

SESIÓN DE POSTERS I
Área de Exposición
Miércoles y Jueves, 6-7 de Junio

Área clínica

ESTUDIO DEL ESTADO FUNCIONAL Y COGNITIVO DE LAS PERSONAS INGRESADAS EN UNA RESIDENCIA DE ANCIANOS

S. Fernández Maestre, E. Farret y M. Cabrera.

Centro Atención Primaria La Sagrera (ICS), Barcelona.

Objetivos: El estado de salud de la población anciana institucionalizada es poco conocido. El objetivo de este trabajo es conocer el estado cognitivo y el nivel de dependencia de las personas ingresadas en una residencia del barrio de La Sagrera de Barcelona.

Método: Se trata de un estudio descriptivo, observacional y de corte transversal, que se llevó a cabo durante el mes de Julio de 2006 en Barcelona. La población diana fue la totalidad de personas ingresadas en la residencia al inicio del estudio (89 personas); participaron finalmente en el mismo un total de 82 personas, 62 mujeres y 20 hombres. Se utilizó el SPMSQ de Pfeiffer para valorar el estado cognitivo; para valorar el estado funcional la escala de Barthel y la escala de Lawton, que miden ABVD y AIVD respectivamente.

Resultados: El 75,6% eran mujeres, el 24,4% hombres. El 57,3% de las personas eran mayores de 80 años. El 36,6% presentó dependencia total para realizar las ABVD y el 74,39% presentó dependencia total para realizar las AIVD. En cuanto al estado cognitivo, el 18,29% obtuvo un resultado normal y el 54,44% presentó un grado de deterioro cognitivo importante; mientras el 61,3% de las mujeres tenían un deterioro cognitivo importante, el 60% de los hombres tenía un resultado de normal a leve.

Conclusiones: El conocimiento de variables como el estado funcional y cognitivo en personas institucionalizadas es importante para aplicar estrategias de seguimiento de esta población desde Atención Primaria.

Palabras clave: Institucionalización. Dependencia. Estado Funcional. Estado Cognitivo

ESTILOS DE VIDA DE LAS PERSONAS MAYORES DE 65 AÑOS ECONÓMICAMENTE ACTIVAS DE LAS CIUDADES DE CHILLÁN Y VALPARAÍSO

V. Barrón Pavón¹, S. Vera Sommer² y G. Ojeda Urzúa²,

¹Universidad del Bío, Bío, ²Universidad de Valparaíso, Chillán, Chile.

Los estilos de vida influyen en todo el ciclo vital del individuo. El presente estudio analítico comparativo, de corte transversal, tuvo como propósito comparar componentes sociodemográficos y ambientales de los estilos de vida en las personas mayores de 65 años que se desempeñan en servicios públicos y privados en las ciudades de Chillán y Valparaíso. La información se recogió a través de una encuesta semi estructurada adaptada del Cuestionario de Valoración Funcional Multidimensional para medir Calidad de Vida en Ancianos no Institucionalizados (España), considerando una muestra de 239 personas. Para determinar la existencia de asociación entre las variables se empleó la prueba de Ji-cuadrado. Los resultados muestran que realizan ejercicio físico el 59,4% de la muestra en ambas ciudades, el 40,7% no ha acudido en 6 meses a consulta médica, solo un 9,1% y un 12,5% presentaron licencia médica en el mismo período y

un 35% no ingiere ningún tipo de medicamentos. La frecuencia de alimentos para este grupo se encuentra bajo las recomendaciones del Ministerio de Salud (MINSAL), especialmente respecto al grupo de lácteos y consumo de agua en ambas ciudades. La percepción de salud es buena aún cuando el 52% presenta patologías crónicas no transmisibles, predominando la hipertensión arterial con un 37%. Existe un 36% de problemas nutricionales por exceso y un 8,3% por déficit en ambas ciudades. Se encontró asociación significativa entre malnutrición por exceso y nivel de escolaridad ($p = 0,04$); ejercicio físico con estado nutricional ($p = 0,042$) y el tipo de actividad con la motivación por el trabajo ($p = 0,001$). Se concluye que el trabajo productivo después de los 65 años refuerza una actitud de resiliencia y por lo tanto puede ser considerado como un elemento de estilo de vida que favorece el envejecimiento saludable.

Palabras clave: Económicamente Activos. Estilos de Vida. Personas mayores de 65 años.

PRONÓSTICO DE LOS ENFERMOS MAYORES DE 65 AÑOS DESPUÉS DE UN TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO (TCE) MEDIANTE EL GLASGOW OUTCOME SCORE (GOS) DESPUÉS DE UN AÑO DE SEGUIMIENTO.

A. González Castro, M. S. Holanda Peña, B. Suberviela Cañas y M.J. Domínguez Artiga

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander.

Objetivo: Conocer el efecto que el TCE que requiere ingreso en UCI tiene en la población de enfermos geriátricos al año de producido este.

Material y Métodos: Pacientes mayores de 65 años, que durante un periodo de 15 años (1991-2006), ingresaron en UCI con el diagnóstico principal de TCE. Clasificación de los mismos mediante la ECG al ingreso. Seguimiento durante 1 año de los enfermos con registro del valor de su GOS a los 3 meses, a los 6 meses y al año después de producido el TCE.

Resultados: Durante el periodo de estudio se recogieron 283 enfermos con TCE que ingresaron en UCI. La mortalidad global de la muestra fue del 48%, con una mortalidad intra-UCI del 40%. TCE grave (ECG < 9) se objetivo en el 46% de los casos, TCE moderado en el 18% y TCE leve en el 35%. La mortalidad intra-UCI (1 mes) fue del 26, 53 y 82% respectivamente para el TCE leve, moderado y grave. Los diferentes valores de GOS en los puntos de cohorte se muestran en la tabla 1. Los enfermos con TCE leve presentaban un 0% de GOS 5 a los 6 y a los 12 meses. De ellos el 62% tenía un GOS 1 a los 12 meses. Los pacientes con TCE moderado el 75% presentaban un GOS 1 a los 12 meses. Finalmente los TCE graves representaban gran mortalidad en el primer mes enmascarando los resultados posteriores.

Conclusión: El TCE en la edad geriátrica se constituye en una patología de ominoso pronóstico. Incluso cuando al ingreso son clasificados mediante la ECG en leves o moderados, a los 12 meses presentan unos índices de supervivencia y recuperación bajos, con una mortalidad muy elevada.

CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES ANCIANOS EN EDADES EXTREMAS INGRESADOS EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

J. Martí Cabane¹, K. Ayerdi Navarro² y M. Lores¹

¹Hospital Zumarraga, ²Osasunbidea, Guipúzcoa.

Objetivos: Conocer las características de los pacientes ancianos mayores de 90 años que demandan asistencia en un Servicio de Medicina Interna.

Material y métodos: Se han estudiado todos los pacientes mayores de 90 años ingresados en un Servicio de Medicina Interna. Durante un periodo de 18 meses. Se ha analizado edad, sexo, diagnósticos más frecuentes y evolución, comparándolos con la media global del Servicio durante este mismo periodo

Resultados: Durante este periodo han ingresado un total de 142 pacientes con una edad media de 92,87 años que generaron 189 ingresos hospitalarios. De estos 46 varones (91,8 años) y 96 mujeres (92,84 años). La estancia media fue de 8,33 días con una complejidad de 2,09 similar a la del total de ingreso en menores de 90 años en el mismo periodo (8,3 días y complejidad 1,89). Todos los pacientes ingresaron por Urgencias. La mayor parte de los pacientes residían en núcleo familiar. La patología respiratoria fue la más frecuente representando el 40% de los ingresos, seguido de la ICC en 23%. Los eventos cardiovasculares (IAM y ACVA/TIA) en 12%. Resultados similares se obtuvieron en menores de 90 años. Antecedentes: HTA (43%). Fibrilación auricular (44%). Eventos cardiovasculares previos (25%). Deterioro cognitivo (18%), DMNID (14%), IRC (12%). Un 10% de los pacientes no presentaban de antecedentes de interés. La tasa de mortalidad fue de un 22,3% frente a un 9,91 de los menores de 90 años. La mayor mortalidad se objetivó en mujeres (92,84 años) que representaron el 70% de los fallecimientos.

Conclusiones: Los pacientes mayores de 90 años presentan una patología similar al resto de pacientes que ingresan en un Servicio de Medicina Interna. Predominio de mujeres. La elevada mortalidad creemos, está relacionada más con la propia edad y el declive funcional que ello representa que con la patología que justificó el ingreso.

CONSULTAS AL PORTAL ANZHEIMEZ-ONLINE.ORG 2002-2006

M. Pinilla Fernández-Castañón, M.J. Cielos Cortés, E. Granizo Zafrilla, A. Sáez Mochón y C. de Linares del Río
Fundación Antidemencia Al-Andalus, Córdoba.

En este trabajo, se analizan las visitas y consultas recibidas on line en el portal Alzheimer on line durante los años 2.002 a 2.006. Se analizan: nº de visitas, procedencia, distribución por días y horas; nº de consultas, procedencia, motivo de consulta, y satisfacción ante la respuesta. Se reciben visitas: 2.002: 35.270; 2.003: 77.851 (+ 120,73%); 2.004: 101.868 (+ 30,84%); 2.005: 185.753 (+ 82,35%); 2.006: 440.661 (+ 137,23%). La mayoría de procedencia desconocida: 2.002: 40%; 2.003: 56%; 2.004: 60%; 2.004: 61%; 2.004: 57%. Las áreas más visitadas son: Consejos a cuidadores. Preguntas frecuentes. Últimas noticias Consultan: 2.002: 1.596 (4,52%); 2.003: 3.409 (4,37%); 2.004: 4.360 (4,28%); 2.005: 809 (0,43%); 2.006: 1.452 (0,33%). Las consultas proceden fundamentalmente: 2.002: España (49,12%); 2.003: Ibero América (58,96%); 2.004: Ibero América (56,12%); 2.005: Ibero América (57,48%); 2.006: Ibero América (58,75%). Los motivos de consulta más frecuentes son: diagnóstico, tratamiento y sintomatología. Contestan con un mail agradeciendo la respuesta: 2.002: 372 (23,31%); 2.003: 730 (21,41%); 2.004: 964 (22,13%); 2.005: 195 (24,10%).

CUIDADOS PALITIVOS EN LA UNIDAD DE PSICOGERIATRÍA DE UN HOSPITAL MONOGRÁFICO PSQUIÁTRICO

M. Bergada Salvado y A. Monje
Hospital Sant Joan de Deu-SSM-Sant Boi de Llobregat, Barcelona.

Objetivos: Describir las características de los pacientes incluidos en el programa de cuidados paliativos de nuestro Hospital, desde Enero de 2002 a Diciembre de 2006.

Método: Se revisaron las Historias Clínicas de los pacientes incluidos en el Programa de Cuidados Paliativos de nuestro Centro, desde Enero 2001 y Diciembre 2006. La muestra está compuesta por 36 pacientes. Se recogieron datos de filiación y variables clínicas: edad, sexo, diagnóstico psiquiátrico, diagnóstico de ingreso, valoración

cognitiva (MEC), valoración funcional (índice de Barthel), síntomas que presentaban al ingreso en el programa y en la última semana previa al fallecimiento, fármacos utilizados y vía de administración. Para analizar los datos hemos utilizado el programa estadístico SPSS para Windows.

Resultados: Se estudiaron 36 pacientes, 31 hombres y 5 mujeres, con una edad media de 72,94 años (57-88 años) en el momento del fallecimiento. El diagnóstico psiquiátrico más frecuente fue Esquizofrenia Residual (58,33%). Diagnóstico de ingreso en programa: 31 pacientes con enfermedad neoplásica y 5 con no neoplásica. De los tumores el más frecuente fue el de pulmón (27,7%) seguido de neoplasia de hígado y vías biliares (13,8%), tracto digestivo alto (11,1%), Colon (8,3%), vías urinarias (8,3%), Mama (5,5%), Páncreas (5,5%), piel (2,7%) y SNC (2,7%). Los no oncológicos fueron 4 casos de demencia y 1 de insuficiencia cardíaca. Al ingreso el 50% de los pacientes presentaban síndrome tóxico y el 19,4% dolor o ansiedad. En la última semana de vida el 77,7% de los pacientes presentaban caquexia y/o fiebre, 36,1% disnea, el 30,5% dolor y el 25% ansiedad. La media del Índice de Barthel al ingreso era de 88,4 y en la última semana de 25,8. En cuanto al tratamiento: el 91,6% de los pacientes recibió tratamiento con algún mórffico, siendo la vía más utilizada la vía subcutánea (50%) y la oral (33,3%), seguidos a distancia de transcutánea y la vía endovenosa.

Conclusiones: Hemos observado que en nuestra población tenemos una tipología específica de paciente paliativo: hombre de 76 años, afecto de enfermedad neoplásica que se diagnostica en estados avanzados por pérdida de peso observada por el personal de enfermería, que presentan escasos síntomas hasta el momento del estado agónico, dada las características de estos pacientes con esquizofrenia crónica. También destacamos la mejora de la atención y mejor control de los síntomas de este tipo de pacientes desde la implantación del Protocolo de Cuidados Paliativos.

REGISTRO DE PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE MARSA DURANTE EL AÑO 2006 EN UN CENTRO SOCIOSANITARIO

R. Gómez Cortijo, E. Rovira, E. Flores y C. Ortega
Hospital de Sant Andreu-Manresa, Barcelona.

Objetivos: Valorar el perfil clínico del paciente con diagnóstico de MARSA (staphylococcus aureus resistente a meticilina y aminoglicósidos) en nuestro hospital; así como analizar la evolución de los casos y el tipo de cura realizada.

Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de los casos de MARSA (prevalentes e incidentes) durante el año 2006 en nuestro centro socio-sanitario. Se describen: sexo, procedencia, ubicación del paciente, movilidad, localización MARSA, diagnóstico previo, tratamiento farmacológico específico, diagnóstico principal, evolución casos y tipo de cura.

Resultados: A lo largo del año 2006 se registraron 19 casos de MARSA (prevalentes e incidentes), de los cuales 10 (52,6%) eran mujeres. En cuanto a procedencia: 11 (57,8%) provenían de Hospital de Agudos, 5 (26,3%) del propio centro y 3 (15,7%) de domicilio. Los casos se hallaban ubicados en primer lugar en Larga Estancia 11 (57,8%), seguido de Convalecencia 6 (31,5%) y Temporales/Psicogeriatría con 2 casos en total. Se registró la movilidad de los enfermos, agrupándolos en: vida sillón-cama 9 (47,3%), deambulación con ayuda 7 (36,8%), encamados 2 (10,5%) y deambulación autónoma 1 (0,5%). La localización del MARSA, por orden de frecuencia fue: UPP 13 (68,4%), colonización nasal 4 (21%), colostomía 1 (0,5%) y otras 1 (0,5%). Se contabilizó aquellos pacientes con diagnóstico previo de MARSA 8 (42,1%) y sin diagnóstico previo 11 (57,8%), así como los que habían recibido tratamiento farmacológico específico (en aquellos casos en los que hubiese infección asociada) 10 (52,6%). El diagnóstico principal más habitual en los pacientes estudiados fue: AVC 4 (21%), seguido de Demencia/Enfermedades neurodegenerativas/Fractura de fémur, con 2 casos cada uno (10,5%). Los casos evolucionaron de la siguiente manera: continuaron positivos 7 (36,8%), se negativizaron 5 (26,3%) y fueron éxitus 7 (36,8%). Las curas iniciales de las UPP con MARSA se realizan con apóstitos de plata en 9 casos.

Conclusiones: 1) En el perfil del paciente con MARSA registrado, no hay diferencia significativa en cuanto al sexo. La mayoría de los MARSA provienen de Hospital de Agudos (26,3%) y son pacientes que mayoritariamente se encuentran ubicados en Unidades de Larga Estancia (57,8%). Su movilidad está en un 47,3% de los casos reducida

a vida sillón-cama. El diagnóstico principal es bastante heterogéneo, aunque domina el AVC con un 21%. 2) Un tanto por ciento nada desdenable de pacientes (37,8%) con diagnóstico de MARSA han resultado éxitos durante el año 2006. A la hora de analizar la causa, creamos que es multifactorial (edad avanzada, enfermos pluripatológicos, etc). 3) La utilización de apóstoles de plata no garantiza la negativización de las UPP MARSA positivas. En nuestro estudio 6 (46,1%) permanecen positivos a pesar de la utilización de dicha cura.

PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS DEL INSTRUMENTO «THE MINNESOTA LIVING WITH HEART FAILURE» - VERSIÓN BRASILEÑA - EN ANCIANOS

F. Aparecida Cintra, I. Saccomann, M.C. Gallani y J. Bueno
Universidad Estatal de Campinas, Unicamp, Brazil.

Objetivo: La investigación tuvo el objetivo de evaluar la validez discriminante, convergente y divergente de la versión brasileña del instrumento «Minnesota Living with Heart Failure» (LHFQ) en ancianos con insuficiencia cardíaca en seguimiento ambulatorio.

Método: Fueron entrevistados 170 ancianos (99 varones y 71 mujeres). Se analizó la capacidad del LHFQ discriminar los sujetos según la clase funcional New York Heart Association (NYHA), clases I, II y I/II/V. La validez divergente y convergente fue evaluada a través de la correlación entre los dominios del LHFQ y del instrumento genérico «Medical Outcomes Study (MOS) 36-item Short-Form Health Survey» (SF-36).

Resultados: La puntuación global del LHFQ y el dominio físico discriminó los tres grupos de clase funcional I, II y III/IV (NYHA) (p menor que 0,0001). El dominio emocional discriminó las clases I y III/IV (p menor que 0,0034). Los dominios físico y emocional del LHFQ y SF-36 fueron significativamente correlacionados (coeficientes entre 0,46 y 0,70 para el dominio físico y entre 0,31 y 0,65 para el dominio emocional). Sin embargo, al contrario de lo esperado, la validez divergente no fue totalmente confirmada ya que no se observó diferencia en la magnitud de las correlaciones entre los dominios físico y emocional del LHFQ y las dimensiones física, emocional y social del SF-36.

Conclusión: Los resultados sugieren que el LHFQ parece ser un instrumento válido para la medida de la CVRS en los ancianos, aunque nuevas investigaciones sean necesarias para mejor comprensión de su validez discriminante para las clases funcionales NYHA avanzadas y para su validez divergente.

Palabras clave: Anciano. Insuficiencia cardíaca. Minnesota.

¿ACUMULAN MEDICAMENTOS NUESTROS ANCIANOS? LA REALIDAD DE UN BOTIQUÍN CASERO

E. Vacas Rodilla, M. Sánchez Giralt, I. Castellà Dagà, C. Pallarés, A. Pujol y M. Balaguer
Centro de Atención Primaria Lepant, Sabadell.

Objetivos: Describir el estado del botiquín casero de nuestros ancianos.

Métodos: Diseño: Estudio descriptivo trasversal. Emplazamiento: Centro de Atención Primaria (AP) de ámbito urbano. Participantes: Muestra de 240 pacientes iguales o mayores de 75 años. Variables principales: La recogida de datos se obtuvo mediante observación directa del botiquín casero en los domicilios de los pacientes seleccionados entre abril y junio del 2006. Las variables de estudio fueron: edad, sexo, vivir solo, saber leer y escribir, nº patologías crónicas, nº prescripciones crónicas, automedicación, acumulación de fármacos, medicamentos caducados, fármacos fuera de la prescripción crónica, lugar físico del botiquín, cerrado con llave y revisión periódica.

Resultados: La media de edad fue de 81,4 años (+DE 5,03) y el 58,3% eran mujeres. Un 14,2% vivía solo. El 92,9% sabían leer y escribir. El 52,9% presentaban más de tres patologías crónicas, el 74,2% tomaba más de tres fármacos y el 31,2% se automedicaba. Un 23,4% (IC 28,4-18,4%) acumulaba más de 3 cajas del mismo fármaco y un 11,6% (IC 15,6-7,6%) de los participantes tenía medicamentos caducados o en mal estado. Hasta un 41,6% (IC 47,8-35%) de los pacientes observados tenía fármacos fuera de la prescripción crónica. El 35% de los pacientes almacenaba fármacos en lugares inadecuados, como el baño y la cocina. Solamente un 2,1% mantenía el botiquín cerrado con llave y un 68,9% (IC 74,7-63,1%) admitía revisarlo periódicamente.

Conclusiones: Destaca la excesiva acumulación de medicamentos en los domicilios, la presencia de fármacos caducados y fuera de la prescripción crónica. La facilidad de obtención de los medicamentos facilita que sea un producto más de consumo en nuestra sociedad. El personal sanitario es clave en la promoción de actividades de educación sanitaria orientadas hacia la sensibilización del uso racional del medicamento y la mejora de los aspectos del botiquín.

Palabras clave: Fármacos. Ancianos. Atención Primaria

FACTORES RELACIONADOS CON LA TOMA DE MEDIDAS DE LIMITACIÓN DEL ESFUERZO TERAPÉUTICO EN ANCIANOS HOSPITALIZADOS POR PATOLOGÍA MÉDICA

M.A. García Alambra, M.D. Vigil Escribano, J.M. Gómez Aguinaga, J.C. Álvarez Pérez, M.L. Álvarez Nebreda y J.A. Serra Rexach
Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Servicio de Geriatría, Madrid.

Objetivos: Determinar la prevalencia de medidas de limitación del esfuerzo terapéutico (LET) en ancianos ingresados en unidades médicas en un hospital terciario. Explorar factores que se relacionan con las medidas de LET en los ancianos con patología médica.

Método: Estudio transversal realizado en todos los pacientes mayores de 65 años hospitalizados en unidades médicas del Hospital Gregorio Marañón el día 6 de junio de 2006. Se define LET como aquellas medidas terapéuticas que van a retirarse o no instaurarse (maniobras de resucitación cardiopulmonar, soporte ventilatorio, drogas vasoactivas, transfusión, antibióticos, hidratación y nutrición). Se recogen de la historia clínica variables demográficas, servicio clínico de ingreso, función física, estado mental, situación social, motivo de ingreso, días de ingreso, número de ingresos en los últimos 6 meses, severidad de la enfermedad de base, pronóstico, comorbilidad, calidad de vida y presencia de instrucciones previas. Se mide la prevalencia de las medidas de LET y se realiza una estadística bivariante para explorar los posibles factores relacionados.

Resultados: Se recogieron datos de 253 pacientes. 53% varones. Edad media 78,5 + 7,4 años. La prevalencia de LET fue del 7%. Las variables que mostraron asociación estadísticamente significativa con la LET fueron: ingreso en Medicina Interna o Geriatría, presencia de información sobre alteración de la función mental y de la situación social del paciente, enfermedad de base avanzada, patología crónica del sistema nervioso central, presencia de comorbilidad, e información sobre el pronóstico.

Conclusiones: La presencia de decisiones en la historia clínica sobre LET en ancianos ingresados en unidades médicas es infrecuente. Los factores que han resultado relacionados, parecen reflejar la valoración integral que realizan en la historia clínica determinados facultativos a la hora de configurar el plan terapéutico del paciente. Son necesarios estudios de intervención en especialidades médicas, incidiendo en la valoración integral del anciano, para diseñar la planificación terapéutica que permita tomar decisiones sobre limitación de tratamientos.

TRATAMIENTO DE LA HTA EN PACIENTES MAYORES DE 95 AÑOS.

J. Martí Cabane y M. Lores
Hospital Zumárraga, Guipúzcoa.

Objetivo: Conocer el tratamiento farmacológico empleado en pacientes hipertensos muy ancianos.

Material y métodos: Estudio retrospectivo de todos pacientes con HTA mayores de 95 años ingresados en nuestro hospital, desde 1-1-2002 al 31-12-2006. Se han valorado edad, sexo, FRCV y ECV asociados así como los fármacos empleados en el tratamiento de la HTA.

Resultados: Estudiaron 38 pacientes con HTA mayores de 95 años, de estos, excepto dos llevaban tratamiento para su HTA. Los fármacos utilizados fueron IECAS asociados a diuréticos (21%), diuréticos solos (18,5%), IECAS solos o ARA II asociados a diuréticos (13%), ARAII y calcioantagonistas (8%). De los pacientes que se les administró IECAS (enalapril) solos o asociados a diuréticos un 39 % las dosis administradas eran inadecuadas así como el intervalo de administración. No encontramos diferencia en el tratamiento de estos pacientes y los menores de 95 años. 16 pacientes presentaban FRCV asociados a la HTA de los cuales el 38 % presentaba tratamiento adecuado los mismos, sin embargo ninguno de ellos recibía preventión secundaria de eventos cardiovasculares.

Conclusiones: Los IECAS y ARA II solos o asociados a diuréticos son los fármacos más empleados. Un 39% de los pacientes la dosis de IECAS son inadecuadas. La prevención secundaria de ECV en pacientes muy ancianos con HTA y otros FRCV es deficiente, probablemente relacionado con ageismo.

COMPLICACIONES MÉDICAS EN PACIENTES NONAGENARIOS INTERVENIDOS POR FRACTURA DE CADERA

J. Martí Cabane y L. Prometa
Hospital Zumárraga, Guipúzcoa.

Objetivo: Analizar complicaciones intrahospitalarias ocurridas en pacientes muy ancianos sometidos a intervención quirúrgica por fractura de cadera.

Material y métodos: Se ha analizado todos los pacientes mayores de 90 años ingresados por fractura de cadera y que precisaron intervención quirúrgica durante un periodo de 4 años. Se han analizado, edad, sexo, comorbilidad, estado cognitivo mediante cuestionario Pfeiffer, complicaciones intrahospitalarias y evolución.

Resultados: De los 78 pacientes analizados, 72 (92%) fueron mujeres y 6 varones, con unas edades de $96,6 \pm 1,95$ años. Un 87% procedían de domicilio propio mientras que el 13% estaban institucionalizados. La estancia media (EM) global fue de $14 \pm 5,73$, siendo la EM de los pacientes sin complicaciones de $13,6 \pm 7,7$ días. Comorbilidad previa al ingreso. Únicamente 4 pacientes no presentaban antecedentes de interés. Los antecedentes más frecuentes fueron HTA (38%), deterioro cognitivo moderado-severo (23%), cardiopatías (19%), neoplasias previas (18%). EPOC (15%), ACVA (14%) antecedentes de fracturas previas (9%), Diabetes Mellitus (6%). Todos los pacientes tomaban medicación adecuada para sus patologías de base, salvo los pacientes con fracturas previas que no llevaban tratamiento preventivo con difosfonatos. Un 56% de los pacientes presentaron complicaciones médicas siendo las más frecuentes. Anemia en 28 pacientes que precisó transfusión en todos ellos, insuficiencia cardiaca 4 pacientes, ITU 2 pacientes, Insuficiencia renal (2), TEP 1 paciente. No presentaron complicaciones el 44 %. Todos los pacientes recibieron profilaxis para ETE. Mortalidad intrahospitalaria 18%.

Conclusiones: Mayor incidencia de fractura de cadera en mujeres. Nula prevención con difosfonatos tras la primera fractura. La presencia de complicaciones incide en una mayor estancia media. La anemia fue la complicación más frecuentes. Escasa incidencia de TEP. Elevada mortalidad intrahospitalaria.

DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS PREVALENTES EN PACIENTES CON DEMENCIA INGRESADOS EN UN ÁREA DE PSICOGERIATRÍA

I.M. Feria Raposo, M.C. Vilchez Esteve, C. Romero Morón, M. Pastor Ramos, M.C. García Membrive y E. Vilchez Esteve
CASM Benito Menni HHSCJ-San Boi de Llobregat, Barcelona.

Objetivos: Identificar los diagnósticos de enfermería prevalentes en los pacientes con demencia en un área de psicogeriatría.

Método: El estudio se trata de un diseño cuantitativo de carácter descriptivo retrospectivo. Los datos se han extraído de una muestra compuesta por 51 pacientes del área de psicogeriatría del Benito Menni CASM de Sant Boi de Llobregat ingresados entre el 01/02/2006 y el 31/07/2006. Como criterios de inclusión se han tenido en cuenta que el diagnóstico médico fuera Demencia y que tuviese un plan de cuidados de enfermería cumplimentado. Las variables recogidas han sido: Sexo, Edad, Actividad vital y Diagnóstico de enfermería.

Resultados: A través del análisis de los datos se obtienen los diagnósticos enfermeros prevalentes por cada actividad vital. Las actividades vitales más alteradas son: Mantenimiento del entorno seguro, Comunicación, Ingesta/Comida, Eliminación, Limpieza/Arreglo personal, Movilidad y Reposo/Sueño.

Conclusiones: Tras valorar los resultados obtenidos llegamos a la conclusión de que el paciente diagnosticado de demencia e ingresado en un área de psicogeriatría tiene afectadas la mayoría de las actividades vitales y por lo tanto el abanico de diagnósticos prevalentes es muy amplio. El conocimiento de los diagnósticos enfermeros prevalentes, nos permite la estandarización de los cuidados utilizando el lenguaje propio de enfermería.

INTERVENCIÓN DE TERAPIA OCUPACIONAL EN UNA PERSONA MAYOR CON ELA PARA LA INDEPENDENCIA EN LAS AVD: A PROPÓSITO DE UN CASO

C. Gómez Calero
Universidad Católica San Antonio de Murcia, La Ñora, Murcia.

Introducción: La Esclerosis Lateral Amiotrófica (E.L.A.) afecta principalmente a adultos entre 40 y 70 años M, por ello, es poco frecuente encontrar nos con esta patología en la población anciana. Nuestro sujeto es un varón de 70 años, con tres de evolución de la enfermedad que acude a Terapia Ocupacional (T.O.) para una valoración y posible tratamiento en Diciembre de 2006.

Objetivos: Establecer una buena valoración para poder dar pautas de manejo a la familia y prescribir ayudas técnicas si son necesarias. Llevar a cabo un tratamiento de T.O. acompañando el avance de la sintomatología para adaptar al paciente y su familia a las nuevas fases de la enfermedad.

Método: Evaluación: Actividades de la Vida Diaria (AVD) (índice de Barthel) y una escala específica de las AVD; Escala de Depresión de Yesavage abreviada; Mini Examen Cognoscitivo; exploración de la deglución; entrevista a familia/cuidador principal y al paciente y balance muscular.

Resultados: El sujeto presenta una puntuación de 0 puntos en el índice de Barthel (dependencia total); 6 en la Escala de Yesavage (depresión leve), 27/30 en el MEC: no presenta deterioro. Y no presencia de disfagia. Se realizó ayudas técnicas con material termoplástico para facilitar la AVD de la alimentación, se dieron pautas de realización de vendaje antiedema para MSI a la familia y de posicionamiento correcto en sedestación y cama (evitar UPP). A los dos meses de tratamiento se vuelve a realizar una valoración de la deglución, apreciándose alteración en el velo palatino acompañado de una disfagia para líquidos. Se prescribe espesante para la modificación de la dieta y de ejercicios para realización a domicilio, tanto para la musculatura facial e intraoral como de movilizaciones activas y mantenimiento de fuerza muscular en MMSS.

Conclusiones: Tras los logros conseguidos, se considera necesaria la existencia de un TO dentro de cualquier equipo interdisciplinar para poder acompañar los síntomas de la enfermedad, detectar los pequeños cambios y poder asesorar y dar apoyo tanto al paciente como a la familia.

Palabras clave: Terapia Ocupacional. ELA. Independencia AVD.

INFLUENCIA DEL DETERIORO COGNITIVO COMO FACTOR DETERMINANTE EN LA RECUPERACIÓN DE LA MARCHA TRAS FRACTURA DE CADERA EN POBLACIÓN ANCIANA INSTITUCIONALIZADA

E. Fernández Espinar y R. Gallego Mazarías
Residencia Personas Mayores Parque Coimbra, MAPFR, Mostoles, Madrid.

Objetivos: Evidenciar la influencia de deterioro cognitivo como factor determinante en la recuperación de la marcha del anciano tras fractura de cadera. Disponer de un registro de datos necesario para el conocimiento más específico de este tipo de usuarios, con el objetivo de establecer un plan de tratamiento fisioterápico adecuado.

Método: En el periodo comprendido entre 2002 y 2006 se lleva a cabo un estudio que engloba 63 sujetos, con una edad media de 81.2 años, que presentan un denominador común: fractura de tercio proximal de fémur, deterioro cognitivo de diferente intensidad e ingreso temporal de una duración media de 2.5 meses con un fin rehabilitador en una residencia de asistidos de la Comunidad Autónoma de Madrid. Las variables estudiadas son: sexo, edad, deterioro cognitivo, ayuda técnica utilizada para la deambulación al ingreso/al alta, escala de Tinetti al ingreso/al alta y evolución.

Resultados: Tras el análisis de los datos en los grados de deterioro cognitivo leve y moderado se aprecian unos resultados satisfactorios en la reeducación de la marcha de la población estudiada.

En los sujetos que presentan deterioro cognitivo severo se evidencia que éste ejerce como factor determinante en el pronóstico de la capacidad de marcha post-fractura. En la mayoría de los casos estudiados se necesita el uso de ayuda técnica, con mayor o menor asistencia, al alta de la estancia temporal en el centro de estudio.

Conclusiones: La existencia de deterioro cognitivo en población anciana con fractura de cadera constituye un factor muy influyente en su rehabilitación fisioterápica, aunque no determinante en la reeducación de la marcha post-fractura. La complejidad de este tipo de

rehabilitación supone un reto profesional, motivado por el deterioro progresivo de su capacidad mental que conlleva una regresión funcional. Ante los resultados obtenidos se detecta la necesidad de elaborar un protocolo multidisciplinar especialmente diseñado para este tipo de usuarios en nuestro medio residencial.

Palabras clave: Deterioro cognitivo. Fractura de Cadera. Marcha.

ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO DEL ESTADO NUTRICIONAL DE LOS PACIENTES INGRESADOS EN UNA UNIDAD DE LARGA ESTANCIA DEL HOSPITAL DE SANT ANDREU

E. Crusellas Pubill, C. Pardo Bustamante y E. Flores Martín
Hospital Sant Andreu, Manresa, Barcelona.

Objetivo general: Conocer el estado nutricional de las personas ingresadas en una unidad de larga estancia de nuestro centro.

Objetivos específicos: Analizar científicamente datos epidemiológicos sobre el estado nutricional de estos ancianos. Determinar posibles diferencias nutricionales, si existen, entre los pacientes que realizan diferentes tipos de dieta (normal, blanda y triturada). Determinar posibles diferencias nutricionales, si existen, entre los pacientes internos de forma permanente y aquellos que solo ingresan de forma temporal unas semanas.

Método: Estudio descriptivo longitudinal, con una muestra de 40 pacientes.

Resultados: La edad mediana era de 83,1 años, con un 67 mayores de 80. Un 62% ocupaban una cama de larga estancia y un 38% una cama temporal. El 60% enfermos procedían del domicilio versus el 40% que lo hacían de otras instituciones. El motivo de ingreso más frecuente son enfermos de alta dependencia que no pueden ser asumidos en el domicilio. El diagnóstico principal son las demencias o enfermedades neurológicas. Basándonos en la escala de valoración de la desnutrición (MNA) se valoró que el 50% de los pacientes presentaba desnutrición y que el 50% restante presentaba riesgo de desnutrición. Se observó que los pacientes que realizaban dietas de consistencias especiales (trituradas o blandas) tenían el porcentaje más elevado de desnutrición. Se observó que los pacientes que estaban en régimen de larga estancia también presentaban más desnutrición que los que estaban en régimen de estancia temporal. Solamente el 38% de los pacientes estudiados recibía suplementación.

Conclusiones: La capacidad funcional detectada, la alta dependencia (77,5%), y el 57% encamados no dejan de ser un factor predictivo del mal pronóstico y asociado a la presencia de malnutrición. El porcentaje de MNA < 17 se correlaciona con la literatura y con la presencia de este tipo de pacientes en unidades de larga estancia. A partir de los resultados obtenidos se ha valorado la importancia de pasar una escala de forma sistemática a todos los pacientes que ingresan a nuestras unidades para poder establecer en un primer momento si existe malnutrición. También se ha tomado conciencia de suplementar la dieta a aquellos pacientes con riesgo o evidencias de malnutrición.

TRATAMIENTO FISIOTERÁPICO DE LAS FRACTURAS DE CADERA EN LA POBLACIÓN ANCIANA EN UN MEDIO RESIDENCIAL

E. Fernández Espinar y R. Gallego Mazarías
Residencia Personas Mayores Parque Coimbra, MAPFR, Mostoles, Madrid.

Ante la elevada prevalencia de estancias temporales cuyo motivo de ingreso es la rehabilitación de cadera en un medio residencial de asistidos, este estudio describe la intervención de la Fisioterapia en esta patología así como los factores socio-sanitarios propios que afectan a dicha población.

Método: Se lleva a cabo un análisis descriptivo en el período comprendido entre los años 2002 y 2006. La muestra engloba 116 individuos con un denominador común: fractura de cadera e ingreso temporal con un fin rehabilitador en residencia de asistidos. Se recogen los siguientes datos: Sexo. Edad. Tipo de fractura. Tratamiento quirúrgico/conservador. Tratamiento fisioterápico. Factores de riesgo. Existencia de deterioro cognitivo. Complicaciones. Ayuda técnica para la deambulación al ingreso/al alta. Escala de Tinetti al ingreso/al alta. Evolución.

Resultados: El tipo de fractura de tercio proximal de fémur más frecuente en la población diana es la extracapsular. El mayor número de complicaciones en este tipo de patología son las alteraciones de la

piel, seguidas de las cardiorespiratorias y en menor grado las afeciones músculo-esqueléticas secundarias a la intervención quirúrgica tras fractura. Se demuestra que la existencia de deterioro cognitivo es determinante en el curso de la evolución. La evolución en un 63,8% del total de los casos estudiados es favorable.

Conclusiones: Los resultados de este trabajo demuestran que el tratamiento fisioterápico se vuelve indispensable para la mejora de la calidad de vida, en tanto en cuanto al aumento de su autonomía para la deambulación de esta población. Dicho plan establece unos objetivos modestos, debido a la brevedad del tiempo de estancia y al perfil del usuario, enfocados a la recuperación funcional y ecológica del anciano, aunque con unos resultados muy satisfactorios.

Palabras clave: Fisioterapia. Fractura de Cadera. Anciano.

ELEMENTOS DIFERENCIALES DE LAS CAÍDAS ENTRE PACIENTES PSIQUIÁTRICOS Y NO PSIQUIÁTRICOS

D. Garrido Mariscal, R. Moran, I. Moliz, E. Carral y M. Sarroca
Sant Joan de Déu Serveis Sociosanitaris, Esplugues de Llobregat, Barcelona.

Objetivos: Valorar factores responsables caídas en un CSS y su relación con la presencia o no de patología psiquiátrica. Identificar factores más prevalentes en pacientes con patología mental para establecer protocolos.

Material y métodos: Recogida de datos sociodemográficos y valoración de equilibrio, marcha y dependencia con Tinetti y Barthel y datos del registro de caídas.

Resultados: 51 pacientes con media de edad de 74,96 a (DS 10,81) registran 137 caídas, 73 son de pacientes psiquiátricos (PS) y 64 no psiquiátricos (NS). El Tinetti medio es 17,07 y 58,22 de Barthel. 27 incontinentes, 20 hipertensos y 8 diabéticos. 24 PS con media de edad 74,8 con Tinetti medio 17,26 y de Barthel de 58,9. 27 NS con edad media 74,9 con Tinetti medio de 17,08 y Barthel 58,72. Barthel < 60 tienen Tinetti medio de 17,07 y Barthel > 60 tienen Tinetti medio de 17,25. Nivel de conciencia: 14,28% agitados, 20,63% desorientados, 17,46% somnolientes, 4,76% adormecido, 42,85% orientados. Tratamiento: 79,62% antipsicótico, 16,66% hipoglicemiantes y hipotensor y 3,7% sin tratamiento. En el 90,41% de las caídas se administraba tratamiento para el sistema nervioso central en PS. En el 84,37% de los NS. Movilidad: 47,27% deambulan, 23,63% silla de ruedas, 21,8% con bastón y caminador y 7,26% otros. Consecuencias: En PS el 32,53% presentó contusiones, 19,27% herida, 2,4% fracturas y 45,78% sin consecuencias de un total de 73 caídas. En el grupo NS, con 64 caídas, el 24,65% presentó contusiones, el 27,39% herida, el 47,94% sin consecuencias y no hubo fracturas. Localización: En el grupo PS fue en la cabeza en el 30,37%, 18,98% en EESS, 17,72% en EEII, 11,39% en tronco y 21,51% sin localización. En grupo NS 25,67% en cabeza, 13,51% en EESS, 28,37% en EEII, 10,81% en tronco y 21,62% sin localización.

Conclusiones: El grupo de pacientes con patología psiquiátrica presenta un mayor número de caídas con respecto al no psiquiátrico. Se objetiva un porcentaje de fracturas mayor en el grupo psiquiátrico que en el no psiquiátrico. El tratamiento antipsicótico podría ser el responsable del mayor número de caídas en pacientes psiquiátricos.

INCIDENCIA DE FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN GERONTO-PSIQUIATRÍA

A. Planas Pelliise, A I. López, E. Serra, E. Carral, M. Sarroca y J. Cayetano
Sant Joan de Déu Serveis Sociosanitaris, Esplugues de Llobregat, Barcelona.

Objetivos: Conocimiento de la situación de riesgo cardiovascular de pacientes psiquiátricos crónicos. Utilidad de las medidas de prevención en el paciente institucionalizado.

Material y métodos: Análisis de factores de riesgo cardiovasculares recogidos de la historia clínica. Se analizan datos sociodemográficos, diagnósticos, factores de riesgo, tratamientos e incidencia de patología vascular.

Resultados: De 89 pacientes de la unidad se excluyen 12 sin patología psiquiátrica. De los 77 incluidos 70 son hombres (90%) y 7 mujeres (10%). La media de edad es de 73,33 años (ST 7,76). El 55,30% ingresado más de 40a, el 23,66% entre 20-40a y el 21,04 < 20a. El diagnóstico principal es la esquizofrenia con un 67,5% de los casos. Los factores de riesgo son en 25 casos (32,4%) hipertensión, dislipemia 25 (32,4%), diabetes mellitus 8 (10,3%), tabaquismo activo 38

(49,3%) y 32 presentan sedentarismo (41,5%). El Índice de Masa Corporal (IMC) pone de manifiesto un 31,1% de valores dentro de la normalidad, en el 36,3% superior a la normalidad. Un 28,5% presenta riesgo de desnutrición y en dos casos se confirma. El 76,6% de los pacientes está con tratamiento antipsicótico actualmente. En cuanto al tratamiento de los factores de riesgo el 44% de los dislipémicos llevan tratamiento médico, de los hipertensos el 40% utiliza fármacos y el 48% se controla con dieta y en la diabetes el 75% utiliza hipoglucemiantes y el 25% dieta. Veinticuatro pacientes (31,16%) han presentado episodios vasculares, predominando los vasculo-crebrales (7 casos) y la arteriopatía periférica en 6 pacientes. En el paciente esquizofrénico la hipertensión se presenta en el 30,7% de los casos, la diabetes en 9,6%, dislipemias en 28,8%, el 59,6% tabaquismo activo y un 40,3% son sedentarios. El 38,4% presenta IMC por encima de la normalidad.

Conclusiones: La prevalencia de factores de riesgo cardiovasculares en nuestra serie es menor que la publicada por la literatura médica. La institucionalización permanente controla de forma más precisa los factores de riesgo, independientemente del tratamiento antipsicótico.

GESTIÓN INTEGRAL Y COORDINADA DE LA FRACTURA DE CADERA EN ANCIANOS.

F. Madruga Galan¹, A.J. Blanco Orenes¹, M.A. de la Torre Lanza¹, J.L. Blázquez Carrasco², P. Sáez López³ y C. Rosado Artalejo¹

¹Hospital Geriátrico Virgen del Valle, Toledo, ²Hospital de Ciudad Real, ³Hospital Sonsoles, Ávila.

Introducción: La fractura de cadera es la complicación más importante de la osteoporosis en términos de morbilidad y de consumo de recursos sanitarios y socio-económicos, generando un importante deterioro funcional e incapacidad crónica, especialmente en el grupo de más edad. El equipo de ortogeriatría (EOG) junto con las Unidades de Recuperación Funcional (URF) son eslabones fundamentales en el abordaje integral de la fractura de cadera, tanto para un adecuado manejo perioperatorio y selección posterior de pacientes rehabilitables como para tratamiento rehabilitador tendente a la recuperación funcional.

Objetivos: Analizar las características de los pacientes ingresados en una unidad de recuperación funcional (URF) de un hospital geriátrico durante un periodo de dos años.

Material y métodos: Se realiza un estudio descriptivo mediante recogida de datos en historia clínica de pacientes ancianos con fractura de cadera que son ingresados, previa selección por el EOG, para tratamiento rehabilitador de la marcha durante el periodo comprendido entre Enero-2005 hasta Diciembre de 2006. Se recogen, entre otras, las siguientes variables: Número total de pacientes, edad, sexo, tipo de fractura, pluripatología, estancia media, deterioro cognitivo previo, porcentaje de pacientes rehabilitados, pérdida funcional tras la fractura, ganancia funcional al alta y destino al alta.

Resultados: Se rehabilitaron 383 pacientes con fractura de cadera, el 81% son mujeres y el 19% varones. La edad media es de 86,6 años, representando los mayores de 90 años el 20% de la muestra. Los tipos de fractura encontrados son: peritrocanteras 176 casos (50%), subcapitales 156 casos (44%) y subtrocanteras 19 (6%). Presentaban al menos 4 enfermedades crónicas el 81,6% de los pacientes y deterioro cognitivo previo (CDR > 0,5) el 35%, cifra que aumentaba en el subgrupo de mayores de 90 años hasta el 62%. La selección de pacientes es realizada por el EOG que es el responsable directo del control clínico perioperatorio y de la derivación al nivel asistencial más adecuado. Se rehabilitaron el 62,6% de las fracturas de cadera del área (612 pacientes). La pérdida funcional tras la fractura (I. Barthel (IB) previo - I. Barthel al ingreso) fue de 62 puntos de Barthel. La ganancia funcional (IB Alta - IB al ingreso) media fue de 23 puntos de Barthel. La estancia media en Traumatología es de 4 días y el número de sesiones en rehabilitación fue de 14 con una estancia en URF de 18,6 días. Tiempo de espera quirúrgica: 2,1 días. Inicio del tratamiento rehabilitador tras el ingreso en URF: 48 horas. Nueva Institucionalización postfractura: 24%.

Conclusiones: La adecuada selección de pacientes por el EOG y la derivación a una URF permite que se rehabiliten la mayoría de las fracturas de cadera en población geriátrica de nuestra área sanitaria. El trabajo coordinado entre el EOG, traumatología, anestesia, URF y rehabilitación son elementos claves para la gestión integral de la fractura de cadera en ancianos. Este modelo asistencial permite: es-

trecho control clínico durante la fase aguda, tratamiento quirúrgico precoz, adecuada selección de pacientes, inicio precoz del tratamiento rehabilitador así como una correcta optimización de los recursos y una mejora en la gestión de casos. La existencia de deterioro cognitivo por se, así como la edad, no excluyen el ingreso en una URF, previa selección por el equipo de ortogeriatría, aunque es necesario individualizar las pautas rehabilitadoras en este grupo.

UTILIDAD DE LA M.A.P.A EN EL ESTUDIO GRADO DE CONTROL DE HIPERTENSOS GERIÁTRICOS

A.J. Blanco Orenes¹, F. Madruga Galan¹, F. Tarazona Santabalbina¹, J.L. Blázquez Carrasco², M. Mareque Ortega¹ y M. Araujo Ordoñez¹

¹Hospital Geriátrico del Valle, Toledo, ²Consejería de Sanidad.

Introducción: La HTA en el anciano es un proceso crónico con alta prevalencia en el anciano siendo uno de los principales factores de riesgo de enfermedad cardiovascular. El adecuado control de cifras tensionales reduce la incidencia de estas complicaciones.

Objetivo: Conocer el riesgo cardiovascular (CV) así como el grado de control de la HTA en pacientes geriátricos hipertensos conocidos.

Metodología: Estudio descriptivo transversal en una consulta de geriatría hospitalaria describiendo las características de la población geriátrica atendida (edad, sexo, factores de riesgo vascular, fármacos utilizados, grado de control y riesgo cardiovascular estimado).

Resultados: Número de pacientes: 621. Edad media: 80,64 años. Mujeres: 65,75%, varones 34,25%. Factores de riesgo vascular: Dislipemia: 37,13%, DM 48,56%, ACVA 26,91%, ICC 45,7%, C. Isquémica 32,57%, Insuficiencia renal 18,16%. Empleo de fármacos: Monoterapia 20,33%, 2 fármacos 26,5%, 3 fármacos 34,16%, 4 fármacos 13,27%, 5 fármacos 5,75%. Grado de control de la HTA: Bien controlada: 18,06%, Ligera alteración 16,52%, Moderada alteración (Grado I) 34,26%, Elevada alteración (Grado II) 22,42%, Muy mal controlada (Grado III) 8,74%. Riesgo cardiovascular estimado a 10 años: Normal 2,07%, Ligera elevación: 10,78%, Moderada alteración 24,48%, Elevado riesgo 22,4%, Riesgo muy alto 4,02%. Patrón circadiano: Dipper: 16%, No Dipper: 38%, Riser: 44%, Dipper extremo: 2%.

Conclusiones: La mayoría de los ancianos hipertensos en nuestra área presentan un mal control tensional y un alto riesgo cardiovascular, a pesar de la polifarmacia antihipertensiva empleada para su control. El empleo de la M.A.P.A. en ancianos hipertensos es un recurso de extraordinaria utilidad que deberemos incorporar al arsenal diagnóstico habitual para el adecuado control de la TA y optimizar el manejo terapéutico. El alto riesgo cardiovascular de los hipertensos ancianos obliga a extremar las medidas encaminadas no sólo al adecuado control tensional sino a realizar un abordaje global de todos los factores de riesgo.

UTILIDAD DEL TRATAMIENTO REHABILITADOR EN PACIENTES NONAGENARIOS CON FRACTURA

M. Araujo Ordoñez¹, A.J. Blanco Orenes¹, F. Madruga Galan¹, C. Rosado Artalejo¹, F.M. Suárez García² y F. Tarazona Santabalbina¹

¹Hospital Geriátrico Virgen del Valle, Toledo, ²Consejería de Sanidad.

Introducción: Se estima que la incidencia de las fracturas de cadera es de 34.000 casos anualmente, aumentando con la edad y siendo más frecuente entre las mujeres, explicado en parte por la elevada prevalencia de osteoporosis así como por su mayor esperanza de vida. La coordinación entre el equipo de ortogeriatría, anestesia y traumatología, en el periodo agudo, y la Unidad de recuperación funcional (URF) en el periodo postquirúrgico es fundamental para disminuir complicaciones peri y postoperatorias asegurando una recuperación funcional máxima del paciente en el menor tiempo posible.

Objetivos: Analizar la recuperación funcional de pacientes nonagenarios ingresados en una URF tras fractura de cadera.

Material y métodos: Estudio descriptivo sobre el total de pacientes mayores de 89 años que ingresan en una URF en el periodo de 1 año. Las variables que se recogen son: edad, sexo, días de estancia hospitalaria, sesiones rehabilitadoras, pérdida y ganancia funcional y deambulación al alta.

Resultados: Total número de pacientes: 29. Edad media: 92. Sexo: 77,27% mujeres 22,72% varones. Estancia media hospitalaria: 20. Número de sesiones: 12. Pérdida funcional: 58,75. Ganancia funcional: 20. Deambulación al alta: 13,63% autónomo, 68,12%, andador,

9,09% 2 muletas, 0%, 1 muleta, 4,5% no deambulación. Exitus: 9,09%

Conclusiones: El manejo multidisciplinario y el estrecho control de los pacientes nonagenarios con fractura de cadera disminuye las complicaciones y posibilita la recuperación funcional en el menor tiempo posible. El objetivo rehabilitador en estos pacientes es asegurar una estabilidad de la marcha consiguiéndose en la mayoría de los pacientes (80%), si su situación funcional basal es aceptable.

¿EXISTEN AÚN HIPERTENSOS GERIÁTRICOS POR DESCUBRIR?

F. Madruga Galan¹, A.J. Blanco Orenes¹, F. Tarazona Santabalbina¹, J.L. Blázquez Carrasco², M. Mareque Ortega¹ y F.M. Suárez García³

¹Hospital Geriátrico Virgen del Valle, Toledo, ²Hospital de Ciudad Real,

³Consejería de Sanidad del Principado de Asturias.

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 disfunción.

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: 145. Edad media: 77,46 ± 9,52 años. Mujeres: 60,58%, varones 39,42%. 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: Entre la población geriátrica existe un número importante de hipertensos no conocidos y mal controlados, predominando 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. Un porcentaje alto de estos pacientes han presentado previamente al menos un evento cardio y cerebrovascular. 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.

ATENCIÓN A LA VEJEZ DESDE LA PERSPECTIVA DE SALUD MENTAL. NECESIDADES DE LA PERSONA CON TRASTORNO MENTAL SEVERO (T.M.S.), CUANDO ENVEJECE

E. Muray Armengol¹, F. Alejandro Murie² y J.C. Valdearcos Pérez²

¹Centro de Salud Mental Nou Barris Nord, Barcelona, ²Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona.

Objetivos: La finalidad de esta comunicación es presentar una aproximación según los datos asistenciales de un Centro de Salud Mental de Adultos, de los problemas y necesidades que presentan las personas ancianas que sufren trastornos mentales y algunas propuestas para mejorar la calidad en su asistencia.

Método: Hemos analizado las características generales de la población atendida en el C.S.M.A mayor de 65 años y en concreto hemos trabajado sobre la población incluida en el programa T.M.S. n = 330.

Teniendo en cuenta las variables de: Género. Diagnóstico. G.A.F. Inicio del trastorno. Tipo de convivencia. Incapacitación. Nivel económico. Utilización de servicios. N° de visitas CSMA. Comorbilidad con patología orgánica. El programa T.M.S interviene cuando la enfermedad conlleva graves repercusiones sociales y familiares, intentando adecuar el tratamiento psiquiátrico a la necesidad concreta de cada persona. Se desarrolla en interdisciplinariedad de psiquiatría, enfermería y trabajo social y se plantea un plan terapéutico individual según objetivos.

Resultados: Según los datos extraídos podemos concluir que el colectivo presenta un alto grado de dependencia ligado a su escasa red social y familiar, consecuencia directa de la sintomatología negativa que caracteriza los trastornos graves en salud mental. Viven solos o están al cargo de otros familiares dependientes, con múltiples necesidades por cubrir. Históricamente los servicios de salud mental estaban pensados para personas hasta los 65 años y en esa franja se produce una fragmentación de la atención especializada y problemas de accesibilidad de los mayores con trastornos mentales a la red primaria y social por sus peculiaridades.

Conclusiones: El programa T.M.S. del C.S.M.A. con visitas frecuentes de trabajo social y enfermería dan un soporte de cuidados en la comunidad a esta población, que crece según el envejecimiento general de la población y crecen por lo tanto sus necesidades: necesidad de un tratamiento farmacológico correcto según diagnóstico diferencial; atención a las situaciones de aislamiento y soledad y soporte especializado en domicilio y alternativas al hogar; soporte a los familiares o cuidadores. Para ello es imprescindible que se promuevan planes transversales con las redes de atención sanitaria primaria y social y se implanten programas específicos para la atención de esta población.

Palabras clave: Vejez. Salud Mental. T.M.S.

APLICACIÓN DEL CUESTIONARIO DE BARBER EN UNA CONSULTA DE ATENCIÓN PRIMARIA PARA DETERMINAR EL NÚMERO DE PACIENTES MAYORES DE 65 AÑOS CON PERFIL DE ANCIANO FRÁGIL

M.J. Moreno Vázquez y M.C. Zarzosa López

Centro de Atención Primaria República Argentina, Valencia.

Introducción: El motivo de este estudio es determinar qué tipo de paciente mayor de 65 años tenemos en un cupo de pacientes pertenecientes al C.S. República Argentina de Valencia, y cuántos de ellos cumplen las características de anciano frágil, que según la definición de anciano frágil, es toda persona mayor que reside en la comunidad y que, sin cumplir todavía criterios de paciente geriátrico, se encuentra en un estado de equilibrio inestable que le acarrea un elevado riesgo de un incremento de cuidados y/o de requerir atención institucional. Nuestro interés es poder ejercer una mejor actuación profesional aplicando los diferentes programas de salud e intentar mejorar los problemas de este grupo de personas ancianas.

Material y método: Estudio observacional y transversal sobre un cupo de 1778 pacientes, de los cuales 357 eran mayores de 65 años, 223 mujeres (62,5%) y 134 hombres (37,5%), pertenecientes a un centro de salud emplazado en zona urbana de Valencia, y aplicando el cuestionario de Barber de forma personal directa o por teléfono en los casos en que el paciente no acudió a la consulta, en el espacio de tiempo que determinamos para el estudio, que fue de 10 semanas.

Resultados: De los 357 pacientes, han contestado el C. de Barber 305 (85,4%). No lo han contestado 52 pacientes (14,6%), de éstos dijeron que no 4 (1,1%); no tenemos el teléfono 11 (3,1%), error en el teléfono 8 (2,2%), imposibles de localizar 29 (8,2%). De 305 que han contestado hay: No frágiles: 129 (42,3%); Mujeres 69 (22,6%); Hombres 60 (19,7%). A. Frágiles: 176 (57,7%); Mujeres 124 (40,6%); Hombres 52 (17,1%).

Conclusiones: Determinamos el alto número de ancianos con fragilidad, destacando entre las preguntas del cuestionario lo siguiente: la necesidad que alguien le ayude, en 70 personas (39,8%); le sigue el vivir solo, 66 (37,5%); el haber estado ingresado en un hospital en el último año, 48 (27,3%); los que tienen con frecuencia problemas de salud que les impiden valerse por sí mismos, 48 (27,3%). Es esencial que, a partir de la información obtenida en la valoración, se elabore un plan de cuidados individualizado y a medida de las necesidades de la persona mayor.

MARCADORES BIOLÓGICOS NUTRICIONALES EN ANCIANOS HOSPITALIZADOS EN GERIATRÍA CON EL DIAGNÓSTICO DE DEMÉNCIA

G. Cristea, M.I. Erdozain Ruiz y J.M. Ribera Casado
Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

Objetivos: Valorar el estado de nutrición proteico-calórica en pacientes diagnosticados de demencia, ingresados en el Servicio de Geriatría, Unidad de Agudos y Media Estancia del Hospital Clínico San Carlos, Madrid. Describir la prevalencia de desnutrición entre estos pacientes. Establecer el porcentaje de pacientes con malnutrición proteico-calórica en función de su severidad. Observar si existe correlación entre la severidad de la demencia y la de la desnutrición. Ver las decisiones adoptadas para el manejo nutricional de estos enfermos.

Metodología: Estudio descriptivo y retrospectivo de los pacientes dados de alta desde las unidades de agudos y media estancia, entre el 1ro de enero y el 1ro de julio de 2006 con diagnóstico de deterioro cognitivo leve o demencia. Variables analizadas: sexo, edad, tipo de demencia, severidad de la misma según el informe de alta, situación funcional (Katz, Escala de Incapacidad Psíquica de la Cruz Roja), parámetros nutricionales biológicos (albúmina, prealbúmina, transferrina, colesterol, linfocitos), severidad de la desnutrición según los valores de la albúmina (desnutrición leve valores entre 3-3,5 mg/dl, moderada entre 2,5-3 mg/dl, y severa menos de 2,5 mg/dl) e indicaciones para el tratamiento de la desnutrición al alta.

Resultados: Durante el período de estudio se dan un total de 292 altas, 106 con diagnóstico de demencia o deterioro cognitivo leve (36,3%). Edad media: 84,9 años. Genero: hombres 49 (46,2%) y mujeres 57 (57%). Severidad de la demencia: leve 19,6%, leve-moderada 13 %, moderada 18,5%, moderada-severa 17,4%, severa 31,5%. Presentan criterios de desnutrición el 72,4% de estos enfermos: 50,9% con desnutrición leve, 30,2% moderada y 18,9% severa. En el informe de alta se recomiendan suplementos proteicos al 31,9%, sonda nasogástrica al 8,5%, gastrostomía percutánea al 6,4% y al 53,2% de los pacientes no se hace ninguna indicación terapéutica al alta.

Conclusiones: Los resultados de este estudio reflejan que un alto porcentaje de los pacientes ingresados en la unidad de agudos y media estancia de Geriatría tienen deterioro cognitivo o demencia (36,3%) y que la prevalencia de desnutrición entre estos pacientes es alta, alcanzando un 72,4%. No hay una correlación significativa estadísticamente entre la severidad de la demencia y la severidad de la desnutrición.

Palabras clave: Demencia. Desnutrición. Correlación.

LA VALORACIÓN GERIÁTRICA INTEGRAL ES ÚTIL PARA PREDECIR LA MORTALIDAD INTRAHOSPITALARIA EN PACIENTES ANCIANOS.

M. Cabre Roure¹, J. Fernández Fernández¹, M.D. Palomar García¹, E. Palomera Fanegas² y Mateu Serra-Prat²

¹Hospital de Mataró, ²Unidad de Investigación, Consorci Sanitari del Maresme, Mataró.

Objetivo: Identificar aquellos factores clínicos y bioquímicos relacionados con la mortalidad hospitalaria en los pacientes ancianos hospitalizados en una unidad geriátrica de agudos (UGA).

Material y métodos: Estudio observacional prospectivo de una cohorte de pacientes de mas de 70 años hospitalizados en una UGA. Se ha incluido todos los pacientes hospitalizados durante el período comprendido entre enero de 2001 y junio de 2006. Factores de estudio: edad, sexo, diagnósticos al alta, síndromes geriátricos, comorbilidades, estado cognitivo (Pfeiffer), estado funcional (Índice de Barthel), índice de comorbilidad de Charlson, creatinina, albúmina, colesterol total y linfocitos en sangre periférica.

Resultados: Se ha estudiado 1815 pacientes, 40,7% hombres y 59,3% mujeres, con una edad media de 84,8 años. El índice de Barthel preingreso e ingreso de 68 y 46 respectivamente. La mortalidad intrahospitalaria fue del 7,5%. Los factores de riesgo asociados de forma estadísticamente significativa con la mortalidad intrahospitalaria en el análisis univariado fueron: la edad de 80 o más años, un índice de Barthel preingreso y al ingreso inferior a 40, los síndromes geriátricos de desnutrición, inmovilidad, incontinencia fecal, urinaria, cuadro confusional agudo, presencia de cáncer, presencia de un síndrome de demencia, enfermedad cerebrovascular, creatinina superior

o igual a 1,5 mg/dl, unos niveles de albúmina inferiores a 34 gr/l, unos niveles de colesterol total inferiores a 160 mg/dl y recuento de linfocitos en sangre periférica inferiores o igual a 800. En el análisis multivariado los factores de riesgo independientes que se relacionaron de forma estadísticamente significativa con la mortalidad intra-hospitalaria fueron edad superior a 80 años [OR 3,726 (1,565-8,871)], Cuadro confusional agudo [OR 1,550 (1,005-2,390)], índice de Barthel preingreso < 40 [OR 5,133 (2,329-11,313)], cáncer metastásico [OR 3,587 (1,286-10,003)], linfocitos < 800 [OR 1,742 (1,1225-2,704)], albúmina < 30 g/L [OR 2,305 (1,252-4,242)] y creatinina > 3 mg/dl [OR 2,674 (1,352-5,287)].

Conclusión: Las características de los ancianos con un riesgo muy elevado de fallecer durante el ingreso son: ser muy ancianos, con importante dependencia funcional, presencia de delirium, linfopenia, hipoproteinemia, insuficiencia renal severa y presentar una neoplasia con metástasis.

TERAPIA OCUPACIONAL Y AYUDAS TÉCNICAS EN UNA RESIDENCIA Y CENTRO DE DÍA DE PERSONAS MAYORES

N. Muñoz Bermúdez y L. Estévez Domínguez

Residencia de P.P.M. y Centro de Día, «Parque Coimbra», Móstoles, Madrid.

Objetivos: Adaptación de la Ayuda Técnica a la persona, según las características del sujeto. Información a familiares y usuarios sobre el uso de la Ayuda Técnica. Formación al personal Asistencial sobre la utilización del material del centro, respecto a las Ayudas Técnicas.

Método: Mediante la valoración por parte del departamento Medico, Enfermería, Fisioterapia y Terapia Ocupacional sobre la necesidad que presenta la persona en el uso de una ayuda técnica. Tras dicha valoración/evaluación el Terapeuta Ocupacional informa al usuario/a y/o familiares sobre la disponibilidad de ayudas técnicas que existen en el mercado. Tras la adquisición de dicha ayuda técnica el departamento de Terapia Ocupacional se encarga de realizar las adaptaciones necesarias para que la persona pueda disfrutar de dicha ayuda técnica dependiendo de las características que presente. Se incluye a la persona si así lo requiere en un programa de Ortosis para enseñar a la persona en el manejo de su ayuda técnica, asimismo se realiza una formación al resto del personal asistencial para que realicen un buen uso de dicha ayuda técnica.

Resultado: Desde el centro se ha visto una mejora significativa respecto al uso de las Ayudas Técnicas. Las personas incluidas en el programa de Ortosis tras la adaptación realizada por el departamento de Terapia Ocupacional consiguieron manejar de forma independiente dichas ayudas siendo así más independientes para sus actividades diarias.

Conclusiones: La realización de una valoración por parte del Equipo Multidisciplinar es necesaria para conseguir un mejor uso de las Ayudas Técnicas. La implicación por parte del departamento de Terapia Ocupacional en la evaluación y adaptación de dichas ayudas para la persona resulta una parte fundamental para el posterior tratamiento del resto de los profesionales ya que mejora a la persona no solo físicamente sino también emocionalmente, la persona se siente más útil e independiente.

Palabras clave: Ayuda Técnica. Individualización

COMO AGILIZAR EL ACCESO A LA INFORMACIÓN DE MEDICAMENTOS A TRAVÉS DE UNA PÁGINA DE INTRANET EN UN CENTRO SOCIOSANITARIO

M. Aguas Compairé, F. Aláez, M. Fernández, X. Martínez, L. Rodríguez y G. Valls
Sociosanitario Palau, Barcelona.

Introducción: Una de las funciones principales de la comisión de Farmacia es la gestión de la información activa y pasiva de los medicamentos. La existencia de una red informática interna en nuestro centro sociosanitario podría facilitar que la información sea de fácil acceso a todo el personal.

Objetivo: Estructurar y desarrollar una página de intranet como acceso a la información que permitirá una actualización continua.

Método: La comisión de Farmacia del centro está compuesta por una farmacéutica, dos médicos y dos diplomados en enfermería. Se elaboró una serie de procedimientos, normas, registros de errores de medicación y de reacciones adversas medicamentosas, la guía far-

macológica del centro y los stocks de las unidades de enfermería. Para ello, la comisión se reunió en diversas sesiones e invitó, en caso necesario, a otros miembros para consensuar el resultado.

