clínica, neuropsicológica, funcional y conductual.

**Exploración y pruebas complementarias:** Se evidencia desorientación temporal, alteración de memoria episódica y operativa verbal, atención selectiva, anomia, alteración de fluencia verbal y apraxia. Funcionalmente KATZ F, Lawton: 1/8, Blessed-A: 5,5. NPI: 32. Zarit: 45. Exploración física: Sin hallazgos significativos. Exploración Neurológica destaca temblor de reposo en MMSS e hipertonia de predominio en MSD. Marcha: aumento base de sustentación con marcada bradicinesia. RMN cerebral: Infarto temporal derecho antiguo. Lesiones isquémicas difusas. Atrofia temporal bilateral.

**Diagnóstico:** Demencia por lupus eritematoso sistémico apoyado por: fenómeno de Raynaud positivo; anticuerpo AntiCardiolipina: IgG +; Síndrome antifosfolípido +; Deterioro cognitivo progresivo tras diagnóstico de LES; Afectación vascular cerebral asociada a LES (Ref: Tomietto, 2007; Kowal et al, 2006 y 2004; Kozora et al, 2007)

**Tratamiento:** Se decide iniciar tratamiento con antagonistas de receptores NMDA. Seguimiento en 6 meses.

## P213

### MANEJO DEL DOLOR EN PACIENTES SEGUIDOS EN UNA UNIDAD DE ATENCIÓN DOMICILIARIA

F. Soria Perdomo, J. Velasco García-Cuevas, A. Rodríguez Calvo, L. Donis Barber, P. Gil Gregorio y J. Ribera Casado  
Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

**Objetivos:** Valorar el manejo de dolor en pacientes con demencia en estadio severo (FAST, functional assessment scale > 7c) seguidos en

su vivienda a través del programa de atención a domicilio del Servicio de Geriatría.

**Materiales y Métodos:** Estudio descriptivo de pacientes (N: 72) con demencia en estadio FAST > 7c. Se recogen datos de edad, género, uso de analgésicos y otros fármacos, tiempo de seguimiento, situación funcional y comorbilidad..

**Resultados:** N: 72. 36: sin analgesia, 24: analgesia persistente y 12: analgesia interrumpida. 92,4% de los pacientes con analgésicos de categoría I según la Organización Mundial de la Salud (metamizol en 5 y paracetamol en 7 pacientes).

En aquellos pacientes en los que se interrumpe el uso de analgesia se objetiva deterioro funcional subjetivo a través de datos clínicos, en dichos pacientes se mantiene el uso de neurolépticos.

**Conclusiones:** 1. El dolor es un problema frecuente en los pacientes seguidos en la Unidad de Atención Domiciliaria del Servicio de Geriatría. 2. Existe uso frecuente de analgésicos en Atención a Domicilio. Mas del 90% de la categoría I de la OMS. 3. Al interrumpir la analgesia se objetiva deterioro en las actividades básicas de la vida diaria e intensificación del tratamiento con neurolépticos.

Se hace necesaria la realización de estudios que permitan el seguimiento de dolor en el paciente geriátrico, en particular aquel con deterioro funcional para evitar el riesgo de insuficiente analgesia.

## P214

### TRASTORNO DE LA MARCHA Y DEMENCIA: A PROPÓSITO DE UN CASO

F. Uriz Otano<sup>2</sup>, M.A. Arizcuren Domeño<sup>1</sup>, M. Gonzalo Lázaro<sup>2</sup>, J. Oteiza Olaso<sup>2</sup>, C. Martínez Velasco<sup>2</sup> y M. Lama Gay<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Residencia Landazábal, Burlaga; <sup>2</sup>Hospital San Juan de Dios, Pamplona.

**Objetivo:** Presentación de un caso clínico de persona mayor con Trastorno de la marcha, deterioro cognitivo y evolución desfavorable. Utilidad de la valoración e intervención multidisciplinar

**Material y métodos:** Estudio descriptivo retrospectivo de las diferentes valoraciones e intervenciones realizados a un anciano institucionalizado durante 15 meses de ingreso.

**Resultados:** Hombre de 72 años con HTA, Diabetes. Cardiopatía isquémica, Insuficiencia cardiaca. Buena situación funcional y marcha, (Barthel: 100, Lawton: 8, Tinetti M/E: 16/11) Deterioro cognitivo leve vascular (MEC: 27. ADAS cog: 20) sin trastorno conductual importante (ligera apatía, conformismo, buen control del sueño).

Buena relación social (amigos). Evolución 6 primeros meses ingreso: Trastorno de la marcha con caídas repetición, (pasos cortos, aumento base, ligera retropropulsión, bracinesia, rigidez en extremidades Tinnetti M/E: 13/7), Deterioro funcional: Dependiente instrumentales, y parcial actividades básicas (Lawton: 0 y Barthel: 60). Mayor deterioro cognitivo (memoria, inatención, juicio y razonamiento (MEC: 16, ADAScog: 28, GDS: 4).

Trastorno conductual: no conciencia enfermedad, apatía, irritabilidad, conducta desorganizada. No relación social. Intervención realizadas: Exploración y estudio marcha, funcional y cognitivo, analítica de sangre y orina (normal), Modificación medicación psicotropa (antidepresivo neuroléptico) Sujeción, Cinesiterapia y Terapia ocupacional.

Siguientes 3 meses: Empeoramiento marcha y funcional (Retropulsión, No reflejos posturales, rigidez generalizada, Piramidalismo, deambulación ayuda dos personas. Dependiente ABVD excepto comida, (Tinnetti M/E: 6/3, Barthel: 10, Lawton: 0) Mayor deterioro cognitivo (funciones corticosubcorticales MEC: 10, GDS: 6). TAC Craneal: Atrofia encefálica difusa, desproporción tamaño ventricular, Posible Hidrocefalia Presión Normal. Ingreso Neurología: punciones lumbares sin mejoría, No derivación ventrículo-peritoneal. Se instaura tratamiento Ldopa, suspensión posterior (psicosis). Situación actual (Próximos 6 meses): Deterioro funcional y de la marcha importante (Vida cama-sillón, Barthel: 0/100, Tinnetti M/E: 0/0). Deterioro cognitivo severo (MEC: 0, GDS: 7). Apatía y mutismo (no medicación psicotropa)

**Conclusiones:** El patrón de alteración de la marcha en pacientes con deterioro cognitivo puede ayudar a orientar el diagnóstico de la enfermedad de una manera precoz, permitiendo un manejo terapéutico más adecuado.

La valoración geriátrica junto la intervención interdisciplinar sigue siendo elementos importantes en la atención de estos enfermos.

## P215

### CLASIFICACIÓN RUG-III Y TRABAJO DE EQUIPO MULTIDISCIPLINAR EN UN CENTRO GERONTOLOGICO

I. Perez de Mendiguren, M.I. Genua, I. Carrasco, M.M. Aguirre, M. Fernandino y M. Idiakoz  
C.G. Fraisoro. Matia Fundazioa, San Sebastian.

**Objetivo:** Determinar la utilidad de la clasificación RUG-III-HC en el establecimiento de objetivos de intervención y elaboración de Planes de atención individualizados. Aportación al trabajo del Equipo de Atención multidisciplinaria del Centro Gerontológico Fraisoro de Matia Fundazioa.

**Método:** Estudio realizado en el Centro Gerontológico Fraisoro de Matia Fundazioa a lo largo del año 2007. Se ha utilizado la clasificación RUG-III obtenida a partir de la valoración de los 98 usuarios del Centro, con el instrumento de valoración multidisciplinaria RAI-HC. Los Objetivos Principales de intervención, con cada usuario, se establecen en función del grupo RUG resultante.

Elaboración del Plan de Atención Individualizado y determinación de los instrumentos de control.

#### Resultados:

- La distribución de los usuarios en los grupos RUG es la siguiente:
- Funciones Físicas Reducidas: 46,1%.
- Problemas del Comportamiento: 5,81%.
- Deterioro Cognitivo: 6,15%.
- Complejidad Clínica: 24,6%.
- Cuidados Especiales: 6,1%.
- Servicios Extensivos: 9,7%.
- Rehabilitación Especial: 1,5%.

**Conclusiones:** 1. La utilización de la Clasificación RUG-III ha supuesto una mejora en el funcionamiento del Equipo asistencial, facilitando el uso de un lenguaje asistencial común. 2. Posibilita el establecimiento de Objetivos y Planes de actuación con base en la evidencia de los datos recogidos y su seguimiento en el tiempo. 3. Identifica, adecuadamente, la situación o situaciones generadoras de necesidad de atención. 4. No aclara, suficientemente la ubicación ideal de los usuarios, observándose una cierta dispersión de perfiles clínicos similares en grupos RUG diferentes.

## P216

### CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE INSUFICIENCIA CARDIACA AL ALTA DE UNA UNIDAD DE GERIATRÍA

T. Alonso Fernández, J.L. González Guerrero, J. Mohedano, O. Gea, I. Quintana y L. García Martín  
Complejo Hospitalario, Cáceres.

**Objetivo:** Conocer las características de los pacientes con diagnóstico de insuficiencia cardiaca aguda (IC) dados de alta en nuestra Unidad Geriátrica de Agudos.

**Método:** Encuadrado dentro de un programa de seguimiento tras el alta hospitalaria de pacientes mayores de 65 años con IC, en el ámbito de una Unidad de Geriatría, se presenta un estudio descriptivo con los datos clínicos preliminares de los pacientes incluidos en el programa.

**Resultados:** Se registraron 50 pacientes. La edad media fue 84,7 años (rango 68-98), con un 72,3% de mujeres. El 53,2% refería antecedentes de IC, e ingreso previo por ello un 25,5%. Un 85,1% tenía HTA, 40,4% diabetes, 66% sd. metabólico, y un 38,3% un ITB patológico ( $\leq 0,9$ ). El principal factor desencadenante resultó ser un proceso febril/infección (44,7%), seguido de nuevo proceso cardíaco (25,5%). Entre las causas de IC destacaron: hipertensiva (44,7%), isquémica (29,8%) y valvulopatía (12,8%). Las cifras medias de Pro-BNP al ingreso fueron 7514 pg/ml, y al alta 3623. En el ECG se objetivó FA en el 46,8% de participantes. Un 71,8% tuvo una fracción eyeción conservada ( $> 45\%$ ). La estancia media fue de 9,8 días. La puntuación media en el cuestionario MLWHF, de calidad de vida, resultó 46,9. Respecto al tratamiento al alta en 89,4% se pautó diuréticos, 87,2% IECA/ARA, 27,7% b-bloqueantes, y en 25,5% digoxina.

**Conclusión:** Las características de nuestra muestra es similar a la de otros estudios.

Es importante conocer las características de los pacientes con IC para mejorar la atención sanitaria de la misma.

**P217****ELABORACIÓN DE UN PLAN DE CUIDADOS ESTANDARIZADOS DE ENFERMERÍA AL INGRESO EN UN CENTRO RESIDENCIAL PARA MAYORES**

C.N. Navas Ruiz, S. Pérez Berdugo, I.M. Marmolejo Arroyo  
y M. Caro García

SAR Sierra de las Nieves, Guaro.

**Objetivo:** Elaborar un plan de cuidados estandarizados al ingreso en un centro residencial de mayores. Proporcionar una guía a los profesionales que facilite la adecuada atención integral a los residentes. Garantizar la continuidad y calidad asistencial de la atención de enfermería

**Material y método:** Utilizando la clasificación de los diagnósticos de enfermería de la NANDA, la clasificación de resultados de enfermería (NOC) y la clasificación de intervenciones (NIC) se seleccionan los diagnósticos enfermeros más frecuentes al ingreso en un centro residencial para mayores. Para ello nos basamos en las necesidades de los residentes que han ingresado en nuestro centro en los seis últimos meses.

**Resultados:** Etiquetas diagnósticas de enfermería comunes al ingreso en un centro residencial.

Actividades recreativas, déficit de:

Alteración de la excreción urinaria.

Déficit de autocuidado: baño/higiene.

Déficit de autocuidado: vestido/arreglo.

Déficit de autocuidado: alimentación.

Déficit de autocuidado: evacuación.

Afrontamiento individual ineficaz.

Mantenimiento de la salud alterado.

Déficit de volumen de líquidos, alto riesgo de:

Manejo ineficaz del régimen terapéutico.

Alteración de la integridad cutánea, alto riesgo de:

Autoestima, baja circunstancial.

**Conclusiones:**

La aplicación de esta metodología de trabajo nos permitirá. Proporcionar una atención integral al residente. Mantener la continuidad y calidad de los cuidados en centros residenciales. Evaluar los resultados obtenidos. Reflejar la realidad en nuestro centro y nuestras posibilidades de intervención. Integrar al personal de nueva incorporación, a la dinámica de trabajo establecida en el centro.

**Palabras clave:** Plan de cuidados, centro residencial, diagnóstico de enfermería.

**P218****PERCEPCIÓN DE MEJORIA FUNCIONAL Y COGNITIVA EN LA VIDA DIARIA, TRAS UN PROGRAMA ESPECÍFICO DE INTERVENCIÓN (PEPPE) EN PACIENTES CON TRASTORNO DE LA MARCHA Y DETERIORO COGNITIVO SUBCORTICAL**

N.L. Coral Esteban, B. Gómez Ruiz, O. Rodríguez Nogueira, O. Vázquez Ibar, E. De Jaime Gil y A.M. Cervera Alemany  
Centro Fórum\_Hospital del Mar.IAGS. IMAS.

**Introducción:** Los trastornos de la marcha(TM) y el deterioro cognitivo subcortical (DS) son frecuentes en ancianos. El diseño de programas de rehabilitación a menudo hace énfasis en el diagnóstico y los déficits, y no en el impacto que éstos tienen en la actividad diaria del enfermo.

**Objetivo:** Analizar la percepción de mejoría funcional y cognitiva al alta, de pacientes con DS y TM, incluidos en un programa específico de intervención (PEPPE).

**Método:** Entre Mayo/07-Enero/08 se incluyeron pacientes con DS y TM. Además de atención geriátrica especializada, recibieron tratamiento combinado de fisioterapia y terapia ocupacional en contexto grupal, dos días/semana (1,5h/día) durante 4 meses. Se trabajaban áreas motoras y cognitivas mediante aprendizaje y evocación sistemática de los acrónimos PEPPE: Parar, Erguir, Pies Planos Escalón; IARA: Inspirar, Aguantar (el aire) Reinspirar, Articular (frases) Al alta, además de variables funcionales y cognitivas, se realizó una encuesta para valorar cuantitativamente el impacto del programa en la vida diaria.

**Resultados:** Se analizaron 10 pacientes: edad 78,4 ± 6,5 años, hombres: 8, media I Barthel 76,3 ± 23,7 media Minimental Folstein: 25,5 ± 3,1. Al alta, todos mejoraron funcional y cognitivamente, aunque esta diferencia no fue significativa. El 70% refirió utilizar las indicaciones aprendidas, estar más atento a cosas que ocurrían a su alrededor y estar mejor cuando se levantaba de la silla. El 50% se sentía más se-

guro al caminar y girar derecha-izquierda. La media del beneficio subjetivo obtenido (sobre 10 puntos máximos) fue: 8,55 ± 1,3.

**Conclusion:** El programa (PEPPE) para mejorar la actividad diaria, en un grupo con similares dificultades, fue valorado muy satisfactoriamente por los usuarios. Se trata de una muestra pequeña y hacen falta más estudios para valorar adecuadamente los resultados obtenidos.

**P219****EVALUACIÓN DE LA ANALGESIA UTILIZADA EN UN CENTRO GERONTOLOGICO**

C. Sannino Menicucci, A. Olaizola Pildain, L. Goikoetxea, M. Arrieta Otaolea, V. Orozco e I. Iturrioz Arrechea

Centro Gerontológico Julian Rezola, Donostia.

**Objetivo:** Revisión del uso de fármacos analgésicos en el centro.

**Metodología:** A partir de los datos de alta prevalencia del dolor y de sus causas en los ancianos estudiar los datos en un Centro Gerontológico de causa, tipo e intensidad del dolor, fármaco utilizado para el tratamiento, frecuencia de controles del dolor y duración del tratamiento. Valorar cumplimiento de las normas genéricas de utilización de analgésico. Se revisan 128 historias clínicas, 100% de los residentes del Centro durante los meses de Diciembre de 2007, a Febrero 2008

**Resultados:** Durante estos 3 meses 79 personas recibieron algún tipo de analgesia (62%). El 37,5% recibió tratamiento con paracetamol, 17% con metamizol siendo el dolor osteomuscular la causa principal de tratamiento. 4,75% recibió tratamiento con AINE, 4,7% con opiáceos débiles y 3% con opiáceos potentes. 5,4% presentaba asociación de analgesia de 1º escalón con 2º o 3º escalón. En 3 de los casos se utilizó medicación coadyuvante y en 2 casos se utilizó bomba de infusión con opiáceos como tratamiento paliativo.

**Conclusiones:** La elevada utilización de analgesia en nuestros centros hace necesario el desarrollo de protocolos de detección y de seguimiento de dolor y la revisión sistemática de los fármacos aplicados. Se valora la necesidad de desarrollo paralelo de terapias no farmacológicas como uso medidas ambientales, funcionales, físicas y cognitivo conductuales como herramienta que contribuya a mejorar la tolerancia y percepción del dolor.

**P220****INFLUENCIA DEL ÍNDICE DE MASA CORPORAL EN LA GANANCIA FUNCIONAL DE PACIENTES INSTITUCIONALIZADOS**

M. Urkiza Abaunza, I. Artaza y E. Elgezua

Centro Socio-Sanitario Igurco Orue.

**Objetivos:** Analizar la influencia del IMC en la ganancia funcional de pacientes con fractura de extremidad inferior.

**Material y metodología:** Estudio de los pacientes que acudieron a rehabilitación tras sufrir una fractura de extremidad inferior desde el 1 de enero de 2007 al 29 de febrero de 2008, analizando IMC, I. Heinemann, y E. Tinetti al ingreso y al alta.

**Resultados:** Durante el período estudiado, 20 personas necesitaron reeducación de la marcha tras fractura de EE.II. (18 de cadera, 1 de rodilla y 1 de peroné). Media de edad 83 años (64-94), 85% mujeres. El 30% tiene un IMC bajo, el 50% un IMC normal y el 20% un IMC elevado. El 66% de los pacientes con un IMC bajo fallece durante el proceso de recuperación. El 16% de los pacientes con IMC bajo recuperaron la marcha frente al 93% del resto de la muestra. La media de ganancia funcional es menor en los que presentan un IMC bajo. El Tinetti al ingreso y al alta es menor en los pacientes con IMC bajo y elevado. La ganancia funcional de los pacientes con IMC normal y elevado es similar aunque el tiempo de rehabilitación es superior en los de IMC elevado.

	IMC bajo peso	IMC normopeso	IMC obesidad
Indice de Heinemann	15,27	51,71	51,88
TINETTI INGRESO	4	10,6	9,5
TINETTI ALTA	8	20,3	19,5
Días RHB	41,33	40,8	49,25

**Conclusiones:** 1. El IMC puede ser un marcador de ganancia funcional, mortalidad y recuperación de la marcha tras una fractura de extremidad inferior. 2. Los pacientes con obesidad necesitan mayor tiempo de rehabilitación para mejorar su estado funcional.

**P221**

**GRADO DE CONTROL METABÓLICO Y FACTORES RELACIONADOS EN PACIENTES GERIÁTRICOS CON DIABETES**  
 S. Rodríguez Justo, E. García Villar, M. Narro Vidal  
 y C. Rodríguez Pascual  
*Hospital Meixoeiro-Complejo Hospitalario de Vigo.*

**Objetivos:** Analizar el grado de control metabólico de los pacientes diabéticos que acuden a la consulta de Geriatría y cuales son los factores relacionados con un control defectuoso

**Método:** Se recogen los datos de 99 pacientes. Siguiendo las recomendaciones de las distintas sociedades se definieron unos criterios de control metabólico correcto dependiendo de la edad y situación funcional de los pacientes.

**Resultados:**

Control	Grado de control	<80 a sin deterioro	<80 a. con deterioro	>80 sin deterioro	>80 a. con deterioro
Glucemia	Correcto	40%	63%	67%	90%
	Incorrecto	60%	37%	33%	10%
HgbA1c	Correcto	40%	63%	40%	89,5%
	Incorrecto	60%	37%	60%	10,5%
Ambos	Correcto	20%	46%	21%	78%
	Incorrecto	80%	54%	79%	22%

Hubo relación entre control glucémico y edad avanzada, deterioro cognitivo y el índice de comorbilidad de Charlson. El control según las Hgb glicosilada se relacionó con insuficiencia renal, macroangiopatía, tratamiento con ADOs y edad avanzada. Considerando ambos (glucemia y Hgb glicosilada) se encontró relación entre el control metabólico y mayor dependencia en ABVDs, deterioro cognitivo, tratamiento con ADOs y edad avanzada.

**Conclusiones:** Los pacientes que acuden a nuestra consulta externa tienen mal control metabólico. Los pacientes con deterioro cognitivo, mayor dependencia y edad más avanzada presentan un mejor perfil de control metabólico de la diabetes. Esto probablemente se deba a la laxitud o menor exigencia en los niveles de glucemia y Hgb glicosilada para considerar bien controlados a los pacientes de edad muy avanzada o con dependencia.

**P222**

**UTILIDAD DEL ÍNDICE DE RIESGO NUTRICIONAL GERIÁTRICO (IRNG) COMO PRONÓSTICO DE GANANCIA FUNCIONAL TRAS FRACTURAS DE EE.II.**

I. Artaza Artabe, M. Urkiza, E. Elgezua e I. Landeta  
*Centro Socio-Sanitario Iguco Orue, Amorebieta.*

**Objetivos:** Analizar la utilidad del IRNG (\*) como indicador pronóstico de ganancia funcional tras una fractura de EE.II al ingreso en el Sº de Rehabilitación.

**Material y métodos:** Estudio prospectivo realizado entre los pacientes con fractura de EE.II que acudieron al Sº de Rehabilitación. Analizamos las variables: MNA, nivel de albúmina en sangre, IRNG, Escala de Tinetti al ingreso y al alta e Índice de Heinemann.

**Resultados:** Entre el 1 de enero de 2007 y el 29 de febrero de 2008, un total de 20 personas (17 mujeres), de 83 años de edad media (64-94) acudieron al Sº de RHB para recuperación de la marcha tras sufrir una fractura de EE.II. (90% cadera, 5% rodilla, 5 perón). Se establecieron 4 grupos según el IRNG: a) Sin riesgo (IRNG > 98): 45% de la muestra, b) Riesgo leve (IRNG 92-98): 20%, c) Riesgo moderado (IRNG 82-92): 25% y d) Riesgo grave (IRNG < 82): 10%.

Variables	Sin riesgo	Riesgo Leve	R. Moderado	R. Grave
MNA:	20,27	19,37	18	1,5
Albuminemia (gr/dl)	3,56	3,27	3,16	2,7
Tinetti al Ingreso	10,2	9,75	6,8	1,5
Tinetti al Alta	21,8	17	12	2
Índice Heinemann	62,8	42,8	15,8	0

Un 70% de los pacientes recuperaron la marcha tras la RHB, siendo su IRNG medio de 106 (normal), frente al 84, 84 (moderado) de los

que no recuperaron la deambulación. Un 20% de los pacientes falleció en los meses siguientes al alta de RHB, siendo su IRNG medio de 86,88 (moderado).

**Conclusiones:** 1. El IRNG se comporta en nuestra muestra como un buen indicador de ganancia funcional, tanto como el MNA o el nivel de albúmina en sangre. 2. El IRNG en nuestra muestra, es también indicador de riesgo de mortalidad.

(\*)Bouillon O, et al. Geriatric nutritional risk index: a new index for evaluating at-risk elderly medical patients Am. J. Clin. Nutr. 2005;82:777-783

$$\text{IRNG} = (1,489 \times \text{albúmina, g/l}) + \frac{(41,7 \times \text{peso actual})}{\text{peso ideal}}$$

**P223**

**¿QUÉ TIPO DE PACIENTES ATENDEMOS EN EL HOSPITAL DE DÍA GERIÁTRICO?**

M.J. Vicente Romero, S. Cortes Perez, M. Forcano García, B. Fuertes de Gilbert Ribera, R. Perez Zuazo y P. Gonzalez García  
*Hospital San José, Teruel*

**Objetivo:** Conocer el perfil del paciente ingresado en el Hospital de Día Geriátrico de Teruel.

**Método:** Estudio descriptivo, retrospectivo, de los pacientes ingresados entre diciembre del 2007 y febrero del 2008.

Analisis de: factores sociodemográficos, servicio de procedencia, motivo de ingreso, patologías asociadas, situación funcional y mental, derivación hospitalaria y destino al alta.

**Resultados:** 50 pacientes, con edad media 72 (rango entre 38 y 92), el 53% mujeres. La mayoría proceden de área urbana (68%), viven solos el 23% y en Residencia el 8%. Derivación desde: A. Primaria (29%), Unidad convalecencia (25%), Rehabilitación (22%), CCEE Geriatría (18%) y Traumatología (6%). Media de Barthel al ingreso 55, Barthel basal de 82 y MEC al ingreso 29 (78 > 24). Motivo de ingreso: ACV 20%, fracturas 27%, síndrome inmovilidad 18%, parkinsonismo 10%, patología osteoarticular 9%, neuropatía periférica 7%, amputación 4%, esclerosis múltiple 4% y otras 1%.

La media de fármacos al ingreso es de 7. Existe patología asociada: HTA 51%, cardiovascular 32%, depresión 29%, respiratoria 15%, osteoarticular 15%, diabetes 13%, deterioro cognitivo 13%, digestiva 4%, y otras 17%.

Han requerido ingreso hospitalario el 6% e interconsulta a otras especialidades el 8%. Al alta la media del Barthel es 82 (ganancia funcional media de 27).

**Conclusiones:** El perfil del paciente del Hospital de Día es un anciano con potencial rehabilitador, pluripatología y situación previa al ingreso de independencia.

**P224**

**PATRÓN CIRCADIANO EN PACIENTES HIPERTENSOS ANCIANOS. UTILIDAD DE LA M.A.P.A.**

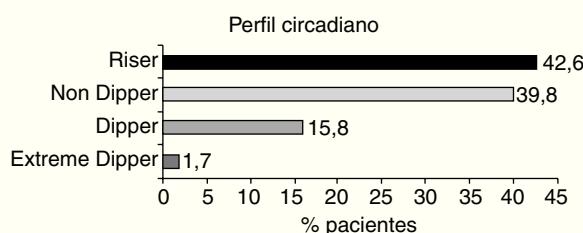
F. Madruga Galan, A. Blanco Orenes, J.L. Blazquez Carrasco, I. Boyano Sanchez, B. Cobos Antoranz y C. Rosado Artalejo  
*Hospital Geriátrico Virgen Del Valle, Toledo.*

**Introducción:** La HTA presenta una alta prevalencia en el anciano. Los pacientes ancianos hipertensos presentan un alto riesgo cardiovascular por la coexistencia de otros factores de riesgo. El adecuado control de cifras tensionales, reduce la incidencia de estas complicaciones.

**Objetivo:** Conocer el patrón circadiano, el riesgo cardiovascular (CV) y el grado de control de la HTA en pacientes geriátricos hipertensos en una consulta de Geriatría.

**Métodos:** Se diseñó la realización de un estudio descriptivo transversal, mediante el empleo de la MAPA (registro de 24 horas de los valores de tensión arterial) a los pacientes mayores de 75 años que acuden a una consulta de geriatría hospitalaria durante un período de 43 meses comprendido entre los años 2004 y 2007.

Se recogieron, entre otras, las siguientes variables: sexo, edad, factores de riesgo cardiovascular, número de fármacos antihipertensivos, motivo de la petición, patrón circadiano y grado de hipertensión.

**Resultados:**

Número de pacientes: 716. Edad media: 81,9 años. Sexo: Mujeres: 268 (57%), varones 199 (43%). Factores de riesgo vascular: Dislipemia: 26%, DM 38%, ACVA 50%, ICC 32%, C. Isquémica 19%, Insuf. Renal 15%. Empleo de fármacos: Monoterapia 23%, 2 fármacos 33%, 3 fármacos 27%, > 4 fármacos 8%. Grado de control de la HTA: Bien controlada: 20,06%, Ligera alteración 14,52%, Moderada alteración (Grado I) 35,26%, Elevada alteración (Grado II) 24,74%, Muy mal controlada (Grado III) 5,39%. Riesgo cardiovascular estimado a 10 años: Normal 2,07%, Ligera elevación: 18%, Moderada alteración 26%, Elevado riesgo 38%, Riesgo muy alto 16%.

**Conclusiones:** La HTA en el anciano en nuestra área presenta un mal control terapéutico (65%), a pesar del importante número de fármacos empleados. Por tanto, extremar las medidas terapéuticas encaminadas a obtener un adecuado control de cifras tensionales, deberá ser el objetivo principal e irrenunciable. El alto porcentaje de patrones no reductores (Riser y No Dipper), incrementa el riesgo cardiovascular global de estos enfermos. El empleo de la M.A.P.A. en pacientes geriátricos hipertensos (con alto riesgo cardiovascular) deberá formar parte del arsenal diagnóstico habitual para optimizar el manejo terapéutico. En ancianos, es muy frecuente la existencia de patrones no reductores (No Dipper y Riser), al coexistir múltiples factores de riesgo cardiovascular, lo que conlleva un peor pronóstico.

**P225****HIPERTENSIÓN ENMASCARADA. UN PROBLEMA FRECUENTE**

F. Madruga Galán, A. Blanco Orenes, J.L. Blázquez Carrasco, J. Gil Moreno, I. Boyano Sánchez y B. Cobos Antoranz  
Hospital Geriátrico Virgen Del Valle, Toledo.

**Introducción:** La HTA es uno de los principales factores de riesgo de enfermedad cardiovascular y renal en el anciano. En el paciente geriátrico se dan dos circunstancias claves: alta prevalencia de HTA, en muchos casos no conocida, y existencia de patrones circadianos no reductores (no dipper y riser), patrones de difícil detección si las cifras diurnas de presión arterial se hallan dentro del rango normal, y que conllevan un incremento del riesgo vascular. La detección de estas situaciones es muy importante para la reducción de los eventos cardio y cerebrovasculares en los pacientes geriátricos, que son causas importantes de deterioro funcional y discapacidad.

**Objetivo:** Conocer los patrones circadianos y el grado de control de la presión arterial en pacientes mayores de 75 años, no hipertensos conocidos, que acuden a consultas externas de geriatría.

**Metodología:** Estudio descriptivo transversal, desarrollado en una consulta de geriatría hospitalaria en el que se monitorizó la tensión arterial mediante M.A.P.A. de 24 horas a mayores de 75 años sin hipertensión conocida.

**Resultados:** N° de pacientes: 175. Edad media: 79,46 ± 9,52 años. Mujeres: 63,58%, varones 36,42%.

Factores de riesgo vascular: Perímetro abdominal: 99,36 ± 11,42 cm, IMC mayor de 30,01: 41,24%, dislipemia: 23,58%, DM 48,45%, ACVA 21,81%, ICC 18,46%, C. Isquémica 5,76%, Insuficiencia renal 15,43%. Patrones circadianos: Dipper 15,75%, no Dipper 55,14%, Riser 27,45%, extreme dipper 1,66%. Grado de control de la HTA: Bien controlada: 24,66%, Ligera alteración 24,52%, Moderada alteración (Grado I) 38,19%, Elevada alteración (Grado II) 8,71%, Muy mal controlada (Grado III) 3,92%.

Riesgo cardiovascular estimado a 10 años: Normal 1,66%, Ligera elevación: 18,03%, Moderada alteración 27,88%, Elevado riesgo 25,94%, Riesgo muy alto 26,51%.

**Conclusiones:** 1. Entre la población geriátrica existe un número importante de hipertensos no conocidos y mal controlados, predomi-

nando la existencia de patrones no reductores (No Dipper y Riser) al realizar la MAPA que son difícilmente identificables con las tomas de TA aisladas habituales. 2. Un porcentaje alto de estos pacientes han presentado previamente al menos un evento cardio y cerebrovascular. 3. La realización de la MAPA es aconsejable en pacientes geriátricos con riesgo vascular, tanto para un adecuado conocimiento de las cifras tensionales como del patrón circadiano, donde predominan los patrones no reductores (No dipper y riser), que conllevan un incremento del riesgo cardiovascular.

**P226****PERFIL DE PACIENTES VALORADOS EN CONSULTAS DE GERIATRÍA EN EL CENTRO DE ESPECIALIDADES DE AZUQUECA DE HENARES**

P. Roa-Granthon, M. Rodriguez, M.J. Sánchez, C. Mauleon, B. Álvarez y M.P. Jiménez  
Hospital Universitario, Guadalajara.

**Objetivos:** Describir las características clínicas y sociodemográficas de los pacientes que acuden a la consulta de geriatría en el nuevo centro de especialidades del área.

**Métodos:** Estudio retrospectivo de 146 pacientes citados en los primeros 6 primeros meses de funcionamiento del centro de junio a noviembre del 2007 mediante revisión de historias clínicas. Los porcentajes y frecuencias se han analizado en el programa estadístico SPSS.

**Resultados:** Se han obtenido datos de un total de 146 pacientes, 72% eran mujeres. Con una media de edad de 82 años. 17,8% remitidos por MAP y 26,6% por médicos de residencia. El motivo de consulta más frecuente fue deterioro cognitivo/SCA en un 35,2%. Un 91,2% presentaban polifarmacia y un 50% no eran seguidos por otra especialidad. La valoración geriátrica integral reveló que un 53,3% presentaba situación de dependencia leve (I.Barthel > 60) y un 20,2% presentaba dependencia severa (I.B < 20). Cognitivamente 44,4% no mostraban datos de deterioro cognitivo y un 39% presentaba un deterioro cognitivo moderado. El 59,3% estaba institucionalizado acudiendo al centro de día solo el 6,1%. Como diagnóstico principales cabe destacar deterioro cognitivo en el 40,8%, patología osteoarticular 13,3% y patología cardiovascular 13,3%. El seguimiento se hizo en un 42% en menos de 4 meses.

**Conclusiones:** La creación de una consulta especializada fuera del ámbito hospitalario, supone un gran apoyo para el médico de atención primaria y residencia, al realizarse una valoración geriátrica integral, identificando los síndromes geriátricos más prevalentes apoyando así en el diagnóstico, seguimiento y tratamiento de pacientes frágiles

**P227****ADAPTACIÓN, IMPLANTACIÓN Y DIFUSIÓN DEL PROCEDIMIENTO DE LAVADO DE MANOS Y SUPERFICIES**

B. Miro Isasi, I. Beobide Tellería, M.I. Genua Gómez y A. Orbegozo  
Fundación Matia, San Sebastián.

**Introducción:** Fundación Matia es una entidad privada de carácter social que presta servicios sociosanitarios a personas mayores y/o discapacitadas. El Servicio de Atención Farmacéutica de Fundación Matia es coordinador de la Comisión de Infecciones y, como tal, una de sus funciones es garantizar un adecuado manejo de la infección, así como, de la prevención de la misma. A este respecto, se sabe que el lavado de manos es una de las medidas más importantes para la prevención de la infección nosocomial.

**Objetivo:** Asegurar un adecuado lavado de manos del personal sanitario. Asegurar la correcta limpieza, desinfección y esterilización de material sanitario.

**Métodos:** Se revisaron tanto el procedimiento de lavado de manos y limpieza de superficies como los productos utilizados. Se constató en todos los centros las dificultades existentes para realizar un correcto lavado de manos debido a la dispersión de las zonas con lavabos. Eso llevó a plantear la introducción de un gel hidroalcohólico en la Fundación y asimismo a probar diferentes clases de los mismos. También se estudian diferentes tamaños de producto y su mejor lugar de colocación.

Para la limpieza de superficies de trabajo (carros de curas, grúas, sillas de aseo, bateas, cuñas y botellas...) se había trabajado hasta entonces con aldehídos pero tras conocer su toxicidad se decidió cambiarlos por amonios cuaternarios.

Se realizó formación con la colaboración del servicio de Medicina Preventiva del Hospital Donostia acerca del correcto lavado de manos y de la utilización del gel hidroalcohólico al personal auxiliar y enfermería, así como de las medidas estándar.

**Resultados:** Teniendo en cuenta la importancia de este tema en la transmisión de infecciones y la importancia de la implicación del personal de atención directa, se decide hacer formación anual sobre el tema, así como reevaluar la adecuación de los productos escogidos a nuestra forma de trabajar.

**Conclusiones:** El reevaluar este procedimiento periódicamente y contrastarlo con el personal implicado, además de formarlo adecuadamente, ayuda a que su cumplimiento pueda ser mayor y a que los productos utilizados sean los más adecuados.

## P228

### TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE EN ANCIANOS CON FIBRILACIÓN AURICULAR EN UNA UNIDAD DE GERIATRÍA DE AGUDOS: ADECUACIÓN DE LA INDICACIÓN Y FACTORES CONDICIONANTES ASOCIADOS

O. Duems, I. Sáez Aguayo y S. Ariño

Fundació Hospital/Asil de Granollers.

La fibrilación auricular (FA) es la arritmia cardiaca más frecuente, aumentando su prevalencia en ancianos. Es un importante factor de riesgo para eventos tromboembólicos y la terapia con anticoagulantes (AC) disminuye dicho riesgo. A pesar de los ensayos clínicos que demuestran la eficacia del tratamiento AC éste permanece infratratilizado en pacientes ancianos sin obvias contraindicaciones.

**Objetivos:** Identificar grado de adecuación de las recomendaciones internacionales de tratamiento AC a la población anciana ingresada en una Unidad de Geriatría de Agudos de un Hospital General. Identificar factores condicionantes en la toma de decisión para el tratamiento AC.

**Método:** Estudio observacional, descriptivo de carácter retrospectivo. Pacientes con FA atendidos en el 2007 en la UGA (n = 119). Se obtuvieron datos demográficos, antecedentes patológicos, clínicos y analíticos, tratamiento previo y al alta.

Se definió la indicación del tratamiento AC de la FA según las recomendaciones de la AHA/ACC [Según criterios de indicación CHADS2 y de contraindicación según BRMD (Bleeding Risk Model Development)]. Análisis de datos utilizando estadísticos descriptivos.

**Resultados:** Durante el año 2007 se registraron 119 pacientes con diagnóstico al alta de FA. La mediana de edad fue de 86 años (rango 25-75-81-90), con predominio del sexo femenino en 87 (73%) casos. Veinticuatro pacientes (20%) presentaban AC al ingreso y 50 pacientes (43,7%) AC al alta. La aplicación de los criterios de la AHA/ACC de anticoagulación en esta muestra indicarían tratamiento en 84 pacientes (70,6% de los casos), el grado de adecuación de las recomendaciones en nuestro estudio fue en 48%. Se observa un menor grado de adecuación de las recomendaciones en: edad > 90 años (12,5%), dependencia funcional total (21%) y severa (30%).

**Conclusiones:** El grado de adecuación de las recomendaciones internacionales de tromboprofilaxis en pacientes con FA en nuestro estudio es del 48%, similar al encontrado en estudios previos. Se aprecian criterios no demostrados de riesgo como la edad y la dependencia funcional que condicionan la decisión de tratamiento.

## P229

### DEPRESIÓN EN PACIENTES GERIÁTRICOS INGRESADOS POR FRACTURA DE CADERA

M. Araujo Ordóñez, C. Rosado Artalejo, M.A. de la Torre, F. Madruga Galán y P. Serrano

Hospital Virgen Del Valle, Toledo.

**Introducción:** La fractura de cadera es una causa muy frecuente de ingreso hospitalario que requiere un trabajo multidisciplinar para su manejo y cuya mortalidad, en torno al 10%, se relaciona directamente con la patología traumática.

Más del 10% de los que sobreviven sufren dolor o discapacidad funcional residual así como temor a la muerte o a sufrir discapacidad.

El deterioro de las funciones sociales y laborales así como el dolor crónico se ha relacionado con una mayor incidencia de depresión entre la población geriátrica. La tasa de recuperación funcional tras la fractura de cadera es muy variable en la literatura, oscilando entre el 20 al 40%, aunque las actividades básicas de autocuidado y las actividades instrumentales se recuperan en menor proporción que la capacidad para deambular y es en este grupo de pacientes en los que se detecta mayor tasa de trastornos afectivos post fracturas.

**Objetivos:** Evaluar la situación cognitiva y afectiva de pacientes geriátricos ingresados por fractura de cadera y por otras patologías médicas distintas.

Determinar el riesgo de sufrir trastornos afectivos tras la hospitalización así como su posible relación con la situación cognitiva y funcional previa

Detectar los factores de riesgos para poder prevenir trastornos afectivos durante la recuperación funcional de los pacientes hospitalizados.

**Material y métodos:** Estudio descriptivo, prospectivo, de pacientes mayores de 75 años ingresado por patología médica y por fractura de cadera.

Se evalúa la edad, el sexo, la patología al ingreso, los antecedentes de deterioro cognitivo y depresión, el índice de Barthel y de Katz previos y al alta hospitalaria así como la escala de depresión de Yesavage durante el ingreso.

**Resultados:** Total: 25; edad: 83,96; 72% mujeres; motivo de ingreso: 68% fracturas de cadera, 24% patología respiratoria, 8% patología cardiovascular; AP de depresión: 84% no (61% mujeres) en tratamiento por ello el 57%; AP de deterioro cognitivo: 72% no; Barthel previo: 78,40. Al ingreso: 43,20. Al alta: 64,8; Katz previo: 24%A, 48%B, 4%C, 24%D o más; Katz al ingreso: 8%A, 20%B, 4%C, 58%D o más; Katz al alta: 16%A, 44%B, 8%C, 32%D o más; Yesavage: 28% normal, 28% depresión leve, 44% depresión mayor; el 64% reconoce encontrarse más triste desde que ingresó.

**Conclusiones:** La buena situación cognitiva y afectiva previa influye positivamente en la recuperación funcional tras la fractura de cadera. La fractura de cadera es un factor de riesgo para sufrir depresión, sobre todo entre las mujeres con gran limitación funcional.

La incidencia de depresión es mayor en pacientes ingresados por fractura de cadera que por otras patologías médicas.

#### Bibliografía:

Gullberg B, "World-wide projections for hip fracture" BMJ 1997 407:13  
Roche JJW, Wenn RT "comorbidities and postoperative complications after hip fracture in elderly people" BMJ 2006;331:1374-6  
Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN 2002)

## P230

### SITUACIÓN CLÍNICA AL INGRESO EN UNA UNIDAD SOCIOSANITARIA: VALORACIÓN DE ENFERMERÍA

I. Olivares Urkiza, J. Torres, N. Lauzirika, N. Cuadra, I. Llarena e I. Artaza, I

Centro Socio-Sanitario Igurco Orue, Amorebieta.

**Objetivos:** Analizar la situación al ingreso de los pacientes de una unidad socio-sanitaria de reciente creación.

**Material y métodos:** Estudio prospectivo de los pacientes que ingresaron desde julio de 2007 hasta enero de 2008. La valoración inicial incluyó: I. Barthel, E. Braden, presencia de UPP, estado nutricional (MNA y Albúmina), MEC y OARS. Además analizamos el motivo de ingreso, la procedencia de los pacientes y el acompañamiento familiar.

**Resultados:** Durante el período estudiado 24 pacientes con una edad media era de 76,7 años (63-95) ingresaron en la Unidad, siendo el 54% mujeres. Un 12,5% ingresó con perfil de cuidados al final de la vida, y el 87,5% para convalecencia (62% Rehabilitación tras una fractura, 38% convalecencia tras proceso agudo). El 87,5% procedía del hospital, un 8,3% del domicilio y 4,2% de una residencia. El 79% de los pacientes ingresó acompañado de un familiar, pero el 44% tenía escasos recursos sociales. El 21% de la muestra presentaba desnutrición y el 62,5% riesgo de padecerla, siendo el MNA medio de 19,4. El 50,1% tenía una dependencia grave y total, el 12,5 moderada y el 37,4% ligera, y un 44% tenía deterioro cognitivo, que era grave o moderado en el 35%. El 54% tenía riesgo de UPP, que estaban presentes en un 29,2%.

**Conclusiones:** 1. La mayoría de nuestros pacientes ingresan en la unidad tras el alta hospitalaria, generalmente para Rehabilitación tras un proceso traumatológico y presentan complejidad en los cuidados. 2. Los niveles de dependencia importantes, las alteraciones de la nutrición, el riesgo y la presencia de UPP, hacen que una correcta valoración de enfermería y un plan individualizado de cuidados sea imprescindible.

## P231

### LA UTILIDAD DE LA TERAPIA OCUPACIONAL SOBRE ANCIANOS INGRESADOS EN HOSPITALIZACIÓN DE AGUDOS

Y. López, S. Jiménez, A. Urrutia, J. Santesmaeses, C. Nogueras y S. Altimir

Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona. Barcelona.

**Objetivos:** Pese a que la pérdida funcional en relación con la hospitalización es característica de los enfermos ancianos, especialmente los más frágiles, la presencia de terapeuta ocupacional (TO) en un equipo de UFISS es excepcional. Analizar la utilidad de su intervención específica (estimulación funcional precoz y educar/asesorar a familia sobre cuidados y ayudas técnicas-AT) en Agudos.

**Métodos:** Análisis retrospectivo de los pacientes atendidos por UFISS en que intervino TO (marzo-06/febrero-07). Descripción de la intervención. Comparación de resultados pacientes ingresados en UGA o M.Interna (UGA/MI) vs resto servicios (intervención proactiva desde ingreso vs a demanda por interconsulta).

**Resultados:** 302 pacientes recibieron TO: 114 de UGA, 85 M.Interna, 103 otros. Edad UGA/MI 82,6 años vs 78,3 ( $p < 0,001$ ). Motivos ingreso en UFISS que difirieron: Alzheimer (UGA/MI 9% vs 4,9%), declive funcional (34,6% vs 46,6), I<sup>CC</sup> (6% vs 10,7). Charlson sin diferencias. OARS-IADL previo 4,18 vs 6,52 ( $p = 0,042$ ), Pfeiffer 3,88 vs 2,57 ( $p = 0,001$ ), MNA-SF 6,66 vs 9,19 ( $p = 0,016$ ). Barthel previo 63,09 vs 80,25 ( $p < 0,001$ ), Barthel ingreso-UFISS 21,85 vs 27,5 ( $p = 0,034$ ), Barthel alta 36,96 vs 46,85 ( $p = 0,001$ ). Eficacia TO (Montebello) similar. La naturaleza de intervención sólo difirió en sedestación (25,6% vs 9,7,  $p = 0,001$ ), transferencias (61,8% vs 48,5%,  $p = 0,019$ ) y AT para UPP (8,5% vs 2,9,  $p = 0,047$ ). Duración del tratamiento: 10,32 días vs 7,82 ( $p = 0,026$ ). No hubo diferencias globales en destino al alta.

**Conclusiones:** Pese a que los pacientes UGA/MI tienen un perfil de mayor fragilidad, la intervención TO consiste fundamentalmente en las mismas actividades y muestra la misma eficacia en ambos grupos. La mayor precozidad y duración de la intervención TO puede mejorar de forma significativa las capacidades funcionales de los ancianos frágiles hospitalizados.