Resultados: En el intranet del centro se creó un acceso directo desde el escritorio donde se colocó: la guía farmacológica y terapéutica; los procedimientos del funcionamiento de la comisión, de la dispensación de estupefacientes, del control y registro de temperatura y la caducidad de los medicamentos multidosis una vez abiertos; las normas de administración de fármacos (vía oral, endovenosa, sonda nasogástrica...) e incompatibilidades; stocks de las unidades de enfermería; registro de los errores de medicación y reacciones adversas.

Conclusiones: La gestión de la información de medicamentos a través de recursos de red ubicados en la intranet del centro, puede ser una herramienta útil y de fácil desarrollo que favorezca el acceso de forma centralizada a esta información.

TERAPIA OCUPACIONAL Y LAS AVD's EN INSTITUCIONES

N. Muñoz Bermúdez y L. Estévez Domínguez

Residencia de P.P.M.Y Centro de Día «Parque Coimbra», Móstoles, Madrid.

Objetivos: La Terapia Ocupacional en una institución debe estar encaminada respecto a las Actividades de la Vida Diaria: Entrenar a la persona respecto a la reeducación de habilidades que haya perdido debido a su deterioro psíquico y funcional. Mantener las habilidades que tenga conservadas. Aplicar dicho entrenamiento en su vida cotidiana involucrando así al personal asistencial del Centro.

Método: Para conseguir los objetivos planteados el Terapeuta Ocupacional realiza una valoración de su estado respecto a las AVD's con la Escala Barthel, tras obtener dicha puntuación inicial se incluirá dentro de una programa de reeducación de AVD's planteando los objetivos a corto, medio y largo plazo. Tras realizar las actividades encaminadas a mejorar, mantener o habilitar en la realización de Actividades de la Vida Diaria como son: Alimentación. Vestido. Trasferencias. Deambulación. Se realizará una segunda valoración de la Escala Barthel para conocer si se cumplen los objetivos planteados, de no ser así se replanteara dicho tratamiento. La persona deberá mejorar en su puntuación y de no ser así no deberá disminuir dicha puntuación.

Resultado: Tras la realización de las actividades en el departamento de Terapia Ocupacional se obtiene una evolución positiva ya que la persona mejora en la realización de sus AVD's. El personal asistencial ofrece un apoyo y ayuda para que la persona no pierda las habilidades que aun conserva. La persona mantiene dichas habilidades en su vida cotidiana siéndole una herramienta para afrontar los problemas futuros.

Conclusiones: El entrenamiento de las Actividades de la Vida Diaria en una Institución debe formar parte esencial para el usuario ya que con ello se podrán prevenir posibles deterioros futuros. La persona se siente independiente para realizar actividades básicas (vestido, alimentación, aseo,...) eso mejora su autoestima, mejora su estado emocional, se siente más útil,... en definitiva es más feliz.

Palabra clave: Vida más Independiente

PREVENCIÓN DE ACCIDENTES URINARIOS (PPI)

R. Rodríguez Flores, E. Ocaña Martos, M. Sanjosé Labrador y M. Giribet Ordaz
Adesma Fundació, Lleida.

Objetivo: Desarrollar un programa de prevención de incontinencia urinaria para mantener a los usuarios orientados espacial y temporalmente el máximo tiempo posible frente a su progresivo deterioro cognitivo.

Metodología: Estudio: Descriptivo observacional. Período: años 2004-2005-2006. Población estudio: (81 personas) de un Centro de Alzheimer en Lleida (95% de la población). Recogida de datos: - Registros mensuales del 2004 al 2006 inclusive - Escala de Barthel - Observación empírica - Codificación de datos - GDS Reisberg - Codificación interna. PPI

Resultados: Durante los tres años se realizaron 24.278 intervenciones de acompañamiento y secuenciación de la actividad en el uso del WC. El año 2004 se realizaron 8.686 intervenciones, el 2005, 7.870 y en el 2006, 7.722. De la población estudiada el 83% fueron mujeres frente a un 17% de hombres. Cada día se dedicó un promedio de 2 horas con 21 minutos a realizar el Programa de prevención

de incontinencia. En el 85% de los usuarios durante estos tres años se mantuvo la continencia urinaria. De este 85% el 29% presentó ocasionalmente algún accidente urinario. La media de GDS de los usuarios objetos de este estudio fue la siguiente: 2004: GDS 5,78; 2005: GDS 6,18; 2006: GDS 6,17.

Conclusiones: El número de intervenciones del 2004 al 2006 va disminuyendo cada año porque se produce un aumento del deterioro cognitivo. Los usuarios con deterioro cognitivo severo dejan de pertenecer a este programa para ser controlados con pañales. Según los criterios del programa se establece un alto nivel de mantenimiento en la continencia urinaria. Los usuarios del PPI normalmente no han llevado pañales durante el estudio, lo que supone una disminución de gastos. Se ha favorecido la orientación temporoespacial del usuario en la residencia. Se ha conseguido establecer un control de esfínteres en el ciclo biológico del usuario con pautas horarias marcadas.

10 AÑOS DE "UNITAT D'ATENCIÓ DOMICILIÀRIA GERIÀTRICA" (UADG)

M. González Acosta, M.J. Torres Camacho, A. Parellada Sabaté, J.S. Ramos González, M. Campillo March y M. Mirapeix Lacasa
UADG Institut Català de la Salut, Barcelona.

Introducción: Debido a la gran demanda de atención sanitaria y gasto farmacéutico generado por la población que vive en residencias geriátricas (RG), en el año 1997 fue creada la «Unitat d'Atenció Domiciliària Geriàtrica» (UADG) para dar soporte a los equipos de Atención Primaria (AP) de Barcelona ciudad. Se ha pasado de 7723 plazas de RG en el año 1996, a 12209 plazas en el año 2005. Diez años después presentamos la evolución y resultados de la UADG.

Objetivos actuales de la UADG: Conocer el estado de salud y las necesidades de las personas que viven en una residencia geriátrica (RG). Trabajar conjuntamente con el equipo de AP y el de la RG. Racionalizar la prescripción farmacéutica cualitativa y cuantitativamente. Asumir la prescripción de medicación y efectos y accesorios de uso crónico. Coordinar las necesidades del residente con otros niveles asistenciales. Realizar educación sanitaria. Dar cursos de formación continuada en geriatría. Actividad realizada en estos 10 años Total de RG valoradas: 141 Total de Historias Clínicas abiertas: 8165. Total de valoraciones realizadas por enfermería: 20535 Formación de la UADG: interna (masters, post-grados, cursos,...) y externa (cursos, jornadas de formación...). Participación en congresos, presentación de comunicaciones y pósters, publicación de artículos... Apoyo y asesoramiento a profesionales sanitarios.

Conclusiones: La UADG se ha tenido que ir adaptando durante estos 10 años a las variaciones que se han generado, tanto en el personal que compone la unidad, como a los cambios de ámbito de población valorada y de políticas sanitarias. Los resultados de calidad en las RG en que ha intervenido esta unidad, han sido altamente satisfactorios, por lo que en la actualidad existe una gran demanda de nuestros servicios, tanto de los equipos de AP, como de nuevas RG.

GUÍA RÁPIDA Y PRÁCTICA PARA LA ELECCIÓN DE UN APÓSITO

M. González Acosta, M.J. Torres Camacho, A. Parellada Sabaté, J.S. Ramos González, M. Campillo March y M. Mirapeix Lacasa
UADG Institut Català de la Salut, Barcelona.

Introducción: La prevención y tratamiento de las úlceras es responsabilidad de los profesionales de enfermería. Dada la gran oferta de apóositos para curas húmedas existentes en el mercado sanitario, creemos que es importante disponer de una guía práctica y rápida para orientarnos en la elección del apósito adecuado en cada situación y que nos permita trabajar de forma más eficaz y eficiente.

Objetivos: Elaboración de una tabla-guía para facilitar la elección del apósito adecuado a cada úlcera de la forma más gráfica, práctica y rápida posible.

Material y método: Esta tabla fue elaborada por la UADG en el año 2003 recopilando y revisando toda la información ofrecida por las casas comerciales, así como las guías de tratamientos de úlceras. Se actualiza en función de los nuevos productos que van apareciendo en el mercado.

Conclusión: Todos los apóositos son buenos, pero no todas las úlceras necesitan el mismo apósito. El manejo de los nombres comercia-

les es complejo por la gran variedad que existe. La UADG trabaja con esta tabla, que actualizamos frecuentemente, resultándonos de gran utilidad en nuestro trabajo.

INFLUENCIA DEL PATRÓN CIRCADIANO EN LA APARICIÓN DE EVENTOS CARDIO Y CEREBROVASCULARES EN ANCIANOS HIPERTENSOS.

F. Tarazona Santabalbin¹, A.J. Blanco Orenes¹, F. Madruga Galán¹, J.L. Blázquez Carrasco², R. Padilla Clemente¹ y F. Manuel Suárez García³

¹Hospital Geriátrico Virgen del Valle, Toledo, ²S. de Geriatría. Hospital de Ciudad Real, ³Consejería de Sanidad. Principado de Asturias.

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 el período entre el 1 de marzo de 2004 y el 30 de septiembre de 2005 se recogieron las historias clínicas de los pacientes que cumplían las siguientes premisas: 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 ± 5,25 años) Riser 125 (79 mujeres, 46 hombres con una media de edad 80,96 ± 4,21 años) y Extreme dipper 6 (2 mujeres, 4 hombres con una media de edad 74,66 ± 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 cardíaca 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 cardíaco 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.

CUIDADOS INTEGRALES DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE GERIÁTRICO EN UNA UNIDAD DE CORTA ESTANCIA

L. Bertolín Giménez, L. Alavedra Pérez, V. Osuna Conde y L. González Ramírez

Hospital General de L'Hospitalet, Barcelona.

Introducción: El aumento de la demanda sanitaria durante el período invernal obliga la apertura de la unidad de soporte de urgencias «USU». El perfil del paciente ingresado es aquel que tiene una patología crónica conocida que entra en una fase aguda y se prevé una pronta recuperación en un período de tiempo breve, por lo que nuestra intervención a nivel de enfermería debe ser más inmediata, continua y precisa.

Objetivos: Incidir en el menor tiempo posible en las necesidades más prioritarias que provocan un aumento de la morbi-mortalidad del enfermo. Proporcionar educación sanitaria al paciente involucrando a la familia.

Material y método: Realizamos un estudio retrospectivo sobre los cuidados integrales que se ofrecieron al paciente ingresado en la USU 2005-2006, para ello utilizamos la hoja de registro de cuidados de la unidad «Kardex». Nos planteamos trabajar en base a las doce necesidades de Virginia Henderson, teniendo en cuenta que actuando sobre una de ellas podemos incidir de forma indirecta en las demás. Actuaciones en la necesidad de la piel. Prevención UPP mediante la utilización de distintos materiales (dispositivos, colchón antiescaras...), cambios posturales, hidratación de la piel y cuidados en la incontinencia. (r/c necesidad de eliminación: colector...). Actuaciones en la necesidad de alimentación. Prevención de bronco-aspiraciones con una posición Fowler 45º en la ingesta, una dieta adecuada según estado de conciencia, problemas en el proceso de ingesta oral y patologías asociadas al paciente (turmix, fácil masticación, espesantes, gelatinas, rica en fibra, laxante, sin sal...). Actuación en la necesidad de movilización.

Procurar la máxima autonomía del paciente, favoreciendo la sedestación/deambulación proporcionando las medidas necesarias (andador...). Actuaciones en la necesidad de respirar. Favorecer la expulsión de secreciones mediante fisioterapia respiratoria, aspiración de secreciones si precisa, hidratación oral (con agua y reforzada con gelatinas). Educación sanitaria sobre el uso de inhaladores.

Resultados: Pacientes ingresados en USU 2005-2006 un total de 680: Hombres 344, Mujeres 336. La media de edad es de 79 años. Porcentajes: Pacientes ≥ 75 años es de 61,1% ? Pacientes ≤ 75 años es de 38,3%. UPP intrahospitalarias 1,1%. Broncoaspiraciones 0,4% ? Los pacientes aprenden el uso de los inhaladores de forma correcta y autónoma o en su defecto la familia en un 70,7%

Conclusiones: Adoptar desde un primer momento medidas para evitar la desestabilización de las necesidades básicas y en el caso que ya estén alteradas actuar rápidamente proporcionando unos cuidados personalizados. Conseguir potenciar la autonomía del paciente en su defecto de la familia. Satisfacción profesional ante el trabajo bien hecho.

RESPUESTA DEL MEDIO SANITARIO DE REFERENCIA A LA APERTURA DE UN NUEVO SOCIOSANITARIO

N. Monell Puig, M. Urrea, G. Escartín, L. Fernández, A. Guerra y J. Cayetano

Sant Joan de Déu Serveis Sociosanitaris, Esplugues de Llobregat, Barcelona.

Objetivos: Describir la población de referencia y las admisiones realizadas a un nuevo CSS y el impacto de su apertura en la región sanitaria de referencia.

Material y métodos: Análisis de los ingresos en las distintas unidades asistenciales y procedencia de las solicitudes Unidad Larga Estada. De 89 camas concertadas de Larga Estada psicogeriátrica a la apertura del centro, 79 residentes fueron trasladados del Hospital de Sant Joan de Déu Serveis de Salut Mental con carácter estancia indefinida. Los 10 restantes se abren en marzo 2006 a la zona de referencia Baix Llobregat Centre y Font Santa. (Cornellà, Esplugues, Sant Felip, Sant Just y Sant Joan Despí). En el 2006 se realizaron 23 ingresos, (todas las bajas han sido cubiertas por pacientes de la región) 10 fueron trasladados de sociosanitarios, 2 de residencias, 1 de convalecencia, 8 de domicilio y 2 desde UFISS Hospital de Agudos. El 100% de los ingresos han sido valorados por la CIMSS. 5 con carácter temporal por descanso del cuidador. La estancia media es de 144 días. Por población: 10 son de Esplugues, 4 Sant Joan Despí, 3 de Cornellà, 3 de Sant Felip y 3 otras zonas. Media Estada Polivalente. Se puso en marcha en marzo del 2006. Se ha dado respuesta a un total de 39 pacientes y 27 altas. Se han recibido 62 solicitudes de las cuales 13 desde el Área básica de salud, 14 de PADES, 2 de socio-sanitario, 14 UFISS de Hospitales de Agudos, y 19 otros servicios. Estancia media de 60 días. Hospital de Día En mayo del 2006 se abrió y se han recibido 36 solicitudes. Después de hacer la valoración previa de las 36 solicitudes han ingresado 20 pacientes. No han ingresado los 16 pacientes que no tenían criterios de hospital de día. La mayor demanda es de Atención Primaria de Salud (20), 4 PADES,

4 de sociosanitario, consultas externas 5,1 UFISS. En la distribución por población, predomina Espulgués (11), Sant Just Despí. (7) y Cornellà (2).

Conclusiones: La respuesta en el entorno sanitario ha sido positiva y progresiva en el tiempo. Se observa que la mayor parte de las solicitudes son de las 2 poblaciones más cercanas (Espulgués, Sant. Just Despí.)

EFFECTO DE LA COMORBILIDAD Y COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS EN LA MORTALIDAD DESPUÉS DE FRACTURA DE CADERA EN ANCIANOS EN EL ÁREA HOSPITALARIA VIRGEN MACARENA

M. García Moreno¹, M. Carmona González², E. Sevillano Pérez², B. Cachero Alba², R. Martínez Barea² y C. Martínez Manzanares²

¹San Isidoro Residencia, ²Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla.

Objetivos: Evaluar las complicaciones médicas en el postoperatorio inmediato del anciano con fractura de cadera. Determinar la asociación entre complicaciones postoperatorias y mortalidad precoz. Valorar la relación entre comorbilidad preoperatoria y mortalidad.

Método: Estudio prospectivo en mayores de 65 años ingresados por fractura de cadera y que solicitaban valoración por el servicio de Geriatría durante el mes de Marzo 2006. Se excluyeron si: fractura periprotésica, fractura patológica, menores de 60 años, que fallecieron antes de intervención y en quienes se optó por actitud conservadora.

Resultados: Valoramos a 35 pacientes con fractura de cadera, excluimos a 5 porque presentaban: 2 éxitos previo a la cirugía, 2 por posible fractura patológica y 1 por tratamiento conservador. La edad media fue 81,77 años. Y el predominio fue de mujeres 73,33%. El tipo de fractura de cadera más frecuente fue extracapsular (63,3%) y en segundo lugar se sitúa la fractura intracapsular (36,7%). La estancia media hospitalaria fue 16,04 días, sin incluir el período de rehabilitación posterior. La comorbilidad más frecuente fue enfermedad cardiovascular (33%), diabetes mellitus 36,7%, enfermedad cerebral degenerativa 36% y enfermedad respiratoria 26,7%. Las complicaciones en el postoperatorio más frecuentes: Síndrome confusional agudo 60%. Anemia 56%. Infección respiratoria 40% Infección del tracto urinario 40%. 13,3% de pacientes con fallo cardíaco. La mortalidad fue del 7% en el postoperatorio inmediato. Cuando correlacionamos la mortalidad y el sexo se objetiva un aumento de la mortalidad a favor del hombre (33%) con respecto a la mujer (22%). La comorbilidad que más mortalidad conllevó fue en primer lugar la enfermedad cardiovascular, en segundo lugar la diabetes mellitus. Las complicaciones en el postoperatorio conllevaban una mayor mortalidad: fallo cardíaco, patología abdominal aguda, síndrome confusional agudo.

Conclusiones: En el anciano con fractura de cadera, la presencia de edad avanzada, ser hombre y tener tres o más comorbilidad, representa el factor de riesgo más importante para desarrollar complicaciones en el preoperatorio. El fallo cardíaco, la patología abdominal aguda y el síndrome confusional agudo son las complicaciones postoperatorias que más frecuentemente aumentan la mortalidad.

TALASOTERAPIA, BALNEOTERAPIA Y GERIATRÍA: REVISIÓN DE ARTÍCULOS MÉDICOS PUBLICADOS EN LOS ÚLTIMOS 20 AÑOS

F.A. Cerrada Fdez-Clemente, P. Pardo del Cid, J.A. Rodríguez Perera, F. Montes Añel, S. Polenta Casado y R. Vindel Barrera
Centro de Talasoterapia Elba Estepona, Málaga.

Objetivo: Revisar los artículos publicados en la literatura científica en los últimos 20 años relacionados con balneoterapia, talasoterapia y terapias con agua de mar y productos marinos en pacientes mayores.

Métodos: Varias fuentes de información, especialmente buscadores de literatura científica on-line con Palabras clave en los principales idiomas, revistas especializadas y artículos en las principales bibliotecas médicas. Los artículos seleccionados por su rigor científico han sido clasificados por especialidades, tipo de artículo y país de origen.

Resultados: Se han encontrado 203 artículos, seleccionando 156. Los más numerosos están relacionados con dermatología seguidos de reumatología, ORL y respiratorio, infecciones, productos marinos, pediatría y cardiovascular. La mayoría son ensayos clínicos seguidos

por revisiones o editoriales, históricos y casos clínicos. La procedencia mayoritaria es europea (Rusia, Alemania, Francia, Italia, Gran Bretaña, España...) seguidos por Israel, Japón y USA. Gran cantidad de artículos procedentes del Mar Muerto demostrando efectos beneficiosos en dermatología y reumatología. Destacados artículos procedentes de Japón sobre aguas de mar profundas y su efecto beneficioso. Los estudios de USA en su mayoría están relacionados con productos marinos y cáncer e inmunología así como infecciones por agua de mar. Artículos de ORL en su mayoría franceses muestran un incremento de la talasoterapia y balneoterapia en este campo.

Conclusiones: La literatura científica a través de estudios bien diseñados, dirigidos y desarrollados demuestra relación estadísticamente significativa entre la balneoterapia y talasoterapia y sus efectos beneficiosos en las patologías estudiadas. Más estudios e información son necesarios.

Palabras clave: Balneoterapia. Talasoterapia. Geriatría.

BENEFICIOS DE UN HOSPITAL DE DÍA GERIÁTRICO (HDG)

J. Minaya Saiz¹, C. Chacón Barcaiztegui¹, C. Mateos Bartolomé¹, A. Bárcena Alvarez² E. Carillo Alcalá¹ y B. Prado Villanueva¹

¹Hospital Guadarrama, Guadarrama, ²Hospital La Paz, Madrid.

Objetivos: Describir algunos de los beneficios que se les aporta a los pacientes que ingresan en programa del hospital de día geriátrico (HDG) del Hospital Guadarrama o en la cama de hospitalización de 1 día. Siendo el HDG del Hospital Guadarrama, con 20 plazas/día, un centro diurno interdisciplinario (compuesto por médico geriatra, DUE, Terapeuta ocupacional, auxiliares de enfermería y trabajador social), donde acude el anciano frágil o el paciente geriátrico, habitualmente con incapacidad física (leve), para recibir tratamiento integral y/o valoración geriátrica y regresa posteriormente a su domicilio.

Pacientes y métodos: Estudio prospectivo de todos los pacientes dados de alta del HDG durante el año 2006, registrando, entre otras, las siguientes variables: edad, nº asistencias, situación funcional al ingreso y al alta valoradas mediante el I. Barthel modificado, Índice de Lawton y Tinetti, situación mental basal valorada por test de Pfeiffer, situación afectiva (Yesavage), situación nutricional (IMC y MNA), diagnóstico principal de ingreso, nº de problemas nuevos detectados, totales y conseguidos, y destino al alta. Asimismo se registraron los motivos de asistencia en la cama de hospitalización de 1 día. Se realizó estudio estadístico mediante el programa SPSS 12.0.

Resultados: N (programa HDG) = 61 pacientes. Edad media: 79,06 años \pm 7,96. Asistencias media: 31,85 días \pm 20,02. Situación funcional: Barthel modificado ingreso 75,18 \pm 15,46; Barthel modificado alta 84,91 \pm 16,50; Lawton ingreso 2,58 \pm 2,16; Lawton alta 2,95 \pm 2,45; Tinetti ingreso 17,54 \pm 4,69; Tinetti alta 20,35 \pm 4,82. Situación cognitiva ingreso (test de Pfeiffer): normal 52,5% de los pacientes, deterioro cognitivo leve 29,4%, deterioro cognitivo moderado 14,8, deterioro cognitivo grave 3,3. Semiología depresiva al ingreso: NO 34,4%, en remisión 1,6%, SI 62,3%; al alta: NO 36,1%, en remisión 50,8%, SI 11,5%. Situación nutricional (MNA) ingreso: bueno 26,2%; al alta: bueno 55,7%. Diagnósticos principales de ingreso por orden de frecuencia: E. Parkinson(18%), Sº inmovilidad (16,4%), pluripatología (14,8%), patología osteoarticular (13,1%), ictus (9,8%), demencia (9,8%), fracturas (6,6%), trastorno afectivo (4,9%), ulceras cutáneas (3,3%) -Nº problemas nuevos detectados: media: 5, 79 \pm 2,67. Nº problemas totales: media: 11,82 \pm 3,42 -Nº objetivos alcanzados: media: 9,43 \pm 3,85. Destino al alta: domicilio (68,9%), residencia previa (8,2%), nueva institucionalización (6,6%), Hospital de agudos (8,2%), Otro nivel geriátrico (8,1%). Motivos de asistencia en la Cama de hospitalización de un día: N = 27. Transfusiones (66,7%), otras técnicas diagnósticas y/o terapéuticas que requieren el ámbito hospitalario (19,1%), valoración geriátrica (14,3%)

Conclusiones: Los pacientes que ingresan en programa del HDG del Hospital Guadarrama se benefician de mejorías en su situación funcional, afectiva y nutricional. Mejoran también en la calidad de marcha y equilibrio, siendo el riesgo de caídas menor. Son pacientes con pluripatología, detectándose en este nivel asistencial nuevos problemas y siendo alto el número de objetivos alcanzados. La patología neurológica es el diagnóstico principal de ingreso más frecuente en nuestro HDG. La cama de hospitalización de un día es un recurso interesante para aplicar técnicas diagnósticas y/o terapéuticas que requieren el ámbito hospitalario y para realizar valoraciones clínicas de pacientes complejos.

ANÁLISIS COMPARATIVO DE PRESCRIPCIÓN DE INHIBIDORES DE LA COLINESTERASA Y MEMANTINA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD DE ALZHEIMER Y OTROS TIPOS DE DEMENCIA.

M.P. Bartolomé¹, G. Torrijos¹, J. López² y J.M. López Arrieta¹

¹Hospital Universitario La Paz-Cantoblanco, Colmenar Viejo, Madrid, ²Dpto. de Psicología. Facultad de Humanidades y Ciencias.

Objetivos: Conocer el número y porcentaje de pacientes con demencia tratados con fármacos antidemencia. Determinar los porcentajes de prescripción de los diferentes fármacos antidemencia en esta cohorte clínica de pacientes con demencia. Conocer el porcentaje de pacientes de demencia con terapia combinada (memantina más IACE). Averiguar que factores demográficos y clínicos se asocian con la prescripción de los diferentes fármacos antidemencia.

Metodología: Estudio descriptivo de una muestra aleatoria (N = 200) de la cohorte clínica correspondiente a todos los pacientes estudiados y atendidos en una Unidad de Memoria desde su establecimiento en 1995 hasta febrero de 2007 con demencia. Criterios de inclusión: pacientes con diagnósticos operativos de demencia (DSM-IV) y criterios establecidos de enfermedad de Alzheimer, demencia vascular, demencia frontotemporal, enfermedad de cuerpos de Lewy y Parkinson-demencia. Variables de estudio: datos sociodemográficos (edad, sexo, escolaridad), clínicos (factores de riesgo vascular: HTA, diabetes mellitus y dislipemia; presencia de síndromes geriátricos: déficit sensorial, inmovilidad, caídas; pluripatología: presencia de tres o más enfermedades que precisan seguimiento periódico - 6 meses al menos -, polifarmacia: cinco o más fármacos, datos psicométricos: MMSE, CAMCOG, Yesavage, NPI, CDR. Tipo de fármaco antidemencia prescrito, presencia de efectos secundario. Se realizarán análisis estadísticos descriptivos univariantes básicos, tablas de contingencia para las variables cualitativas y valores de media y desviación típica para las variables cuantitativas. Las asociaciones bivariantes se calcularán mediante pruebas de χ^2 y análisis de la varianza. La normalidad de la distribución se determinará mediante la prueba de Kolmogorov-Smirnov.

Resultados: Se analizará homogeneidad demográfica entre los cuatro grupos terapéuticos, la persistencia y duración del tratamiento antidemencia, la asociación del fármaco con los efectos adversos, la asociación entre las variables sociodemográficas y clínicas y el tipo de fármaco prescrito.

Conclusiones: Según los análisis preliminares y datos de la literatura podemos destacar: Los sujetos mayores de 80 años con deterioro cognoscitivo con o sin demencia tienen más factores de riesgo vascular que. La principal causa de demencia en mayores y menores de 80 años es la enfermedad de Alzheimer, pero en los mayores de 80 años es más frecuente la presencia de enfermedad de. Una proporción muy baja de los enfermos dementes reciben tratamiento farmacológico para la demencia

EVOLUCIÓN DEL DIAGNÓSTICO ETIOLÓGICO EN PACIENTES CON DETERIORO COGNOSCITIVO O DEMENCIA SEGUIDOS DURANTE MÁS DE UN AÑO EN UNA UNIDAD DE MEMORIA

G. Torrijos¹, R. López de la Torre¹, J. López², J.M. López Arrieta¹ y M.P. Bartolomé¹

¹Hospital Universitario La Paz – Cantoblanco, Colmenar Viejo, Madrid, ²Departamento de Psicología. Facultad de Humanidades y Ciencias.

Objetivos: Averiguar el número y porcentaje de pacientes con deterioro cognoscitivo que acuden a la Unidad de Memoria progresan a demencia al año de seguimiento. Determinar el número y porcentaje de pacientes con diagnóstico fijo, no modificado, de deterioro cognoscitivo leve, según los criterios de Petersen al año del diagnóstico. Conocer la imprecisión diagnóstica entre las principales de demencia y cuál es el diagnóstico etiológico al año que coincide menos con el diagnóstico inicial.

Metodología: Estudio descriptivo de una muestra aleatoria (N = 200) de la cohorte clínica correspondiente a todos los pacientes estudiados y atendidos en una Unidad de Memoria desde su establecimiento en 1995 hasta febrero de 2007 con deterioro cognoscitivo leve y con demencia. Criterios de inclusión: pacientes con diagnósticos operativos de AAMI, DCL y demencia (DSM-IV). Variables de estudio: datos sociodemográficos (edad, sexo, escolaridad), clínicos (factores de riesgo vascular: HTA, diabetes mellitus y dislipemia; presencia de síndromes geriátricos: déficit sensorial, inmovilidad, caídas y antecedentes de depresión crónica; pluripatología: presencia de tres o más enfermedades que precisan seguimiento periódico - 6 meses al me-

nos- datos psicométricos: MMSE, CAMCOG, Yesavage, NPI, CDR. Se realizará estadística descriptiva mediante tabla de frecuencia, gráficos descriptivos: histograma y pasteles, cálculo de estimadores puntuales de parámetros y cálculo de intervalos de confianza para las estimaciones. Para el análisis de datos apareados se realizará test de McNemar para variables nominales

Resultados: Se analizará el número de diagnósticos iniciales sindrómicos: sin deterioro cognoscitivo, con deterioro cognoscitivo y demencia. Del grupo de pacientes con deterioro cognoscitivo se distinguirá a aquellos que cumplen los criterios clínicos de AAMI (Crook) y de DCL (Petersen) y en los que se asocia con otra condición (depresión, desorientación sensorial, etc). Los pacientes dementes se clasificarán de acuerdo al tipo de demencia subyacente. De cada uno de los grupos se comparará con el diagnóstico final al año respecto a la misma clasificación inicial: sin deterioro, con DCL o AAMI, demencia y sus causas.

Conclusiones: Según los análisis preliminares podemos destacar: Un tercio de los sujetos con DCL han evolucionado a demencia al año. Un pequeño porcentaje de pacientes con demencia frontotemporal, especialmente los que presentan afasia progresiva, o con enfermedad por cuerpos de Lewy son diagnosticados inicialmente como enfermedad de Alzheimer. La fiabilidad del diagnóstico clínico inicial de la causa de demencia ronda el 80%.

CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS, CLÍNICAS Y PSICOMÉTRICAS DE LOS PACIENTES MAYORES Y MENORES DE 80 AÑOS CON DETERIORO COGNOSCITIVO

R. López de la Torre¹, G. Torrijos¹, J. López², M.P. Bartolomé¹, J.M. López Arrieta¹ y M.P. Bartolomé¹

¹Hospital Universitario La Paz – Cantoblanco, Colmenar Viejo, Madrid, ²Departamento de Psicología. Facultad de Humanidades y Ciencias.

Objetivos: Conocer la asociación entre enfermedades cardiovasculares y sus subtipos (cardiopatía e ictus) y el deterioro cognoscitivo y la demencia real en la población mayor y menor de 80 años. Determinar los distintos tipos de demencia entre los pacientes mayores y menores de 80 años. Comparar el perfil psicométrico entre los pacientes mayores y menores de 80 años con deterioro cognoscitivo. Establecer el grado de deterioro cognoscitivo en el momento que consultan por deterioro cognoscitivo entre los pacientes mayores y menores de 80 años, que acuden a una Unidad de Memoria por primera vez.

Metodología: Estudio descriptivo de una muestra aleatoria (N = 200) de la cohorte clínica correspondiente a todos los pacientes estudiados y atendidos en una Unidad de Memoria desde su establecimiento en 1995 hasta febrero de 2007 con deterioro cognoscitivo leve y con demencia. Criterios de inclusión: pacientes con diagnósticos operativos de AAMI, DCL y demencia (DSM-IV). Variables de estudio: datos sociodemográficos (edad, sexo, escolaridad), clínicos (factores de riesgo vascular: HTA, diabetes mellitus y dislipemia; presencia de síndromes geriátricos: déficit sensorial, inmovilidad, caídas; pluripatología: presencia de tres o más enfermedades que precisan seguimiento periódico - 6 meses al menos- datos psicométricos: MMSE, CAMCOG, Yesavage, NPI, CDR. Se realizará estadística descriptiva mediante tabla de frecuencia, gráficos descriptivos: histograma y pasteles, cálculo de estimadores puntuales de parámetros y cálculo de intervalos de confianza para las estimaciones. Para el contraste de hipótesis en el análisis comparativo entre los dos grupos de variables cualitativas y cuantitativas se realizarán pruebas paramétricas y no paramétricas.

Resultados: Se analizarán sobre la muestra total el subgrupo de menores de 80 años y el subgrupo de mayores de 80 años los siguientes datos: n° y porcentaje de mujeres, edad media, n° de pacientes con demencia, frecuencia de los distintos, puntuación media del MMSE, CAMCOG, Yesavage, NPI, porcentaje de pacientes con demencia en fase 0,5, 1, 2 y 3.

Conclusiones: Según los análisis preliminares podemos destacar: Los sujetos mayores de 80 años con deterioro cognoscitivo con o sin demencia tienen más factores de riesgo vascular que los menores de 80 años con deterioro cognoscitivo con o sin demencia. La principal causa de demencia en mayores y menores de 80 años es la enfermedad de Alzheimer, pero en los mayores de 80 años es más frecuente la presencia de enfermedad de Alzheimer con componente vascular. Una proporción muy baja de los enfermos dementes reciben tratamiento farmacológico para la demencia.

FACTORES DE RIESGO PARA LA COLONIZACIÓN NASAL POR *Staphylococcus aureus* RESISTENTES A METICILINA (SARM) EN UNA RESIDENCIA GERIÁTRICA

E. Ruiz de Gopegui Bordes¹, C. Andreu Mestre², E. Campos Alcaide², A. Cifre Socias², A. Manzur³ y J.L. Pérez Sáenz¹

¹Servicio de Microbiología. Hospital Universitario Son Dureta, Palma de Mallorca, Residencia Bosanova, Palma de Mallorca, ³Servicio de Enfermedades Infecciosas. Hospital de Bellvitge, Barcelona.

Objetivos: Estudiar la prevalencia de la colonización por SARM en frotis nasales y exudados de úlcera de pacientes ingresados en la Residencia «Bosanova» de Palma de Mallorca (institución pública de cerca de 500 camas). Determinar los factores de riesgo de la colonización por dicho microorganismo. Evaluar la evolución en el tiempo de los pacientes colonizados por SARM y de los no colonizados previamente que adquieren el microorganismo.

Métodos: Se recogieron muestras de exudado nasal y de úlcera (si procedía) a todos los residentes ingresados que aceptaron formulario con datos clínicos de cada residente para determinar los factores de riesgo de colonización. Posteriormente, se realizó seguimiento clínico y de la colonización nasal al cabo de 7 meses (julio 2.006) y 1 año (noviembre 2.006); tanto en los pacientes colonizados por SARM («casos»), como en un grupo de residentes no colonizados («controles»).

Resultados: Se tomaron 465 frotis nasales y 27 de úlcera. La edad media de los participantes fue de 82 años (62-103 años). El 68% fueron mujeres. Índice de Barthel medio (grado dependencia), 68 puntos. El 72% tenía enfermedad de base y el 6% úlceras de decúbito. El 51% había ingresado en el hospital en los últimos 5 años. Hubo un total de 89 portadores nasales de *S. aureus*, de los que 37 (41,5%) fueron SARM (8,0% de colonización nasal). En las úlceras, se detectaron 12 *S. aureus*, de los que 4 (33,3%) eran SARM. De éstos, 2 eran también portadores nasales de SARM. Los factores de riesgo de colonización nasal por SARM fueron ingreso previo en hospital (67% SARM, 48% cultivo negativo), enfermedad vascular (22% vs. 7%), EPOC (38% vs. 13%), diabetes (32% vs. 20%), úlceras de decúbito (11% vs. 6%) y antibiótico previo (30% vs. 9%). Al 6º mes, se aisló SARM solamente en 14/27 colonizados por SARM (7 fallecidos y 3 no recogidas) y en 2/37 controles previamente no colonizados. Al año, se aisló SARM en 16/29 casos (8 fallecidos) y en 3/34 controles (2 fallecidos, 1 no recogida). Dos pacientes previamente colonizados por SARM (uno nasal y otro cutáneo) desarrollaron una infección de herida por SARM durante los primeros 6 meses. No se detectó infección por SARM en el grupo control en el primer año.

Conclusiones: La prevalencia de SARM en exudados nasales fue baja comparada con otros estudios. La colonización por SARM fue generalmente transitoria, sin requerir tratamiento antibiótico. El ingreso hospitalario previo, enfermedad vascular, diabetes, úlceras de decúbito y tratamiento antibiótico fueron factores de riesgo que se asociaron con la colonización. Sólo 2 pacientes colonizados desarrollaron una infección clínica posterior.

¿INICIAR O NO INICIAR LA NUTRICIÓN ARTIFICIAL? «THAT'S THE QUESTION»

G. Diestre Ortín, A. Doz Modrego, F. Aroca Martínez, A. Ramírez González, N. De Alfonso Santiago y C. Quiñoa Salanova
Hospital de Sabadell, PADES, Barcelona.

Objetivo: Describir el proceso de decisión protocolizado sobre el inicio de nutrición artificial enteral indefinida (NAEI) a partir de dos casos reales.

Método: El PADES atiende de forma integral a las personas con gastrostomía y gran discapacidad y dispone de una guía para tomar la decisión de iniciar la NAEI, elaborada a propuesta del Comité de Ética Asistencial. El PADES colabora con los EAP y con los profesionales del hospital en dicho proceso de decisión, el cual revisamos en dos personas de características médicas muy similares.

Resultados: Encarnación, 78 a. Casada, dos hijas. Vive con su hija. Presenta demencia desde hace 6 a., GDS VI. Ingresa por estado hiperosmolar e infección respiratoria. Enric, 86 a. Soltero, sin hijos. Vive en una residencia geriátrica desde hace 3 a. El centro donde vive tiene la tutoría legal. Demencia vascular, GDS V. Ingresa por infección respiratoria por broncoaspiración. En ambos casos la Indicación técnica de NAEI es por disfagia y rechazo de la ingesta oral. El representante de Encarnación es su esposo y su hija, el de Enric es la responsable de la Residencia donde vive. A ambos representantes se

les informa de las consecuencias de iniciar o no la NAEI. Con NAEI: Riesgos por la técnica de alimentación, restricción física, facilidad de administración de nutrición, mas fácil control del estado nutricional. Sin NAEI: Probable disminución de la supervivencia. En cualquier caso: no modificación del curso de la enfermedad principal. La familia hace una revisión de los valores morales/calidad de vida conocidos de la paciente, que no tiene Documento de Voluntades Anticipadas. Finalmente, familia y equipo revaloran toda la información disponible. La mejor decisión para Encarnación es *NO INICIAR* la NAEI, y para Enric es *INICIAR* la NAEI.

Conclusiones: No hay dos personas iguales. En las decisiones difíciles al final de la vida es muy importante el proceso seguido. Una guía asistencial puede ayudar a garantizar un mejor proceso ante el mismo problema. El resultado de las decisiones sobre los problemas de salud siempre ha de tener en cuenta los valores personales de la persona afectada o de los conocidos por su representante en una persona incapaz. La buena práctica del profesional de la salud siempre ha de incluir la participación activa del paciente en las decisiones.

USO DE ANTIDEPRESIVOS EN UNA RESIDENCIA GERIÁTRICA

I. Caro Aragónés, M.P. López Marco y M. Méndez Sánchez
Servei Residencial Estades Temporals, Barcelona.

Objetivo: Valoración del uso de antidepresivos en una población geriátrica institucionalizada

Método: Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo, de corte transversal, a partir de las historias clínicas de 64 pacientes de larga estancia de una residencia geriátrica, en enero de 2007. Se recogieron datos referentes a la utilización de fármacos antidepresivos (AD): AD utilizado, duración del tratamiento, nº de fármacos totales, psicofármacos asociados, visitas de control, y otros considerados relevantes.

Resultados: De un total de 64 pacientes evaluados, 20 (31,2%) recibían tratamiento con AD. La media de edad de los pacientes tratados fue de 77,4 años siendo un 85% mujeres. El AD más utilizado fue mirtazapina (40%). No hay tratamientos con AD tricíclicos ni tetracíclicos. Un 65% presenta otros psicofármacos asociados (ansiolíticos y neurolepticos). La media de fármacos totales (no tópicos) fue de 5,9. De los pacientes con AD, 11 (55%) habían recibido una visita de control en el último año, 10 de ellos por el psiquiatra del Centro. 12 pacientes (60%) llevan 4 años o más con tratamiento AD. A 9 pacientes (45%) se les ha realizado uno o más cambios de tratamiento AD (entre 2 y 6).

Conclusiones: Un porcentaje elevado de los pacientes ha presentado algún cuadro depresivo que requiere tratamiento. Se observa polifarmacia y asociación con otros psicofármacos. Son frecuentes los tratamientos a largo plazo, por lo que consideramos importante la valoración y el seguimiento de la eficacia y duración de los tratamientos con AD, precisando los diagnósticos y estableciendo revisiones periódicas.

ESTUDIO DE LA EFICACIA DE LOS APÓSITOS HIDROCELULARES CON MATRIZ DE ALGINATO Y PLATA IÓNICA. COMPARATIVA DE DOS CASOS CLÍNICOS

G. Barral Serafo, R. Beis, M. Cobas, M. García, E. Someso y I. Alonso Be
EuroResidencias Coruña, La Coruña.

Objetivos: Valorar la eficacia de los apóritos hidrocelulares con matriz de alginato y plata iónica en las úlceras por presión, en la población de una residencia de la tercera edad. Valorar el impacto económico de dichos apóritos en el coste total sanitario y de tiempos de enfermería.

Metodología: Caso 1: Mujer de 89 años con vida basal aceptable, aquejada de úlcera por presión en pie derecho. Antecedentes: Diabetes Mellitus, insulino-dependiente. Deambulación autónoma en silla de ruedas. Deterioro cognitivo moderado Escala Novas: 6.

Descripción de la lesión: Úlcera por presión en juanete del pie derecho de grado III. Tamaño de 1,5 x 1 cm. Abundantes esfáculos y dos puntos necróticos. Abundante exudado purulento. Úlcera dolorosa. Úlcera infectada, bordes inflamados y mal olor. Cultivo de exudado de la herida (03-01-2007), positivo en: *Pseudomonas aeruginosa*, *Proteus mirabilis*, *Escherichia coli*. Tratada, según antibiograma,

con Ciprofloxacin. Cultivo de exudado de la herida (31-01-2007), positivo en: *Morganella Morganii*. Cultivo de exudado de la herida (27-02-2007): Resultado negativo.

Metodología: Se inician curas (día 0, día 19 - 01 - 2007) con Askina® Gel y Askina® Calgitrol Ag., con el fin de favorecer el desbridamiento autolítico y combatir la infección bacteriana. Se realizan curas diarias en un inicio. Se inician pautas con antibiótico sistémico según antibiogramas. Al mismo tiempo se refuerzan las medidas dietéticas e higiénico-posturales para la prevención y curación de úlceras por presión.

Caso 2: Mujer de 82 años, que realiza un periodo de encamamiento de 3 semanas por Infección respiratoria complicada, fallo cardiaco y posterior ACV. Desarrolla una Úlcera por presión en el pie derecho (con movilidad conservada); Antecedentes: Hemiplejia izquierda, secundaria a ACV. Deambulación no autónoma en silla de ruedas tipo neurológico, por falta de control de tronco; Deterioro cognitivo severo, compatible con demencia mixta; Escala Nova5: 12.

Descripción de la lesión: Úlcera por presión de 1 x 1 cm. De extensión, localizada en la cara interna del talón del pie derecho (con movilidad conservada). Exudado prácticamente nulo. No signos ni síntomas de infección. Úlcera no dolorosa. Cultivo de exudado de la herida, 20 - 02 - 2007. Resultado negativo.

Metodología: Se inician curas (día 0, 24 - 01 - 2007) con Askina® Gel y autolítico de la placa necrótica y prevenir una posible infección bacteriana de la herida. Al mismo tiempo se refuerzan las medidas dietéticas e higiénico-posturales para la prevención y curación de úlceras por presión.

Resultados: Curación completa del Caso 1 a los 44 días. Curación completa del Caso 2 a los 36 días; retirada a-traumática del apósito en ambos casos, sin manifestar ningún tipo de adherencia; disminución significativa del dolor en el caso 1 de úlcera infectada; prevención eficaz de la infección en el caso 2.

Conclusiones: Las conclusiones a la que hemos llegado con la realización de este estudio se resumen en: Consideramos eficaces los apótsitos hidrocelulares con matriz de alginato y plata iónica. Tras experimentar dichos apótsitos en úlceras por presión en miembros inferiores, se observa una reducción de los tiempos de curación en comparativa con otro tipo de apótsitos. Reducción significativa de los costes. Gracias a la posibilidad de recorte del parche Askina® Calgitrol (siempre manteniendo las Condiciones de asepsia), podemos aprovechar el hecho de que la plata sólo se inactiva al activarse el alginato, podemos adaptar el tamaño del parche a la úlcera, conservando el resto para una nueva aplicación. Protección adicional contra la presión. Gracias al tipo de estructura esponjosa que posee el apósito hidrocelular, se ayuda a eliminar y/o atenuar la presión sobre el lecho de la úlcera. Protección eficaz de la piel perilesional. Gracias a la capacidad de absorción de exudado y a la ausencia de componente adhesivo, el tipo de apótsitos hidrocelulares estudiados protegen suavemente la piel de alrededor de la herida.

Palabras clave: Apósito Hidrocelular. Retirada a-traumática

TERAPIAS NO FARMACOLÓGICAS EN DEMENCIAS MUY SEVERAS

I. Das Castro¹, M. Cabello Herranz¹, V. Burguillo Muñoz¹, P. Gil Gregorio², J.M. Cabello Neila¹ y S. Angulo Díaz-Parreño³

¹Centro Integrado para enfermos de Alzheimer «Jazmin», Madrid, ²Hospital Clínico San Carlos, ³Universidad San Pablo CEU.

Objetivo: Analizar y describir la intervención llevada a cabo desde los departamentos de Terapia Ocupacional y Fisioterapia, en un centro integrado de Demencias (residencia y centro de día), en las etapas más avanzadas de la enfermedad (Fast igual o mayor a 7C).

Método: Estudio transversal y descriptivo de las actuaciones que se realizan sobre una muestra de 37 sujetos, edad media: 80, desv. tip.: 7,7; con una puntuación en la escala Fast igual o superior a 7C. Se evaluaron variables independientes: Edad, género, estadio evolutivo Fast, Barthel, Ashworth e Índice Funcional de la Marcha. Los tratamientos se agrupan en 5 grupos terapéuticos: Movilizaciones y control postural; marcha con gran ayuda y bipedestación; ayudas técnicas; tratamientos de Fisioterapia; y tratamientos Indirectos. Se empleó el SPSS 12.0

Resultados: Número de sujetos: 37; edad media: 80 años; sexo: 33 mujeres (89,2%) y 4 hombres (10,8%); Fast: 7C: 13 (35,1%), 7D: 15 (40,5%), 7E: 6 (16,2%), 7F: 3 (8,1%). La media de grupos terapéuticos que reciben es de 3,21. El 75,7% reciben tratamiento de Movili-

zaciones y Control postural; el 45,9% de Marcha con gran ayuda y bipedestación; el 48,6% tratamientos específicos de Fisioterapia (circulatorio, respiratorio y afecciones músculo esqueléticas); el 67,6% Tratamientos indirectos; y el 83,8% utilizan ayudas técnicas para suplir la movilidad y el control postural. El 100% de los sujetos con fase 7D, E y F; reciben tratamiento de movilizaciones pasivas y control postural; y de ayudas técnicas. El 84,6% de los sujetos con Fast 7C reciben tratamiento de marcha con gran ayuda y bipedestación.

Conclusiones: La Terapia Ocupacional y Fisioterapia ocupan un lugar en los centros especializados en demencia en el tratamiento de fases muy severas. Los grupos terapéuticos más frecuentes en demencias avanzadas son las movilizaciones pasivas y control postural, así como las ayudas técnicas para suplir una función perdida.

TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA Y MALNUTRICIÓN EN CENTRO ESPECÍFICO DE DEMENCIAS

S. González Durán¹, L. Guillén Montes¹, T. Rodríguez Castaño¹, P. Gil Gregorio², J.M. Cabello Neila¹ y S. Angulo Díaz-Parreño³

¹Centro Integrado para enfermos de Alzheimer «Jazmin», Madrid, ²Hospital Clínico San Carlos, ³Universidad San Pablo CEU.

Objetivo: Analizar los trastornos alimentarios y nutricionales en los diferentes estadios evolutivos de la demencia en los pacientes adscritos a un Centro Integrado (Residencia y Centro de Día)

Método: Estudio transversal y descriptivo de pacientes con demencia en Centro Integrado (n = 88, Edad Media = 80,3; desv. tip. = 7,8). Variables analizadas: edad, género, estadio evolutivo según GDS, escala de trastorno de conducta alimentaria Blandford, Índice de Masa Corporal, riesgo de malnutrición según MNA). Se empleó el SPSS 12.0.

Resultados: El Índice de Masa Corporal medio es de 25,4, desv. tip: 4,1. El trastorno de conducta alimentario dispraxia/agnosia representa un 35,2% de la muestra, el trastorno apráxico representa un 26,1%, la disfagia constituye un 11,4%, el trastorno selectivo el 26,1%, y el resistente muestra un 1,1%. El riesgo de malnutrición está presente en un 55,7% de la muestra, de los cuales, el 40,8% presentan dispraxia, el 24,5% apraxia bucal, el 16,3% trastorno selectivo, el 10,2% disfagia y el 2% muestran oposición.

Conclusiones: Existe un alto porcentaje de sujetos (92%) de la muestra que presenta algún tipo de trastorno alimentario. El trastorno de conducta alimentaria más frecuente es la dispraxia/agnosia. El trastorno de conducta alimentaria que lleva asociado un mayor riesgo de malnutrición es la dispraxia/agnosia. Existe una buena asociación entre trastorno alimentario y riesgo de malnutrición.

COMPARACIÓN ENTRE DIFERENTES PERFILES DE PACIENTES DE UN HOSPITAL DE DÍA DE GERIATRÍA: CARACTERÍSTICAS Y PERCEPCIÓN DE SALUD MEDIANTE EL CUESTIONARIO DE NOTTINGHAM (PSN)

E. De Jaime, M.Á. Mas Bergas, M.L. Rodríguez, C. Delgado, A.M. Cervera y O. Vázquez

Servicio Geriatría IMAS. Centre Fòrum Hospital del Mar, Barcelona.

Introducción: El Hospital de Día de Geriatría atiende dos grandes perfiles de pacientes: el rehabilitador cuyo objetivo es recuperar capacidad funcional y el psicogeriatrónico cuyo objetivo es realizar estimulación cognitiva. La percepción subjetiva de salud puede ser diferente en estos grupos.

Objetivo: Comparar los diferentes perfiles de pacientes de Hospital de Día y determinar si existen diferencias en su autopercepción de salud, medida mediante el PSN.

Método: Se analizaron 50 pacientes ingresados: psicogeriatría (P) 28, rehabilitación (R) 16 y excluidos 6. Se recogieron al ingreso: edad, sexo, diagnóstico principal, síndromes geriátricos, Barthel, Lawton, MMSE de Folstein, Charlson, nº ingresos hospitalarios en el último año, tiempo de estancia en el momento del estudio. Se administró el PSN a todos los pacientes excepto si presentaban MMSE < 10, déficit sensorial grave o negativa. Resultados: al comparar los dos perfiles se hallaron diferencias significativas en: MMSE (P 20,0 ± 4,4 vs R 23,5 ± 3,9 p = 0,02), Barthel (P 82,4 ± 20,2 vs R 61,2 ± 22,5 p = 0,002), Charlson > 2 (P 39,2% vs R 68,7% p = 0,002), nº síndromes geriátricos (P 2,8±1,3 vs R 3,6 ± 1,2 p = 0,04) y estancia media (P 10,8 ± 10,0 meses vs R 5,1 ± 2,6 meses p = 0,03). No se hallaron diferencias significativas en la puntuación total del PSN entre los dos

grupos ($P 33,1 \pm 22,7$ vs $R 39,9 \pm 19,4$ $p = 0,31$). Por dimensiones del PSM (energía, sueño, social, dolor, movilidad, emoción) únicamente hubo diferencias significativas en la dimensión movilidad ($P 38,8 \pm 30,2$ vs $R 61,1 \pm 28,6$ $p = 0,02$).

Conclusiones: El grupo de rehabilitación presentó mayor dependencia, comorbilidad y nº de síndromes geriátricos respecto el grupo de psicogeriatría. Éste se caracteriza por un peor estado cognitivo y mayor estancia media. A pesar de estas diferencias, en ambos grupos se observó un mismo nivel de autopercepción de salud global. El grupo de rehabilitación presentó una percepción más negativa respecto su movilidad. permite diseñar estrategias de intervención dirigidas a mejorar su calidad de vida.

HIPERTIROIDISMO EN EL PACIENTE INGRESADO EN LA UNIDAD DE AGUDOS DE GERIATRÍA

M. Macías Montero, M.T. Guerrero Díaz, A. Muñoz Pascual, E. Ridruejo Gutiérrez de la Cámara, M. Sánchez Relova y F. Prado Esteban
Hospital General de Segovia.

Introducción: La prevalencia de hipertiroidismo en el anciano hospitalizado es mayor que en la población general, la presentación clínica es muy variada y existe controversia en la necesidad de realizar test de detección en pacientes agudos. Presentamos los resultados de la detección sistemática de patología tiroidea en un grupo de pacientes muy seleccionados (edad muy avanzada, pluripatología, enfermedad incapacitante ó asociación de incapacidad física, psíquica ó problemática social asociada a la enfermedad aguda) caracterizados por su ingreso en la unidad de agudos de Geriatría de un hospital general

Material y método: De 311 ingresos consecutivos a los que se realiza TSH, T3L y T4L, se analizan los 19 casos de hipertiroidismo

Resultados: 19 casos, 7 varones (36%), edad media 86,6 (74-96) fallecidos en < 1 año 9 (47%), estancia media 22días (3-34) Diagnóstico: conocidos 2(10%) desconocidos 17 (90%), subclínicos 9 (47%), bocio multinodular 3 (15%), adenoma tóxico 2 (10%), bocio difuso 1 (5%), T3 toxicosis 1 (5%) Estudio a través de ecografía ó gammagrafía en 7 (36%) Comorbilidad asociada en relación con hipertiroidismo: Cardiopatía: ausente 3 (15%), HTA 8 (42%), cor pulmonale 4 (21%), isquémica 2 (10%), reumática 2 (10%). Fibrilación auricular ó TSV 12 (63%). Anticoagulación 7 (36%). Osteoporosis con fractura 8(42%). Diabetes 12 (63%). Causa determinación: protocolo 10 (52%), fa 6(31%), demencia 3 (15%) Exitus relacionado con enf. vascular (demencia, ACVA, ICC) 6/9 (66%).

Conclusiones: La prevalencia de hipertiroidismo es mayor que en la población general. La principal causa es el bocio multinodular, después del hipertiroidismo subclínico. La mortalidad de los pacientes con hipertiroidismo es mayor de la de la misma población (enfermos ingresados en Geriatría) y se relaciona estrechamente con el riesgo vascular. La mayoría de los casos no se hubieran detectado en la práctica habitual (no presentaban clínica, fibrilación auricular ni deterioro cognitivo).

MANEJO DE LOS PACIENTES DURANTE SU ÚLTIMO INGRESO EN GERIATRÍA

M. Macías Montero, M.T. Guerrero Díaz, A. Muñoz Pascual, E. Ridruejo Gutiérrez De, M. Sánchez Relova y F. Prado Esteban
Hospital General de Segovia.

Material y métodos: Estudio retrospectivo de los fallecidos en el año 2006 en Unidad de Agudos de Geriatría de Segovia. Los resultados se procesaron mediante SPSS.

Resultados: 97 fallecidos de 633 altas totales (mortalidad 15,16%), 46% mujeres, 57% varones Edad media 86, < 75 0, < 85a 33%, > 95a 4%. CRF desconocido 10, 0-1 22%, 2-3 38%, 4-5 40%, CRM desconocido 10 pacientes, 0-1 52%, 2-3 10%, 4-5 38%. Social desconocido 13, 32% residencia, 26% con hijos, 15% cónyuge ó familiar anciano, 4% con cuidador privado 6% rotante. Residencia pública 6%, privada 27%, domicilio 62%

Ingresos en 12 meses: único 58%, > 2 ingresos 8% Estancia < 2 días 21%, < 10 d 68% máximo 112 d, > 20d 11,3% Causa de muerte: cardiaca 55%, renal 50% respiratoria 73%, infecciosa 59,8%, cerebral 17% shock 58%, infección respiratoria nosocomial 25,5%, infección abdominal ó urinaria nosocomial 23,5% SAMR 2%, ictus hospitalario 5,1%, IC refractaria 48% No oncológico 68,4%, Ca.

próstata-urológico 10,2%, Ca. digestivo 8%, Ca. pulmón ó metástasis pulmonar 7%, Ca. hematológico 2% Dm 24,5%, BNCO 25,5%, úlceras 14,3% Orden no UCI 61%, dopamina uso 19,4%, orden de no dopamina ó suspensión 34,7% transfusión usada 10,2%, orden no trasfusión 10%, orden no pruebas invasivas 19,4%, intervención quirúrgica 4,1%, desestimados para cirugía 34,5%.

Conclusiones: La mayoría de los pacientes que fallecen en Geriatría tienen una edad más avanzada que la edad media de los ingresados y mayor incapacidad física y mental.

La mayoría de los pacientes no han tenido ingresos hospitalarios recientes. 1/3 pacientes ingresan para asegurar los cuidados en la agonía y 30% proceden de residencias. Las causas de muerte más frecuentes son no oncológicas, especialmente la insuficiencia cardiaca terminal y las infecciones respiratorias, con un destacable porcentaje de pacientes con patología quirúrgica que son tratados de forma conservadora. Es destacable el alto porcentaje de pacientes con orden expresa de limitación del esfuerzo terapéutico y diagnóstico.

ENCUESTA SOBRE UN MODELO DE DOCUMENTO DE INSTRUCCIONES PREVIAS EN UN SERVICIO DE GERIATRÍA

A.I. Martín Graczyk, O. Gutiérrez Duque, L. Martínez Lado, M.F. Sarille Gómez, J.R. Martínez Calvo y M. Melero Brezo
Servicio de Geriatría, Hospital Xera, Calde, Lugo.

Objetivos: Conocer la opinión de los ancianos atendidos de forma ambulatoria en nuestro Servicio de Geriatría sobre un modelo de Documento de Instrucciones Previas (D.I.P.) elaborado por el Colegio Oficial de Médicos de Lugo.

Método: Desde Enero 07 se invita a participar en el estudio a todos los ancianos que acuden a las Consultas ó al Hospital de Día. Criterios de exclusión: demencia, depresión no controlada ó situación médica que impida realizar la encuesta. Tras dar una información general (oral ó por video) se les entrega el documento para su lectura. Despues se les realiza una encuesta de 10 preguntas sobre el mismo.

Resultados: De los primeros 25 entrevistados 56% son mujeres, edad media 78,8 (69-90 años), 72% de Consultas y 28% de HDD, 60% del medio urbano, 56% de nivel cultural básico, 84% Katz A-B. Sólo el 16% había oido hablar del tema, 84% entendió para qué sirve el D.I.P. pero a un 28% hubo que explicarlo en otros términos, un 12% preferiría que estuviese en gallego. Un 60% estaría interesado en su realización y un 20% quisiera más información. Un 88% sabe a quien elegiría como representante legal (28% al cónyuge, 40% hijos, 20% a otros). 44% estaría dispuesto a donar órganos para trasplante ó investigación y un 16% lo pensaría.

Conclusiones: Un bajo porcentaje conoce la posibilidad de realizar un DIP pero un alto porcentaje está interesado en el tema. Es importante una mayor difusión de la posibilidad de realizar un DIP y adaptar la información médica para una mejor comprensión por parte de los ancianos.

PERFIL DE LOS ANCIANOS CON FRACTURA DE CADERA

M. Herrera Abián¹, A. Palomo Illo¹, C. Suárez Rueda², E. Logroño Varela¹, M. Lázaro del Nogal¹ y J.M. Ribera Casado¹

¹Hospital Clínico San Carlos, Madrid, ²Hospital General de Segovia.

Objetivo: contribuir a actualizar desde la geriatría el perfil de la población mayor atendida en nuestro centro durante un año con fractura de cadera y ver como influye dicho perfil en el destino al alta hospitalaria.

Material y métodos: Se incluyeron en el estudio a los pacientes mayores de 65 años atendidos por fractura de cadera en el Hospital Clínico de Madrid en el año 2005. Las variables al ingreso: demográficas, clínicas (tipo de fractura, diagnósticos previos, comorbilidad según índice de Charlson, marcha, historia farmacológica), situación funcional índice de Katz e índice de Lawton, y escala de la Cruz Roja Psíquica (CRP). Los síndromes geriátricos: caídas en el último año, la situación nutricional, según los niveles de albúmina sérica menores o mayores de 3,5 gr/l; incontinencias y la objetivación de algún déficit sensorial. Al alta: capacidad para deambular. Se compararon estas variables con la correspondiente ubicación al alta; domicilio, residencia, unidad geriátrica de media estancia o centro de rehabilitación.

Resultados: Durante el periodo analizado ingresaron en el servicio de traumatología 314 pacientes mayores de 65 años con diagnóstico

de fractura de cadera. Eran mujeres el 75,9%. La edad media global fue de $85 \pm 7,6$ años. El índice de Katz y Lawton muestra que los pacientes mayores de 85 años son más dependientes que los menores con una $p < 0,001$. Situación social previa un 20% de pacientes vivían solos en su domicilio y un 2% procedían de residencias. Recibían apoyo social el 5,5%. Presentaron anemia (Hemoglobina inferior a 8) el 8,2% de los pacientes mayores de 85 años y el 7% de los menores de esa edad. Mortalidad 4%. Destino al alta por grupos de edad: los menores de 85 años son los que más frecuencia vuelven a domicilio ($p < 0,001$), al revés de lo que ocurre con respecto a la derivación a centros de rehabilitación ($p < 0,001$). Destino al alta según la situación funcional previa: los pacientes con una situación funcional mejor (Katz A-B) son lo que en mayor medida vuelven a domicilio.

Conclusión: Los datos muestran que la edad es un importante factor de riesgo en cuanto al destino al alta. Los datos confirman que el perfil de estos pacientes es complejo con alto nivel de riesgo, por lo que es imprescindible la colaboración de diferentes profesionales para mejorar el pronóstico.

DELIRIUM EN ANCIANOS HOSPITALIZADOS POR ENFERMEDAD AGUDA: FACTORES DE RIESGO, TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO AL MES

J. Alarcón Corominas¹, A. Zamora Mur¹, C. Cánovas Pareja¹, A.C. Sanjoaquin Romero² y E. García-Arilla Calvo¹

¹Hospital Geriátrico San Jorge, Zaragoza, ²Hospital de Barbastro, Huesca.

Objetivos: Estudiar la incidencia de delirium en nuestros pacientes. Analizar los factores precipitantes y predisponentes del mismo. Control telefónico de los casos de delirium tras el alta.

Método: Estudio descriptivo y prospectivo realizado desde el 1/9/05 al 1/9/06. Se aplicaron el CAM (Confusion Assessment Method), Barthel y GDS (Resiberg) en dementes. Se estudiaron pacientes ingresados con y sin delirium y se realizó un seguimiento telefónico mensual de los casos de delirium tras el alta.

Resultados: 375 pacientes, edad media 84,86, mujeres 69,1%, estancia media 12,79, éxitus durante ingreso 16,4%, Barthel medio 35, demencia 63,5%, GDS medio 4,9, malnutrición 38,4%, infección respiratoria 37,9%, infección urinaria 18,9%, alteración iónica 22,7%, alteración glucémica 20%, insuficiencia renal 25,9%, impacto fecal 48,3%, dolor 36,5%. Pacientes con delirium: 185 casos (39%), estancia media 14,24 ($p < 0,05$), delirium al ingreso 30 (16,2%), Barthel 30 ($p < 0,05$), éxitus 28 (15,1%), presentación por la noche 51,9%, delirium continuo 28,6%. Tratamiento del mismo: risperidona 26,5%, haloperidol 17,8%, medidas de contención 8,6%. Fármacos que tomaban los pacientes: levofloxacino 7%, ISRS 13,5%, NLP típicos 23,2%, NLP atípicos 20,5%, levodopa 6,5%, opiáceos 18,9%. Predisponen al delirium significativamente: demencia 63,5%, dolor 36,5%, impacto fecal 48,3%, retención urinaria 7,7%, sonda vesical 21,3%, alteraciones glucémicas 20%, sordera 29,1%, delirium previo 16,2%, opiáceos 13,9%, NLP 28,8% y la contención física. Seguimiento telefónico: éxitus 3 casos, repetición del delirium 44 (28,6%, $p < 0,05$).

Conclusiones: La alta incidencia de delirium en nuestros pacientes nos obliga a intentar identificar los factores de riesgo. El conocimiento de los factores predisponentes nos ayudaría a establecer medidas de prevención hospitalarias. Deberíamos hacer un seguimiento cercano del paciente con delirium tras el alta por el alto riesgo de repetición.

Palabras clave: Delirium. Anciano. Riesgo.

MODELO GEROASISTENCIAL DE ATENCIÓN DEL DOLOR

S. Vázquez I Albert, J. Casado Bleda, M. Costa-Jussà Bordas, M. Parcerisa García, E. Creus Catalán y S. Lozano Alcodor. Residència de la Fundació Germans Aymer I Puig, Aigues, Barcelona.

Objetivo: Reflejar una metodología de trabajo centrada en ofrecer una atención integral a partir del abordaje interdisciplinario, tratando el dolor en su sentido tridimensional.

Método: Definición y clasificación de las actuaciones establecidas en la investigación:

Actuaciones directas: 1 Área Bio-Sanitaria: Pautar y administrar medicación. Eliminar estímulos que originen el dolor. Curas tópicas. Administración de placebo en casos muy puntuales. Masaje. Movilizaciones articulares. Inmovilizaciones. Reposo. Termoterapia.

Crioterapia. Electroterapia. 2 Todas las áreas: Desfocalización intencional.

Actuaciones indirectas: 1- Externas: ? Desfocalización indirecta o no intencional. 1.1 Plan de actividades dirigidas al mantenimiento y/o mejora de la autonomía físico-psíquica. Actuaciones individuales de todos trabajadores. Grupo de actividad física y psicomotricidad. Actividades de terapia ocupacional. Actividades psicoestimulativas. **Atención directa:** 1.2 Plan de actividades psico-sociales. Dinámicas de funcionamiento del centro. Relación con las familias. Relación con el entorno. Relaciones intergeneracionales. 2- Intervenciones internas - Proceso de aprendizaje

Resultados: Los residentes con dolores crónicos mejoran temporalmente después de actuaciones directas. Los residentes con dolores crónicos disminuyen temporalmente la sensación de dolor durante intervenciones indirectas o desfocalizantes. Las actividades dirigidas a la mejora o mantenimiento de la autonomía físico-psíquica, así como aquellas dirigidas a fortalecer la relación con otros residentes, el entorno o comunidad y la familia, intervienen directamente en el proceso interno de aprendizaje de cada persona.

Conclusiones: Tanto las actuaciones médicas y farmacológicas, como actuaciones psico-sociales son una forma eficaz, en nuestro caso, de atender el dolor de forma integral. El abordaje interdisciplinario del dolor asegura una atención integral al residente. La parte terapéutica y social son de vital importancia como complemento a las actuaciones médicas y farmacológicas.

PREVALENCIA DE XEROSTOMÍA EN UNA UNIDAD DE LARGA ESTANCIA (LE)

S. Aguilá Soriano, M.I. Castarlenas Sancho, J. Escribano Navarro y O. Vázquez Ibar

Centro Forum Hospital del Mar. IMAS, Barcelona.

Introducción: La xerostomía es un síntoma prevalente entre los ancianos. Existen pocos estudios que valoren su frecuencia en centros sociosanitarios.

Objetivo: Valorar la prevalencia de xerostomía en LE y correlacionarla con el estado de salud, valorado éste mediante variables funcionales, cognitivas, comorbilidad y diagnósticos de enfermería.

Método: Se valoraron 84 pacientes: 5 excluidos (2 éxitus, 2 traslado hospitalario y 1 alta médica) quedando 79. De ellos, 50 (63,3%) eran mujeres, 21 (26,6%) < 74 años, 28 (35,4%) entre 75-84 años, 30 (38%) > 85 años. El Barthel fue: 20 en 53 (67,1%), entre 21-60 en 13 (16,5%) y en 13 (16,5%) > 60. MMSE: 0-14 en 49 (62%), entre 15-21 en 11 (13,9%) y 22 en 19 (24,1%) Diagnósticos médicos: Demencia 20 (25,3%), AVC 21 (26,6%), osteoarticular 17 (21,5%), cardiocirculatorio 10 (12,7%), respiratorio 2 (2,5%), neoplasia 2 (2,5%) y otros 7 (8,9%) Charlson 0 en 6 pacientes (7,6%), 1 en 13 (16,5%), > 1 en 55 (69,6%) Diagnósticos enfermería: Deterioro movilidad física 34 pacientes (43%), estreñimiento 18 (22,8%), deterioro integridad cutánea 9 (11,4%), deterioro nutricional por exceso 6 (7,6%), déficit autocuidado baño/aseo 4 (5,1%) y deterioro memoria 4 (5,1%) Presencia de fármacos inductores de xerostomía: 24 pacientes (30,4%) recibían tranquilizantes, 33 (41,8%) antidepresivos, 23 (29,1%) hipotensores-diuréticos, 6 (7,6%) anticolinérgicos, 27 (34,2%) antipsicóticos y 3 (3,8%) antiparkinsonianos. A todos los pacientes con MMSE > 14 se preguntó si tenían boca seca y en caso afirmativo se valoró con EVA numérica su discomfort. Enfermería valoró la presencia de boca seca en todos los pacientes, independientemente del MMSE. Se correlacionó la presencia de xerostomía (por percepción del paciente o por valoración de enfermería) con las variables geriátricas y los fármacos.

Resultados: 28 pacientes con MMSE > 14 (35,4% del total) afirmaron tener boca seca. La media de discomfort fue 5,7; 2,3 (EVA numérica) Enfermería consideró que existía boca seca en 37 (46,8% del total) Se halló relación estadísticamente significativa ($p = 0,049$) entre la observación de enfermería y la percepción de los ancianos. No se encontró relación entre la presencia de xerostomía (valorada por el paciente, por enfermería o por ambos) y las variables estudiadas

Conclusión: La prevalencia total de xerostomía en LE fue 60,7% Hubo correlación significativa entre la autoperccepción de xerostomía y la observación de enfermería. No se halló ninguna correlación entre la presencia de boca seca y las variables estudiadas, probablemente por el tamaño de la muestra. Dada la alta prevalencia de este síntoma, es importante establecer programas de cribaje e intervención sistemáticos

EFFECTIVIDAD DE OXICODONA EN EL CONTROL DEL DOLOR EN PACIENTES MAYORES DE 65 AÑOS CON ENFERMEDAD ONCOLÓGICA AVANZADA

R. González Larreina, E. Fernández Arin, T. Olazábal Martínez y M. Álvarez de Arcaya
Fundación Matía Hospital Ricardo Birmingham, San Sebastián.

Introducción: La efectividad de la oxicodona (opioide 3º nivel), está demostrada en diversos estudios, en España disponemos de poca evidencia.

Objetivos: Medir la efectividad de la oxicodona en mayores de 65 años, con cáncer avanzado. Analizar los motivos de instauración, dosis y efectos secundarios.

Material y método: Estudio observacional de 1 semana de seguimiento. Período de inclusión: año 2006. Evaluación sobre intensidad del dolor basal, en crisis, nº de crisis con la ENV los días 1, 3 y 7. Recogida de datos sociodemográficos; referentes a la enfermedad; Karnofsky; fallo cognitivo (MEC< 24); tipo de dolor; motivo de instauración; analgesia previa; dosis al 1º, 3º y 7º día. Efectos secundarios al 3º y 7º día: intensidad y relación con. Motivo de finalización del estudio. Consentimiento informado. Análisis estadístico según test de Wilcoxon, comparación de rangos, dos variables.

Resultados: Muestra: 31 pacientes con edad media 77'83. Karnofsky medio: 40. Fallo cognitivo 10/31. Tipo de dolor más frecuente: visceral 14/31. Motivo de instauración: mal control del dolor 20/31, mal control y toxicidad a opioides 8/31, y toxicidad a opioides 3/31. Tratamiento previo: 16 opioide fuerte, 4 opioide débil, 10 otros analgésicos. Dosis media inicial: 37,7 mg/día. No presentaron efectos secundarios 12/26 pacientes. Los más frecuentes al 3º día: estreñimiento 12/29, xerostomía 3/29, somnolencia 2/29. Al 7º día estreñimiento 9/26, somnolencia 3/26, delirio 2/26. La intensidad ha sido moderada (ENV-4). En 2 casos el estudio finalizó antes por empeoramiento clínico y en 3 por fallecimiento, ninguno por toxicidad. El análisis de las ENV basal para detectar diferencias entre los valores obtenidos al 1er y 3er día y 1er y 7º día según test de Wilcoxon, muestra $p < 0,005$ en ambos casos. El análisis para detectar diferencias entre el número y la intensidad del dolor en crisis al 1er y 3er día y 1er y 7º día según test de Wilcoxon, muestra $p < 0,005$ en ambos casos.

Conclusiones: Hay significación estadística en cuanto a efectividad de la oxicodona en el control del dolor basal y en crisis, corroborando la bibliografía publicada. Se observa mejoría significativa en el alivio del dolor percibido evaluada por la ENV desde el 3º día y disminución signi iativa del nº de crisis desde el 3º día. Buena tolerancia a la oxicodona en el paciente geriátrico.

AMINAS EN UN SERVICIO DE GERIATRÍA

J.C. Miñana, J.M. Arche, E. San Cristóbal Velasco, E. Delgado, E. García y J. Rojo
Hospital Monte Naranco, Oviedo.

Objetivo: Este estudio pretende conocer las características de los pacientes que precisan inotrópicos positivos, así como el motivo de administrar dichas drogas y el resultado obtenido con nuestra actuación.

Método: Se realizó un estudio retrospectivo sobre la utilización de Dopamina y Dobutamina en nuestro Servicio. Se solicitó al Servicio de Farmacia del Hospital la dispensación de dopamina y dobutamina realizada durante los años 2003 - 2005. Se obtuvieron datos demográficos (edad y sexo), clínicos (motivo de ingreso, presencia de factores de riesgo cardiovasculares, cardiopatía) y funcionales (índice de Barthel y valoración cognitiva). Asimismo, se obtuvo la indicación del tratamiento con aminas en cada paciente y el resultado de la intervención. A aquellos pacientes que mejoraron y fueron dados de alta se les realizó un seguimiento en los meses posteriores.

Resultados: Se estudiaron un total de 20 pacientes (70% mujeres), con edad media de $82,4 \pm 6,77$ años (rango 70-92). El Índice de Barthel previo fue de $86,5 \pm 22,66$, y presentaban deterioro cognitivo 4 pacientes (20%). La mitad de los pacientes eran hipertensos, y el 40% diabéticos. La fibrilación auricular estaba presente en el 55%. El motivo principal de ingreso fue insuficiencia cardíaca (55%), seguido por Síndrome coronario agudo (20%). La cardiopatía de base más frecuente fue la isquémica (40%), seguida por la hipertensiva (25%). Recibieron Dopamina 13 pacientes, mientras que 5 recibieron Dobutamina y 2 pacientes fueron tratados con ambas

drogas. La indicación principal fue la hipotensión, seguida por la insuficiencia renal aguda (25%). Del total de pacientes, 14 fallecieron durante su ingreso, y 4 fallecieron en los 8 meses siguientes, presentando múltiples reingresos hasta su fallecimiento. Permanecen con vida 2 pacientes.

Conclusión: Los pacientes de nuestra muestra presentan una edad media superior a 80 años, una situación funcional buena y una cardiopatía isquémica y/o hipertensiva; ingresaron por un cuadro de fallo cardíaco y fueron éxitos el 70% durante su ingreso. De aquellos que sobrevivieron, el 66% fallecieron en los meses sucesivos con un índice elevado de reingresos.

PACIENTES CENTENARIOS INGRESADOS EN UNA UNIDAD GERIÁTRICA DE AGUDOS

V. Baños Lapuente, A. Socorro García, J. Gómez Pavón, C. Bermejo Boixareu, J. Rodríguez Salazar y I. Ruiperez Cantera
Servicio de Geriatría Hospital Central de La Cruz Roja, Madrid.

Objetivo: Conocer las características clínicas, funcionales y mentales de pacientes centenarios durante su ingreso en una UGA y compararlas con las de pacientes más jóvenes para evaluar como se comportan.

Material y métodos: Estudio retrospectivo de los pacientes ingresados en la UGA del Hospital de la Cruz Roja de Madrid con edad 100 años desde 1/01/2000 al 1/09/2005. Se recogieron los siguientes parámetros: sexo, comorbilidad, situación funcional y mental, causa de ingreso, estancia media, mortalidad, reingreso, ubicación, complicaciones intrahospitalarias (infecciones, Sd. Confusional ag, incontinencia urinaria, RAMC, úlceras por presión, caídas con fractura y necesidad de sonda vesical al alta) y albúmina sérica. Se realizó un análisis descriptivo de las variables y uno comparativo con los datos globales del total de pacientes ingresados en UGA en esas mismas fechas de edades entre 65 y 99 años.

Resultados. Se estudió a 49 pacientes centenarios con una media de edad de $101,57 \pm 1,63$ años. Presentaban como situación previa al ingreso, deterioro funcional moderado (CRF $3,24 \pm 1,49$) y deterioro cognitivo leve (CRM $1,45 \pm 1,29$). La causa más frecuente de ingreso fue la infecciosa (46,9%), seguida de ICC (26,5%) y ACVA (8,2%); las complicaciones más frecuentes el Sd. Confusional ag (36,7%) y la infección nosocomial, destacando la urinaria (12,2%); con baja comorbilidad (ICharlson $2,41 \pm 1,59$) y malnutrición leve (Albúmina $3,01 \pm 0,35$ mg/dl). Al alta se institucionalizaron 30,6%, reingresaron 18,4% y 6,1% fallecieron durante el ingreso. Al comparar con la población menor de 100 años, se objetivó mayor presencia de mujeres entre los centenarios (81,6% vs 61%; $p < 0,001$), mayor estancia media ($14,08 \pm 7,62$ vs $10,88 \pm 7,81$ días; $p = 0,004$) y peor situación funcional (al alta CRF $3,81 \pm 1,32$ vs CRM $2,90 \pm 2,82$; $p < 0,001$) y mental (al alta CRM $2,02 \pm 1,55$ vs CRM $1,33 \pm 2,53$; $p < 0,01$). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en cuanto a mayor pérdida funcional (pérdida de más de 20 puntos de Barthel en 37% vs 22,3%; $p = 0,07$), mayor tasa de mortalidad (6,12% vs 8,5%; $p = 0,73$) o nueva institucionalización al alta (20,4% vs 14%; $p = 0,26$).

Conclusiones: Los pacientes centenarios que ingresan en la Unidad de Agudos de nuestro hospital presentan peor situación funcional y mental durante el ingreso que los pacientes más jóvenes, aunque no difieren en cuanto a mortalidad e institucionalización al alta.

ESTUDIO NUTRICIONAL EN ANCIANOS DIABÉTICOS: HOSPITAL VS RESIDENCIA GERIÁTRICA

A. Puertas Cantería¹, A. Sanz París², J. L. Gascón Gaspar¹ y E. Fernández Cáncer¹

¹Residencia Mayores Romareda. IASS, Zaragoza, ²Servicio Endocrinología y Nutrición. HUM Servet, Zaragoza.

El estado nutricional de un paciente al ingreso hospitalario depende de la patología de base que lo ha motivado, y de su situación nutricional previa a ese proceso agudo. A su vez, los ancianos institucionalizados presentan múltiples factores de riesgo nutricional (fragilidad, dependencia funcional, demencia, comorbilidad, disfagia, anorexia, dietas o polifarmacia).

Objetivo: Estudio de corte del estado nutricional de un grupo de 70 ancianos diabéticos tipo 2, ingresados por descompensación de su proceso cardíaco crónico (Grupo 1), comparado con otro grupo de

diabéticos (similar en nº y características) que viven en una residencia geriátrica (Grupo 2).

Método: Determinación plasmática basal, en ambos grupos, de parámetros nutricionales (albúmina, proteínas, linfocitos y colesterol totales, LDL, HDL, triglicéridos y glucosa), clasificados como: normal, afectación severa, moderada o leve. Se excluyen aquéllos con fiebre, insuficiencia renal o hepática, cáncer, caquexia o proceso agudo distinto de la descompensación de su patología cardiaca crónica. Test estadísticos: T de Student y Chi cuadrado.

Resultados: Los valores de linfocitos totales ($1,9 \pm 0,5$ vs $2 \pm 1,5$), proteínas totales ($6,8 \pm 0,6$ vs $6,6 \pm 0,7$), colesterol total (208 ± 15 vs 205 ± 5), c-LDL (146 ± 34 vs 135 ± 34) y c-HDL (39 ± 10 vs 36 ± 11) fueron similares en ambos grupos ($p > 0,05$). Los niveles plasmáticos de albúmina fueron mayores en el grupo 2 ($3,4 \pm 0,4$ vs $3,8 \pm 0,5$, $p: 0,0001$), pero triglicéridos (170 ± 119 vs 103 ± 45 , $p: 0,0001$) y glucosa (164 ± 64 vs 131 ± 42 , $p: 0,001$) fueron mayores en el grupo 1. El porcentaje de pacientes con afectación moderada-severa de los parámetros nutricionales, albúmina (11% vs 4%) y nº de linfocitos totales (27% vs 10%), fue mayor ($p: 0,01$) en el grupo 1, pero similar en proteínas totales (0% en ambos grupos) e IMC (4% vs 6%).

Conclusiones: Los parámetros nutricionales de larga evolución (colesterol y proteínas totales) son similares en ambos grupos, y sólo los de corta evolución (albúmina) son menores en los ingresados en el hospital, haciéndonos sospechar que, es el factor desencadenante del ingreso el que altera estos parámetros de forma aguda y; Aunque el estado nutricional es similar en ambos grupos, los menores niveles de glucemia y triglicéridos, y el menor grado de afectación de la albúmina y linfocitos sugieren un mejor control diabético y nutricional en los institucionalizados en residencia (seguimiento y terapia intensivos).

MEJORANDO LA AUTONOMÍA DE PERSONAS MAYORES DEPENDIENTES: ENTRENAMIENTO EN EL USO DE SILLAS DE RUEDAS ELÉCTRICAS. EXPERIENCIA EN REHABILITACIÓN DE LA RESIDENCIA ASISTIDA DE MAYORES DE MONTEQUINTO-SEVILLA

M.L. Soria Valle

Residencia Asistida de Mayores de la Consejería. IyBS, Junta de Andalucía, Sevilla.

El objetivo es la descripción del método de trabajo para la utilización de sillas de ruedas eléctricas para personas mayores de la residencia asistida de Montequinto - Sevilla y los resultados obtenidos. Se realiza una introducción sobre la filosofía de la rehabilitación para personas dependientes y se describe el esquema de decisiones y actuaciones para el uso de este tipo de sillas, así como los casos valorados. Se concluye en la importancia de la valoración funcional en el contexto de la valoración geriátrica integral y del entrenamiento en su uso.

PREDICTORES DE MORTALIDAD, A DOS AÑOS DE SEGUIMIENTO, EN NONAGENARIOS CON IMPORTANTE DETERIORO FUNCIONAL: ESTUDIO NONASANTFELIU

E. Duaso Magaña¹, F. Formiga², A. Ferrer³, R. Pujol²

¹Unidad de Geriatría, Servicio de Medicina Interna1, Hospital de Bellvitge, ²Hospital Universitari de Bellvitge, ³Centro de Atención Primaria «El Plà», Sant Feliu.

Objetivos: Evaluar los predictores de mortalidad, en nonagenarios, con deterioro de la función física.

Método: Aplicación del Índice de Barthel (IB) para evaluar las Actividades Básicas de la Vida Diaria i el de Lawton y Brody (IL) para las Instrumentales de 186 nonagenarios seguidos durante dos años. Definimos nonagenarios con importante deterioro de la función física a aquellos que presentan un IB < 60 y un IL < 3

Resultados: De los 189 nonagenarios estudiados, 67 presentaban deterioro funcional; 54 mujeres y 13 varones, con una edad media de $93,73 \pm 3,1$ años. Fallecieron 26 pacientes (53,7%). El análisis multivariante nos muestra el antecedente de Insuficiencia Cardíaca ($p < 0,02$, OR 0,26, 95% CI 0,089-0,81) como único predictor de mortalidad a los dos años de seguimiento.

Conclusiones: La insuficiencia cardíaca predice mortalidad, a los dos años de seguimiento, entre aquellos nonagenarios con deterioro de la función física.

PREDICTORES DE MORTALIDAD, A DOS AÑOS DE SEGUIMIENTO, EN NONAGENARIOS CON DECLIVE COGNITIVO: ESTUDIO NONASANTFELIU

E. Duaso Magaña¹, F. Formiga², A. Ferrer³ y R. Pujol²

¹Unidad de Geriatría, Servicio de Medicina Interna, ²Hospital de Bellvitge Hospital Universitari de Bellvitge, ³Centro de Atención Primaria «El Plà», Sant Feliu.

Objetivos: Evaluar los predictores de mortalidad en nonagenarios con deterioro cognitivo.

Método: Aplicación del Minimental de Lobo para cribar el nivel cognitivo de 186 nonagenarios participantes: Deterioro cognitivo severo para valores comprendidos entre 0 y 17 y moderado entre 18 y 23.

Resultados: De los 186 pacientes, 77 nonagenarios tenían un MEC ≤ 23 ; 61 mujeres y 16 varones, con una edad media de $93,7 \pm 3,4$ años. A los dos años de seguimiento, fallecieron 21 pacientes sin deterioro cognitivo frente a 43 pacientes (55,8%) con deterioro cognitivo ($p < 0,0001$); el 35,2% (6 de 17) con deterioro cognitivo moderado y el 61,6% (37 de 60) de aquellos con deterioro severo ($p = 0,05$). El análisis multivariante nos muestra la mayor edad ($p < 0,01$, OR 1,23, 95% CI 1,03-1,4) y el antecedente de Insuficiencia Cardíaca ($p < 0,0001$, OR 8,72, 95% CI 2,66-28,5) como predictores de mortalidad a los dos años de seguimiento.

Conclusiones: Mayor defunción entre los pacientes con deterioro cognitivo. La edad extrema y la insuficiencia cardíaca, predicen mortalidad, a los dos años de seguimiento, entre aquellos nonagenarios con deterioro cognitivo.

UTILIDAD CLÍNICA DEL HEMOCULTIVO EN EL ANCIANO

V. López Gaona, E. Delgado Parada, E. García Carreño, E. San Cristóbal Velasco, J.C. Miñana Climent y F. Vázquez Valdés Hospital Monte Naranco, Oviedo.

Objetivo: Determinar la repercusión en el manejo terapéutico de un paciente con sepsis tras obtener un resultado positivo en el hemocultivo.

Método: Mediante un diseño retrospectivo se recogen datos de pacientes que ingresan en la Unidad de Agudos desde enero de 2005 hasta mayo de 2006 en los que se solicita un hemocultivo (n: 125; 44,8% varones; edad $80,4 \pm 7,09$). En el protocolo de estudio se incluyeron variables sociodemográficas, funcionales, variables relacionadas con el proceso febril y de resultado.

Resultados: Variables sociodemográficas y funcionales: El 84,80% de los pacientes son independientes o presentan una dependencia leve (Índice de Barthel > 60) para las actividades básicas de la vida diaria. Un 12% están institucionalizados. Variables relacionadas con el proceso febril: El 68,8% de los pacientes ingresan con el diagnóstico de fiebre (18,4% nosocomial). El 64,8% había presentado al menos un pico febril previo y un 39,2% recibían antibioterapia. Un 14,4% son portadores de sondaje vesical y todos presentan un único acceso venoso periférico (el 31,2% con un tiempo de cateterización de 3 ó más días). Ninguna de estas variables presentó asociación con bacteriemia. El foco clínico de fiebre más frecuente es el respiratorio (46%), seguido del genitourinario (32%) y el gastrointestinal (9,6%). Un 24,8% de los hemocultivos resultaron positivos (11,2% falsas bacteriemias). Se realizaron además otros cultivos: urinocultivo (79,2%; 22,4% positivos), coprocultivo (14,2%; 3,2% positivos), gram de esputo (16%; 2,4% positivos), antígeno de Legionella y neumococo en orina (25,6%; 2,4% positivos). La amoxicilina-clavulánico y las quinolonas suponen la elección antibiótica inicial en un 79,2% de los casos (48,8 y 30,4% respectivamente). La etiología de las bacteriemias verdaderas son E. coli (52,9%) y Staph. aureus (11,8%). Los contaminantes más frecuentes son Staph. hominis (42,9%) y Staph. epidermidis (28,6%). Variables de resultado: Un 11,2% de los pacientes fueron éxitos. Al alta ingresan en una residencia un 1,6% de los pacientes. En un 31,2% de los pacientes se cambia el antibiótico inicial. El criterio es clínico en un 66,7%. En 13 casos el criterio son las pruebas de sensibilidad (urinocultivo: 4,7%; hemocultivo: 5,6%).

Conclusiones: La confirmación diagnóstica de la sospecha de bacteriemia tiene un impacto bajo en el manejo terapéutico del paciente. Existe una modificación en el tratamiento en un 5,6% de los pacientes.

INGRESO EN UCI DEL ANCIANO CON CARDIOPATIA ISQUEMICA

N. Fernández Letamendi¹, E. Civeira Murillo², M. De Azúa Jimenez², A. Zamora Mur¹, M. Ferrer Civeira² y T. Fernández Letamendi²

¹Clinica Geriátrica San Jorge, Zaragoza, ²Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Utebo.

Objetivos: Estudiar el tratamiento aplicado, factores de riesgo y complicaciones en los mayores de 80 años ingresados en una UMI con Síndrome Coronario Agudo.

Método: Estudio observacional, prospectivo y descriptivo de pacientes mayores de 80 años en UMI por Síndrome Coronario Agudo, desde 1/01/2001 a 31/12/2006. Recogidas variables epidemiológicas, clínicas y terapéuticas.

Resultados: Mayores de 80 años: 91(59 varones y 32 mujeres). Menores de 80 años: 765 (varones 655, mujeres 110). Mayores 80 años: ingresaron por angina 14,3%, I AM de menos de 24 h: 72,5%, IAM de mas de 24h: 2,2%, I. cardiaca: 5,5%, otras: 5,5%. Padecían: HTA: 44,7%, DLP: 7%, DM: 14%, ACV: 6,1% (2 diabéticos), enfermedad arterial periférica: 7,9% (3 diabéticos) y tabaquismo: 7,6%. Fibrinolisis: 36 (44,4%), 19 varones (32,2%) y 17 mujeres (53,1%); ACTP: 2 (2,5%). Inicio de síntomas-contacto sistema: (minutos) media 161,2, mediana 60 (menores de 80 años; 68 y 45). Contacto sanitario-llegada hospital: mediana 115, media 116 (menores de 80: 92 y 105,5). Contacto sistema- ECG: mediana 24, media 46,5 (menores 80: 18 y 43,5). ECG Inicio fibrinolisis: mediana 71, media 97,4 (menores 80: 50 y 77,8). Complicaciones postfibrinolisis: arritmias (28%), shock cardiogénico (7,7%), I. cardiaca (10,3%), HTA (2,6%), éxitus (23%).

Conclusiones: Los mayores de 80 años en este estudio, se ingresan por IAM en fase aguda. La tasa de fibrinolisis es de un 44%, superior a la de otros estudios españoles (PRIAMHO) aplicándose fibrinolisis con mas frecuencia a mujeres (al contrario que en menores de 80 años). El anciano con síndrome coronario agudo esta peor atendido por el mayor retraso en solicitar asistencia. Los tiempos de asistencia en el síndrome coronario agudo son excesivamente largos sobre todo el tiempo ECG-fibrinolisis.

REHABILITACIÓN GERIÁTRICA EN RESIDENCIAS ASISTIDAS. VALORACIÓN DE RESULTADOS. EXPERIENCIA EN MONTEQUINTO-SEVILLA

M.L. Soria Valle

Residencia Asistida de Mayores de la Consejería IyBS, Junta de Andalucía, Sevilla.

Se trata de exponer el trabajo realizado en Rehabilitación de la residencia asistida de mayores de Montequinto - Sevilla de la Junta de Andalucía en los últimos 5 años. Se realiza un análisis descriptivo del perfil de residentes atendidos, con datos demográficos, clínicos, tipo de actividades de fisioterapia y terapia ocupacional y, de la valoración funcional y los resultados en relación al grado de dependencia conseguido. Se extraen conclusiones acerca del trabajo en rehabilitación geriátrica en residencias asistidas en cuanto a condiciones básicas, tipo de actuaciones y la necesidad de valorar resultados.

EL PACIENTE ANCIANO CON ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA (EPOC): ASPECTOS PSICOSOCIALES E IMPACTO DE LA ENFERMEDAD EN EL ÚLTIMO AÑO DE VIDA

M.M. Medinas Amorós¹, C. Alorda Quetglas², M.J. Centeno Flores¹, M^a T. Gorriz Dolz¹, F. Renom Sotorra¹ y M. Rubí Ponseti¹

¹Hospital Joan March, Bunyola, Mallorca, ²Universidad de las Islas Baleares.

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) es un proceso, progresivo e irreversible caracterizado por una obstrucción al flujo aéreo, causada principalmente por el humo del tabaco. Se trata de un proceso patológico crónico, progresivamente invalidante, que afecta principalmente a la población adulta mayor de 60 años, con antecedentes de tabaquismo y/o riesgo laboral. Su gran componente médico, psicológico y social, lo convierte en un tema abordable desde la perspectiva multidisciplinar que aporta la aplicación del modelo biopsicosocial. El objetivo del presente estudio ha sido evaluar la Calidad de Vida relacionada con la Salud (CVRS) presentada por estos pacientes durante el último año de vida y en relación al deterioro de la función respiratoria. La CVRS se evaluó mediante dos cuestionarios: el Perfil de Salud de Nottingham (NHP), el cuestionario Respira-

torio de St. George (SGRQ) específico para la EPOC y la escala del Medical Research Council para la medición de la disnea. Las medidas de función pulmonar fueron aportadas por la espirometría forzada. Toda la evaluación se realizó en las consultas externas del Hospital Joan March de Bunyola, Mallorca. Nuestros resultados muestran que, si bien existen correlaciones estadísticamente significativas entre las medidas de disnea (MRC) y calidad de vida (NHP Y SGRQ) ($p < 0,05$), dicha relación es prácticamente inexistente entre las medidas mencionadas y las de función pulmonar. Por otro lado, se observan diferencias ($p < 0,05$ entre la evolución Calidad de vida subjetiva a lo largo del último año y en curso clínico de la enfermedad sobre todo en pacientes de edad avanzada. En conclusión, existen diferencias entre la forma en que un paciente mayor con una enfermedad crónica percibe y padece su enfermedad y la forma clínica en la que ésta se manifiesta, por lo que se hace patente la necesidad de una atención multidisciplinar que aúne la adaptación al proceso crónico con un enfoque global que aporte continuidad a los cuidados del adulto mayor en el ámbito psicológico y social.

APLICACIÓN DE UN NUEVO PROTOCOLO DE ACTUACIÓN FRENTE A LA AGONÍA EN UN HOSPITAL COMARCAL DEL ÁREA METROPOLITANA DE BARCELONA

M. Pelet Larres, M. Moyano Carnerero, R.M. Rosado Muñoz, A.M. Andreo Jurado, M.V. Balteiro Barranco y M.M. Fernández Monasterio

Fundació Hospital de L'Esperit Sant (Equipo UFISS), Santa Coloma de Gramenet, Barcelona.

Introducción: La ausencia de una actuación reglada y consensuada frente a la situación de agonía conlleva una práctica heterogénea y una menor calidad asistencial. La agonía se define como el estado que precede a la muerte cuando la vida se extingue gradualmente. En esta etapa proporcionaremos al enfermo el máximo confort mediante el control sintomático y el apoyo psicosocial a paciente y familia, siendo imprescindible el apoyo del equipo. La situación agónica, difícil de definir, suele ser evidente para el equipo, la familia y para el propio paciente. Es un cúmulo de síntomas-signos a controlar y los objetivos terapéuticos son el confort, prevención de las crisis en paciente-familia y del duelo patológico.

Descripción de síntomas: En la agonía, los cambios son mucho más rápidos sobre todo cuanto más cerca está la muerte, el deterioro físico se acelera y podemos observar los siguientes cambios físicos-síntomas: Alteración del nivel de conciencia. Síntomas diversos. Pérdida del tono muscular. Dolor. Fiebre. Disnea. Estado confusional. Náuseas – vómitos. Mioclonias – convulsiones.

Actuación: El principal objetivo será evitar el sufrimiento del paciente proporcionándole el máximo confort mediante el control de los síntomas molestos. El tratamiento farmacológico se deberá ajustar y reajustar buscando los fármacos que son de inmediata utilidad, suspendiendo aquellos que carezcan de esta inmediatez. La vía de administración preferente es la oral y en su defecto la subcutánea y de forma excepcional otras.

Tratamiento y cuidados: Dolor: Morfina, adecuar posición para favorecer el confort, masajes suaves si precisa. Disnea: Morfina, Midazolam, posición confortable, compañía y ambiente relajado y tranquilo, aire fresco en la cara, evitar olores irritantes. Ranera/estertores: Escopolamina bromhidrato, N-butilbromuro de hioscina, explicar por qué se produce, adecuar posición, aspirar secreciones sólo si están en la boca, cuidados de la boca. Fiebre: Paracetamol, Metamizol magnésico, Ketonolaco, facilitar ambiente fresco, si no molesta no actuación especial, evitar tomas de temperatura innecesarias, no usar compresas frías. Confusión-agitación: Haloperidol, Midazolam, facilitar ambiente relajado, si RAO sonda vesical, si impactación fecal valorar enema. Medidas de seguridad física para evitar lesiones. Náuseas-vómitos: Metoclopramida, Ondansentron, Haloperidol, adecuar posición, ofrecer disponibilidad, evitar olores irritantes. Mioclonias-convulsiones: Clonazepam, Midazolam, Valproato sódico, explicar a la familia por qué se producen, ambiente tranquilo y relajado, medidas de seguridad física para evitar lesiones. Hemorragias: Midazolam, información y soporte a la familia, adecuar posición, tallas verdes, permanecer al lado del paciente, ambiente tranquilo y relajado

Cuidados generales: Higiene y cambio de sábanas siempre que sea preciso. Cuidados de la boca, fosas nasales, ojos, úlceras. Posición de confort.

Atención a la familia: Informar, orientar y ofrecer soporte con el objetivo de disminuir el impacto emocional, ofreciendo tiempos y espacios que favorezcan la adaptación.

Soporte espiritual: No siempre es religioso. Entender la realidad del enfermo. Tener actitud de ayuda. Respetar sus creencias religiosas.

Cuidados post-mortem: Soporte emocional. Respetar las manifestaciones de duelo. Trato respetuoso a la persona fallecida. Colocarlo en decúbito supino. Retirar sondas, vías. Cubrir lesiones con apóstos. Cerrar los ojos. Elevar la cabeza. Tapar con una sábana sin cubrir la cabeza. Dar espacio y tiempo a la familia. Identificar al familiar que realizará los trámites burocráticos. Entregar objetos personales. Identificar al difunto. Trasladarlo a la morgue.

Conclusiones: El Protocolo ha sido valorado por el Comité de Ética Asistencial de nuestro centro como herramienta imprescindible en el tratamiento y cuidados de las personas que se encuentran en situación de agonía. Estamos en la etapa de difusión e implantación con resultados óptimos (pendientes de cuantificar) esperanzados que la aplicación conseguirá los objetivos propuestos (confort y soporte a paciente y familia).

PERFIL DE DEPENDENCIA EN LOS CENTROS DE DÍA PARA MAYORES CON PROBLEMAS FUNCIONALES DEL AYUNTAMIENTO DE MADRID

M.P. Puente Andrés, J. de la Torre Vidal y C. Mirones
Ayuntamiento de Madrid.

Objetivo: Definir el perfil funcional y cognitivo de los usuarios de los centros de día municipales destinados a mayores con problemas físicos o funcionales y de aquellos que utilizan plazas concertadas por el Ayuntamiento de Madrid con empresas privadas, así como la dependencia en las ABVD que suponen una mayor sobrecarga para el cuidador (baño, uso del retrete, deambulación y comida independientes).

Material y método: Se realiza un estudio descriptivo transversal de 1831 pacientes de los centros de día municipales y 120 de los centros concertados, (100% de los usuarios de alta). Analizando los datos de las valoraciones del primer semestre de 2006 mediante los test de Barthel, Lawton, Escala de grados de movilidad, MEC y Pfeiffer. Se analizan los datos mediante la realización de medias y porcentajes.

Resultados: En cuanto a las ABVD medidas con el test de Barthel un 70% tienen dependencia leve (Barthel 65-95), un 7% dependencia moderada (Barthel 40-60), y un 4% dependencia severa (Barthel < 4), siendo la máxima dependencia para el baño (60,4%), y un 15,30% para la alimentación. La deambulación es dependiente en el 29,6%, utilizando sillas de ruedas un 4,8% de los usuarios. En las AIVD medidas con el test de Lawton un 45% tienen dependencia severa (Lawton < 4/8) y solo un 9% son independientes para todas las AIVD (8/8). La valoración cognitiva se realiza en un 62,3% con el MEC teniendo un 44% MEC > 27, y un 27% deterioro cognitivo leve (MEC 24-27), un 22% moderado (MEC 17-23) y un 7% severo MEC < 17. En un 47,7% se realiza el Pfeiffer, encontrando un perfil similar.

Conclusiones: El perfil de dependencia de los centros de día municipales se adapta a un usuario con importante dependencia en cuanto a las AIVD, y una dependencia leve/moderada en las actividades básicas de la vida diaria. Existe un porcentaje moderado de pacientes con un deterioro cognitivo leve, cuya permanencia en estos centros de día está justificada, así como un grupo que presentan un deterioro cognitivo moderado/severo, personas que responden a un perfil de dependiente psíquico, cuyo seguimiento es obligado con el fin de proceder a su derivación a centros especializados. No encontramos diferencias entre los usuarios que acuden a los centros municipales y los que tienen plazas concertadas en centros de gestión privada.

CENTROS DE DÍA ESPECIALIZADOS EN ENFERMEDAD DE ALZHEIMER Y OTRAS DEMENCIAS. UN RECURSO DEL AYUNTAMIENTO DE MADRID

M.P. Puente Andrés, J. de la Torre Vidal y C. Mirones
Ayuntamiento de Madrid.

Objetivo: Definir el perfil funcional y cognitivo, así como la sobrecarga familiar de los usuarios de los centros de día municipales destinados a mayores con enfermedad de Alzheimer y otras demencias y de aquellos que utilizan plazas concertadas por el ayuntamiento de Madrid con empresas privadas.

Material y método: Se realiza un estudio descriptivo transversal de 225 pacientes de los centros de día municipales y 944 pacientes en centros de día concertados, un total de 1169 pacientes (100% de los pacientes de alta). Analizando los datos de las valoraciones del primer semestre de 2006 mediante los test de Barthel, Lawton, MEC, GDS de Reisberg, los trastornos de conducta mediante el BEHAVE-AD y la sobrecarga familiar mediante el test de Zarit. Se analizan los datos realizando medias y porcentajes.

Resultados: En cuanto a las ABVD medidas con el test de Barthel un 64% tienen dependencia leve (Barthel 65-95), un 18% dependencia moderada (Barthel 40-60), y un 14% dependencia severa (Barthel < 40), el 78,3% son dependientes para el baño, el 41,7% dependientes para la deambulación, el 55,3 % para el uso del retrete y el 44,5% dependientes para la alimentación. Precisan ayuda o supervisión para la deambulación un 52%. En las AIVD medidas con el test de Lawton un 76% tienen dependencia severa (Lawton < 4/8) siendo el 100% dependientes para alguna de las AIVD. En la valoración cognitiva con el Minimental de Lobo (MEC) tenemos un 1% MEC > 27, un 4% deterioro cognitivo leve (MEC 24-27) un 24% moderado (MEC 17-23) y un 71% dan un test con valores < 17. Un 2% de los pacientes tienen un GDS de Reisberg de 4, un 26% GDS 5, un 62% GDS 6 y un 10% GDS 7. Un 62% presentan trastornos de conducta, encontrando que la sobrecarga familiar es severa en un 31% y moderada/severa en el 32% de los cuidadores.

Conclusiones: Los centros de día especializados en Alzheimer y otras demencias sirven de apoyo a familias y pacientes en fases moderadas y severas de la enfermedad (GDS 6, 7), sólo un 2% están en las fases más leves de la enfermedad. La importante sobrecarga familiar está en relación con la gran dependencia a las actividades básicas de la vida diaria y en gran medida con los trastornos de conducta.

INSTAURACIÓN DE PROGRAMA DE PRE-ALTA Y ALTA MULTIDISCIPLINAR PARA LA COORDINACIÓN DE LA ATENCIÓN DEL PACIENTE ENTRE EL SISTEMA SOCIOSANITARIO Y PRIMARIA

C. Pardo Bustamante, J. Catena, D. Luz Cardona, C. Ortega, M. À. Serra y C. Cabanes
Hospital Sant Andreu, Manresa, Barcelona.

Objetivo: Comunicación y coordinación previa al alta del paciente entre un centro sociosanitario y los centros de Atención primaria. Instauración de un proceso e informe de alta multidisciplinar.

Método: Nosotros identificamos la necesidad de mejorar el proceso de alta en tanto nos encontramos con dificultades y limitaciones para la adecuada atención y adaptación del paciente una vez retornado al domicilio. Por citar las más habituales: falta de conocimiento del ingreso y de la causa del mismo a nivel de atención primaria, inicio tardío de curas y seguimiento, retraso en el inicio del tratamiento farmacológico por déficit de coordinación; entre otras. Este proceso se inicia en las reuniones multidisciplinares periódicas donde se establecen los objetivos del ingreso, seguimiento y plan al alta. En dichas reuniones se fija una posible fecha de alta. Para optimizar la información se implementó un programa informático en nuestro centro sanitario que nos permite realizar un informe multidisciplinar (con la participación del médico, la enfermera y la trabajadora social) de pre-alta una semana antes de la posible fecha fijada seguida del alta 48 horas antes de la misma. Una vez realizada la pre-alta, una enfermera de enlace de atención primaria las recoge y se encarga de distribuirlas en los centros de salud correspondientes. El informe de alta se le entrega al paciente el día de la misma, incluyéndose una copia para atención primaria.

Resultados: En el 100% de los casos se ha proporcionado un informe de pre-alta a los médicos de atención primaria en el plazo de tiempo previsto, con lo cual se garantiza que el médico dispone de la información del ingreso, seguimiento y alta multidisciplinar. Asimismo todos los pacientes al finalizar su estancia en nuestro centro sociosanitario disponen del informe multidisciplinar de alta.

Conclusiones: Con nuestro proceso se ha contribuido a una mejor coordinación entre ambos equipos, estableciéndose una fluidez de la información, y una continuidad en la atención y el seguimiento multidisciplinar. Hemos conseguido mejorar el proceso institucional de alta incluyéndose el trabajo armónico de equipo para la atención multidisciplinar. En una fase posterior evaluaremos el grado de satisfacción de los profesionales de Atención primaria así como la utilidad del informe de pre-alta.

LA FRACCIÓN DE EYECCIÓN, EL SEXO Y LA EDAD COMO FACTORES DESCRIPTIVOS DIFERENCIALES EN PACIENTES INGRESADOS EN UNA UNIDAD DE AGUDOS

E. Delgado Parada, V. López Gaona, S. Gutiérrez Vara, M. Martínez Rivera, A. Medina García y E. San Cristóbal Velasco
Hospital Monte Naranco, Oviedo.

Objetivo: Determinar la asociación de la edad, el sexo y la fracción de eyección (FE) con la estancia hospitalaria y los reingresos en pacientes mayores de 75 años.

Método: Mediante un diseño retrospectivo se recogen datos de los pacientes ingresados en la Unidad de Agudos de Geriatría (UGA), desde enero de 2004 a enero de 2005, en los que se realiza un estudio ecocardiográfico (n: 384; 62% mujeres; edad: $84,3 \pm 5,121$). Se establecen dos grupos de edad, grupo «viejo», de 75 a 85 años y grupo «viejo-muy viejo», (> 85). Se considera FE afecta cuando es menor o igual de 45%.

Resultados: Variables sociodemográficas y funcionales: El sexo femenino se relaciona significativamente con una FE preservada (68,3 vs 31,7%). En el grupo «viejo muy viejo» hay significativamente más pacientes dependientes (IB: $79,20 \pm 23,3311$ vs $85,57 \pm 20,913$), institucionalizados (16,7 vs 7%) y varones (54,6%). b) Variables de comorbilidad: Las mujeres son significativamente más hipertensas (68,1 vs 58,2%). Los varones presentan asociación con cardiopatía isquémica (34,2 vs 24,8%), angioplastia percutánea previa (3,4 vs 0,4%), arteriopatía periférica (8,2 vs 2,1%) y broncopatía (44,5 vs 15,1%). El grupo «viejo» presenta asociación con HTA (70,2 vs 55,8%), diabetes mellitus (28,9 vs 19,2%), dislipemia (15,4 vs 6,4%), cirugía cardiaca (4,4 vs 0,6%) y cardiopatía isquémica (33,8 vs 20,5%). La FE afecta se relaciona con arteriopatía periférica (7,8 vs 3%) e insuficiencia renal crónica (14,7 vs 7,5%). Farmacoterapia: En pacientes con FE afecta se prescriben al alta significativamente más espironolactona (31,9 vs 19,4%), inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (58,6 vs 47,4%), beta-bloqueantes (9,5 vs 3,4%) y digoxina (56,9 vs 25%). En el grupo «viejo-muy viejo» se prescriben significativamente menos fármacos de cada uno de los grupos. Variables electrocardiográficas: La asociación entre FE preservada y ritmo sinusal (43,3 vs 35,3%) es significativa. Los pacientes con FE afecta presentan significativamente más alteraciones de la repolarización. Variables evolutivas: Ninguno de los tres factores considerados se asocia con el tiempo de estancia hospitalaria o los reingresos. En el estudio multivariante (regresión logística) c on la FE, únicamente el sexo mantiene la asociación (OR: 2,5 [1,580-3,957] p = 0,000)

Conclusiones: La edad, el sexo y la FE ayudan a definir las características de la población a estudio pero no presentan asociación con la estancia hospitalaria ni con los reingresos.

Palabras clave: Anciano. Fracción de Eyección. Estancia Hospitalaria.

FIBRILACION AURICULAR EN LOS PACIENTES ANCIANOS CON DEMENCIA

L. Reig Puig¹, F. Formiga Pérez², M.J. Robles³, I. Fort⁴, M.C. Espinosa⁵ y D. Rodríguez⁶

¹UFIIS Geriatría. Hospital Sociosanitari de L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona, ²Ufis Geriatría. Servicio de M. Interna. Hospital, ³Servicio de Geriatría del IMAS. Unidad de Convalecientes, ⁴Unidad de atención integral a la Enfermedad del Alzheimer, ⁵Unidad de Psicogeriatría. Hospital, ⁶Equip Avaluació Integral Ambulatori de Trastorns.

Objetivos: El objetivo del estudio es identificar en una población de pacientes que cumplen criterios de demencia, de cualquier etiología, el porcentaje con fibrilación auricular. Un segundo objetivo fue explorar diferencias entre los pacientes con fibrilación auricular crónica que reciben tratamiento anticoagulante oral y los que no.

Método: Se estudiaron en 515 pacientes con demencia, evaluados consecutivamente en 8 centros, las características sociodemográficas, tipo y tratamiento de la demencia. Se recogió el Índice de Barthel (IB) el Índice de Lawton (IL), el Mini mental (MMSE) el Índice de Charlson (IC), el número total de medicamentos, así como los antecedentes de hipertensión (HTA), diabetes (DM), dislipemia (DL), insuficiencia cardíaca (IC), enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). Finalmente se recogió el diagnóstico de fibrilación auricular crónica y el tratamiento para la misma.

Resultados Se trataba de 364 mujeres (70%) y 151 varones, con una edad media de 81 ± 6 años. El 43,9% estaban casados, 50,1% viudos, 5,6% solteros y 0,4% separados. El 10,1% estaba institucionalizado. El IB era de $68,2 \pm 28$, el IL $1,2 \pm 1,8$ y el MMSE 13 ± 7 . Según el

tipo de demencia: 56,1% Alzheimer, 14,8% vascular, 23,9% mixta, y el resto otros tipos. El diagnóstico previo de demencia fue $27,5 \pm 25$ meses antes. El número total de medicamentos fue de $5,6 \pm 2,4$. Existía en el 53,4% HTA, en el 25,8% DM, en el 24,5% DL, en el 12,4% IC, y en el 12,2% EPOC. La media del IC fue de $2 \pm 1,2$. En 84 pacientes (16,3%) existía fibrilación auricular crónica. Treinta y cinco pacientes (41,6%) recibían tratamiento con anticoagulación oral. En el análisis multivariante se asociaron con recibir anticoagulación oral el tener mayor edad, el diagnóstico de IC previo y tener antecedentes de DL.

Conclusiones En un alto porcentaje de pacientes ancianos con demencia coexiste el diagnóstico de fibrilación auricular. Cerca de la mitad de los pacientes reciben tratamiento con anticoagulación oral.

SOBRECARGA DEL CUIDADOR. FACTORES ASOCIADOS AL ENFERMO DURANTE EL INGRESO EN EL HOSPITAL DE AGUDOS

S. Altimir Losada¹, S. Santeugenio González, A. Urrutia de Diego, S. Jiménez, T. Salas y Y. López Colomer

¹Unidad Funcional de Geriatría. Germans Trias Hospital, Badalona, ²Unidad Geriátrica de Agudos. Medicina Interna. Germans Trias Hospital, Badalona.

Objetivos: Analizar factores clínicos, funcionales, psicológicos y sociales de los enfermos en los que se identifica la existencia de sobrecarga física, mental y/o social de sus cuidadores directos.

Material y método: 454 pacientes ancianos frágiles, a los que se les ha realizado una valoración geriátrica integral, atendidos por la Unidad de Geriatría en diferentes servicios hospitalarios con la exclusión de los de la Unidad Geriátrica de Agudos, durante el año 2006.

Resultados: Los enfermos cuyos cuidadores presentan sobrecarga son más mayores (80,1 vs 78,2; p = 0,034) y tienen más comorbilidad, medida con el Índice de Charlson (3,2 vs 2,7; p = 0,025). A expensas de sufrir más demencia (39,8% vs 17,0%; p < 0,001) y tener antecedente de haber padecido un ICTUS (41,9% vs 29,1%; p = 0,024). No se han encontrado diferencias significativas con otras enfermedades. Su estado nutricional es peor, según el mini nutritional assessment abreviado (7,5 vs 8,6; p = 0,009) y el diagnóstico clínico de malnutrición al ingreso (31,2% vs 16,2%; p = 0,002). En relación a la valoración psicológica, no hay diferencias en cuanto a la incidencia de depresión o insomnio, pero si en relación a la ansiedad (15,1% vs 7,1%; p = 0,23). La puntuación en el test de Pfeiffer al ingreso es peor (5,0 vs 2,8; p < 0,001). La afasia supone, también, una circunstancia asociada a la sobrecarga del cuidador (17,2% vs 5,8%; p = 0,001). Las diferencias más significativas aparecen en el área funcional: Tienen mayor dependencia previa en AVD instrumentales medidas con la escala OARS (3,1 vs 6,5; p < 0,001) y en básicas, medidas con el Índice de Barthel previo (56,6 vs 77,0). Estas diferencias se mantienen al ingreso (12,9 vs 28,0; p < 0,001) y al alta (18,4 vs 35,0; p < 0,001). Si se estudia la capacidad de deambular, los resultados son muy significativos. Los cuidadores de pacientes que no deambulan o precisan de guía sufren mucha más sobrecarga: 37,3% y 44,3%, respectivamente que los que andan solos o usan una ayuda técnica: 12,5% y 14,8% (p < 0,001). La incontinencia de esfínteres se relaciona también con la sobrecarga del cuidador. Esta presente en el 34,4% de los pacientes con incontinencia urinaria y en el 37,3% de los que sufren incontinencia fecal. En cambio, si los enfermos controlan esfínteres, solo se evidencia en un 8,5% y un 13,1% (p < 0,001). Los cuidadores de personas con disfagia tienen mayor sobrecarga (29,0% vs 6,9%; p < 0,001). Tanto la existencia previa de deterioro funcional global cronificado (18,3% vs 9,1%; p = 0,14) como de perdida subaguda (34,4% vs 19,2%; p = 0,002) se asocian a mayor sobrecarga. Dada que ésta es una circunstancia previa a la hospitalización, no se presenta en pacientes que sufren deterioro funcional agudo. Durante el ingreso, el 15% de los pacientes cuyos familiares sufren sobrecarga son diagnosticados de síndrome de declive. Esto sólo se produce en el 4,9% de los que no la padecen (p = 0,002). La sobrecarga del cuidador también se asocia a distintos destinos al alta. Estos pacientes son dados de alta en mayor proporción a Unidades de Convalecencia (41,9% vs 34,9%) y larga estancia (10,8% vs 5,2%), fallecen más (10,8% vs 6,0%) y van menos a domicilio (26,9% vs 42,0%). No hemos encontrado diferencias en los parámetros sociales analizados: No hay diferencias en la escala de Gijón, existencia de sociopatía o núcleo previo de convivencia.

Conclusiones: La sobrecarga del cuidador se asocia a pacientes con niveles de dependencia funcional más elevados y a enfermedades claramente incapacitantes como el ICTUS o la demencia. Las circunstancias sociales previas no se relacionan con una mayor sobrecarga.

QUINCE AÑOS DE UNA UFISS DE GERIATRÍA DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL DEL ÁREA DE BARCELONA

T. Teixidor Colomer, C. Pérez Bocanegra, C. Pal Pal, S. Santaliestra Marín, S. Bujan Rivas y A. San José Laporte
UFISS Geriatría Hospital Vall d'Hebrón, Barcelona.

Introducción: En el año 1991 dentro del programa «Vida als anys» (Vida a los años) se crearon las primeras UFISS, entre ellas la de nuestro hospital. Desde entonces se ha desarrollado una actividad asistencial en progresivo aumento.

Objetivo: Analizar la actividad realizada por la UFISS de Geriatría en un hospital de tercer nivel del área de Barcelona desde su creación hasta la actualidad.

Pacientes y método: Desde el año 1991 hasta el año 2006 han sido valorados por la UFISS un total de 10.964 pacientes. Desde 50 pacientes en el año 1991 hasta 1.131 en el año 2006. El análisis de los datos se ha realizado mediante el paquete estadístico SPSS 13.0.

Resultados: La edad media de los pacientes es de 76,81 años (73-81). Los servicios de donde procedían mayoritariamente los pacientes fueron Medicina Interna, Neurología, Hospitalización de corta estancia, Geriatría y Cirugía general. Respecto al destino al alta, en el año 1991 el 40% de los pacientes valorados por la UFISS fue trasladado a centro sociosanitario, este porcentaje en el año 2006 fue del 60%; en el año 1991 el 35% de los pacientes fue dado de alta a domicilio y en el año 2006 fueron a domicilio el 22%.

Conclusiones: Durante estos 15 años de actividad de la UFISS ha aumentado progresivamente el número de pacientes valorados, así como el porcentaje de pacientes que han requerido traslado a centro sociosanitario, posiblemente por la mayor complejidad médica y social de los pacientes que ingresan en el hospital. La edad media se ha mantenido estable durante estos años, a pesar del envejecimiento de la población, probablemente porque en los últimos años la UFISS ha valorado mayor número de pacientes jóvenes con patologías complejas que han requerido traslado a centros sociosanitarios.

IDENTIFICACIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO DE FRACTURA EN UNA POBLACIÓN DEL ÁREA DE BARCELONA

M.I. Baños Ros, M.T. Pascual Bayón y R. Plaza García
Hospital Clínic de Barcelona.

Objetivo: Analizar los factores de riesgo de fractura en una población residente en un área de Barcelona.

Método: Se incluyeron prospectivamente individuos consecutivos con ingreso hospitalario a causa de una fractura producida por traumatismo de baja energía, de los 596 pacientes analizados un 90% eran mujeres y su rango de edad oscilaba < a 56a. 9 pacientes y > de 76a. 465. A todos ellos se les realizó una encuesta que incluía: Peso, hábitos tóxicos, antecedentes de fractura materna de fémur, menopausia precoz, antecedentes personales de fractura, déficit de visión, dificultad para levantarse de la silla, caídas en el año previo, uso de benzodiacepinas y psicotropos, además de otros fármacos con posible afectación de la densidad ósea.

Resultados: El tipo de fracturas más frecuentes han sido las de tercio proximal de fémur, en cuanto al sexo existe un claro predominio de mujeres en su gran mayoría mayores de 75a. los parámetros de la encuesta que más destacan en porcentaje son el sedentarismo, la pobre capacidad visual, el tratamiento con psicotropos y/o benzodiacepinas y la dificultad para levantarse de la silla.

Conclusiones: Los 569 individuos encuestados corresponden a una población de 470.000 personas de un área de una media de edad elevada en los que se conjugan los factores de riesgo de caídas con los de padecer osteoporosis en un gran número de ellos.

LA INFECCIÓN URINARIA EN EL ANCIANO. NECESIDAD DE ACTUALIZACIÓN CONTINUADA

M.Á. Márquez Lorente, M. Arellano Pérez, J. Gutiérrez Cebollada, M. Pi-Figueras Valls, C. Roqueta Guillén y O. Sabartés Fortuny
Unidad de Geriatría de Agudos (UGA). Hospital del Mar, Barcelona.

Objetivo: Estudiar la etiología de la infección urinaria (ITU) en la población anciana ingresada en una UGA, la sensibilidad frente a antibióticos y optimizar un tratamiento empírico.

Métodos: Análisis retrospectivo de las ITU que ingresan en la UGA entre 2004 y 2006. Se recoge germe etiológico y antibiograma en función de la presencia de las dos variables estudiadas.

Resultados: Se estudiaron 278 ITU de las cuales el 93,2% fue por BGN. Los gérmenes más prevalentes fueron: *E. coli* (60. 1%), *K. pneumoniae* (12,2%), *P. aeruginosa* (6,5%) y *E. faecalis* (5%). Los BGN mostraron una elevada sensibilidad (> 95%) frente a amikacina e imipenem y una aceptable sensibilidad (> 80%) frente al resto de aminoglucósidos, cefalosporinas de tercera generación, aztreonam, fosfomicina y nitrofurantoina. La sensibilidad frente a piperazilina/tazobactam y amoxicilina-clavulánico fue menor al 80% y para otros antibióticos como cotrimoxazol y ciprofloxacino fue sensiblemente inferior. *K. pneumoniae* mostró sensibilidades superiores a *E. coli* para la mayoría de los antibióticos testados, excepto para fosfomicina y nitrofurantoina. *P. aeruginosa* mostró una notable resistencia (sensibilidades < 85%) frente los antibióticos antipseudomónicos habituales, fundamentalmente ciprofloxacino. Los CGP mostraron una excelente sensibilidad (100%) frente a teicoplanina, vancomicina, amoxicilina-clavulánico y oxacilina, siendo menor frente a otros antibióticos como ampicilina, penicilina y ciprofloxacino. El CGP más prevalente fue *E. faecalis* (73,7%) que mostró una excelente sensibilidad frente a teicoplanina, vancomicina, amoxicilina-clavulánico, oxacilina, penicilina y ampicilina siendo la sensibilidad muy inferior frente a ciprofloxacino.

Conclusiones: Los gérmenes causantes de ITU en el anciano son mayoritariamente BGN por lo que el tratamiento empírico debe dirigirse hacia este grupo. Para la infección no grave la elevada tasa de resistencias frente a ciprofloxacino desaconseja su utilización como tratamiento empírico mientras que las elevadas sensibilidades frente a antibióticos no utilizados habitualmente como nitrofurantoina y fosfomicina los convierten en buenos tratamientos empíricos. El tratamiento empírico con amoxicilina-clavulánico se muestra menos adecuado que con cefalosporinas de 3ª generación para la infección no grave. Frente a la infección grave sería recomendable la actuación en función del gram de orina, utilizando amikacina o imipenem para BGN y amoxicilina-clavulánico para CGP.

LA INFECCIÓN URINARIA EN EL ANCIANO. FACTORES RELACIONADOS CON LAS RESISTENCIAS

M.Á. Márquez Lorente, M. Arellano Pérez, O. Sabartés Fortuna, E. De Jaime Gil, M.L. Garreta Burrel y J. Gutiérrez Cebollada
Unidad de Geriatría de Agudos (UGA), Hospital del Mar, Barcelona.

Objetivo: Analizar la sensibilidad a antibióticos de los gérmenes etiológicos de la infección urinaria (ITU) en función de dos variables de elevada prevalencia en el anciano: portador de sonda vesical permanente y antibióticoterapia en los últimos seis meses y optimizar un tratamiento empírico.

Métodos: Análisis retrospectivo de las ITU que ingresan en la UGA entre 2004 y 2006. Se recoge germe etiológico y antibiograma en función de la presencia de las dos variables estudiadas.

Resultados: Se estudiaron 278 ITU. El 13,7% era portador de sonda vesical permanente y el 40,6% había realizado tratamiento antibiótico (AB) en los últimos seis meses. El 93,2% de las ITU fue producida por BGN. Los pacientes que habían realizado AB previo frente a los que no lo habían realizado presentaron diferencias significativas ($p < 0,01$) en la distribución de *E. coli* (49,6% vs 67,3%), *K. pneumoniae* (16,8% vs 9,1%), *P. aeruginosa* (12,4% vs 2,4%) y *E. faecalis* (3,5% vs 6,1%). Los portadores de sonda vesical permanente frente a los no portadores presentaron diferencias significativas ($p < 0,01$) en la distribución de *E. coli* (42,1% vs 62,9%), *P. aeruginosa* (13,2% vs 5,4%) y *E. faecalis* (10,5% vs 4,2%). Con respecto a las dos variables estudiadas hubo una disminución generalizada de la sensibilidad de los BGN manteniendo sensibilidades > 80% únicamente fármacos antipseudomónicos como amikacina, aztreonam, ceftazidima, cefepime e imipenem. La tasa de resistencias frente a ciprofloxacino fue muy elevada independientemente de las variables estudiadas. Al analizar la sensibilidad de los gérmenes más prevalentes de forma independiente se encontraron mayores resistencias en presencia de las dos variables estudiadas.

Conclusiones: Los gérmenes causantes de ITU en el anciano con sonda vesical permanente o antibióticoterapia previa son mayoritariamente BGN por lo que el tratamiento empírico debe dirigirse hacia este grupo. La sensibilidad de los BGN frente a la mayoría de antibióticos en estos dos grupos disminuye sensiblemente, tanto por una mayor prevalencia de gérmenes multirresistentes como *P. aeruginosa* como por la aparición de resistencias en el mismo germe. La presencia en el anciano de sonda vesical permanente y de antibiótico

coterapia previa hace recomendable el tratamiento empírico con cefalosporinas antipseudomónicas, aztreonam, amikacina o imipenem. Frente a la infección grave sería recomendable la actuación en función del gram de orina, utilizando amikacina o imipenem para BGN y amoxicilina-clavulánico para CGP.

EL ANCIANO CON GOLPE DE CALOR

M. Arellano Pérez, A. Roig Campi, O. Sabartés Fortuna, J. Gutiérrez Cebollada, C. Roqueta Guillén y M.Á. Márquez Lorente
Unidad de Geriatría de Agudos (UGA). Hospital del Mar, Barcelona.

Objetivo: Describir las características clínicoepidemiológicas de los ancianos que ingresan en la UGA por golpe de calor.

Material y métodos: Se describen los pacientes que ingresan con el diagnóstico de golpe de calor durante el verano de 2006. Se estudia datos epidemiológicos, situación funcional previa, características clínicas y destino al alta.

Resultados: Ingresaron 7 pacientes, con una edad media de 83,9 años. La procedencia fue: domicilio (5 pacientes) y residencia (2 pacientes). La situación funcional previa era: índice de Barthel (IB) de 55,2, índice de Lawton (IL) de 2,5, índice de Charlson de 1,9 y el 71,4% tenían deterioro cognitivo. En el momento del ingreso el IB era de 0 y el test de Pfeiffer impracticable en todos los pacientes. La temperatura periférica media al ingreso fue de 40,2 °C, la frecuencia cardíaca de 126 latidos por minuto y la frecuencia respiratoria de 31 respiraciones por minuto. Los signos más frecuentes fueron: alteración del nivel de conciencia (100%) (42,8% confusión, 28,6% estupor y 28,6% coma), alteración del ritmo cardíaco (85,7%) (taquicardia sinusal 50%, arritmia supraventricular 33,3% y arritmia ventricular 14,28%), taquipnea (85,7%), anhidrosis (85,7%), oligoanuria (57,1%), alteración de la tensión arterial (42,8%) (66,7% hipertensión y 33,3% hipotensión) y vómitos (28,6%). Los hallazgos analíticos más frecuentes fueron: alteración del hemograma (85,7%) (71,4% leucocitosis y 42,8% plaquetopenia), de la coagulación (85,7%), del equilibrio ácido-base (83,3%), alteraciones electrolíticas (71%), rabdomiolisis (57,1%), alteración de la función hepática (42,8%) e insuficiencia renal (28,6%). La prevalencia de patologías predisponentes fue: hipertensión (42,8%), diabetes (28,7%), cardiopatía (28,7%), enfermedad de Parkinson (28,7%) y enfermedad cerebrovascular (14,3%). El consumo de fármacos predisponentes: antidepresivos (42,8%), benzodiacepinas (28,6%), neurolépticos (28,6%) y laxantes (14,3%). Un paciente fue trasladado a otro centro. De los seis restantes, dos fueron éxito en el hospital tras una estancia media de 4 días, dos fueron trasladados a CSS donde fueron éxito antes de 15 días y dos fueron dados de alta tras una estancia media de 21 días. El 50% de los pacientes que sobrevivieron presentaba secuelas neurológicas en el momento del alta.

Conclusiones: El anciano, dada la elevada presencia de patologías y consumo de fármacos de riesgo es susceptible de presentar esta patología estacional. El golpe de calor es una patología grave con elevada mortalidad e importantes secuelas. En épocas de aumento de temperatura es importante sospechar esta patología para iniciar un tratamiento precoz.

LA INFECCIÓN RESPIRATORIA EN EL ANCIANO

M. Arellano Pérez, A. Renom Guiteras, M. Pi-Figueras Valls, J. Gutiérrez Cebollada, O. Sabartés Fortuna y M.Á. Márquez Lorente
Unidad de Geriatría de Agudos (UGA). Hospital del Mar, 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.

Material y métodos: Se estudian las infecciones respiratorias con cultivo de esputo recogido en las primeras 24 horas. Se analiza procedencia, germen etiológico, sensibilidad a antibióticos y relación entre etiología y variables prevalentes en el anciano: DM, EPOC, demencia, corticoterapia y antibióticoterapia previa.

Resultados: Se estudian 132 pacientes. La procedencia fue: domicilio (82,6%), residencia (11,4%) y CSS (6%). Únicamente el 50,8% de los cultivos de esputo fue positivo. Los gérmenes más prevalentes fueron: P. aeruginosa (20,9%), S. aureus (19,4%), H. influenzae (19,4%), Str. pneumoniae (14,9%) y K. pneumoniae (8,9%). P. aeruginosa presentó elevadas resistencias a cefalosporinas antipseudomónicas (> 25%), aztreonam e imipenem (> 35%) y ciprofloxacin (50%), mostrando únicamente sensibilidades > 90% para amikacina.

El 40% de S. aureus fue MRSA y el 10% MARSA, siendo la sensibilidad del 100% frente a cotrimoxazol. El 60% de Str. pneumoniae fue resistente a penicilina y el 85% a eritromicina presentando sensibilidad del 100% frente a cefotaxima, ciprofloxacino y vancomicina. Al analizar la distribución de gérmenes en función de la procedencia del paciente no se hallaron diferencias significativas aunque sí ciertas tendencias: en los procedentes de domicilio el germen más prevalente fue P. aeruginosa (21,8%), en los de residencia S. aureus (57,1%) y en los de CSS H. influenzae (40%). El análisis de la distribución de gérmenes en función de las variables estudiadas tampoco mostró diferencias significativas aunque sí ciertas tendencias: en EPOC un aumento de P. aeruginosa (23,9% vs 14,3%; p ns), en diabéticos un aumento de H. influenzae (26,3% vs 16,7%; p ns), en demencias un aumento de S. aureus (26,1% vs 15,9%; p ns) y en corticoterapia y antibióticoterapia previa un aumento de P. Aeruginosa (25% vs 19,6%; p ns) y (34,5% vs 10,5%; p ns) respectivamente.

Conclusiones: P. aeruginosa y S. aureus son los gérmenes más prevalentes en la infección respiratoria del anciano. P. aeruginosa y S. aureus presentan elevadas resistencias a antibióticos utilizados habitualmente. Str. pneumoniae presenta elevada resistencia a penicilina y macrólidos. Los pacientes provenientes de residencia presentan predominantemente S. aureus. Es conveniente la realización rutinaria de cultivos de esputo a los ancianos que ingresan por infección respiratoria, dada la atípica distribución de prevalencias y las elevadas resistencias.