## P232

### DEMENCIA POR CUERPOS DE LEWI; LA IMPORTANCIA DE LA REEVALUACIÓN DIAGNÓSTICA LONGITUDINAL EN DEMÉNCIA

M. Anton Jiménez, T. Barrallo Calonge, P. Gea Romero, J. Mohedano Molano, I. Quintana Rodríguez y A. Arrascaeta Llanes

Complejo Hospitalario de Cáceres.

**Introducción:** Frecuentemente se observan cuadros que remedian síndrome confusional agudo o estadios finales de cuadros degenerativos considerados como mixtos. Se expone un caso ilustrativo de la necesidad y utilidad de la reevaluación longitudinal de los pacientes con demencia.

Varón de 85 años, sin antecedentes familiares, hipertenso, diabético, en tratamiento con antiagregantes, trazodone y quetiapina que acude a la consulta por intolerancia a la medicación antipsicótica, alteración conductual, alucinaciones e interpretación delirante. La familia refiere que el cuadro debutó hace años con alteración de la atención, apraxias y alteración visoconstruccional. Es tratado con neurolépticos, con fiebre secundaria, sialorrea y datos de parkinsonismo brusco, que obligan a sustituir por quetiapina. No obstante, persiste agitación psicomotriz y parkinsonismo, con incontinencia precoz. MMSE 6; Blessed 24,5 (6,5-8-8); T. reloj 0/9; Hachinski 10; GDS 6; Barthel 10; Lawton 0; IDDD88 (38-50). Se instaura tratamiento con L-Dopa y rivastigmina a dosis creciente. A los 6 meses, la familia refiere drástica mejoría funcional. Camina por la casa, no tiene alucinaciones ni delirios, controla esfínteres, es autónomo para aseo, comida y vesti-

do. MMSE 6; Blessed 3 (3-0-0); T. Reloj 0/9; GDS 4-5; Barthel 100; Lawton 4; IDDD 54 (20-34)

**Conclusiones:** a) La reevaluación y el afinamiento diagnóstico también resultan de máxima utilidad en la población diana anciana. b) La concomitancia en un varón de parkinsonismo tardío progresivo, incontinencia, síncope, alteración visoconstruccional y atención, con intolerancia a neurolépticos, hace obligado el despistaje de DCL. c) La instauración simultánea de rivastigmina y L-dopa puede conseguir drástica mejoría conductual y funcional de estos pacientes

## P233

### CONSUMO DE ANALGÉSICOS EN ANCIANOS EN LOS GRUPOS RESIDENCIALES SAR

C. Martínez, A. Giro e I. Peña Carrión

GRUPO SAR, Alhaurín de la Torre.

**Introducción:** El dolor crónico benigno en ancianos es un síntoma frecuente, que demanda control por parte de los pacientes y sus familiares y que está infratratado en general. En los centros residenciales del grupo Sar conviven pacientes con diferentes grados de validez funcional y estado cognitivo, por lo que consideramos necesario estudiar a esta población con la finalidad de mejorar su asistencia y calidad de vida.

**Objetivos:** 1. Clasificar las patologías dolorosas más frecuentes. 2. Clasificar los analgésicos de uso más frecuente. 3. Relacionarlas con los niveles cognitivos. 4. Observar la prevalencia por sexo y edades

**Material:** Recursos materiales: Programa informático GCR, MMSE, Barthel, registros observacionales.

**Metodología:** 1. Se utiliza metodología cuantitativa, usando escalas de puntuación de MMSE, barthel, tablas de contingencia de patologías y tratamientos farmacológicos, edad y sexo. 2. Se relacionan porcentajes de diagnósticos de enfermedades óseas degenerativas, fracturas, úlceras y cefaleas con deterioros cognitivos, funcionales, consumo de analgésicos, sexo y edad.

**Resultados:** La población estudiada es de 540 pacientes. Las patologías dolorosas con mayor frecuencia fueron poliartrosis y fracturas. Los analgésicos más utilizados fueron del tipo de ibuprofeno y paracetamol. Las mujeres recibieron más analgesia que los hombres.

**Conclusiones:** El estudio revela la necesidad de profundizar en los distintos aspectos del dolor en ancianos en cuanto a su detección y control posterior así como en la elaboración de escalas que permitan asistirlos en sus etapas de mayor deterioro físico y psíquico

## P234

### RELACIÓN ENTRE PATRONES CIRCADIANOS Y APARICIÓN DE EVENTOS CARDIO Y CEREBROVASCULARES EN ANCIANOS HIPERTENSOS

A. Blanco Orenes, F. Madruga Galán, J.L. Blázquez Carrasco, R. Padilla Clemente, M.A. de la Torre Lanzas y F.M. Suárez García

Hospital Geriátrico Virgen Del Valle, Toledo.

**Introducción:** La hipertensión arterial es un factor de riesgo importante de enfermedad coronaria y cerebrovascular. Desde hace unos años conocemos que existe una variabilidad circadiana de los pacientes hipertensos, por medio de la cual clasificamos a los pacientes en hipertensos con o sin patrón reductor. Esta diferencia no es puramente descriptiva sino que implica un mayor número de eventos cardiovasculares en los pacientes hipertensos con patrón no reductor.

**Objetivo:** Conocer la existencia de diferencias en el número de eventos cardio y cerebrovasculares en pacientes hipertensos a los que se les ha realizado una medición ambulatoria de la presión arterial a lo largo de 24 horas.

**Material y métodos:** Durante un período de 20 meses se recogieron las historias clínicas de los pacientes que cumplían las siguientes premisas: ser mayores de 70 años, haber sido valorados en consultas externas de un servicio de geriatría y haber objetivado alteraciones en la presión arterial mediante la MAPA. Posteriormente, se contabilizaron el número de ingresos hospitalarios por eventos cardio y cerebrovasculares de estos pacientes a lo largo de 14 meses.

**Resultados:** 353 pacientes cumplieron los criterios de selección: Dipper 67 (45 mujeres, 22 hombres con una media de edad 80,31 ± 5,56 años) No dipper 155 (92 mujeres, 63 hombres con una media de

edad  $82,3 \pm 5,25$  años) Riser 125 (79 mujeres, 46 hombres con una media de edad  $80,96 \pm 4,21$  años) y Extreme dipper 6 (2 mujeres, 4 hombres con una media de edad  $74,66 \pm 13,93$  años). El número de ingresos por patrón fue dipper 15 ingresos (7 ACVA, 5 IC, 3 IAM), no dipper 55 (ACVA 21, IC 24, IAM 7, I. Renal 3), riser 49 (ACVA 22, IC 16, IAM 6, I. Renal 5), extreme dipper 1 (ingreso por emergencia hipertensiva). Realizado un análisis Chi-cuadrado con un grado de libertad entre patrones reductores (dipper y extreme dipper) y no reductores (no dipper y riser) respecto a la incidencia de eventos totales se obtuvo una diferencia estadísticamente significativa con una  $p < 0,05$  y un riesgo relativo de 1,73 [1,11-2,7] en pacientes con patrón no reductor respecto a los pacientes con patrón reductor, respecto a eventos cerebrovasculares se obtuvo una diferencia significativa con una  $p < 0,05$  con un riesgo relativo de 1,69 [0,68-3,78], respecto a los ingresos por insuficiencia cardiaca se obtuvo una diferencia significativa con una  $p < 0,05$  y un riesgo relativo de 2,09 [1,1-3,96]; sin embargo, no se obtuvo diferencia significativa para los eventos isquémicos cardíacos ni para la insuficiencia renal.

**Conclusión:** El paciente geriátrico hipertenso con patrón no reductor presenta un mayor riesgo de accidente cardio o cerebrovascular, respecto a los pacientes con patrón reductor. Estos hallazgos sugieren la importancia de detectar precozmente a los pacientes hipertensos con patrones no reductores y controlar sus factores de riesgo cardiovascular.

## P235

### DEMENCIA FRONTOTEMPORAL: ¿SON TODAS IGUALES? ¿TIENEN EL MISMO PRONÓSTICO?

M. Anton Jimenez, J. Mohedano Molano, I. Quintana Rodriguez, T. Barrallo Calonge, O. Gea Romero y A. Arrascaeta Llanes  
Complejo Hospitalario de Cáceres.

**Introducción y objetivos:** Sabemos que hay perfiles en las demencias degenerativas que corresponden a la cada vez más diagnostizada entidad de demencia frontotemporal. Nos proponemos establecer si existen características diferenciales de los perfiles temporal y frontal que justifiquen un afinamiento diagnóstico precoz.

**Material y métodos:** Estudio observacional de cohorte de las pacientes que acudieron a la consulta de deterioro cognitivo en el período de enero 2007 a enero 2008. De los 788 pacientes revisados, se analizan en los pacientes con diagnóstico de demencia frontotemporal (DFT) las variables cognitivas (MMSE), funcionales (Barthel, Blessed, IIDD), conductuales (Blessed-C) si coexisten factores de riesgo vascular y el tiempo transcurrido hasta su diagnóstico. Finalmente se realiza estudio comparativo entre las variantes temporales y frontales, y si existe significación estadística (paquete estadístico SPSS 11,5)

**Resultados:** Se reclutaron 69 pacientes (66% frontales). Las medias de los resultados de MMSE (16,6/13,28), Blessed (6,41/10,4), T. reloj (3,4/1,02), Barthel (93,2/81,1), Lawton (2,73/1,08) y GDS (4,16/5,1) muestra diferencias que alcanzan significación estadística ( $p < 0,05$ ) con menor deterioro de las variantes temporales. Por el contrario, no hubo diferencias entre número de FRV ni Hachinski, y se tardó más en el afinamiento diagnóstico de las temporales que en las frontales (26,7 /21,6 meses).

**Conclusiones:** Las variantes temporales tienen una repercusión menor a nivel cognitivo, conductual, funcional y global que las variantes frontales y además tienen mejor pronóstico. Por tanto, el afinamiento diagnóstico precoz, permitirá a través de un tratamiento individualizado, mejorar sensiblemente el pronóstico de estos pacientes

## P236

### NEUROLÉPTICOS ATÍPICOS Y SU PRESCRIPCIÓN POR USO COMPASIVO. ¿QUÉ TIPO DE PACIENTES SE BENEFICIAN MÁS?

M. Antón Jiménez, A. Arrascaeta Llanes, T. Barrallo Calonge, J. Mohedano Molano, I. Quintana Rodríguez y O. Gea Romero  
Complejo Hospitalario De Cáceres.

**Introducción y objetivos:** Como ya es sabido, los mayoría de los ancianos deben de recurrir a la dispensación hospitalaria por "uso compasivo" de neurolépticos atípicos (quetiapina, ziprasidona, aripiprazol) como único recurso terapéutico. Nos proponemos analizar si fueron eficaces en nuestra muestra, en qué síntomas fueron más eficaces y establecer el perfil del paciente geriátrico diana de estos tratamientos.

**Material y métodos:** Estudio retrospectivo observacional de los pacientes geriátricos con dispensación hospitalaria por "uso compasivo" de medicación neuroléptica en los años 2006 y 2007. Analizamos factores epidemiológicos, dosis y tiempo de tratamiento, la retirada por mejoría, la coexistencia de factores de riesgo vascular (FRV) alucinaciones, parkinsonismo y la valoración global (GDS).

**Resultados:** Se analizaron 37 pacientes, con edad media de 82 años, 49,1% hombres. El 92% tomaron quetiapina y el 6,3% ziprasidona. Tan sólo el 14,1% se retiró por exitus mientras que el 63% se retiraron tras solventar los síntomas. El 72% se inició por alucinaciones visuales y el 27,8% por agresividad y tan sólo en el 34,3% se inició por parkinsonismo. Las dosis más bajas de quetiapina (25 mg) se asociaron de forma significativa ( $p < 0,05$ ) con alucinaciones previas y con la retirada por mejoría ( $p < 0,05$ ).

**Conclusiones:** La intervención terapéutica fue de gran eficacia en casi todos los pacientes especialmente en los que presentan alucinaciones, consiguiéndose la mitigación o resolución del cuadro con las dosis más bajas (25 mg). Por el contrario, la alteración conductual de agresividad precisó de continuación del tratamiento y dosis más elevadas.

## P237

### USO DE VÍA SUBCUTÁNEA EN UNA UNIDAD DE ATENCIÓN GERIÁTRICA DOMICILIARIA

C. Rosado Artalejo, M.S. Amor Andrés y M. Mareque Ortega  
Hospital Virgen del Valle, Toledo.

**Introducción:** La asistencia sanitaria domiciliaria dirigida a pacientes terminales tanto oncológicos como no oncológicos proporciona una mejora en la calidad de vida y en el proceso de morir con dignidad. La vía subcutánea (sc) es de elección para la administración de opiáceos y otros fármacos cuando no puede usarse la vía oral pudiendo utilizarse tanto en el medio hospitalario como en el domicilio.

**Objetivos:** Evaluar el uso de la vía subcutánea en pacientes terminales así como complicaciones y fármacos utilizados por dicha vía de administración.

**Material y métodos:** Estudio descriptivo de los pacientes atendidos en una unidad de atención geriátrica domiciliaria que precisaron administración de fármacos por vía sc durante el año 2007. Las variables recogidas fueron: variables sociodemográficas, motivo de ingreso, fármacos utilizados, síntomas que precipitaron el uso de la vía sc, complicaciones y duración de la misma.

**Resultados:** Del total de pacientes atendidos fue preciso el uso de la vía subcutánea en 42 (25%) de los pacientes con una edad media de 83,4 años siendo la mitad mujeres. El 81% eran enfermos oncológicos predominando el cáncer digestivo (28,6%) seguido del genitourinario (19%). El resto (19%) fueron pacientes no oncológicos terminales. La duración media del uso de la vía sc fue de 10,4 días (mínimo: 0,08 días y máximo: 120 días). El 93% de los pacientes no presentaron complicaciones secundarias de la vía sc, dentro de los que presentaron alguna complicación, la más frecuente fue el eritema (4,8%). Se administraron fármacos con el fin de sedación terminal en un 9,5% de los pacientes. Los síntomas que aparecieron con más frecuencia en la fase terminal fueron las secreciones (50%), dolor (47,6%), disfagia (45%), agitación/inquietud (38%), disnea (31%) y vómitos (23,8%). Los fármacos más utilizados fueron: cloruro mórfito (78,6%), bromuro de butilescopolamina (76,2%), midazolam (35,7%) y haloperidol (31%).

**Conclusiones:** La vía subcutánea es una vía de administración segura y eficaz para el control de síntomas en los pacientes paliativos. Su inicio no necesariamente debe estar vinculada a la situación de agonía sino con la descompensación clínica no controlada por vía enteral.

## P238

### MEDIDA DE CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD EN PACIENTES GERIÁTRICOS CON DIABETES Y SU RELACIÓN CON LA COMORBILIDAD Y CONTROL METABÓLICO

M. Narro Vidal, S. Rodriguez Justo, E. Garcia Villar, E. Paredes Galan, M.J. Lopez Sanchez y C. Rodriguez Pascual  
Hospital Meixoeiro-Complejo Hospitalario de Vigo.

**Objetivos:** Analizar la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes diabéticos atendidos en una consulta de Geriatría.

**Métodos:** Se utilizó la herramienta EuroQol-5D y la escala visual analógica en 80 pacientes atendidos sucesivamente.

**Resultados:**

Dimensión	Score Movilidad	Autocuidado	AVDs	Dolor	Ansiedad	Peor ES relativo 1 a.
Medio	0,5198					
Pacto	68,8%	35,1%	60,1%	53,8%	48,8%	33,8%
con problemas						
Asociación	n.s.	0,04	0,01	0,02	n.s.	n.s.
con comorbilidad						
Asociación con control metabólico				n.s.		

**Conclusiones:** Una alta proporción de pacientes presentan deterioro de calidad de vida relacionada con la salud, especialmente en el área relacionada con la movilidad, AVDs y dolor. Algunas de estas áreas tienen relación con la comorbilidad pero el grado de control metabólico es independiente de la calidad de vida percibida por los pacientes

## P239

### ESTRATEGIA TERAPEUTICA LOCAL COMBINADA(UROQUINASA/PLATA NANOCRISTALINA) EN LA PREPARACIÓN DEL LECHO DE LA HERIDA EN HERIDAS CRÓNICAS DE EEEI DE DISTINTA ETIOLOGÍA

M.J. Vicente Romero y M.P. Cantín Sánchez  
Hospital San José, Teruel.

**Introducción:** La proporción de cicatrización obtenida en las UV se considera *end-point* primario en los estudios de eficacia. La velocidad de curación inicial de las úlceras venosas constituye un factor predictivo de curación. En la PLH de las úlceras venosas y vasculíticas se busca una estrategia terapéutica que logre un desbridamiento rápido y profundo (eficacia) respetando al máximo el tejido sano (selectividad).

**Objetivo:** Valorar el comportamiento de la Uroquinasa + hidrogel como desbridante en combinación con un apósito antibacteriano de plata nanocristalina como corrector de la carga bacteriana del tejido fibrinoso con biofilm del lecho de heridas crónicas.

**Material y método:** Observación de la evolución de las heridas tratadas con la combinación descrita. Se incluyen heridas con criterios asociados a retraso en la cicatrización (tamaño > 10 cm<sup>2</sup>, evolución > 6 meses, dismovilidad, presencia de dolor, I (T/B) > 0,79, tejido fibrinoso en > 50% del lecho de la herida, evidencia clínica de biofilm, determinación bacteriológica inicial y final). En todos los casos se cuenta con el consentimiento del paciente, y se realiza valoración integral del paciente y la lesión, palpación de pulsos periféricos, eco-doppler, IT/B.

**Resultados:** La serie de casos evaluados demuestra la efectividad de la combinación terapéutica (Uroquinasa/plata nanocristalina) en la PLH. La uroquinasa activa la transformación del plasminógeno en plasmina, mejorando la migración celular. La aplicación de Uroquinasa como enzima que en el organismo activa la transformación de plasminógeno del coágulo en plasmina, se comporta en el proceso biológico de la reparación de la herida, mejorando la migración celular, que tiene relación con los sistemas fibrinolíticos y proteolíticos que incluyen el factor activador del plasminógeno (PA) y las metaloproteasas (MMPs). La utilización de plata nanocristalina inhibe la comunicación celular entre bacterias, al bloquear el sistema enzimático respiratorio y alterando el DNA microbiano y la pared celular. No tiene, además, efecto tóxico sobre las células, manteniendo un ambiente óptimo de humedad en el lecho, necesario para el proceso de cicatrización.

**Conclusión:** La combinación de Uroquinasa/Apósitos Antibacterianos acelera el proceso de limpieza y desbridamiento de la lesión y gestiona correctamente la elevada carga bacteriana, siendo un buen instrumento para una eficaz preparación del lecho ulcerar, permitiendo la aceleración del proceso de cicatrización.

## P240

### ESTUDIO DE LA HIPOVITAMINOSIS D EN UNA POBLACIÓN GERIÁTRICA

M. Araujo Ordóñez, C. Rosado Artalejo, F. Madruga Galán, A. Blanco Orenes, P. Serrano y M. Muñoz  
Hospital Virgen Del Valle, Toledo.

**Introducción:** La deficiencia de vitamina D en adultos puede precipitar la aparición de osteopenia y osteoporosis e incrementar el riesgo

de fracturas óseas, una de las principales causas del deterioro funcional del anciano. Una baja ingesta de calcio, pobre exposición al sol, hábitos tóxicos, escaso ejercicio físico, enfermedades crónicas y determinados tratamientos farmacológicos (corticoterapia, antiepilepticos, diuréticos...) son los principales factores relacionados con este déficit. El tratamiento de este déficit con vitamina D y calcio a largo plazo disminuye el riesgo de fracturas y mejora la situación funcional de los pacientes.

**Material y métodos:** Se realiza un estudio descriptivo transversal de una población de pacientes geriátricos (mayores de 75 años) ingresados en una unidad de media estancia (UME en adelante) debido a una fractura de cadera y en una unidad de agudos hospitalaria (UGA en adelante) ingresados por otro motivo médico y elegidos al azar, realizando determinación analítica de vitamina D y calcio, así como variables demográficas, estilos de vida y antecedentes médicos de interés.

**Resultados:** Número total de pacientes: 78. Mujeres: 48,3%. Edad media: 83 años. El 43,6% ingresados en UME. El 86% procedían de su domicilio. Un 41% presentaban fractura previa, el 48,7% estaban en tratamiento con diuréticos y un 8% con corticoides. El 56,4% reconoce una pobre ingesta de calcio y el 51,3% una deficiente exposición solar. El 13,2% presentaba inmovilidad. Eran diabéticos un 30,8%, hipertiroides un 2,6%, EPOC 34,6%, ICC 21,8%, IRC 12,8% y enfermedades articulares un 2,6%. La mediana del valor de la vitD fue de 15,10+-8,26, teniendo el 67,9% insuficiencia de vitD (< 20ng/ml) y de ellos, el 43% tenían deficiencia de vitamina D (< 15ng/ml). El 12,8% del total de pacientes analizados recibía tratamiento con calcio y vitamina D y un 10,3% con bifosfonatos como tratamientos más frecuentemente usados.

**Conclusiones:** La insuficiencia de vitamina D es muy prevalente entre la población anciana objetivándose en nuestro estudio que la mayoría de los sujetos están infratratados.

La pobre ingesta de calcio y la falta de exposición solar son los hábitos de riesgo más extendidos.

Recomendamos la determinación de niveles de vitamina D de forma rutinaria en ancianos para su detección precoz.

## P241

### DEPENDENCIA Y MORTALIDAD

M. Checa López, J. Fernández Soria, A. Escolante Melich, J.M. Fernández Ibáñez, L.F. Moreno y F.J. García García  
Hospital Virgen del Valle, Toledo.

**Objetivo:** Determinar el impacto de cada una de las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria en la mortalidad de sujetos mayores de 65 años.

**Material y métodos:** Diseño: Estudio longitudinal, prospectivo, tipo cohorte cerrada.

**Muestreo:** Se seleccionaron 3.937 sujetos mediante muestreo aleatorio polietápico y fueron evaluados 3.214.

**Encuesta:** La encuesta se administró en el domicilio. Constaba de datos sociodemográficos, evaluación subjetiva de salud, evaluación sensorial, escalas de evaluación de actividades básicas (índice Katz), instrumentales (índice de Lawton), evaluación cognitiva (MMSE) y de depresión (GDS de Yessavage), encuesta de comorbilidad autorreferida, evaluación de consumo de alcohol y tabaco y finalmente una escala de soporte social (OARS).

**Estadística:** El impacto de las AVD en la mortalidad se evaluó mediante modelos de supervivencia de regresión de Cox ajustando por variables sociodemográfica y soporte social, MMSE, GDS, Comorbilidad (HTA, DM tipo II, Insuficiencia cardiaca, cardiopatía isquémica, arritmias, OCFA insuficiencia renal, fractura de cadera, osteoporosis, Accidente cerebrovascular, Enfermedad de Parkinson), alcohol y tabaco. Se tomó cada AVD de manera individualizada y se analizó el riesgo de mortalidad para cada una de ellas.

**Seguimiento:** Se siguió durante 50 meses la supervivencia o no de los sujetos de la cohorte.

**Resultados:** Durante el seguimiento fallecieron 468 sujetos (14,6%). En el análisis básico (ajustado por variables sociodemográficas y soporte social) todas las AVD básicas e instrumentales se mostraron como factores de riesgo independientes ( $p < 0,001$ ) oscilando los RR entre 1,71 y 3,73. Cuando incluimos en el modelo variables de exposición y comorbilidad además de MMSE y escala de depresión de Yessavage (GDS) solo la dependencia en vestido y continencia entre las AVD básicas y todas las instrumentales excepto la capacidad para

utilizar el teléfono fueron factores genuinos de riesgo de mortalidad a 50 meses.