¿A DISTINTA EDAD, DISTINTOS SÍNTOMAS? ESTUDIO EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS

A.B. Esteban Gimeno, E. González Pérez, R. Sisas Rubio y C. Ortiz Domingo
Hospital San Juan de Dios, Zaragoza.

Objetivo: Conocer perfil y sintomatología de pacientes ingresados en Unidad de Cuidados Paliativos (UCP) y estudiar diferencias entre distintos grupos de edad.

Métodos: Estudio analítico pr óptico. Pacientes paliativos ingresados en UCP de San Juan de Dios, Zaragoza de octubre 2006 a enero 2007. **VARIABLES:** edad, sexo, grupos de edad (<65 años, 65-80 años, > 80 años), diagnóstico, Karnofsky, Barthel, Pfeiffer, Estancia media, procedencia, destino, avisos urgentes a enfermería (AUE), avisos urgentes en turno de noche, avisos urgentes a médico (AUM), máximo escalón analgésico requerido (ME) y días que se utiliza cada escalón, rescate y veces que se requieren, secreciones, delirium, ansiedad, depresión, disnea, vómitos, enemas, sedación terminal. SPSS 12.0.

Resultados: N: 104. Resultados total de la muestra: edad media 74 (< 65 años: 20%, 65-80: 45%, > 80: 35%). 47,1% hombres, diagnóstico: 77,9% oncológico, 22,1% no oncológico. Tumores más frecuentes: pulmón y colon. Karnofsky medio: 30, Barthel medio: 10, Pfeiffer medio: 6. Estancia media: 15 días, 78% proceden de otro hospital, 83,5% éxito. Media AUE: 11 (6 en la noche), media de AUM: 1. El 63,6% precisa tercer escalón. La media de días que se utiliza el primer escalón es 2, el segundo 1 y el tercero 8. 68,3% precisan rescate, la media de rescates es 7. Presentan secreciones: 22%, delirium 39,4%, ansiedad 51,5%, depresión 4,5%, 33,7% disnea, vómitos 29%, 39,2% requiere enemas, precisan sedación terminal 19,1%. > 80 años: 50% precisan tercer escalón una media de 5 días, el 53,7% precisa rescates, media de rescates 4, presentan delirium 31%, ansiedad 36,7%, depresión 0%, 25% vómitos, 35,5% requiere enemas, sedación terminal 25%. No existen diferencias significativas intergrupales en ningún ítem.

Conclusiones: En nuestra UCP enfermería resuelve gran parte de los avisos urgentes. No existen diferencias significativas entre los tres grupos probablemente por la mala situación física, funcional y cognitiva de partida similar. Los mayores de 80 años precisan con menor frecuencia tercer escalón y presentan menos crisis de dolor quizás por menor frecuencia de neoplasias.

ANÁLISIS DE LAS DERIVACIONES EN UN CENTRO SOCIOSANITARIO

L. Grau Horns, C. Serna, M. C. Fernández, E. Carral y T. Sarroca
Sant Joan de Déu, Serveis Sociosanitaris, Esplugues de Llobregat, Barcelona.

Objetivo: Conocimiento de las causas que motivan las derivaciones a los hospitales de agudos y su adecuada indicación.

Material y métodos: Recogida de datos sociodemográficos, motivo de traslado, ingreso hospitalario y diagnóstico al alta.

Resultados: En 2006 se han realizado 56 derivaciones, 17 fueron a un hospital de 3º nivel (H. Bellvitge), 38 a uno de 2º nivel (H. Hospitalat) y 1 a hospital monográfico (Psiquiatría). Han sido 37 pacientes, 27 hombres (72,97%) y 10 mujeres (27,03%), media de edad de 74,51a, masculina 75,6 y femenina 71,5. 24 residentes se derivaron 1 vez (64,86%), 7 (18,92%) 2 veces y 6 (16,22%) 3 veces. 23 residentes (41%) reingresaron el mismo día al CSS. Estancia media en el hospital: 3 días (ST 5,20). Motivo de derivación: 11 (19,64%) por caída, 9 (16,07%) disnea, 4 (7,14%) AVC, 4 (7,14%) broncoaspiración, 3 (5,36%) arritmias, otras 3 (5,36%) Sd. Diarreico 3 (5,36%) descompensación diabética, 2 (3,57%) crisis comicial, 2 más (3,57%) retención aguda de orina y los 12 casos restantes (21,43%) por otros motivos como fiebre, agitación psicomotriz, celulitis, hipertensión, infección respiratoria, sepsis. Diagnóstico al alta del hospital: 5 (8,93%) neumonía, 4 (7,14%) EPOC, 4 (7,14%) TCE, 4 (7,14%) contusiones/heridas, 4 (7,14%) gastroenteritis, 3 (5,36%) fracturas, 3 (5,36%) retención urinaria y 3 más (5,36%) infección respiratoria. 2 residentes presentaron infección urinaria (3,57%), otros 2 (3,57%) celulitis, 2 (3,57%) sufrieron crisis comicial, 2 más (3,57%) arritmias cardíacas, otros 2 (3,57%) intoxicación farmacológica, otros 2 (3,57%) agitación psicomotriz y 2 más (3,57%) Sd. Vaginal. En 6 derivaciones (10,72%) finalizaron en Exitus y en las 6 derivaciones restantes (10,72%) se diagnosticaron diversas patologías como anemia, colecistitis aguda, broncoaspiración, absceso cutáneo, hipertensión e impactación fecal.

Conclusiones Las derivaciones hechas con pronóstico de gravedad coinciden con el mal pronóstico en el hospital y fueron bien detectadas. El elevado porcentaje de residentes que reingresaron el mismo día al Centro Sociosanitario hace sospechar de una valoración previa poco precisa.

ELABORACIÓN DE UN PROTOCOLO DE ENFERMERÍA DE VALORACIÓN DE UN RESIDENTE TRAS UNA CAÍDA

E. Ariza Moreno, F. Arias Cazorla, M. del Castillo Pérez Castro, S. Moreno Solano, G. Mateo González y Á. Giró Camacho
Sar Fuentesol, Alhaurín de la Torre, Málaga.

Introducción: Dada la incidencia y repercusión en el medio residencial, además de la prevención, es fundamental la correcta y completa valoración del mayor tras una caída.

La información obtenida en los momentos inmediatos tras una caída es sumamente importante, tanto para la valoración clínica inmediata del residente como para la prevención de futuras caídas.

Objetivo: Elaboración y aplicación de un protocolo de enfermería tras una caída en ausencia del médico.

Material: Recursos Humanos: Coordinadora de Enfermería, DUES. Recursos Materiales: Registros del GCR., Instrumentos clínicos, Sistemas informáticos.

Metodología: Un protocolo específico para la valoración de enfermería, basado en los ítems existentes actualmente en GCR (programa informático para información clínica y social) En curso clínico se recogerán los datos fuera de lo normal obtenidos tras la valoración. El protocolo en sí básico es: Se produce la caída. La primera persona en percibirlo avisa a la enfermera de turno. La enfermera acude y valora: Estado y posición general del paciente. Contusiones, traumatismos. Posibles heridas abiertas. Valoración del sistema locomotor, posibles fracturas, deformidad de miembros. Valoración neurológica: conciencia, pupilas, visión. Si procede, derivación a medio hospitalario. Motivos de las caídas para dar solución. Registro.

Conclusiones y resultados: Como conclusiones tenemos una óptima atención al paciente en caso de caída en medio residencial en ausencia del médico de plantilla y definir el algoritmo de decisiones a tomar. Establecer una metodología de trabajo sencilla, útil y eficaz. Valoración enfermera y si es necesario médica y pruebas diagnósticas para descartar complicaciones. Mejorar la calidad de vida del mayor tras una caída. Posibles estudios a posteriori de repercusiones del protocolo.

PACIENTES CENTENARIOS EN UNIDAD DE ATENCIÓN A DOMICILIO

C. Zaragoza, A. Besga Basterra, C. De Pablos, P. Gil-Gregorio y J.M. Ribera
Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

Objetivo: Describir las características de los pacientes centenarios atendidos en la Unidad de asistencia a domicilio.

Material y métodos: Estudio descriptivo de los pacientes centenarios valorados por la Unidad de asistencia a domicilio del Servicio de Geriatría del HCSC, en el periodo comprendido entre 1992 y Enero 2007. Se recogen variables demográficas (edad, sexo), clínicas (antecedentes personales, motivos de consulta, situación funcional, comorbilidad), funcionales (CRF), mentales (MEC, CRP) y sociales.

Resultados: Fueron valorados 46 pacientes centenarios. 78,2% mujeres, 71,7% son viudas, 82,6% viven con el 32,6 tienen cuidadora. Los motivos principales de consulta son: descompensación de enfermedades CV (47,7%), infecciones urinarias 74,4%, UPP 38%, trastornos de conducta 20%, infección respiratoria 62,2%, insuficiencia renal 53,5%, patología osteoarticular 68,2%. Pluripatología referida: 34,8% tiene 2 enfermedades, 23,9% tres, 13% cuatro, 2,2% cinco. Los síndromes geriátricos más frecuentes: Inmovilidad 84,8%, Demencia 56%, déficits sensoriales auditivo 41,9% y visual 67,4%, UPP 38%, estreñimiento 13%, caídas 6,5%. Situación funcional más prevalentes: 3-4/5 (35,6% respectivamente).

Conclusión: Los pacientes centenarios asistidos en la unidad de atención a domicilio presentan una moderada situación funcional y psíquica, con altas tasas de comorbilidad y complicaciones sobre todo la descompensación de enfermedades cardiovasculares, trastorno de conducta e infecciones.

VALORACIÓN DE FACTORES DE RIESGO EN DEMENCIAS

A. Besga Basterra, P. Gil Gregorio, Ll. Morón, A. Vitoria, R. Yubero y J.M. Ribera
Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

Objetivo: Conocer la asociación entre los FRCV y el grado de severidad en dos grupos: DV y EA.

Material y métodos: Estudio prospectivo observacional de tres años de seguimiento de pacientes con criterios de EA NINDS-ADRDA y de DV según criterios NINDS-AIREN. Se recogen las siguientes variables: edad, género, antecedentes familiares, FRCV (HTA, diabetes, tabaco, dislipemia, fibrinógeno, PCR), comorbilidad. Se analizan según grado de severidad (GDS). Análisis estadístico con una significación del 95% en el programa SPSS 12.0. Análisis Kruskal - Wallis para las variables no paramétricas y Post-hoc para las que siguen una distribución normal.

Resultados: Muestra de 274 pacientes, (edad media de $76,8 \pm 6,6$ años) 115 EA y 159 DV. Se analiza la asociación de los FRCV según GDS en ambos grupos. DV: GDS 3: sexo varón (16,7%), antecedentes familiares (1,09%), HTA (83,3%), dislipemia (66,7%), DM (16,7%), tabaco (0%), homocistein (50%), PCR (100%), GDS 4-5 sexo varón (24,7%), antecedentes familiares (9,12%), HTA (65,2%), dislipemia (67,4%), DM (22%), tabaco (4,6%), homocisteina (47,4%), PCR (100%). GDS 5-6 sexo varón (39,1%), antecedentes familiares (2,18%), HTA (78,9%), dislipemia (31,6%), DM (26,3%), tabaco (5,3%), homocisteina (100%), PCR (100%). EA: GDS 3: sexo varón (16,7%), antecedentes familiares (0,36%), HTA (33,3%), dislipemia (50%), DM (0%), tabaco (16,7%), homocisteina (0%), PCR (0%), GDS 4-5 sexo varón (34,8%), antecedentes familiares (5,4%), HTA (61,2%), dislipemia (51,5%), DM (22,7%), tabaco (9,1%), homocisteina (33,3%), PCR (72,7%). GDS 5-6 sexo varón (12,5%), antecedentes familiares (0,36%), HTA (69,2%), dislipemia (1,5%), DM 27,3%, tabaco (0%), homocisteina (50%), PCR (75%).

Conclusiones: Existen asociación entre los FRCV y el grado de severidad en ambos grupos. Existen diferencias significativas entre los dos grupos en las variables: dislipemia e HTA.

Palabras clave: Factores de riesgo. Cardiovascular – Demencias.

EFFECTO DE LA ANTIAGREGACIÓN EN PACIENTES GERIÁTRICOS INTERVENIDOS DE FRACTURA DE CADERA

A.J. Blanco Orenes¹, M.A. De la Torre Lanza¹, M.J. Led Domínguez¹, F. Madruga Galán¹, A. Escolante¹ y S. Carmona Lambooy²

¹Hospital Virgen del Valle, Toledo, ²Hospital de la Fuenfría.

Introducción: La fractura de cadera (FC) es una enfermedad con alta incidencia en el anciano y muchos de ellos dada su comorbilidad están en tratamiento antiagregante. Existe controversia en estudios previos en relación con retirada de la antiagregación y retraso en la cirugía por aumento del sangrado perioperatorio.

Objetivos: Evaluar el efecto de la antiagregación respecto al sangrado perioperatorio y la necesidad o no del retraso quirúrgico.

Material y métodos: Se diseña un estudio de cohortes prospectivo en pacientes mayores de 70 años con FC ingresados en traumatología desde el 1/I/06 hasta 31/XII/ 06 y seguidos durante estancia hospitalaria y ambulatoriamente. Se realizó historia clínica a preestablecida en un protocolo en la que se recogieron las siguientes variables: antiagregados (sí/no), transfusiones (sí/no), complicaciones de herida quirúrgica (hematoma, serosa, infección), estancia media hospitalaria, tiempo de espera prequirúrgico. Se realiza análisis estadístico con SPSS 11.5

Resultados: Se reclutaron 275 pacientes con FC, excluyéndose 20 por toma de anticoagulación oral y 2 por doble antiagregación. De los 253 incluidos: 84 antiagregados (33,3%), precisaron transfusión: 33/84 (39,2%); complicaciones de herida quirúrgica: hematoma-seroma:17/84 (20,2%), infección 2/84 (2,3%), estancia media:5,5 días y tiempo prequirúrgico: 2,2 días. 169 pacientes no antiagregados (66,7%, precisaron transfusión:64/169 (37%); complicaciones de herida quirúrgica: hematoma-seroma: 37/169 (21%), infección 4/169 (2,3%), estancia media: 5,8 días y tiempo prequirúrgico: 1,6 días. No se evidencia ningún caso de hematoma epidural 2º a raquianestesia. Comparados ambos grupos mediante chi cuadrado para variables cualitativas dicotómicas: transfusiones, hematoma/seroma, infección no hay diferencias estadísticamente significativas ($p = 0,82$, $p = 0,76$, $p = 0,90$, respectivamente) Mediante t de student para media se comparan tiempo prequirúrgico y estancia media hospitalaria sin hallarse significación estadística.

Conclusiones: La antiagregación no aumenta el riesgo de sangrado quirúrgico y por tanto, la necesidad de transfusión. La estancia media hospitalaria y el tiempo de espera prequirúrgico no están condicionado 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.

FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN DEMENCIAS VASCULARES VS DEGENERATIVAS

A. Besga, P. Gil Gregorio, Ll. Moron, A. Vitoria, R. Yubero y J M. Ribera
Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

Objetivo: Conocer la prevalencia de diferentes factores de riesgo cardiovascular en pacientes diagnosticados de Demencia Vascular y compararlo con pacientes diagnosticados de EA.

Material y métodos: Estudio prospectivo observacional de tres años de seguimiento de pacientes con criterios clínicos de EA NINDS-ADRDA y de DV según criterios NINDS-AIREN. Se recogen las siguientes variables: edad, género, antecedentes familiares, nivel educacional, hábitos tóxicos, parámetros analíticos, comorbilidad. Análisis estadístico con una significación del 95% en el programa SPSS 12.0. Análisis Kruskal - Wallis para las variables no paramétricas y Post-hoc para las que siguen una distribución normal.

Resultados: Se incluyen un total de 274 pacientes (edad media: 79 años) DV: 159, EA 115, edad media: 79. Prevalencias DV vs EA: ECV (74,8 vs 93,9%), HTA (69,6 vs 61,5%), DM (25,2-19,8%) Tabaquismo (4,7 vs 8%), alcohol (10,3 vs 20,8%), dislipemia (60,9 vs 52%), cariotipatía isquémica (6,1 vs 6,1%), FA (6,2 vs 3,2%), soplito cardíaco (7,5 vs 1,5%), enfermedad tiroidea (10,3 vs 6,3%), hipercolesterolemia (44,7 vs 47,6%), homocisteína (54-27%), fibrinógeno (14,3-14,3%), PCR (77,8-66,7%), Hb1Ac (57,9-64,3%). TCE (3,9 vs 1,1%), FA (6,2 vs 3,2%), depresión (31,5 vs 8,5%).

Conclusiones: Los FRCV están relacionados con la demencia. Se encuentra asociación estadísticamente significativa entre ambos grupos en las variables: HTA, dislipemia y depresión. Está justificado la necesidad de realizar estimaciones de riesgo cardiovascular con el fin de identificar pacientes de riesgo que se puedan beneficiar de una intervención.

Palabras clave: FRCV- demencia

FACTORES PRONÓSTICOS DE EVOLUCIÓN FUNCIONAL EN UNA UNIDAD DE MEDIA-LARGA ESTANCIA

I. Rodenas Iruela¹, A.I. Hormigo Sánchez¹, C. Sánchez Castellano², M. De la Torre Espinosa¹ y J. García Monlleó¹
¹Hospital Universitario San Rafael, ²Hospital Ramón y Cajal.

Objetivos: Describir y comparar características de los pacientes de una Unidad de Media-Larga Estancia. Analizar su relación con ganancia funcional.

Material y métodos: Estudio analítico retrospectivo descriptivo. Altas 1/junio - 1/septiembre 2006. Datos filiación, diagnóstico principal (DP), número diagnósticos, presencia úlceras presión (UPP), sonda vesical (SV), sonda nasogástrica (SNG), plurifarmacia, ubicación alta, índice Barthel (IB) previo, ingreso y alta, ganancia funcional (GF: IBA menos IBi). Análisis estadístico SPSS 11.0.

Resultados: N = 98; 66% mujeres. Edad media 77 años. DP: ACV isquémico (30%), cirugía ortoprotésica (26%) y otros. 81,3% no tenían UPP; 42,2% portaba SV y 14% SNG. En 50%: IBp 85; IBI 50 en 94,9%; IBA en 50,8% 40. En 75% hubo GF; la GF media = 25 puntos (0-80). 95%, 4 ó más fármacos. 27%: misma situación social, resto: refuerzo a institucionalización. A mayor edad, menor GF. Relacionamos IB-sexo: diferencias NS, pero el grupo de varones tiene mayor GF. Tendencia significativa a mejor IBA a mayor EM. Existe relación entre DP e IBA: peor evolución ACVA isquémico y mejor amputados y COT. Resto variables: no existe relación con IBA o GF pero la tendencia es a mayor nº de diagnósticos, peor recuperación funcional y mayor institucionalización cuando IBI < 20.

Conclusiones: Los pacientes que ingresan presentan fundamentalmente ACV isquémico, siendo los que menos se benefician del programa de rehabilitación. La mayoría son mujeres, aunque la GF tiene de a ser mayor en hombres. La evolución funcional no se relaciona con presencia de UPP, SV, SNG, EM o plurifarmacia.

PERFIL DE RESIDENTES A INGRESO DE UN BLOQUE DE CONCIERTO CON IGUALDAD Y BIENESTAR SOCIAL EN EL CENTRO RESIDENCIAL S.A.R. FUENTESOL

G. Mateo González, A. Giro Camacho, F. Arias Cazorla, M.A. Luque Fernández, E. Ariza Moreno y S. Moreno Solano
SAR Fuentesol, Alhaurín de la Torre, Málaga.

Introducción: Para la adecuación de los recursos asistenciales apropiados para la atención a las personas mayores que ingresan en nuestro centro y su correspondencia con lo establecido en la Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a personas en situación de dependencia, es necesario un análisis de los perfiles y grados de dependencia.

Objetivo: Presentar un breve estudio de la tipología de usuarios atendidos, tras un bloque de concierto de 30 usuarios, con la Consejería para la Igualdad y Bienestar Social, en el centro residencial SAR Fuentesol de los cuales se presentan datos de 22 usuarios estudiados.

Material: Recursos Humanos. Equipo de médico, coordinadora de enfermería, enfermería, fisioterapeuta y trabajadora social. Recursos Materiales: Escala de Barthel, Escala de Norton, Escala de Minimental y Planes de Cuidados Individualizados.

Método: Realización de las escalas al ingreso de los residentes. Elaboración de un plan de cuidados integral e individualizado. Revisión y estudio de los datos obtenidos calculando el grado de dependencia para cada residente.

Resultados: La Ley de Dependencia establece 3 niveles, dividido cada uno en dos subniveles. En base a las valoraciones efectuadas, la distribución, sería: Grado I: 0, Grado II Nivel 1, 2 usuarios (9,1%), presentando Barthel > 60 el 100% y MEC de 0 a 23 el 100%. Grado II Nivel 2: 6 usuarios (27,3%), presentando Barthel > 60 el 50%; Barthel 41-60 el 50% y MEC 0-23 el 100%. Grado III Nivel 1: 7 usuarios (31,8%), presentando Barthel > 60 0%; Barthel 41-60 el 14,3%; Barthel 21-40: 42,9% y < 21: 42,9 y MEC 0-23 el 100%. Grado III, Nivel 2: 7 usuarios (31,8%), presentando Barthel > 60 0%; Barthel 41-60 el 0%; Barthel 21-40: 14,3% y < 21: 85,7 y MEC 0-23 el 100%.

Conclusiones: El estudio muestra una concentración de dependencia grado II (36,4%) y de dependencia grado III -dependencia severa-(63,6%). En consecuencia, los requerimientos asistenciales para la atención de estos perfiles de alta dependencia han de ser adecuados y previstos a la aplicación de la ya vigente Ley de la Dependencia.

PROGRAMA DE EVACUACIÓN VESICAL EN UNA RESIDENCIA DEL GRUPO SAR

S. Moreno Solano, M. Del Castillo Pérez Castro, E. Ariza Moreno, M. A. Luque Fernández, G. Mateo González y F. Arias Cazorla
SAR Fuentesol, Alhaurín de la Torre, Málaga.

Introducción: La incontinencia urinaria es uno de los síntomas geriátricos más frecuentes, constituyendo un importante problema sanitario

rio en la población anciana. Debido al deterioro físico y cognitivo de los algunos residentes, la incontinencia urinaria comienza siendo ocasional, para finalmente convertirse en total. Con el "Programa de Evacuación Vesical" queremos prevenir las incontinencias totales y sus consecuencias.

Objetivos: Identificar todos los residentes incontinentes ocasionales. Evitar que degeneren en pacientes con incontinencia total. Evitar riesgos de padecer incontinencia total

Material: Recursos humanos: coordinadora de enfermería, enfermería y auxiliares de enfermería. Recursos materiales: material de higiene, programación de horario y nombres de residentes y registros de la actividad.

Método: Establecer un esquema de vaciado de la vejiga para evitar la incontinencia en personas con capacidad cognitiva limitada, que padecen incontinencia ocasional. Intervalo para ir al aseo no mayor de tres horas. Ayudar al residente a ir al aseo y provocar la eliminación. Programación: 8 h. Micción programada al levantar. 11,30 h. Micción programada tras hidratación. 14,30 h. Micción programada tras almuerzo. 17 h. Micción programada tras la merienda. 20 h. Micción programada después de cenar y antes de acostar.

Conclusiones y resultados: 14 residentes de 15 incluidos en el programa se han mantenido como incontinentes ocasionales, sin degenerar en incontinencia total. 1 único residente del total de 15 ha degenerado en incontinencia total por proceso de reagudización de su patología de base y encame. A la vista de los resultados obtenidos, se ha demostrado que el programa de evacuación vesical aplicado a residentes con incontinencia ocasional, ha sido efectivo, ya que mantiene la funcionalidad vesical, retrasando la aparición de incontinencia total.

PROGRAMA DE PASEOS EN SAR FUENTESOL

M. Del Castillo Pérez Castro, G. Mateo Sancho, S. Moreno Solano, A. Giro Camacho, M.A. Fernández Luque y E. Ariza Moreno
SAR Fuentesol, Alhaurín de la Torre, Málaga.

Introducción: El geriatra de Clínica alemana de Santiago, Eric Blake explica que «el envejecimiento trae consigo pérdida de fuerza física y masa muscular que, al acumularse, produce también una disminución de funcionalidad, es decir, de la capacidad que tiene las personas de desarrollar actividades de su vida cotidiana». Como Respuesta, se desarrolla en SAR Fuentesol un programa de ejercicio diario con residentes para poner en práctica este razonamiento.

Objetivos: Controlar la atrofia muscular favoreciendo y mejorando la movilidad articular. Disminuir o frenar la descalcificación ósea. Hacer más efectiva la contracción cardiaca. Favorecer la eliminación del colesterol (que reduce a su vez el riesgo de arteriosclerosis e hipertensión, rebaja la posibilidad de coágulos en vasos sanguíneos y de trombosis y embolias). Reducir el riesgo de infarto de miocardio y de accidentes cerebrovasculares. Controlar la obesidad. Mejorar las capacidades cognitivas o psicológicas.

Material y método: Medios materiales: Instalaciones de residencia SAR Fuentesol que cuenta con un extenso espacio donde desarrollar la actividad física (terrenos llanos con suelo regular). Medios humanos: Selección de una población de veinte residentes con calzado adecuado y flexible, dos auxiliares de enfermería y un fisioterapeuta.

Método: Previo control de capacidades funcionales, el programa se realiza durante una hora diaria en la que los residentes pasean por los alrededores de la residencia supervisados por los auxiliares que los acompañan y los ayudan si lo precisan. El tiempo de estudio del programa es de 6 meses. Concluido este periodo, el fisioterapeuta realiza una nueva valoración con escala TINETTI (escala de valoración de equilibrio y marcha). Al equilibrio se le otorgan puntuaciones de 0-16 puntos y a la marcha de 0-12 puntos respectivamente.

Resultados: Se registran los resultados de dos grupos: Residentes con deterioro más pronunciado con valoraciones hasta 15 puntos totales: 8 sujetos. Residentes con deterioro más atenuado con valoraciones entre 15-30 puntos totales: 12 sujetos.

Conclusiones: Si se comparan los valores de la escala antes y después del estudio se deducen las siguientes conclusiones: La población con mayores deterioros físicos y cognitivos previos al programa presentan unos valores similares o relativamente bajos a la valoración inicial. La población con las capacidades más conservadas mantiene la puntuación o incluso ha incrementado la puntuación en el equilibrio sobre todo.

UNIDADES HOSPITALARIAS ESPECIALIZADAS PARA EL PACIENTE ANCIANO CON PATOLOGÍA MÉDICA AGUDA. RESULTADOS PRELIMINARES DE UN META-ANÁLISIS

J.J. Baztán Cortés¹, F.M. Suárez², E. López³ y J. López Arrieta⁴
¹Hospital Central Cruz Roja, Madrid, ²Consejería de Salud, Principado de Asturias, ³Complejo Hospitalario Juan Canalejo, A Coruña, ⁴Hospital Universitario La Paz, Cantoblanco, Madrid.

Proyecto aprobado por la Agencia Española de Evaluación de Tecnologías Sanitarias PI05/90212.

Objetivos: Evaluar la efectividad de la atención geriátrica interdisciplinar directa y organizada para pacientes ancianos ingresados en el hospital por patología médica aguda, frente a la atención convencional mediante variables de incidencia de deterioro funcional, ubicación en domicilio, institucionalización y mortalidad al alta y a los tres meses, determinar la eficiencia de la atención especializada para la población mayor con patología aguda en resultados de proceso (disminución de la estancia media, reingresos) y económicos (costes).

Método: Revisión sistemática y meta-análisis de estudios controlados que incluyan la evaluación de la atención unidades organizadas con equipos interdisciplinares que proporcionan asistencia directa a pacientes mayores de 65 años que precisan ingreso hospitalario por patología médica aguda. Se incluirá una búsqueda electrónica en Medline, Embase, Cochrane Librar y e Índice Médico Español desde 1978, con una estrategia pre establecida y un escrutinio de las listas de referencias de los principales artículos. La selección de los artículos se realiza por pares y las faltas de acuerdo se resuelven por un tercer revisor. Los datos se extraen y tabulan para su posterior análisis de los datos agrupados que ofrecen estimadores resumen del meta-análisis.

Resultados: De los 3.659 artículos detectados inicialmente, 75 fueron seleccionados para una lectura completa, quedando finalmente 13 artículos correspondientes a 10 estudios (6 ensayos clínicos y 4 no aleatorizados) que cumplieron los criterios de inclusión en el meta-análisis.

Conclusiones: La hipótesis a estudio del meta-análisis es que la atención especializada a la población mayor con patología médica aguda en unidades organizadas con equipos interdisciplinares que tienen la responsabilidad directa sobre la asistencia de estos pacientes son efectivos y eficientes comparados con la atención convencional no especializada.

CONTROL DE LA DEMENCIA SENIL EN UN ÁREA DE SALUD

A. Roldan Marrodán, J. Iturralde Irizo, A.I. López de Viñaspre Muguerza, M.J. Ibars Cervera, M. Martínez Elgarresta y A. Lekuona Irigoyen
C.S. Casco Viejo, Vitoria, Gasteiz.

Introducción: La demencia senil es una patología cada día más frecuente, debido al envejecimiento de nuestra población. El cuidado de estos pacientes constituye una carga tanto familiar como social. El cuidado recibe fundamentalmente en los familiares y el control de estos pacientes en el médico de familia. La utilización de una historia clínica informatizada es importante para ayudarnos a controlar nuestra población con demencia.

Objetivos: El objetivo de este estudio es conocer como es el control de los pacientes con demencia en un área de salud.

Metodología: Diseño: estudio descriptivo transversal. Se utilizan todos los pacientes asignados a un Área de salud que atiende a una población de 257.708 habitantes mayores de 14 años. El estudio se realiza a principios de septiembre del 2006. Se utiliza un análisis de la base de datos del programa OSABIDE.

Resultados: Consta en la historia clínica informatizada, que tienen el diagnóstico de demencia 1620 pacientes, de 50397 mayores de 64 años. Se les ha realizado un test de valoración de demencia y se ha hecho un diagnóstico diferencial al 7,10%. Consta en la historia que se ha valorado la situación sociofamiliar del paciente con demencia, se ha identificado al cuidador principal y se ha dado un plan de cuidados individualizado al 30,31% de los pacientes con diagnóstico de demencia senil.

Conclusiones: Gracias al programa OSABIDE, conocemos en todo momento el control de toda nuestra población con demencia senil. Debemos tener en cuenta la falta de registro en la historia informatizada y debemos esperar algo más de tiempo para que los profesionales del área registren bien en la historia clínica. Debemos aumentar el criado, para que se acerque la prevalencia a la que da la bibliografía.

TIPOLOGÍA DE PACIENTES ATENDIDOS EN CONSULTAS EXTERNAS DE GERIATRÍA

P. Atienzar Núñez, J.L. Oliver Carbonell, P.M. Sánchez Jurado, M.I. García Tomás, E. López Jiménez y P. Abizanda Soler
Hospital Perpetuo Socorro Albacete.

Objetivos: Describir las características de los pacientes atendidos en una consulta externa de geriatría de un hospital docente universitario.

Métodos: Recogida sistemática de variables demográficas, clínicas, funcionales y mentales de todos los pacientes atendidos consecutivamente en las consultas externas de geriatría del Hospital Perpetuo Socorro de Albacete durante el mes de noviembre de 2006.

Resultados: En 2006 se atendieron 6298 pacientes. 1612 primeras visitas y 4686 sucesivas. En noviembre se atendieron 636, 193 primeras y 443 sucesivas. Edad media 80 años (DE 6; rango 65-99). 58,3% mujeres. Diagnóstico principal: deterioro cognitivo 58,5%, parkinsonismo 10,2%, depresión 3,8%, ictus 3,5%, cardiopulmonar 5,1%, otras 18,7%. N° de comorbilidad activa 3,5 (DE 1,8) por paciente y n° fármacos por paciente 5,5 (DE 2,7). Katz A = 28,9%, B = 24%, C = 20,3%, D = 7,9%, E = 5,1%, F = 7,8%, G = 5,9%. Pacientes con demencia 358 (56,3%). Tipo de demencia: Alzheimer probable o posible 86,2%, vascular 7,6%, Lewy 2%, frontotemporal 1,4%, otras neurodegenerativas 2,8%. GDS Reisberg (Alzheimer): 4 = 22,7%, 5 = 31,4%, 6=40%, 7 = 6,9%. El 69,3% de pacientes con demencia está en tratamiento con anticolinesterásicos o memantina y el 52,5% con psicofármacos.

Conclusiones: La tipología de paciente más frecuentemente atendida en consultas externas de geriatría son ancianos con enfermedad de Alzheimer moderada-moderadamente severa, con discapacidad leve-moderada, comorbilidad y polifarmacia.

OCTOGENARIOS EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

A. Peña González¹, M.D. Díaz Palarea² y C. Comí Díaz³
¹CS Arucas, Las Palmas, ²Universidad de Las Palmas de Gran Canaria, ³Hospital Clínico Dr. Negrín.

Objetivos: Estudio de comorbilidad, consumo de fármacos y utilización de servicios sanitarios.

Método: Estudio descriptivo transversal en una muestra representativa (n = 240) de una población rural > 80 años (N = 690) Arucas. Se recogen las variables demográficas, clínicas (Í. de Charlson; Test de Pfeiffer) y consultas realizadas de las historias de salud.

Resultados: Con una tasa de envejecimiento del 12,78%, los mayores de 80 años representan el 19,36% (61,7% mujeres) y edad media de 85,3 años (+ 4; 80-100). Las patologías más frecuentes son la HTA (65,8%); cardiopatías (26,55%); DM (21,9%) y patología vascular (17,37%). El Í. de Charlson es cero en el 18%, uno en el 39,6% y > 2 en el 42,1%. El consumo medio de fármacos por usuario es de 3,7 (+ 2,06; 0-11), el 42,5% esta polimedicada (> 4 fármacos). Los antihipertensivos son los más utilizados (66,7%), seguidos de a. plaquetarios y/o anticoagulantes (32,1%), analgésicos (24,6%) y psicofármacos (23,8%). El 27% presenta algún grado de déficit cognitivo, tres veces mayor en mujeres durante los primeros estadios (18,24%), igualándose en ambos sexos en los más avanzados. En los últimos seis meses el 98,3% realizó al menos una consulta médica a demanda, y el 17,6% a la consulta concertada; el 43,3% a la consulta de enfermería a demanda y el 44,5% a la consulta concertada. El 29,2% está incluido en el Programa de Atención Domiciliaria (70% mujeres). Las consultas de especialistas (últimos 6 meses): Oftalmología (23,3%), Odontología (17,9%) y ORL (15,8%). El 12,5% ingresó en el hospital en el último año, casi el doble hombres.

Conclusiones: La HTA y DM son los principales factores de riesgo cardiovascular y comorbilidad en mayores de 80 años, los programas de prevención, control y seguimiento de los mismos se hacen imprescindibles desde la AP. Los mayores de 80 años constituyen una población de riesgo de fragilidad, la polifarmacia es uno de los factores más frecuentes. La revisión sistemática de la medicación es un objetivo prioritario en la prevención de la fragilidad. Los mayores de 80 años constituyen una población diana de la atención domiciliaria desde la AP. Asimismo utilizan fundamentalmente la consulta de enfermería, aspecto importantísimo para trabajar actividades de prevención de la salud.

TRAYECTORIAS CLÍNICAS. UN INSTRUMENTO CLAVE PARA LA INTERVENCIÓN INTERDISCIPLINAR AL FINAL DE LA VIDA

C. Castellanos García, F.J. Fernández Rodríguez, A. Ramos Sánchez, N. Gávira Durán y M.M. Camuñez Montiel
F.I. San José, Madrid.

Introducción: Partiendo de una filosofía inicial de cuidados, muy arraigada en la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios pretendemos, sin abandonar esta filosofía, llegar a un nivel máximo de atención donde los cuidados al anciano ingresado en la residencia sean lo más técnicos, profesionales y completos, pero sobretodo humanos. Que la asistencia prestada a las cuatro dimensiones haga que todos veamos al paciente geriátrico no como una suma de déficits acumulados sino como una persona con unas necesidades sociales, sanitarias, afectivas, espirituales, que no ha cerrado su proyecto vital.

Objetivo: Disminuir la variabilidad en la práctica clínica. Aumentar el número de actuaciones registradas. Aumentar nuestra capacidad de investigación. Posibilidad de identificar cargas de trabajo. Atender las cuatro dimensiones mediante un instrumento normalizados. Apli-car cuidados basados en la evidencia al final de la vida.

Método: Agrupación de pacientes. Estandarización de cuidados en pacientes ancianos. Individualización de estándares. Personalización de la trayectoria clínica. Ejecución de la trayectoria clínica. Informatización: Sistema operativo LINUX DEBIAN UBUNTU. Servidor JAVA APACHE TOMCAT. Lenguaje de programación JAVA.

Resultados: La implementación de una herramienta que nos permite gestionar la atención integral del anciano de una forma estructurada y dinámica. Utilizando criterios comunes en el diseño del programa, hemos llegado a la interdisciplinariedad en la atención al anciano y en concreto en los cuidados al final de la vida.

Conclusiones: Debido a la gran cantidad de intervenciones que se precisan en el ámbito de la gerontología, y de forma exponencialmente creciente en el periodo final de la vida de nuestros pacientes geriátricos sentimos la necesidad de crear un herramienta para gestionar todas estas actuaciones de una forma pragmática, coherente, estructurada y que además aportara evidencia a las intervenciones.

ANÁLISIS DE LAS CAUSAS DE MUERTE EN LOS PACIENTES ANCIANOS DE UNA UNIDAD MULTIDISCIPLINAR DE INSUFICIENCIA CARDIACA

A. Urrutia, J. Lupón, S. Altimir, D. Mas, B. González y C. Díez Quevedo
Unidad de IC. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona, Barcelona.

Fundamentos: La insuficiencia cardiaca (IC) es un síndrome con elevada mortalidad. Muchos pacientes fallecen de por causas cardiovasculares (CV), pero una parte no despreciable lo hace por causas no cardiovasculares (NCV).

Objetivo: Evaluar las causas de mortalidad, tanto CV (que incluye IC, muerte súbita, infarto de miocardio, ictus, procedimientos cardíacos, otras CV) como NCV, (que incluye infección, neoplasia, declive, enfermedad hígado y páncreas, EPOC y fractura de fémur) en los pacientes ancianos (> 70 años) y comparar las con las de los más jóvenes.

Resultados: Desde Agosto de 2001 hemos asistido 717 pacientes de los que 338 (47,14%) eran 70 años. La mortalidad global durante estos más de 5 años, con una media de seguimiento de 828 días (intervalo 1-1972), ha sido del 26,6%, (20,3% para los < 70 a. y 33,7% para los 70 a.). La mayoría de los pacientes, 137 (71,17%) falleció de causas CV, 42 (21,98%) lo hizo por causas NCV y 12 (6,28%) por causas desconocidas. No había diferencias entre los jóvenes y los ancianos en las causas de muerte CV. Pero sí las había en las causas de muerte NCV, ya que los pacientes ancianos fallecían en mayor número por infecciones, declive y fractura de fémur y menos por EPOC 2 18,32; p = 0,003) (tabla).

Conclusiones: Los pacientes mayores y menores de 70 años fallecen de las mismas causas CV, pero los pacientes ancianos fallecen con más frecuencia de causas NCV propias de su edad (declive, fractura de fémur, infecciones). Causas de muerte no cardiovascular (%) < 70 años 70 años Infección 19 42 Neoplasia 37 27 Declive 0 15 Hígado/Páncreas 25 4 EPOC 19 0 Fractura fémur 0 12.

INICIATIVA DE GESTIÓN DE ASPECTOS BIOÉTICOS EN LA ATENCIÓN DE SOPORTE Y DE CUIDADOS PALIATIVOS EN UN PROGRAMA DOMICILIARIO (PADES). HOSPITAL DE SAN ANDREU. MANRESA, BARCELONA

D.L. Cardona Palacio, C. Ortega, C. Pardo, L. Verdugo, S. Cari y C. Joan
Hospital Sant Andreu, Manresa, Barcelona.

Objetivo: Iniciar un proceso de valoración, gestión, promoción y registro de aspectos bioéticos en los enfermos atendidos por el equipo de PADES.

Metodología: Los enfermos atendidos por PADES en su gran mayoría comportan enfermedades de importante magnitud en una fase avanzada, a menudo final. Surgen todos los aspectos relacionados con la vida al «final de la vida» y con esto todo lo que plantean las vivencias en el mundo de los valores, creencias....que se expresan y expresa la persona enferma y su familia. Nosotros como equipo habitualmente nos encontramos personas sin documentos de voluntades anticipadas. Desde el inicio de nuestro PADE S nos fijamos como objetivo la valoración y gestión de aspectos bioéticos y más tarde en el mes de septiembre de 2006, a propósito de la revisión del formato de historia clínica domiciliaria que incluye aspectos bio-psi-co-sociales-espirituales, incorporamos un apartado para registrar los aspectos bioéticos de manera formal, habitual y visible. Este proceso se inicia durante el ingreso y se continúa durante el seguimiento. Entre los aspectos valorados tenemos: capacidad para ejercer la autonomía, persona delegada en caso de no competencia (por voluntad del enfermo o consenso de la familia que solidariamente decide), información diagnóstica y pronostica, conspiración del silencio, voluntades anticipadas, decisiones al final de la vida y aspectos sobre atenciones finales y proceso de muerte. En algunos ítems se responde si o no y se reflejan las siempre matizaciones que surgen en espacios creados en blanco.

Resultados y conclusiones: Hemos encontrado que este proceso ofrece la posibilidad de mejorar la comunicación y el entendimiento entre el enfermo, la familia y el equipo de PADES, en tanto sienten que se les respeta como personas en su derecho a la pluralidad moral racionalizada y legítima, a la vez que reciben acompañamiento en el descubrimiento y reflexión de aspectos relevantes que surgen en la vivencia de la enfermedad. Mas allá de un documento de voluntades anticipadas las personas necesitan que se les respete y se les escuche, por que hay dudas en la búsqueda de «su certeza moral». A nosotros como equipo nos proporciona un «punto de partida y un norte» consensuado con el enfermo y su familia, sabemos cómo debemos acompañar y podemos ofrecer una asistencia que promueva la adaptación de las personas. Esta vivencia nos ha evidenciado también las dificultades y nos ha dejado por inquietud el querer investigar sobre temas de información y sobre conspiración de silencio de altísima prevalencia en nuestra población atendida; entre otros temas.

TOPOGRAFÍA DE ABVD DE POBLACIÓN GERIÁTRICA VALORADA EN CONSULTA DE ALTA RESOLUCIÓN

A. De Val Lafaja, A. Zamora Mur, J. Manuel Cucullo, I. Guajardo y M. Navarro
Hospital San Jorge, Zaragoza.

Objetivo: Determinar capacidad funcional y cognitiva de pacientes valorados en consulta de alta resolución (CAR) orientada a detectar y tratar déficits funcionales.

Metodología: estudio descriptivo retrospectivo desde mayo 2002. Variables: sexo, edad, procedencia, motivo de derivación, demora asistencial, fármacos, índice de Barthel, Tinetti simplificado, MSQ de Pfeiffer.

Resultados: N = 904. Varones 36,8%. Edad m 80a. Procedencia 55,8% Atención primaria, 22,9% Equipo Sociosanitario de Valoración Hospital Universitario Miguel Servet, 13,1% Consultas Externas de Geriatría, 5,6% Unidad de Hospitalización Servicio de Geriatría. Motivo derivación: fractura cadera 23,5%, deterioro funcional inespecífico 19,6%, ACV 17,7%, otras fracturas 6,7%, proceso asistencial 5,7%, otros 26,8%. Demora asistencial 4,9 días. Polifarmacia previa 78,3%, tras CAR 65,5%. Pfeiffer m 2. Tinetti-equilibrio > 3: 54,1%, Tinetti-marcha > 3: 55,4%. Barthel m 55: indep en comida 55,4%, ayuda en comida 35,5%, dep en comida 9,1%, indep en ducha 19,7%, dep en ducha 80,3%, indep en vestido 24,3%, ayuda en vestido 42%, dep en vestido 33,6%, indep en aseo personal 63,4%, dep

en aseo 36,5%, no incontinencia fecal 73,5%, incontinencia fecal ocasional 11,8%, incontinencia fecal 14,7%, no incontinencia urinaria 41,1%, incontinencia urinaria ocasional 31,2%, incontinencia urinaria 27,7%, indep en uso del retrete 37,1%, ayuda en uso del retrete 32,1%, dep en uso de retrete 30,8%, indep en transferencias 32,7%, mínima ayuda en transferencias 20,9%, gran ayuda en transferencias 25,4%, dep en transferencias 21,1%, deambulación indep 24,8%, indep con silla de ruedas 20,1%, deambula con ayuda 35,1%, dep en deambulación 20%, sube o baja escaleras sin ayudas 18,4%, necesita ayuda o supervisión en escaleras 25,1%, dep en escaleras 56,4%.

Conclusiones: Mayor claudicación en las actividades más complicadas para su realización como son la subida/bajada de escaleras y el baño. Necesidad de detección precoz de déficits funcionales a través del análisis de ABVD con el objetivo de programar terapias de recuperación funcional eficaces.

DEPENDENCIA FUNCIONAL EN OCTOGENARIOS EN LACOMUNIDAD

M.D. Díaz Palarea¹, A. Peña Gonzalez² y C. Comi Díaz³

¹Ulpq, Las Palmas, ²CS Arucas, Las Palmas, ³Hospital Clínico Dr. Negrín.

Objetivos: Estudio características sociodemográficas y funcionalidad.

Método: Estudio descriptivo transversal en una muestra representativa (n = 240) de una población rural > 80 años (= 690) Arucas. Se recogen las variables demográficas, funcionalidad Actividades de la vida diaria mediante el I. Barthel, I Lawton.

Resultados: Con una tasa de envejecimiento del 12,78%, los mayores de 80 años representan el 19,36% (61,7% mujeres) y edad media de 85,3 años (+ 4; 80-100). El 67,1% presenta dependencia en la realización de alguna AVDB, (66,45% mujeres). Las mujeres son dos veces más dependientes que los hombres El 10,4% presenta dependencia total, el 49,1% leve y el 32,9% es independiente. Destaca la dependencia para el aseo personal, micción y movilización en ambos sexos. En las AVDI la realización de actividades oscila entre 7 y 4. La mujer realiza más actividades que los hombres, sin embargo, aquellas personas que no realizan ninguna (25%) son de predominio femenino. Las actividades para las que son más independientes el uso del teléfono (88,33%) y responsabilidad de la medicación (80%) y las más dependientes el uso del transporte (32,22%), la realización de compras (33,33%) y la preparación de la comida (40%). Los hombres son más dependientes que las mujeres en la realización de casi todas las actividades instrumentales (fundamentalmente en las tareas del hogar) excepto, en la utilización del dinero y del transporte. Las actividades instrumentales relacionadas con las tareas domésticas, son prácticamente de predominio femenino en más de la mitad de los casos con respecto a los hombres.

Conclusiones: La funcionalidad en las AVD es una medida del grado de dependencia. Los mayores constituyen una población con algún nivel de dependencia. En nuestro estudio el 67% presenta dependencia en AVD-B y 75% en AVD-I. El aseo, eliminación, movilización, uso transporte y preparación de la comida son las más dependientes. Se pone de manifiesto las diferencias por sexo, los hombres son más dependientes en las tareas del hogar y más independientes en el uso del transporte y manejo del dinero. A pesar del grado de dependencia, la familia rural continua manteniendo a sus mayores en la comunidad. Las ayudas a estas familias se hacen imprescindibles.

EVALUACION Y SEGUIMIENTO DE SINDROME CONFUSIONAL AGUDO EN PACIENTES MAYORES DE 65 AÑOS CON FRACTURA DE CADERA SIN DEMENCIAS

M.A. De La Torre Lanza, A.J. Blanco Orenes, E. Martín Sánchez, M.J. Led Domínguez, F. Madruga Galán y M.S. Amor Andrés
Hospital Virgen del Valle, Toledo.

Introducción: El síndrome confusional agudo (SCA) es una de las complicaciones más frecuentes en pacientes geriátricos hospitalizados tanto por patologías médicas como quirúrgicas donde alcanza un porcentaje de hasta 60% en pacientes en pacientes con fractura de cadera. La etiología es múltiple, siendo la demencia previa el factor predisponente más frecuente. El desarrollo de este síndrome geriátrico provoca una mayor morbi-mortalidad y empeora la recuperación funcional.

Objetivo: Detectar la incidencia de SCA en pacientes con fractura de cadera mayor de 65 años sin demencia previa durante el ingreso y reevaluación cognitiva y funcional a los 2 y 6 meses año.

Material y métodos: Estudio prospectivo de cohortes dinámicas de pacientes > 65 años ingresados consecutivamente por fractura osteoporótica de cadera. Se aplicó el Clinical Dementia Rating (CDR) de Hughes para evaluar la existencia de deterioro cognitivo previo al ingreso. Fueron criterios de exclusión una puntuación en el CDR > 0,5, enfermedades neurológicas o psiquiátricas concomitantes, limitación sensorial y enfermedad terminal. La existencia de síndrome confusional se estableció mediante la valoración diaria con el Confusional Assessment Method (CAM). Además se aplicó el índice de Katz y Brody para valoración de actividades de vida diaria. Estos fueron aplicados al ingreso, 2,6 meses de seguimiento mediante visita domiciliaria.

Resultados: Se recogieron 433 pacientes ingresados por fractura de cadera. Incluidos 200. La edad media fue 82,25 (66-104). Mujeres: 156 (78%) y hombres: 44 (22%). Durante el ingreso: fallecidos: 5. Presentaron SCA 64/195 (35%), persistiendo al alta en 17 (9%). Test de Lawton al ingreso: ≤ 4/8: 65/195 (33,4%), Lawton > 4/8: 130/195 (66,6%). Deambulación previa al ingreso: autónoma: 35/195 (18,3%), con ayuda técnica: 137/195 (70%), sin deambular: 8/195 (4%). Seguimiento a los 2 meses 183 pacientes. Fallecidos: 12. SCA: 16/183 (9%); CDR > 0,5 34/183 (19%). Lawton ≤ 4/8: 139/183 (76%), > 4/8: 56/183 (31%). Deambulación autónoma: 13/183 (7%); deambulación con ayuda: 151/183 (83%); sin deambular: 31/183 (17%). Seguimiento a los 6 meses de 152 pacientes. Fallecidos 8. SCA 13/152 (9%); CDR > 0,5 29/152 (19%). Lawton ≤ 4/8: 60/152 (39%), > 4/8: 92/152 (61%). Deambulación autónoma: 44/152 (29%); deambulación con ayuda: 88/152 (58%); sin deambular: 20/152 (13%). Seguimiento al año: 110, fallecidos: 4, SCA: 19/110 (17%); CDR > 0,5 29/110 (26%). Lawton ≤ 4/8: 38/110 (35%), > 4/8: 72/110 (65%). Deambulación autónoma: 27/110 (25%); deambulación con ayuda: 74/110 (67%); sin deambular: 9/110 (8%).

Conclusiones: Existe una alta incidencia de síndrome confusional agudo en pacientes geriátricos con fractura de cadera sin demencia previa. Durante el seguimiento persiste un considerable porcentaje de casos con SC (datos preliminares, pendiente de completar estudio) que probablemente desarrollen deterioro cognitivo. Estos pacientes tienen una buena recuperación funcional a pesar del alto porcentaje de SCA al ingreso, probablemente por llevar a cabo un tratamiento rehabilitador en una unidad de recuperación funcional en la mayoría de los casos.

EL SÍNDROME METABÓLICO EN PACIENTES MAYORES CON ICTUS

C. Fernández Alonso, L. Sekaran, A. Sinclair, A. Patel y J.M. Ribera Casado
Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

Objetivos: Determinar la incidencia y el impacto del síndrome metabólico (Smet) en pacientes mayores con ictus.

Material y métodos: Estudio retrospectivo de 100 pacientes ingresados en 2006 en la Unidad de Ictus (Agudos y Convalecencia) del Luton & Dunstable Hospital (Reino Unido). Se recogieron variables demográficas, clínicas, funcionales y sociales.

Resultados: 56% mujeres, edad media 79 años, raza (88% caucásicos, 7% afrocaribeños, 5% asiáticos), incidencia Smet 27%, nº facetas Smet (hiperglucemia, HTA y obesidad/dislipemia) (0: 9%, 1: 31%, 2: 35%, 3: 25%). Tipo ictus: 86% isquémico, 14% hemorrágico, 42% derecho, 57% izquierdo, 1% bilateral, 22% TAC, 29% PAC, 32% LAC y 17% POC. 63% historia HTA, 83% HTA al ingreso, 26% DM2, 29% hiperglucemia al ingreso, HbA1c 7,3, 20% fumadores, IMC 26, colesterol 4,5, LDL 2,9, HDL 1,00, TG 1,1, crea 1,02, comorbilidad (48% ictus previo, 23% cardiopatía isquémica, 23% fibrilación auricular, 22% EPOC, 10% tumor), Barthel (basal: 85, al ingreso: 35, al alta: 55), historia social (88% casa, 12% en residencias). Complicaciones: 58% infecciosas, 38% neurológicas, 10% cardiológicas. Destino al alta: 72% casa, 1% centro apoyo, 24% residencias. Mortalidad intrahospitalaria: 13%. Ningún paciente presentó medida circunferencia abdominal ni microalbuminuria. Los pacientes con Smet (criterios NACTP III) presentaron ictus isquémico ($p = 0,017$), ictus peor pronóstico ($> TAC, PAC y < LAC$) ($p = 0,008$) y más complicaciones neurológicas ($p = 0,006$). Al aumentar el nº de facetas de Smet, aumentó riesgo de ictus isquémico ($p = 0,001$), ictus peor pronóstico

($p = 0,001$) y mayor dependencia al alta ($p = 0,003$). Análisis estadístico 12,0.

Conclusiones: El Smet tiene alta incidencia, se asocia a ictus isquémico de peor pronóstico, más complicaciones neurológicas y con mayor dependencia sin asociar se a mayor mortalidad en nuestra muestra.

EVALUACIÓN DEL PRIMER AÑO DE PREALT TRAS CINCO AÑOS DE ALTAS HOSPITALARIAS COORDINADAS

D. Lozano Moreno¹, V. Villamajor Blanco, A. Pérez, M.T. Rubio, E. Pérez Olmo y L. Reig Puig²

¹Hospital General de L'Hospitalet, ²Hospital sociosanitario de L'Hospitalet

Introducción: El progresivo envejecimiento de la población que presenta enfermedades crónicas e invalidantes ha determinado una creciente demanda de atención sociosanitaria, creando así la necesidad de mejorar la coordinación entre los diferentes niveles asistenciales para poder ofrecer una continuidad de cuidados. Teniendo como premisa esta reflexión se inicio hace cinco años el proyecto de enfermería de enlace en nuestro centro, esta figura funcionó desde el 2001 a 2005, durante este periodo se coordinaron mediante enlace un total de 325 altas. En el año 2006 tras un claro compromiso de los diferentes equipos directivos se plantea un nuevo reto en el que la implicación en la coordinación de altas hospitalarias y la continuidad asistencial, pasa a ser un objetivo común e interdisciplinar. Cada vez encontramos más limitaciones importantes funcionales a nivel físico, psíquico y en muchos casos sociales, se realizará una especial atención a las familias, con una detección de sobrecarga y claudicación necesaria para prevenir para poder asumir a la persona mayor en domicilio. Se Llamara PREALT, con este nuevo protocolo en el que la intervención no sólo era del personal de enfermería se pretendió además poder formalizar este circuito con una previsión de 24-48 h antes del alta Hospitalaria, que en el anterior periodo se realizaba el enlace casi en el 70% el día del alta hospitalaria y con un requisito obligatorio: la existencia de una persona que realice las funciones de «cuidador/a principal». El proyecto, es bidireccional H. agudos - Primaria, por lo que también existe la figura de enfermera de PREALT en Atención Primaria es quien facilita la comunicación con el resto del equipo asistencial de salud. El perfil de los pacientes que incluimos en este circuito fue el siguiente: Los que derivamos a Atención Primaria (AP) son aquellos que precisan: continuidad de curas en domicilio, seguimiento de tratamientos farmacológicos- terapias, en situación de dependencia moderada o grave (aplicando la escala Barthel), con reingresos frecuentes, personas que se da alta a domicilio en espera de ingreso en otro recurso asistencial o que posean un alto índice de Comorbilidad médica (índice de Charlson). Por otro lado, el perfil de pacientes remitidos desde (AP), son aquellos que precisan desbridar UPP infectadas, tratadas de forma ambulatoria y sin pasar por el servicio de urgencias, transfusiones sanguíneas, programación de visitas CCEE (especialistas), e intentar adelantar pruebas diagnósticas.

Objetivos: Analizar la actividad de la enfermera de PREALT de un Hospital de agudos de segundo nivel durante el año 2006. Evaluar el primer año de PREALT tras cinco años de altas hospitalarias coordinadas con enfermería de enlace.

Material y métodos: A partir de la base de una base de datos elaborada con la aplicación estadística, hemos procedido a un estudio prospectivo de carácter descriptivo en el primer año de implantación del programa PRE-ALT, revisado las variables como: sexo, edad media, servicios que solicitan seguimiento en domicilio, diagnósticos (médicos o GRD) de ingreso, motivo de coordinación con Atención Primaria, días de pre-aviso del alta hospitalaria y reingreso por la misma patología en menos de tres meses, entre otras. Cuantas altas hospitalarias permitieron una buena coordinación en 24-48 h previas «PREALT» y cuantas fueron coordinadas sin previsión, es decir, comunicadas el mismo día del alta «enlaces».

Resultados: Pacientes incluidos dentro del programa «Pre-Alt.», 148 (72,9%). Pacientes enlazados 55 (27,1%). En el año 2006 desde hospital de agudos a (AP) se coordinaron un total de 203 pacientes. La distribución por sexo: 84 hombres 41,4%, 119 mujeres 58,6%. Número y porcentaje de pacientes con edad < 65 años: 19 pacientes (9,4%); entre 65-75 años: 51 pacientes (25,1%); entre 76-85 años: 92 pacientes (45,3%); > 85 años: 41 pacientes (20,2%). Edad media: de 77,76 con un mínimo de 47 años y un máximo de 97 años. El porcentaje de casos coordinados más significativo proceden de los ser-

vicios de: Medicina interna 58 (28,6%), Traumatología 47 (23,2%), c vascular y Cirugía general 15 (7,4%). Los motivos más frecuentes: Cura de UPP: 39 pacientes (19,2%), Curas postoperatorias: 34 pacientes (16,7%), Comorbilidad: 57 pacientes (28,1%), Pr. social: 25 pacientes (12,3%). De los 203 pacientes, 37 pacientes (18,2%) tienen un segundo motivo, los más frecuentes: Pr. social: 10 (4,9%), Comorbilidad: 10 (4,9%) y Cura de UPP: 6 (3%). El destino al alta: ciudad en la que se encuentra nuestro centro: 81% (A BS zona de l'Hospitalet de Llobregat), área bajo Llobregat: 19% de los casos. En los 203 casos se identifica al cuidador principal y se coordina conjuntamente el alta hospitalaria. Reingreso hospitalario en menos de tres meses por la misma patología es de 48 pacientes (23,6%), con una media entre el preaviso y la fecha de alta de 1,55 días con una desviación estándar 1,63.

Conclusiones: La intervención de los diferentes profesionales: médicos, trabajadores sociales en el proyecto ha hecho que se extreue la sensibilización del perfil de pacientes candidatos a seguimiento en domicilio, apreciándose un aumento progresivo de altas coordinadas. En muchas ocasiones debido a la presión asistencial que provoca la cantidad de pacientes que se encuentran en el servicio de urgencias en espera de ingreso en planta, hace que se realicen altas hospitalarias sin la previsión deseada, son los que hemos denominado enlaces.

FACTORES ASOCIADOS AL DESARROLLO DE CUADRO CONFUSIONAL AGUDO EN ANCIANOS INGRESADOS POR ENFERMEDAD MÉDICA AGUDA

B. Montero Errasquín, E. Sánchez García, M. Alonso Armesto, J. Ortiz Alonso, J.A. Serra Rexach y M.T. Vidán Astiz
Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid.

Objetivo: analizar los factores que se asocian a la aparición de cuadro confusional agudo (CCA) durante la hospitalización por enfermedad médica aguda, en pacientes ancianos.

Métodos: estudio observacional prospectivo de todos los pacientes mayores de 70 años con alguno de los factores de riesgo de CCA (demencia, alteración visual, deshidratación o índice de Apache > 16) ingresados consecutivamente en la unidad de Agudos de Geriatría y dos Servicios de Medicina Interna en el Hospital General Universitario Gregorio Marañón, durante 10 meses. Se analizaron factores sociodemográficos, comorbilidad (índice de Charlson), tratamiento habitual, situación funcional, motivo de ingreso, gravedad (Apache II), prácticas clínicas, estancia y mortalidad. La aparición de CCA se evaluó diariamente según los criterios CAM. Las principales variables asociadas a la aparición de CCA se analizaron en un modelo de regresión logística múltiple.

Resultados: se incluyeron 379 pacientes con una edad de $83,5 \pm 7$ años, índice de Charlson de $2,66 \pm 2$ y Apache medio al ingreso $11,65 \pm 3,82$. El 23,5% padecía demencia, el 36,7% tomaba psicofármacos. El 52% sufrió un déficit visual. El motivo más frecuente de ingreso fue enfermedad infecciosa en 37,7% seguido de patología cardiovascular (31,9%). Desarrolló CCA durante el ingreso el 15,6%. La estancia media fue de $7,8 \pm 4,8$ días con una mortalidad del 4,5%. Las principales variables asociadas a la aparición de CCA fueron: la edad, demencia, déficit visual, tratamiento con psicofármacos, sondaje urinario mayor de 48 horas, retención aguda de orina, encamamiento mayor de 48 horas y la ausencia de movilización. De ellos sólo la edad, el déficit visual y la retención aguda de orina durante el ingreso se mantuvieron asociados a CCA tras el análisis multivariado.

Conclusiones: el CCA es una complicación frecuente durante la hospitalización del anciano por enfermedad médica aguda. Los pacientes más ancianos y con déficit visual tienen especial riesgo de padecerlo. Determinadas prácticas clínicas, no siempre imprescindibles, se asocian a su aparición y podrían ser modificadas.

RESULTADOS FINALES: ESTUDIO DE INTERVENCIÓN NUTRICIONAL 2004-2006

A. Zamora, A. De Val, A. Sanjoaquin, C. Cánovas y J. Aranda
Hospital San Jorge, Zaragoza.

Objetivos: Descripción del estudio de intervención nutricional en ancianos hospitalizados. Identificación de pacientes desnutridos o en riesgo. Intervención nutricional a través de seguimiento evolutivo durante un año.

Material y métodos: Estudio descriptivo prospectivo de pacientes ingresados de nov 2004 a nov 2005 con seguimiento de un año. Deteccción de pacientes desnutridos o en riesgo mediante parámetros bioquímicos (albúmina < 2,5, colesterol < 150, linfocitos < 1200) y test MNA. Intervención nutricional. Seguimiento telefónico al mes, 3, 6 meses y un año. Encuesta dietética, factores de riesgo de desnutrición, Barthel.

Resultados: 528 pacientes. 84,4 años. Mujeres 71,2%. Viven en domicilio 73,7%. 50 viven solos. Barthel m 40; ingesta 89 UPP, 133 disfagia, 324 estreñimiento, 92 candidiasis, 302 demencia, 125 depresión, 140 ACV, 58 cáncer. Estancia media 13,3 días. En el hospital 11 usan SNG, 4 GPC. 132 usan espesante, 109 suplementos, 108 pérdida de peso. Albúmina m 3,1, colesterol m 160,2, linfocitos m 1738. MNA < 17: 228, MNA 17-23,5: 216. Éxitos: 16%. Al mes reingresa el 15,6% con 14,2% de mortalidad. Fallecen al año 40,3%. Los pacientes desnutridos (104) tienen mayor estancia hospitalaria, número de fármacos, candidiasis, demencia, inmovilidad, estreñimiento, disfagia, UPP, dependencia en la ingesta, delgadez, pérdida de peso, mortalidad hospitalaria y al mes, menor Barthel previo y al alta. Grupo MNA < 17, más alteraciones de conducta y uso de neurolepticos ($p < 0,05$). 50% de los desnutridos fallece antes del primer mes. Correlación entre hipoalbuminemia con menor Barthel y mayor estancia. Pacientes con analítica anual ($n = 40$), existe mejoría significativa tras intervención nutricional entre los parámetros analíticos al ingreso y al año.

Conclusiones: Necesidad de realizar valoración nutricional en el anciano hospitalizado que permita una intervención nutricional precoz. Importancia del seguimiento del paciente desnutrido al alta para intentar disminuir la aparición de complicaciones.

TRAYECTORIA CLÍNICA: «CUIDADOS DE BIENESTAR Y CONFORT AL FINAL DE LA VIDA EN UNA UNIDAD DE LARGA ESTANCIA SOCIOSANITARIA»

N. Saavedra Martí, S. Ubero Fernández, A. Caro Agudo, J. Escribano Navarro y M.P. García Caselles
Unidad de Larga Estancia. Centre Fòrum, Hospital del Mar, Barcelona.

Un gran porcentaje de pacientes ingresados en las unidades de larga estancia sociosanitaria es tributario de cuidados de bienestar y confort. El objetivo del trabajo fue diseñar una trayectoria clínica que mejorara la atención al final de la vida, tanto de estos enfermos como de sus familias. Para ello, en primer lugar se definieron las características a reunir por el paciente tipo: que fuera totalmente dependiente para la realización de las actividades básicas de la vida diaria (índice de Barthel inferior a 20 puntos) y que su enfermedad de base cumpliera criterios de terminalidad (tomados y modificados de J Espauella, Master Gerontología Clínica, UAB, Barcelona, 2001), sin que su estado cognitivo fuese un factor determinante. A continuación, se consensuaron los siguientes diagnósticos de enfermería: Riesgo de síndrome del desuso; déficit de autocuidados para todas las ABVD's y; afrontamiento ineífaz de la enfermedad por parte de la familia. Por último, se planificaron en el conjunto de actividades a desempeñar por el equipo interdisciplinar. Algunos ejemplos serían: suprimir control de constantes excepto la temperatura, hidratación y nutrición cuidadosas por boca (de elección), siendo la dieta adaptada y sin restricciones, sedestación y movilizaciones según tolerancia, cura conservadora de úlceras, control del dolor e información y soporte continuado a las familias.

Palabras clave: Trayectoria Clínica. Cuidados de Bienestar y Confort. Unidad de Larga Estancia.

GESTIÓN CLÍNICA: CRÓNICA 2006, LA VIDA SIGUE IGUAL...

P. Vidaño Pérez, J. Alarcón Corominas y E. García-Arilla Calvo
Hospital Geriátrico San Jorge, Zaragoza.

Objetivo: Analizar principales indicadores asistenciales de la casuística atendida.

Método: Diseño: Estudio descriptivo retrospectivo Ámbito: Área de hospitalización, recuperación funcional, consulta externa y hospital de día del Servicio de Geriatría. Sujetos: Todos los pacientes en cartera de servicios de distintos niveles asistenciales. Mediciones: Ingresos, estancia media (EM), procedencia, índice de ocupación (IO), índice de rotación (IR), estancias, diagnósticos (GRDs), mortalidad y reingresos, situación funcional, comorbilidad demencia e insuficien-

cia cardíaca, número de consultas, pacientes en programa de recuperación funcional y hospital de día. Tratamiento estadístico descriptivo.

Resultados: Hospitalización: 1420 pacientes (75,19% urgentes y 24,81% programados) 38% hombres y 62% mujeres. Edad 84,5 EM: 14 días. IO: 80%. IR: 20. Mortalidad 21%. Reingreso precoz: 3%. Índice de Barthel previo (IBP) > 65: 23%, < 20: 40%, comorbilidad demencia 46%, comorbilidad insuficiencia cardíaca 27%, GRDs por orden de frecuencia: 429 (alteraciones orgánicas y retraso mental), 127 (insuficiencia cardíaca), 89 (neuromuscular simple con cc), 320 (infecciones del riñón y tracto urinario), 14 (trastornos cerebrovasculares específicos), 79 (infecciones e inflamaciones respiratorias con cc), 395 (trastornos de los hematíes), 541 (trastornos respiratorios excepto Bronquitis y asma con cc y 15 (AIT). El 67% de los casos se agrupan en 25 GRD. Media de nuevos diagnósticos por paciente: 4,5. Recuperación Funcional: 121 pacientes con un promedio de 8 sesiones. Hospital de Día: 106 pacientes nuevos. Consultas Externas: 4277 (1253 primeras consultas, 1067 de Atención Primaria), demora primera consulta: < 15 días.

Conclusiones: El paciente con grado de dependencia moderado, comorbilidad demencia en diferente fase y procedente de urgencias es el tipo de ingreso más frecuente. Casi dos terceras partes de los pacientes hospitalizados se agrupan en 25 GRDs. Continúa el incremento en la demanda de interconsulta programada desde Atención Primaria.

Palabras clave: Indicadores. Gestión Clínica.

¿DÓNDE MUEREN LOS PACIENTES SIN CÁNCER?

G. Diestre Ortín, A. Doz Modrego, F. Aroca Martínez, N. Collell Doménech, M. López Postigo y E. Poyato Gómez
PADES, CSPT, Institut Universitari Parc Taulí, Sabadell, Barcelona.

Introducción: La práctica asistencial muestra que para morir o no en casa hacen faltan unas condiciones que lo faciliten. Analizamos las características de los pacientes fallecidos controlados por el PADES (Programa Atención Domiciliaria-Equipo de Soporte).

Objetivo: Determinar las diferencias más significativas entre los pacientes controlados por el equipo PADES que mueren en casa y los que lo hacen en el hospital.

Material y método: Estudio descriptivo retrospectivo. Criterio de inclusión: pacientes fallecidos entre el 1 Enero 2005 y el 31 Diciembre 2006. Variables: sexo, lugar de la muerte, tipología, cuidador principal, procedencia, síntomas que motivan la asistencia al hospital

Resultados: Estudiados 106 pacientes (51,9% mujeres; 48,1% hombres). El 70,8% ha fallecido en domicilio (10% Residencia), 29,2% en hospital. El 81,8% de mujeres fallecen en casa frente al 58,8% de los hombres. Por tipologías, mueren en casa: geriátricos 78,6%; crónicos 68,2% dementes 92,6%; neurológicos avanzados 85,7%; EPOC 26,7%; ICC 0% y portadores de gastrostomía 40%. Cuando el cuidador principal es la pareja, no hay diferencias significativas entre muerte en el hospital o casa (45,2% v 54,8%), el 78,3% de los que son cuidados por los hijos fallece en domicilio. Cuando la solicitud de PADES procedía de una residencia el 100% de los pacientes pudo morir en ella; si procedía del EAP, el 86,1% pudo morir en casa; si procedía de la propia familia fue el 87,5% y si procedía del hospital fue el 48,5%. De los pacientes fallecidos en el hospital, el motivo de ingreso fue la disnea en el 50% de los casos.

Conclusiones: Perfil del paciente que fallece en casa: mujer mayor de 85 años con demencia avanzada, cuyo cuidador principal es su hija y cuyo médico de cabecera solicita la intervención de PADES para abordaje del final de la vida. Perfil del paciente que fallece en el hospital: hombre con EPOC, cuidado por su esposa, derivado a PADES por un recurso hospitalario, que acude a Urgencias por disnea y finalmente muere en el hospital.

COMORBILIDAD Y MEDICAMENTOS: MEJORANDO LA SEGURIDAD CLÍNICA

C. Canovas Pareja, N. Fernández, A. Zamora, J. Alarcón, T. Morlana y E. García-Arilla
Hospital San Jorge, Zaragoza.

Objetivos: Analizar la incidencia de polifarmacia, interacciones medicamentosas y reacciones adversas más frecuentes en ancianos hospitalizados en una Unidad de agudos geriátrica

Método: Estudio observacional, descriptivo y prospectivo de una muestra aleatoria de pacientes ingresados en un Servicio de geriatría del 15/10/06 al 31/01/07. Base de datos SPSS con variables epidemiológicas, clínicas y farmacológicas

Resultados: 152 pacientes, 57 (37,5%) con polifarmacia (más de 6 fármacos al ingreso). Mujeres 82,5% ($p < 0,05$). Edad media: 84,46 años. Viven en domicilio 56,1%. Se administran solos la medicación 8,8%. Barthel < 20: 43,4%. SPMSQ > 3 errores 42,5%. Número de diagnósticos al alta 5,43. Comorbilidad: demencia (22), ACV (8), EPOC (6), I cardíaca (32), diabetes (17), cáncer (5), déficit visual (29), hipoacusia (29). Mortalidad: 3,9%. N° fármacos al ingreso: 9,28, al alta: 6,93 Tuvieron reacciones adversas: 31 (ingreso: 20, hospital: 7, ambos: 5) en relación a intoxicación por digoxina (6), hipoglucemia-ADO (4), diarrea-amoxicilina clavulánico (3), hiperkalemia enalapril-espironolactona (2), delirium-ópiáceos (2) Potenciales interacciones medicamentosas: 52 (ingreso: 20, hospital: 17, alta: 15) en relación a digoxina-diurético (17), IECA-furosemida (27), IECA-espironolactona (8), antiácido-IECA (25). Tuvieron medicación inapropiada (criterios de Beers): 16 (ingreso: 11, hospital: 2, alta: 3)

Conclusiones: El perfil del paciente con polifarmacia en nuestra Unidad corresponde a una mujer de 84 años, que vive en su domicilio y a la que administran la medicación. El promedio de fármacos al ingreso y el riesgo de potenciales interacciones medicamentosas son muy elevadas, con predominio del grupo de fármacos del área cardiovascular. La elevada incidencia de polifarmacia nos obliga a extremar la vigilancia de aparición de reacciones adversas e interacciones en cualquier nivel asistencial. El ingreso del anciano en el hospital debería favorecer una prescripción adecuada con un intento de reducción de la polimedición

Palabras clave: Polifarmacia. Anciano

VÍA CLÍNICA DE FRACTURA DE CADERA: UN BUEN EJEMPLO DE TRABAJO INTERDISCIPLINAR

N. Flaquer Terrasa¹, E.C. Hurtado García¹, A. Bergas Gelabert², M. Segarra Ferrán¹, J. Boronat Rom¹ y M. Vacas Guerrero¹
¹Hospital San Juan de Dios Palma de Mallorca, ²Hospital Comarcal de Inca.

El objetivo de la presentación es el de dar a conocer la vía clínica de fractura de cadera que se ha elaborado en nuestro hospital. Esta vía se creó con la finalidad de optimizar los recursos y mejorar el trabajo entre las diferentes disciplinas que concurren a la hora de abordar dicha patología. En la actualidad hay pocos hospitales que la tengan desarrollada y en las Islas Baleares es el primer hospital que cuenta con esta novedosa herramienta de trabajo. De momento no podemos hablar de resultados cuantificables, por el corto periodo de tiempo de implantación, no obstante se ha visto mejorado el trabajo en equipo y la comunicación entre los diferentes profesionales.

FÁRMACOS INADECUADOS EN EL ANCIANO

F.J. Afonso Argilés¹, B. Pascual Arce², L. García Sánchez² y J. Cunill Ollé³

¹UFISS Geriatría Hospital Municipal, Badalona, ²Servicio de Farmacia, Badalona Serveis Assistencial, ³Centro Sociosanitario El Carme, Badalona.

Objetivo: Analizar la prescripción inadecuada de fármacos aplicando los Criterios Beers* y los grupos farmacológicos más frecuentemente utilizados en ancianos previo al ingreso en un hospital de agudos.

Material y método: Estudio descriptivo de 217 pacientes > 65 años admitidos consecutivamente en M. Interna, Cirugía y C.O.T. desde 1-6-06 a 1-1-07 del H. Municipal de Badalona. Variables evaluadas: demográficas (edad, sexo), clínicas (motivo de ingreso), funcionales (Índice de Cruz Roja Funcional, I. Barthel), mentales (Índice de Cruz Roja Mental), sociales (procedencia, destino al alta) y farmacológicas (número de fármacos por paciente, fármacos inadecuados según edad->65 años- y según enfermedad*, y grupos farmacológicos al ingreso - IACE, AINES, antidiabéticos orales, antidepresivos, neurolepticos, cardiovasculares (vasodilatadores, antiarrítmicos, anti-HTA), ansiolíticos-hipnóticos (BDZ, hipnóticos no BDZ) y gastroprotectores (inhibidores de la bomba de protones, anti-H2, antiácidos).* FicK DM et al. Updating the Beers Criteria for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults. Arch Intern Med 2003. Análisis estadístico: Paquete Estadístico G-Stat 2.0.1

Resultados: N: 217 pacientes (140 mujeres, 64,5%). Edad media: 80,69 ± 9,39 años. Motivo de ingreso: médico 136 (62,6%), osteoar-

ticular 57 (22,2%), quirúrgico 20 (9,22%), otros 4 (1,84%). Procedencia: 89,8% domicilio, 7,83% residencia, 2,3% centro sociosanitario. Ubicación: domicilio 96 (44,2%), unidad de convalecencia 71 (32,72%), residencia 17 (7,83%), unidad de larga estancia 11 (5,07%), unidad de cuidados paliativos 8 (3,69%), éxitus 13 (5,99%). Índice de Barthel y CRF $58,43 \pm 37,5$ y $2,07 \pm 1,48$ respectivamente. CRM $1,49 \pm 1,61$. Grupos farmacológicos al ingreso: cardiovascular 162 (74,6%), AINES 16 (7,37%), neurolépticos 37 (17,05%), gastro-protectores 113 (52%), hipoglucemiantes 45 (20,7%), IACE 12 (5,53%), antidepresivos 38 (17,51%), ansiolíticos 82 (37,7%). Media de fármacos por paciente 6,58 \pm 3,22. Número total de fármacos inapropiados para la edad: 52 (23,96% pacientes). Número de fármacos inapropiados según enfermedad: 222, en 86 pacientes (39,63%).

Conclusiones: Los ancianos al ingreso hospitalario presentan un alto porcentaje de fármacos inadecuados en función de edad (23,9% pacientes) y enfermedad (39,6% pacientes) principalmente ADT (amitriptilina), BDZ de Vm larga y s. ferroso > 325 mg/d, aplicados los Criterios Beers. Existe una frecuente utilización en el anciano de fármacos ansiolíticos (37,8%), antidepresivos (17,51%) y neurolépticos (17,05%).

USO DE RESTRICCIONES FÍSICAS EN UN MEDIO RESIDENCIAL PSICOGERIÁTRICO

F. Uriz Otano, M.Á. Arizcuren Domeño, J. Iriarte Eransus, E. Juez-Sarmiento Brito, T. Guinea Zavala y P. De Gracia Vergara
Residencia Landazábal, Pamplona.

Objetivo: Conocer la prevalencia del uso de medidas de restricción física en nuestro Centro. Cuales son las restricciones más utilizadas. Cómo y cuándo las utilizamos.

Material y métodos: Estudio prospectivo descriptivo de los residentes ingresados en nuestro centro desde Enero 2005 a Junio 2006, evaluando variables relacionados con el perfil de nuestros residentes, número y tipología de la restricción, horario e indicaciones de dichas medidas

Resultados: 239 residentes, 63,7% mujer, edad media 83,4 años, Pluripatología (media \pm DE) ($7,8 \pm 2,7$), Deterioro cognitivo (GDS > 2, MEC < 24) 88,9%, demencia 64%, Deterioro funcional grave (IB < 40) 58,2%, polifarmacia 64,9% y consumo de Psicofármacos 54%. Un 76,6% utiliza algún tipo de restricción física. Un 47% utiliza más de una sujeción (en la cama y en la silla). El 29,7% utiliza únicamente una restricción. Un 8,4% utiliza 3 o más restricciones. Por frecuencia las más utilizadas: las barras en cama (El 100% de los residentes con restricción) seguido del uso de cinturones (49,5% de los residentes). Las restricciones más frecuentes en silla son: cinturón inguinal con o sin tirantes (28%), cinturón básico (11,3%) y bandeja en silla (5,9%). En la cama la restricción más usada son las barras (76,6%) seguida del cinturón en cama (5%). Un 46,8% de los residentes utiliza algún tipo de restricción durante todo el día. Un 29,7% solo por la noche. Finalmente, las indicaciones de estas medidas son: la prevención de caídas (91%), el mantenimiento del tono postural (20%), el manejo de los problemas de conducta (18%), el manejo de problemas médicos (10,5%) y para asegurar terapias médicas (2,8%). La principal indicación del cinturón inguinal es el mantenimiento del tono postural (98%); el de manoplas o correa en extremidades es el de asegurar terapias médicas (97,2%) y resolución de problemas médicos (88%).

Conclusiones: El uso de medidas de restricción física es relativamente frecuente en nuestro medio, siendo la prevención de caídas su principal motivo de indicación. La introducción de nuevas alternativas a la sujeción y su reducción debe ser un objetivo clave dentro de nuestra práctica asistencial

CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES VALORADOS POR LA UFIS DE GERIATRÍA EN LOS DIFERENTES NIVELES ASISTENCIALES

E. Hernández Leal, M. Pi-Figueras Valls, I. Pineda Pérez, M. Arellano Pérez, M. Garreta Burriel y O. Sabartés Fortuny
Servicio de Geriatría del IMAS. Hospital del Mar, Barcelona.

Objetivo: Analizar la evolución funcional del paciente en los diferentes niveles asistenciales (previo, hospital de agudos (HA), Unidad de Convalecencia (UCO)). Evaluar el estado cognitivo de los mismos. Analizar el riesgo de úlceras por presión (UPP). Descripción de la situación social

Métodos: Estudio retrospectivo de casos tributarios de UCO valorados por la unidad funcional interdisciplinar de Geriatría (UFIS) durante el 2006. Se recogieron siguientes datos: edad, sexo, servicio interconsultor, grupo diagnóstico, estado funcional evaluado con el índice de Barthel (Barthel previo (BP), Barthel en HA (BA) y Barthel al alta UCO (BC)) y índice de Lawton, el estado cognitivo evaluado mediante el Minimental de Folstein abreviado y riesgo de UPP mediante la escala de Norton. Se evaluaron los datos sociales: estado civil, núcleo de convivencia, barreras arquitectónicas (BBAA) en domicilio, contacto previo servicios sociales de atención primaria (SSAP), coordinación y/o orientación a SSAP y destino al alta de la UCO.

Resultados: Se estudiaron 245 pacientes. La edad media fue $77,3 \pm 11,7$, de los cuales 61,2% eran mujeres. Los servicios interconsultores fueron: Traumatología 41,2%, Neurología 14,3%, Vascular 8,6%, Unidad de Geriatría de agudos 8,2%, Cirugía General 7,3%, Interna-infecciosas 7,3% y otros 12,9%. Los grupos diagnósticos fueron: fractura/lesión 43,7%, neurológico 14,3%, vascular 9%, infecciones 8,6%, respiratorio 6,9% y otros 17,5%. Se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre el BP $83,3 \pm 20,1$ y el BC $71,2 \pm 29,4$ ($p < 0,01$), y entre el BA $22,8 \pm 17,5$ y el BC ($p < 0,0001$). Para las actividades de la vida diaria (AVD) eran independientes previamente un 84,5% y un 77,6% no presentaban deterioro cognitivo previo. El riesgo de UPP en HA fue diferente significativamente respecto al alta de UCO ($p < 0,0001$). A nivel social el estado civil fue: viudos 35,8%, casados 35,1%. El núcleo en convivencia fue: 34,7% con el cónyuge, 34,3% solos. El 43,3% tenían BBAA en domicilio. En el 59,2% no había contacto previo con SSAP, orientándose desde el hospital a 50,2% de los pacientes. El destino al alta desde UCO fue: domicilio 62,4%, éxitus 13,1%, ingreso en larga estancia 11,4%, residencia 4,9% y aún en UCO 5,7%.

Conclusiones: Existieron diferencias en la situación funcional en los diferentes niveles asistenciales. Los pacientes previo al ingreso HA eran en su mayoría independientes para las AVD básicas e instrumentales, sin deterioro cognitivo y sin contacto previo con SSAP. Presentaron bajo riesgo de UPP en los diferentes niveles asistenciales. La mayoría de los pacientes de UCO fueron dados de alta a domicilio.

PREVALENCIA DE LA INFECCIÓN NOSOCOMIAL (IN) EN UNA UNIDAD DE LARGA ESTANCIA. EVOLUCIÓN Y TRATAMIENTO RELACIONADO CON LA EDAD

J. Llobera Estrany, N. Cañameras Viñas, M.P. García Caselles, C. Conill Lafranco, O. Vázquez Ibar y A.M. Cervera Alemany
Servicio Geriatría IMAS. Centre Fòrum Hospital del Mar, Barcelona.

Objetivo: Valorar la prevalencia de IN en una unidad de larga estancia. Determinar su evolución y tratamiento en relación con la edad.

Material y método: Se realizó un estudio transversal en una unidad de larga estancia para valorar la prevalencia de IN. Durante tres días consecutivos se recogieron datos de filiación, factores de riesgo intrínsecos y extrínsecos, diagnóstico principal, tipo de infección, presentación clínica típica y atípica, tipo de antimicrobiano utilizado, vía de administración, necesidad de cambio de tratamiento y evolución clínica. Asimismo se recogieron datos relacionados con la capacidad funcional (I. Barthel), función cognitiva (MMSE), comorbilidad (I. Charlson) y síndromes geriátricos asociados.

Resultados: De los 205 pacientes ingresados, 25 (12,2%) presentaron IN. La edad media fue $80,4 \pm 9,9$ años, 13 varones (52%) La media del I. Barthel fue $38,7 \pm 35,6$, la del MMSE $13,1 \pm 11,3$ y la del I. Charlson $2,5 \pm 1,5$. Se halló una media de $4,7 \pm 2,4$ síndromes geriátricos. El diagnóstico principal fue demencia en 10 pacientes (40%), enfermedad cardiovascular 3 (12%), enfermedad neurológica 3 (12%), enfermedad neumológica 3 (12%), patología digestiva 1 (4%), enfermedad osteoarticular 1 (4%) y otras enfermedades 4 (16%) La infección más frecuente fue la cutánea (32%), seguida de la respiratoria (28%) y la urinaria (16%) Todos los pacientes fueron tratados empíricamente. Sólo se realizó estudio microbiológico en 3 de los 25 casos (12%) De las 25 IN, 23 (92%) requirieron tratamiento antimicrobiano y en 2 (8%) no fue necesario. El antibiótico más utilizado fue Amoxicilina-clavulánico en 10 casos (40%) La vía de administración más utilizada fue la oral en 14 casos (56%), seguido de la tópica en 6 (24%) y la intramuscular en 1 (4%) Se requirió cambio de antimicrobiano en 5 pacientes (20%), 3 por falta de respuesta clínica y 2 según antibiograma. De los 25 casos, 24 (96%) se resolvieron y 1 (4%) fue éxitus. No se halló relación estadísticamente significativa

entre el diagnóstico principal y el tipo de infección, ni entre la edad avanzada (mayores de 84 años) y la necesidad de cambio de tratamiento. Tampoco entre el cambio de tratamiento y la presentación típica o atípica de la infección.

Conclusiones: En nuestra muestra, en la mayoría de las IN se utilizó Amoxicilina-clavulánico por vía oral con buena evolución clínica. En el 20% de los casos fue necesario cambiar el antimicrobiano empírico pautado. No se halló relación entre el tipo de infección, la edad avanzada o la presentación atípica de las infecciones con la necesidad de cambio de tratamiento. Estos datos deben valorarse cuidadosamente dado el reducido tamaño de la muestra.

MORTALIDAD DE LOS PACIENTES ANCIANOS DE UNA UNIDAD MULTIDISCIPLINAR DE INSUFICIENCIA CARDIACA

A. Urrutia, J. Lupon, S. Altimir, D. Mas, B. González y M. Domingo
Unidad IC. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona, Barcelona.

Fundamentos: La insuficiencia cardiaca (IC) es un síndrome con elevada morbi-mortalidad. Muchos pacientes fallecen de progresión de la IC o de muerte súbita, pero no todos fallecen de causa cardiovascular.

Objetivo: Evaluar cuántos pacientes (P) ancianos (70 años) atendidos en una unidad multidisciplinaria de IC fallecen de causa cardiovascular [(CV) (que incluye IC, muerte súbita, infarto de miocardio, ictus, procedimientos cardíacos, otras CV) y cuántos lo hacen por una causa no cardiovascular [(NCV) que incluye infección, neoplasia, declive, enfermedad hígado y páncreas, EPOC y fractura de fémur] y comparar sus características.

Resultados: Desde Agosto de 2001 hemos asistido 717 P de los que 338 (47,14%) eran 70 años. La mortalidad global durante estos más de 5 años, con una media de seguimiento de 828 días (intervalo 1-1972), ha sido del 33,7% para los 70 a. La mayoría de los P, (70,15%) falleció de causas CV, 22,8%) lo hizo por causas NCV y el 7,5% por causas desconocidas. Los pacientes que fallecieron por causa CV y los que lo hicieron ni en la edad, el tiempo de evolución, el nº de ingresos previos, la etiología de la IC, la clase funcional de la NYHA, la hemoglobina, la creatinina, la presencia previa de IAM, estar afecto de diabetes o tener un trastorno anímico. Pero los pacientes que fallecieron de causa NCV eran más mujeres (58% vs 27%, p < 0,05), eran más frágiles (88% vs 63,75%, p < 0,05), tenían, mejor fracción de eyeccción del ventrículo izquierdo (FEVI) (39,77 vs 31,19; p = 0,007) y un peor índice de Barthel (64,62 vs 77,26; p < 0,05)

Conclusiones: Una parte importante de los pacientes ancianos con IC fallecen de causa NCV: Estos pacientes se diferencian de los que fallecen de causa cardiovascular en que tienen mejor FEVI, pero son predominantemente mujeres, con peor índice de Barthel y mayor frecuencia de fragilidad.

MANIPULACIÓN AMBIENTAL, EN UN ENTORNO RESIDENCIAL, PARA FAVORECER LA ESMULACIÓN SENSORIAL EN DEMENCIAS AVANZADAS Y SU REPERCUSIÓN EN SÍNTOMAS NEUROPSIQUIÁTRICOS

M.Y. Madoz Echeverría, A. Almundoz Sarralde, C. Calvo Espinos, J.A. Cueto Mendo, G. Mateo Ramos y P. Ustío Ramos
Amma Argaray, Pamplona.

Objetivo: Disminución de la severidad de los síntomas neuropsiquiátricos, en demencias avanzadas, a través de la manipulación ambiental de estímulos sensoriales. Repercusión de la estimulación sensorial a nivel cognitivo, anímico y funcional.

Método: Participaron en el programa de estimulación sensorial 6 mujeres, que cumplían los criterios de deterioro cognitivo avanzado y presencia de síntomas neuropsiquiátricos, con una media de 83 años. El plan de actuación consistió: Manipulación Ambiental: sala con triple estimulación (olfativa, auditiva y visual) fija, constante y contingente en todas las sesiones. Actividades Placenteras: intervenciones basadas en la estimulación de los sentidos (relajación, masaje y estimulación táctil, entrenamiento cognitivo básico, actividades manipulativas, expresión de emociones). Duración del Programa: fueron 12 semanas, con 4 sesiones semanales de 45' de duración. Estructura de las Sesiones: la sala estaba acondicionada con una estimulación luminosa y olfativa constante en todas las sesiones, en la que se realizaba una orientación autopsíquica, una focalización de la atención sobre los estímulos sensoriales, realización de activida-

des gratificantes asociadas a música relajante, y para finalizar respiración diafragmática.

Resultados: Disminución de la severidad de los síntomas neuropsiquiátricos por una descenso en la frecuencia o en la intensidad de los mismos. El rendimiento cognitivo se ha mantenido. La percepción subjetiva del ánimo se situó en la normalidad, excepto los casos cuyo síntoma principal es la depresión. Ligera disminución del nivel funcional.

Conclusiones: Un ambiente de estimulación sensorial relajante tuvo un efecto positivo algunos síntomas neuropsiquiátricos, las experiencias gratificantes generaron una actitud positiva hacia la actividad, se consiguió un estado de bienestar y relajación durante las sesiones, una conducta de búsqueda del ambiente estimulado y un mantenimiento de las capacidades preservadas.

BENEFICIO DE UNA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN DE DÍA EN PACIENTES GERIÁTRICOS CON DETERIORO FUNCIONAL: UN ESTUDIO DESCRITIVO

R. Padilla Clemente, F. J. Tarazona Santabalbina, J.E. Muñoz de Escalona Rojas, C. Morales Ballesteros, J.M. Fernández Ibáñez y F. Madruga Galán
Hospital Virgen del Valle, Toledo.

Objetivos: evaluar el beneficio que aporta la estancia y tratamiento en una unidad de hospitalización de día en pacientes con deterioro funcional de distinta índole, utilizando como herramienta de medida la escala de Barthel medida previa y posteriormente al ingreso en nuestra unidad.

Material y métodos: Se realiza un estudio retrospectivo descriptivo sobre 90 pacientes que ingresaron en nuestra unidad de hospital de día entre noviembre de 2005 y septiembre de 2006.

Resultados: El 45,55% de los pacientes eran hombres, frente al 54,4% de mujeres. La edad media fue de $79,39 \pm 5,47$ años. De los 90 pacientes estudiados, un 52,22% presentaban ACVA y un 30% fractura de cadera como causas del deterioro funcional; el 17,77% restante había desarrollado un síndrome de inmovilidad como consecuencia, principalmente, de encamamiento prolongado tras patología aguda. El 50% de los pacientes procedían de nuestra Unidad de Media Estancia, un 20% desde la unidad de Traumatología, un 15,55% desde unidades de agudos y el 14,45% desde consultas externas de nuestro servicio. El Barthel previo al ingreso fue de $71,51 \pm 25,95$; al ingreso $38,52 \pm 16,91$ y al alta $59,45 \pm 19,76$. El destino al alta de los pacientes fue, en un 77,77% al domicilio y en un 22,22% a una institución. La estancia media en nuestra unidad fue de $30,95 \pm 15,31$ días.

Conclusiones: Las unidades de hospitalización de día permiten una mejoría funcional en pacientes geriátricos con deterioro de la misma, lo cual permite una ganancia de independencia de éstos y en consecuencia una mayor capacidad para su autocuidado, y esto a su vez permite que un mayor número de ellos puedan permanecer en sus domicilios, sin suponer una sobrecarga para sus cuidadores.

EFEITO DE LA CORRIENTE ELECTRICA DE BAJA FRECUENCIA EN LA REGENERACION DEL TEJIDO NECROTICO EN PACIENTES MAYORES DE 70 AÑOS

M.Á. Ruiz Carabias
Complejo Terapéutico Xerontológico, Lugo.

Objetivos: Valorar la influencia de la corriente eléctrica creada para el estudio en la regeneración del tejido necrótico basado en la utilización de: glucemia capilar, frecuencia cardíaca, tensión arterial, presión de oxígeno

Método: Doble ciego

Resultados y conclusiones: En estudio

LA IMPORTANCIA DE LA REEVALUACIÓN DIAGNÓSTICA EN DEMENCIA

M. Anton Jiménez, L. Burriel Lobo, R. Ortés Gómez, E. Villalba Lancho y J. Mohedano
U. Geriatría. Complejo Hospitalario de Cáceres.

Introducción: A veces, todos los subtipos de demencia presentan una clínica parecida, incluso con exploración neuropsicológica similar, quedando etiquetados de forma inexorable hasta sus estadios más avanzados, atendiendo tan sólo a las complicaciones del propio proceso.

Objetivos: Analizar en nuestra muestra la importancia de los factores intrínsecos y de comorbilidad en el propio proceso Evolutivo. Comprobar su influencia en los aspectos cognitivo, funcional, estadiaje y su significación estadística.

Material y métodos: Estudio transversal observacional de cohorte sobre una muestra de 100 pacientes consecutivos que acuden a nuestra Consulta de deterioro cognitivo en Geriatría. Se analizan las variables de edad, sexo, hipertensión arterial (HTA), diabetes mellitus (DM), hiperlipemia (HLP) fibrilación auricular (FA), déficit de B12/fólico, parkinsonismo, alteración en la planificación ejecutiva, depresión y tiempo hasta el diagnóstico en años. Se realiza la valoración cognitiva (MMSE), funcional (Barthel, Lawton) y su estadiaje evolutivo (GDS). Analizamos si existe relación estadística entre los factores de comorbilidad y la puntuación a nivel cognitivo, funcional, estadiaje y si se aprecia significación estadística. (paquete estadístico SPSS 11).

Resultados: La edad media de la muestra fue de 79,2 (62- 91) con 61,6% de mujeres y un GDS medio de 3,78 (2-6). La media del MMSE fue de 16,6 con Barthel medio de 84 (5-100) y Lawton de 2,2 (0-7). Hasta un 60% presentaba HTA, un 37% DM y un 30,3 HLP. Un 13,3 presentó déficit de B12 y un 8,2% de fólico. Hasta un 20% presentaba depresión y un 19,6 tenía algún dato de parkinsonismo. En un 10% se atisbaban datos de frontalidad y hasta un 95% se diagnosticaron en el primer año, pero un 7% se reorientó su diagnóstico inicial. Los datos de parkinsonismo se relacionaron de forma significativa ($p < 0,005$) con GDS, MMSE ($p < 0,04$), Barthel ($p < 0,001$), Lawton ($p < 0,05$) y con los años hasta el dx ($p < 0,003$). Los datos de afectación frontal también se relacionaron de forma significativa con GDS ($p < 0,001$), MMSE ($p < 0,01$), Barthel ($p < 0,03$) y años hasta el diagnóstico ($p < 0,001$)

Conclusiones: Los factores intrínsecos, vasculares o no, influyen de forma significativa tanto a nivel cognitivo como funcional, pudiendo interferir en el diagnóstico inicial. La reevaluación diagnóstica longitudinal resulta imprescindible para el afinamiento diagnóstico y su repercusión pronóstica.

DETECCIÓN DE FACTORES ASOCIADOS A RIESGO DE MALNUTRICIÓN EN UNA CONSULTA DE VALORACIÓN GERIÁTRICA INTEGRAL AMBULATORIA

B. Alvira Rasal, A. Sánchez Carrillo, M. Nicolau Torroella, E. Barranco Rubia y S. Ariño Blasco
Fundación Hospital Asil de Granollers, Barcelona.

Objetivo: Determinar los factores clínicos y sociales asociados a alto riesgo de malnutrición en una población geriátrica, valorada en una consulta de Valoración Geriátrica Integral Ambulatoria.

Material y métodos: Valoramos con este f in a todos los pacientes que acuden a nuestra consulta durante los tres primeros meses del año 2007 mediante el MNA (Mini Nutricional Assessment) y un cuestionario que valora las siguientes variables: convivencia (cuidador mayor de 70 años, institucionalización u otros). Presencia de problemas cognitivos y severidad de los mismos (GDS-FAST). Trastornos psicoconductuales. Enfermedades concomitantes (AVC; problemas digestivos o cáncer). Grado de independencia para las ABVD (Barthel)especificando los ítems de alimentación y movilidad, disfagia, cuidado bucal.

Resultados y conclusiones: (Pendientes de resultados definitivos). Los preliminares indican que los pacientes de alto riesgo y no detectados previamente se encuentran englobados en su mayoría en el grupo de deterioro cognitivo al menos moderado, con trastornos psicoconductuales (y medicación psicotropa) y con cuidador principal mayor de 70 años. Estos resultados y la experiencia general sugieren que el riesgo de malnutrición es infradiagnosticado incluso entre los profesionales de la Geriatría e indica la necesidad de sensibilización de todos los implicados en la valoración interdisciplinar para poner en marcha un diagnóstico precoz y la prevención como arma más eficaz contra futuras complicaciones.

LA COMORBILIDAD EN DEMENCIAS. UTILIDAD DE LA TELEMEDICINA; A PROPÓSITO DE UN CASO

M. Antón Jiménez, E. Villalba Lancho, R. Ortés Gómez, O. Gea y T. Barrallo
U. Geriatría. Complejo Hospitalario de Cáceres.

Introducción y objetivos: El abordaje longitudinal integral de la demencia exige la detección temprana de las complicaciones. En oca-

siones, la consulta externa no resulta eficaz para la resolución de estos problemas que empeoran de forma significativa el pronóstico de estos pacientes. En el intento de detección más temprana de las complicaciones conductuales, de las interacciones de los fármacos anticolinesterásicos y su compatibilidad con otros fármacos usados ante la comorbilidad asociada, se inicia una consulta a tiempo parcial de telemedicina, para cubrir esta importante laguna asistencial. Dada la gran dispersión geográfica del área asistencial y la edad media de la población diana, nos proponemos evitar el desplazamiento de estos pacientes y analizar la eficacia.

Material y métodos: Se realizan conexiones con videoconferencia programadas de 60 minutos de duración con los Centros de Salud del Área Asistencial da la provincia de Cáceres, con distancias superior es a 50 kilómetros. Previamente remiten un informe clínico del mismo acompañado de analítica y radiografía si procede. Se responde con una valoración instantánea del caso con un informe con copia al propio enfermo.

Resultados: Se describe el caso de un paciente diagnosticado de demencia frontotemporal en estadio GDS 5, con dislipemia y diabetes con mal control metabólico. Tras el inicio de terapia con metformina a dosis de 850 mg/12 horas y memantina a dosis crecientes, a los 60 días la familia refiere pérdida evidente de peso, náuseas y vómitos con astenia progresiva e incipientes signos de deshidratación, que requiere tratamiento con domperidona, que mitiga el cuadro. No obstante, la familia requiere consulta por deterioro funcional progresivo, con alteración en la deambulación y rigidez. Se procede al estudio de patología orgánica y despistaje de s. constitucional, solicitándose consulta a Geriatría para valoración y retirada de memantina. Evaluado en nuestra consulta por telemedicina, advertimos al médico de cabecera del efecto secundario de metformina, con alteración de apetito y posterior parkinsonismo medicamentoso secundario a domperidona, aconsejando mantener memantina. A los 15 días, se reevaluó al paciente, comprobándose la desaparición del cuadro de parkinsonismo y de su anorexia, constatándose su mejoría funcional.

Conclusiones: La telemedicina permitió el abordaje con mayor anticipación, evitando además la retirada inadecuada de un fármaco por falsa interpretación de sus efectos secundarios. Permitió el avance en la interrelación con Atención Primaria en estos pacientes. Consiguió además un importante ahorro de recursos, por lo que debe considerarse como un medio complementario eficaz y eficiente en el abordaje longitudinal de la demencia en Geriatría.

¿SON EFICACES LAS UNIDADES ESPECÍFICAS DE DETERIORO COGNITIVO EN GERIATRÍA?

L. Burriel Lobo, M. Antón Jiménez, J. Mohedano, T. Barrillo, R. Ortés Gómez y E. Villalba
U. Geriatría. Complejo Hospitalario de Cáceres.

Introducción y objetivos: En muchas ocasiones, los pacientes con demencia llegan a las consultas de Geriatría como «vía final de proceso» o para tratar la propia comorbilidad o sus complicaciones. Sin embargo, es incontrovertible que se inicia en edad geriátrica y que, por su propia idiosincrasia, es uno de los grandes síndromes geriátricos. Nos proponemos analizar las características clínicas y de comorbilidad de los pacientes que acuden inicialmente a una consulta específica geriátrica de deterioro cognitivo en relación a la que acude a la consulta geriátrica general (antes de la creación de esta consulta).

Material y métodos: Estudio observacional retrospectivo de cohorte de 4,5 meses (Noviembre 2006- Marzo 2007). Se recogen las variables de 32 pacientes que acuden para diagnóstico remitidos desde la propia consulta general, Atención Primaria o Urgencias. Se analizan las variables de edad, sexo, nivel de escolarización, procedencia y profesión. Se analizan los factores de riesgo vascular y puntuación en la escala de Hachinski, variables cognitivas (MMSE), funcionales (Blessed A y B), conductuales (Blessed C) y estadiaje global (GDS). Por último, se comparan con los parámetros de la muestra obtenida de la consulta geriátrica general (año 2004).

Resultados: La edad media fue de 78,5 años (67-92), con predominio femenino (63%). Hasta un 40% del total eran amas de casa. Presentaban hipertensión arterial (HTA) hasta un 56% y un 44% hiperlipemia (HLP), un 32% diabetes (DM. un 12% presentaba alucinaciones de inicio, todos ellos datos muy similares a la otra muestra analizada. Sin embargo, el GDS medio fue de 3,12(3,93 en la muestra de comparación) con MMSE

19,2, Blessed total 4,92(en muestra de comparación 16,3 y 5,8 respectivamente).

Conclusiones: No se apreció diferencia en relación a las variables ambientales, culturales o extrínsecas. Se apreció un ligero aumento de los factores de riesgo vascular, respecto a la muestra comparada. En los primeros meses de funcionamiento, la Consulta específica de deterioro cognitivo de Geriatría consiguió la detección de deterioro cognitivo en estadios significativamente más precoces y con menor afectación cognitiva y funcional.

COMPARACION DEL BENEFICIO DE UNA UNIDAD DE HOSPITALIZACION DE DIA EN PACIENTES GERIATRICOS CON FRACTURA DE CADERA RESPECTO A PACIENTES CON ACVA UTILIZANDO COMO HERRAMIENTA DE MEDIDA LA ESCALA DE BARTHEL

F.J. Tarazona Santabalbina, R. Padilla Clemente, A. Cruz Santaella, L. Fabiola Moreno Ramírez, J.E. Muñoz de Escalona Rojas y F. Madruga Galán

Hospital Virgen del Valle, Toledo.

Objetivos: Evaluar el beneficio que aporta una unidad de hospitalización de día en pacientes geriátricos con deterioro funcional, comparando aquellos que ingresaron con fractura de cadera frente a los que ingresan con ACVA, utilizando como herramienta de medida la escala de Barthel pasada antes y después del ingreso.

Material y métodos: Se realiza un estudio retrospectivo descriptivo sobre 90 pacientes que ingresaron en nuestra unidad de hospital de día entre noviembre de 2005 y septiembre de 2006, escogiendo a 75 de ellos que ingresan con el diagnóstico de fractura de cadera o ACVA.

Resultados: De los 75 pacientes estudiados, un 70% ingresa tras ACVA y un 30% por fractura de cadera. En el grupo de ACVA, el 47,9% eran mujeres. La edad media fue de $78,07 \pm 5,75$ años. Un 85,4% no presentaban deterioro cognitivo; un 6,25% deterioro cognitivo leve y un 8,3% deterioro cognitivo moderado. El 72,9% procedían de nuestra UME, y un 27,1% desde unidades de agudos. El Barthel previo al ingreso fue de $83,63 \pm 18,85$, al ingreso $38,7 \pm 17$ y al alta $62,91 \pm 15,89$. El destino al alta de los pacientes fue, en un 79,2% al domicilio y en un 20,8% a una institución. La estancia media fue de $34,62 \pm 16,14$ días. Respecto al grupo con fractura de cadera el 77,8% eran mujeres. La edad media fue de $80,13 \pm 4,57$ años. Un 81,48% no presentaban deterioro cognitivo al ingreso, un 14,81 presentaba det. Cognitivo leve y un 3,70% det. Cognitivo moderado. El 33,33% procedían de nuestra UME y un 66,6% desde Traumatología. El Barthel previo al ingreso fue de $76,41 \pm 22,25$, al ingreso $42,6 \pm 16,47$ y al alta $63,31 \pm 21,41$. El destino al alta fue, en un 77,7% al domicilio y en un 22,2% a una institución. La estancia media fue de $28,75 \pm 12,83$ días.

Conclusiones: El grupo con ACVA es más numeroso en nuestra unidad de hospital de día. El grupo de fracturas son predominantemente mujeres y la edad media es mayor. En ambos grupos el porcentaje de deterioro cognitivo es similar. La procedencia de los pacientes con fractura es mayoritariamente desde traumatología, supervisados previamente por un equipo de ortogeriatría mientras que los ACVA provienen más de nuestra UME. Al alta el Barthel es similar en ambos grupos, aunque la estancia media es mayor en el grupo de ACVA.

MEJORA SUBJETIVA EN MAYORES CON ACV A TRAVES DEL EJERCICIO

M.Á. Ruiz Carabias, J.L. Valiño Castedo, J. Valiño Castedo, T. Vázquez Vázquez, A. Vázquez Vázquez y J. Tenjeiro Valiño Ctx. A Veiga, Lugo.

Objetivos: Demostrar como una técnica de ejercicio grupal mejora significativamente la evaluación subjetiva de salud y calidad de vida de mayores con ACV.

Método: Descriptivo. Muestra de 31 personas institucionalizadas en centro para personas dependientes. Valoración con cuestionario de bienestar. Correlación asistencia a la actividad y grado de bienestar

Resultados: En el primer trimestre del 2005, el porcentaje de no asistencia fue mas del doble que el de asistencia a la actividad. Progresivamente la asistencia fue alcanzando valores cercanos al 100%. El 95% de la muestra consideró una mejoría notable con el ejercicio, no habiendo datos significativos sobre cuestiones de integración o de obligación de instauración de la técnica.

Conclusiones: A la vista de los resultados podemos decir que nuestros sujetos valoran y tienen en muy alta estima la gerontogimnasia tanto como ejercicio saludable como por vínculo para relacionarse con otras personas, por lo creemos debería fomentarse, como promoción de salud, prevención de la dependencia, como estilo de vida y factor protector de patologías.

CUIDADOS DE BIENESTAR Y CONFORT AL FINAL DE LA VIDA EN UNA UNIDAD DE LARGA ESTANCIA SOCIOSANITARIA

A. Rodríguez, M. Cabello, M. Martín, E. Sevilla y S. Urbano
Centro Forum del Hospital del Mar, Barcelona.

Nos encontramos en el Centro Fòrum Hospital del Mar (Centro Sociosanitario del IMAS, Barcelona) donde cuidamos a 203 pacientes de larga estancia. El incremento de la esperanza de vida, hace que la mayoría de ellos presenten una importante pluripatología crónica que, en muchos casos avanza lentamente acompañada por un aumento de la dependencia para las actividades básicas de la vida diaria y de la necesidad de unos cuidados basados en el bienestar y el confort. Debido a esto se produce un deterioro muy importante en la persona, dando prioridad absoluta a la calidad de los cuidados para el final de la vida. La OMS define los cuidados sin concretar el tipo de enfermo. A lo largo de estos años ha sido necesario profundizar en los cuidados paliativos oncológicos, ya implantados. La sociedad está cambiando, las necesidades están cambiando así que es necesario que los cuidados cambien. Es por ello, que la trayectoria clínica, sería una herramienta necesaria para que todo el equipo de profesionales (enfermeras, médicos, terapeutas...) unificaran criterios, objetivos y actividades para no olvidar en el día a día cuidados, tanto generales como precisos, permitiendo periódicamente y tantas veces como sea necesario, evaluar los cuidados que se proporcionan. De esta forma podremos dedicar más tiempo al contacto directo con el paciente paliativo geriátrico, el cual puede estar inmerso durante años en un proceso de deterioro global hasta el final de su vida. Debido a la experiencia que tiene nuestro centro en este campo creamos necesario poner por escrito de manera estandarizada y consensuada los cuidados que ya se están realizando. Así mismo, es una forma de continuar la línea de trabajo iniciada dentro del IMAS, aportando una nueva trayectoria con un paciente tipo y unos diagnósticos de enfermería específicos, esto se describe en el trabajo complementario cuyo título es: «Trayectoria clínica: cuidados de bienestar y confort al final de la vida en una unidad de larga estancia sociosanitaria».

VENTILACIÓN MECÁNICA NO INVASIVA (VMNI) COMO ALTERNATIVA A LA INTUBACIÓN ENDOTRAQUEAL EN MAYORES DE 75 AÑOS

M. Solange Amor Andrés, M. Mareque Ortega, E. Rodríguez Jiménez, M.J. Led Domínguez, M. Camacho Martínez y M.Á. De la Torre Lanza
Hospital Virgen del Valle, Toledo.

Introducción: Se ha demostrado que en jóvenes la VMNI disminuye la mortalidad, la necesidad de intubación endotraqueal y mejora la calidad de vida. Teniendo en cuenta que los pacientes ancianos son los que mayor riesgo tienen de desarrollar insuficiencia respiratoria aguda y que mayoritariamente se desestima la intubación invasiva se podría pensar que la VMNI es una alternativa terapéutica beneficiosa para nuestros ancianos.

Objetivos: Evaluar los efectos de la VMNI en el manejo de la insuficiencia respiratoria aguda de los pacientes mayores de 75 años.

Método: Estudio prospectivo de pacientes mayores de 75 años admitidos entre enero y diciembre del 2006 con insuficiencia hipercápnica aguda en el H V Vale (Toledo). Los criterios de inclusión fueron: acidosis respiratoria con $\text{pH} < 7,35$ e hipercapnia $\text{paCO}_2 > 45$ mmHg, frecuencia respiratoria mayor de 22 rpm y la no respuesta a tratamiento convencional. Se excluyeron aquellos con deterioro del nivel de conciencia, inestabilidad cardiovascular, parada respiratoria, trauma craneofacial, deterioro cognitivo moderado-severo y abundantes secreciones. Se utilizó la BiPAP con mascarilla nasal o facial. Se recogieron datos sociodemográficos, tolerancia, motivo de insuficiencia respiratoria, comorbilidad (por índice de Charlson), tiempo empleado para la BiPAP y mortalidad durante el ingreso y tras el alta. Para el análisis usamos la versión 12.0 del SPSS.

Resultados: Incluimos a 25 pacientes en el estudio con una edad media de 83,3 años siendo el 68,2% varones y la mitad ex-fumadores. Presentaron un índice de comorbilidad de 3. La causa de exacerbación fue por infección respiratoria y fallo cardíaco en 33,3% y 14,3% respectivamente. El 80% toleró la VMNI y la mortalidad global fue del 24%. El tiempo medio para la VMNI fue de 46,8 horas

Conclusiones: Su inicio temprano mejora el pronóstico del paciente. La VMNI puede ser una alternativa a la intubación endotraqueal en pacientes ancianos con insuficiencia hipercápnica aguda siempre que seleccionemos al paciente y el equipo sanitario esté entrenado en su manejo.

ÍNDICES QUE PREDICEN LA MORTALIDAD AL ALTA DE UNA UNIDAD DE AGUDOS DE GERIATRÍA

A. Roig Campi, M. Arellano, J. Gutiérrez, M. Á. Márquez, C. Noguera y A.M. Cervera
Hospital del Mar. IAGS. IMAS, Barcelona.

Introducción: El ingreso hospitalario es un factor importante relacionado con la mortalidad en pacientes ancianos.

Objetivos: Ver la relación entre dos índices pronósticos de mortalidad: Índice de Charlson e Índice de Walter, en pacientes dados de alta en una Unidad de Geriatría de Agudos (UGA).

Pacientes y método: Se evaluaron todos los pacientes dados de alta vivos el 2006 en la UGA. Se registró: diagnóstico, índices de Charlson, de Walter, de Barthel (previo al ingreso, al ingreso y al alta) y de Lawton y test de Pfeiffer. El índice de Walter valora 6 factores que se asocian de forma independiente a la mortalidad (sexo masculino, dependencia en 5 actividades vida diaria al alta, antecedentes de insuficiencia cardíaca congestiva y cáncer y valores de creatinina y albúmina), dando a cada factor una puntuación según fuerza de asociación (calculado mediante análisis de regresión logística).

Resultados: Se estudiaron 688 pacientes, 469 mujeres y 219 hombres con una edad media de 84,4 años. La media del Índice de Charlson fue 2,3 y del Índice de Walter de 5,5. La media del Índice de Barthel previo: 48,1; al ingreso: 15,9 y al alta: 29,9 y la media del Índice de Lawton: 0,9. Con una media de test Pfeiffer de 5,7 errores. Los diagnósticos más frecuentes fueron infección urinaria: 17,7%, insuficiencia cardíaca: 17,4%, limitación crónica al flujo aéreo agudizada: 12,4% y neumonía: 9,5%. La relación entre índice de Charlson y de Walter, mediante recta de regresión, mostró una pobre correlación entre ambos ($r = 0,48$). Analizando la correlación, en los diagnósticos más frecuentes (infección urinaria: $r = 0,38$, insuficiencia cardíaca: $r = 0,41$, limitación crónica al flujo aéreo agudizada: $r = 0,52$ y neumonía $r = 0,55$) tampoco se encontró relación.

Conclusiones: No existe correlación entre el índice de Charlson y el Índice de Walter. Se necesitarán nuevos estudios para valorar el índice más válido para predecir mortalidad.

EFICACIA DEL USO DE UN SUPLEMENTO NUTRICIONAL CON FIBRA EN PACIENTES ANCIANOS INSTITUCIONALIZADOS CON ESTREÑIMIENTO. EL ESTUDIO NUTRIMA

G. Sánchez Romero¹, M.V. Rodríguez², T. González³, J. Vargas⁴, M. Franquelo⁵ y A. Salinas⁵

¹Clinica del Pilar, Málaga, ²Residencia SAR Torrequebrada, Málaga, ³Residencia Ballester San Carlos, Málaga, ⁴Centro Asistencial San Juan de Dios, Málaga, ⁵Unidad Geriátrica. Hospital Carlos Haya, Málaga.

Objetivos: El estudio Nutrima se desarrolló en los diferentes niveles asistenciales geriátricos en Málaga, hospital general (HG), unidad de media y larga estancia (UME/ULE) y en el medio residencial (MR). El objetivo es describir la práctica clínica y evaluar el seguimiento de pacientes ancianos con estreñimiento y nutrición enteral. Así como analizar si existen diferencias en la incidencia de este tras el uso de un suplemento con fibra, valorándose el número y la consistencia de las deposiciones.

Método: Es un estudio multicéntrico, epidemiológico y transversal de 25 pacientes con estreñimiento con un suplemento nutricional sin fibra con o sin laxante asociado. Se realiza un seguimiento durante tres semanas (1^a fase) cuantificándose el número y la consistencia de las deposiciones/día, el número de tomas de laxante y la tolerancia al suplemento. Así como una toma de T. arterial, de glucemia basal, triglicéridos, colesterol total y albúmina sérica. En una 2^a fase se retira el laxante y se cambia el suplemento sin fibra por uno con fibra

con fructoligosacáridos (FOS). En la 3^a se determinan durante tres semanas los parámetros de la 1^a, comparándose los resultados obtenidos entre la 1^a y 3^a fase por niveles asistenciales.

Resultados: De los 25 pacientes, 14 eran mujeres y 11 varones, edad media 69,5 años, rango etario 63-95 años. Diagnóstico principal más frecuente ictus y demencia. El 73% presentaban al inicio una albúmina sérica < 3,5 y el 96% un Colesterol total inferior a 200 mg/dl. En el M.R. las deposiciones fueron 0,59/día con 84% de heces blandas, 10% líquidas y 6% duras, en la UME/ULE 0,34/día, 65% duras, 20% blandas y 15% líquidas y en el H.G. 0,74/día 70% duras, 25% blandas y 5% líquidas. N° de tomas de laxante/día 1,8, 2,2 y 1,2 respectivamente. Tras retirar el laxante y el suplemento sin fibra y añadir el con fibra, los resultados son en M.R 1,2 deposiciones/día, 93% blandas, 7% duras, 0,5% líquidas, en la UME/ULE 1,6 deposiciones/día, 92,5% blandas, 7% duras, 0,55 líquidas y en el H.G. 0,8/día, 80% blandas, 20% duras y 0% líquidas.

Conclusiones: Según los resultados obtenidos la ingesta adecuada de un suplemento nutricional con fibra con FOS aumenta en todos los niveles asistenciales estudiados: el n° de deposiciones/día, el porcentaje de heces blandas respecto al de duras y líquidas y los niveles de albúmina sérica presentando una buena tolerancia. Proponiéndose por tanto como una alternativa eficaz al uso, en pacientes institucionalizados, de laxantes.

MORTALIDAD Y ESCALA DE FINE EN PACIENTES ANCIANOS CON NEUMONÍA EN EL ÁREA DE TOLEDO. ESTUDIO PROSPECTIVO

M.J. Led Dominguez¹, J. González Moraleja², M.Á. De la Torre Lanza¹, A. Blanco Orenes¹, C. Grau Jiménez² y S. Carmona Lambooy³

¹Hospital Virgen del Valle, Toledo, ²Hospital Virgen de la Salud, ³Hospital de la Fuentría.

Objetivos: Conocer los factores de riesgo que condicionan una mayor mortalidad. Comparar la mortalidad según la clasificación de Fine.

Material y métodos: Desde el 1-1-04 al 30-9-05 se realizó un estudio observacional prospectivo. Se recogieron los pacientes con una edad igual o superior a 75 años atendidos en el servicio de urgencias. A todos se les realizó una historia clínica preestablecida en un protocolo en el que se recogían variables referidas a la anamnesis, exploración física, datos radiológicos, analíticos, de tratamiento recibido y evolutivos, dentro de las cuales se encontraban las 20 variables necesarias para su clasificación según la escala pronóstica de Fine. Los criterios diagnósticos de neumonía fueron los comúnmente aceptados. El análisis estadístico se realizó con el paquete estadístico SPSS 11.5.

Resultados: Se reclutaron un total de 156 pacientes de los que 17 fueron excluidos. Fallecieron 18 pacientes (12,9%). En el análisis univariado se encontró que la somnolencia, el estado de shock y la presencia de cianosis, niveles bajos de hematocrito y altos de urea, así como el desarrollo de insuficiencia cardíaca aguda o la descompensación de la crónica, se asocian de forma significativa con la mortalidad ($p < 0,05$). Ni la edad ni la comorbilidad se asociaron a un peor pronóstico. En el análisis multivariado, sólo la somnolencia, el shock y el desarrollar insuficiencia cardíaca mantuvieron su asociación independiente con la mortalidad ($p < 0,05$). De los 139 pacientes de la muestra, 3 (2,2%) pertenecen a la categoría III de Fine c on 0% de mortalidad, 69 (49,6%) a la categoría IV y 67 (48,2%) a la categoría V con una mortalidad del 8,7% y del 15,2% respectivamente.

Conclusiones: El bajo nivel de conciencia y el estado de shock en el momento del diagnóstico, así como desarrollar insuficiencia cardíaca durante la evolución de la neumonía se asocian de forma independiente con la mortalidad en los pacientes de nuestra serie. La mortalidad encontrada en los pacientes pertenecientes a la categoría V de Fine (la de más alto riesgo), fue menor de lo pronosticado por la regla predictora.

ANÁLISIS DE LA VARIABILIDAD DEL NÚMERO DE FÁRMACOS PRESCRITOS EN UNA UNIDAD DE CONVALESCENCIA EN DOS AÑOS NO CONSECUTIVOS

F. Aláez, M. Aguas, R. Iniesta, J. Lacasa y G. Valls
Sociosanitario Palau, Barcelona.

Objetivo: Averiguar qué factores influyen en el número de fármacos al ingreso y al alta en una unidad de convalecencia.

Método: Se estudiaron un total de 758 pacientes (441 corresponden al 2002 y 317 al 2006) que ingresaron en esta unidad, y cuyo destino al alta fue residencia o domicilio. Se evaluaron los siguientes parámetros: Edad, sexo, índice de Barthel previo, al ingreso y al alta, número de estancias, si presenta delirio y fármacos al ingreso y al alta.

Resultados: La media de edad fue de 79,7 años. Un 69,9% eran mujeres. El 3,8% presentaron delirio. La media del índice de Barthel previo al ingreso fue de 86,4, al ingreso de 50,9 y al alta de 77,9. La estancia media fue de 60 días. La media del número de fármacos al ingreso de 6,7 en el 2002 y de 8,1 en el 2006, siendo este aumento significativo ($p < 0,005$). Al alta la media en el 2002 fue de 5,4 y en el 2006 de 7,3, lo que también fue significativo ($p < 0,005$). Tanto en el 2002 como en el 2006 se reduce el número de fármacos entre el ingreso y el alta ($p < 0,005$ y $p < 0,005$). De todas las variables estudiadas no se objetivaron diferencias significativas entre los dos años, excepto en el índice de Barthel previo que era superior en el 2002 ($p = 0,003$).

Conclusiones: En el 2006 los pacientes cuando ingresan en la unidad de convalecencia tienen prescritos mayor número de fármacos que hace varios años, lo que también provoca que al alta la prescripción sea mayor a pesar de la reducción que se realiza durante su estancia. La única variable significativa es que tienen mayor dependencia previa al ingreso.

LA FRAGILIDAD DEL ANCIANO COMO RIESGO DE FRACTURA OSTEOPORÓTICA

M.J. Martínez Ramírez^{1,3}, A. Damián Delgado Martínez^{2,3}, M. Delgado Rodríguez³, J.J. Garrido Segovia², A. Galiano Linares⁴ y C. Arraiza Irigoyen¹

¹Endocrinología y Nutrición. Complejo Hospitalario, ²Traumatología. Complejo Hospitalario de Jaén, ³Universidad de Jaén, ⁴Atención Primaria. Servicio Andaluz de Salud.

Introducción: Las fracturas osteoporóticas constituyen un problema de salud pública en los países desarrollados. En su producción intervienen además de la pérdida de masa ósea, factores derivados de la involución y degeneración del sistema neurológico y muscular. Nuestro objetivo es comprobar si factores implicados en la fragilidad del anciano (estado cognitivo, dependencia funcional, autonomía) se relacionan con el riesgo de fractura osteoporótica del anciano. **Métodos:** Estudio de casos y controles de base secundaria: Casos (n = 167): personas de 65 años o más con antecedentes de fractura osteoporótica; controles (n = 167): personas sin antecedentes de fractura, emparejados 1-1 (edad y sexo). Se realizó un cuestionario para evaluar: nivel cognitivo (Mini-Mental State), nivel de dependencia (vive solo, necesidad de ayuda doméstica), autonomía funcional mediante el índice Activity Daily Living (ADL). Se excluyeron los pacientes con un bajo nivel cognitivo (< 16 puntos en el MMS). Se estimó la odds ratio (OR) para datos emparejados con intervalo de confianza del 95%. Las variables se ajustaron mediante análisis estratificado multivariante (regresión logística condicional). **Resultados:** Son factores de riesgo significativo: necesitar ayuda para dos o más tareas domésticas (OR = 6,23, IC 95% = 1,59-24,40), tendencia $p = 0,005$, y ser dependiente para dos o más funciones del índice ADL (OR = 6,14, IC 95% = 1,01-37,08), tendencia $p = 0,024$. Vivir solo y no necesitar ayuda doméstica se muestra como factor de protección: (OR = 0,26, IC 95% = 0,09-0,74).

Conclusiones: El déficit de autonomía funcional (actividades personales y de la vida diaria) aumenta el riesgo de fractura osteoporótica del anciano.

ASOCIACIONES MEDICAMENTOSAS POTENCIALMENTE INADECUADAS EN EL ANCIANO

F.J. Afonso Argilés¹, B. Pascual Arce², L. García Sanchez² y J. Cunill Ollé³

¹UFISS Geriatría Hospital Municipal, Badalona, ²Servicio de Farmacia, Badalona Serveis Assistència, ³Centro Sociosanitario El Carme, Badalona Serveis.

Objetivo: Analizar las asociaciones medicamentosas potencialmente inadecuadas en ancianos al ingreso en un hospital de agudos.

Material y método: Estudio descriptivo de pacientes >65 años al ingreso en las unidades de agudos del H. Municipal de Badalona (1-6-06 al 1-1-07). Variables recogidas: edad, sexo, situación funcional y

mental, unidad de ingreso, tratamiento farmacológico habitual y la asociación de medicamentos con alto riesgo de interacciones en el anciano*: hipotensores, digoxina, acenocumarol, diuréticos, AINEs, AAS, corticoides orales, tiroxina, anticolinérgicos, litio, depresores del SNC (BDZ, opioides, hipnóticos no benzodiazepínicos, antidepresivos o antiH1 sedantes, antiepilépticos, neurolépticos) e inhibidores enzimáticos (amiodarona, antimicóticos, eritromicina, claritromicina, sulfonamidas, cimetidina y ciprofloxacino). ¹Bjorkman IG, Pharmaceutical Care of the Elderly in Europe Research Group. Drug-drug Interactions in the Elderly. Ann Pharmacother 2002; Seymour R. et al. Important Drug-drug Interactions in the elderly. Drugs & Aging 1998. Se excluyen los fármacos tópicos e inhalados. Análisis estadístico: Paquete Estadístico G-Stat 2.0.1.

Resultados: N: 217 (140 mujeres, 64,5%). Edad media 80,69+/-9,39 años. Servicio: M. Interna 66%, COT 24%, cirugía 10%. I. Barthel y CRF: 58,43 ± 37,5 y 2,07 ± 1,48 respectivamente. CRM 1,49 ± 1,61. Media de fármacos por paciente 6,58 ± 3,22. El número total de asociaciones inadecuadas fue 137, en 97 pacientes (44,7%). Se observó al menos una asociación inadecuada en 64 pacientes (29,5%), dos asociaciones en 27 (12,44%) y tres asociaciones en 6 (2,76%). Tipo de asociaciones: Combinación de 2 fármacos depresores del SNC en 58 pacientes (26,73%), tres fármacos depresores en 21 (9,68%), hipotensores-vasodilatadores 19 (8,76%), digoxina-diuréticos de asa 17 (7,85%), hipotensores - antipsicóticos hipotensores en 11 (5,07%), ahorradores de potasio-IECAS en 8 (3,69%). Los depresores del SNC más frecuentemente asociados: opioides-BDZ en 11 pacientes (5,06%), BDZ-BDZ en 8 (3,70%) y neurolépticos-BDZ en 8 (3,70%).

Conclusión: Un elevado número de ancianos presentan asociaciones potencialmente inadecuadas al ingreso hospitalario (44,7%), principalmente la combinación de dos o más fármacos depresores del SNC e hipotensores con vasodilatadores o antiarrítmicos. Estos resultados ponen de manifiesto la necesidad de realizar un estrecho seguimiento y monitorización en los ancianos que requieran dichas asociaciones, con el objetivo de disminuir el riesgo de reacciones adversas medicamentosas.

FACTORES PRONÓSTICOS DE GANANCIA FUNCIONAL EN PACIENTES GERIÁTRICOS EN UNA UNIDAD DE CONVALECENCIA

R. Feijóo Lorza¹, C. Masuet Aumatell², S. Argeles Corcoy¹, S. Pallès¹, M. Llorà Dalmau¹ y T. Virgili Miralles¹

¹Hospital Santa Caterina. Parc Hospitalari Martí i Julià, Girona, ²Hospital Universitari de Bellvitge, Hospital de Llobregat, Barcelona.

Objetivos: Determinar si el deterioro cognitivo y la depresión son factores predictivos y la ganancia funcional en pacientes ingresados en una Convalecencia.

Material y métodos: Cohorte de 110 pacientes hospitalizados la Unidad de Convalecencia del Hospital Santa Caterina entre enero escala de Lawton y Barthel basal (BB), al ingreso mediante Barthel ingreso (BI), MM, Yesavage y al alta, y Barthel alta (BA). Se recogieron datos sociodemográficos (edad y sexo), diagnóstico principal, días de ingreso y ubicación al alta. Se analizó la ganancia funcional (Barthel alta-Barthel ingreso). Se realizó un estudio descriptivo y analítico según la correlación de Pearson y/o Spearman según conveniencia.

Resultados: 68,2% mujeres, 31,8% varones. La media de edad es 81,8 años (DE 7,0). Los diagnósticos principales de ingreso fueron: fractura de cadera 43,6%, patología cerebrovascular 14,5%, úlceras 7,3%, otros 37,3%. Días de ingreso: mediana 25 días (IQR: 21,75). Ubicación al alta: 68,2% domicilio, 19,1% institución, éxitus 5,5% Situación basal: BB mediana: 90 (IQR: 30), Lawton mediana 4 (IQR: 6). Situación al ingreso: BI mediana: 30 (IQR: 35), Yesavage mediana 5 (IQR: 5), MM media 19,3 (DE 6,75). Situación al alta: BA mediana 65 (IQR: 40). La ganancia funcional mediana: 20 (IQR: 25). No se demostró una asociación entre la puntuación en el MM ($p = 0,163$) y el Yesavage ($p = 0,810$) al ingreso con una mayor o menor ganancia funcional, en cambio la edad se relacionó de forma significativa ($p = 0,044$) con una menor ganancia funcional y el índice de Lawton con mayor ganancia, ($p = 0,002$)

Conclusiones: La recuperación funcional no se relaciona en esta muestra con la valoración al ingreso del deterioro cognitivo ni de depresión. En cambio, la edad y la autonomía en la realización de las instrumentales previa al ingreso son factores pronósticos en la ganancia funcional

CARACTERIZACIÓN CLÍNICA DEL SÍNDROME DEL ENFERMO EUTIROIDEO EN PACIENTES ANCIANOS HOSPITALIZADOS

A. Muñoz Pascual, P. Iglesias, F. Prado, M.T. Guerrero, V. Hernández y E. Ridruejo
Hospital General de Segovia.

Objetivos: Analizar las características clínicas de los pacientes ancianos hospitalizados con diagnóstico de SEE al ingreso en la Unidad de Agudos del servicio de Geriatría del hospital General de Segovia.

Material y métodos: Se han estudiado todos los pacientes ancianos que ingresaron en el servicio de Geriatría durante doce meses. En cada paciente se cuantificaron las concentraciones séricas de tirotropina (TSH), tiroxina (T4) libre y de T3 libre, así como la autoinmunidad tiroidea (anticuerpos anti-tirotoglobulina, anti-Tg y antiperoxidasa tiroidea, anti-TPO). Se distinguieron 5 tipos diagnósticos del SEE: 3 de ellos con T3 libre baja (tipo 1, T4 y TSH normales; tipo 2, T4 normal y TSH baja; y tipo 3, T4 libre y TSH bajas) y 2 con T4 libre elevada (tipo 4, T3 libre y TSH normales y tipo 5, T3 libre baja y TSH normal). En cada paciente se registró el tipo de SEE, la presencia o no de autoinmunidad tiroidea, grado de dependencia al ingreso y al alta, lugar de residencia, diagnóstico principal al alta y fármacos de uso crónico.