**Conclusión:** Las AVD instrumentales son predictores de mortalidad más potentes que las básicas.

## P242

### PAPEL DE LA INSULINA GLARGINA EN EL ANCIANO DIABÉTICO. ENSAYO CLÍNICO SOBRE SU EFECTIVIDAD, TOLERABILIDAD Y GRADO DE SATISFACCIÓN

J.M. López Arrieta, M. Beltrán de la Ascensión, F. Robles Agudo y F.J. Sanz Segovia  
Hospital Universitario La Paz Cantoblanco, Madrid.

**Objetivos:** 1) Establecer la efectividad de insulina glargina como tratamiento único o combinado con antidiabéticos orales de una sola dosis diaria de ancianos diabéticos. 2) Conocer la tolerabilidad y la satisfacción de este régimen terapéutico.

**Método:** Estudio multicéntrico prospectivo de una cohorte clínica de diabéticos mayores de 70 años atendidos ambulatoriamente e ingresados en Residencias públicas de Mayores. Las medidas de efectividad fueron la diferencia de la glucemia basal y la Hb A1C desde el comienzo y a los seis meses. Las variables de tolerabilidad fueron: la presencia de hipoglucemias en el mes previo al comienzo y al final y el porcentaje de pérdidas y abandonos durante los seis meses del estudio. La satisfacción se midió mediante escala analógica de impresión global de cambio (IGC) de 7 puntos de mucho mejor a bastante peor.

**Resultados:** Se reclutaron 100 pacientes, 10 por centro. Se obtuvieron datos finales de 78 sujetos: edad media 81,6 (SD 5,3), V/H: 28(35,9)/50(64,1), residencia/hospital: 41(52,6)/37(47,4), comorbilidad: HTA(N:69; 84,1%), dislipemia (N:35; 42,7%), pluripatología (> 5 enfermedades) (N:31; 37,8%), demencia (N:11; 13,4%), I. Barthel: 79,2 (SD 22,7), antidiabéticos orales (N:34; 41,5%), autoinsulinización (N: 47; 57,3), dosis insulina glargina al final (UI) 25,54 (SD 14,03). Eficacia: HbA1c Basal 7,9 (SD 0,74) HbA1c Final 7,10 (SD 0,67), Glucemia basal inicio 193,57 (SD 64,45), Glucemia basal final 130,82 (SD 20,67), IGC: mucho/bastante mejor 45 (54,9%), hipoglucemias último mes 8 (9,8%)  $p < 0,01$  respecto a hipoglucemias al inicio.

**Conclusiones:** La insulina glargina consigue un aceptable control metabólico del anciano diabético, reduciendo el número de hipoglucemias y alcanzando el objetivo terapéutico en la mayoría de los pacientes tratados.

## P243

### ESTUDIO DE LA INCIDENCIA DE CONSULTAS PSQUIÁTRICAS EN PACIENTES ANCIANOS EN UN HOSPITAL TERCIARIO UNIVERSITARIO

I. Bardés y E. Fontova  
Hospital General de la Vall d'Hebron, Barcelona.

**Objetivos:** Conocer la incidencia, el origen de la demanda, los motivos de consulta, diagnóstico médico asociado, y el destino final, al alta, de los pacientes geriátricos que han recibido una interconsulta psiquiátrica.

**Metodología:** Estudio descriptivo de la población atendida por la unidad de psicogeriatría con cualquier motivo de consulta relacionado con patología psiquiátrica demandada por los diferentes servicios de nuestro hospital a lo largo del año 2007. El material utilizado fue obtenido a partir de la base de datos del soporte informático del Servicio de Psiquiatría recopilados, a su vez, de las historias clínicas de los pacientes llenadas por los facultativos que atendieron la demanda. Se recogieron las variables de edad, sexo, servicio de procedencia, motivo de consulta, diagnóstico médico de ingreso, diagnóstico psiquiátrico principal y tratamiento, y destino final del paciente.

**Resultados:** El número global de consultas al Servicio de Psiquiatría durante el período del estudio fue de 621, incluyendo las valoraciones de trasplante de órganos. El número de consultas con patología psicogeriátrica durante este período fue de 210, lo que representa el 34,4% del total de visitas urgentes. La edad media fue de 74,3 años, siendo 107 mujeres (50,9%) y 103 varones (49,1%). Los servicios que originaron la demanda con más frecuencia fueron: Medicina Interna 31,9%, Cirugía General 14,7%, Cardiología 10,9% y oncología

9%. Los diagnósticos que originaron el ingreso fueron: Patología neoplásica 21,4%, cardiopatía isquémica 11,9%, pneumopatía 11,9%, cirugía abdominal 9%. El motivo de consulta de los pacientes fue: Síntomas depresivos 44,2%, agitación 12,4% y conducta inadecuada 10%. Los diagnósticos psiquiátricos fueron: Trastornos afectivos 47,6%, delirium 22,8%, trastornos psicóticos 6,6% y demencias 6,6%. El destino final de los pacientes fue el siguiente: alta domiciliaria 64,7%, recurso socio-sanitario 11,4% (24/210), ingreso hospital psiquiátrico 7,1% y éxitus 16,1%.

**Conclusiones:** La mayoría de consultas de psicogeriatría proceden del servicio de medicina interna. El motivo de consulta más frecuente es el de síntomas depresivos, mientras que el diagnóstico más prevalente es el de trastorno afectivo, seguido del de delirium. Un porcentaje elevado de los pacientes interconsultados no vuelven a domicilio requiriendo un recurso sociosanitario o psicogeriátrico y, un número considerable es éxitus en el mismo hospital.

## P244

### ALTERNATIVA AL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO EN LOS CARCINOMAS BASOCELULARES DE LOS ANCIANOS. TRATAMIENTO CON IMIQUIMOD

P. Burkhardt, R. Ruiz Villaverde, S. Arias, F. Almazán, P. Aceituno y A. Clemente  
Hospital Clínico San Cecilio, Granada.

Revisamos la casuística de pacientes portadores de Carcinomas Basocelulares, en sus distintas variedades clínicas y localizaciones, tratados con imiquimod crema al 5%, un inmunomodulador tópico, en el período comprendido entre los años 2000 y 2004 y analizamos los casos correspondientes a las personas mayores de 65 años, su evolución, respuesta y margen de seguridad.

## P245

### CARACTERÍSTICAS DIFERENCIALES DE LOS PACIENTES DE DISTINTOS NIVELES ASISTENCIALES DE UN SERVICIO DE PSICOGERIATRÍA

P.J. Regalado Doña, M. Guerra, A. Corominas, G. Reina, F. Escabia y E. Vilchez  
CASM Benito Menni, Sant Boi de Llobregat. Barcelona

Presentamos un análisis de las diferencias entre los pacientes ingresados en los distintos niveles asistenciales de nuestro centro. Se analizaron 230 pacientes en forma de corte transversal. Se recogieron datos demográficos, diagnóstico principal, valoración funcional (Barthel), síntomas conductuales (NPI en demencia) y signos de peligrosidad e intensidad de la atención psiquiátrica (escala Brossard). También se realizó una estimación clínica multidisciplinar del trastorno de conducta presente y del riesgo que representaba.

**Resultados:** Salud Mental: 104 pacientes, Larga Estancia 107 y Convalecencia (media estancia psicogeriátrica) 19. Edad media 76,7 ± 9,4. Diagnóstico principal: demencia 72 pacs., trastorno psicótico 134 pacs. y otros 23 pacs. El I. de Barthel de los pacientes de Salud Mental es de 70,4 ± 24,1, en Convalecencia de 53,6 ± 32, y en Larga Estancia de 39 ± 31,6 siendo la diferencia significativa estadísticamente (Kruskall-Wallis  $p < 0,00001$ ). En los pacientes con diagnóstico de demencia, el NPI total en el grupo de Salud Mental es de 26,12 en Larga Estancia de 23,49 y en Convalecencia 47,4. Las diferencias entre los grupos es significativa estadísticamente (Kruskall-Wallis  $p < 0,00001$ ). El FAST era mayor en los de Larga Estancia ( $x = 6,4$ ), inferior en Convalecencia ( $x = 5,9$ ) e intermedio en Salud Mental ( $x = 6,2$ ), siendo la diferencia significativa estadísticamente ( $p < 0,001$ ). En los pacientes de Salud Mental, el 35% no presentan trastorno de conducta (TC), el 50% presentan TC pero sin riesgo y el 15% presentan TC con riesgo importante. En Larga Estancia el 34% no presentan TC, el 44% tienen TC pero sin riesgo y el 22% presentan TC con riesgo importante. En Convalecencia el 15% no presentan TC, el 25% presentan TC sin riesgo y el 60% TC con riesgo importante. Nuevamente las diferencias son significativas estadísticamente (Kruskall-Wallis  $p < 0,001$ ).

**Conclusiones:** Los pacientes de Convalecencia afectos de demencia presentan más trastornos de conducta (NPI), una progresión menor de la demencia (FAST) y una valoración multidisciplinar del riesgo del

trastorno de conducta muy superior al de los otros dos niveles asistenciales. Los pacientes de Larga Estancia con diagnóstico de demencia presentan un estadío de la enfermedad más avanzado (FAST), una mayor incapacidad funcional (Barthel) y un menor riesgo del trastorno de conducta presente. Los pacientes de Salud Mental presentan una mayor autonomía funcional y escasa presencia de trastornos de conducta.

## Área ciencias sociales y del comportamiento

### P246

#### CONSECUENCIAS FORMATIVAS, PERSONALES Y SOCIALES DE LAS AULAS UNIVERSITARIAS DE LA EXPERIENCIA: UN ESTUDIO PRELIMINAR

B. Bonete López, M.D. Galán Conesa y E. Sitges Maciá  
Universidad Miguel Hernández de Elche, Elche. Alicante.

**Objetivos:** La inversión en la pirámide poblacional que han experimentado los países occidentales ha llevado a un creciente interés por la mejora de la calidad de la vida en la 3<sup>a</sup> Edad. Dentro de los factores que afectan a la calidad de vida, podemos afirmar que un adecuado enriquecimiento cultural y social constituye un indicador de una óptima calidad de vida asociada al envejecimiento. En concreto, en nuestro país, la oferta cultural ligada al ámbito universitario, puede cubrir las inquietudes y ansias de saber de una generación que no tuvo la oportunidad de acceder a estudios universitarios. Entre los objetivos generales de los Programas Universitarios dirigidos a Mayores, Alfageme y Cabedo (2005), destacan la realización personal y la integración social. Resulta interesante analizar las consecuencias que el acudir a las Aulas de la Experiencia tienen en esta población. El objetivo de este trabajo fue estudiar en qué medida los alumnos asistentes a las Aulas Universitarias de la Experiencia de la Universidad Miguel Hernández (AUNEX) vieron cumplida tanto la función personal y social, así como la formativa.

**Método:** Participaron 100 alumnos de las AUNEX. Para la recogida de información se utilizó un cuestionario de preguntas abiertas cualitativas, evaluando la respuesta a la pregunta: *¿Considera que las AUNEX han mejorado su Calidad de Vida? ¿En qué aspectos?* Las respuestas se agruparon en función del objetivo alcanzado (formativo, personal y/o social). En cuanto a la clasificación de las contestaciones, algunos sujetos contemplaron más de una dimensión en su respuesta.

**Resultados:** Al igual que en otros programas universitarios de mayores (Murcia, Granada y Castellón), atendiendo a las características sociodemográficas de la muestra, se compuso mayoritariamente de mujeres. La dimensión formativa ha sido ligeramente superior en los valores, pero no hemos encontrado diferencias significativas entre las 3 funciones.

**Conclusiones:** Nuestros resultados confirman la hipótesis de partida, señalada también por otros estudios (Alfageme y Cabedo, 2006). Resaltamos, que los alumnos encuentran en las AUNEX una función formativa, que cubre sus expectativas de ampliar conocimientos, enriquecimiento cultural y tener un aprendizaje práctico aplicado a la vida diaria.

### P247

#### EFFECTIVIDAD DE UN PROGRAMA DE POTENCIACIÓN COGNITIVA DIRIGIDO A PACIENTES CON DETERIORO COGNITIVO LEVE Y DEMÉNCIA LEVE

R. López de la Torre Martín, G. Torrijos Barbero, J.M. López Arrieta, I. Fernández Fuenzalida, S. Bote Sierra y M. Cerrato Cerrato  
Unidad de Memoria y Demencias Hospital universitario La Paz-Cantoblanco, Madrid.

**Objetivo:** Comprobar la eficacia de un Programa de Potenciación Cognitiva en pacientes con Deterioro Cognitivo Leve (MCI) y Demencia Leve (DL); a nivel Cognitivo y Satisfacción.

**Metodología:** Estudio descriptivo de una muestra (N = 80) dividido 2 grupos diagnosticados MCI, DL. Pacientes que acuden a un programa de Potenciación cognitiva de dos meses de duración, durante los años 2000-2008. Variables de Estudio: Cognitivas: MiniExamen Cognoscitivo (MEC) Prueba de Memoria Lógica del Wechsler (ML) Prueba de Pares Asociados del Wechsler (PA). Satisfacción: Escala de Satisfacción de Filadelfia (FIL). Realizando evoluciones pre-post programa.

**Resultados:** En un estudio piloto se observa unos porcentajes similares de hombres y mujeres en ambos grupos y una edad media similar. Se detecta una ligera mejoría todas las variables Cognitivas en el grupo de MCI sobre todo en PA. En DL se ve también una leve mejoría pero no siendo significativa en ninguna de las variables cognitivas. Si se observa una mejoría en las variables de Satisfacción en ambos grupos.

**Conclusiones:** Según los análisis preliminares podemos destacar una mejoría objetiva en las escalas cognitivas y de satisfacción en el grupo de MCI. En el grupo de DL no se observa una mejoría significativa de las variables cognitivas, seguramente por el avance de la enfermedad, aunque si se observa cierto mantenimiento de las mismas. Si se observa un ascenso en el nivel de satisfacción en ambos grupos creándose una cohesión de grupo y disminuyendo la idea preconcebida que tenían de "pacientes únicos" comprobando que existen otras personas que poseen parecidos déficits.

### P248

#### ¿VOTAN LAS PERSONAS CON DEMÉNCIA?

G. Torrijos Barbero, R. López de la Torre Martín, J.M. López Arrieta, V. Cocheteteux del Castillo, D. Méndez Alvarez, L. de la Peña Panadero y E. Ruiz Márquez  
Unidad de Memoria y Demencias Hospital Universitario La Paz-Cantoblanco, Madrid.

**Objetivo:** Examinar si pacientes con demencia votaron en las pasadas elecciones generales del 9 de Marzo.

**Metodología:** Entrevista telefónica estructurada a una muestra (N = 100) de pacientes diagnosticados de demencia en la Unidad de Memoria y Demencias del Hospital La Paz-Cantoblanco en la cual se preguntó a los pacientes o a sus cuidadores si habían participado en las últimas elecciones generales.

**Resultados:** En el período de estudio nos pusimos en contacto con 91 pacientes, familiares de 5 pacientes nos informaron que habían fallecido y el resto no se localizaron. De los 91 encuestados el 42% habían votado y el 57% no (30 por la demencia y 21 por otras causas). De los votantes, un 64% eran mujeres y un 35% hombres con 77 años de media. Estos pacientes votaron a pesar de que el 84% de ellos tenían diagnóstico de probable Enfermedad de Alzheimer y el resto con menor frecuencia otro tipo de demencia. De estos votantes 24 decidieron ellos mismos y 15 decidieron sus cuidadores por ellos.

**Conclusiones:** Según los análisis preliminares se encuentra que una parte sustancial de pacientes con demencia votan o sus familiares lo hacen por ellos. Los que no votan tienen una demencia más severa. La familia, sobretodo el cónyuge son quienes votan por el paciente, probablemente por entender sus preferencias políticas previas. La votación es un ejemplo de las capacidades que una persona pierde de manera gradual y que muestra lo necesario de investigar que actividades puede y no puede realizar una persona con demencia.

### P249

#### INFLUENCIA DE LA ANSIEDAD SOBRE EL RECUERDO AUTOBIOGRÁFICO EN LAS PERSONAS MAYORES

I. Montorio Cerrato, I. Cabrera Lafuente, M. Izal Fdez de Trocóniz y M. Márquez Gonzales  
Facultad de Psicología. Universidad Autónoma de Madrid.

**Antecedentes:** Aunque parece que la ansiedad no influye en los procesos de memoria, esto apenas se ha estudiado con personas mayores. Por otro lado, algunos estudios sugieren un sesgo de positividad en las personas mayores, ya que atienden y recuerdan más los estímulos positivos en comparación con los negativos (Carstensen, 2006).

**Objetivo:** Identificar la presencia de sesgos de memoria autobiográfica en personas mayores con altos y bajos niveles de ansiedad-rasgo y ansiedad-estado.

**Método:** 116 personas mayores voluntarias procedentes de centros para personas mayores fueron seleccionadas a partir de su nivel de ansiedad-rasgo (bajo o alto) y fueron asignadas aleatoriamente a una condición de inducción experimental de ansiedad o a un grupo control (ansiedad estado baja o alta). Posteriormente se les pidió que evocaran libremente un acontecimiento de su pasado y que juzgaran el tipo de emoción que les sugería el recuerdo de dicho acontecimiento (tristeza, alegría o neutral). Jueces expertos valoraron la valencia del acontecimiento recordado (positivo, negativo o neutro). Todos los sujetos cumplimentaron el Inventory of Preoccupation and Anxiety (WAQ, Dugas et al., 2001) que permite identificar la presencia de un Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG).

**Resultados:** No se encuentran diferencias significativas en la valencia del recuerdo ni en la emoción asociada al recuerdo en los sujetos según su pertenencia a las condiciones experimentales establecidas (ansiedad rasgo y estado). No obstante, las personas con diagnóstico TAG tienden a recordar significativamente más acontecimientos negativos (62,5%) que las personas sin TAG (30%) ( $\chi^2 = 8,3$ ,  $p < .01$ ). Además, casi la cuarta parte de las personas que evocan un acontecimiento valorado por los expertos como negativo lo etiquetan como alegre, mientras que los que son positivos se perciben de la misma manera ( $\chi^2 = 65$ ,  $p < .001$ ). Finalmente, el 90% de las personas que valoran el acontecimiento como alegre siendo valorado por los jueces como negativo pertenecen al grupo de ansiedad rasgo baja ( $\chi^2 = 23$ ,  $p < .001$ ).

**Conclusiones:** Existe un sesgo de memoria autobiográfica hacia lo negativo en personas mayores con diagnóstico TAG, así como se encuentra un "efecto de positividad" en las personas mayores, si bien éste no sería universal sino que dependería, al menos, del nivel de ansiedad-rasgo.

## P250

### EXPERIENCIA EN LA APLICACIÓN DE LA LEY DE PROMOCIÓN DE LA AUTONOMÍA Y PROTECCIÓN A LAS PERSONAS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA POR UN EQUIPO EN BARCELONA CIUDAD

M.J. Blázquez Seoane, T. Molins Vara, N. Ruzafa Mellado y F. Núñez Díaz  
Parc Sanitari Pere Virgili, Barcelona.

**Objetivos:** Analizar los resultados de las valoraciones realizadas por un equipo de valoración de la dependencia en una zona de Barcelona ciudad y comparación con los resultados previos de la encuesta de salud de Barcelona (ESB)

**Métodos:** Registro de la población valorada desde junio del 2007 hasta febrero del 2008. Recogida de datos demográficos (edad, sexo, domicilio) fecha recepción solicitud y fecha realización valoración y grado y nivel de dependencia. Comparación del grupo de mayores de 65 años con la estimación previa realizada en la encuesta de salud de Barcelona.

**Resultados:** Fueron valoradas 3556 personas, 34,11% eran hombres y 65,88% mujeres. Distribución por grupos de edad: < 65 un 16,87% y > 65 un 83,13%. Un 70,22% vivían en domicilio y un 29,78% vivían en centro residencial. El tiempo medio desde la llegada de la solicitud al equipo a la realización de la valoración fue de 18 días. Las resoluciones de grado y nivel fueron: Gran dependencia (grado III nivel I y II): un 80,29%, dependencia severa (grado II nivel I y II) 12,45% y dependencia moderada (grado I nivel I y II) un 5,72%.

Según los resultados de ESB la distribución entre la población dependiente fue: gran dependencia 8,2%; severa 16,2% y moderada 21,9%.

**Conclusiones:** Las diferencias detectadas entre las valoraciones realizadas y los resultados de la ESB pueden ser debidas a que la población que ha solicitado la valoración es a la que iba dirigida el despliegue inicial de la ley durante el año 2007 y 2008.

## P251

### CUESTIONES LEGALES DEL INTERNAMIENTO INVOLUNTARIO EN RESIDENCIAS PRIVADAS DE BADAJOZ

A. Domínguez Esperilla y M.J. Rodríguez Barquero  
Residencia para personas mayores MAPFRE-Quaviate Badajoz.

**Objetivo:** Marcar una línea de actuación en los ingresos involuntarios no urgentes de pacientes con demencias en las residencias geriátricas privadas de Badajoz.

**Método:** A propósito de un caso:mujer.85 años.Viuda,sin hijos.Dessenvuelve su vida con la ayuda de una cuidadora en su domicilio.Los informes médicos aportados no hacen referencia a trastornos psíquicos.

En los días siguientes al ingreso se objetiva un deterioro cognitivo moderado,que requiere pruebas y estudio,constatándose el diagnóstico de demencia mixta en grado moderado(GDS de 6)por Neurólogo externo.

Se plantea:

-¿Debería haberse solicitado una orden de internamiento involuntario no urgente en Badajoz?

-¿A quién corresponde iniciar el proceso de incapacitación y la comunicación de internamiento en una residencia geriátrica?

**Resultados:** De forma generalizada, las familias ingresan a sus familiares en una residencia sin su consentimiento, amparado todo ello en una falta de capacidad no declarada judicialmente.La ausencia de diagnóstico de Demencia en el momento del ingreso y la imposibilidad de realizarlo en una primera entrevista obliga a presuponer capacidad de decisión del afectado y por tanto no hace necesaria la solicitud de orden de internamiento.

El Código Civil, es claro respecto al internamiento en Centros psiquiátricos siendo imprescindible una Orden Judicial. No sucede así con el internamiento en residencias, quedando éste a criterio de la propia Audiencia Provincial, a pesar de que muchas residencias cuentan con unidades especiales para el abordaje de las demencias que por sus características se asemejan a instituciones psiquiátricas. Las propias Legislaciones Autonómicas, sin ser unánimes en el tema, se quedarían sin efectividad judicial ante la claridad del Código Civil, por lo que resulta evidente su inutilidad a la hora de la práctica profesional.

La comunicación del internamiento al Juez, que supone de obligación para el tutor, también radica en la residencia, ya que ésta comparte la guarda con el tutor, siendo de incumplimiento legal omitir este hecho. La "Ley de promoción de la autonomía personal y atención a personas en situación de Dependencia" no supone avance para estas cuestiones dado que trata únicamente de aspectos administrativos para atender necesidades, salvo figurar como guarda de hecho para solicitar la prestación.

**Conclusiones:** La falta de unos criterios estándares en el territorio nacional en torno al tema.

Una falta de precisión de enfermedades, diagnósticos clínicos en el Código Civil, que puedan dar más luz en el proceso.

## P252

### PREVALENCIA DE SOSPECHA DE MALTRATO Y/O NEGLIGENCIA HACIA PERSONAS MAYORES EN EL ÁMBITO COMUNITARIO

M. Izal<sup>2</sup>, G. Pérez-Rojo<sup>2</sup>, M.T. Sancho<sup>1</sup> e I. Montorio<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Observatorio de Personas Mayores, Madrid; <sup>2</sup>Universidad Autónoma de Madrid.

**Objetivo:** Estimación de la prevalencia de sospecha de maltrato y/o negligencia hacia personas mayores en el ámbito comunitario.