Resultados: De un total de 495 ancianos ingresados, hemos estudiado 277 pacientes (56%) con SEE. Había 169 mujeres (61%), edad media (\pm DS) $87,1 \pm 6,2$ años y 108 varones (39%), edad $85,1 \pm 6,1$ años ($p < 0,01$). El 62,4% de los pacientes vivían en domicilio y el resto en residencia. Diez pacientes (3,6%) presentaron disfunción tiroidea previamente conocida: 6 casos hipertiroidismo (5 franco y 1 subclínico) y 4 casos de hipotiroidismo subclínico. Tras excluir a estos pacientes, los tipos diagnósticos del SEE fueron: tipo 1, 231 (86,5%); tipo 2, 19 (7,2%); tipo 3, 6 (2,2%), tipo 4, 6 (2,2%); tipo 5, 5 (1,9%). La autoinmunidad tiroidea fue positiva en el 5,0%. El 55,9% tenían dependencia total-grave al ingreso. El 21,3% ingresó por insuficiencia cardiaca congestiva, el 19,5% por infección respiratoria, el 15% por accidente cerebrovascular y el 4,1% por patología tumoral. La mortalidad durante el ingreso fue del 20,6%. El porcentaje de pacientes tratados con glucocorticoides, fenitoína y amiodarona fue del 5,9%, 1,5% y 1,1%. No encontramos diferencias significativas entre el tipo de SEE y el grado de dependencia al ingreso y al alta, la presencia de autoinmunidad tiroidea, el diagnóstico principal al alta y la mortalidad. Sí observamos una asociación entre el tipo de SEE y la administración de amiodarona.

Conclusiones: El diagnóstico del SEE aparece en más de la mitad de los ancianos hospitalizados por patología aguda. En la mayoría de los casos corresponde a un síndrome de la T3 baja con T4 libre y TSH normales (SEE tipo 1). El tipo de SEE no se asocia al grado de dependencia del paciente, autoinmunidad tiroidea, motivo de ingreso, ni a la mortalidad durante el ingreso.

EVOLUCIÓN DE LOS DIAGNÓSTICOS DE ALTA HOSPITALARIA EN MAYORES DE 80 AÑOS. CAMBIOS EN DIEZ AÑOS

J. Santianes Patiño¹, S. Gutiérrez Vara¹, E. Delgado Parada¹, F. Manuel Suárez García² y J.J. Solano Jaurrieta¹

¹Hospital Monte Naranco, Oviedo, ²Consejería de Salud y Servicios Sanitarios del Principado de Asturias, Avilés.

Objetivo: Describir los cambios en los diagnósticos de alta hospitalaria de personas de 80 y más años en el Servicio de Salud del Principado de Asturias entre los años 1996 y 2005.

Método: Selección de altas hospitalarias del Servicio de Salud del Principado de Asturias entre los años 1996 y 2005 en personas de 80 y más años. Los datos sobre las altas hospitalarias se obtuvieron del Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD). Para la agrupación de diagnósticos se utilizó el CIE-9MC. Se comparó la frecuencia de cada grupo diagnóstico en cada uno de los años así como los diagnósticos más frecuentes.

Resultados: Entre 1996 y 2005 la edad media y la proporción de mujeres en las altas hospitalarias de personas de 80 y más años aumentaron significativamente. No hubo cambios en los grupos diagnósticos más frecuentes: las enfermedades del aparato circulatorio ocuparon siempre el primer lugar seguidas de las enfermedades del aparato respiratorio y las de aparato digestivo, suponiendo entre las tres en el año 2005 el 63,5% de los diagnósticos. Si hubo cambios en la proporcionalidad de cada uno de los grupos; las enfermedades

respiratorias y circulatorias aumentaron un 7 y 3,8 por ciento respectivamente en relación al total las enfermedades mientras que las enfermedades del sistema nervioso y de los órganos de los sentidos disminuyeron un 5%.

Conclusiones: Las enfermedades circulatorias, respiratorias y digestivas han sido los diagnósticos de alta hospitalaria más frecuentes en personas de 80 y más años, produciéndose en los últimos años un incremento de las enfermedades circulatorias y una disminución de las enfermedades del sistema nervioso.

VARIABLES ASOCIADAS CON FRECUENTACIÓN HOSPITALARIA EN MAYORES DE 65 AÑOS INGRESADOS CON INSUFICIENCIA CARDIACA

J. Santianes Patiño¹, F. M. Suárez García², M^a Fernández Fernández¹, E. Sancristobal Velasco¹ y J. J. Solano Jaurrieta¹

¹Hospital Monte Naranco, Oviedo, ²Consejería de Salud y Servicios Sanitarios del Principado de Asturias, Avilés.

Objetivo: Analizar las variables que se asocian con una mayor frecuencia de ingresos hospitalarios en mayores de 65 años diagnosticados de insuficiencia cardiaca.

Método: Estudio longitudinal con datos retrospectivos de los ingresos de mayores de 65 y más años por insuficiencia cardiaca en el Servicio de Salud del Principado de Asturias durante el periodo 2002-2005. Fuente de datos: CMBD de años respectivos. Se incluyeron las variables edad, sexo, presencia de hipertensión arterial, cardiopatía isquémica, época valvulopatías, índice de comorbilidad de Charlson, servicio y hospital de ingreso y estancias generadas. Los diagnósticos se obtuvieron mediante los códigos CIE-9 de alta hospitalaria en las seis primeras posiciones diagnóstica de alta. La cohorte de seguimiento estaba formada por los mayores de 65 años con diagnóstico de insuficiencia cardiaca en el año 2002 los cuales fueron seguidos hasta el 31 de Diciembre de 2005. La variable dependiente fueron los nuevos ingresos por insuficiencia cardiaca generados por esa población en el periodo de seguimiento y el tiempo en días entre el alta y el nuevo ingreso. Se realizó un análisis de Kaplan Meier para conocer si existían diferencias en las curvas de tiempo hasta el nuevo ingreso entre las distintas categorías de cada variable. Se llevó a cabo un análisis de regresión lineal múltiple para conocer las asociaciones independientes entre cada variable y el número de ingresos posteriores.

Resultados: La población estaba formada por 3.679 individuos de 65 y más años que ingresaron por insuficiencia cardiaca en 2002 (mujeres: 54,5%; edad media 80,1 (DE: 7,4)). La media de seguimiento fue de 1302 días (3 años y medio). En el periodo de seguimiento tuvieron nuevos ingresos por insuficiencia cardiaca 1.375 individuos (37,4%) que generaron 2.846 ingresos, de los cuales más de una tercera parte fueron causados por el 5,4% de la población. En el análisis de regresión múltiple la peor puntuación en el Índice de Charlson ($p < 0,001$), el ingreso en medicina interna ($p < 0,001$), en un hospital comarcal ($p < 0,001$) y la presencia de valvulopatía ($p = 0,01$), la menor edad ($p < 0,001$) se asociaron de forma independiente a un mayor número de ingresos durante el seguimiento.

Conclusiones: Una tercera parte de los mayores diagnosticados de insuficiencia cardiaca tiene nuevos ingresos por ese motivo en los cuatro años siguientes. La mayor comorbilidad, el ingreso en un hospital comarcal y un origen de la insuficiencia cardiaca de asocia con mayor riesgo de generar nuevos ingresos.

EL HOSPITAL DE AGUDOS COMO LUGAR DE EXITUS EN LA POBLACIÓN DE 65 Y MÁS AÑOS. CAMBIOS EN ASTURIAS EN LOS ÚLTIMOS 10 AÑOS

J.M. Arche Coto¹, M. Martínez Rivero¹, V. López Gaona¹, E. Delgado Parada¹, F.M. Suárez García² y J.J. Solano Jaurrieta¹

¹Hospital Monte Naranco, Oviedo, ²Consejería de Salud y Servicios Principado de Asturias, Avilés.

Objetivos: Describir la proporción de personas mayores de 64 años que fallecen en los hospitales de agudos del Principado de Asturias, así como la evolución presentada en este aspecto en los últimos 10 años.

Método: Descripción de las altas hospitalarias por éxitus de mayores de 64 años en los hospitales de agudos de la Red Hospitalaria Pública y obtención de la proporción que representan sobre el total

de éxitus de ese grupo etario. Se realizó un análisis de la evolución en los últimos 10 años tanto de la proporción total como de cada causa según los grupos diagnósticos CIE-9MC. Las fuentes de datos fueron el Conjunto Mínimo Básico de Datos y el Registro de Mortalidad del Principado de Asturias. El análisis se realizó en función de la edad (65-74 años/75-84 años/ 85 y más años) y sexo.

Resultados: Durante el periodo estudiado la proporción de personas mayores de 64 y más años que fallecieron en hospitales de agudos aumentó del 15% del total de fallecidos de esa edad en el año 1996 al 36,6% en el año 2005. El sexo masculino y la menor edad se asociaron significativamente a una mayor proporción de muertes intrahospitalarias. Todos los grupos de edad presentaron un aumento progresivo de la proporción de éxitus hospitalarios durante el tiempo de análisis, siendo en el grupo de edad de 85 y más años donde el incremento fue más significativo (del 8,5% en 1996 al 26,0% en 2005). Tanto en el año 1996 como en el 2005 los grupos de enfermedades que generaban una mayor proporción de muertes intrahospitalarias sobre las producidas en domicilio eran: causas externas y traumatismos (1996: 39,1%; 2005: 57,8%), enfermedades del aparato digestivo (1996: 37,2%; 2005: 58,9%), enfermedades del aparato genitourinario en el año 1996 (29,6%) y enfermedades infecciosas en el año 2005 (56,2%). Las enfermedades circulatorias, respiratorias e infecciosas fueron las que presentaron en los 10 años de análisis mayores incrementos en los porcentajes de muerte intrahospitalaria.

Conclusiones: En las personas de 65 y más años existe una tendencia cada vez mayor a la sustitución del domicilio por el hospital como lugar de muerte, teniendo cada vez más peso en este cambio las enfermedades circulatorias y respiratorias.

NECESIDADES DIAGNÓSTICO - TERAPÉUTICAS INTERHOSPITALARIAS EN UNA UNIDAD DE GERIATRÍA

J.F. García López¹, M.E. González Medina¹, M.C. García López², F. Villanueva Pardo¹, M.L. Ramos Ruiz¹ y A. Salinas Barrionuevo¹

¹Hospital Civil de Málaga, Geriatría, ²Hospital Marítimo de Torremolinos.

Introducción: La carencia por parte del Hospital Civil de Málaga de métodos diagnósticos (TAC, RM, endoscopia, etc.) y de tratamiento (radioterapia) más complejos así como el apoyo directo de otros Servicios-Especialidades (Oncología) origina traslados interhospitalarios por parte de la Unidad de Geriatría con el objetivo de cubrir dichas necesidades.

Objetivos: Conocer los motivos diagnóstico-terapéuticos que precisan traslados interhospitalarios. Determinar las características de los pacientes de la Unidad de Geriatría que requieren traslado interhospitalario.

Material y método: Estudio descriptivo transversal de las hojas de registro de traslados y de las historias clínicas de los pacientes realizado en un periodo de 9 meses (enero-octubre) en el año 2006. Se recopilan variables como sexo, motivo del traslado, edad, estancia hospitalaria, diagnóstico principal, patologías secundarias, motivo de alta, grado de dependencia (Índice de Barthel).

Resultados: De los 221 pacientes ingresados en la Unidad durante el periodo de estudio se contabilizan 40 traslados (18%); hombres 62,5% mujeres 37,5%. Edad media 77,8 años. Estancia media 33,5 días. Motivos de traslado: TAC (42,5%), endoscopia digestiva (12,5%), medicina nuclear (10%), eco-doppler (10%), resto (25%). Diagnóstico principal: anemia (12,5%), insuficiencia cardiaca (10%), neumonía (10%), ACV (7,5%), EAP (5%), EPOC (5%), TEP (5%), cirrosis (5%). Media de patologías asociadas 5,5 por paciente. Patologías secundarias: HTA (17 casos), diabetes (13 casos), ITU (10 casos), anemia (9 casos), ICC (8 casos), EPOC (8 casos). Motivo de alta: mejoría 62,5%, éxitus 37,5%. Grado de dependencia (Barthel): total 65%, severa 26%, moderada 6%, escasa 3%.

Conclusiones El paciente tipo de nuestra Unidad que ha requerido traslado interhospitalario ha sido varón, con una edad media de 77 años y que ha permanecido en nuestra Unidad 33 días. Es un paciente pluripatológico que ha ingresado por anemia y ha presentado principalmente como diagnósticos asociados HTA, diabetes, ITU, ICC y EPOC. Presenta alto grado de dependencia y la causa de alta ha sido por mejoría de su proceso. El principal motivo de traslado es de tipo diagnóstico; la realización de un TAC. Las carencias diagnósticas y terapéuticas del H. Civil plantean la necesidad de realizar un estudio profundo coste/beneficio para valorar el empleo de nuevos recursos humanos y materiales que satisfagan eficazmente las necesidades de los pacientes de la Unidad de Geriatría.

IMPACTO DEL ENVEJECIMIENTO POBLACIONAL EN LA HOSPITALIZACIÓN. ANÁLISIS DE DIEZ AÑOS

F.M. Suárez García¹, M. Suárez Linares², E. García Carreño¹, M. Martínez Rivero¹, F. Jiménez Muela³ y J.J. Solano Jaurrieta¹

¹Consejería de Salud y Servicios Sanitarios del Principado de Asturias Avilés, ²Hospital Monte Naranco, Oviedo, ³Establecimientos Residenciales de Asturias, Oviedo.

Objetivo: Analizar la evolución de las altas hospitalarias en el Servicio de Salud del Principado de Asturias entre los años 1996 y 2005 y estimar la proporción atribuible al envejecimiento poblacional.

Método: Los datos sobre las altas hospitalarias se obtuvieron del Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) y los poblacionales del Padrón Municipal de Habitantes de los años respectivos. Se calcularon las tasas de hospitalización por 100 habitantes dividiendo el número de altas hospitalarias entre la población para cada grupo quinquenal de edad, así como la variación de la tasa en el periodo estudiado. Se estimaron las altas esperadas en 2005 según la experiencia de hospitalización en 1996, multiplicando las tasas de hospitalización de 1996 por la población en 2005 para cada grupo quinquenal de edad. Este cálculo produce una estimación del número de altas que obtendríamos en 2005 si el único cambio ocurrido entre 1996 y 2005 fuera el envejecimiento de la población.

Resultados: En Asturias entre 1996 y 2005 el número de habitantes se redujo en un 1%, mientras que la proporción de personas de 65 y más años creció del 19,5% al 21,9%. La tasa total de altas por 100 habitantes aumentó del 8,6 al 10,3 (+ 19,1%). En las personas entre 15 y 64 años las tasas se mantuvieron estables o aumentaron ligeramente (< 3%), sin embargo en las personas entre 65 y 79 años aumentaron un 20,6% y en las de 80 y más años un 39,5%. En el periodo de estudio hubo un incremento del 17,8% en las altas hospitalarias. El aumento de altas de personas entre 35-49 años fue del 8,5%, 12,5% en el de 50-64 años, 25,3% en el de 65-79 años y 92,2% en el de 80 y más años. La proporción de aumento de altas hospitalarias atribuibles al envejecimiento poblacional fue del 30%.

Conclusiones: El envejecimiento demográfico explica menos de un tercio del aumento de la frecuentación hospitalaria. Otros factores probablemente ligados a la accesibilidad y aumento de seguridad de algunas tecnologías sanitarias o la falta de respuesta del sistema sanitario a una demanda cada vez más exigente de la población mayor podrían explicarlo.

EVALUACIÓN DEL INFORME DE CONTINUIDAD DE CUIDADOS AL ALTA EN UNA UNIDAD DE GERIATRÍA

M.L. Ramos Ruiz¹, M.ª Elvira González Medina¹, M. Carmen García López², F. Villanueva Pardo¹, A. Salinas Barrionuevo¹ y J.F. García López¹

¹Hospital Civil de Málaga, Geriatría, ²Hospital Marítimo de Torremolinos.

Introducción: La importancia de la coordinación entre los servicios de atención primaria y los de atención especializada fundamentan la necesidad de establecer mecanismos que integren dichos sistemas. Con este objetivo en la Unidad de Geriatría del Hospital Civil de Málaga se viene realizando el Informe de Continuidad de Cuidados a los enfermos que son dados de alta.

Objetivos: Valorar la información que aporta el actual Informe de Continuidad de Cuidados al Alta. Determinar los diagnósticos de Enfermería, problemas de colaboración y de autonomía que presentan los pacientes al alta hospitalaria.

Material y método: Estudio descriptivo transversal desde el mes de octubre de 2005 a marzo de 2006 a través de la revisión de los informes de continuidad de cuidados. Las variables estudiadas han sido: edad, sexo, estancia hospitalaria, motivo de ingreso, situación social, cuidador principal, diagnósticos de enfermería, problemas de colaboración, problemas de autonomía e identificación de la enfermera responsable.

Resultados: Total de muestra: 95 pacientes. Edad media: 81. 9±7,2, media de estancia hospitalaria 18±18 días. Sexo: 57% mujeres, 43% hombres. Motivo de ingreso: disnea 44%, fiebre 7%, caída 6%. Situación social: no se recoge en el 63% de los casos, resto vive con familia 21%, identifican problema social 3%, vive en residencia 3%. Cuidador habitual: no se recoge 25%, hija 32%, esposa 13%. Los diagnósticos de enfermería al alta: riesgo de caídas 35 casos, conocimientos deficientes 26 casos, cansancio en el rol del cuidador 19 casos, manejo inefectivo del régimen terapéutico 18 casos, no aparece ningún diagnóstico en 22 pacientes. Los problemas de colabo-

ración al alta han sido: no han presentado ningún problema en 42 pacientes, alteración de la integridad cutánea 19 casos, riesgos derivados de procedimientos invasivos 11 casos, riesgo de infección 10 casos. Problemas autonomía: Higiene (SP:37, ST:40, A:18), Eliminación (SP: 36, ST: 42, A: 17), Movilización (SP: 47, ST:32, A: 16), Alimentación (SP:41, ST: 30, A: 24). El 97% disponían de la identificación de la enfermera.

Conclusiones El perfil de nuestro paciente es el de una mujer en la mayoría de los casos, con una edad media de 82 años y que ha permanecido en nuestra unidad una media de 18 días y cuyo cuidador principal es la hija. Además ha presentado suplencia parcial para la alimentación-movilización y suplencia total para la higiene-eliminación. El cansancio del cuidador es un problema emergente que demanda creciente atención por parte del sistema sanitario. Formular diagnósticos de enfermería entraña cierto grado de dificultad en un número determinado de casos, lo que exige medidas de formación continuada.

FACTORES RELACIONADOS EN LA PRESENTACION DE INFECCIONES URINARIAS EN EL AMBITO RESIDENCIAL

M.J. Ruda, A. Fernandez, M. Aguilar y J. Martos
Fundació Antoni Roura, Granollers, Barcelona.

Objetivos: Analizar los factores implicados en la presentación de infecciones urinarias en los pacientes ingresados en el ámbito residencial.

Material y métodos. Estudio descriptivo retrospectivo, sobre 51 pacientes ingresados en una residencia, entre los meses de enero a diciembre de 2006. Se valoran las variables: sexo, deterioro cognitivo-demenzia, dependencia funcional e incontinencia de esfínteres, y su relación con la aparición de infección del tracto urinario. Análisis estadístico Chi cuadrado de Pearson con el paquete estadístico SPSS versión 10.0

Resultados: de los 51 pacientes el 82,4% son mujeres y el 17,6% hombres. Un 23,5% no presentaba deterioro cognitivo, 2% deterioro cognitivo incipiente, 23,5% demencia leve-moderada y 51% demencia avanzada (diagnóstico MEC y valoración neuropsicológica). El 51% de los residentes presentaban un Índice de Barthel superior a 60/100. Se objetivaron diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,05$) en lo referente a deterioro cognitivo-demenzia y deterioro funcional. No se evidenciaron diferencias estadísticamente significativas en cuanto a sexo e incontinencia esfinteriana.

Conclusiones: los factores que influyen en la aparición de infecciones urinarias de repetición son el deterioro cognitivo-demenzia y el deterioro funcional, que propician una situación de vulnerabilidad en el residente. La parición de infecciones del tracto urinario son manifestaciones de la fragilidad de estos pacientes.

¿ES LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER LA ETILOGÍA MÁS PREVALENTE EN LOS NONAGENARIOS? DATOS DEFINITIVOS DEL ESTUDIO POBLACIONAL NEDICES

E. Carrillo Alcalá¹, V. Domingo García², C. Bischofberger Valdés¹, J. Minaya Saiz¹ y T. Jiménez López³

¹Hospital Guadarrama, ²Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, ³Salud Pública.

Objetivo: Determinar la prevalencia de demencia y diferentes etiologías en la muestra de nonagenarios supervivientes a fecha 1/5/1999 del NEDICES.

Material y métodos: El NEDICES es un estudio poblacional de 5.278 mayores de 65 años de tres zonas del centro de España que investiga la prevalencia de demencia, parkinsonismo, temblor y ACVA. Se han realizado dos cortes con fecha 1/5/94 y 1/5/97. Estudio puerta a puerta. Se revisaron los nonagenarios supervivientes a fecha 1/5/99 con un protocolo estandarizado de situación cognitiva, que incluye la versión MMSE de 37 ítems, memoria lógica, test del reloj y FAQ de Pfeiffer, con adaptaciones en los sujetos con desorientación sensorial severa. Se aplicaron criterios NINCS-ADRDA para enfermedad de Alzheimer (EA) y DSM-IV para demencia vascular (DV) y mixta (DM) junto con escala de Hachinski como apoyo diagnóstico.

Resultados: De los 166 nonagenarios vivos a fecha 1/5/1999, fueron estudiados 144, correspondiente a una tasa de respuesta del 86,7%. Se identificaron 41 demencias con una prevalencia global de 28,5%

(21,7-36,3). La distribución de demencia corresponde a 25 EA, 7 DV, 4 DM y 5 otras con una prevalencia de 17,4% (12-24,4), 4,9% (2,4-9,7), 2,8% (1,1-6,9) y 3,5% (1,5-7, 9)- $p < 0,01$. En los menores de 95 años la prevalencia es de 15,4% (10-22,9), 4,1% (1,7-9,2), 2,4% (0,8-6,9) y 3,3% (1,3-8,1) - $p < 0,01$ - y en los de 95 o más años de 28,6% (13,8-50), 9,5% (2,7-28,9), 4,8% (0,8-22,7) y 4,8% (0,8-22,7) - $p > 0,05$ -, respectivamente. En las mujeres la prevalencia corresponde a 22,7% (15,2-32), 5,2% (2,2-11,5), 3,1% (1,1-8,7) y 2,1% (0,6-7,2)- $p < 0,001$ y en hombres al 6,4% (2,2-17,2), 4,3% (1,2-14,2), 2,1% (0,4-11,1) y 6,4% (2,2-17,2)- $p > 0,05$, respectivamente.

Conclusiones: La etiología significativamente más prevalente de demencia corresponde a EA, seguida por DV, otras y DM, manteniéndose este patrón por grupos de edad. Existe un predominio de EA en las mujeres. Este hecho es análogo a otros estudios de los muy ancianos llevados a cabo en países occidentales.

COMPORTAMIENTO A CORTO PLAZO DEL SÍNDROME DEL ENFERMO EUTIROIDEO EN PACIENTES ANCIANOS HOSPITALIZADOS

A. Muñoz Pascual, J.J. Diez, F. Prado, M.T. Guerrero, M.C. Macías y E. Ridruejo
Hospital General de Segovia.

Objetivos: Analizar el comportamiento evolutivo al mes del alta del SEE en pacientes ancianos hospitalizados.

Material y métodos: Se han evaluado 267 pacientes diagnosticados de SEE durante su ingreso por patología aguda en el servicio de Geriatría del hospital General de Segovia, durante un periodo de doce meses. En cada paciente se cuantificaron las concentraciones séricas de TSH (tirotropina), T4 (tiroxina) libre y T3 (triyodotironina) libre al ingreso y al mes del alta hospitalaria. Se distinguieron cinco tipos diagnósticos del SEE: 3 de ellos con T3 libre baja (tipo 1, T4 y TSH normales; tipo 2, T4 normal y TSH baja; y tipo 3, T4 y TSH bajas) y 2 con T4 libre elevada (tipo 4, T3 libre y TSH normales y tipo 5, T3 libre baja y TSH normal). De los 267 pacientes con SEE, 160 eran mujeres (60%, edad media \pm DS $87,2 \pm 5,8$ años), 107 varones (40%, edad $85,1 \pm 6,1$ años, $p < 0,01$). Se encontraron los siguientes pacientes según el tipo de diagnóstico de SEE: tipo 1, 231 pacientes (86,5%); tipo 2, 19 (7,2%); tipo 3, 6 (2,2%); tipo 4, 6 (2,2%); tipo 5, 5 (1,9%). En cada paciente se registró el tipo de SEE, el grado de dependencia evaluado con el test de Barthel y enfermedades de riesgo cardiovascular previas.

Resultados: De los 267 pacientes hemos realizado el seguimiento al mes en 125 pacientes. 54 pacientes no pudieron ser evaluados por éxitus, 8 por cambio de residencia y 80 por otros motivos. De los 125 pacientes evaluados al mes, 69 pacientes (55,2%) han persistido como SEE [tipo 1, 61 (88,4%); tipo 2, 4 (5,8%); tipo 3, 4 (5,8%)], 49 pacientes (39,2%) han normalizado sus niveles hormonales tiroideos, 6 pacientes (4,8%) han sido diagnosticados de hipotiroidismo subclínico, y 1 paciente (0,8%) de hipertiroidismo franco. No hemos encontrado relación estadísticamente significativa entre el tipo de SEE al ingreso y el desarrollado al mes del alta, ni con el grado de dependencia que presentaban los pacientes. Hemos observado relación entre el tipo de SEE y la presencia de diabetes ($p < 0,01$).

Conclusiones: Aproximadamente el 40% de los pacientes con SEE normalizan su función tiroidea global al mes del alta. El tipo de SEE más habitual al mes del alta sigue siendo el tipo 1 (síndrome de la T3 baja con T4 libre y TSH normales), los tipos 4 y 5 desaparecen. No existe relación estadísticamente significativa entre el tipo de SEE al ingreso y el desarrollado al mes del alta.

EVOLUCIÓN DE LA MOVILIDAD Y RIESGO DE ÚLCERA EN EL PACIENTE ANCIANO HOSPITALIZADO: INFLUENCIA SOBRE LOS CUIDADORES

C. Gracia Bernal¹, M. Medinas Amorós², C. De la Fuente Carrillo¹, C. De la Fuente Carrillo¹ y M.Á. Santiago¹

¹Hospital General de Mallorca, ²Hospital Joan March, Bunyola, Mallorca.

La capacidad de desplazamiento en el medio que rodea al individuo, es imprescindible para que éste desarrolle su autonomía, a la vez que constituye un componente esencial de la vida del hombre. En las personas ancianas depende de la interacción entre factores internos de cada individuo: habilidades, destrezas motoras, función cognitiva y sensorio-perceptiva, nivel de salud, autoconfianza, etc.,

además de otros factores ambientales y personales externos como los meramente físicos o arquitectónicos y los vinculados a actitudes de familiares y cuidadores. El riesgo de la inmovilidad relativa se identifica con el encamamiento mientras que la inmovilidad absoluta se ha mostrado como un factor de riesgo de institucionalización y de aparición del síndrome del cuidador. El objetivo del presente estudio ha sido evaluar la evolución e influencia de la inmovilidad y del riesgo de úlceras por presión sobre la presencia de signos de sobrecarga en sus cuidadores, para lo que se contó con una muestra de pacientes ancianos hospitalizados en una unidad de convalecencia sociosanitaria. Materiales y metodología: la ganancia funcional de =14 pacientes con una media de edad de 79,61 años fue evaluada durante 4 semanas de estancia hospitalaria mediante la Escala de Barthel y el riesgo de úlcera se evaluó mediante la Escala de Norton. La presencia de signos de sobrecarga de los cuidadores se obtuvieron mediante la Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit. Nuestros resultados muestran que existen correlaciones significativas, entre las puntuaciones de la escala de Barthel y las medidas de la escala de Norton, concretamente en: estado mental ($p < 0,05$), actividad ($p < 0,05$), movilidad ($p < 0,001$) e incontinencia ($p < 0,001$). Un segundo análisis nos permitió constatar la influencia de la escala de Barthel sobre dos de las tres dimensiones que componen la escala de Zarit: calidad de la relación interpersonal (o rechazo) ($p < 0,05$) y expectativas de autoeficacia del cuidador (o competencia) ($p < 0,05$). Sin embargo no se encontraron correlaciones entre el Barthel y la subescala impacto del cuidado (sobrecarga) del Zarit ni con la presencia de riesgo de úlcera por presión (Norton) ($p > 0,05$). En conclusión, nuestros resultados se sitúan en la línea de los obtenidos por otros estudios constatando que, la evaluación de la evolución de la movilidad en el paciente anciano hospitalizado, constituye un buen indicador de la presencia de algunos signos de sobrecarga en los cuidadores, si bien en su evaluación debe tenerse en cuenta también su interacción con otros factores psicológicos, sociales y familiares.

ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LA ACTIVIDAD ASISTENCIAL EN UNA UGA

N. Parras García de León, N. Fernández, J.L. Blázquez, G. Martínón, E. Alonso y S. Carmona
Hospital General Ciudad Real.

Introducción: El 40% de los ingresos hospitalarios son mayores de 65 años y esto guarda más relación con el estado físico-funcional, que con la situación comórbida, económica o epidemiológica.

Objetivo: Definir el perfil de los pacientes geriátricos ingresados en una UGA, durante un periodo de 1 año.

Material y métodos: Estudio descriptivo de 759 pacientes ingresados en nuestra Unidad, desde Abril/06 hasta Marzo/07. Se registraron datos de edad, sexo, antecedentes clínicos, diagnósticos al alta, situación funcional, cognitiva y social, síndromes geriátricos, tratamientos médicos, estancia media y destinos al alta.

Resultados: De un total de 759 casos: 259 (34,4%) eran hombres, 495 (65,6%) mujeres y 5 pérdidas del sistema. La edad media fue: 85,087 años (rango: 73-100). Los antecedentes clínicos más frecuentes fueron: HTA (66,5%), BNC0 (30,7, 1%), DM (28,8%)... Al alta: I. Cardiaca (23,1%), EPOC (18,8%), Neumonía (18,3%)... Desde el punto de vista funcional, la media de Barthel al ingreso fue: (48,76), DT (36,58). Al alta: Media (40,77), DT (35,76). El (24%) deambulaba sin ayuda, (22,28%) usaba bastón y (22,8%) estaba inmovilizado. Cognitivamente: 34,2% no tenía deterioro (GDS-1) y un 20,2% tenía deterioro severo (GDS-6, GDS-7). La mayoría vivía con su pareja (22,1%) o hijos (36,8%) y un (26,1%) estaba institucionalizado y esto se incrementaba a (2,8%) tras la hospitalización. Los síndromes geriátricos más frecuentes fueron: incontinencia (47,1%), alteración cognitiva (46,1%), estreñimiento (36,8%)... La media de fármacos al ingreso fue: (5,74), DT (2,91). Los más comúnmente usados fueron: Protector gástrico (51,1%), diuréticos (44,5%), e hipnóticos (39,7%). Al alta: protector gástrico (65,4%), analgésicos (42,4%) y antiagregantes (45,5%), con una media de 6,26 fármacos por paciente. La estancia media fue: 8,78 días, Mediana (7,00) y DT (5,73). Al alta: (63,2%) fueron derivados a Atención Primaria, (26,2%) a nuestra Consulta y (8,9%) fallecieron

Conclusión: Los datos obtenidos en nuestra Unidad, se adecuan a los indicadores de resultado, dentro de los criterios de calidad requeridos para una UGA.

VALORACIÓN DE LA UTILIDAD Y CUMPLIMENTACIÓN DE LA DECLARACIÓN DE CAÍDA EN EL HOSPITAL DE BARCELONA

M. Guzmán, S. Murciano, C. Ropero, A. Castelló, G. Collell y Y. Ayllón
Hospital de Barcelona.

Introducción: Las líneas actuales en el ámbito sanitario enfocan los programas para la mejora de calidad en los aspectos de prevención del riesgo y seguridad en los pacientes. La política de nuestro centro ha enfocado los planes de mejora con la filosofía de no penalizar los errores, sino de ver la oportunidad de evitar que ocurrían de nuevo
Objetivo: Analizar como se utiliza y la correcta cumplimentación de la hoja de declaración de caídas por el personal de enfermería.

Material y método: El grupo de incidencias diseña una encuesta con ítems cerrados y preguntas abiertas dirigida a enfermería, excluyendo el área quirúrgica. Se reparte a los responsables de las diferentes unidades, un total de 195 encuestas. 111 se cumplimentan de forma voluntaria y anónima. Se procede al análisis de los datos mediante el programa informático File Maker.

Resultados: Más del 90% expresa utilizar la hoja de declaración y no tener problemas para cumplimentarla. Más de la mitad de la muestra cree que le facilita el trabajo, previene posteriores caídas y queda constancia en la historia clínica. El resto opina que incrementa el trabajo. Un 99% conoce las medidas profilácticas a adoptar en los pacientes de riesgo. Un 59% cree que las caídas se pueden evitar y más de la mitad de la muestra no tiene sentimiento de culpabilidad delante de una caída. La medida preventiva que cuesta más de implantar es la restricción física.

Conclusiones: En base a los resultados obtenidos se observa que un porcentaje elevado de la muestra opina que incrementa el trabajo. Como propuesta de mejora el grupo de incidencias cree conveniente realizar formación sobre el circuito a seguir, criterios de uso de la restricción física y aplicación de prevención terciaria.

CAUSAS NEUROLÓGICAS DE CAÍDAS EN ANCIANOS: IMPORTANCIA DE LOS TESTS CLÍNICOS Y POSTUROGRÁFICOS

M. Lázaro del Nogal, A. González Ramírez, G. Latorre González, M. Fuentes Ferrer y J.M. Ribera Casado
Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

Objetivos: Describir las diferencias clínicas (Test de equilibrio y marcha) y posturográficas (pruebas funcionales) de los ancianos con caídas recurrentes de causa neurológica y causa no neurológica.

Material y métodos: 113 caídos que acuden a la Unidad de Caídas del Servicio de Geriatría por presentar >2 caídas en los últimos 6 meses divididos en 2 grupos: grupo A causas neurológicas (deterioro cognitivo, enfermedades extrapiramidales, ACV, mielopatía y polineuropatía), grupo B causas no neurológicas. Test de equilibrio y marcha: Timed Up and Go (TUG), Tinetti del equilibrio (TE), Tinetti de la marcha (TM). Test posturográficos funcionales: Distribución rítmica de cargas (WBS) a 0, 30, 60 y 90° de flexión de ambas rodillas; Velocidad de la marcha (WA). Técnica: Posturógrafo Balance Master. Análisis estadístico SPSS v. 12.0.

Resultados: Tug: > 20 segundos grupo a 59,1%, grupo b 33,3%; 10-20 segundos grupo A 36,4%, grupo B 61,9%; < 10 segundos grupo A 4,5%, grupo B 4,8% ($p < 0,05$); TE grupo A $9,87 \pm 2,8$, grupo B $12,7 \pm 2,2$ ($p < 0,001$). TM grupo A $7,80 \pm 2,4$, grupo B $9,8 \pm 1,8$ ($p < 0,001$). WBS a 0, 30, 60 y 90° de flexión sin diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos. WA: velocidad (centímetros/segundo, media ± desviación típica) grupo A $34,3 \pm 21,3$, grupo B $34,5 \pm 17,3$ (ns); anchura del paso (centímetros, media ± desviación típica) grupo A $16,6 \pm 3,4$, grupo B $15,7 \pm 3,2$ (ns); longitud del paso (centímetros, media ± desviación típica) grupo A $28,5 \pm 19,7$, grupo B $27,81 \pm 16,34$ (ns).

Conclusiones: Los pacientes con causas neurológicas de caída tienen en nuestra muestra peor puntuación en los tests funcionales (TUG y Tinetti), lo que determina en este grupo mayor riesgo de nuevas caídas. No hallamos diferencias en la valoración del equilibrio estático.

COMORBILIDAD Y COMPLICACIONES AGUDAS EN PACIENTES INGRESADOS EN UNA UNIDAD DE SUBAGUDOS

F. Brañas Baután, L. Silveira Guijarro, P. Alonso-Fernández, V. Domingo García y J.A. Serra Rexach
Hospital Gregorio Marañón, Madrid.

Objetivos: Describir comorbilidad, síndromes geriátricos, instrumentalización y complicaciones médicas agudas que presentan durante el

ingreso los pacientes en una Unidad de Subagudos (pacientes trasladados desde servicios médico-quirúrgicos de un hospital general).

Material y métodos: Estudio prospectivo longitudinal de los pacientes ingresados en la Unidad de Subagudos de Geriatría del HGUGM desde el 1/1/07 al 9/3/07. Se recogieron datos sociodemográficos, motivo de ingreso, situación funcional (Índice de Barthel), número de enfermedades, CIRS (Modified-Cumulative Illness Rating Scale), síndromes geriátricos, instrumentalización (SNG, SV) y complicaciones médicas agudas durante el ingreso.

Resultados: Se incluyeron 123 pacientes. Edad media de 83+ 7. 56,1% eran mujeres. Motivos de ingreso: infección respiratoria 57 (56,3%), ICC 20 (26,2%), otras infecciones 10 (8,0%), TEP 5 (4,0%), ACVA 4 (3,2%). La media de Barthel basal fue 63,9 + 36,2, al ingreso 33,4 + 31,6 y al alta 58,4 + 33,8. Media de número de enfermedades 7,31 + 7 y CIRS medio 14,40 + 5,43. Síndromes geriátricos por orden de frecuencia: estreñimiento 69 (56,1%), incontinencia 47 (38,2%), déficits sensoriales 46 (37,4%), deterioro cognitivo 41 (33,3%), inmovilismo 39 (31,7%), trastorno del ánimo 37 (30,1%), insomnio 37 (30,1%), malnutrición 32 (26%), dolor crónico 29 (23,6%) y caídas 15 (12,7%). Complicaciones médicas agudas por orden de frecuencia: cuadro confusional agudo 36 (29,3%), infecciones nosocomiales 31 (25,1%), RAO 10 (8,1%) y caídas intrahospitalarias 5 (4,1%). De las infecciones nosocomiales, 11 (8,9%) precisan aislamiento por BLEA, SAMR o clostridium difficile. La mayoría son infecciones respiratorias 11 (8,9%), seguidas de infecciones urinarias 7 (5,7%) y gastrointestinales 7 (5,7%). Instrumentalización: en domicilio 1 paciente (0,8%) era portador de S.V y 2 (1,6%) de SNG. Al ingreso 42 (34,1%) portaban SV, 3 (2,4%) SNG y 1 (0,8%) ambas. Al alta 5 (4,1%) portaban S.V y 3 (2,4%) SNG.

Conclusiones: Los pacientes ingresados en la Unidad de Subagudos del HGUGM presentan un elevado índice de comorbilidad, síndromes geriátricos e instrumentalización al ingreso en la misma. Las principales complicaciones médicas durante el ingreso son cuadros confusionales agudos e infecciones respiratorias nosocomiales.

DIFERENCIAS EN EL CONTROL POSTURAL MEDIANTE POSTUROGRAFÍA EN LOS PACIENTES CON CAÍDAS RECURRENTES DE CAUSA NEUROLÓGICA

M. Lázaro del Nogal, A. González Ramírez, G. Latorre González, M. Fuentes Ferre y J.M. Ribera Casado
Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

Objetivos: Valorar el equilibrio estático y dinámico en pacientes con caídas de causa neurológica y comparar este resultado con un grupo de caedores de causa no neurológica. Valorar las características de las caídas en ambos grupos.

Material y métodos: 113 caedores que acuden a la Unidad de Caídas del Servicio de Geriatría por presentar > 2 caídas en los últimos 6 meses divididos en dos grupos: grupo A (causas neurológicas: deterioro cognitivo, enfermedades extrapiramidales, ACV, mielopatía y polineuropatías) y grupo B (causas no neurológicas). Control sensorial (test mCTSIB): desplazamiento del Centro de gravedad (CG) en bipedestación y sobre superficie almohadillada con ojos abiertos y ojos cerrados. Control motor (test RWS): velocidad de desplazamiento del CG y concordancia en la dirección al seguir el movimiento de un estímulo visual. Técnica: Posturógrafo Balance Master. Análisis estadístico SPSS v.12.0.

Resultados: Edad grupo A 77,6 ± 5,7 (76,1% mujeres); grupo B 77,8 ± 3,7 (100% mujeres). Mecánica de las caídas: Hacia delante grupo A 45,7%, grupo B 66,7% (= 0,02); Hacia atrás grupo A 38,6%, grupo B 14,3% (= 0,01); Miedo a caer (Sd. Postcaída): grupo A 91,3%, grupo B 97,6% (ns). Control sensorial (tests mCTSIB): No diferencias estadísticamente significativas. Control motor: velocidad en desplazamientos izquierda-derecha lentos, moderados y rápidos: sin diferencias estadísticamente significativas; control direccional (%), media ± desviación típica) antero-posterior en desplazamientos lentos A: 39,02 ± 20,24; B: 49,03 ± 19,59 (= 0,02); en desplazamientos moderados A: 41,22 ± 20,38; B: 52,06 ± 19,42 (= 0,01); en desplazamientos rápidos A: 42,53 ± 24,94; B: 58,68 ± 21,17 (= 0,004).

Conclusiones: No existen diferencias en el control sensorial en ambos grupos. Los pacientes con caídas recurrentes de causa neurológica presentan un peor control antero-posterior al seguir un estímulo visual que los pacientes con caídas de etiología no neurológica. La identificación de esta alteración puede justificar la diferencia de la mecánica de las caídas en ambos grupos.

UTILIZACION DE LAXANTES EN CENTROS SOCIOSANITARIOS

R. Mas Frigola², M.R. Vidal¹, M. Aguas³, M. Barba⁴, M.T. Bros⁵ y I. Caro⁶

¹Hospital Evangèlic, ²Sar-Centro Regina, Barcelona, ³Centre sociosanitari Palau, Barcelona, ⁴Mutuam, Barcelona, ⁵C.G.l'Estada, ⁶C.R. D'estades temporals, Diputació de Barcelona.

Objetivo: Analizar las prescripciones de fármacos laxantes en centros sociosanitarios, evaluando su protocolización.

Método: Se realizó un estudio descriptivo de las prescripciones de laxantes, mediante un corte transversal en 10 centros sociosanitarios. Se recogieron diferentes datos relacionados con la utilización de laxantes: pautas y fármacos astringentes asociados. El registro de los cálculos se ha realizado mediante la base de datos Acces y procesado con el SPSS 10.0.

Resultados: Se estudiaron un total de 1256 pacientes pertenecientes a distintas unidades (convalecencia, larga estancia, psicogeriatría y cuidados paliativos), con una media de edad de 79,86 años. De ellos, 580 (46,1%) tenían prescrito al menos un laxante. De estos, un 13,1% tenía 2 laxantes, de los cuales la asociación más utilizada fue la de laxante osmótico más crema de magnesia. Los más utilizados fueron los laxantes osmóticos (lactulosa y lactitol) con un 54,7% de los casos, y la crema de magnesia (18,3%). La lactulosa fue el laxante si precisa más utilizado. Un 62,1% de los pacientes que tenían prescrito un laxante, utilizaban también un fármaco potencialmente astringente (el 33% antipsicóticos).

Conclusiones: La utilización de laxantes en centros sociosanitarios es elevada debido al perfil de pacientes (pacientes geriátricos con pluripatología, etc.) en los que confluyen factores como la falta de movilidad, disfunción del aparato gastrointestinal, polifarmacia etc. Por ello consideramos necesario la elaboración de protocolos incluyendo también medidas no farmacológicas (higiénico-sanitarias).

FARMACOTERAPIA EN UNA UNIDAD DE SUBAGUDIZACION ¿NOS COMPARAMOS?

T. Villalta Andujar², T. Calleja², M.J. Maúriz², M.J. Alvarez², J. Jiménez¹ y I. Martín²

¹Residencia Asistida 3^a Edad Oleiros, Oleiros, ²Servicio de Farmacia. Hospital Juan Canalejo.

Objetivo: Valoración de la farmacoterapia en una unidad de tratamiento de subagudizaciones de una residencia sociosanitaria (RSS) asistida, donde la labor asistencial la realizan 4 médicos geriatras, un psiquiatra consultor y un farmacéutico de hospital. Participación del farmacéutico en la atención al paciente ingresado y comparación de dosis diaria definida por cada 100 estancias (DDD/100) de los grupos de medicamentos más representativos, con los de una unidad de medicina interna (MI) del hospital de referencia con un perfil de diagnósticos al ingreso comparables.

Material y método: Análisis retrospectivo de farmacoterapia de los pacientes ingresados en una unidad de subagudos con 18 camas durante el periodo diciembre 2006-febrero 2007, con la información recogida de la aplicación informática SINFHOS del sistema de dosis unitaria, de la historia clínica y de las hojas de control de enfermería. Los diagnósticos de ingreso fueron recogidos mediante entrevista con médicos responsables. Se utilizaron los parámetros de dosis diaria definida establecidas por la bibliografía y se calculó las DDD/100 estancias a partir de los listados de consumo de medicamentos/mes que nos proporciona la aplicación informática SINFHOS y se compararon con los de una unidad MI del hospital de referencia.

Resultados: Durante el periodo de estudio el número de pacientes ingresados fueron 108 (86 mujeres y 22 hombres) con 1502 estancias. Coste estancia/día: 4,21 €. Estancia/paciente: 13,90 días. Coste estancia/ingreso: 58, 60 €. Motivos de ingreso: Infección respiratoria: 54; Tratamiento de ulceras: 16; Hemorragia digestiva: 3; Fractura: 6; Deshidratación: 5; HDA: 6; Otros: 12; Grupos terapéuticos/coste: Antibióticos parent/oral: 17%; Nutrición enteral: 17%; Debridantes: 2%; Soluciones hidratantes: 15%; Antiasmáticos: 7%; Antitúleros: 4%; Analgésicos opioide: 3%; Heparinas de bajo peso molecular: 3%; Corticoides: 2%; Otros: 30%. Intervenciones farmacéuticas: Se realizaron durante este periodo 42 intervenciones farmacéuticas: 14 de secuenciación de IV/oral; 11 de monitorización de medicamentos; 10 de ajuste de dosis de medicamentos en paciente con IR; 7 de información de medicamentos, al facultativo responsable. La valoración de DDD/100 con respecto a una unidad MI (coste/estancia/día: 9,37 €; coste/ingreso: 75,58 €) - Amoxicilina/clavu-

lanico oral (DDD 2625); DDD/100 sociosanitaria 4,91; DDD/100 Medicina Interna 4,38 - Amoxicilina/clavulanico parenteral (DDD 3000); DDD/100 sociosanitaria 7,99; DDD/100 Medicina Interna 16,69 - Ceftriaxona (DDD 2000); DDD/100 sociosanitaria 1,89; DDD/100 Medicina Interna 1,91 - Cefuroxima axetilo (DDD 1000); DDD/100 sociosanitaria 5,91; DDD/100 Medicina Interna 0,52 - Ciprofloxacino oral (DDD 1000); DDD/100 sociosanitaria 1,7 ; DDD/100 Medicina Interna 0,83 - Ciprofloxacino parenteral (DDD 800); DDD/100 sociosanitaria 1,7; DDD/100 Medicina Interna 0,78 - Gentamicina parenteral (DDD 240); DDD/100 sociosanitaria 1,7; DDD/100 Medicina Interna 0,78 - Levofloxacino oral (DDD 500); DDD/100 sociosanitaria 1,72; DDD/100 Medicina Interna 1,67 - Metilprednisolona parenteral (DDD 60); DDD/100 sociosanitaria 6,64; DDD/100 Medicina Interna 4,57 - Omeprazol parenteral (DDD 40); DDD/100 sociosanitaria 2,92; DDD/100 Medicina Interna 10,75 - Omeprazol oral (DDD 20); DDD/100 sociosanitaria 46,97; DDD/100 Medicina Interna 38,48 - Prednisona oral (DDD 30); DDD/100 sociosanitaria 15,6; DDD/100 Medicina Interna 5,7 - Ranitidina oral (DDD 300); DDD/100 sociosanitaria 4,6; DDD/100 Medicina Interna 4,61.

Conclusiones: El perfil de utilización de los medicamentos más representativos en las unidades comparadas en DDD/100 estancias es similar para un mismo perfil de diagnósticos al ingreso. Se establecen pequeñas diferencias en algunos medicamentos administrados oralmente, sin duda, debido a la puesta en marcha en la residencia de un protocolo de secuenciación de la vía intravenosa a la vía oral para pacientes susceptibles.

Sería interesante disponer de datos de DDD de otras residencias con unidad de agudos y poder establecer comparación en la utilización de estos medicamentos de alta prevalencia. El acceso a las terapéuticas hospitalarias en las residencias asistidas evita en algunos casos el desplazamiento de los pacientes a los centro hospitalarios, produciendo una minoración de los costes globales de la atención sanitaria y una resolución de los procesos agudos en el entorno más cercano del paciente.

UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA DE LOS TESTS DE LA MARCHA EN PERSONAS MAYORES. RESULTADOS PRELIMINARES

C. Luz Muñoz Mendoza, J. Cabrero García, A. Reig Ferrer,
M. Richard Martínez y M.J. Cabañero Martínez
Universidad de Alicante.

Objetivo: Realizar una revisión sistemática de los tests de la marcha en personas mayores como medida de limitaciones funcionales.

Método: Se ha realizado una revisión sistemática de los tests de la marcha en personas de 65 años y más, realizando búsquedas en las bases de datos MEDLINE y EMBASE, desde 1980 a 2004, y en CINAHL desde 1982 a 2004. También, en las bases nacionales IME e ISOC desde 1980 a 2004. Se incluyeron todos aquellos estudios que analizan tests de la marcha como medida de limitación funcional (según proceso de discapacidad de Verbrugge y Jette, 1994), y que valorasen uno o más aspectos sobre el desarrollo, uso o rendimiento métrico de dicho test. Se excluyeron todos aquellos estudios donde se utilizaban tests de la marcha, pero sin analizar ninguna de las propiedades métricas antes mencionadas.

Resultados: 81 estudios han reunido los criterios de inclusión, identificándose 16 tests de la marcha, evaluados como tests individuales o tests incluidos en baterías multidimensionales, pero que eran analizados de manera independiente. La medida fundamental del modo de andar es la velocidad de la marcha (gait speed). Los tests incluyen diferentes longitudes de recorrido. Las más frecuentes son 2,43-6 metros (59 estudios, 73%). Dentro de los menos estudiados se encuentran los de 7,6-80 metros (20 estudios, 25%) y el test de 3 metros de espaldas (Backward 3-m) que sólo aparece en dos estudios. La velocidad de la marcha más frecuente es la normal o habitual (37 estudios), seguida de las velocidades rápida o máxima velocidad y los que se realizan primero a velocidad normal y luego a máxima velocidad con 18 estudios cada uno. Sólo en 8 estudios no se especifica la velocidad de la marcha. Habitualmente el conteo comienza en la línea de inicio y finaliza cuando el participante atraeza completamente, con uno de sus pies, la línea de llegada. El examinador camina junto al participante. Se permite el uso de dispositivos de ayuda para caminar, si es necesario (bastón, muletas). En la mayoría de los tests se realizan dos recorridos y se registra el tiempo más rápido o, en algunos casos, el promedio de los dos recorridos.

Conclusiones: La mayoría de los tests de andar relacionados con la movilidad se realizan a velocidad normal sobre una distancia de 2,43-6 metros, empleando, si es necesario, algún dispositivo de ayuda para caminar, utilizando como puntuación final la mejor de dos pruebas

SITUACIÓN DE ÚLTIMAS SEMANAS EN LA INSUFICIENCIA CARDIACA AVANZADA

P. Alcalde Tirado, S. De las Cuevas, J. Martos Gutiérrez
y M. Luque Ballesteros
Hospital General de Granollers.

Objetivos: La insuficiencia cardiaca es una enfermedad crónica de evolución progresiva que limita al paciente conduciendo inexorablemente a la muerte en las fases finales. La educación sanitaria es fundamental para un adecuado manejo, requiriéndose de elevada implicación y conocimiento del proceso por parte de los familiares y del paciente. En una unidad de insuficiencia cardiaca (UIC) ubicada en una consulta externa geriátrica hemos analizado como esta educación influye en la decisión del paciente en sus últimas semanas de vida.

Método: Nuestro estudio se realiza en una población de perfil geriátrico frágil valorada en una UIC, en el Hospital General de Granollers desde febrero hasta Julio del 2006. Se analiza una media de seguimiento de 6 meses. En su manejo asistencial se incluye educación sanitaria (conocimiento de la enfermedad, de sus descompensaciones, mejora en autocuidados, etc), y soporte psicológico y emocional. Se analizan un total de 27 ancianos (7 varones), edad media 84 años. La mayoría en fase III-I V de la NYHA.

Resultados: De la muestra estudiada fallecen 5 durante la fase de seguimiento. En las últimas semanas podemos entrevistarnos con la familia y/o el paciente en cuatro de ellos, decidiéndose continuar en su domicilio 3 pacientes, y 1 prefiere el ingreso en la unidad de curas paliativas. En otro no pudimos entrevistarnos con la familia en el mes anterior al fallecimiento, decidiendo consultar en urgencias e ingresar en el hospital para su asistencia.

Conclusiones: Podemos concluir que un elevado porcentaje de ancianos que fallecen deciden estar los últimos días de su vida en su domicilio, asumiendo la fase final de su enfermedad, a lo que contribuyen también sus cuidadores principales. El conocimiento de la enfermedad facilita la aceptación y comprensión de la sintomatología y el deterioro progresivo del cuadro clínico, disminuyendo la mala utilización de los recursos sanitarios, con un buen control sintomático y emocional en su domicilio. El no permanecer en su domicilio puede atribuirse a persistir un elevado estado de ansiedad, o no haber entendido o asumido que se encuentra en la fase final del proceso.

FACTORES ASOCIADOS A LA MORTALIDAD EN UNA RESIDENCIA ASISTIDA

M. Esbrí Víctor y J.P. Ruano Vencesláz
Residencia de Mayores «Paseo de la Cuba», Albacete.

Objetivo: Conocer los factores asociados con la mortalidad en el centro, dotado con 221 camas. El centro es una residencia asistida situada en medio urbano.

Método: Se seleccionaron para su inclusión en el estudio residentes permanentes en el Centro, de forma aleatoria, y los que ingresaron durante el año 2006. Se excluyeron los residentes en estancia temporal y los usuarios del Centro de Día. A todos se realizó valoración consistente en la realización de las siguientes escalas: I. de Comorbilidad de Charlson, I. de Barthel, I. Katz (expresado en forma numérica), FAC de Holden, GDS-FAST, NPI de Cummings, además del número de caídas en los 6 meses previos a la valoración y al éxitus. Para el estudio estadístico se ha usado la aplicación Epi Info 3.3.2. Se realiza estudio descriptivo, análisis bivariante y multivariante de los 6 primeros meses de seguimiento.

Resultados: Se ha realizado el seguimiento de 155 residentes: 107 residentes previos a 2006 (69%) y 48 ingresos del 2006 (31%). El 60% eran mujeres, la media de edad de 80,6 años, la estancia media era de 44,58 meses y la estancia media desde la inclusión en el estudio fue de 54,89 semanas. La media de I. de Charlson era 3,6; de I. de Barthel, 45,35; de Katz numérico, 4,49; de FAC, 2,56; de GDS-FAST, 4,01. A los 6 meses de la valoración habían fallecido 28 residentes (18,1%). En el estudio bivariante aparecieron diferencias estadísticamente significativas en: ingreso-2006, I. Charlson, Katz-numérico, FAC, GDS-FAST, I. de Barthel. Estas variables fueron incluidas en un modelo de regresión logística,

resultando con significación estadística las variables Ingreso en '06 con una OR 4,71, I. de Charlson con OR 1,80 y GDS-FAST con OR 1,43.

Conclusiones: El principal factor asociado de forma independiente con la mortalidad a corto plazo en una residencia asistida es el propio ingreso en el centro, muy probablemente en relación con estrés asociado al mismo. El Índice de Charlson también se muestra asociado con mortalidad a corto plazo como en otros niveles asistenciales. Finalmente, la presencia de deterioro cognitivo medido con la escala GDS-FAST también se asocia con mayor mortalidad.

TRASTORNO BIPOLAR EN EL ANCIANO

M. Suárez Linares¹, F. Marsal, M.T. Bru, M. Miguelez-Pan, I. Ruiz-Almazán y J.V. Cobo

¹Hospital Monte Naranco, Gijón, ²Salut Mental. Corporació Sanitària Parc Taulí, Sabadell.

Objetivos: Determinar las variables clínicas, sociodemográficas y los posibles datos de evolución y respuesta en una muestra de graves trastornos bipolares hospitalizados y mayores de 65 años.

Población: Pacientes ancianos con diagnóstico DSM-IV de Trastorno Bipolar Tipo I o Trastorno Esquizoaafectivo Tipo Bipolar.

Diseño: Análisis de las admisiones consecutivas de pacientes mayores de 65 años y con diagnóstico de trastorno bipolar o esquizoaafectivo bipolar en la Unidad de Psiquiatría de la Corporació Sanitària Parc Taulí (Sabadell, Barcelona) entre el período 1997-2006. Describimos las variables clínicas, sociodemográficas y los posibles datos de evolución y respuesta, así como los posibles factores relacionados. Se utilizarán diferentes análisis estadísticos según cada caso. Utilizamos el programa SPSS 11.5.

Resultados: Detectamos 37 pacientes mayores de 65 años, 20 mujeres (54,1%). Edad media: 71,2 (s.d. 4,5). Características clínicas: 30 pacientes (81,1%) Trastorno Bipolar Tipo I Type, 5 (13,5%) Tipo II, 1 (2,7%) Esquizoaafectivo tipo Bipolar y 1 (2,7%) Bipolar no especificado. Predominantemente en fase maníaca (62, 2%, 23 pacientes), menos frecuentemente en fase depresiva (16,2%, 6 pacientes), hipomaníaca (8,1%, 3 pacientes) o mixta (13,5%, 5 pacientes). Ingresan preferentemente en los meses de mayo y junio (17,2% respectivamente). Status marital: 66,7% casado, 16,1% viudo. Media de hospitalizaciones previas: 1,3 (s.d. 0,4), Media de re-hospitalizaciones: 1,7 (s.d. 1,3, rango 1-3), la gran mayoría (91,3%) sólo ingresaron una vez en este período. Número medio de enfermedades somáticas significativas: 2,8 (s.d. 2). Función tiroidea: TS alterado en el 19,2%. Anticuerpos anti-tiroideos positivos en 33,3% (22,2% anti-tirotropina y 33,3% antiTPO). Niveles normales de colesterol (media 176, s.d. 31, 5) o de triglicéridos (media 98,2, s.d. 33,2) ? Historia de algún antecedente psiquiátrico en un 70%: 40% con antecedentes de trastorno bipolar, 40% de trastorno psicótico y 66,7% de depresión unipolar. Tratamientos previos eutimizantes: 6 pacientes tratados con litio (media de niveles de litio 0,57, s.d 0,4) y 2 pacientes con valproato. Tratamientos eutimizantes al alta: 9 pacientes tratados con litio (media de niveles de litio 0,87, s.d 0,32) y 6 pacientes con valproato (media de niveles de valproato 39,3, s. d 22,4). Severidad de síntomas al ingreso: GAF inicial medio de 35,2 (s.d. 8,2). Respuesta parcial al tratamiento: GAF final medio de 65 (s.d. 7,4). Tabaquismo en el 18,5% y abuso de alcohol en el 19,2%, altamente elevado respecto de su población de referencia.

Conclusiones: Nuestros pacientes ancianos que padecen un trastorno bipolar son fundamentalmente del tipo I e ingresan en fase maníaca. La mayoría de ellos están casados y padecen bastantes enfermedades físicas, incluidas una gran proporción de patología tiroidea. Consumen más alcohol y tabaco que su población de referencia. Como eutimizantes, fueron tratados fundamentalmente con litio o valproato. El grupo muestra una severidad funcional importante y manifiesta sólo una respuesta parcial en la mayoría de los casos.

EVOLUCIÓN DEL INDICE DE BARTHEL A LO LARGO DE UN PROCESO ASISTENCIAL

A. Zamora Catevilla, A.B. Laborda Tomás, A. Sanjoaquin Romeo, A. Zamora Mur, J. Alarcón Corominas y T. Lorente Aznar
Hospital Comarcal de Barbastro.

Objetivos: Descripción de pacientes mayores de 65 años ingresados en un servicio médico de agudos, de su situación funcional previa, al alta hospitalaria y al mes del alta. Analizar si el ingreso hospitalario supone deterioro funcional, en qué aspectos y en función del diagnóstico.

Metodología: Estudio descriptivo prospectivo y analítico. Análisis estadístico SPSS 12.0 Variables: Edad, sexo, Índice de Barthel previo (IBP), al alta hospitalaria (IBA) y al mes del alta (IBM), cuidador principal, motivo de ingreso, estancia.

Resultados: N = 73. Edad Media (EM): 80 años ± 6,8. Varones 43 (58,9%), mujeres 30 (41,1%), IBP medio 84,9, IBA medio 68,9, IBM medio 74,5. Barthel por ítems: dependencia alimentación previa 13,7%, alta 27,4%, al mes 24,7%; dependencia baño previa 37%, alta 53,4%, al mes 43,8%; dependencia vestido previa 21,9%, alta 50,7%, al mes 30,1%; dependencia aseo previa 11%, alta 35,6%, al mes 27,4%; dependencia transferencias previa 6,8%, alta 27,4%, al mes 17,8%; dependencia deambulación previa 19,2%, alta 43,8%, al mes 32,9%; dependencia escaleras previa 30,1%, alta 47,9%, al mes 41,1%; dependencia retrete previa 19,2%, alta 41,4%, al mes 27,4%; incontinencia orina previa 37%, alta 43,8%, al mes 38,4%; incontinencia fecal previa 19,2%, alta 30,1, al mes 27,4% ($p < 0,005$ todos ítems). Cuidador principal: ninguno 6 (8,2%), cónyuge 25 (34,2%), cónyuge y cuidador 13 (17,8%), hijos 21 (28,8%), residencia 5 (6,8%), otros 3 (4,1%).

Diagnóstico: Cardiológico: n = 6 (8,5%), EM 79,5a, IBP79,5, IBA54, IBM75. Respiratorio: n = 22 (30%), EM 81a, IBP79, IBA60, IBM64. Digestivo: n = 27 (37%), EM 78a, IBP97, IBA89, IBM96. Oncológico: n = 7 (9,5%), EM 83,25, IBP72,5, IBA22,5, IBM 3,75. Otros: n = 11 (15%), EM 80, IBP71, IBA60, IBM 64 ($p < 0,005$). Estancia media: 9,5d.

Conclusiones: Importante deterioro funcional en todos los aspectos valorados en índice de Barthel a lo largo del proceso asistencial

en muestra con baja dependencia previa y recuperación posterior parcial. Mayor descenso de Barthel en procesos respiratorios y oncológicos.

Palabras clave: Barthel. Hospitalización

SEGUIMIENTO A SEIS MESES DE LOS PACIENTES GERIÁTRICOS CON SONDA PEG EN SERVICIO DE M.I.- GERIATRÍA DEL HOSPITAL JUAN GRANDE

J.C. Durán Alonso, C. Navas Relimpio, A. Serrano González, L. Benítez Rancel, J. García Mata y A. Clavo Sánchez
Hospital Juan Grande, Jerez de la Frontera.

Objetivo: Evaluar las ventajas e inconvenientes que pueden presentar los pacientes a los que se les colocaba sonda PEG durante un período de seguimiento de 6 meses.

Material y métodos: Se incluyeron en el estudio todos los pacientes a los que se les colocó sonda PEG durante el primer semestre del año 2006, realizándoseles seguimiento durante 6 meses. Evaluamos: edad, sexo, patología causante de disfagia que motivó colocación de PEG, capacidad funcional del paciente en ese momento, complicaciones previas, técnica endoscópica, necesidad de reingreso durante el período de seguimiento, complicaciones que motivaron reingreso, y porcentaje de mortalidad a 6 meses.

Resultados: Estudiamos un total de 21 pacientes a los que se les colocó PEG en el primer semestre de 2006, 11 mujeres/10 hombres con edad media de 83,6 años, procedentes en 96% de domicilio. La indicación más frecuente de colocación de PEG fue la demencia vascular (52%) seguido de Alzheimer (24%) ictus, Parkinson y Parálisis supranuclear progresiva. El 78% presentaba una discapacidad funcional total con Barthel de 0, y el 22% restante un Barthel < 20. En el 91% de los casos no hubo ningún problema técnico endoscópico, pero en dos casos se desestimó la técnica. El 56% de los pacientes precisó reingreso hospitalario durante el período de seguimiento, siendo las causas más frecuentes de reingreso: infecciones respiratorias, ulceras por presión, infección del estómago e insuficiencia renal. La mortalidad a los seis meses fue del 42%.

Conclusiones: Aunque la sonda PEG es una alternativa adecuada para facilitar la continuidad de cuidados en pacientes seleccionados, sus complicaciones en los meses siguientes pueden requerir reingreso hospitalario, y la mortalidad es elevada.

EMPEORAMIENTO FUNCIONAL DURANTE LOS INGRESOS HOSPITALARIOS

A.B. Laborda Tomás, A. Zamora Catevilla, A. Sanjoaquin Romeo, A. Zamora Mur, J. Alarcón Corominas y T. Lorente Aznar
Hospital Comarcal de Barbastro.

Objetivos: Descripción de la población mayor de 65 años que ingresa en un servicio de hospitalización de agudos. Conocer opciones

de cuidados en domicilio y porcentaje de institucionalización. Averiguar si el ingreso hospitalario supone declive funcional y si éste se relaciona con estancia superior a la media.

Metodología: Estudio descriptivo prospectivo y analítico a lo largo de los meses de Noviembre y Diciembre del año 2006. Análisis estadístico SPSS 12.0. Variables: Edad, sexo, Índice de Barthel previo (IBP), al alta hospitalaria (IBA) y al mes del alta (IBM), Índice de Katz previo (IKP), al alta (IKA) y al mes del alta (IKM), cuidador principal, motivo de ingreso, estancia.