**Método:** Se realizó un estudio multicéntrico en colaboración con la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria SEMFYC y la Fundación Matia. El estudio consta de una primera fase de detección de sospecha para lo que se empleó el Índice de Sospecha de Maltrato hacia las Personas Mayores (EASI) y una segunda fase de confirmación de la sospecha mediante una entrevista estructurada denominada Formulario de Evaluación de Trabajo Social (FETS). En la Fase 1ª fueron valoradas 241 personas y en la Fase 2ª 189 personas, sin deterioro cognitivo en ambos casos, procedentes de Centros de Atención Primaria y de Servicios Sociales de Madrid, Málaga y San Sebastián.

**Resultados y conclusiones:** Se obtuvieron dos índices de prevalencia distintos en función de la opinión de la fase de estudio (EASI o FETS). La prevalencia de sospecha de maltrato tras la aplicación del EASI fue del 10%, siendo el tipo de sospecha más frecuente el maltrato psicológico, seguido del maltrato físico y sexual. Los menos frecuentes fueron los de tipo negligencia y abuso económico. Asimismo, es frecuente que en una misma persona recayera la sospecha simultánea de maltrato psicológico y físico. En la segunda fase, la prevalencia de sospecha de maltrato estimada tras la aplicación del FETS fue superior a la encontrada con el EASI, concretamente un 12,8%.

Al igual que en el caso de la primera fase, el tipo más frecuente de sospecha de maltrato fue el psicológico, seguido del maltrato físico y sexual, siendo los menos frecuentes la negligencia y el abuso económico, así como que la misma persona presente de forma simultánea maltrato psicológico y físico. Estas tasas se encuadran dentro del rango de prevalencia establecido por otros estudios.

## P253

### DEPRESIÓN, FUNCIONALIDAD COGNITIVA Y FÍSICA EN ADULTOS MAYORES MEXICANOS. UNA COMPARACIÓN URBANO RURAL

E. Arias Merino<sup>2</sup>, G. Ortiz<sup>1</sup>, N. Mendoza Ruvalcaba<sup>2</sup>, A. Morales Sánchez<sup>2</sup>, R. Meda Lara<sup>2</sup> e I. Velázquez Brizuela<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Instituto Mexicano del Seguro Social. México; <sup>2</sup>Universidad de Guadalajara. México.

El envejecimiento tiene expresiones territoriales. En México, se caracteriza por sus contrastes: urbano -rural, socioeconómico, demográfico y epidemiológico. Las áreas rurales tienen mayor proporción de adultos mayores por la migración. Las mujeres viven la desigualdad y la exclusión social. Existen pocos estudios sobre salud y funcionalidad de adultos mayores para la prevención de la discapacidad.

**Objetivo:** Identificar la prevalencia de deterioro cognitivo, discapacidad y depresión en adultos mayores del área urbana y rural del estado de Jalisco, México.

**Método:** Estudio transversal. Se entrevistaron 1352 personas de 60 años y más del área rural y 1201 urbana, residentes de Jalisco. Se aplicó el Miníexamen Mental (Folstein), Escala Geriátrica de Depresión (Yesavage) e Índice de Actividades de la Vida Diaria, básicas de Katz (AVDB) e instrumentales de Lawton AVDI). Se incluyeron datos sociodemográficos. El análisis comparativo rural vs. urbano se realizó en SPSS. Se obtuvo OR (IC95%)

**Resultados:** El promedio de edad fue  $71,5 \pm 8$  años, se encontró menor proporción de mujeres (58% vs. 64%), sin pareja (41% vs. 50%) y baja escolaridad ( $2,6 \pm 2$  vs.  $4,7 \pm 4$ ), en el área rural que en la urbana. Prevalencia de 33,7% vs. 27,7% de síntomas depresivos, 15,8% vs. 12,6% deterioro cognitivo, 9% vs. 10,7% de incapacidad en AVDB y 28,5% vs. 35% en AVDI. Se encontró riesgo de depresión OR = 1,32 (1,11-1,57) y deterioro cognitivo OR = 1,30 (1,03-1,64) en los adultos mayores rurales e incapacidad en AVDI en el área urbana OR = 1,35 (1,14-1,60).

**Conclusión:** Este estudio puede ser el punto de partida para la intervención comunitaria y clínica.

## P254

### PACIENTE CRÓNICO: MEDIDA DE LA SATISFACCIÓN DE LOS FAMILIARES Y CUIDADORES DEL PAPEL DE ENFERMERÍA

R. Rossell Coll, C. Pedreño y S. De las Cuevas

Fundació Asil Hospital de Granollers, Barcelona.

**Objetivo:** Determinar el grado de satisfacción percibida por las familias con enfermedades crónicas de los pacientes ingresados en las diversas unidades del CSS(Centro Socio Sanitario): UME (Unidad Media Estancia) y UCP (Unidad Cuidados Paliativos)

**Metodología:** Estudio descriptivo de 37 pacientes ingresados durante los meses de enero y febrero de nuestro CSS en el año 2007. Se incluyeron pacientes mayores 75 años con enfermedad crónica con poca respuesta a tratamiento activo. Se excluyen los pacientes con procesos neoplásicos y pacientes previamente institucionalizados. Se utiliza cuestionario telefónico dividido en 4 apartados: Información recibida sobre la enfermedad. Participación de la familia en los cuidados. Entorno físico. Expectativas de los familiares. Cada apartado se puntuó del 1 al 5 en función del grado de satisfacción (1: Muy Insatisfecho, 2: Insatisfecho, 3: Aceptable, 4: Satisfecho, 5: Muy Satisfecho).

**Resultados:** Pudo cumplimentarse la encuesta telefónica en el 75% del total de la muestra. Los pacientes presentaban patología cerebro-vascular (45%), cardiaca (28%), respiratoria (9%), hepatopatía crónica (9%) y fractura de fémur en paciente pluripatológico (9%). Los resultados en función de cada apartado: *Información recibida* (UCP 4,76 UME 3,90) *Participación de la familia* (UCP 4,76 UME 4,15) *Ubicación física* (UCP 4,90 UME 3,83) *Expectativas* (UCP 4,57 UME 3,85).

**Conclusiones:** La información, la integración de la familia en los planes de cuidados de enfermería, proporcionar un entorno tranquilo y cubrir las expectativas de los familiares en pacientes con enfermedad crónica, determinan mayor grado de satisfacción de la familia y cuidadores. Es imprescindible que en nuestro trabajo diario, trabajemos sobre estos pilares básicos e identifiquemos todo aquello potencialmente mejorable para poder obtener un mayor grado de satisfacción.

## P255

### PRIMEROS RESULTADOS DE UN SCREENING SOBRE EL RIESGO DE AISLAMIENTO A PERSONAS MAYORES QUE VIVEN SOLAS EN UN BARRIO DE MADRID

M.C. Tena-Dávila Mata, S. Garijo Pilar, A. Puig Selles, C. Díez Martín, M. Gómez Pereiro y F. Tejedor Martín

Dirección General de Mayores. Ayuntamiento de Madrid.

Uno de cada cinco mayores vive solo. Estos tienen peor calidad de vida y son más vulnerables al aislamiento. Este hecho nos lleva a poner especial atención en su detección e identificación precoz.

**Objetivo:** Cribado de la población mayor que vive sola en un entorno homogéneo (barrio), para valorar e identificar el riesgo de aislamiento y el aislamiento.

**Material y método:** Estudio prospectivo (enero a marzo 2008) a mayores de 65 años que viven solos, según padrón municipal, del barrio Universidad del distrito Centro (n = 1985). Este cribado se basa en una entrevista concertada a domicilio por trabajadores sociales o/ y psicólogos. En caso de rehusar, se obtiene información telefónica, y/o datos de observación directa e indirecta. Según los resultados se clasifica: Sin riesgo. Con riesgo y Aislado socialmente. Se dan datos en tantos por ciento

**Resultados:** Se descartan por omisiones o errores del padrón (muertos, cambio de domicilio, no viven solos) 16%. De los restantes: Rehúsan colaborar el 7% y han colaborado el 93%. Nos encontramos con un 81% sin riesgo, 13% con riesgo, y el 1% aislado. Sin datos para clasificar el 5%. Posteriormente hacemos la distribución entre los que colaboran y los que rehúsan y las proporciones en los 3 grupos son respectivamente: sin riesgo 83,5% y 53%. Con riesgo o vulnerabilidad: 11% y 38%, con aislamiento 0,8% y 1,1%. Sin datos 4,7% y 6,7%.

**Conclusiones:** Es una población mayoritariamente sin riesgo 81%. Solo un 1% está aislado.

El 13% es vulnerable, y es entre los que "rehúsan" donde se da más esta situación. La negativa a colaborar nos debe tener más vigilantes

## P256

### ¿VALE LA PENA PROPOSER ALTERNATIVAS QUE AYUDEN A LOS CUIDADORES A DISMINUIR SU VULNERABILIDAD?

M.C. Tena-Dávila Mata, P. Garijo Serrano, M.S. Carpio García,

M.C. Díez Martín y F. Tejedor Martín

Dirección General de Mayores. Ayuntamiento de Madrid.

La vivencia de un cuidador familiar genera gran impacto en la vida de las personas implicadas. El ambiente debilita o fortalece la "habilidad de cuidado", como son: el apoyo socio-emocional, las relaciones familiares y los recursos de apoyo.

**Objetivo:** Conocer como el Programa psicoterapéutico "Cuidar al Cuidador", mejora habilidades como: saber pedir ayuda, relaciones familiares y sociales, y solicitar servicios

**Material y método:** Recogemos información de 337 cuidadores que contestan un cuestionario estructurado (son el 48% de los que han asistido al programa 2006/2007). El perfil 77% mujeres. Edad media 65,6. No comparte cuidados con otros familiares 64,7%. No puede contar con nadie en un momento puntual el 47%, y el 70% no ha tenido un fin de semana libre en los últimos seis meses

**Resultados:** Tras la asistencia al programa manifiestan la siguiente situación: Le ha ayudado emocionalmente a encontrarse mejor. 89% A cuidarse mejor 50%. Sentirse mejor 57%. Mejorar la convivencia familiar 26%. Mejorar la convivencia con el mayor 39%. Resolver algunos problemas cotidiano 38% y Pedir ayuda 48%. Ha recuperado, en parte, su vida personal al mejorar sus relaciones sociales en el 55,2% y el 33% en relaciones familiares. Han tramitado nuevos recursos sociales de apoyo el 47% de los cuidadores.

**Conclusiones:** El programa les ha permitido hacer visible su situación y buscar soluciones para conseguir una existencia más cómoda, eficaz y satisfactoria para si mismos y también para la persona que cuidan. Se evidencia como al finalizar el programa, el cuidador trata de organizarse y sobreponerse para afrontar mejor esta demanda

## 257

### REPERCUSIÓN DE LAS TAREAS DE CUIDADO EN LAS ACTIVIDADES SOCIALES DE LOS CUIDADORES FAMILIARES DE ENFERMOS DE ALZHEIMER DE LA PROVINCIA DE ALICANTE

R.I. Ferrer Cascales, A. Reig Ferrer, J.L. Talavera Biosca, M. Richart Martínez, M.A. Carchano Monzó y M.D. Fernández Pascual  
Universidad de Alicante.

La mayoría de los enfermos de Alzheimer son cuidados en sus domicilios por cuidadores familiares. Proporcionar este tipo de cuidados implica un gasto significativo de tiempo y energía, requiriendo la realización de tareas que a menudo afectan al ámbito familiar y social del cuidador.

**Objetivo:** Evaluar el grado de afectación que las tareas de cuidado tienen en la vida social de los cuidadores, así como el apoyo social percibido por los mismos.

**Método:** Han participado un total de 289 cuidadores familiares de enfermos de Alzheimer de diferentes asociaciones de la provincia de Alicante (241 mujeres y 48 varones). La media de edad es de 55,65 años, con una desviación típica de 13,21.

Se han utilizado dos cuestionarios de calidad de vida relacionada con la salud: Las Láminas COOP-WONCA (Adaptación española, Lizán y Reig, 1997) y el Perfil de Salud de Nottingham (PSN; Hunt, 1980).

**Resultados:** En la evaluación realizada con las láminas COOP-WONCA, el 44,4% de los cuidadores entrevistados manifiesta que su salud física y estado emocional han limitado sus actividades sociales: moderadamente (17,4%), bastante (11,8%) y muchísimo (5,2%). Y el 33,5% refiere problemas de falta de apoyo social.

Respecto a los resultados obtenidos con el Perfil de Salud de Nottingham, el 53,1% de los cuidadores entrevistados refiere problemática de aislamiento social, y el 20,8 manifiesta que su estado de salud le causa problemas con su vida social.

**Conclusión:** Las tareas de cuidado de enfermos de Alzheimer llevan una clara repercusión sobre la vida social y las relaciones interpersonales de sus cuidadores familiares, con importantes niveles de aislamiento social.

*Este estudio ha sido apoyado económicamente por la Conselleria de Sanidad a través de la Escuela Valenciana de Estudios de la Salud (EVES) en su convocatoria 2006 (Becas para proyectos de investigación en programas de salud, prevención y predicción de la enfermedad).*

## P258

### DEFPROF

S. Pinazo Hernandis<sup>2</sup>, V. Suberviola<sup>1</sup>, I. Tamarit<sup>2</sup>, R. Amela<sup>2</sup>, D. Gallegos<sup>2</sup> y S. Ruiz<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Centro de Salud de Nazaret, Valencia; <sup>2</sup>Universitat de València.

**Objetivos:** Conocer las necesidades de los cuidadores inmigrantes para ofrecer buenos cuidados a los dependientes; Conocer el papel de los centros sociosanitarios como recurso de proximidad para los cuidadores inmigrantes.

**Método:** Se utilizó el método de interrogación a expertos con la ayuda de aportaciones sucesivas. A partir de un guión estructurado, se realizó una entrevista grupal con profesionales sociosanitarios de centros de salud de la provincia de Valencia (grabada en audio-vídeo). Se transcribió (Doc. 1) y vía correo electrónico se enviaron copias a cada participante para hacer modificaciones o añadir comentarios (Doc. 2). Este documento circuló de nuevo entre los participantes (Doc. 3). Se revisaron y discutieron los nuevos documentos que fueron sometidos a un análisis de contenido.

**Resultados:** Se discuten las ideas generales de la entrevista y sus comentarios, destacando las necesidades de los cuidadores, percibidas por los profesionales: formación para el cuidado, primeros auxilios, atención a encamados, higiene y cuidados posturales, dietas y administración de fármacos.

**Conclusiones:** El sistema de atención sociosanitaria se ve directamente afectado por la llegada de inmigrantes: aumento de la población que requiere atención sanitaria, atención a una población con diferentes usos y costumbres, y cuidadores no siempre capacitados para el cuidado a los dependientes. Todo ello supone esfuerzos adicionales (problemas de comprensión debidos al lenguaje o diferentes concepciones de la salud-enfermedad, los cuidados, la higiene o la alimentación,...). ¿Cómo afronta el sistema sociosanitario esta situación? ¿Cómo ayudar/formar al cuidador para que la atención domiciliaria sea la mejor posible? ¿La formación debe darse desde el centro de salud?

## P259

### DEPINMIG

S. Pinazo Hernandis, J.C. Siurana, R. Amela, I. Radu, S. Ruiz y D. Gallegos  
Universitat de València.

**Objetivos:** a) Conocer la opinión de los cuidadores (inmigrantes) de personas mayores dependientes para poder ofrecer una mejor atención y cuidados; b) Conocer el papel de los centros sociosanitarios como recurso de proximidad para los cuidadores inmigrantes.

**Método:** A partir de un guión de entrevista con tres formatos, se realizaron entrevistas individuales a 15 cuidadores, a las personas mayores cuidadas (en los casos en los que estaban capacitados para responder) y a los familiares (aquellos que aceptaron libremente contestar).

**Resultados:** Se discuten las ideas generales surgidas en las entrevistas individuales, destacando a partir de la triangulación de opiniones, las necesidades percibidas por los cuidadores inmigrantes, las personas cuidadas y los familiares: formación específica para el cuidado, estabilidad laboral y legalidad en los contratos, delimitación de tareas para las que son contratados y sobrecarga.

**Conclusiones:** La población inmigrante que se encarga del cuidado de personas mayores dependientes es mayoritariamente de sexo femenino, y las tareas para las que se les contrata son la limpieza de la casa, compras, cocina, y tareas de cuidado (acompañamiento constante, atención casi las 24 horas del día, movilización, atención hospitalaria), en régimen de internado o bien con turnos diurnos, nocturnos, externas o por horas. Usualmente no tienen ningún tipo de contrato ni son dadas de alta en la Seguridad Social. Las enfermedades que provocan esta demanda de cuidadores suelen ser enfermedades mentales degenerativas, como Alzheimer o Parkinson. La mayor parte de las veces las personas que atienden a mayores dependientes carecen de formación especializada.

## P260

### FUNCIONALIDAD FÍSICA EN EL ADULTO MAYOR. UN ESTUDIO EN EL NORTE DE JALISCO Y SUR DE ZACATECAS

A. Morales Sánchez, E. Arias Merino, N. González Gallegos, I. Díaz García, G. Morales Sánchez y N. Mendoza Ruvalcaba  
Universidad de Guadalajara.

La funcionalidad física es indicador de la vida activa del adulto mayor (AM). Al valorar las actividades físicas que le ayudan a mantener su autocuidado (Actividades Básicas de la Vida Diaria, ABVD), autonomía e interrelación social (Actividades Instrumentales de la Vida Diaria, AIVD), se identificarán procesos patológicos con costos individuales, familiares y sociales; predecirán discapacidad, uso de los servicios de salud y asistencia social. En México el 20% de los AM presentan dificultad para ABVD y el 15% en AIVD (OPS, 2001).

**Objetivo:** Caracterizar las condiciones de funcionalidad física en el adulto mayor del sur de Zacatecas (SZ) y norte de Jalisco (NJ).

**Material y métodos:** Estudio descriptivo transversal con pruebas de autoreporte de ABVD de Katz y de AIVD de Lawton. Muestreo multietápico representativo con 209 AM del NJ y 215 del SZ. Aplicamos promedios y  $\chi^2$ .

**Resultados:** El 34% de AM son hombres y el 66% mujeres. Edad promedio de  $71,5 \pm 8,3$ . El 75,4% de hombres están activos, 82,2% de mujeres se dedican al hogar. El 92,7% en las ABVD son autónomos, el 7,3% tiene problemas al ejecutar 1 ó más. Respecto a la AIVD 70,7% son autónomos, mientras que 29,3% manifiestan este tipo de dificulta-

des, las mujeres muestran mayor frecuencia ( $p < 0,001$ ); no se detectaron diferencias por lugar de residencia, ni por edad ( $p = 0,48$ ).

**Conclusión:** Los AM manifiestan mayor dificultad en las AIVD que lo reportado por la OPS, las mujeres muestran mayor dificultad. Para diseñar intervenciones eficaces es necesario evaluar atención salud y asistencia social en la región.

## P261

### DEPRESIÓN Y SU ASOCIACIÓN CON VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS EN ANCIANOS DEL NORTE DE JALISCO Y SUR DE ZACATECAS.

A. Morales Sánchez, E. Arias Merino, N. González Gallegos, I. Díaz García, G. Morales Sánchez y N. Mendoza Ruvalcaba

Universidad de Guadalajara.

**Introducción:** La depresión es un trastorno del área afectiva-emocional, con síntomas psíquicos y corporales. En la esfera afectiva se presenta alteración del humor, tristeza; se alteran la actividad personal, laboral y social. La prevalencia de depresión en ancianos de población abierta oscila entre el 15 y 20%.

**Objetivo:** Identificar la frecuencia de depresión y su asociación con variables sociodemográficas en ancianos del norte de Jalisco y Sur de Zacatecas.

**Material y métodos:** Estudio descriptivo transversal, se utilizó la Escala de Depresión Geriátrica de Bink-Yesavage (1982). Muestro multietápico representativo, la muestra se conformó de 209 ancianos del norte de Jalisco y 215 del sur de Zacatecas. Para medir la asociación se aplicó  $\chi^2$ .

**Resultados:** Se incluyeron 423 ancianos (281 mujeres y 142 hombres) el promedio de edad es de 71,5%. El 57% viven con pareja y el 43% con hijos u otros. El 12,6% son jubilados, 75,4% de los hombres están activos, el 82,2% las mujeres se dedican al hogar. De manera general presentaron depresión severa 23,9%, leve a moderada 20,1%, el resto obtuvieron puntajes normales (56%). La depresión severa fue más frecuente en Zacatecas (32,7%) que en Jalisco (14,8%)  $p < 0,0001$ , y en el grupo de edad de 81 y más años (34,8% vs 21,8%) ( $p = 0,003$ ). La depresión no resultó asociada con sexo, estado civil y ocupación.

**Conclusiones:** Detectamos cifras de depresión altas en Zacatecas, comparándolas con otros estudios de prevalencia en ancianos. Esto revela la necesidad de buscar y proponer alternativas para su prevención, detección oportuna y tratamiento adecuado.

## P262

### RESULTADOS DE LA APLICACIÓN DE UNA ESCALA DE VALORACIÓN SOCIAL EN PACIENTES INGRESADOS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL DE BARCELONA

S. Santaliestra Marín, T. Teixidor Colomer, C. Pal Pal, C. Pérez Bocanegra, A. San José Laporte y M. Vilardell Tarres

Hospital Vall D'hebron. Barcelona.

**Introducción:** En un sistema de salud que debe tener en cuenta tanto los aspectos físicos, psíquicos y sociales de las personas mayores, se hace necesaria la introducción de alguna escala o parámetro que nos permita de forma rápida y fiable la valoración socio-familiar de estos. Existen numerosas escalas de valoración social que ayudan en la identificación de los problemas y permiten elaborar planes de actuación integral que cubran las necesidades detectadas.

La escala de Valoración Socio-Familiar de Gijón (EVSF) (Díaz Palacios y cols. 1993) recoge brevemente los aspectos sociales principales a tener en cuenta en la evaluación integral de las personas mayores: situación familiar, condiciones de la vivienda, situación económica, relaciones y contactos sociales y apoyos de la red social.

**Objetivo:** Describir características de pacientes valorados por la trabajadora social de la UFISS de Geriatría a los que se aplicó la Escala de Valoración Socio-Familiar de Gijón.

**Pacientes y método:** Análisis descriptivo de datos recogidos mediante base de datos con soporte informático (SPSS) de pacientes ingresados durante el año 2007 que fueron valorados por la trabajadora social de la UFISS de Geriatría.

**Resultados:** La trabajadora social de la UFISS de Geriatría valoró durante el año 2007 un total de 197 pacientes, realizándose valoración mediante EVSF a 171.

De estos, un 48% eran hombres y un 52% mujeres. Un 36,8% presentaban un resultado en la EVSF < 10 (situación normal o riesgo social bajo) un 62% tenían entre 10 y 17 puntos (riesgo social intermedio) y un 1,2% presentaba resultado de > 17 (riesgo social elevado). En cuanto al estado civil de los pacientes: con riesgo social bajo, de un total de 63, un 54% estaban casados, 41,3% viudos, 1,6% solteros y 3,2% separados. Con riesgo social intermedio, de un total de 106 pacientes, un 34,9% casados, 47,2% viudos, 12,3% solteros y 5,7% separados. Del total de 2 pacientes con riesgo social elevado, 1 era viudo y otro soltero. En cuanto al destino al alta del hospital, de los pacientes con riesgo social intermedio, un 19,9% fueron dados de alta a su domicilio, un 1,9% a centro residencial social, un 16% ingresaron en Unidades de Larga Estancia (LE) SocioSanitaria, un 6,6% fueron exitos y un 55,6% ingresaron en Unidades de Convalecencia. De los pacientes con riesgo social bajo, un 31,7% fueron dados de alta a su domicilio, un 3,2% a centro residencial social, un 4,8% ingresaron en Unidades de LE SocioSanitaria, un 3,2% fueron exitos, un 1,6% ingresaron en Unidades de Paliativos, un 1,6% ingresaron en otro hospital de agudos y un 54% ingresaron en Unidades de Convalecencia.

**Conclusiones:** La aplicación de la Escala permite recoger información de forma estructurada y objetiva en el ámbito hospitalario aunque se debe tener en cuenta que se trata de una escala de utilización en el ámbito domiciliario mayoritariamente. Los resultados de su utilización no resultan demasiado útiles como factor predictivo de destino al alta desde Hospital de agudos y más teniendo en cuenta que la UFISS de Geriatría de nuestro hospital valora sobre todo enfermos con criterio de ingreso en Unidades de Convalecencia.

## P263

### EL POSITIVISMO DE LA VEJEZ: ANÁLISIS CUALITATIVO DE LAS EMOCIONES EN LAS PERSONAS MAYORES

J.J. Yanguas Lezaun, D. Prieto Sancho, E. Urdaneta Artola, A. García Soler, C. Buiza Bueno e I. Etxeberria Arrixabal

Fundación Ingema (Instituto Gerontológico Matia), San Sebastian.

**Objetivo:** El objetivo de este estudio cualitativo era estudiar el papel de las emociones en una muestra de personas mayores con edades comprendidas entre los 55 y los 100 años.

**Método:** El trabajo de campo consistió en la realización de 82 entrevistas en profundidad a personas mayores de toda España. Además se realizaron ocho entrevistas con profesionales en relación con las personas mayores desde distintos ámbitos como la geriatría, la psicología, la gerontología o la medicina. En la elaboración y búsqueda de los perfiles se tuvieron en cuenta y entremezclaron las siguientes variables principales: Género, edad, hábitat, modelos de convivencia, nivel socioeconómico, estado de salud, nivel educativo y situación laboral.

**Resultados:** De los discursos de las personas mayores se desprende de que existen algunas emociones positivas estables a lo largo del proceso de envejecimiento. Nos estamos refiriendo a la alegría y a la ilusión. No obstante también se ha constatado que en la medida que las personas son más mayores expresan más sentimientos negativos que positivos. Entre las emociones negativas verbalizadas se encuentran la apatía, desconfianza, tristeza, soledad, inseguridad y miedo. Sin embargo, los más mayores dotan de significado positivo sus vidas. Este hecho ha sido abordado desde las teorías modernas del desarrollo emocional a lo largo del curso vital, cuyos cimientos enfatizan la importancia de una mayor complejidad emocional y una mejor regulación emocional en los mayores, es decir, un incremento de experiencias emocionales positivas y una disminución de afectos negativos en este colectivo (Carstensen, 1992).

**Palabras clave:** emociones positivas, personas mayores.

## P264

### APOYO SOCIAL Y EMOCIONES EN EL PROCESO DE ENVEJECIMIENTO: APROXIMACIÓN CUALITATIVA

I. Etxeberria Arrixabal, C. Buiza Bueno, N. Galdona Erquicia, A. Etxaniz, E. Urdaneta Artola y J.J. Yanguas Lezaun

Fundación Ingema (Instituto Gerontológico Matia), San Sebastian.

**Objetivo:** El objetivo de este estudio cualitativo era estudiar el papel de las emociones en una muestra de personas mayores con edades comprendidas entre los 55 y los 100 años.

**Método:** El trabajo de campo consistió en la realización de 82 entrevistas en profundidad a personas mayores de toda España. En la elaboración y búsqueda de los perfiles se tuvieron en cuenta y entremezclaron las siguientes variables principales: Género, edad, hábitat, modelos de convivencia, nivel socioeconómico, estado de salud, nivel educativo y situación laboral.

**Resultados:** Del análisis de las entrevistas se desprende que se produce una reducción del apoyo social en la medida que se envejece. Así como en la entrada del envejecimiento se observa un apoyo social nutrido, principalmente ofrecido por familia, amigos, vecinos y ex compañeros de trabajo, con la edad se produce una reducción del apoyo social. Desde las teorías del desarrollo emocional se argumenta que con el envejecimiento se produce un estrechamiento selectivo e intencionado de las relaciones sociales en beneficio de una mejor regulación y experiencia emocional. Este hecho se constata en esta investigación cualitativa ya que las personas mayores ven como su red social se reduce. No obstante, ellos manifiestan sentirse satisfechos con las relaciones que mantienen con familiares y amigos. Este hecho se apoya por investigaciones previas cuyos datos señalan que la frecuencia de los contactos se considera más importante para las amistades que para las relaciones familiares, pero la calidad era más importante en lo concerniente a los contactos familiares.

**Palabras clave:** apoyo social, regulación emocional, personas mayores.

## P265

### COMPANIONABLE: SISTEMA ROBÓTICO PARA EL APOYO EN LA SEGURIDAD Y EN LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA DE LAS PERSONAS MAYORES CON DETERIORO COGNITIVO LEVE

I. Etxeberria Arribalzaga<sup>1</sup>, J.J. Yanguas Lezaun<sup>1</sup>, A. García Soler<sup>1</sup>, A. Maseda<sup>2</sup>, T. Lorenzo<sup>2</sup> y J.C. Millán<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Fundación Ingema (Instituto Gerontológico Matia), San Sebastian; <sup>2</sup>Grupo de Investigación en Gerontología/ Universidad de A Coruña.

**Objetivo:** Desarrollar un sistema robótico móvil y una plataforma domótica en el hogar que ayude a personas mayores con deterioro cognitivo leve a incrementar su autonomía y seguridad.

**Método:** Companionable estará constituido por la combinación sinérgica de tecnologías de inteligencia ambiental y robótica. La combinación de ambas permitirá desarrollar un robot móvil y una plataforma domótica en el hogar con múltiples funcionalidades. Las ventajas más destacables de esta combinación incluyen lograr una integración gradual y sobre todo rentable. Entre las funcionalidades a desarrollar, destacan: agenda electrónica inteligente, programa de entrenamiento cognitivo online, recordatorio de toma de medicación, actividades, citas y técnicas audiovisuales para la comunicación con familiares y profesionales de la salud, registro de constantes vitales y/o detección de situaciones de riesgo (por ejemplo caídas).

**Resultados y conclusiones:** En la primera fase de este proyecto financiado por la Comisión Europea, 7º PM, se requiere la participación de sujetos diagnosticados de deterioro cognitivo leve, sus cuidadores (familiares) y profesionales implicados en la atención de estos pacientes. Se pretenden recoger y conocer las necesidades de este colectivo para posteriormente desarrollar y adaptar las funcionalidades del robot y la casa domótica a las necesidades de las personas con deterioro cognitivo leve. Posteriormente, se llevarán a cabo pruebas de usabilidad con dichos usuarios finales.

En definitiva, el proyecto de investigación CompanionAble, pretende desarrollar una tecnología específica adaptada a personas mayores con deterioro cognitivo leve y a sus cuidadores; así como contrastarla de cara a su comercialización.

**Palabras clave:** Deterioro cognitivo leve, dependencia, robótica.

## P266

### EL HOSPITAL DE DÍA GERIÁTRICO DE TERUEL: UN RETO PARA EL TRABAJADOR SOCIAL

M.E. Pérez Colón, S. Cortes Pérez, E. Lorente Sanz, C. Gómez Saras, P. Manzano Hernández y M.J. Vicente Romero  
Hospital San José, Teruel.

**Objetivo:** Conocer la situación social de los pacientes que acuden al Hospital de Día Geriátrico de Teruel y las intervenciones realizadas por el Trabajador Social, apoyando al paciente y su familia.

**Método:** Estudio descriptivo retrospectivo de los pacientes incluidos en el Hospital de Día Geriátrico, desde Diciembre 2007 a Febrero del 2008. Análisis de datos sociodemográficos y sociales de los usuarios e intervenciones aplicadas desde Trabajo Social.

**Resultados:** 50 pacientes, con edad media 72, predominio de sexo femenino 53%. Estado civil: 14% solteros, 54% casados y 32% viudos. Apoyo familiar prestado puntualmente por: 64% hijos, 12% hermanos, 6% sobrinos y 4% ningún apoyo. Proceden de zona rural 32% y urbana 68%. Barreras arquitectónicas en vivienda: 42% escaleras y 36% bañera. El 80% presenta problemática social. Recursos sociales tramitados: 40% servicio de ayuda a domicilio, 32% teleasistencia, 60% Ley de dependencia, 2% residencia, 6% centro de día, 30% material ortoprotésico, 2% ayudas para el desplazamiento y 8% colaboración de voluntarios para los paseos. Información: 22% de Asociaciones y 62% ayudas para adaptación de vivienda.

Intervenciones familiares realizadas: 70%, programación de actividades de ocio: 30% y coordinación con servicios sociales de base 72%.

**Conclusiones:** Es importante la presencia del Trabajador Social en el Hospital de Día Geriátrico, dada la problemática habitual de la situación de dependencia, familiar, social y de vivienda de los ancianos de Teruel.

Las intervenciones realizadas permiten mejorar la calidad de vida del paciente y una adaptación a nuevas situaciones de dependencia en el domicilio.

## P267

### IMPACTO FAMILIAR EN LA UNIDAD DE DEMENCIA

I. López Gómez, R. Jiménez Sánchez, E. Poyuelo Hoyo, P. Vicente Parra, Y. Segovia Ollero y P. Vega Sánchez  
Sar Fundación Privada, Residencia Sar Santa Justa, Sevilla.

**Objetivo:** Analizar el grado de exigencia que los familiares de los residentes de una Unidad de Demencias tiene con los auxiliares al no aceptar la situación familiar conduciendo a una carga de trabajo y estrés.

**Método:** Se realiza dos encuestas: Familiares de residentes de la Unidad. Auxiliares que trabajan en la Unidad. La muestra escogida es de un 91% de familiares y 100% de auxiliares.

**Resultados:** 1. Hay un % relativamente pequeño de los familiares que se irritan con el personal sanitario. 2. En la mayoría de los casos, los familiares no aceptan la enfermedad, siendo alto el estrés y carga emocional que le produce el ingreso de su familiar en la Unidad de Demencia. 3. El sentimiento de culpa ocasionado por el familiar conduce a una exigencia de que se cuide al residente como se haría en el hogar, llevando al personal que trabaja a un gran nivel de estrés.

**Conclusiones:** Observamos que el % de familias que no acepta la enfermedad del familiar, que se siente insatisfecha con el trato recibido y que reacciona mal al ingresar en la Unidad de Demencia es de un 12%. Un 15% son los mismos que demandan cuidados excesivos, que no aceptan los cuidados de auxiliares, que se suelen estar irritados con ellos y que dudan de su profesionalidad. Aunque el % es menor de los que no aceptan la enfermedad a los que sí lo aceptan, el grado de estrés que se percibe de esta minoría es cuantitativamente mayor pudiendo provocar que el cuidado al residente se vea afectado por la influencia negativa que el familiar ejerce sobre el personal que el cuida.

## P268

### OPTIMISMO EN CUIDADORES INFORMALES: EFECTO AMORTIGUADOR DEL IMPACTO DEL ESTRÉS ASOCIADO A LOS COMPORTAMIENTOS PROBLEMÁTICOS SOBRE LA DEPRESIÓN

M. Márquez González<sup>1</sup>, A.B. Ragel Torrano<sup>1</sup>, C. Peñacoba Puente<sup>2</sup> y A. Losada Baltar<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Universidad Autónoma de Madrid; <sup>2</sup>Universidad Rey Juan Carlos, Madrid.

**Introducción:** El optimismo disposicional, o la expectativa generalizada de obtener resultados positivos en la vida se ha analizado en relación al estrés en distintas áreas de investigación relacionadas con la psicología de la salud. En la investigación con cuidadores de familiares con Alzheimer, se ha encontrado que niveles elevados de optimismo son excelentes predictores del bienestar en esta población (Atien-

za, Parris & Townshend, 2002; Hooker et al. 1992). Menos atención ha tenido la hipótesis de si el optimismo podría actuar como moderador de los efectos del estrés asociado al cuidado sobre el bienestar psicológico de los cuidadores.

**Objetivo y método:** Este trabajo se plantea analizar dicho papel moderador del optimismo sobre el nivel de depresión en una muestra de 115 cuidadores de personas mayores con demencia 77,4% mujeres; 36,5% esposos y 56,5% hijos). Aparte de información sociodemográfica y relativa al contexto del cuidado (horas diarias dedicadas al cuidado), se tomaron medidas de estrés asociado al cuidado (RMBPC), optimismo disposicional (LOT) y nivel de depresión (CES-D). Se llevó a cabo un análisis de regresión jerárquica para analizar el papel moderador del optimismo disposicional (puntuación total y por factores) en la relación entre los predictores de depresión habitualmente identificados en la literatura.

**Resultados:** Los resultados revelan que: a) el modelo de regresión analizado explica un 43% de la varianza en depresión; b) son significativos los efectos principales del nivel de estrés asociado a los comportamientos problemáticos ( $B = 0,29$ ;  $p < 0,01$ ) y del nivel de optimismo de los cuidadores ( $B = -0,34$ ;  $p < 0,05$ ), entre otros; c) hay un efecto significativo del producto de la interacción entre estas variables ( $B = -0,18$ ;  $p < 0,05$ ).

Los datos proporcionan cierto apoyo a la hipótesis del papel moderador del optimismo-factor (no así la puntuación total) en la relación entre el estrés asociado a los comportamientos problemáticos y la depresión. Una exploración adicional de los datos revela que, ante los distintos niveles de estrés asociado a los comportamientos problemáticos del familiar (especialmente en los nivel bajo y medio), los cuidadores optimistas presentan niveles significativamente menores de depresión.

**Discusión:** Este trabajo confirma los beneficios psicológicos asociados al optimismo en los cuidadores informales, encontrando que esta variable parece atenuar la relación entre el estrés y la depresión en esta población. Además, este estudio señala efectos moduladores diferentes para cada una de las dimensiones del optimismo, apuntando un papel diferencial de las variables positivas y negativas (en relación a la salud) de la personalidad.

## P269

### DISEÑO Y VALIDACIÓN PROGRAMA FORMATIVO ESCUELA DE LA EXPERIENCIA

E. Arriola Manchola<sup>1</sup>, M.I. Genua Goena<sup>1</sup>, A. Uriarte Méndez<sup>2</sup>, F.J. Leturia Arrazola<sup>1</sup>, J. Yanguas Lezaun<sup>2</sup> y A. Indart Tellería<sup>2</sup>  
<sup>1</sup>Fundación Matia, Donostia; <sup>2</sup>Fundación Ingema, Donostia.

**Introducción:** Al inicio de este estudio, año 1999, la población mayor que ha cesado en su actividad laboral no disponía de ningún programa formativo destinado a promover un desarrollo competente, potenciar estilos de vida saludables, modificar imágenes negativas existentes sobre la vejez y el envejecimiento, actualizar conocimientos y promocionar las relaciones sociales e intergeneracionales y que además cubra sus expectativas

**Objetivo:** Diseñar un programa formativo teórico práctico que sirva para potenciar estilos de vida saludables y promover la participación social para posteriormente ponerlo en marcha bajo la denominación de Escuela de la Experiencia

**Material y método:** Realización de un estudio poblacional sobre 1007 gipuzkoanos para conocer como vivía la jubilación, el reconocimiento social y sus necesidades. Contraste con modelos españoles y europeos relacionados y Consulta a grupo de expertos.

Elaboración de programa. Contraste y evaluación anual de los participantes.

**Resultados:** Tras 5 revisiones (7 años de desarrollo) con aportaciones cualitativas y de satisfacción, las materias clasificadas en 3 áreas ha quedado de la siguiente manera.

**Básico:** (33h) Entrenamiento en funciones cognitivas, Funcionamiento sicoafectivo, Ciclo vital, Relajación, Prevención y promoción de la salud y Desarrollo competente.

**Específico:** 102h Actividad física, Derecho, Economía, Literatura, Filosofía, Arte, Comunicación, Nuevas tecnologías, Bioética.

**Proyecto de acción Social** de trabajo a realizar por los alumnos, que suponga implícitamente un producto social, de duración variable, no inferior a 50 horas por alumno.

Satisfacción en materias 8,5.

**Conclusiones:** El programa ha demostrado ser adecuado para las necesidades de la personas mayores y alcanza un alto grado de satisfacción.

## P270

### UNA FORMA DIFERENTE DE ENVEJECER

M.I. Genua Goena<sup>1</sup>, A. Uriarte Méndez<sup>1</sup>, M. de Pedro Uribarri<sup>2</sup>,

M. González Costa<sup>1</sup>, G. Elortza<sup>1</sup> y A. Indart Tellería<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Fundación Ingema, Donostia; <sup>2</sup>MUGABE, Donostia.

**Introducción:** El nivel educativo, la actividad desarrollada y el compromiso social han demostrado ser predictores de un envejecimiento satisfactorio. En 1999 Elzo y col realizan a petición de Matia un estudio de mercado en Gipuzkoa, entre personas mayores de 50 años, identificando la formación y la participación social como principales necesidades que además puedan redundar en un mayor reconocimiento social.

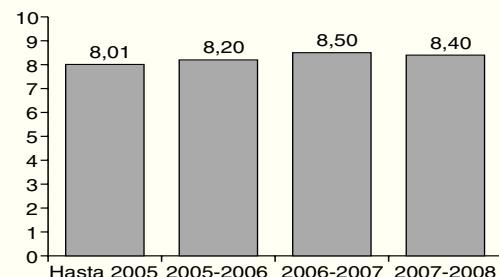
**Objetivo:** Promover la participación social de personas mayores que han cesado su actividad laboral a través de un proyecto educativo.

**Material y métodos:** Crear la Escuela de la Experiencia, proyecto de formación que finaliza con un proyecto social para personas mayores de 50 años.

**Resultados:** El año 2000 se pone en marcha la primera escuela en Donostia con 11 personas. Del éxito producido, este proyecto ha ido creciendo abarcando las comarcas de Gipuzkoa. El total de alumnos (8 edición) que han pasado por las escuelas de la experiencia es de 585. El nº de escuelas ha pasado de 1 a 9 debido a la demanda de los ayuntamientos a petición de sus mayores (solo en 2007, se incorporaron 4 mas).

El 79% mujeres.

El nivel de satisfacción de los alumnos es muy alto, por encima de 8 desde el inicio. La satisfacción ha aumentado en los últimos años. Observando un estancamiento en el ultimo debido al incremento importante de escuelas sin que mediara un presupuesto proporcional al crecimiento. Ver gráfico.



**Conclusiones:** La Escuela de la Experiencia ha demostrado despertar gran interés y compromiso entre las personas mayores y los municipios afectados

## P271

### ¿SE NUTREN BIEN NUESTROS ANCIANOS?

M.E. Aliguer Masramón, M. Caussignac Querol, A. Comas Picañol, J.R. Gutiérrez Villar, L. Pujol Ramírez y M.T. Vinuesa Canals  
SAP Muntanya ICS, Barcelona.

**Introducción:** El grupo de mayor prevalencia de desnutrición en los países desarrollados es la tercera edad. Los cambios físicos, mentales, sociales y ambientales que se producen durante el envejecimiento pueden favorecer la malnutrición. La malnutrición implica un aumento de morbilidad y mortalidad.

**Objetivos:** Conocer el estado nutricional de las personas incluidas en el programa de atención domiciliaria (ATDOM), así como sus características.

**Método:** Se ha realizado un estudio descriptivo transversal en el CAP Rio de Janeiro de Barcelona ciudad durante el segundo semestre del 2007.

Hemos seleccionado una muestra de 53 individuos incluidos en el ATDOM.

Se ha utilizado la escala Mini Nutritional Assessment (MNA), se ha realizado una hoja de recogida de datos donde se reflejaban los datos sociodemográficos y los factores de riesgo de desnutrición, se ha utilizado una encuesta alimentaria, y se han analizado la albúmina y la transferrina en aquellos casos en que fue necesario.

**Resultados:** Edad media 83,4 años.

El 69,81% (37 individuos) son mujeres mientras que el 30,18% (16 individuos) son hombres.

El 17% (9) presentan riesgo de malnutrición y el 15% (8) están mal nutridos.

Al centrarnos en este 32% (17 individuos) vemos que:

Encuesta alimentaria:

**Aqua**- 31,13 vasos/ semana

**Grupo Farináceos**- 8 raciones/ semana

**Grupo Verduras y Hortalizas**- 7 raciones/ semana

**Grupo Frutas**- 14 raciones/ semana

**Grupo Lácteos**- 14 raciones/ semana

**Grupo Cárnicos**- 13 raciones/ semana

En la escala de Barthel vemos que 3 personas (17,65%) presentan dependencia total, 2 personas (11,76%) dependencia severa, 4 personas (23,53%) dependencia moderada, 8 personas (47%) dependencia ligera y ninguna autónoma. El 50% de personas mal nutridas tienen riesgo social (sobretodo vivir solos).

**Conclusiones:** Una tercera parte de los individuos incluidos en el AT-DOM tienen riesgo o están desnutridos. Vivir solo o un alto nivel de dependencia son los factores de riesgo que más inciden.

Debemos prevenir, desde atención primaria, la malnutrición, detectarla precozmente y tratarla con soporte nutricional para revertir cuanto antes esta situación, y así no sólo dar cantidad sino también calidad de vida.

## P272

### EDUCACIÓN SANITARIA AL PACIENTE ANCIANO CON INSUFICIENCIA CARDIACA Y CUIDADORES

R. Vaquerizo García, L. Osuna Gonzalo, J. Ferrer Lobo, J. Ortiz Alonso, C. Cebollero Bermudo y R. Herreros del Real Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.

**Objetivo:** Descripción de la educación sanitaria proporcionada por parte del personal de enfermería a aquellos pacientes mayores de 65 años ingresados en nuestra unidad con el diagnóstico de insuficiencia cardiaca y/o a sus cuidadores.

**Método:** Se interviene sobre el paciente anciano ingresado en la unidad de geriatría con el diagnóstico de insuficiencia cardiaca y/o cuidador con el fin proporcionarles los conocimientos básicos más útiles para el manejo de su enfermedad en el domicilio. Se les explica mediante un **póster educativo y charlas directas qué hábitos y rutinas** cardiosaludables sería aconsejable que incorporaran a su estilo de vida (dieta, control de peso, ejercicio, etc) y cuáles son los **signos de alarma** indicativos de descompensación de su enfermedad.

**Conclusiones:** Mediante dicha intervención se consigue que el paciente y/o su cuidador obtengan un mayor conocimiento de la enfermedad facilitando así su manejo y su adaptación dia a dia.

## P273

### EMIGRANTES RETORNADOS VIVIENDO EN ALOJAMIENTOS RESIDENCIALES DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS

C. de Miguel Martínez de Tejada, I. Pérez Muñiz, M. Díaz Pérez y M.J. Fernández Fernández  
Consejería de Bienestar Social - Establecimientos Residenciales de Ancianos de Asturias, Oviedo.

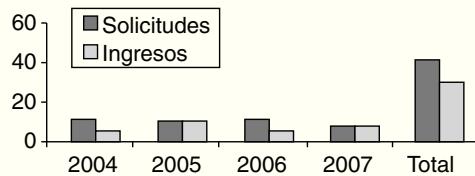
**Objetivo:** 1. Conocer la incidencia real en relación con la cobertura residencial del Plan Integral de Emigración 2004-2007, 2. Conocer el perfil del emigrante retornado ingresado en los alojamientos públicos del Principado de Asturias.

**Método:** A efectos de este estudio se consideran retornadas las personas nacidas en Asturias que emigraron y solicitan plaza residencial, bien desde su país de residencia o desde el Principado sin que hayan transcurrido más de seis meses desde su regreso. Fuente de datos: total de la población de retornados ingresados en Establecimientos Residenciales del Principado de Asturias.