Resultados: N = 73. Edad media (EM): 80 años ± 6,8. Varones 43 (58,9%), mujeres 30(41,1%), IBP medio 84,9 (mediana 95), IBA medio 68,9 (mediana 85), IBM medio 74,5 (mediana 95). IKP medio 2,4 (mediana 1), IKA medio 3,5 (mediana 3), IKM 2,9 (mediana 1). Cuidador principal: ninguno: n = 6 (8,2%), EM 81,6a, IBP 90, IBA 61, IBM 69; cónyuge: n = 25 (34,2%), EM 77,4a, IBP 91, IBA 80, IBM 85,5; cónyuge o otro cuidador: n = 13 (17,8%), EM 77a, IBP 94, IBA 84, IBM 83,5; hijos: n = 21 (28,8%), EM 82a, IBP 74,7, IBA 56,2, IBM 66,5; residencia: n = 5 (6,8%), EM 85'2a, IBP 77, IBA 56, IBM 57 y otros: n = 3 (4,1%), EM 81'6a, IBP 70, IBA 36,5, IBM 40 ($p < 0,005$). Motivo de ingreso: cardiológico 6 (8,5%), respiratorio 22 (30%), digestivo 27 (37%), oncológico 7 (9,5%), otros 11 (15%). Estancia media: 9,5 ± 6,7 días. En grupo estancia < 10 días: EM 79, IBP 89, IBA 77, IBM 81. Grupo estancia > 10 días: EM 81, IBP 78,8, IBA 54,8, IBM 64,4 ($p < 0,05$)

Conclusiones: Alto porcentaje de varones en la muestra para la edad media de la misma y situación funcional previa aceptable. Importante empeoramiento funcional a lo largo del ingreso hospitalario, mayor en relación a estancias prolongadas y a ausencia de cónyuge e institucionalización, con recuperación posterior parcial.

Palabras clave: Barthel. Hospitalización. Cuidador

CAMBIOS EN LAS EXPLORACIONES PARACARDIACAS TRAS LA JUBILACIÓN

M.D. Sánchez Rodríguez, M. Fuentes Ferrer y J.M. Ribera Casado
Hospital Clínico San Carlos (HCSC). Servicios de Geriatría y M. Preventiva, Madrid.

Objetivos: Evaluar mediante seguimiento longitudinal las modificaciones acaecidas en parámetros complementarios de exploración cardiovascular tras la jubilación

Metodología: Población recién jubilada del HCSC y sus cónyuges (n = 379, 58,4% mujeres) del estudio "Envejecer con éxito". Valoración tras la jubilación (edad: 66,4 años) y reevaluación de 178 casos 5,3 años después (intervalo: 1-15).

Resultados: Rx Tórax: Índice cardioráctico basal (B): 0,47 0,007, tardío (T): 0,49 + 0,06 (p: 0,048). Elongación aórtica: B: 54,2% ptes, T: 70,8% (p: 0,014). ECG: Ritmo sinusal: 96,2% vs 90,6% (p: ns), HVI: 8% vs 14% (p: ns), Alteraciones en la conducción: 11,8% vs 25,5% (p: ns), Alteraciones en la repolarización: 12% vs 20% (p: ns). EcoCG: normal (83,3%) vs 50% (p: ns). HVI: 9,1% vs 27,3% (p: ns), Diámetro Al: 33,4+2,3 mm vs 37,8+1,3 mm (p: 0,043). Holter: frecuencia media: 71,9+8,6 vs 79,1+10,4 (p: ns). Normal: 89,5% vs 73,9% (p: ns). Alteraciones que precisaron intervención médica: 7,7% vs 30,7% (p: 0,05).

Conclusiones: la reevaluación paracardiaca a los cinco años tras la jubilación de una población con un estado general basal aceptable muestra importantes modificaciones en los parámetros analizados, que interpretamos como indicativas de una pérdida progresiva en la capacidad de reserva funcional cardiaca.

TIPIFICACIÓN DE LA PATOLOGÍA PSIQUIÁTRICA EN UN CENTRO RESIDENCIAL ASISTIDO DE CARÁCTER PÚBLICO

A. López Gallego, M.J. Rodríguez Barquero, C. Jiménez Blázquez, J.C. Arias Jiménez, A. Serrano Navarro y V. Blázquez Costa
Residencia Asistida SAR Isdabe, Estepona, Málaga.

Introducción: Estudios acerca de enfermedades mentales prevalentes en la población geriátrica sugieren que en el ámbito de las Residencias habitualmente no son cubiertas las necesidades de atención psiquiátrica. Para la AAGP son prioridades en investigación los casos en que coexiste la enfermedad mental con dos o más problemas médicos, así como las patologías graves (esquizofrenia, T. Delirante, T. Bipolar y Depresión grave recurrente o refractaria).

Objetivos: Tipificar la patología Psiquiátrica de los usuarios ingresados en este Centro Residencial SAR Isdabe desde el año 2000 hasta diciembre 2005. Analizar las características clínicas y sociales de la misma antes y durante la institucionalización.

Material y métodos: Análisis de los datos obtenidos a través de la valoración interdisciplinar al ingreso y de la evolución y seguimiento del usuario. Paquete estadístico SPSS

Resultados: De una población de 215 ingresos, casi el 20% presenta Patología Psiquiátrica, algo más de la mitad de los casos consisten en Trastorno afectivo grave y T. de la personalidad, estando el resto representado por Esquizofrenia, Retraso mental y Ansiedad generalizada. Un 41% de los casos presentan al menos dos diagnósticos médicos añadidos. La dependencia funcional al ingreso era en su mayoría leve. Han precisado seguimiento en consulta de Psiquiatría el 41% de ellos y hasta un 33% han tenido que ser derivados de forma urgente por episodio grave. Se consideró como causa de institucionalización una escasa red de apoyo familiar (42,8%) habiendo ingresado el 64,2% por plaza asistida y un 35,7% por plaza de Alzheimer. La patología psiquiátrica fue el diagnóstico principal en el 55% de los casos

(Esquizofrenia, T. de la personalidad y retraso mental). Un 9,5% tuvo que ser trasladado a un Centro Psicogeriátrico.

Conclusiones: La prevalencia de enfermedades psiquiátricas graves es elevada en nuestra población. Pese a contar en el equipo con Geriatra y psicólogo, la necesidad de atención especializada y urgente por salud mental no ha sido despreciable sin que esto pudiera haber sido previsto en el momento del ingreso. Pese a ello sólo un 9,5% han sido trasladados a plaza de psicogeriatría con una media de 8 meses de espera.

Palabras clave: Usuario. Patología Psiquiátrica. Salud Mental. Centro Residencial.

RELACIÓN DE LA ESTANCIA MEDIA CON REINGRESOS HOSPITALARIOS EN PERSONAS DE 65 Y MÁS AÑOS CON INSUFICIENCIA CARDIACA.

J.M. Arche Coto¹, M. Martínez Rivero¹, M. Fernández Fernández¹, V. López Gaona¹, F. M. Suárez García² y J.J. Solano Jaurrieta¹

¹Hospital Monte Naranco, Oviedo, ²Consejería de Salud y Servicios Sanitarios Principado de Asturias, Avilés.

Objetivo: Analizar si existe asociación entre una menor estancia media y la probabilidad de reingreso hospitalario en personas mayores con insuficiencia cardiaca, considerando como reingreso el que se produce antes de los 30 días de alta.

Método: Análisis de las altas con el diagnóstico principal de insuficiencia cardiaca en personas con 65 y más años producidas en la Red de Hospitales Públicos de agudos de Principado de Asturias entre los años 2002 y 2005. Fuente: Conjunto Mínimo Básico de Datos de los años respectivos, del cual se obtuvieron las siguientes variables: edad, sexo, comorbilidad asociada (hipertensión arterial, diabetes, cardiopatía isquémica, valvulopatía, epoc y miocardiopatía), índice de comorbilidad de Charlson, servicio de ingreso y estancias generadas en cada proceso. Se realizaron análisis bivariantes y de regresión logística para comprobar si existía asociación independiente entre la estancia media del ingreso previo y la probabilidad de reingreso hospitalario. Se considera reingreso hospitalario el producido por la misma causa en los 30 días posteriores al alta.

Resultados: Durante los años 2002-2005 se produjeron 18.692 altas de personas de 65 y más años con el diagnóstico principal de insuficiencia cardiaca, de las cuales 1.682 (9%) fueron reingresos. En el análisis bivariante los reingresos se asociaron a menor edad ($p = 0,001$), sexo masculino ($p < 0,001$), mayor comorbilidad en el índice de Charlson ($p < 0,001$), ingreso en el servicio de medicina interna frente a los ingresados en cardiología ($p < 0,001$) y a presentar valvulopatía ($p < 0,001$). Tras realizar un análisis de regresión logística la menor estancia media no se asoció a un mayor riesgo de reingreso posterior ($p = 0,86$). La comorbilidad según el índice de Charlson, el sexo masculino, la presencia de valvulopatía o el ingreso en medicina interna respecto a cardiología fueron las variables asociadas a un mayor riesgo de reingreso.

Conclusiones: El tiempo de estancia en el hospital no se asocia con la probabilidad de reingreso en mayores de 65 años con insuficiencia cardiaca.

EL BNP, ¿POSIBLE MARCADOR DE DETERIORO FUNCIONAL EN LOS ANCIAÑOS CON FRACTURA DE CADERA?

E. Romero¹, J. González-del Castillo², F.J. Martín-Sánchez², F. Cuesta¹, J.J. Armengol² y J.M. Ribera²

¹Servicio Geriátrico. Hospital Clínico de Madrid, ²Servicio Urgencias. Hospital Clínico de Madrid.

Objetivo: Documentar si el Peptido Natriurético Cerebral (BNP) es un marcador pronóstico de evolución al ingreso de los pacientes ancianos que ingresan con fractura de cadera.

Material y métodos: Estudio descriptivo transversal. Se seleccionaron todos los pacientes ancianos con fractura de cadera que se les había valorado médicaamente de forma urgente previo al ingreso y que habían dado su consentimiento informado para la inclusión en el estudio durante el período de 1 mes. Se recogieron datos sobre aspectos demográficos, comorbilidad, situación funcional basal y al alta, valor de BNP al ingreso, parámetros analíticos sanguíneos (hemograma, iones, perfil renal, hepático y cardíaco) al ingreso, 24 horas antes y después de la cirugía y al alta, tiempo de espera de cirugía, número de complicaciones durante el ingreso, tiempo de estancia media, mortalidad durante el ingreso y porcentaje de sujetos institucionalizados tras el alta. Las variables cuantitativas se expresan en forma de medias con el error estándar y las cualitativas de porcentajes. El estudio analítico se realizó mediante correlaciones no paramétricas mediante el test Rho Spearman (paquete estadístico SPSS 12.0), con un nivel de significación estadística $p < 0,05$.

Resultados: Se incluyeron un total de 11 pacientes. La cohorte tenía una edad media de $83,8 \pm 7,2$ años, 1 hombre/10 mujeres, la media del índice de Charlson $1 \pm 0,3$ y el índice de Barthel basal $86,3 \pm 4,1$. La media de BNP al ingreso en el servicio de urgencias fue $127,2 \pm 46,1$ pg/ml. La media de días en espera de cirugía fue $6,5 \pm 1$ y de estancia media $25,5 \pm 3,6$. El número de complicaciones durante el ingreso $1 \pm 0,3$, la diferencia entre la situación funcional al ingreso y al alta $37,72 \pm 4,1$ y hubo un porcentaje del 9% de pacientes institucionalizados. No falleció ningún paciente durante el ingreso. Cuando se comparó el valor del BNP con la edad ($p = 0,82$), comorbilidad ($p = 0,40$), situación funcional basal ($p = 0,65$), los días en espera de cirugía ($p = 0,38$), número de complicaciones durante el ingreso ($p = 0,20$), estancia media ($p = 0,77$) y porcentaje de pacientes institucionalizados tras alta ($p = 0,83$) no se encontraron correlaciones estadísticamente significativas. Sin embargo sí se encontró una tendencia positiva entre los valores de BNP y la diferencia entre la situación funcional al ingreso y al alta ($p = 0,09$).

Conclusiones: El BNP no está influido por la edad, comorbilidad o situación funcional basal. Además el BNP no ha demostrado ser un factor pronóstico en nuestra muestra de sujetos ancianos ingresados con fractura de cadera, aunque si podría ser un biomarcador de deterioro funcional en dicho perfil de pacientes.

VALORACIÓN DE LA DEPENDENCIA DE LAS 167 SOLICITUDES RECIBIDAS DURANTE EL AÑO 2006 EN EL CONSELL INSULAR DE IBIZA Y FORMENTERA

J. Marí Mari¹, V. Rivero Moreno-Ortíz¹, F. Mayans Ferrando² y B. Roig Roselló³

¹ConSELL Insular de Ibiza y Formentera, ²Ibsalut, ³Fundación Balear para la Dependencia del Govern Balear.

Se determinó el perfil de las personas que han solicitado recurso en las islas de Ibiza y Formentera durante el año 2006. Para ello se han valorado 167 solicitudes (51 procedentes del Hospital de agudos de Ca'n Misses) según su grado de dependencia (I.V.D.); se concretaron sus perfiles para derivar al recurso más adecuado en nuestras islas. Perfil residencial (solicitudes derivadas desde los centros de Atención Primaria): mujer mayor de 80 años, con trastorno cognitivo, polimedicated y problemática social relacionada con su estado de salud. Perfil sociosanitario (solicitudes derivadas desde Hospital de agudos): Varón mayor de 60 años con afectación crónica (A.C.V., demencia, fracturas incapacitantes,...) o enfermedad terminal.

SEGUIMIENTO DE LA HISTORIA FARMACOLÓGICA TRAS LA JUBILACIÓN

M.D. Sánchez Rodríguez, M. Fuentes Ferrer y J.M. Ribera Casado Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

Objetivos: evaluar la historia farmacológica en un grupo de jubilados y sus modificaciones tras un período de cinco años

Metodología: Población recién jubilada del HCSC y sus cónyuges (n = 379, 58,4% mujeres) del estudio «envejecer con éxito». Valoración tras la jubilación (edad: 66,4 años) y reevaluación de 178 casos 5,3 años después (1-15).

Resultados: Fármacos por persona y día: Tras la jubilación: $2,04 \pm 1,6$, tras el seguimiento: $2,7 \pm 2,06$ ($p: 0,045$). Grupos farmacológicos más consumidos: ansiolíticos: 8,4% vs 20,8% ($p: 0,002$), diuréticos: 11,3% vs 22,0% ($p: 0,011$), antiagregantes: 7,3% vs 18% ($p: 0,005$), bloqueantes canales del calcio: 6,2% vs 10,7% ($p: ns$), I ECAs: 7,3% vs 10,7% ($p: ns$), hipolipemiantes: 8,4% vs 19,7% ($p: 0,003$), betabloqueantes: 6,7% vs 5,6 ($p: ns$), digitálicos: 4,5% vs 2,8% ($p: ns$), antiarrítmicos: 3,9% vs 2,8% ($p: ns$), anticoagulantes: 2,8% vs 5,6% ($p: ns$), a. tricíclicos: 1,1% vs 2,2% ($p: ns$), I SRS: 1,1% vs 3,4% ($p: ns$), neurolépticos: 0,6% vs 2,8% ($p: ns$), otros: 55,1% vs 66,5% ($p: 0,049$). Cumplimiento: bueno: 60,7% vs 47,2%, regular: 9,0% vs 10,1%, malo: 30,3 vs 42,7% ($p: ns$).

Conclusiones: El uso de fármacos tras la jubilación de una población con un estado general basal aceptable es relativamente alto y su frecuencia aumenta con la edad. Más de la mitad considera que su grado de cumplimiento no es bueno, sin que ello se modifique al cabo de los 5 años.

UNIDAD DE ALTA DEPENDENCIA PARA TRASTORNOS DE LA CONDUCTA

M.D. Gaspar Alfonso, M.C. Vicente Arcos y M. Murariu Sar Monte Arse, Sagunto.

Introducción: La Unidad de Trastornos de Conducta (UTC) es una unidad específica de alta dependencia diseñada para aquellas personas mayores que, además de necesitar ayuda para la realización de las ABVD, presentan alteraciones de conducta derivadas de Demencias o Trastornos psiquiátricos residuales. Dichas alteraciones hacen imposible su permanencia en otros centros que carecen de los medios adecuados para la atención continuada y especializada que este tipo de usuarios requiere.

Objetivo: Presentación de la experiencia piloto de puesta en marcha de una nueva Unidad de Alta Dependencia en el centro residencial SAR Monte Arse conjuntamente con la Consellería de Bienestar Social de la Generalitat Valenciana.

Metodología de trabajo Una vez valorados por especialistas, los usuarios que cumplen los criterios diagnósticos establecidos son derivados de otras residencias públicas de la Consellería a la UTC del Centro SAR Monte Arse. La metodología de trabajo es interdisciplinar a través de un equipo de profesionales especializado (Psiquiatra, Médico, Psicólogo, Terapeuta Ocupacional, enfermería 24 H, Auxiliares de enfermería, Trabajadora Social, Monitora de Tiempo Libre) con formación específica en trastornos de conducta. La atención proporcionada es integral, para el mantenimiento de las capacidades residuales, funcionales y cognitivas de los residentes y el control de sus alteraciones de conducta.

Resultados: La Primera Unidad abierta consta de 25 plazas (queda pendiente la apertura de una segunda subunidad para 15 usuarios más) y el perfil de usuarios predominante es el de residentes con pérdida de autonomía intelectual, limitación en sus capacidades físicas y alteraciones de conducta, lo que supone una elevada carga de trabajo. Tras la valoración inicial recogida en un sistema de información asistencial (GCR) con datos parametrizados, se elabora el plan de cuidados específico que constituye la herramienta básica de prevención e intervención. A nivel general, los objetivos terapéuticos principales son el mantenimiento de las capacidades funcionales, la estabilización de los trastornos conductuales y la mejora del bienestar objetivo del residente.

Conclusiones: El papel de estas Unidades especializadas es fundamental, ya que no sólo se proporcionan cuidados sanitarios y se cubren las ABVD, sino que se ofrece una atención personalizada e integral orientada a minimizar la problemática conductual que presenta este tipo de usuarios y favorecer una mejor convivencia en los centros residenciales.

LA PRESENCIA DE SIRS AL INGRESO COMO BIOMARCADOR PRONÓSTICO EN LOS ANCIAÑOS CON FRACTURA DE CADERA

E. Romero, F.J. Martín Sánchez, J. González-del Castillo, F. Cuesta, J.J. Armengol y J.M. Ribera Hospital Clínico de Madrid.

Objetivo: Documentar la prevalencia y significación pronóstica del SIRS en los pacientes ancianos que ingresan con fractura de cadera

Material y Métodos: Estudio descriptivo transversal. Se seleccionaron todos los pacientes ancianos con fractura de cadera, que se les había valorado médicaamente de forma urgente previo al ingreso y que habían dado su consentimiento informado para la inclusión en el estudio durante el periodo de 1 mes. Se definieron dos grupos en función del cumplimiento de los criterios SIRS (SI, n = 4/ NO, n = 7), recogiendo datos sobre aspectos demográficos, comorbilidad, situación funcional basal y al alta, presencia de SIRS ingreso, parámetros analíticos sanguíneos (hemograma, iones, perfil renal, hepático y cardíaco) al ingreso, 24 horas antes y después de la cirugía y al alta, tiempo de espera de cirugía, número de complicaciones durante el ingreso, tiempo de estancia media, mortalidad durante el ingreso y porcentaje de sujetos institucionalizados tras el alta. Las variables cuantitativas se expresan en forma de medias corregidas con el error estándar de la media (EMS). El estudio analítico se realizó mediante pruebas no paramétricas test de Mann-Whitney, con un nivel de significación estadística de $p < 0,05$.

Resultados: Se incluyeron un total de 11 pacientes, que se subdividieron en dos grupos (SI SIRS/ NO SIRS). La edad media era 83,4; 3,3 vs 84,5; 1,9 años, la media del índice de Charlson 0,2 vs 10,6 y del índice de Barthel basal 82,5; 8,8 vs 89,2; 4,5. La media de días en espera de cirugía fue 7,3 2,8 vs 6,1 1 y de estancia media 18,2 3,5 vs 29,7 4,8. El número de complicaciones durante el ingreso fue 0,8; 0,3 vs 1,5; 0,7 además la diferencia entre la situación funcional al ingreso y al alta fue 30; 3,5 vs 42; 14,9 con un solo paciente institucionalizado perteneciente al grupo de SIRS. No falleció ningún paciente durante el ingreso. Al comparar la presencia de SIRS con la edad ($p = 0,9$), comorbilidad ($p = 0,07$), situación funcional basal ($p = 0,7$), días en espera de cirugía ($p = 0,90$), número de complicaciones durante el ingreso ($p = 0,6$), diferencia entre la situación funcional al ingreso y al alta ($p = 0,11$), estancia media ($p = 0,1$) y porcentaje de pacientes institucionalizados tras alta ($p = 0,1$), no se encontraron correlaciones estadísticamente significativas.

Conclusiones: La presencia de SIRS en nuestra muestra es de un tercio de los pacientes que ingresan con fractura de cadera. La presencia de SIRS podría estar influida por la comorbilidad asociada. Además la presencia de SIRS no ha demostrado ser un factor pronóstico en nuestra muestra de sujetos ancianos ingresados con fractura de cadera.

RIESGO NUTRICIONAL EN UN HOSPITAL SOCISANITARIO

F.M. Lozano Fuster, J. Santamaría Semis, A. Macho González y E. García Sánchez

Complejo Hospitalario de Mallorca GESMA, Palma de Mallorca.

Objetivos: Evaluar el estado nutricional y posible malnutrición de los pacientes que ingresan en un centro sociosanitario, y realizar una intervención precoz para mejorar su estado nutricional y prevenir la aparición de complicaciones que se derivan de la malnutrición.

Método: Se realiza el cuestionario Nutritional Screening Initiative (NSI) a 199 pacientes de diferentes programas asistenciales, en las primeras 48 horas de su ingreso, durante un periodo de dos meses consecutivos en el año 2006.

Resultados: La edad media fue de 78 años (DS: 11), y un 54% (108) de los pacientes fueron mujeres. La distribución por programas asistenciales fue: ictus: 12%; ortogeriatría: 8,5%; convalecencia: 5,5%; pluripatológicos: 41%; cuidados paliativos: 33%; La puntuación media de NSI fue en las mujeres de 5,1 (riesgo nutricional moderado) y 6,5 en los hombres (riesgo nutricional alto). Del total de pacientes un 25% (49) presentan un buen estado nutricional, un 24% (48) riesgo nutricional moderado y un 51% (102) un riesgo alto. El porcentaje de riesgo nutricional alto detectado en los diferentes programas asistenciales fue: ictus 58,3%; convalecencia 54,5%; ortogeriatría 47,1%; pluripatológicos 53%; cuidados paliativos 47,7%.

Conclusiones: La mitad de los pacientes (51%) que ingresan en nuestro centro presentan un riesgo elevado de malnutrición. El riesgo de malnutrición es más elevado en hombres (58%). El programa sociosanitario que presenta un riesgo más elevado de malnutrición es el de ictus. Además del NSI es necesario realizar una valoración nutricional y socio familiar completa, para poder intervenir de forma precoz en el ingreso y preparar aspectos de educación nutricional al paciente y cuidador.

RIESGO DE CAÍDAS EN EL ANCIANO HOSPITALIZADO

M.R. Marín Fernández, V. Gómez Toledo y A. Recio Evans
Hospital San Juan De Dios, Palma de Mallorca.

Introducción: La hospitalización del paciente anciano, supone una interacción con un medio desconocido que va a dar lugar a unos riesgos que se han de conocer y abordar desde el ingreso. Entre estos riesgos a los que se somete el paciente están las caídas, de gran impacto por su morbilidad y las consecuencias que pueden ocurrir. Además su incidencia es utilizada como indicador de calidad en los cuidados que se prestan. Todo esto fue el motivo que impulsó la elaboración de un registro que facilitara la información necesaria para actuar ante este problema.

Objetivos: Disminuir el número de caídas evitables. Disponer de información (circunstancias, factores del entorno, consecuencias) sobre el total de las caídas. Aumentar las medidas de protección.

Método: Se realiza un estudio descriptivo retrospectivo en el hospital sobre la incidencia de caídas en las unidades de geriatría de agudos y de media estancia, en el año 2005. Después de analizar los datos obtenidos, se ponen en marcha medidas de prevención y en el año 2006 se vuelve a repetir el estudio.

Resultados: Año 2005 2006

- Estancias 31656 32730

- Caídas 79 59

- Índice caídas/estancia 0,25% 0,18%

En cada año se obtuvieron además resultados referentes a las condiciones, circunstancias, factores de entorno, edad y consecuencias en que se produjeron las caídas.

Conclusiones: Como fruto de la información obtenida en el primer año se introdujeron una serie de mejoras en relación a la protección del paciente en sedestación, elaboración de un nuevo procedimiento de medidas de prevención y manejo de dispositivos, que ha disminuido el número de caídas en el segundo año. Los profesionales de enfermería valoran positivamente la cumplimentación del registro de caída porque son conscientes de que la finalidad del mismo no pretende ser un instrumento de culpabilización del profesional en la caída, sino una herramienta de gran ayuda para detectar áreas de mejora.

TROMBOCITOPENIA ASOCIADA A CIRROSIS BILIAR PRIMARIA. PRESENTACIÓN DE UN CASO

A. Arrascaeta Llanes, M. Antón Jiménez, E. Jaramillo, J. Mohedano y R. Ortes

Hospital Nuestra Señora de La Montaña, Cáceres.

Introducción y objetivos: La Cirrosis Biliar Primaria (CBP) es una enfermedad autoinmune que afecta mayormente a mujeres más allá de la quinta década de la vida. La asociación a trombopenia aunque rara ha sido descrita en varios casos en la literatura en estadios subclínicos de la enfermedad.

Material y métodos: Se expone un caso clínico de mujer de 79 años con historia de trombopenia no filiada de larga evolución, acompañado de prurito, xeroftalmia (interpretados como síntomas banales, con tratamiento tópico irregular). Asimismo refiere astenia desde hace 3 años. Ingresa por cuadro de ICC secundaria a cardiopatía isquémica.

Resultados: Durante el ingreso se realiza ecografía que objetiva esplenomegalia y alteración de la ecoestructura hepática, así como signos incipientes de Hipertensión portal, no concordante con la esplenomegalia constatada. El estudio de autoinmunidad demostró la presencia de anticuerpos antimitocondriales (AMA) positivo 1/640, Ac. Anti-M2 positivo, Antinucleares (ANA) y Ac Anti-LKM no se detectan. La IgG e IgA en la orina se encontraron en límites altos dentro de la normalidad, detectándose IgM en niveles elevados (436), descartándose razonablemente las formas de hepatitis autoinmunes, confirmándose los criterios analíticos diagnósticos de CBP. La Biopsia se obvia por la presencia de patologías concomitantes.

Conclusiones: La presencia de trombopenia no filiada o de origen autoinmune, debe inducir en mujeres a descartar la presencia de enfermedades de base autoinmune como la CBP, pudiendo beneficiarse de la eficacia de las posibilidades terapéuticas en fases iniciales.

Palabras claves: Cirrosis. Biliar. Trombocitopenia.

UNIDAD DE ORTOGERIATRÍA: PRIMER AÑO DE EXPERIENCIA DESCRIPCIÓN Y EVALUACIÓN FUNCIONAL DE LOS PACIENTES INCLUIDOS EN PROGRAMA DE REHABILITACIÓN

L. Vich Martorell, A. Truyols Bonet, F. Alberti Homar, A. Galmés
Truyols y L. Feliu Mazaira
Hospital General, Palma de Mallorca.

Objetivo: Descripción de los enfermos ingresados en la unidad de ortogeriatría del Hospital General de Mallorca durante su primer año de funcionamiento y evaluación funcional al alta de los mismos. Criterios de inclusión en programa de rehabilitación: postoperatorio inmediato no complicado, estabilidad clínica. Criterios de exclusión: deterioro funcional previo grave, deterioro cognitivo severo y alta comorbilidad.

Método: Estudio prospectivo. Pacientes ingresados en la unidad durante el año 2006 y tributarios de programa de rehabilitación. Se describen las diferentes patologías y se analizan las complicaciones médicas más frecuentes. Análisis: estancia media; índice de Barthel previo (IBP) al ingreso (IBI) y al alta (IBA) Ganancia funcional (GF); índice de Heineman corregido (Hic = 100xGF/(IBP-IBI); Escala de Ti-netti al alta (ETA) para valoración del equilibrio y de la marcha.

Resultados: se ingresaron 135 pacientes en la unidad y 102 fueron incluidos en programa de rehabilitación. La edad media fue de 76,7 años. El 74,5% mujeres y el 25,5% varones. La estancia media fue de 37,2 días. Diagnósticos: Fra. cadera 68,9%. Otros diagnósticos 31,1% Indicadores funcionales: IBP 87,8; IBI 35,2; IBA 67,2; GF 31,7 Hic 60,6%; ETA 21,4/28. Se diagnosticaron complicaciones traumatológicas en un 16% y complicaciones médicas en un 67,8%. Las complicaciones médicas más frecuentes fueron anemia (80,4%), infección urinaria (25,2%), infección respiratoria (13,7%) depresión (14,9%), descompensación patología previa (24,5%). Síndrome confusional agudo (10,3%), Enfermedad tromboembólica (0,0%). No se registró ningún éxito entre los pacientes incluidos en programa de rehabilitación.

Conclusiones: Se confirmó que el diagnóstico más frecuente fue la fractura de cadera. La estancia media se correspondió a las unidades de convalecencia de media estancia. Se evidenció una ganancia funcional al alta que permitió una mejora del nivel de autonomía. Recuperaron marcha sin asistencia 14,2% de enfermos y el 85,8% restante pudieron deambular con ayuda técnica. La complicación médica más frecuente fue la anemia ferropénica postquirúrgica siendo bajas el resto de ellas. Dichos resultados vienen a corroborar la eficacia de las unidades ortogeriátricas de media estancia.

TERAPIA OCUPACIONAL EN EL PACIENTE GERIÁTRICO CON ENFERMEDAD RESPIRATORIA CRÓNICA: DESCRIPCIÓN DE ÁREAS Y CONTEXTOS DE EJECUCIÓN

G. Cardenal Felix¹, M. Medinas Amoros¹, F. Renom Sotorra¹
y M. Guarinos²

¹Hospital Joan March, Bunyola, Mallorca, ²Hospital General de Mallorca.

La figura del terapeuta ocupacional ocupa un lugar primordial en los equipos multidisciplinarios que proporciona asistencia sanitaria a los ancianos con enfermedades respiratorias. A muchos de éstos les preocupan tanto su diagnóstico y pronóstico, como sus posibilidades de mantener su autonomía personal e independencia el máximo tiempo posible. El trabajo del terapeuta ocupacional desarrollado en el contexto del paciente anciano con problemas respiratorios posibilita la mejoría de la calidad de vida de los pacientes y de sus cuidadores. El objetivo del presente trabajo ha sido describir las principales áreas ocupacionales de afectación (actividades básicas de la vida diaria), los contextos más comunes de ejecución (entorno) y la descripción de las ayudas técnicas más utilizadas en pacientes ancianos con enfermedad respiratoria crónica invalidante. Materiales y metodología: para evaluar dichas áreas y sus contextos, se elaboró una versión adaptada a la población objeto de estudio basada la valoración del Gleindfield Hospital de Leicester, que se administró a los pacientes ancianos de forma individual en las consultas externas del Hospital Joan March de Bunyola (Mallorca). Los resultados reflejan la presencia de graves déficits relacionados con la movilidad, sobre todo en situaciones domésticas (cama, higiene, baño, etc.), provocadas por la disnea a mínimos esfuerzos que presentan estos pacientes. A su vez nuestros datos corroboran la situación de dependencia de cuidadores, a medida que avanza su edad y empeora su patología. Este trabajo presenta la utilización de ayudas técnicas más adecuadas a estos pacientes y su ámbito de aplicación. En conclusión el trabajo del terapeuta ocupacional en el campo de las enfermedades

respiratorias representa un nuevo reto a asumir dentro de los síndromes geriátricos

MAS VALE METER EL DEDO QUE METER LA PATA....

J. Alarcón Corominas, N. Fernández Letamendi y P. Mesa Lampré
Hospital Geriátrico San Jorge, Zaragoza.

Objetivos: Estudiar características de muestra con impacto fecal y repercusión en ingreso hospitalario.

Método: Estudio observacional, descriptivo y prospectivo. Grupo I: pacientes ingresados en Unidad de Agudos con impacto fecal diagnosticado por tacto rectal (TR) y/o Rx abdomen. Grupo II: muestra aleatoria sin impacto. Variables epidemiológicas, clínicas y farmacológicas.

Resultados: N (I): 97 (mujeres 67%). N (II): 89 (mujeres: 60%). Edad media 83,6. Diagnóstico por TR: 73,2% y por Rx: 87,6%. La mayoría proceden de Urgencias sin diferencias en ambos grupos. Tratamiento hospitalario: lactulosa (27,3%), mezclas (52,6%) y enemas (78,4%). Al alta: lactulosa (32%) y mezclas (27,8%). Motivo de ingreso (I): respiratoria (33%), digestiva (13,4%), neurológica (13,4%) y traumatológica (8,2%), no diferencias estadísticamente significativas con grupo II. Detección de impacto mas frecuente (21,6% frente a 10%) en los pacientes con Parkinson ($p = 0,03$), no así en los pacientes con DM, hipotiroidismo, cirugía abdominal previa y hernias abdominales. No hay impacto (6,7% frente a 1%) en los pacientes con antecedente de tumor de colon ($p = 0,04$). Relación de impacto con toma previa de levodopa ($p = 0,09$), neurolepticos ($p = 0,05$), anticolinérgicos ($p = 0,04$) y laxantes previos ($p = 0,08$), no con opiáceos, procinéticos, hierro y antidepresivos. Tienen demencia 38,2% del grupo II y 67% del grupo I ($p = 0,001$). Existe mayor frecuencia de impacto en los pacientes con una dependencia moderada-severa ($p = 0,001$). Delirium mas frecuente en dementes y en mas dependientes ($p = 0,01$). No relación de delirium ni retención urinaria con impacto. Mortalidad: 15,5% y 10,1% respectivamente ($p = 0,14$).

Conclusiones: El perfil del paciente que ingresa con impacto fecal corresponde a una mujer de 83 años que ingresa desde Urgencias con dependencia moderada-severa y demencia. Dada la alta incidencia del impacto fecal y la facilidad del diagnóstico con escasos costes, un tacto rectal rutinario podría evitar hospitalizaciones. La toma de laxantes previos no permite excluir el diagnóstico de impacto fecal en el anciano, debiendo valorar comorbilidad y descartarlo siempre.

PREVENCIÓN DE LA DEPENDENCIA EN EL PACIENTE ANCIANO DENTRO DEL HOSPITAL: CUIDADOS DE CALIDAD EN ENFERMERÍA

A.R. Molina Morales, M. Giménez López y M.A. Celis
Hospital San Juan de Dios, Zaragoza.

Objetivos: Analizar de forma individualizada las capacidades y ayudas que cada paciente necesita y medir la mejoría en el autocuidado, con implantación de un programa interdisciplinario de cuidados tras ingreso en una unidad de convalecencia geriátrica con rehabilitación y su relación con distintas variables.

Metodología: Estudio descriptivo analítico prospectivo. Muestra: Pacientes ingresados y dados de alta en 2006 en Hospital San Juan de Dios, Zaragoza, en unidad de convalecencia geriátrica con rehabilitación. Criterios de exclusión: éxitos, trasladados y pacientes paliativos. Variables: sexo, edad, diagnóstico al ingreso, capacidad para el autocuidado (CA): en movilidad en cama, vestirse, uso del cuarto de baño, traslado de una superficie a otra, capacitación para comer, higiene, locomotricidad: al ingreso (CAi) y al alta (CAa), Mejoría en el autocuidado (MCA), medido con escala de supervivencia adaptada máxima ayuda 28 puntos mínima ayuda 0 puntos. SPSS 12.0

Resultados: 83 pacientes. 59,0% mujeres. Edad media 76,75. ($p > 0,05$), edad ≤ 65 años 13,3%, Accidentes cerebrovasculares 29,7%, traumatológicos 41,8% otros diagnósticos 28,6%, CAi: 22,86 puntos ($p < 0,05$), CAi en mujeres 24,3 puntos ($p < 0,05$), CAa: 15,48 puntos ($p > 0,05$), MCA 8,52 puntos ($p > 0,05$). Mayor edad, mayor ayuda en el autocuidado ($p < 0,05$). Menor dependencia al ingreso, mayor capacidad de autocuidado ($p < 0,05$).

Conclusiones: La hospitalización en si misma puede provocar una pérdida de capacidades en el autocuidado del paciente, la prevención mediante este programa interdisciplinario de potenciación de habilidades e impedir en la mayor medida, la pérdida de las mismas motivan-

do al paciente y familiares a la colaboración continuada, apoyados por todos los componentes del equipo, nos ofrece una herramienta de calidad Palabras clave: Prevención. Dependencia. Hospitalización.

ASPECTOS DIFERENCIALES DEL PACIENTE CON DEMENCIA

L. Estella Sánchez, M.Á. Márquez Lorente, M. Arellano Pérez, E. Hernández Leal, M. Pi-Figueras Valls y O. Sabartés Fortuny
Unidad de Geriatría de Agudos (UGA). Hospital del Mar, Barcelona.

Objetivo: Analizar los factores diferenciales de los pacientes con demencia que ingresan en una UGA.

Métodos: Estudio retrospectivo de los pacientes ingresados en una UGA durante el año 2006. Se determina la situación funcional previa al ingreso medida por el índice de Barthel (IB) e índice de Lawton (IL), situación cognitiva medida por el Test de Pfeiffer (TP), riesgo social medido por la escala de Gijón abreviada (EGA), antecedentes patológicos, patología que motiva el ingreso, síndromes geriátricos, destino al alta y reingreso al mes y tres meses. Se analiza estadísticamente los datos obtenidos en los pacientes con demencia con respecto al resto de pacientes.

Resultados: Se analizan 981 pacientes de los cuales el 51,5% presentaban demencia. Su prevalencia en función de la edad mostró un pico máximo entre los 76-80 años. Los pacientes con demencia presentaron menor IB (29,4 vs 62,6, $p < 0,0001$), menor IL (0,2 vs 1,9, $p < 0,0001$), mayor TP (8,6 vs 3,2, $p < 0,0001$) y mayor puntuación en la EGA (8,9 vs 7,6, $p < 0,0002$). Como antecedentes presentaron menor prevalencia de LCFA (23,2% vs 34,2%, $p < 0,0001$), de HTA (58% vs 67,9%, $p < 0,001$), de insuficiencia cardíaca (17% vs 26,3%, $p < 0,0004$) y de neoplasia (11,3% vs 19,1%, $p < 0,0006$) y mayor de AVC (23,8% vs 15,6%, $p < 0,001$) y de enfermedad de Parkinson (7,9% vs 3,4%, $p < 0,009$). Como patología que motivó el ingreso se observó mayor prevalencia de patologías agudas (ITU: 19,2% vs 11,8%, neumonía: 12,7% vs 8,8%, infección bronquial: 11,7% vs 5,5%) y menor de descompensación de patologías crónicas (insuficiencia cardíaca: 10,9% vs 22,5%, LCFA: 10,5% vs 18,5%) ($p < 0,0001$). Determinados síndromes geriátricos presentaron mayor prevalencia (inmovilidad: 43,8% vs 12,6%, $p < 0,0001$, UPP: 15,6% vs 6,3%, $p < 0,0001$ e incontinencia: 79,2% vs 45%, $p < 0,0001$). No hubo diferencias en la prevalencia de síndrome confusional durante el ingreso. Al alta precisaron mayor ingreso en residencia (8,1% vs 2,9%) y ULE (3,6% vs 2,7%) ($p < 0,0004$). No hubo diferencias en la tasa de reingresos precoz ni tardía.

Conclusiones: La demencia presenta una elevada prevalencia en los pacientes de una UGA. La mayor prevalencia en los pacientes de menor edad y la menor comorbilidad indican que la demencia, por sí misma, se convierte en criterio de ingreso en una UGA. La patología que motiva ingreso en una UGA de los pacientes con demencia es predominantemente infecciosa. El paciente con demencia presenta deterioro funcional severo con elevada prevalencia de inmovilidad y UPP, sin embargo no presenta mayor prevalencia de síndrome confusional. El paciente con demencia presenta mayor riesgo social y mayor institucionalización. La demencia no influye en el reingreso.

REPRODUCIBILIDAD TEMPORAL DE MEDIDAS AUTO-INFORMADAS DE DIFÍCULTAD Y MODIFICACIÓN DE LA TAREA EN ACTIVIDADES DE MOVILIDAD

J. Cabrero García¹, M.J. Cabañero Muñoz¹, A. Sanjuán Quiles¹, A. Reig Ferrer², J.D. Ramos Pichard¹ y L. González Llopis³

¹Departamento de Enfermería. Universidad de Alicante, ²Departamento de Psicología de la Salud. Universidad de Alicante, ³Centro de Salud de Ontinyent, Valencia.

Objetivo: Evaluar la reproducibilidad temporal de un banco de ítems de limitaciones funcionales que incluye la alternativa de respuesta de modificación de la tarea, en una muestra de personas mayores que acuden a consulta de atención primaria.

Método: Diseño: Estudio descriptivo prospectivo, test-retest. Participantes: 66 personas de 70 y más años, seleccionadas consecutivamente entre las que acudieron a consulta en 3 centros de Atención primaria de la Comunidad Valenciana y que aceptaron volver para una nueva entrevista en un plazo de dos semanas. Se excluyeron las personas con deterioro cognitivo, las que fueron valoradas como demasiado frágiles, las que tenían severos problemas de comunicación y las dependientes (índice de Katz). Procedimiento: El cuestionario se administró mediante entrevista personal en los Centros de Salud, en 2 oca-

siones, separadas una media de 14 días. Fue administrado por 4 personas del equipo investigador, previamente entrenados, siguiendo un protocolo consensuado, cada uno de ellos a los mismos participantes en el test y en el retest. Los 48 ítems del cuestionario se clasifican en tres de los dominios de la Clasificación Internacional de Funcionamiento (OMS, 2001): cambiar y mantener la postura, llevar, mover y usar objetos andar y moverse. Cada ítem presenta 4 opciones de respuesta: ninguna dificultad; alguna dificultad; bastante dificultad y no puedo hacerlo. Cuando el entrevistado contestaba que no tenía dificultad, se le preguntaba además si había cambiado la forma de hacerlo. Si contestaba positivamente, se incluía como una 5^a alternativa: sin dificultad pero con modificación de la tarea. Análisis estadístico: La fiabilidad test-retest se ha calculado mediante el coeficiente de correlación intraclass (CCI), agrupando las opciones de respuesta en tres: sin dificultad; sin dificultad pero con modificación de la tarea; con dificultad.

Resultados: Para el análisis se seleccionaron los 27 ítems que presentaban un porcentaje de respuesta superior o igual al 20% en la opción modificación de la tarea; en su gran mayoría estos ítems fueron del dominio «andar y moverse». Los CCI oscilaron entre 0,65 y 0,91.

Conclusiones: Los ítems en los que con mayor frecuencia aparece la modificación de la tarea son aquellos que valoran el dominio andar y moverse de la CIF. Precisamente, fue este dominio (subir un piso de escaleras y andar 800 metros) sobre el que se examinó originalmente la validez de este método (Friedetal. 1996, 2000). Los 27 ítems presentaron coeficientes de reproductibilidad test-retest buenos o muy buenos.

REPRODUCIBILIDAD TEMPORAL DE UNA BATERÍA DE DESEMPEÑO EN PERSONAS MAYORES EN ATENCIÓN PRIMARIA

J. Cabrero García¹, L. González Llopis², C. Luz Muñoz Mendoza¹, S. García Beviá³, A. Reig Ferrer⁴ y J.D. Ramos Pichardo¹

¹Departamento de Enfermería. Universidad de Alicante, ²Centro de salud Ontinyent, Valencia, ³Centro de Salud Hospital General, Alicante,

⁴Departamento de Psicología de la Salud. Universidad de Alicante.

Objetivo: Evaluar la reproducibilidad de tres medidas objetivas de desempeño físico en una muestra de personas de 70 y más años en Atención primaria.

Método: Diseño: Estudio descriptivo y prospectivo con observación directa de la función física por profesionales de la salud de acuerdo a un protocolo estandarizado. Mediciones principales: Se evaluó el funcionamiento físico a través de tres pruebas objetivas de desempeño físico: el test de equilibrio, el de velocidad de la marcha, y la capacidad para levantarse y sentarse de una silla. Estas medidas provienen de los estudios EPESE (Established Populations for Epidemiologic Studies of Elderly). Emplazamiento: El estudio se realizó en tres centros de Atención primaria, urbano, semiurbano y rural, pertenecientes a las provincias de Alicante y Valencia. Participantes: Para el estudio de la fiabilidad test-retest, la muestra inicial fue de 80 personas, de las cuales 66 aceptaron ser evaluadas en dos ocasiones. La fiabilidad entre observadores se determinó con una muestra de 30 personas. En ambos casos se seleccionaron a aquellas personas de 70 o más años que acudían a consulta de atención primaria, eran independientes y no tenían deterioro cognitivo. Procedimiento: Para la reproducibilidad test-retest cuatro observadores entrenados administraron la batería a las mismas personas en dos ocasiones, con un intervalo de 14 días de media. Para la fiabilidad entre observadores, cada dos observadores administraron a las mismas personas la batería, de manera independiente y con un intervalo de 15 minutos entre cada administración; el orden entre observadores se balanceó. Análisis de datos: Se ha usado el coeficiente de correlación intraclass como medida de acuerdo absoluto para determinar los coeficientes de reproducibilidad test-retest y entre-observadores.

Resultados: Los coeficientes de reproducibilidad test-retest y entre-observadores fueron, respectivamente: 0,55 y 0,77 para el test de equilibrio, 0,69 y 0,84 para el test de levantarse de la silla, 0,79 y 0,83 para el de velocidad de la marcha, 0,80 y 0,88 para toda la batería.

Conclusiones: Los coeficientes de reproducibilidad test-retest y entre-observadores son buenos (o muy buenos) para los tres componentes y para toda la batería, con la excepción del coeficiente de reproducibilidad entre-observadores para el test de equilibrio, que sólo es aceptable. La reproducibilidad entre-observadores es superior a la reproducibilidad test-retest. Estos resultados son congruentes con los informados en la literatura internacional.

SESION DE POSTERS I

Área de Exposición

Miércoles y Jueves, 6-7 de Junio

Área de Ciencias Sociales

SOBRECARGA DEL CUIDADOR EN LA ATENCIÓN AL PACIENTE GERIÁTRICO, ¿REAL O FICTICIA?

J. Martí Cabane y M. Lores
Hospital Zumarraga-Guipúzcoa.

Objetivo: Conocer si la atención al paciente muy anciano causa sobrecarga asistencial a sus familiares o cuidadores.

Material y métodos: Estudio prospectivo durante un periodo de 3 meses, en el cual se han estudiado todos los pacientes mayores de 85 años, que precisaron atención en una unidad médica. Para el análisis de dependencia y sobrecarga se han excluido los pacientes que vivían en residencias. Se han analizado los siguientes parámetros. Edad sexo hábitat, escalas de Barthel, Charlson, Zarit.

Resultados: Se estudian 58 pacientes, 48 mujeres y 10 varones con una media de edad de 90,4; 4,01 años, un 88% residían en ambiente urbano, de estos todos residían en núcleo familiar, de los cuales 53 residían con familiares siendo los hijos en un 83% los principales cuidadores. 5 pacientes vivían o bien con su pareja o bien con sus hermanos siendo la edad del cuidador de 90 años. Un 46% estaban previamente sanos y no presentaban antecedentes de interés. Siendo el índice de Charlson de 2,3. Dependencia severa para las AVD (32%), siendo la dependencia leve o no dependencia del 58%. Un 71% de los encuestados presentaban sobrecarga intensa en el cuidado de los pacientes, no correlacionándose esta con los índices de Barthel ni de Charlson.

Conclusiones: Creemos que la sobrecarga del cuidador está más relacionada con la propia atención del paciente geriátrico y con la perdida de independencia que ello conlleva que con la presencia de comorbilidad y deterioro en las actividades de la vida diaria del paciente geriátrico, ya que los pacientes con mayores comorbilidades y dependencia estaban institucionalizados.

RECURSOS INTEGRADOS: D OCENCIA Y ASISTENCIA. UTILIZACIÓN DE UNA "VIVIENDA-ADAPTADA" PARA DOCENCIA E INVESTIGACIÓN UNIVERSITARIA EN GERIATRÍA Y SUS APLICACIONES

F. Tomás Aguirre, M. Cañadas y M. Gómez
Universidad Católica de Valencia San Vicente Mártir, Valencia.

Objetivos: Exponer la estructura y utilización docente, investigadora y asistencial en Geriatría de un entorno real que reúne diferentes adaptaciones para pacientes con dependencia y/o discapacidad: La "Vivienda-Adaptada" de la Clínica de la Universidad Católica San Vicente Mártir de Valencia.

Método: Fases 1) Diseño y construcción: Recepción adaptada, dos baños con diferentes opciones de adaptación, distribuidor con posibilidades de organización adaptada de enseres, cocina y dormitorio también adaptados. 2) Dotación de mobiliario, electrodomésticos, enseres y su adaptación a diferentes discapacidades. 3) Aplicación Docente: Alumnos de las titulaciones de ciencias de la salud con, entre otras, la asignatura Geriatría, desarrollan gran parte del prácticum en este entorno. 4) Aplicación Asistencial: El centro de Terapia ofrece la posibilidad al usuario de conocer y aplicar en su domicilio diferentes soluciones, de manera eficiente y económica.

Resultados: Comenzó a utilizarse el curso pasado como recurso docente, siendo valorado de manera especialmente positiva por los estudiantes en las encuestas de evaluación. En el presente curso se impulsa su uso asistencial, fundamentalmente en Terapia Ocupacional, destacando la asistencia Geriátrica y la Parálisis Cerebral Infantil.

Conclusiones: Este recurso se ha revelado de gran utilidad en la enseñanza práctica de asignaturas relacionadas con la discapacidad en titulaciones universitarias de ciencias de la salud, destacando su aplicabilidad en Geriatría. Permite al estudiante integrar conocimientos en un entorno semejante al real, con pacientes reales, sin abandonar el campus universitario. Asimismo, ofrece al usuario la posibilidad de conocer diferentes opciones de adaptabilidad a la vida diaria para desarrollar en su hogar.

VALORACION DEL BAREMO DE LA LEY DE DEPENDENCIA EN RELACION A LAS DEMENCIAS

B. Clavijo Juaneda y M. Nevado Rey
Asociación Nacional del Alzheimer AFALcontigo, Madrid.

La ley de dependencia aportará, según todas las previsiones, mayor riqueza de recursos destinados a mejorar la calidad de vida de los afectados y familiares por algún tipo de dependencia.

El baremo que determina quién será considerado dependiente y en qué grados definirá el perfil de los beneficiarios de los recursos y servicios del Sistema de atención a la dependencia y los servicios a los que tendrán derecho. A la vista de la importancia de tal cuestión, que enmarcará el público objetivo de este sistema, varios elementos fundamentales deben entrar en consideración: 1.- la Valoración debe realizarse por un equipo multidisciplinar 2.- Debe Garantizarse la agilidad en el proceso de evaluación y revisión (máximo 3 meses) 3.- Debe estar fundamentado en cuatro aspectos: - Clínica - Funcional (mide la aptitud para desarrollar ABVD) - Mental - Social. Sin embargo, en el baremo que se encuentra en vías de aprobación a día de hoy (se ratificará en los próximos meses) se quedan fuera cuestiones de gran importancia como la evaluación de los aspectos neuropsicología y cognitivos y la toma en consideración de los elementos emocionales en la persona. El baremo propuesto se basa en paliar las dificultades elementales del dependiente para desenvolverse en la ejecución de actividades pero no atiende a una perspectiva integral de su atención. El baremo parece prestar especial atención a las limitaciones físicas y de movilidad sin considerar que la gran dependencia viene también determinada por las capacidades volitivas así como por la inteligencia y estado psicológico. ¿Es razonable apartar del sistema a enfermos de Alzheimer leve, que es cuando mayor sobrecarga produce en el cuidador, o a personas con esquizofrenias que requieren de una vigilancia especial? Todo esto limita el planteamiento de atención a la dependencia lo cual va a repercutir negativamente en la calidad de la asistencia y, obviamente, en la calidad de los servicios que se presten y, en última instancia, en la calidad de vida de las propias personas en situación de dependencia y su entorno. La corrección de estos defectos vendrá a configurar un sistema de atención a la dependencia justo, equilibrado y que realmente aporte soluciones a las necesidades de los afectados, un sistema que genere calidad de vida y que apueste por el bienestar de un co-

lectivo que debe afrontar una realidad de dificultades y múltiples dudas.

¿QUÉ ES LA SOLEDAD PARA LAS PERSONAS MAYORES? UN ESTUDIO CUALITATIVO DE SUS TEORÍAS IMPLÍCITAS

M.M. Sánchez Rodríguez y J. Buz Delgado
Universidad de Salamanca.

Objetivo: La soledad es uno de los mayores temores de las personas mayores y se relaciona estrechamente con estados de ánimo negativos, una menor calidad de vida, un peor pronóstico de enfermedad y una mayor probabilidad de muerte. Nuestro objetivo es analizar las teorías implícitas de las personas mayores sobre el significado de la soledad en nuestro contexto cultural.

Método: N = 400 personas no-institucionalizadas de ambos性, divididas en dos grupos de edad: mayores (60-74 años) y muy mayores (75+ años). Se les planteó una pregunta abierta «¿Qué es para usted la soledad?» dentro de un cuestionario más amplio sobre la soledad y las redes sociales de apoyo. Se realizó un análisis de contenido cualitativo de las respuestas, teniendo en cuenta el índice Kappa de acuerdo entre jueces expertos con el fin de evaluar la fiabilidad del sistema de categorías resultante, cuantificando posteriormente los resultados para obtener los pesos relativos de cada categoría.

Resultados: Se obtuvo un sistema de categorías que recoge el significado de la soledad para las personas mayores y muy mayores en nuestro país. El método empleado nos permite diferenciar distintos componentes de la soledad (emociones, cogniciones, aislamiento y ausencia de apoyo social) que no siempre están presentes en las escalas que miden este constructo. Encontramos que las categorías resultantes son las mismas para los dos grupos de edad, aunque existen diferencias cuantitativas en el análisis de frecuencias que se realiza posteriormente.

Conclusiones: Los componentes del constructo "soledad" que hemos encontrado en los enunciados de las personas mayores no han sido analizados de forma exhaustiva en las investigaciones ni tenidos en cuenta en las escalas de evaluación. Este estudio supone una base para elaborar una escala psicométrica adaptada a nuestro contexto cultural con el fin de evaluar la soledad en las personas mayores de nuestro país.

Palabras clave: Soledad. Teorías implícitas. Análisis Qualitativo

INFLUENCIA DE LA VARIABLE EDAD EN EL BIENESTAR DE LAS PERSONAS MAYORES

E. Navarro Pardo¹, J.C. Meléndez Moral¹ y J.M. Tomás Miguel²
¹Dep. de Psicología Evolutiva, Facultad de Psicología, ²Dep. de Metodología de las Ciencias del Comportamiento, Universidad de Valencia.

Objetivo: El objetivo de este trabajo es conocer cuáles son las dimensiones del bienestar que tienen relación con la edad, y qué cambios se producen según aumenta la edad.

Método: Se trabajó con una muestra de 98 personas, mayores de 65 años, de la provincia de Valencia, a los que se aplicó una adaptación de la Escala de Bienestar Psicológico de Ryff.

Resultados: Se calcularon los coeficientes de correlación entre las dimensiones de la escala, obteniéndose un significativo. Además se calculó la media de las correlaciones que cada dimensión guarda con las demás, siendo la más alta la de dominio del ambiente frente al crecimiento personal que fue la menos relacionada con el resto. A continuación, se analizaron las relaciones entre las dimensiones de la escala y la edad mediante Pearson, de las cuales dos resultaron estadísticamente significativas, edad con autoaceptación y edad con dominio del ambiente. Posteriormente se categorizó la edad en tres niveles: 65 a 69, 70 a 74 y más de 75, así como las dimensiones de la escala: bajo, medio y alto. Los resultados mostraron que tanto la autoaceptación como dominio del ambiente obtienen los mayores porcentajes en los niveles medio y alto en todos los grupos de edad.

Conclusiones: Destaca en primer lugar que las dimensiones propias del bienestar subjetivo correlacionan de forma más alta, mientras que el crecimiento personal, dimensión del bienestar psicológico, es la que menor relación mantiene. Así, parece replicarse la perspectiva en la que se diferencian dos tipos diferentes de bienestar: Por otra parte y a diferencia de lo establecido en otros trabajos, existe una tendencia a descender el nivel de las dimensiones del bienestar sub-

jetivo según aumenta la edad. Respecto a la autoaceptación, este descenso parece deberse al incremento de la autoperccepción negativa que se produce a partir de los 75 años, lo cual no sólo hace que se perciban peor los cambios, sino que además, al estar peor preparados para ellos su funcionamiento es menos óptimo. En referencia al dominio del ambiente parece ser que las personas se perciben como menos autoeficaces a medida que avanza la edad. En este sentido, y aunque en todas las edades existen diversos factores comunes que afectan la percepción de la salud se convierte en una variable fundamental.

ANÁLISIS DE LAS FIGURAS DE APOYO EN LA VEJEZ SEGÚN LAS VARIABLES GÉNERO Y EDAD

E. Navarro Pardo¹, J.C. Meléndez Moral¹ y J.M. Tomás Miguel²

¹Dep. de Psicología Evolutiva, Facultad de Psicología, ²Dep. de Metodología de las Ciencias del Comportamiento, Universidad de Valencia.

Objetivo: En este trabajo planteamos como objetivo conocer quiénes son las principales figuras de apoyo psicológico e instrumental en el envejecimiento en función de la edad y del género conjuntamente.

Método: La muestra fue de 101 personas de la provincia de Valencia, mayores de 65 años, a los que se aplicó la entrevista Manhein de Apoyo Social. De ésta, se utilizó la primera parte y se seleccionó la primera elección. Despues, se analizaron las relaciones de edad y género, conjuntamente, con la elección de la figura de apoyo, empleándose pruebas de chi-cuadrado con medidas de V de Cràmer y análisis factorial de correspondencias.

Resultados: La relación entre las categorías de género y edad con la figura que ofrecía apoyo psicológico, obtuvo un resultado estadísticamente significativo. Respecto al análisis factorial de correspondencias, la primera dimensión, se caracterizó por la oposición entre hombres de 65 a 69 años frente a las mujeres de más de 70; mientras que en las figuras que dan apoyo la oposición era entre cónyuge y los hijos y nietos. Se realizó el mismo análisis para las figuras de apoyo instrumental y su relación resultó significativa. El análisis factorial de correspondencias, ofreció una primera dimensión, definida por la oposición entre los hombres y mujeres de 65-69 años frente a las mujeres de 70 o más años y en cuanto a la figura que da apoyo oponía cónyuge, amigos y otros familiares, frente a los hijos.

Conclusiones: Una primera cuestión a señalar es la importancia que la familia cercana tiene con respecto al apoyo, tanto psicológico como instrumental. Con respecto al apoyo psicológico, hemos observado que si bien para los hombres es el cónyuge la figura que mantiene los niveles más importantes de apoyo, según pasan los años los hijos asumen un papel más importante en detrimento de la pareja. Para las mujeres si bien en los primeros años cónyuge e hijos mantienen niveles parecidos, la pareja tiene un claro descenso, y los hijos se convierten en la figura más importante. En lo referente al apoyo instrumental, son en ambos casos los hijos la principal figura proveedora de apoyo. Los hombres, si bien mantienen relaciones con todas las figuras de apoyo, según aumenta la edad se aproximan hacia los hijos y los nietos. Las mujeres, en los primeros años reciben el apoyo de diversas fuentes, pero según van aumentando los años, se centran en los hijos.

VALORACION DE LA CALIDAD DE VIDA DE LAS PERSONAS MAYORES INSTITUCIONALIZADAS POR UNA ASOCIACION DE PERSONAS MAYORES Y CUIDADORES

Y. Cotiello Cueria¹, C. Lago Figueiras², D. Lago Figueiras², C. Pilar Pérez Bastián², J.R. Vallina Candas² y G. Fernández Álvarez²

¹Consultorio de Venta Las Ranas, Gijón, Asturias, ²Asociación de personas Mayores y Cuidadores «Cuidóme- Cuidame», Careñes, Villaviciosa, Asturias.

Objetivos: Analizar los factores que para la Asociación determinan la Calidad de Vida de una Persona Mayor institucionalizada. Asegurar el confort de la Persona Mayor institucionalizada. Prevenir la perdida de autonomía de las Personas Mayores institucionalizadas

Metodología: Cuando las etapas finales de la vida de las personas mayores transcurren en una institución, los responsables de la institución intentan garantizar su Calidad de vida manteniendo su confort y previniendo la pérdida de su autonomía, pero ¿de qué depende el confort y la autonomía? La Junta Directiva de la asociación tras realizar una búsqueda bibliográfica de los determinantes de la Calidad de

Vida de las Personas Mayores en una Institución e intercambiar impresiones con responsables y residencias de diversas instituciones consideran que el motivo por el que han ingresado, el nº de visitas al mes que reciben de la familia y la percepción del trato recibido son algunos de los determinantes del confort y la autonomía de las Personas mayores en la institución. Para poner de manifiesto y analizar estos determinantes se entrevista a los responsables y 3 residentes de varias residencias de ancianos y se contrastan los resultados obtenidos con la bibliografía consultada.

Resultados: El confort y la autonomía de las Personas Mayores institucionalizadas tanto para los responsables como para los residentes no depende exclusivamente de los servicios prestados por los profesionales. Si la persona ingresa por su voluntad y se mantiene unida a la familia su confort es mayor y la perdida de autonomía es menor. La percepción del trato recibido difiere según quien lo valore (responsable o residente).

Conclusiones: Dado que al final de la vida los responsables y residentes otorgan significados diferentes al confort y a la autonomía Si queremos asegurar la Calidad de Vida de las Personas Mayores en una Institución es preciso realizar una valoración integral e integrada y planificar las intervenciones a partir de objetivos pactados entre los residentes y responsables.

¿CUÁL ES LA RELACIÓN ENTRE EL ESTADO COGNITIVO Y EL ESTADO GLOBAL DE DETERIORO EN LAS PERSONAS MAYORES?

A. Aizpuru Sanz y I. Lizaso Elgarresta

Facultad de Psicología de la Universidad del País Vasco, Donostia, San Sebastián.

Introducción: Aproximadamente la mitad de las personas mayores en centros gerontológicos presenta deterioro cognitivo. Sin embargo, desconocemos la magnitud de la relación existente entre este deterioro y el estado global que implica la capacidad cognitiva y funcional.

Objetivo: Determinar estadísticamente la posible relación entre el estado cognitivo y el estado global de deterioro.

Método: Entrevista estructurada a 80 usuarios (59 mujeres y 21 hombres; M = 82,64 años, DT = 6,41, rango = 66-96 años) que incluía la recogida de datos sociodemográficos (género, edad, estado civil, nivel de estudios y profesión) y los cuestionarios MEC (Lobo, 1979) y GDS (Reisberg, Ferris, León y Crook, 1982).

Resultados: Datos sociodemográficos: 47,5% viudo/a y 33,7% casado/con pareja; 32,4% con estudios primarios sin concluir, 11,3% con estudios secundarios y 10% no sabía leer ni escribir; 33,8% obrero no cualificado, 18,8% cualificado y 10% de campo/mar. Evaluación cognitiva (MEC): deterioro severo (35%), moderado (40%), leve (11,3%) y ausencia (13,7%). Deterioro global (GDS): estadiaje 1 (15%), 2 (7,4%), 3 (11,3%), 4 (15%), 5 (8,7%), 6 (36,3%) y 7 (6,3%). Se calculó la correlación entre la puntuación obtenida en el MEC y el estadiaje evolutivo determinado por el GDS. Esta correlación resultó estadísticamente significativa ($r = -0,81$; $p < 0,001$).

Conclusiones: Las puntuaciones del estado cognitivo en la escala MEC relacionan significativamente de forma negativa con el estadiaje en la escala global de deterioro GDS. Así, a mayor deterioro cognitivo menor es la capacidad de autonomía tanto cognitiva como funcional en las personas mayores valoradas.

Palabras clave: Estado Cognitivo. Estadiaje Evolutivo. Análisis Correlacional.

GÉNERO Y JUBILACIÓN: NUEVOS DATOS EN TORNO A LA SALUD FÍSICA, PSICOLÓGICA Y APOYO SOCIAL

I. Lizaso Elgarresta y M. Sánchez de Miguel

Facultad de Psicología, Universidad del País Vasco, San Sebastián.

Introducción: Durante las últimas décadas están ocurriendo grandes cambios en el mercado laboral como consecuencia de la inserción laboral de la mujer. De todas formas, las condiciones de trabajo de las mujeres son peores en comparación con las de los hombres.

Objetivos: Analizar las posibles diferencias de género en la salud física, psicológica y social en torno a la edad de la jubilación.

Método: Entrevista semiestructurada: 161 (80 mujeres y 81 hombres) personas jubiladas mayores de 55 años (M = 66 años, DT = 6,35, rango = 55-88 años). Datos sociodemográficos y psicosociales:

GADS-screening-, GDS/30, HAS, PGC, inventario de recursos sociales y COOP-WONCA.

Resultados: Edad (mujeres M = 66,38 años; DT = 6,20 y hombres M = 65,98 años; DT = 6,51); casados (51,3% mujeres y 91,4% hombres); estudios primarios (43,8% mujeres y 42% hombres); trabajador cualificado (12,5% mujeres y 54,3% hombres); tipo de jubilación «voluntaria» (26,3% mujeres y 16% hombres) y «prejubilado» (15,8% mujeres y 43,2% hombres); ingresos > 1077 € (33,8% mujeres y 64,2% hombres). Se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en salud física (consumo de alcohol y alimentación adecuada), en salud psicológica (depresión y satisfacción vital, pero no en ansiedad) y en salud social (apoyo social).

Conclusiones: Conforme a los resultados obtenidos, las mujeres participantes de esta investigación, aunque en general tienen una buena salud física, psicológica y social, manifiestan más síntomas depresivos, mayores sentimientos negativos y una peor satisfacción. Asimismo, aunque también tienen un buen apoyo social, éste es peor en comparación con los hombres.

Palabras clave: Jubilación. Género. Salud.

¿CÓMO AFRONTAN LOS PROBLEMAS DE SALUD LAS PERSONAS MUY MAYORES Y CUÁL ES SU VALOR ADAPTATIVO?

A.B. Navarro Prados y B. Bueno Martínez

Facultad de Psicología. Universidad de Salamanca.