Análisis descriptivo y cuantitativo e interpretación estadística de variables demográficas y sociales (edad, sexo, nivel de dependencia, país de procedencia, motivo de ingreso, centro de ingreso).

**Resultados:** Se recogen un total de 44 solicitudes en estos 4 años y se han realizado un total de 32 ingresos de emigrantes retornados. El 72% de las personas ingresadas es válida, no presenta dependencia para la realización de las ABVD. En su mayoría son mujeres, un 66% y la edad media son 85 años. Proceden de Venezuela un 31%, de Argentina 16%, Cuba 16%, Perú 9%, otros 28%. Un 69% está ingresado en Residencias ubicadas en los núcleos urbanos asturianos. Los motivos de ingreso en un 80% son la soledad y la carencia de recursos económicos.

### Plan integral de emigración 2004-2007



**Conclusiones:** 1. Se registran una media anual de 11 solicitudes de emigrantes retornados. 2. Se realiza una media anual de 8 ingresos en plaza residencial. 3. El perfil de la persona mayor retornada que ingresa (mujer de 85 años, autónoma para realizar ABVD, procedente de Latinoamérica, con problemas de soledad y precariedad económica). 4. Se había adquirido un compromiso de reserva de 40 plazas para las personas que retornan y se ha atendido a un 80% de la población., proporcionando cobertura residencial y mejorando su calidad de vida. 5. Aumentar colaboración para el Plan Integral de Emigración 2008-2011.

## P274

### AUTOPERCEPCIÓN DE LA SOBRECARGA DE LOS CUIDADORES FAMILIARES DE ENFERMOS DE ALZHEIMER DE LA PROVINCIA DE ALICANTE

R.I. Ferrer Cascales, A. Reig Ferrer, J.L. Talavera Biosca, M. Richart Martínez, M.A. Carchano Monzó y M.D. Fernández Pascual  
Universidad de Alicante.

El objetivo del presente estudio es evaluar el grado de sobrecarga que la relación de cuidado produce sobre la vida de los cuidadores.

**Método:** Han participado en el presente estudio 289 cuidadores de enfermos de Alzheimer, pertenecientes a diferentes asociaciones de Familiares y Amigos de Enfermos de Alzheimer de la provincia de Alicante. De ellos 241 (83,4%) son mujeres y 48 (16,6%) son varones. La media de edad es de 55,65 años, con una desviación típica de 13,21. Se ha utilizado para evaluar el grado de sobrecarga la Escala de SobreCarga del Cuidador de Zarit (adaptación española de Martín et al. 1996). Esta escala contiene 22 frases que reflejan cómo se sienten algunas personas cuando cuidan a otra; el cuidador debe responder con qué frecuencia se siente de esa manera, y permite valorar el grado de sobrecarga como reflejo del impacto subjetivo de la relación de cuidados sobre la vida de los cuidadores.

**Resultados:** La media obtenida en la puntuación total de la Escala de SobreCarga del Cuidador de Zarit ha sido de 62,38, con una desviación típica de 14,37, y con un recorrido entre 29 y 106. La media obtenida por las cuidadoras ha sido superior a la de los varones cuidadores, pero sin llegar a ser estadísticamente significativa esta diferencia. Utilizando como puntos de corte en la puntuación total de la ESC los propuestos por Martín et al. (1996), encontramos los siguientes resultados: el 16,8% de los cuidadores no presenta puntuaciones que indiquen sobreCarga; el 15% sufre una sobreCarga leve y el 68,2% presenta una sobreCarga intensa.

**Conclusión:** El nivel medio de sobreCarga percibido por los cuidadores familiares de enfermos de Alzheimer es notablemente alto, lo que sugiere la necesidad urgente de la implantación de programas de intervención que ayuden a aliviar esta sobreCarga y mejorar la calidad de vida relacionada con la salud de estas personas.

*Este estudio ha sido apoyado económico por la Consellería de Sanidad a través de la Escuela Valenciana de Estudios de la Salud (EVES) en su convocatoria 2006 (Becas para proyectos de investigación en programas de salud, prevención y predicción de la enfermedad).*

**P275****ESTILOS DE VIDA EN LA VEJEZ**

E. del Barrio Truchado

Portal Mayores, Madrid.

**Objetivo general:** En esta investigación se pretende realizar una radiografía de la situación actual de las personas mayores, mostrando los diferentes estilos de vida existentes a partir de las actividades que realizan.

**Metodología:** Análisis estadístico de los microdatos de la Encuesta de Condiciones de Vida de las personas mayores (IMERSO-CIS 2006). En un primer lugar se ha realizado un *análisis factorial*, para encontrar grupos homogéneos de variables a partir del conjunto de actividades.

En segundo lugar se ha realizado un *análisis de conglomerados de k medias* que agrupa los casos en función del parecido o similaridad existente entre ellos.

Finalmente, para observar las características de estos grupos, se han realizado tablas de contingencia pidiendo, en todo caso, los *residuos tipificados corregidos* para contrastar la significatividad estadística de los cruces.

**Resultados:** La clasificación más consistente aportada a través del análisis clúster la proporciona la división en cuatro conglomerados a los que se ha denominado como estilos de vejez.

Estos diferentes modos de vivir esta etapa vital se han denominado como: Estilo participativo. Estilo hogar-femenino. Estilo ocio-social. Estilo hogar-medios de comunicación.

Estos cuatro estilos de vida en la vejez muestran la existencia de diferentes modos de vivir esta etapa de la vida, en la que el hogar es una parte primordial.

**Conclusión:** La categoría de personas mayores comprende individuos heterogéneos que rigen su día a día de manera distinta. Los cuatro estilos de vida analizados aquí son una simple muestra de la diversidad de personas que componen este grupo.

**P276****GRADO DE SATISFACCIÓN DE RESIDENTES Y GRADO DE SATISFACCIÓN DE FAMILIARES. ANÁLISIS COMPARATIVO ENTRE DOS INDICADORES DE CALIDAD ASISTENCIAL APLICADOS EN UN CENTRO RESIDENCIAL PARA MAYORES**

M. Caro García

Centro Residencial Sar Sierra de las Nieves, Guaro, Málaga.

**Objetivo:** Definir que son los indicadores asistenciales dentro de un centro residencial para mayores. Clasificación.

**Metodología:** Necesidad de elaborarlos, implantarlos y evaluarlos para establecer estándares de calidad en los centros.

Realizar un estudio comparativo entre dos de estos indicadores, estableciendo las diferencias y semejanzas en sus resultados.

Valorar la necesidad de utilizar varios indicadores asistenciales simultáneamente.

**Método:** Tras pasar una encuesta de carácter anual a una muestra representativa, tanto de residentes como de familiares, sobre su grado de satisfacción en el centro, se establecen unos resultados y posteriormente se realiza un análisis comparativo entre ellos.

**Resultados:** Existen diferencias relevantes en el grado de satisfacción percibida por ambos colectivos.

Para el residente se basa principalmente en dos variables: la importancia de las relaciones de convivencia entre ellos y el grado de satisfacción por las comidas del centro.

En cambio para los familiares el grado de satisfacción se basa en los elementos de confort e higiene del centro y el trato recibido por el personal.

**Conclusiones:** El grado de satisfacción percibido por residentes y familiares se basa en criterios muy distintos para ambos colectivos, por tanto a pesar de que son indicadores asistenciales útiles, debes utilizarse junto con otros tantos indicadores complementarios para que obtengamos unos resultados más fiables y objetivos en nuestra búsqueda de alcanzar unos estándares de calidad eficaces.

**Palabras clave.** Indicadores, calidad asistencial, residencias.

**P277****APORTACIÓN DEL DTS A LA DEFINICIÓN DE LA VISIÓN GLOBAL Y OBJETIVOS RESIDENTE**L. Santamaría Goiburu<sup>3</sup>, M. Otxoa<sup>3</sup>, M.J. Los Arcos Urresti<sup>3</sup>, M. Heriz<sup>3</sup>, A. Arrillaga<sup>1</sup> y M. Aguirre<sup>2</sup><sup>1</sup>Centro Gerontologica Iza, Donostia; <sup>2</sup>Centro Gerontologica Fraisoro, Donostia;<sup>3</sup>Centro Gerontologica Julian Rezola, Donostia.

**Objetivos:** Contribución desde trabajo social a la visión global de los residentes que facilita el establecimiento de los objetivos a alcanzar y el Plan de Atención correspondientes.

**Metodología:** 1. Búsqueda bibliográfica de sistemas homologados de valoración social. 2. Consenso entre profesionales de 5 centros gerontológico de herramientas de valoración social al ingreso y postingreso y de la definición de diagnósticos, dependencias y riesgos sociales. 3. Implantación y análisis de dichas herramientas en 5 centros gerontológicos.

**Resultados:** 1. En el primer semestre de 2007 se realiza la búsqueda bibliográfica decidiendo elaborar la Valoración al ingreso y post ingreso social a medida al no encontrar resultado satisfactorio. 2. Consenso entre Trabajadores Sociales de e implantación de las herramientas. 3. A finales del año, revisión de la valoración social post ingreso con objeto de mejorar la captación de información, llegando a alcanzar un total de 15 diagnósticos, 8 dependencias y 20 riesgos.

**Conclusiones:** El trabajo ha servido; 1. Para unificar criterios. 2. Para enriquecer la Visión Global de los residentes adquiriendo el Trabajador Social responsabilidad en el seguimiento de los objetivos.

**P278****DISEÑO Y VALIDACIÓN DE UN PROGRAMA GENERACIONAL**L. Santamaría Goiburu<sup>1</sup>, L. Aguirregomezcorta<sup>1</sup>, O. Arruti Olabe<sup>1</sup>,I. Larrubide Simon<sup>1</sup>, C. Sannino Mennicucci<sup>1</sup> y M.J. Garate Olazabal<sup>2</sup><sup>1</sup>Centro Gerontologico Julian Rezola, Donostia; <sup>2</sup>Centro Gerontologico Fraisoro, Donostia.

**Objetivo:** Puesta en marcha y Evaluacion de un programa de relación intergeneracional utilizado para contribuir a la mejora de la calidad de vida y el bienestar de personas mayores institucionalizadas.

**Metodología:** 1. Encuesta a residentes y a alumnos de bachillerato para recoger visión reciproca. 2. Diseño y planificación de actividades para el fomento de relaciones sociales entre distintas generaciones favoreciendo la participación, la normalización y la integración de los jóvenes y de las personas mayores en la comunidad y en el mismo centro gerontológico. 3. Evaluación de las mismas a través de encuestas a alumnos y residentes. 4. Redefinición del programa

**Resultados:** A lo largo de 9 años se han ido redefiniendo los contenidos del programa de acuerdo a las encuestas tanto de alumnos como de residentes logrando un alto grado de satisfacción y una mejora de indicadores indirectos como: a) Creciente participación del número de colegios que participan en programas intergeneracionales pasando de 1 colegio en el año 2002 a 4 en el 2007. b) Cambios positivos importantes en los jóvenes en la imagen de las personas mayores: respecto a la enseñanza que pueden aportar las personas mayores los niños pasan de tener una respuesta afirmativa del 73% al 100%. c) Aumento progresivo en el deseo de participación de las personas mayores con los jóvenes, ya que el 70% de personas volverían a repetir el año siguiente.

**Conclusiones:** La creciente implicación tanto de usuarios como de alumnos así como la alta satisfacción del programa permite concluir la idoneidad del mismo. Se detecta un mayor ajuste a la realidad social de forma bidireccional tanto de las personas mayores como de los jóvenes contribuyendo a la visión de Matia de dar valor a la vejez en si misma.

**P279****PERCEPCIÓN DE LA RELACIÓN ABUELOS NIETOS SEGÚN EL CONTEXTO FÍSICO DE INTERACCIÓN**

A.M. Pérez Iglesias y P.J. Castañeda García

Universidad de La Laguna, Tenerife.

**Objetivos:** Se estudia la percepción que tienen las niñas y nietos adultos sobre las relaciones con sus abuelos vivos para detectar po-

sibles diferencias según las características personales, la línea parental y el lugar de la casa donde interactúan.

**Método:** Han participado 66 nietas y 14 nietos universitarios, de manera voluntaria. Se les ha dividido en cuatro grupos, de veinte cada uno, según el número de abuelos vivos que tenían: cuatro, tres, dos y un abuelo. Se les aplicó un cuestionario con los siguientes datos sobre sus abuelos: edad, nivel educativo, situación laboral, estado civil, salud física y mental, frecuencia y forma de contacto, finalidad del contacto, lugar de interacción y tipo de actividad que realizan juntos en esos lugares de la casa: cocina, comedor, sala estar, dormitorios de abuelos y de nietos, terraza/jardín, piscina y garaje. Los datos se han analizado con el programa SPSS-14.0

**Resultados:** Las variables que han resultado significativas son el estado civil del abuelo materno; la finalidad del contacto intergeneracional, para la abuela materna y para la paterna; algunos espacios de interacción, para el abuelo paterno, como la sala de estar, el dormitorio del abuelo, la piscina y el garaje

**Conclusiones:** La percepción que tienen las nietas y nietos adultos de la relación con sus abuelos y abuelas varía según la rama de éstos, materna o paterna, y el lugar donde interactúen. Queda por saber el grado de elección voluntaria de esas actividades y su relación con los roles de género.

**Palabras clave:** abuelos, nietos, intergeneracional.

## P280

### DE LAS GUÍAS DE CENTROS DE ANCIANOS A LAS CIBERGUÍAS DE RESIDENCIAS DE PERSONAS MAYORES

R. Herranz González<sup>2</sup>, E. del Barrio Truchado<sup>2</sup>, P. Castejón Villarejo<sup>2</sup>, A. Abellán García<sup>3</sup> y M.T. Sancho Castiello<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Observatorio de Personas Mayores; <sup>2</sup>Observatorio de Personas Mayores Portal Mayores, Madrid; <sup>3</sup>Consejo Superior de Investigaciones Científicas - IEG, Madrid.

**Objetivos:** Un análisis de la forma y fondo de las guías o directorios de residencias de personas mayores realizados por la Administración Pública en los últimos 30 años, buscando la relación entre su evolución editorial y la de dicho recurso social, así como su valor historiográfico.

**Método:** Localizadas distintas obras, bajo el concepto común de "guías de residencias de personas mayores" en diversos formatos (papel, dispositivos magnéticos, guías virtuales, etc.) se ha analizado desde varios puntos de vista, tanto fondo como forma, poniéndose ambos aspectos en relación con el contexto social, tecnológico y editorial del momento.

**Resultados y conclusiones:** El interés por estas publicaciones fue bastante prematuro y coincide con el comienzo de los Servicios Sociales en España. Pese al cambio jurídico-político operado, resulta significativo el mantenimiento de dicho recurso bibliográfico a lo largo de distintos períodos, así como su difusión. La evolución de los formatos ha ido parejo a la evolución de las TIC, sin embargo, a los nuevos se le han añadido los antiguos y no sustituyéndolos necesariamente. El análisis y evolución de la información contenida es de sumo interés y sería posible describir la evolución de ciertos aspectos de las residencias de personas mayores a través de dichas fuentes bibliográficas, algunos de los cuales se pueden describir estadísticamente y poner en relación con otras fuentes. Se concluye señalando el valor historiográfico pleno de dichas publicaciones, aunque jamás fueran planteadas como tales.

## Área ciencias biológicas

## P281

### EFFECTO DE LA SUPLEMENTACIÓN CON METIONINA SOBRE LA PRODUCCIÓN DE ROS Y EL DAÑO OXIDATIVO AL ADN MITOCONDRIAL

J. Gómez Sanchez, P. Caro Martín, M. Lopez Torres y G. Barja  
Universidad Complutense de Madrid.

**Objetivos:** La restricción de metionina o de proteína en la dieta disminuye la producción de radicales de oxígeno (ROS), el daño oxidati-

vo al ADN mitocondrial (8-oxodG), y la velocidad del envejecimiento. Pero no se sabe si ocurre lo contrario durante la suplementación con un exceso de metionina, que da lugar a toxicidad cardiovascular y hepática. Por otra parte, la ingesta de proteína y metionina en la dieta occidental, incluyendo la española, es entre 2 y 3 veces superior al RDA.

**Método:** En este estudio se suplementó la dieta de ratas Wistar con un exceso de metionina 2,5 veces superior a la de los animales control (0,86 g/100g) durante 7 semanas. Al final de dicho período se sacrificaron los animales y se extrajeron el hígado y el corazón para aislar mitocondrias inmediatamente a partir de los mismos. Se midieron el consumo de oxígeno mitocondrial y la producción de ROS en las mismas condiciones, para poder calcular la fuga de radicales libres. El daño oxidativo al ADN mitocondrial se estimó como 8-oxodeoxiguanosina por HPLC-EC.

**Resultados:** Se observó que la producción mitocondrial de ROS aumentó significativamente en mitocondrias hepáticas con piruvato/malato, pero no en mitocondrias de corazón. Dicho aumento ocurrió junto con aumentos del consumo de oxígeno y con una disminución de la fuga porcentual de ROS en la cadena respiratoria. De acuerdo con los cambios en ROS, el daño oxidativo al ADN mitocondrial hepático aumentó significativamente.

**Conclusiones:** Los resultados obtenidos apoyan la idea de que el mecanismo de daño hepático inducido por el exceso de metionina en la dieta se debe, al menos en parte, a una estimulación de la producción de ROS que genera daño en el ADN mitocondrial. También apoyan la idea de que una disminución de la ingesta de proteína y de metionina en la dieta a partir de los niveles excesivos actuales sería positiva para la salud de la población.

*Apoyado por el proyecto del MEC BFU2005-02584*

## P282

### EFFECTO DE LA RESTRICCIÓN DE AMINOÁCIDOS EXCEPTO LA METIONINA SOBRE EL ESTRÉS OXIDATIVO MITOCONDRIAL

P. Caro Martín, J. Gómez Sánchez, I. Sánchez Rojas, M. López Torrez y G. Barja  
Universidad Complutense de Madrid.

**Objetivos:** Se sabe que la restricción de proteína o de metionina en la dieta disminuye la producción de radicales de oxígeno (ROS) y estrés oxidativo mitocondrial y aumenta la longevidad máxima en roedores, lo que puede explicar que estos cambios ocurran en la restricción calórica. Sin embargo no se sabe si la restricción de otros aminoácidos está también implicada. Para aclararlo, se estudió el efecto de la restricción al 40% de todos los aminoácidos de la dieta semipurificada AIN 93G, excepto la metionina, en ratas Wistar.

**Metodología:** 16 ratas Wistar macho de 7 semanas de edad se dividieron aleatoriamente en 2 grupos: control y restringido al 40% en todos los aminoácidos de la dieta excepto en metionina. Tras 7 semanas de régimen dietético los animales se sacrificaron y se extrajo el hígado para aislar inmediatamente mitocondrias y medir la producción de ROS y el consumo de oxígeno en ellas.

Con estos datos se calculó la fuga porcentual de radicales libres. El daño oxidativo al ADN mitocondrial se estimó como 8-oxodeoxiguanosina por HPLC-EC.

**Resultados:** Al final del período experimental se observó un descenso del peso del riñón, pero no del hígado, el corazón o el cerebro. La producción de ROS en mitocondrias hepáticas aisladas no se modificó ni con substratos del complejo I (piruvato/malato o glutamato/malato) ni del complejo II (succinato).

La producción máxima de ROS disminuyó significativamente con glutamato/malato+rotenona pero no con piruvato/malato+rotenona ni con succinato. No hubo cambios en el consumo de oxígeno con ningún substrato ni en estado 4 (reposo) ni en estado 3 (fosforilante). De acuerdo con los resultados de producción de ROS, no hubo diferencias entre grupos en el daño oxidativo al ADN mitocondrial.

**Conclusiones:** Los resultados obtenidos, junto con los previamente existentes sobre restricción de metionina, demuestran de forma clara que el descenso en la ingestión de una sola molécula, la metionina, es la responsable del descenso de producción de ROS y daño oxidativo al ADN mitocondrial que se observa en la restricción calórica en relación con la disminución de la velocidad del envejecimiento.

*Apoyado por el proyecto del MEC BFU2005-02584.*

**P283****SIGNIFICADO QUE OTORGА EL ANCIANO INSTITUCIONALIZADO AL SENTIDO DE SU VIDA Y DE SU MUERTE**M.T. Pérez Inés<sup>1</sup> e I. Andonegi Goikoetxea<sup>2</sup><sup>1</sup>Centre Social i Sanitari Frederica Montseny; <sup>2</sup>Clinica San Ignacio-Hermano Gárate.

**Objetivos:** 1. Explorar y comprender la percepción de la vida y de la muerte de nuestro anciano institucionalizado. 2. Interpretar el sentido y significado que los ancianos institucionalizados dan a su vida y a su propia muerte.

**Método:**

- Estudio cualitativo, de aproximación fenomenológica.
- Universo de análisis: Intencional dentro de ámbito conocido x investigador. Criterios de inclusión (institucionalizado + de 1 año y sin deterioro cognitivo (GDS 1-2). Recogida de datos: HISTORIAS ORALES DE VIDA. Fotobiografía. Entrevistas semi-estructurada en profundidad (> 45'). Con consentimiento Informado verbal
- Transcripción de la entrevista grabada
- Organización de la información (CATEGORÍAS Y SUBCATEGORIAS)
- Análisis de contenido
- Reflexión e interpretación
- Triangulación de los datos x 2 investigadores: (Barcelona y País Vasco)

**Resultados:** La institucionalización supone una pérdida para 8/8 de los participantes.

Todos los participantes, a excepción de dos, refieren algún grado de SUFRIMIENTO durante su institucionalización: 6/8 se sienten desadaptados. 6/8 viven sin expectativas. Desesperanza. 7/8 tienen sentimiento de soledad. (1 lo vive como positivo). 6/8 les preocupa morir con dolor. (el resto no verbaliza)

Percibimos que la decisión forzada de ingreso en 7/8 favorece la desadaptación.

Todos los residentes refieren sentirse solos a pesar de existir soporte familiar.

**SENTIDO DE LA VIDA:** 7/8 relatan que su vida no tiene sentido. Vivir supone para la mayoría una espera lenta, un descenso continuo e irreversible.

**ESPERA –FUTURO:** 5/8 no tienen ilusión por el futuro. No planifican, tan sólo esperan.

**SENTIDO DE LA MUERTE:** significa algo natural para la mayoría de los participan. 3/8 lo percibe como una "liberación", un "descanso

**Conclusiones:** La última etapa de vida supone una espera lenta, irremediable y sin sentido para la mayoría. El morir no le angustia, se siente preparado. Si le angustia el posible dolor al final de la vida. Les cuesta más vivir que morir. El anciano institucionalizado tiene experiencias de sufrimiento relacionadas más con el sufrimiento existencial, que con el físico. La percepción del anciano institucionalizado sobre su vida es sencilla: quiere vivir feliz y llenar de sentido su última etapa de vida.

**P284****LA OVARIECTOMÍA EN RATONES ES UN MODELO DE MENOPAUSIA QUE PRODUCE EL ENVEJECIMIENTO DE LA FUNCIÓN INMUNITARIA**

M. De la Fuente, N.M. De Castro, L. Arranz e I. Baeza

Universidad Complutense de Madrid.

El envejecimiento se asocia con cambios en los niveles hormonales, siendo los esteroides sexuales femeninos (con un importante papel como antioxidantes) unas de las hormonas que más disminuyen con la edad, y en la mujer lo hacen bruscamente con la menopausia. Puesto que al envejecer el sistema inmunitario también se deteriora y su funcionalidad se ve influenciada por niveles hormonales, en el presente trabajo hemos estudiado cómo la ovariectomía en ratones hembra pudiera contribuir a la alterada función inmunitaria asociada con el envejecimiento. En el presente trabajo se emplearon ratones ICR-CD1 hembras y machos. En la edad madura (12 meses), edad en ratones semejante a la de la menopausia en mujeres, las hembras fueron Sham-operadas u ovariectomizadas (Ovx). Cuando estos animales llegaron a la vejez (20 meses), se obtuvie-

ron células peritoneales y se valoraron diferentes parámetros de función inmunitaria (proliferación en respuesta a mitógenos, actividad Natural killer (NK) y quimiotaxis), de estado redox (actividad de la enzima antioxidante glutation peroxidasa y niveles de oxidantes como el glutation oxidado (GSSG) y la peroxidación de lípidos (niveles de malondialdehido (MDA)). El porcentaje de respuesta lipo-proliferativa al mitógeno LPS es menor en hembras ovariectomizadas ( $309 \pm 33$ ) con respecto a las sham ( $440 \pm 87$ ,  $p < 0,01$ ). Lo mismo ocurre en el caso de la actividad NK frente a tumores (medida como % de lisis) y en los índices de quimiotaxis en linfocitos y macrófagos. En relación al estado de oxidación, los animales ovariectomizados presentan niveles de glutation peroxidasa disminuidos (Ovx:  $273 \pm 28$  U/ $10^6$  células, Sham:  $366 \pm 86$ ,  $p < 0,05$ ) y de GSSG más elevados que en los del grupo sham (Ovx:  $16 \pm 2$  pmoles/ $10^6$  células, Sham:  $10 \pm 2$  p < 0,01), al igual que ocurre con el MDA (Ovx:  $98 \pm 2$  pmoles/ $10^6$  células, Sham:  $91 \pm 2$  p < 0,001). Se puede concluir que la ovariectomía, un modelo de menopausia en ratones que tiene como consecuencia la pérdida del efecto protector de los estrógenos en el individuo, da lugar a un estado de inmosenescencia prematura al provocar un deterioro de funciones inmunitarias relevantes y del estado redox de los leucocitos similar al que aparece con el envejecimiento.

**Financiación:** MEC (BFU2005-06777); RETICEF (RD06/0013/0003).

**Palabras clave:** Ovariectomía, envejecimiento, sistema inmunitario.

**P285****MANTENER UN SISTEMA INMUNOLÓGICO ¿JOVEN, SUPONE UNA GRAN RESISTENCIA A LA INFECCIÓN EN LA EDAD MADURA**

M. De la Fuente, N.M. De Castro, L. Arranz, I. Baeza, A. Celaya y O. Hernández

Universidad Complutense de Madrid.

Al envejecer se produce un deterioro de la función inmunitaria, lo que podría explicar la mayor susceptibilidad a las infecciones que aparece en la vejez. Dicho deterioro parece tener como base un estrés oxidativo. En el shock séptico letal los individuos adultos mueren como consecuencia del estrés oxidativo que generan las células inmunitarias, las cuales experimentan tras la infección cambios funcionales muy parecidos a los mostrados con el envejecimiento.

El objetivo del presente estudio es comprobar en animales maduros si la administración de endotoxina bacteriana en una cantidad que no es letal en adultos supone un shock letal en individuos de mayor edad y si el estado inmunológico de los animales es determinante a la hora de la susceptibilidad y de las consecuencias letales de la infección. Se emplearon ratones ICR-CD1 hembras de edad madura (12 meses) a las que se le inyectó, intraperitonealmente, 50 mg/kg de endotoxina bacteriana (lipopolisacárido (LPS) de *E. coli*). A las 0, 2 y 24 horas tras la inyección de LPS, se obtuvieron células peritoneales (macrófagos y linfocitos) y se valoraron diferentes parámetros de función inmunitaria (movilidad espontánea, quimiotaxis y niveles de anión superóxido intracelular) y de estado redox (actividad de la enzima antioxidante catalasa (CAT) y niveles de anión superóxido extracelular, ASE).

Los resultados muestran que 50 mg/kg de LPS, dosis que causó un 0% de mortalidad en los ratones adultos de esa cepa, origina en los de edad madura un 80% de letalidad antes de las 30 horas de su administración. Las funciones estudiadas y la actividad CAT disminuyen tras la inyección de LPS, mientras aumenta el ASE. Comparando los animales que mueren tras administrarles LPS con los que sobreviven se observa que todos los parámetros están más preservados en estos últimos, con mayores valores en las funciones y en la actividad de CAT ( $80 \pm 14$  mU/mg proteína en los que mueren y  $102 \pm 18$  en los que sobreviven,  $p < 0,05$ ) y menores en los niveles de ASE; esto es, tienen parámetros con valores propios de animales más jóvenes. Además, aunque se da una evolución parecida en ambos grupos a las 2 h de la inyección, hay parámetros que se recuperan a las 24h, como la CAT, en el grupo de supervivientes.

Se puede concluir que al envejecer se tiene una mayor susceptibilidad a la infección y que los individuos que en la edad madura tienen un sistema inmunológico, tanto a nivel funcional como en su estado redox, similar al de los animales más jóvenes, sobreviven a la infección.

**Financiación:** F.I. Mutua Madrileña. RETICEF (RD06/0013/0003).

**P286****EFECTO DE LA INGESTA DE UNA DIETA SUPLEMENTADA CON UN PREBIÓTICO EN PERSONAS MAYORES**

J.J. Yanguas Lezaun, N. Galdona Erquicia, I. Laskibar García, M. Iturburu Yarza, M.F. González Pérez y E. Urdaneta Artola  
 Fundación Ingema (Instituto Gerontológico Matia), San Sebastián.

**Objetivo:** El objetivo del presente trabajo es estudiar los posibles efectos beneficiosos de una dieta estándar suplementada con un prebiótico antioxidante (*Rosmarinus officinalis*) (RO), sobre el nivel oxidativo de personas mayores sin riesgo cardiovascular.

**Método:** Veinte personas mayores (edad:  $68,6 \pm 1,2$  e índice de masa corporal  $27,3 \pm 3,2$ ) completaron un estudio nutricional cruzado con dos dietas. Dieta control, 3 semanas con 150g/semana de producto snack y Dieta experimental 3 semanas con 150g/semana de producto snack suplementado con RO. Se obtuvieron diferentes medidas bioquímicas y antropométricas, así como el Mini Nutritional Assessment (MNA) antes de empezar el experimento y tras la ingesta de cada dieta.

**Resultados:** Las personas que ingirieron la dieta suplementada con RO no experimentan cambio significativos en el peso corporal, índice de masa corporal ni en el MNA. Pero, tienen significativamente menor diámetro bicondileo femoral ( $P < 0,01$ ), así como menor cantidad de LDL-oxido ( $P < 0,05$ ).

**Conclusiones:** Estos resultados sugieren que la ingesta del compuesto prebiótico tiene un efecto beneficioso sobre uno de los marcadores oxidativos en personas mayores. Es necesaria la realización de futuros estudios para profundizar en los posibles mecanismos de acción de este prebiótico como antioxidante y su inclusión en la dieta de personas con riesgo cardiovascular.

**Palabras clave:** nutrición en el anciano, alimentos funcionales, oxidación.

**P287****INTEGRACIÓN DEL BANCO DE ADN DE LA UPV/EHU EN EL PROYECTO DE AMPLIACIÓN DEL BANCO NACIONAL DE ADN**

X. Elcoroaristizabal Martín<sup>2</sup>, F. Gomez Busti<sup>1</sup>, S. Cardoso Martín<sup>2</sup>, D. Gamara Fernández<sup>2</sup> y M. Martínez de Pancorbo Gómez<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Residencia San Prudencio, Vitoria-Gasteiz; <sup>2</sup>Universidad del País Vasco UPV/EHU, Vitoria-Gasteiz.

**Objetivos:** Presentar a la comunidad geriátrica la estructuración actual del Banco de ADN de la Universidad del País Vasco UPV/EHU, como centro recolector y gestor de muestras reclutadas para potenciar la investigación en el campo del envejecimiento y las enfermedades neurodegenerativas.

**Método:** Recolección de muestras de sangre con un elevado nivel de información de la patología, así como de hábitos sociales de consumo. La selección y recolección de la muestra es realizada por el profesional médico, procediéndose después a la extracción de sangre. A partir de la muestra de sangre de cada paciente se procede a realizar la extracción de ADN, la inmortalización celular, así como el almacenaje y gestión de los derivados de la muestra, siendo realizado por el Banco de ADN de la UPV-EHU. Todo el proceso está controlado por una herramienta informática, diseñada a tal fin, que permite un control absoluto de la trazabilidad de las muestras, garantizando así su calidad.

**Resultados:** A día de hoy el Banco de ADN de la UPV-EHU dispone de muestras de poblaciones humanas con un adecuado estándar de calidad e información asociada. Facilitando en gran medida, el tiempo y gastos empleados en la recopilación de las muestras, y el elevado costo de procesado y gestión.

El Banco de ADN de la UPV-EHU está recolectando muestras de enfermedades neuropsiquiátricas, dentro del supra-proyecto del Banco Nacional de ADN.

Se están recolectando muestras de pacientes con: Alzheimer. Parkinson. Esclerosis Múltiple. Esclerosis Lateral Amiotrófica. Distorión. Esquizofrenia. Nonagenarios.

Participan como centros recolectores de muestras: Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo. Hospital Xeral Cies. A Coruña. Hospital Universitario de Salamanca. Salamanca. Hospital de León. León. Residencia San Prudencio. Vitoria-Gasteiz.

**Conclusiones:** La experiencia e investigaciones realizadas por el Banco de ADN de la UPV/EHU (Vitoria-Gasteiz) en el campo de las enfermedades neurodegenerativas y la longevidad, ha facilitado su in-

tegración como subnodo de enfermedades neuropsiquiátricas y de nonagenarios, en la recogida de muestras que lleva a cabo el Banco Nacional de ADN. Este nuevo proceso de recolección se encuentra abierto a la colaboración de los profesionales de la Geriatría. El progreso científico exige de la colaboración entre clínicos e investigadores, el Banco de ADN de la UPV/EHU representa el nexo que permite disponer de una plataforma científico tecnológica adecuada para la recolección, gestión e investigación de muestras, para el estudio de enfermedades neurodegenerativas y los procesos de envejecimiento.

**P288****DISFUNCIÓN MITOCONDRIAL CEREBRAL EN EL ENVEJECIMIENTO**

M.J. Sánchez-Pino<sup>1</sup>, C. Gómez<sup>1</sup>, M.J. Bández<sup>1</sup>, J.M. López-Cepero<sup>2</sup>, A. Boveris<sup>3</sup> y A. Navarro<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Departamento de Bioquímica y Biología Molecular y <sup>2</sup>Departamento de Biología Celular e Histología, Facultad de Medicina, Universidad de Cádiz.

<sup>3</sup>Laboratory of Free Radical Biology, Facultad de Farmacia y Bioquímica, Universidad de Buenos Aires, Argentina.

**Objetivos:** Estudiar la función de mitocondrias cerebrales en relación a la edad y su posible relación con el daño oxidativo y las capacidades neurológicas, y analizar el efecto sobre las mitocondrias de tratamientos que incrementan la longevidad media en ratones.

**Método:** En mitocondrias de cerebro de ratón Swiss CD1-UCadiz, con senescencia acelerada espontánea, determinamos en mitocondrias de cerebro la velocidad de transferencia electrónica y de consumo de oxígeno, el daño oxidativo, y la producción mitocondrial de NO en relación a la edad. Estas determinaciones también se realizaron en grupos de animales que fueron sometidos durante toda su vida a: a) ejercicio físico moderado; b) suplementación con vitamina E; c) restricción calórica; o d) elevada actividad neurológica. En todos los animales se evaluaron cada dos semanas sus capacidades neurológicas (pruebas de la cuerda tensa y del laberinto en T).

**Resultados:** El envejecimiento del cerebro de los mamíferos está asociado a una continua disminución de la capacidad para producir ATP por fosforilación oxidativa. El daño de la función mitocondrial es principalmente debido a la disminución de la transferencia de electrones por los complejos I y IV, mientras que solo se afectan levemente la impermeabilidad a los H<sup>+</sup> y la actividad F1-ATP sintasa. Las mitocondrias disfuncionales de los roedores senescentes muestran una disminución en las velocidades respiratorias y de transferencia de electrones, disminución del potencial de membrana, incremento en el contenido de los productos de la oxidación de fosfolípidos y proteínas e incremento del tamaño y la fragilidad. En el envejecimiento de los ratones, las actividades de las enzimas mitocondriales cerebrales (complejos I y IV y mtNOS) se correlacionan linealmente con las capacidades neurológicas y con la expectativa de vida media y se correlacionan negativamente con el contenido mitocondrial de productos de la oxidación de lípidos y proteínas. Condiciones que incrementaron la vida media de los ratones, como el ejercicio moderado, la suplementación con vitamina E, la restricción calórica y la actividad neurológica espontánea, también mejoraron en el envejecimiento las capacidades neurológicas y la función mitocondrial cerebral.

**Conclusiones:** En el envejecimiento aumenta el número de mitocondrias disfuncionales en el cerebro de ratón. Tratamientos crónicos que incrementan la supervivencia previenen esta disfunción y mejoran las capacidades neurológicas de los roedores. La difusión de NO y H<sub>2</sub>O<sub>2</sub> desde las mitocondrias al citosol están disminuidas en el cerebro envejecido y pueden ser un factor que contribuya a la reducción de la biogénesis mitocondrial.

**P289****DISCRIMINANTES SOCIOSANITARIOS EN LA INSTITUCIONALIZACIÓN AL ALTA DE UNA UNIDAD DE MEDIA ESTANCIA GERIÁTRICA**

S. Melero Cortijo, V. Villamajor Blanco, A. Farré Portero y P. Sánchez Ferrín

Hospital sociosanitario de L'hospitalet, Hospitalet de Llobregat, Barcelona.

**Introducción:** Nos propusimos analizar los datos de los últimos 4 años para conocer la tipología de la unidad de media estancia (UME).

**Pacientes y método:** Análisis retrospectivo del total de la población atendida durante período 2004-2007, utilizando las variables sociodemográficas, la tipología de enfermedad, procedencia, dependencia funcional, curas, sondas, y el destino al alta.

**Resultados:** En los últimos cuatro años, desde la UME de nuestro centro se ha dado el alta a 1.333 pacientes con una estancia media global de 41,76 dv 39,05, de ellos, 215 (16,2%) fueron ingresados en centros residenciales y unidades de larga estancia. 851 (63,81%) fueron altas a domicilio, otros 267 (20%). Los pacientes institucionalizados en residencia presentan una edad media de 81,44 dv (8,01). De ellos 66 (33,3%) representan al sexo masculino y 121 (64%) al femenino. Destaca respecto al estado civil, los viudos 111 (59,4%). Respecto al nivel de dependencia la mayoría presenta una dependencia ligera 79 (42,2%). 17 (9,1%) disponían de sonda vesical y ninguno de ellos tenía sonda nasogástrica (SNG) o gastronomía endoscópica percutánea (PEG) en el momento del alta. Las úlceras por presión (UPP), 171 (91,4%) no tenían curas de enfermería, 16 (8,6%) tenían curas menores cuando fueron dadas de alta a residencia privada. La estancia media de 64,89 dv (91,49). Los derivados a Larga estancia sociosanitaria presentan una edad media 76,17 dv (13,26). 28 hombres (44,4%), mientras que las mujeres eran 35 (55,6%). Destaca respecto al estado civil, las personas casadas 30 (47,6%). Respecto al nivel de dependencia la mayoría presenta una dependencia total 30 (47,6%) o severa 12 (19%). 15 pacientes (23,8%) disponían de sonda vesical y 1 SNG (1,06%), PEG 1 caso (1,06%). Respecto a las UPP, 30 (47,6%) curas importantes no resueltas, mientras que 32 (50,8%) no tenían curas cuando fueron dadas de alta. La estancia media de 118,25 dv (285,19). **Conclusiones:** Los pacientes derivados a unidades de larga estancia presentan edades más bajas, una mayor dependencia funcional, la presencia de curas de enfermería complejas, SNG, PEG, etc. Los pacientes derivados a centros residenciales presentan edades más altas, una menor dependencia funcional, sin presencia de curas de enfermería significativas, sin SNG, PEG, etc. La estancia media en la UME es notablemente superior en los pacientes derivados a Larga estancia respecto a los que se derivan a centros residenciales.

## P290

### MARCADORES BIOQUÍMICOS ASOCIADOS A MORTALIDAD HOSPITALARIA EN PERSONAS MAYORES

C. Bermejo, E. Fdez de la Puente, J. Gómez-Pavón, J. Rodríguez, C. Gálvez, M.A. Zelada, P. Sorando, R. Mainar, I. González e I. Ruipérez

S. Geriatría. Unidad de Medicina Preventiva. H. Central Cruz Roja. Madrid.

**Objetivo:** Analizar los marcadores bioquímicos asociados a mortalidad hospitalaria en personas mayores de 65 años.

**Material y método:** Pacientes mayores de 65 años admitidos desde el 17-2-06 al 25-9-07 en un hospital del área V de Madrid, en la Unidad de Agudos de Geriatría y de Medicina Interna. Se excluyen aquellos con datos incompletos (231 pacientes). Muestra a estudio N: 2974; 1.845 mujeres, edad media  $83,84 \pm 6,8$  años. Se analizan con respecto a la mortalidad hospitalaria: sexo, estancia, hemoglobina, linfocitos, albúmina, calcio corregido con albúmina, creatinina, LDH, sodio, vitamina b12 y colesterol. Posteriormente se comparan en dichas variables por grupos de edad: 65 a 75 años (N: 352, 169 mujeres, edad media  $71,89 \pm 2,6$  años), 76-85 años (N: 1471, 836 mujeres, edad media  $80,8 \pm 3$  años) y > 85 años (N: 1400, 995 mujeres, edad media  $89,6 \pm 3,7$  años). Análisis estadístico bivariante con  $\chi^2$ , T de Student, y multivariante con regresión logística método condicional. Intervalo confianza y nivel significación del 95%.

**Resultados:** Mortalidad hospitalaria: 250 (8,4%). En el análisis bivariante de la muestra a estudio las variables con asociación estadísticamente significativa fueron: Hemoglobina ( $11,4 \pm 1,9$  vs  $11,8 \pm 1,7$ ,  $p:0,02$ ), edad ( $86,78 \pm 6,8$  vs  $83,57 \pm 6,7$ ), linfocitos ( $1,03 \pm 0,9$  vs  $1,32 \pm 0,7$ ), albúmina ( $3,1 \pm 0,6$  vs  $3,4 \pm 0,4$ ), colesterol ( $142,4 \pm 160,3$ ), LDH ( $602,7 \pm 501,2$  vs  $417,1 \pm 171,1$ ), calcio ajustado ( $8,4 \pm 0,8$  vs  $8,7 \pm 0,8$ ), todos con un valor de  $p < 0,001$ . En el análisis multivariante por grupos de edad, las variables que muestran independencia son: Grupo 65-75 años: ninguna de las variables son independientes; grupo 76-85: linfocitos (OD 0,58 (0,35-0,89) y LDH (OD 1,002 (1,001-1,005)  $P < 0,001$ ), grupo > 85 años: linfocitos: 0,55 (0,38-0,79), creatinina: 1,31 (1,04-1,65), albúmina: 0,41 (0,28-0,68), y LDH: 1,002 (1,001-1,003).

**Conclusiones:** Hasta los 75 años no se encuentra asociación entre los marcadores bioquímicos estudiados y mortalidad hospitalaria. En

los mayores de 85 años los niveles de linfocitos, LDH, albúmina y creatinina son los principales marcadores bioquímicos asociados con mortalidad hospitalaria. En el grupo etario 75-85 años se mantiene dicha asociación sólo para los niveles de linfocitos y de LDH. Estadísticos de grupo:

	Exitus	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
Edad	S	167	90,65	4,148	,321
	N	1233	89,52	3,629	,103
Sexo	S	167	1,68	,467	,036
	N	1233	1,71	,452	,013
Estancias	S	167	11,80	10,368	,802
	N	1233	11,75	8,152	,232
Hemoglobina	S	164	11,482	1,9392	,1514
	N	1221	11,815	1,7730	,0507
Linfos	S	164	1,038	,6021	,0470
	N	1220	1,329	,7034	,0201
Creatinina	S	167	1,3956	,88770	,06869
	N	1232	1,1421	,63786	,01817
Albúmina	S	137	3,1413	,60687	,05185
	N	1132	3,4182	,49447	,01470
Sodio	S	166	141,28	9,583	,744
	N	1222	140,01	5,603	,160
Calcio	S	125	8,44	,899	,080
	N	1040	8,78	,810	,025
LDH	S	124	602,71	501,217	45,011
	N	1075	417,17	171,163	5,220
Colesterol	S	122	142,40	42,537	3,851
	N	978	160,33	44,192	1,413
B12	S	122	752,221	722,7781	65,4373
	N	1036	647,330	897,1057	27,8717

## P291

### COMPARACIÓN DE LAS FÓRMULAS DE COCKCROFT-GAULT Y MODIFICATION OF DIET IN RENAL DISEASE EN LA ESTIMACIÓN DE LA TASA DE FILTRACIÓN GLOMERULAR EN PERSONAS MAYORES DE 75 AÑOS SIN ENFERMEDAD RENAL: DATOS PRELIMINARES.

C. Gálvez, J. Gómez-Pavón, J. Rodríguez, I. González e I. Ruipérez S. Geriatría. Unidad de Medicina Preventiva. H. Central Cruz Roja. Madrid.

**Objetivo:** Evaluar la validez y precisión en la población mayor de 75 años sin enfermedad renal de las fórmulas de Cockcroft-Gault (CG) y Modification of Diet in Renal Disease (MDRD) en la estimación de la tasa de filtración renal (TFR).

**Material y método:** Pacientes mayores de 75 años que acuden a las consultas externas de Geriatría de un hospital del área V de Madrid, desde 1-11-2007. El corte preliminar se ha realizado a 15-3-2008. Se excluyen pacientes no euvolémicos, que presentan enfermedad renal, y deterioro cognitivo y/o incontinencia urinaria que no permite recoger orina de 24 horas. Muestra a estudio N: 26 (17 mujeres, edad media  $81,81 \pm 5,8$  años). Se comparan las fórmulas de CG ajustada a la superficie corporal y MDRD (con las variables creatinina y albúmina) con respecto al aclaramiento de creatinina de 24 horas según laboratorio central del Hospital ajustado a superficie corporal. La normalidad de las distribuciones se realiza a través del test de Kolmogorov-Smirnov. Las estimaciones de TFR de cada fórmula se compararon respectivamente con el aclaramiento de creatinina a través de regresión lineal múltiple y las diferencias en las TFR fueron analizadas con comparación de medias. Intervalo confianza y nivel significación del 95%.

**Resultados:** Ninguna de las TFR mostraron desviación significativa con respecto a la normalidad ( $p > 0,17$ ). TFR según laboratorio:  $63,90 \pm 21,04$  ml/min/1,73m<sup>2</sup>; según CG:  $56,14 \pm 11,55$  ml/min/1,73m<sup>2</sup>, según MDRD:  $73,92 \pm 16,42$  ml/min/1,73m<sup>2</sup> (diferencias de medias estadísticamente significativa,  $p < 0,001$ ). La TFR mediante CG se ajusta a la TFR dada por el laboratorio central de forma estadísticamente significativa más que la MDRD (coef de regresión 0,5 y 0,2 respectivamente,  $p = 0,01$  y 0,12).

**Conclusiones:** En personas mayores sin enfermedad renal la tasa de filtración renal estimada por la fórmula de CG aunque infraestimada, se ajusta más que la estimada por la MDRD a los valores del aclaramiento de creatinina de 24 horas proporcionados por laboratorio.