Introducción y objetivos: La salud y el valerse por sí mismo son dos de los aspectos más importantes de la vida de las personas mayores. El afrontamiento de los problemas de salud se postula como un recurso interno que las personas mayores pueden poner en marcha para hacer frente a las pérdidas en las funciones corporales o las discapacidades derivadas de enfermedades crónicas. Es importante conocer cómo se afrontan los problemas de salud en la vejez avanzada, así como el papel de dichas estrategias sobre varios resultados positivos de funcionamiento. En este estudio se intenta identificar las estrategias de afrontamiento utilizadas por las personas muy mayores para hacer frente a sus problemas de salud más importantes, así como analizar la contribución de dichas estrategias sobre la autoeficacia de afrontamiento y sobre la satisfacción vital.

Método: Participaron 159 personas mayores de 75 años de Salamanca no institucionalizadas. Después de identificar su problema de salud reciente más importante, respondieron a la escala de Estilos y Estrategias de Afrontamiento de Fernández-Abascal (1997), a la Escala de Satisfacción con la Vida de Diener y cols. (1985) y evaluaron su percepción de autoeficacia en el manejo del problema de salud.

Resultados: Las personas muy mayores utilizan un gran repertorio de estrategias de afrontamiento, siendo la activa-comportamental resolver el problema la más empleada (M = 8,15; DT = 2,43). Junto a las estrategias de afrontamiento activas, tanto cognitivas como comportamentales, recurren a algunos modos de afrontamiento pasivos y evitativos. El sentido de competencia personal ante los problemas de salud se asocia positivamente con las estrategias planificación (Beta = 0,309, $p = 0,007$), resolver el problema (Beta = 0,267, $p = 0,024$), y negativamente con control emocional (Beta = -0,237, $p = 0,005$) y reacción depresiva (Beta = -0,198, $p = 0,014$). Además, utilizar acciones directas y racionales para solucionar los problemas de salud protege la satisfacción vital en esta etapa (Beta = 0,378, $p = 0,001$).

Conclusiones: Las personas muy mayores conservan la capacidad para manejar eficazmente sus problemas de salud y para mantener su bienestar. Se comprueba el valor adaptativo de algunas estrategias activas de afrontamiento.

Palabras claves: Problemas de Salud. Afrontamiento. Personas muy mayores.

CONSPIRACIÓN DE SILENCIO EN UNA UCP: INFUENCIA DE LA EDAD DEL CUIDADOR.

M.J. Elvira de La Morena, V.J. de Luis Molero, M. Sánchez Isac y L. Medina

Fundación Instituto San José, Unidad C. Paliativos, Madrid.

Introducción: La conspiración de silencio se define como el acuerdo implícito o explícito de alterar la información al paciente por parte de familiares, amigos y/o profesionales sanitarios, con el fin de ocultar el

diagnóstico, pronóstico y/o gravedad de la situación al enfermo que quiere saber lo que le sucede. Sólo existe conspiración de silencio cuando se oculta información a una persona que quiere saber. Su aparición en la fase final de la vida no es infrecuente; por eso nos hemos planteado conocer su prevalencia y sus características en los pacientes de nuestra unidad.

Objetivos: Conocer la prevalencia de la conspiración de silencio en nuestra UCP. Verificar la concordancia/discrepancia entre el deseo de ser informado acerca de la enfermedad según se sea paciente o cuidador principal. Comprobar si existen diferencias en los motivos que llevan a los cuidadores a ocultar la enfermedad al paciente.

Método: Estudio piloto descriptivo cualitativo. Cuestionario heteroaplicado de elaboración propia con 22 preguntas: 10 sobre datos de filiación del enfermo y su cuidador principal; y 12 sobre el grado de información. Población: Cuidadores principales de enfermos ingresados en nuestra UCP durante 6 meses, con criterios positivos de conspiración de silencio. Variable diferencial: Edad Cronológica del Cuidador > 60 años y < 60 años. Análisis estadístico de los resultados con el programa SPSS 11.5.

Resultados (preliminares): *Cuidadores < 60 AÑOS:* Edad media (rango): 42,00 (23-58). Sexo (% mujeres): 68,7. Si Vd. Tuviera un cáncer terminal, ¿le gustaría saberlo?: Sí: 81,25%; NO: 18,75%. Motivos para no informar al paciente: 87,5% se desanimaría, 81,25% no soy capaz de decírselo, 62,5% quería morirse, 56% estaría más nervioso, 43,75% ha expresado alguna vez que no quiere saberlo, 12,5% Empeoraría sus síntomas. *Cuidadores > 60 AÑOS:* Edad media (rango): 70,11 (63-87). Sexo (% mujeres): 66,6. Si Vd. Tuviera un cáncer terminal, ¿le gustaría saberlo?: Sí: 0%; NO: 100%. Motivos para no informar al paciente: Se desanimaría 77,7%, No soy capaz de decírselo 88,8%, Quería morirse 0%, Estaría más nervioso 55,5%, Ha expresado alguna vez que no quiere saberlo 44,4%, Empeoraría sus síntomas 11,1%.

Conclusiones: Al 81,25% de los cuidadores menores de 60 años les gustaría conocer el diagnóstico y pronóstico de su enfermedad si fuera paciente, mientras que ningún cuidador mayor de 60 años quería conocerlos. No se objetivan diferencias estadísticamente significativas en los motivos de la conspiración en relación con la edad del cuidador principal. La incapacidad para hablar del pronóstico de vida y el miedo al desánimo del enfermo son los motivos más frecuentes que justifican la ocultación en ambos grupos. Sería conveniente ampliar la muestra de este estudio piloto para confirmar y validar los resultados obtenidos.

CALIDAD DE VIDA PROFESIONAL DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA Y AUXILIAR EN RESIDENCIAS DE MAYORES DE ALBACETE

A. López Escribano¹, F. García Alcaraz², F. Gómez Victoria³ y P. Jareño Collado

¹Gerencia atención Primaria de Albacete, ²Escuela Universitaria de Enfermería de Albacete, ³Residencia de Mayores Paseo de la Cuba 39.

Introducción: Las personas son el principal activo de una organización, especialmente en el caso de los servicios sociosanitarios. Considerándose que el grado de calidad de los servicios está relacionado de forma directa con la calidad de vida profesional de sus profesionales.

Objetivo: Conocer la percepción de la calidad de vida profesional del personal de enfermería y auxiliar que presta sus servicios en las residencias de mayores de gestión mixta que la Junta de Comunidades de Castilla la Mancha tiene en la ciudad de Albacete. Diseño: Estudio transversal descriptivo, realizado durante el mes de enero de 2006. Emplazamiento: Residencias de mayores de Paseo de la Cuba 39 y Vasco Núñez de Balboa de Albacete. Participantes: 165 profesionales (16 enfermeras y 149 auxiliares de enfermería). Material: Se entregó a todo el personal de enfermería el cuestionario anónimo autoadministrado CVP-35, que mide la calidad de vida profesional, entendida como el equilibrio entre las demandas del trabajo (12 ítems), los recursos personales o motivación intrínseca (10 ítems) y organizativos-apoyo directivo (12 ítems). Consta de 35 ítems que valoran tres dimensiones: percepción de la demanda, apoyo emocional recibido por los directivos y motivación intrínseca. Cada ítem es valorado de 1 a 10.

Resultados: Se presentan las estimaciones con un (IC) del 95%. Se recibieron 109 cuestionarios cumplimentados (tasa de respuesta 66,87%), que nos muestran a una mujer (97%) casada (58%), fija (58,9%) en turno de mañanas (50,5%) y con una antigüedad media

de $47,97 \pm 43,57$ meses. El valor medio de la calidad de vida profesional fue de $4,55 \pm 2,49$, situándose la percepción de la demanda, teniendo en cuenta los factores de carga de trabajo, en $5,96 \pm 2,41$, motivación intrínseca $7,41 \pm 1,64$ y apoyo directivo $4,55 \pm 2,49$. Los ítems con puntuaciones más altas fueron «mi trabajo es importante para la vida de otras personas» $9,44 \pm 0,89$ y «estoy capacitado para hacer mi trabajo actual» $9,28 \pm 1,23$, por el contrario los ítems con puntuaciones más bajas fueron «conflictos con otras personas» $2,54 \pm 2,23$ posibilidad de promoción $3,04 \pm 2,27$ y «satisfacción con el sueldo» $3,36 \pm 2,54$. La percepción de la CVP es significativamente peor entre el personal auxiliar que el de enfermería ($p < 0,05$).

Conclusiones: Las percepciones de calidad de vida profesional que tienen nuestros profesionales es media baja: presentan una alta motivación intrínseca pero sin embargo; perciben un medio-bajo apoyo directivo en un ambiente que necesita afrontar altas cargas de trabajo.

CARACTERÍSTICAS PSICOMÉTRICAS DE UN NUEVO INSTRUMENTO PARA EVALUAR EL SENTIMIENTO DE SOLEDAD DE LAS PERSONAS MAYORES

M.P. Castro Blanco

U. País Vasco - Programa de Mayores de Cáritas Bizkaia - U. Deusto -Basauri

El objetivo de esta investigación es la comprobación de la estructura, fiabilidad y validez de un nuevo instrumento creado para evaluar la soledad de la población mayor de nuestro entorno sociocultural. Se trata de una escala de 20 ítems que trata de valorar el nivel de soledad que siente cada persona y, a la vez, qué dimensión o tipo de soledad experimenta en mayor medida. El cuestionario, junto con otras pruebas necesarias para su validación, fue aplicado a una muestra de 362 personas mayores de 60 años y/o pensionistas de la comarca vizcaína del Duranguesado. Esta muestra está formada por personas autónomas, que no viven en residencia, que acudieron libremente a participar en el estudio, y que presentan características sociodemográficas diversas: edad (hasta los 92 años), ambiente (rural y urbano), procedencia (autóctonas e inmigrantes), lengua de uso habitual (euskara, castellano u otras...). Esta heterogeneidad facilita la generalización de los resultados y del uso de la escala. Seis meses más tarde el cuestionario fue aplicado de nuevo a la mayor parte de la misma muestra. Los resultados indican que la escala evalúa tres dimensiones de la soledad relevantes para las personas de más edad: una hace referencia al hecho de estar o no acompañado, esto es, a la dimensión más «objetiva» de la soledad; otra a la disponibilidad de personas en las que confiar y a las que recurrir en situaciones difíciles o problemáticas, y la tercera a la satisfacción con las relaciones que se tienen. Tanto la escala en su conjunto como cada una de las subescalas presentan índices de fiabilidad altos en las dos aplicaciones. Por otra parte, se llevaron a cabo diferentes análisis que apoyan la validez convergente, de constructo (concurrente y divergente) y predictiva del instrumento. Podemos afirmar que la nueva escala es un instrumento válido, adecuado y específico para las personas mayores de nuestro contexto cultural. Además, es una herramienta útil no sólo para valorar el sentimiento de soledad en general sino también para estudiar aspectos cualitativos del mismo, que pueden ayudar a entender cada vez mejor esta experiencia humana cada día más frecuente y que tanto afecta a las personas mayores.

Palabras clave: Sentimiento de Soledad. – Instrumentos de evaluación.

LA MOVILIDAD RESIDENCIAL DE AMENIDAD EN LOS MAYORES: ¿UNA ESTRATEGIA PARA AUMENTAR LA CALIDAD DE VIDA?

R. Lardies Bosque

Instituto de Economía y Geografía (IEG), Madrid.

Introducción y objetivos: Mejorar las condiciones de vida de las personas mayores se ha convertido en un reto para los gestores de los servicios y equipamientos públicos, y en un asunto de gran interés para los académicos e investigadores. Junto a esto, las personas de más edad cada vez viven más años, en mejores condiciones económicas y materiales, lo cual permite viajar y cambiar de lugar de residencia, y comprender el aumento de la movilidad de este colectivo. Sin embargo, pocos estudios han tratado de investigar de qué manera la movilidad geográfica y, en otros casos, la migración (temporal o definitiva) de la población mayor, contribuye a mejorar los distintos aspectos

de la vida de estas personas desde un enfoque global de la Calidad de Vida (V este contexto, con esta aportación se pretende relacionar el envejecimiento de la población, la CdV - satisfacción de vida de los mayores - y la movilidad residencial -migraciones -, para determinar qué elementos de la CdV están en la base de la movilidad en personas de más edad y cómo la movilidad influye en la percepción global de la CdV. El objetivo es conocer qué supone la movilidad residencial en las personas jubiladas y cómo influye en los distintos ámbitos/dimensiones de su vida. Se analizará cómo se han modificado sus condiciones de vida y del entorno, los cambios habidos en la satisfacción con cada uno de los ámbitos de su vida, para intentar comprender el significado del traslado residencial en la CdV de esta población.

Método: La metodología utilizada será cualitativa, y los resultados se obtienen de la realización de entrevistas en profundidad a personas que han desarrollado movilidad tras su jubilación, en concreto desde la ciudad de Madrid hacia otros lugares de España (zonas periurbanas, rurales, costeras, o al lugar de origen-nacimiento).

Resultados y conclusiones: Diversos factores se revelan como impulsores de la movilidad residencial en la población mayor, siendo los de tipo familiar, económico, pero también ambiental (en relación a la vida en una gran ciudad: ruido, contaminación, etc) los de mayor importancia. En función de esas motivaciones, de las diversas características de los entrevistados, y de la distancia entre Madrid y el lugar de destino, se desarrollan distintas pautas de movilidad. Esos factores están también detrás de la mayor o menor satisfacción que produce la movilidad, aunque la familia y el estado civil, el clima y las características del lugar de destino, además de la distancia entre Madrid y la residencia secundaria aparecen como determinantes en la consideración subjetiva de la mayor o menor CdV.

EL RETIRO DE EXTRANJEROS EN ESPAÑA Y MÉXICO: EN BÚSQUEDA DE MEJORES CONDICIONES DE VIDA

R. Lardies Bosque

Instituto de Economía y Geografía (IEG), Madrid.

Introducción: El aumento de la movilidad y de las migraciones de los jubilados es un rasgo creciente en numerosos países, y la presencia de inmigrantes de más edad llegados del extranjero es una característica muy notoria en España pero también en otros países no europeos como en México. Se trata de individuos próximos a la jubilación o recién jubilados que se mueven como parte del proceso de salida de la etapa activa; entre las causas de su traslado residencial están las de tipo climático-ambiental, pero también son una derivación del turismo (Williams et al, 2000). Por tanto, este tipo de movilidad puede considerarse y contemplarse como una opción maximizadora de su bienestar y su calidad de vida (Bowling et al, 2002; Fernández-Mayoralas et al, 2003). En ambos países está aumentando el número de jubilados extranjeros en busca de mejores condiciones de vida durante su retiro, lo cual ha dado lugar a concentraciones importantes en determinadas zonas. Se trata de un rasgo creciente en ambos países y todo apunta a que se trata de un fenómeno cuya importancia seguirá aumentando (Escobar et al, 1999).

Objetivos: La movilidad de personas mayores es un tema que cada vez atrae la atención de más estudiosos, pero raramente los trabajos se hacen con perspectiva comparada. Con esta aportación se pretende analizar un fenómeno creciente en España y México, presentando algunos rasgos de este fenómeno como su evolución temporal, algunas características sociodemográficas (edad, sexo, estado civil...) y motivaciones para la movilidad de estos inmigrantes; también se analizarán otros aspectos geográficos de su desplazamiento, sobre todo en relación a sus lugares de origen, destino y cuestiones relativas a su distribución territorial.

Datos y métodos: Para la realización del póster se cuenta con información oficial ofrecida por los organismos estadísticos de ambos países (INE e INEGI, además de CONAPO en México). Se trata fundamentalmente de información procedente de los Censos de Población (y Padrones Municipales de Habitantes en España), que será presentada con ayuda de material gráfico y cartográfico.

Resultados: Los resultados revelan ciertas similitudes entre ambos países en cuanto a la velocidad de crecimiento del fenómeno y su distribución territorial en el espacio (tendencia a la concentración en pocas provincias españolas y estados mexicanos), aunque diferencias respecto al volumen total de retirados. También el fenómeno es similar respecto a los hábitos, formas de vida e integración en la sociedad de destino que tienen este tipo de inmigrantes de más edad.

Conclusiones: España es uno de los países preferidos del mundo para el retiro de extranjeros de más edad. Resulta interesante extender el estudio de este fenómeno a otros países e intercambiar experiencias, para favorecer la toma de decisiones sobre la planificación de equipamientos e infraestructuras en las zonas de destino de esta inmigración. Todavía queda por profundizar en el estudio (comparado) de los múltiples impactos que estos retirados generan, y su contribución al desarrollo socioeconómico y territorial de los destinos.

EL RETORNO DE PERSONAS MAYORES A ESPAÑA DESDE EL EXTRANJERO

R. Lardies Bosque

Instituto de Economía y Geografía (IEG), Madrid.

Introducción: En España se han producido numerosos cambios en las últimas décadas, y de ser un país básicamente de emigración se ha convertido en destino para muchos emigrantes. Junto a los nuevos inmigrantes, muchas provincias españolas están recibiendo retornados bien desde otros países a los que años atrás emigraron, o bien desde otras provincias españolas. El retorno desde el extranjero es un fenómeno derivado de la antigua emigración española, cuyos flujos tuvieron su máxima fuerza entre 1950 y 1975. Se trata de un fenómeno que comenzó en los años 70 y se debió fundamentalmente a la crisis del petróleo y a las positivas transformaciones que la economía española empezaba a experimentar. El retorno ha sido un tema escasamente estudiado en España. Algunos trabajos han analizado recientemente estos flujos en determinadas regiones españolas, pero básicamente los procedentes del interior del país. Sin embargo, no existen trabajos referidos a las personas mayores que han retornaido desde el extranjero, y en los que se realicen análisis comparados de las dimensiones regional y demográfica.

Objetivos: El objetivo de este póster es analizar el retorno de personas mayores desde el extranjero a España en el período 1988-2004. Ello conlleva, primeramente, conocer la estructura demográfica y algunas características de los retornados como su sexo, edad y estado civil. Segundo, estudiar la evolución e intensidad de los flujos de retorno en relación con sus lugares de origen y de destino; por tanto, se prestará especial atención a aspectos geográficos como la distribución regional y provincial, y al impacto demográfico de los retornados en la población local. Esta información se presentará con ayuda de diverso material gráfico y cartográfico.

Datos y métodos: Para la realización de este póster se utilizarán microdatos anónimos procedentes de la Estadística de Variaciones Residenciales (EVR) del período 1988-2004. Esta fuente contiene las altas y bajas residenciales anuales y es ofrecida por el Instituto Nacional de Estadística (INE). Se establecen 3 tipos de retornos, en función de si se produce al mismo municipio de origen (1), o a otros municipios de la misma provincia (2), o a otra provincia pero dentro de la misma Comunidad Autónoma (3).

Resultados: Lo más llamativo, metodológicamente, es la falta de fiabilidad de la fuente utilizada, así como los muchos errores y problemas a que su uso da lugar. Al margen de ello, las personas de más edad que retornan a España constituyen un volumen notable, que aumenta en el tiempo, y que se dirige a determinadas regiones españolas (las que en su día fueron de emigrantes). Pero el retorno no siempre se produce al mismo municipio de origen, sino que se prefieren ciudades de mayor tamaño.

Conclusiones: Con este póster queremos presentar una "radiografía numérica" y cuantitativa, de los retornos de personas mayores desde el extranjero. Sin duda, ese punto de vista es importante (la cuantificación), pero quedan otros muchos aspectos que estudiar, más en la línea de lo cualitativo: cómo vienen y en qué condiciones, cómo se integran, cuáles son sus aspiraciones, cómo se plantean la vejez en España, etc. Son temas que quedan pendientes, pero que deberían ser una continuación en esta investigación.

VALORES DE LA ORDEN DE SAN JUAN DE DIOS APLICADOS A LA ASISTENCIA SOCIOSANITARIA

E. Serra Aubanell, M. Urrea, C. Rodríguez, R. Argudo, I. Moliz y J. Cayetano

Sant Joan de Déu Serveis Sociosanitaris, Espugues de Llobregat, Barcelona.

Objetivo: Que las personas reciban cuidados de calidad, de acuerdo con la filosofía y valores de la Institución.

Material y métodos: Revisión de procedimientos de trabajo, contenidos de reuniones del equipo interdisciplinar (actas). Entrevistas a profesionales, encuesta a residentes *Conceptos*: Hospitalidad, Expresión fundamental, estilo central de la filosofía, patrimonio cultural y espíritu de la Orden. Valor esencial, principio fundamental, virtud Principal. La hospitalidad acoge/respeta la dignidad de la persona. Centro de gestión privada, asistencia pública, dispone de convalecencia, larga estada y hospital de día. Respecto Valorar a los demás, considerar sus decisiones, dignidad. Conservamos la máxima autonomía del paciente, mantenemos/mejoramos AVD, respetamos la Integridad Personal, dialogo con el paciente, recepción de inquietudes / temores / sugerencias. Creamos ambiente de seguridad, cordialidad, integridad, respetamos la vida humana, los derechos del enfermo. Profesionalidad crecimiento íntegro de la persona, así como la institución y los fines que persigue. Contamos con personal experto, formación continuada. Reuniones interdisciplinares, toma de decisiones consensuadas. Motivación, compromiso, protocolos, guías médicas, indicadores. Acogida proteger, amparar, favorecer, refugiar. Recibimos al paciente a su llegada al centro por la coordinadora asistencial, enfermería, auxiliares, médico. Presentación del paciente al equipo. Entrevista con cuidadores principales. Informamos de situación de salud a la familia/cuidadores. Evaluación, valoración interdisciplinar al ingreso al Hospital de día. Escuchamos/prestamos una actitud de servicio. Solidaridad experiencia común de sujetos que surge a partir del apoyo que ofrece cada uno y aportación en relación de interdependencia. Atendemos al paciente psiquiátrico permanentemente institucionalizado, mantenemos las costumbres/ tradiciones de su vida antes de su institucionalización. Respetar su forma de pensar/valores/condición actual.

Conclusiones: Los valores están presentes en nuestro trabajo diario, son nuestra identidad e identifican nuestro propio estilo asistencial.

SESIÓN INTEGRAL: DINÁMICAS DEL BIENESTAR FÍSICO Y PSICOLÓGICO

C. Fuster Bennàssar, S.J. Browne Oliver, J. Moyá Borrás y J. Moyá Cañellas

Ajuntament de Marratxí, Marratxí, Palma de Mallorca.

Objetivos: Unificar dinámicas de movimiento corporal y trabajo cognitivo. Introducir aspectos lúdicos en el trabajo físico y cognitivo (romper la rutina). Fomentar la actitud activa y participativa de las personas mayores del municipio. Potenciar el protagonismo social, la convivencia y la relación social. Revisar los hábitos de la vida diaria con el fin de mejorar los beneficios físicos y el bienestar psicológico. Promocionar el aula de mayores dentro de los grupos de gimnasia y viceversa.

Método: Colectivo: personas mayores de Marratxí pertenecientes a alguna de las 9 asociaciones del municipio y que realizan habitualmente la actividad de gimnasia o aula de mayores. Sesión integral: durante una semana se unen, en una sesión conjunta, ambas actividades. Método: uso de dinámicas basadas en juegos, actividades de movimiento, expresión corporal, introspección que se alternan con espacios utilizados para reflexionar sobre los temas planteados. Al finalizar la sesión se pasa un cuestionario de valoración de la actividad. Se han realizado 4 experiencias de «sesión integral». La 1ª durante el curso 2004/05, la 2ª y la 3ª en el curso 2005/06 y la 4ª en el año en curso. Las sesiones han durado dos horas por grupo, excepto la última experiencia en la que se realizaron 2 sesiones de 1 hora.

Resultados: Participación: unas 120 personas, en 7 grupos, el 85% son mujeres. Se cumplen los objetivos propuestos ya que las dinámicas que componen las sesiones reúnen las siguientes condiciones: - implican actividad física y mental - se basan en el juego - estimulan el conocimiento personal - incrementan el contacto físico - mejoran las relaciones interpersonales - aumentan la autoestima - mejoran hábitos. El mero hecho de introducir la sesión implica romper con la rutina. Los participantes se muestran gratamente satisfechos y repiten la experiencia. 12 participantes de Gimnasia se han incorporado posteriormente al Aula de Mayores, y 7 a la inversa.

Conclusiones: La sesión integral ha conseguido con éxito los objetivos propuestos. Las personas mayores que participan en ella responden favorablemente y con gran calidad a los planteamientos lúdicos y a las dinámicas de expresión corporal, con contacto físico y con manifestaciones de sentimientos propios e íntimos. Expresan sentirse muy satisfechos con la experiencia y cada sesión resulta más gratificante.

EFFECTIVIDAD DE LA ESTIMULACIÓN COGNITIVA SOBRE LA MEMORIA VERBAL DE FIJACIÓN EN PACIENTES INGRESADOS EN UN HOSPITAL DE DÍA PSICOGERIÁTRICO

J.I. Benages Navarro, X. Soria Badia, E. Bruix Olive, R. Garcia, R. Rorueco y C. De la Haba
Centro Socio Sanitario Palau, Barcelona.

Objetivos: Valorar la influencia de la colaboración de los pacientes en la estimulación cognitiva para el mantenimiento de la Memoria Verbal de Fijación.

Método: Al ingreso a través de una historia clínica se recoge la edad, sexo, nivel de escolaridad, tipo de deterioro del paciente. Se valora el grado de deterioro mediante la GDS (Escala Global de Deterioro). La muestra la componen 58 pacientes a los que se les realiza el test RAVLT (Rey Auditive Verbal Learning Test) al ingreso y a los 6-9 meses. A 17 de ellos se les realiza una 3ª valoración al cabo de otros 6-9 meses. Posteriormente tres miembros del equipo deciden si el paciente ha colaborado adecuadamente en la terapia cognitiva.

Resultados: El 67% son mujeres. La media de edad es 79 años. El 57% tiene escolaridad lectoescritura y el 31% estudios primarios. Según el GDS el 73% de los pacientes presenta deterioro cognitivo leve-moderado. El 42% son deterioros de tipo vascular, el 29% mixto y el 19% Alzheimer. El 67% son colaboradores en su terapia. Entre el ingreso y los 2 controles hay disminución significativa ($p = 0,03$ y $0,048$) en los resultados del RAVLT en todos los pacientes. No hay diferencia significativa entre el 1º y 2º control ($p = 0,807$). Entre los colaboradores no hay diferencias significativas a lo largo del tiempo. Los no colaboradores si que presentan diferencias significativas en deterioro del rendimiento entre el ingreso y el primer control ($p = 0,04$).

Conclusión: La estimulación cognitiva en pacientes con deterioro y colaboradores ha demostrado ser positiva ya que mantiene su memoria verbal de fijación sin cambios.

DEPENDENCIA Y CONDICIONES SOCIALES EN PERSONAS MAYORES DE 70 AÑOS DE UN ÁREA METROPOLITANA DE BARCELONA

R.M. López Pisa¹, E. Hernández Fabà¹, C. Fuentelsaz Gallego² y D. Ruiz Jiménez¹

¹ABS La Gavarra, Cornellà de Llobregat, Barcelona, ²Hospital Vall D'Hebron, Barcelona.

Objetivos: Identificar el nivel de dependencia básica e instrumental, y las condiciones sociales de personas mayores de 70 de un área básica de salud de Barcelona. Conocer la relación entre la dependencia básica y la instrumental con las condiciones sociales, según grupos de edad y género.

Método: Diseño observacional, analítico y transversal, realizado en el Área Básica de Salud (ABS) de La Gavarra (Cornellà de Llobregat, Barcelona). Se realizó de Junio de 2001 a Diciembre de 2002. Se atendía a una población de 14.426 habitantes, de los cuales 1562 eran mayores de 70 años. Se incluyeron de manera aleatoria, tras el cálculo del tamaño de la muestra, 315 personas, que debían haber sido visitadas en el centro o domicilio al menos una vez en el último año, residir habitualmente en el ABS Gavarra (más de 6 meses). Se excluyeron por cambio de domicilio, negativa a participar o padecer enfermedad terminal. Variables: Autonomía instrumental para las actividades de la vida diaria (AVDI) evaluada con el Índice de Lawton y Brody; autonomía básica para las actividades de la vida diaria (AVDB) evaluada con el Índice de Barthel; y condiciones sociales: relación, disponibilidad y apoyo familiar, vivienda. Se recogió la información de la historia clínica informatizada OMI-AP® y del protocolo de entrevista enfermera.

Resultados: Se recogió información de 283 personas, con una edad media de 79 años (DE = 6) y la mayoría mujeres (180). Eran autónomas para las AVDI 75 de 269 (28%) y 237 de 283 (84%) lo eran para las AVDB. Vivían solas 54 (19%), 63 (25%) no tenía la vivienda adecuada, la mayoría tenían relaciones familiares satisfactorias (228). En el 75% (182) de los casos la familia tenía disponibilidad y podía asumir los cuidados sin ayuda. Hay una relación entre las AVDI y las AVDB y algunas condiciones sociales, aunque las diferencias no son estadísticamente significativas: la mayoría de las personas dependientes para ambas AVD tienen alguien que les cuide y viven en familia con la que tienen relaciones satisfactorias.

Conclusiones: Los resultados coinciden con los de la bibliografía en que las mujeres de más de 85 años son más dependientes que los

hombres, aunque el número de dependientes no ha resultado ser muy elevado. Las parejas o hijos son los cuidadores principales de las personas dependientes en esta población.

ESTUDIO PILOTO: ESTIMULACIÓN DE LA MEMORIA VISUAL EN LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER CON TALLERES DE TANGRAM Y LÁMINAS.

M. Parcerisa García, M. Blanco y F. Castanyer
Residencia Ballesol, Barcelona.

Objetivo general: Valorar la eficacia del material adaptado del juego del Tangram como herramienta psicoestimulativa para enfermos de Alzheimer con un deterioro leve-moderado GDS 4 durante doce sesiones de aplicación.

Objetivo específicos: Incrementar los rendimientos en memoria visual, atención y funciones visoperceptiva, visoespacial y visoconstructiva tras la exposición al taller de Tangram.

Método: Se desarrolló un diseño quasi-experimental de tipo pretest-posttest, con grupo control. La muestra es de 6 sujetos que asistían 3 veces por semana a los talleres de Tangram o estimulación cognitiva de 45 minutos durante 4 semanas. La variable independiente es el programa de estimulación de Tangram. La variable dependiente es la puntuación obtenida en la exploración neuropsicológica. El procedimiento aplicado al grupo experimental se dividió en 8 niveles donde se aumentaba paulatinamente la dificultad de la tarea. Las siete piezas del Tangram fueron pintadas de distinto color para facilitar mejor su reconocimiento y recuerdo. Se realizó el diseño de las láminas con los tamaños reales de las piezas del juego. Se diseñaron 3 tipos de láminas para ser aplicadas en los 8 niveles. Dos láminas en blanco y negro, una con las líneas divisorias de las piezas para realizar la figura y una segunda sólo con la silueta negra. La tercera en color marcando los colores de las figuras. El grupo control fue sometido al mismo número de sesiones de estimulación cognitiva estándar.

Resultados: Los resultados obtenidos indican un leve beneficio cognitivo general para el grupo Tangram en relación con el grupo control. En el análisis descriptivo de las puntuaciones obtenidas en memoria Visual (inmediata y diferida) objetivaban una disminución en las medias de ambos grupos, destacándose un decremento menor en el grupo experimental. El análisis estadístico de datos intra e intergrupo no muestra ningún dato significativo. En ambos grupos se aprecian mejoras en las funciones visoperceptivas, visoespaciales y visoconstructivas, siendo mayores en el grupo Tangram.

Conclusiones: La creación de las láminas facilita el recuerdo de las figuras. Es necesario remarcar la posible aplicación del taller con otros grupos de estudio con patologías discapacitantes. La validez de los resultados está estrechamente condicionada por el tamaño de la muestra N = 8. En resumen, sería necesario para valorar la eficacia de este material ampliar el tamaño de la muestra en futuros estudios.

NIVEL DE AUTONOMÍA EN LA VIDA DIARIA Y PLASTICIDAD COGNITIVA EN LA VEJEZ

M.D. Calero García, I. Torres Carbonell, E. Navarro González, A. López Pérez-Díaz y L. Gómez Ceballos
Universidad de Granada.

Introducción: En la actualidad, existen evidencia de que un estilo de vida activo caracterizado por la realización de actividades intelectuales, educativas y sociales – entre otras- se asocia a un menor riesgo de declive cognitivo y de demencia (Scarmeas y Stern, 2003). Una de las hipótesis que se han propuesto para explicar esta asociación es el concepto de plasticidad cognitiva que estaría presente en las personas con un estilo de vida activo y que les permitiría hacer frente a un mayor grado de daño cerebral (Stern, 2003). A parte del tipo de actividad antes mencionado, las actividades de la vida diaria (AVD) – entendidas éstas como aquellas conductas que una persona realiza a diario y que le permiten vivir de forma autónoma – son una de las variables consideradas como indicadoras de dependencia-independencia en la vejez y asociadas al deterioro cognitivo y físico. No obstante, aún no se ha estudiado la relación entre las AVD y la plasticidad cognitiva en la vejez.

Objetivo: El objetivo de esta investigación ha sido analizar la relación entre el nivel de autonomía en la vida diaria y la plasticidad cognitiva en la vejez. **Método:** En la investigación han participado un total de 70 personas de entre 60 y 90 años que han sido evaluadas

con diversas escalas de actividad en la vida diaria y con dos pruebas de evaluación de la plasticidad cognitiva (AVLT-PA, Wiedl et al, 1999; y Test de Posiciones, Calero y Navarro, 2003).

Resultados: Los resultados encontrados señalan la relación entre nivel de independencia y plasticidad de tal manera que aquellas personas que muestran un mayor grado de autonomía presentan a su vez una mayor plasticidad cognitiva. **Conclusiones:** los datos obtenidos señalan la importancia de la plasticidad cognitiva como variable asociada al nivel de independencia y de actividad en la vejez.

OLVIDOS, MEMORIA Y APRENDIZAJE EN DIFERENTES ETAPAS DE LA VEJEZ

M.D. Calero García, E. Navarro González, I. Torres Carbonell, L. Gómez Ceballos y A. López Pérez-Díaz
Universidad de Granada.

Introducción: La importancia de estudio de la memoria en geriatría y gerontología ha ido aumentando considerablemente en los últimos años, tanto por su inclusión como indicador relevante del deterioro cognitivo (ver conceptualización del D.C.L en Petersen y col. 2000/02/03) como por su consideración de variable preclínica en algunos estudios dirigidos al diagnóstico precoz de la demencia (Backman y col. 2001/02). Sin embargo diferentes trabajos han puesto de manifiesto que no todas las facetas ni ti pos de memoria se ven afectados del mismo modo ni en el mismo grado por el envejecimiento (Rösler et al 2003; Gunten y col. 2006).

Objetivos: El trabajo que se presenta se dirige a establecer perfiles diferenciales en memoria asociados a la edad con el fin de fijar criterios que sirvan para diferenciar los olvidos o perdidas de memoria que pueden deberse al envejecimiento con las perdidas patológicas de memoria, de tal modo que se disponga de normas precisas de diagnóstico del deterioro cognitivo.

Método: En esta investigación han participado 150 personas de 60 a 100 años que han sido evaluadas con una batería formada por diferentes pruebas de memoria: cotidiana, procedimental, visual, espacial, inmediata, de trabajo, de olvidos y de aprendizaje en tareas de memoria.

Resultados: Los resultados apoyan nuestra hipótesis y confirman la posibilidad de trazar perfiles diferenciales de ejecución en memoria asociados a la edad.

PROGRAMA DE FORMACIÓN DE MAYORES

DE LA UNIVERSIDAD DE SANTIAGO DE COMPOSTELA: «PORQUE EL CONOCIMIENTO NO ENVEJECE»

M. Antelo Martelo, A. Rodríguez Martínez, B. Gómez Vázquez, M. Varela González, A.M. Cal Crespo y J.M. Mayán Santos
Dpto. Enfermería. Postgrado en Gerontología Social Escuela Universitaria de Enfermería Universidad de Santiago de Compostela.

Introducción: La Universidad de Santiago de Compostela puso en marcha en el curso académico 1997-98 un programa formativo dirigido a las personas mayores de 55 años, con independencia del nivel de estudios alcanzado, que se denominó «IV Ciclo Universitario. Formación de Mayores»; subrayando el protagonismo de las personas mayores, e intentando relacionar y ampliar la oferta de estudios universitarios, con criterio interdisciplinar y en consonancia con principios que inspira la educación continuada, como experiencia global que se desarrolla a lo largo de la vida de cada individuo.

Objetivos: Extender la Universidad al colectivo de las personas mayores, es decir, abrir las puertas de nuestra Universidad a la toda la sociedad, sobre todo teniendo presente que nuestros mayores no pudieron acceder a ella en muchos casos por falta de recursos y no por falta de cualidades intelectuales.

Material y métodos: Para analizar esta evolución, nos c entraremos fundamentalmente en dos variables que creemos básicas, la evolución en el número de alumnos matriculados a lo largo de los años en los que se viene impartiendo el programa y en las deserciones o mortalidad de estos alumnos mayores.

Resultados: El aumento de personas que se matrículan en el IV Ciclo es continuo. La mortalidad en estos estudios, es decir, el número de alumnos que dejan los estudios, es el normal e incluso podría afirmarse que es bajo, teniendo en cuenta la edad y la procedencia de estos alumnos. Progresivo aumento de las mujeres que se matrículan en este programa. La mayoría de los alumnos matriculados, lo ha-

cen, no tanto por la información publicitaria que realiza la Universidad de Santiago de Compostela, sino que esta es consecuencia, básicamente, de los comentarios que realizan tanto los alumnos como los profesores con las personas mayores de su entorno, que provoca que en estos círculos el prestigio de este programa universitario de formación de mayores sea muy alto.

Conclusión: Se puede afirmar que se da un alto grado de cumplimiento de los objetivos que se establecieron con la creación y durante el desarrollo del programa, lo que viene a demostrar que el conocimiento no envejece.

ASPECTOS PSICOSOCIALES DE LA VIOLENCIA EN NUESTROS MAYORES.

M. Antelo Martelo, M. Fernandez Prieto, M. Lens Villaverde, S. Rios Pérez, B. Gómez Vázquez y J.M. Mayan Sa

Departamento Enfermería. Postgrado en Gerontología Social - Santiago de Compostela.

Introducción: El concepto de maltrato en el anciano incluye el abuso físico, psíquico, sexual y económico, aunque el más frecuente es el maltrato por negligencia, es decir, el causado por omisiones en la dispensación de cuidados que requiere el mayor. Un 5% de los ancianos españoles sufre algún tipo de maltrato que no son denunciados por depender de su agresor. Dado el progresivo envejecimiento de la población que implica más patologías, más dependencia y más necesidades de cuidador se prevé que este problema aumente en los próximos años. Los expertos afirman que este problema se observa en todas las clases sociales y en todos los niveles socioeconómicos. El estudio del maltrato al anciano en nuestro país es relativamente reciente y todavía no existen datos concluyentes en este campo.

Objetivos: Demostrar la existencia de malos tratos en el anciano como un hecho presente en la sociedad actual. Concienciar a la sociedad e intervenir en los casos en los que se sospeche de la existencia del problema.

Material y métodos: Revisión bibliográfica en bases de datos, revisiones científicas sobre investigaciones en este campo y medios de comunicación.

Resultados: La revisión llevada a cabo de los diferentes trabajos indica que los causantes de los malos tratos son principalmente cónyuges e hijos. Las formas más frecuentes de maltrato son, por este orden, negligencia, maltrato psicológico y físico. No debemos obviar que también existe el maltrato económico y sexual. En cuanto al perfil del maltratador suelen ser individuos que presentan estres generado por la atención al anciano dependiente, alteraciones psicológicas, historia previa de violencia doméstica, ambiente familiar perturbado por causas externas, convivir en el mismo domicilio, dependencia económica de la víctima y falta de apoyo familiar y social. Con respecto al perfil de la víctima suelen ser personas ancianas dependiente para las actividades de la vida diaria, de edad avanzada, con trastornos cognitivo y/o discapacidades funcionales.

Es importante tener en cuenta los malos tratos que se producen en los medios institucionales de los que solamente se tiene conocimiento de ellos cuando salen a los medios de comunicación.

Conclusiones: Existe la necesidad de valorar las circunstancias personales, familiares y sociales que rodean al anciano maltratado, incluyendo el entorno doméstico y las instituciones públicas. Además consideramos prioritaria la creación de programas de prevención así como la preparación de los profesionales para la detección precoz de malos tratos

SALUD Y OCIO DEL ALUMNADO MAYOR DEL AULA DE LA EXPERIENCIA DE LA UNIVERSIDAD DE SEVILLA

C. Fernández Portero¹ y M. Velásquez Clavijo²

¹Universidad Pablo de Olavide, Sevilla, ²Universidad Hispalense de Sevilla.

Este estudio se ha centrado en la influencia que la participación en el Programa del Aula de la Experiencia tiene sobre la salud y el ocio del alumnado mayor. El principal objetivo es analizar la relación entre la salud del alumnado mayor y las actividades de ocio que realizan. Los datos se obtuvieron de un estudio longitudinal de 147 alumnos de más de 55 años del Programa Universitario de Mayores

de la Universidad de Sevilla. Los instrumentos utilizados han sido el Cuestionario de Salud General (GHQ-28) de Goldberg y Williams (1987) y el Cuestionario de ocio y tiempo libre diseñado para identificar las principales actividades de ocio del alumnado mayor. La aplicación de los mismos ha sido colectiva. La hipótesis de partida era que los mayores que pertenecían al programa tendrían, como consecuencia de su participación en el mismo, mayor salud y que las actividades de ocio influirían de forma positiva en ella. Los resultados constataron la influencia del ocio en el nivel de salud del alumnado. El análisis comparativo de la salud con el ocio nos indica que sienten mejor quienes realizan actividades de ocio frente a los que no lo hacen. Entre las actividades de ocio que realizan los mayores antes de entrar en el programa destaca: ver la televisión, escuchar la radio y pasear. En el tiempo 2 se observa como aumenta el nivel de salud. Cabe destacar también el aumento de las puntuaciones entre el T1 y T2 de los sujetos que realizan actividades de ocio, y de los que no las realizan. Estas diferencias son estadísticamente significativas. En un análisis comparativo de la mejoría experimentada entre los que realizan actividades de ocio y los que no las realizan, podemos observar que los que no realizan actividades de ocio se ven más beneficiados que los que las realizan. Las actividades que más aumentan en el tiempo 2 son: la asistencia a conferencias, a centros culturales, hacer deporte, ir al teatro, ir de viaje o de visita a museos y exposiciones. Así podemos concluir que los niveles de salud del alumnado mayor se ven incrementados en aquellos que antes de entrar en el programa formativo ya realizaban actividades de ocio. En el T2 estas puntuaciones mejoran sobre todo en aquellos que realizaban menos actividades de ocio al entrar en el programa. Mejora generalizada que se podría explicar por la participación de los mayores en el Aula.

«COMO MANTENER SU BINESTAR»: PROGRAMA DE APOYO PSICOLÓGICO PARA CUIDADORES DE FAMILIARES MAYORES DEPENDIENTES

M. Crespo Lopez¹ y J. López Martinez²

¹Universidad Complutense Dpto. Psicología Clínica, Campus Somosaguas, Madrid, ²Universidad San Pablo, CEU.

Objetivos: Evaluar la eficacia del programa «Cómo mantener su bienestar» dirigido a cuidadores de familiares mayores dependientes, y que pretende mejorar la calidad de vida de estos cuidadores. Se trata de un programa de intervención psicoterapéutica ajustado a las características, problemas y necesidades de estos cuidadores, detectados en un estudio previo.

Método: Diseño experimental multigrupo (3) con medidas repetidas con 6 niveles (pre, post y seguimientos de 1,3, 6 y 12 meses) para los grupos experimentales (en los que se aplicaba el programa en formato de intervención tradicional - cara a cara, CC - y en formato de mínimo contacto terapéutico -MCT-), y 2 niveles (pre y post) para el grupo control. Las variables dependientes fueron ansiedad y depresión. La muestra constó de 91 cuidadores de familiares mayores dependientes que presentaban malestar emocional, residían en el mismo domicilio que el mayor y llevaban cuidando al menos 6 meses.

Resultados: El tratamiento, en ambos formatos consigue mejorar las condiciones emocionales de los cuidadores: al comparar sus puntuaciones post con las del grupo control aparecen diferencias significativas que no se encontraban en la evaluación inicial. Esas mejorías se mantienen en los seguimientos. Por tanto, hay una mejoría mantenida en los niveles de ansiedad y depresión de los cuidadores tras el tratamiento. Por lo que respecta a las diferencias entre ambos formatos, la intervención CC se muestra más eficaz que el MCT en las primeras evaluaciones tras la finalización del tratamiento, si bien las diferencias tienden a reducirse con el paso del tiempo. De hecho ambos formatos presentan una evolución diferente: en el CC hay una brusca reducción en el postratamiento, que tiende a mantenerse, mientras que en el MCT hay un declive paulatino.

Conclusiones: El programa Cómo mantener su bienestar es más eficaz que el no tratamiento en la mejora de la problemática emocional de los cuidadores. Cabe destacar además que la magnitud del efecto de los cambios conseguidos con la intervención es grande y que éstos se mantienen en el tiempo. Este programa constituye, pues, una buena herramienta para profesionales que trabajan en la mejora del estado emocional de los cuidadores.

INTENCIÓN DE INSTITUCIONALIZACIÓN DE UN MAYOR DEPENDIENTE EN CUIDADORES INFORMALES

J. López Martínez², M. Crespo López¹ y C. Hornillos Jerez²

¹Universidad San Pablo, CEU, ²Universidad Complutense Dpto. Psicología Clínica, Campus Somosaguas, Madrid.

Objetivos: Las personas mayores dependientes son cuidadas principalmente por cuidadores informales que en la mayoría de las ocasiones no muestran intención de institucionalizar a sus mayores. El objetivo de este estudio es estudiar los predictores de los pensamientos de institucionalización en dichos cuidadores.

Método: La muestra estuvo compuesta por 205 cuidadores informales de personas mayores dependientes. Se llevó a cabo una regresión logística de los pensamientos de institucionalización, teniendo en cuenta los siguientes bloques de variables: contextuales (e.g. edad, motivos para cuidar, relación con el mayor), relacionadas con el cuidado (e.g. diagnóstico del mayor, ayudas recibidas), de valoración (e.g. carga), recursos personales (e.g. afrontamiento, apoyo social), emocionales y físicas (e.g. ansiedad, depresión; salud percibida)

Resultados: El 55% de los cuidadores no habían tenido nunca pensamientos de institucionalización, mientras que el 45% restante sí, bien ocasionalmente (29%), bien con mucha frecuencia (16%). La probabilidad de institucionalización se relaciona significativamente con el hecho de no ser cuidador por iniciativa propia, haber empeorado la relación con el mayor, la utilización de centro de día, o de estancia temporal en residencia, y la sobrecarga.

Conclusiones: Entre las variables contextuales, parece que aquellos que cuidaban por propia iniciativa tenían menos pensamientos de institucionalización frente a aquellos que sienten que es su deber, que son la única persona que puede hacerlo o que cuidan porque nadie más quería. Entre las variables relacionadas con el cuidado, el uso de diferentes dispositivos de asistencia, tales como centros de día o estancias temporales en residencia, podría ser un estado de transición entre el cuidado en el hogar y la institucionalización. Entre las variables de valoración, se encontró que la sobrecarga del cuidador era la variable de mayor poder predictivo, mientras variables emocionales como ansiedad o depresión, o los recursos del cuidador, sorprendentemente no lo eran.

Menos de la mitad de los cuidadores que alguna vez ha pensado institucionalizar al familiar se caracterizan por una parte con una valoración de la situación como sobrecargante (tanto como para haber ya utilizado los centros de día o las estancias temporales en residencia), y por otra con una peor relación con el mayor.

ESTUDIO DE LAS CAUSAS DE BAJAS DE USUARIOS EN CENTROS DE DÍA DE PERSONAS MAYORES DEPENDIENTES (C.D.P.M.D.)

F. Gómez Alonso y B. Rodríguez Rodríguez

EVOAS-Consejería Vivienda y Bienestar Social- Principado de Asturias.

Objetivo: Conocer la causa de la baja de usuarios en el C.D.P.M.D. en razón del tipo de dependencia (física, cognitiva, ó mixta), de la edad, del sexo, y del tiempo de permanencia en el centro.

Material y métodos: Revisión de los expedientes, de historias clínicas, de enfermería, y sociales de los usuarios que causaron bajas entre Marzo de 2004 a Diciembre de 2006 en los seis C.D.P.M.D. del área de este EVOAS II.

Resultados: Hubo un total de 180 bajas: 66,11% mujeres y 33,89% varones, la mayoría de los varones comprendidos entre los 70-79 años y las mujeres entre 80-89 años. La mayoría eran dependientes por causa cognitiva (50% mujeres y 47,54% varones), seguidos de los mixtos (físicos y cognitivos) (34,43% varones y 21% mujeres) y de los físicos (29% mujeres y 18,03% varones). Se utilizaron en las valoraciones las siguientes escalas: Barthel, Lawton, GDS, MMSE, Tinetti, Norton. Las causas por bajas fueron: Ingreso en Residencia -> 47,06% mujeres y 19,67% varones; Fallecimiento -> 42,62% varones y 29,41% mujeres; Empeoramiento de su patología -> 22,95% varones y 15,97% mujeres; Inadaptación al Centro -> 6,56% varones y 4,20% mujeres; Traslado de domicilio -> 3,28% varones y 2,52% mujeres; Renuncia voluntaria -> 4,92% varones y 0,84% mujeres. La mayoría de las estancias fueron inferior es al año (38,89%), seguidas de las comprendidas entre 1-2 años (26,11%).

Conclusiones: Existe un mayor número de bajas entre las mujeres, lo cual es lógico pues representan mayor porcentaje en número de usuarios. En ambos sexos el mayor número de bajas se producen

entre los dependientes cognitivos, seguidos de los mixtos (cognitivo y físico) y por último los físicos. Por edades el mayor número de bajas corresponden a mujeres entre 80-89 años, mientras que en los hombres corresponden al grupo de 70-79 años. Predomina la estancia inferior a 1 año, seguida de la comprendida entre 1-2 años. Podríamos decir que el mayor número de bajas corresponden a mujeres entre 80-89 años, con una estancia inferior a 1 año y con deterioro cognitivo y como principal causa el ingreso en Residencia, seguido muy de cerca por fallecimiento.

USO DEL TIEMPO DE LAS PERSONAS MAYORES

E. Del Barrio Truchado

Consejo Superior de Investigaciones Científicas, Instituto de Mayores, Madrid.

Objetivos: El objetivo principal de esta investigación es conocer el uso del tiempo de las personas mayores, es decir, en qué dedican su tiempo, qué proporción de personas se dedican a una determinada actividad en un tiempo específico, cuántos mayores hacen esta u esa otra actividad y qué tiempo estimado le dedican a cada una de ellas. A partir de este objetivo general se desarrollarán los siguientes objetivos específicos: Conocer las diferencias entre los usos del tiempo de personas de diferentes grupos de edad, tomando esta variable como punto de partida de toda la investigación. La edad como predictor del uso del tiempo. Establecer una descripción de los hábitos en la vida cotidiana de la personas mayores, qué hacen expresamente los mayores con su tiempo, en qué lo emplean. Contrastar las diferencias de género entre las personas mayores y en qué consisten estas diferencias. Mostrar las contribuciones económicas y sociales que las personas mayores hacen a la sociedad fuera del mercado laboral, tales tareas como: apoyo informal, apoyo a miembros de otros hogares, trabajo voluntario, etc. Contribuir a la formulación de políticas destinadas a los mayores, en concreto mediante la estimación de la dimensión del trabajo no de mercado desarrollado por estas personas y su integración en la vida diaria.

Metodología: El método que utilizado para los logros de los objetivos establecidos es el análisis descriptivo y pormenorizado de los resultados publicados de la Encuesta de Empleo del Tiempo que fue realizada por el Instituto Nacional de Estadística durante los años 2002 y 2003, y de la que se han publicado los resultados definitivos en Julio de 2004.

Algunos resultados: Características comunes a todas las actividades son la división por género, es decir, existen unas tareas mayoritariamente realizadas por hombres y otras por mujeres que vienen marcadas habitualmente por el ámbito en el que se realizan; las mujeres practican mayoritariamente las actividades dentro del ámbito doméstico y los hombres las que les sitúa fuera del hogar. También es común la rígida estructuración del tiempo, las personas mayores tienen unos horarios muy establecidos para la realización de determinadas actividades, cada actividad tiene unas horas de realización muy concretamente delimitadas. El grupo de actividades que puede ser considerado de mayor relevancia en la vida cotidiana de las personas mayores es el trabajo doméstico y familiar. Estas actividades vinculadas al hogar y a la familia pasan a ser en la vejez las de mayor importancia ya que se constituyen como fuente de sociabilidad, autoestima, identidad o estructuración del tiempo (Pérez, 2003: 115). Además de su gran relevancia para las propias personas mayores, es necesario reseñar su gran importancia dentro de la economía informal de nuestro país. La realización de estas actividades «invisibles» es imprescindible para el sustento del sistema de Bienestar. Por otro lado, se han evidenciado las diferencias de género existentes a la hora de realizar este tipo de tareas; los hombres realizan las tareas que se consuman fuera del hogar, mientras que las mujeres se mantienen dentro del ámbito privado. Pero son, sobre todo, actividades de género femenino que restan a las mujeres de la realización de otras actividades. Es interesante de reseñar cómo estas desigualdades se mantienen con bastante fuerza en la vejez y sin embargo ninguna política pública de igualdad de oportunidades tiene en cuenta a este sector poblacional. Se dice que la vejez es tiempo de ocio y es cierto que las personas mayores, al carecer de responsabilidades de tipo laboral o formativas, pueden dedicar algo más de su tiempo a estas actividades. Las personas mayores gozan de bastante tiempo libre. Este tiempo lo invierten, entre otras cosas, siendo participes de la comunidad; las personas mayores forman el porcentaje más elevado de personas que realizan actividades de trabajo voluntario y reuniones (22,5%). En el caso de las ayudas informales a otros hogares

res se observa como existe un aumento paralelo de estas actividades y la edad, siendo las personas mayores las que las realizan en mayor porcentaje (9,9%). Nadie suele pensar que son las personas mayores las que más practican actividades deportivas y de aire libre, pero es así. Una de cada dos personas mayores practica este tipo de actividad durante más de dos horas al día. Es cierto que se realiza más entre hombres que mujeres, pero esto es evidente al tener en cuenta que es una actividad característicamente extradoméstica. Andar y caminar es la práctica deportiva mayoritaria (67,2%), y es considerada como un indicador de calidad de vida ya que tiene incidencia en el estado de ánimo, el mantenimiento de relaciones sociales, y, sin lugar a dudas, en la salud.

Conclusiones: La cotidianidad de las personas mayores es característicamente activa, las personas mayores llevan a cabo su vida diaria realizando muy variadas actividades, actividades que pueden englobarse en actividades para sí mismos, como necesidades esenciales y ocio, y actividades para y por los demás, como las actividades de participación, voluntariado o ayuda a otros hogares. La rutina de las personas mayores debe dejar de ser considerada como pasiva o inactiva ya que la realidad de estos es muy al contrario; las personas mayores son notablemente activas y deben ser consideradas como tal.

FORMA DE MORIR, EMOCIONES, Y PREFERENCIAS DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS

M.A. Ruiz Carabias¹, T. Vázquez Vázquez², A. Vázquez Vázquez³, J.L. Valiño Castedo¹, J. Valiño Castedo¹ y J. Tenjeiro Valiño¹

¹Ctx A Veiga, Lugo, ²Caser Residencial, ³Hospital A Veiro, Lugo.

Objetivos: determinar pensamientos y sentimientos de los profesionales sanitarios respecto a la muerte

Metodología: Descriptiva a través de encuesta, y cuestionario stai

Resultados: entre el 90 y el 100% de la muestra desea morir de viejo cuando la dependencia le venga sobrevenida, con sus seres queridos, en su entorno y durmiendo, experimentando sentimientos de paz, tranquilidad y felicidad, y evitando el miedo, dolor y angustia

Conclusiones: los profesionales sanitarios experimentan un mayor nivel de ansiedad ante la muerte, destacando el apoyo domiciliario como el mejor recurso en los momentos de la muerte o las unidades de muerte digna en centros institucionales en el caso de encontrarse en esta situación.

CORRELACIÓN ENTRE SITUACIÓN SOCIAL Y REINGRESOS EN UNA UNIDAD DE GERIATRÍA DE AGUDOS

I. Pineda Pérez, M.Á. Márquez Lorente, O. Sabartes Fortuna, M. Arellano Pérez, J. Gutiérrez Cebollada y A.M. Cervera Alemany Servicio de Geriatría. Hospital del Mar, Barcelona.

Objetivo: Analizar la relación entre el índice de reingresos (IR) en una unidad de geriatría de agudos (UGA) y la situación social.

Métodos: Estudio retrospectivo de la actividad de una UGA durante el 2006. Se incluyen los pacientes procedentes de domicilio y que no precisaron ingreso al alta en centro sociosanitario. Se recoge situación social medida por la Escala de Gijón abreviada (EGA), núcleo de convivencia, cuidador, intervención de trabajo social (TS) y destino al alta. Se calcula el IR al mes y a los 3 meses relacionándolos con las anteriores variables.

Resultados: Se estudiaron 503 pacientes. El núcleo de convivencia fue: hijos (42,7%), pareja (29,8%), otros familiares (6,4%), otros (2%) y viven solos (19,1%). El cuidador principal fue: cónyuge (20,7%), otro familiar (50,3%), cuidador profesional (CP) (19,5%) y no cuidador (9,5%). La estratificación de la EGA mostró riesgo social bajo en 18,3%, intermedio en 48,2% y elevado en 33,5%. TS intervino en 41,7% de los casos: información de recursos (55,7%), coordinación con SSAP (Servicios sociales de atención primaria), ABS u otras instituciones (33,3%), gestión de recurso social (5,7%) y gestión de SAUV (Servicio de atención de urgencia a la vejez) (5,2%). El IR al mes fue de 16,7% y el IR a los 3 meses de 29,4%. Ninguno de los IR se relacionó con el riesgo social, núcleo de convivencia, cuidador, intervención de TS y tipo de intervención. El ingreso en residencia mostró tendencia a un menor IR al mes que las altas a domicilio (7,7% vs 17,7%, p 0,06) consiguiendo significado estadístico a los 3 meses (13,5% vs 29,3%, p 0,01). La estratificación de riesgo social no mostró para los grupos de riesgo bajo e intermedio relación entre

los IR y núcleo de convivencia, cuidador, intervención de TS, tipo de intervención ni destino al alta. En el grupo de riesgo elevado únicamente existió relación de los IR con núcleo de convivencia y destino al alta. Así, la convivencia con los hijos presentó mayor IR al mes que la pareja, otros o los que viven solos (34% vs 14,3% vs 25% vs 12,5%, p 0,01) y a los tres meses (45,8% vs 30% vs 25% vs 19,2%, p 0,01). El ingreso en residencia mostró menor IR al mes que las altas a domicilio (5,7% vs 23,6%, p 0,01) y menor IR a los 3 meses (6,7% vs 36,1%, p 0,001).

Conclusiones: La situación social no influye en los reingresos en una UGA. El trabajo social no evita reingresos ya que la mejora de la situación social tampoco los evita. El ingreso en residencia de los pacientes con elevado riesgo social evita reingresos. En situación de elevado riesgo social los ancianos que viven solos son los que más evitan el reingreso.

ASPECTOS SOCIALES DE UNA UNIDAD GERIÁTRICA DE AGUDOS.

I. Pineda Pérez, M.Á. Márquez Lorente, M. Pi-Figueras Valls, M.I. Martínez Fernández, C. Roqueta Guillen y A.M. Cervera Alemany Servicio de Geriatría. Hospital del Mar, Barcelona.

Objetivo: Analizar los aspectos sociales de los pacientes ingresados en una unidad geriátrica de agudos (UGA) y la intervención de trabajo social (TS)

Métodos: Estudio retrospectivo de la actividad de una UGA durante el 2006. Se incluyen los pacientes procedentes de domicilio y que no precisaron ingreso al alta en centro sociosanitario. Se recoge situación funcional, valoración cognitiva, riesgo social medido por la Escala de Gijón abreviada (EGA), núcleo de convivencia, cuidador, intervención de TS y destino al alta.

Resultados: Se estudiaron 503 pacientes. La situación funcional previa fue: I. Barthel (IB): 55,9, I. Lawton (IL) 1,5 y test de Pfeiffer (TP) 5,2 errores. El IB al alta fue de 37,3. El núcleo de convivencia fue: hijos (42,7%), pareja (29,8%), otros familiares (6,4%), otros (2%) y viven solos (19,1%). El cuidador principal fue: cónyuge (20,7%), otro familiar (50,3%), cuidador profesional (CP) (19,5%) y no cuidador (9,5%). La estratificación de la EGA mostró riesgo social bajo en 18,3%, intermedio en 48,2% y elevado en 33,5%. TS intervino en 41,7% de los casos: información de recursos (55,7%), coordinación con SSAP (Servicios sociales de atención primaria), ABS u otras instituciones (33,3%), gestión de recurso social (5,7%) y gestión de SAUV (Servicio de atención de urgencia a la vejez) (5,2%). La intervención de TS se relacionó con el riesgo social: bajo (13,9%), intermedio (33,9%) y elevado (69,6%) (p < 0,0001), con el núcleo de convivencia: pareja (38%), hijos (33,5%), otros familiares (40,6%), otros (50%) y solos (65,6%) (p < 0,0001), con cuidador: cónyuge (37,5%), otro familiar (37,9%), CP (45,9%) y no cuidador (62,5%) (p 0,009), con el aumento en la puntuación del TP (6,1 vs 4,6, p 0,0002) y con el descenso en el IB al alta (33,7 vs 40, p 0,01). El tipo de intervención presentó diferencias en función del cuidador, siendo mayor la gestión de SAUV cuando no existe cuidador (20%) y la información cuando es el cónyuge u otro familiar (66,6% y 63,5%) (p 0,0001). El destino fue: domicilio (89,7%) y residencia (10,3%). El ingreso en residencia se relacionó con el riesgo social: bajo (1,2%), intermedio (5,7%) y elevado (22,2%) (p < 0,0001), con el cuidador: cónyuge (7,7%), otro familiar (8,3%), CP (13,3%) y no cuidador (20,8%) (p 0,03), con el aumento en la puntuación de TP (7,3 vs 5, p 0,0004) y con la disminución de IB al alta (26,4 vs 38,7, p 0,003)

Conclusiones: La intervención de trabajo social es necesaria dado el riesgo social de los pacientes de la UGA. El elevado riesgo social, el aumento en la puntuación del TP, el descenso en el IB al alta, el núcleo de convivencia y el cuidador principal predicen la intervención de TS y el destino al alta.

ESTIMULACIÓN COGNITIVA EN PACIENTES CON DEMENCIA

E. Guerrero Mateu, S. Martín y M. Sabatés Usero Hospital Vall D' Hebrón, Barcelona.

Introducción: La demencia es un conjunto de signos y síntomas que indican un deterioro progresivo en los procesos de pensamiento: Pérdida de memoria. Problemas de orientación. Trastornos del pensamiento. Alteraciones en el comportamiento. Dificultad para la organización y planificación. Los trastornos cognitivos son uno de los

principales problemas de las personas mayores, el deterioro global de la capacidad mental comporta una pérdida paulatina de la independencia para llevar a cabo las actividades habituales y una limitación en las relaciones interpersonales. Dado que la demencia afecta sobre todo a personas de edad avanzada los indicadores demográficos demuestran el envejecimiento progresivo de la población siendo, la demencia, un problema de gran magnitud. La estimulación cognitiva en pacientes con demencia en fase leve-inicial es un tratamiento alternativo no farmacológico que ayuda a potenciar la conservación de las habilidades todavía conservadas y proporciona mayor calidad de vida a la persona y a sus cuidadores principales.

Objetivos: Aumentar la autonomía de la persona. Reducir la aparición de los síntomas de deterioro emocional. Proporcionar una mayor calidad de vida.

Material y método: Se entiende por rehabilitación cognitiva el conjunto de procedimientos y técnicas de forma individual y grupal que tienen como objetivo alcanzar los máximos rendimientos intelectuales, la mejor adaptación familiar y social en aquellos pacientes que sufren demencia en fase inicial que se encuentran en seguimientos de Centros de Día o instituciones sociosanitarias. Entorno a la estimulación psicocognitiva nos vamos a centrar en las áreas de la estimulación auditiva, táctil y visual: Musicoterapia. Cromoterapia. Arteterapia.

Resultados: Mantenimiento de la función cognitiva y la no progresión del deterioro que se traduce en la autonomía de ciertas actividades de la vida diaria. Los instrumentos utilizados permiten al paciente obtener una mayor calidad de vida y mayor control emocional, asimismo permite una disminución de la sobrecarga y el estrés del cuidador.

Conclusiones: La estimulación cognitiva actúa como forma de prevención de la pérdida funcional así como en el mantenimiento de las habilidades residuales. No hay pruebas evidentes que demuestren la eficacia de dicha terapia ni escalas de valoración para determinar el grado de la misma. La terapia propuesta no conlleva efectos secundarios y cuenta con una buena aceptación de la persona y sus cuidadores principales.

LA COMUNICACIÓN AUMENTATIVA Y ALTERNATIVA (CAA) EN ANCIANOS CON NECESIDADES ESPECIALES DE COMUNICACIÓN.

L. Pérez del Tio, C. Larraz, P. Tejeda y C. Imbernon
Iubilate Psicólogos.

Introducción: El porcentaje de población por encima de los 65 años en España es de 17,23%, la expectativa de vida (82,31 años) es de las más altas de la unión Europea cuya media se sitúa en 78,20 años. Sabemos que la enfermedad cerebro vascular es la tercera causa de muerte en los países desarrollados y la segunda en el grupo etáreo mayores de 85 años. El 88% de los casos ocurren en personas mayores de 65 años. Una de las secuelas de los accidentes cerebro vasculares suele ser las afasias que afectan a la capacidad de paciente para comunicarse. Así mismo se dan en un porcentaje considerable otra serie de enfermedades como las degenerativas, los accidentes domésticos o de tráfico cuyas secuelas también afectan a la comunicación. En este trabajo nos vamos a centrar en la población de personas mayores que vive en residencias para mayores ya que muchas de ellas deben su ingreso en una institución a un ACV. Y además este tipo de centros nos permiten controlar las variables necesarias para llevar a cabo una intervención con un sistema de CAA. El tipo de rehabilitación que se lleva a cabo en las residencias, relativo a las necesidades complejas de comunicación, es en su mayoría de tipo logopédico tradicional. En general no se implantan sistemas de comunicación aumentativa, ni siquiera como estrategias suplementarias al trabajo de logopedia realizado regularmente.

Método: Objetivos: Implementar un sistema de CAA personalizado en tres pacientes institucionalizadas con necesidades complejas de comunicación. Pacientes: Se intervino con tres residentes mayores de 65 años que presentan diferente grado de alteración en su comunicación debidos a las secuelas producidas por un ACV.

Resultados: Teniendo en cuenta la escasa duración de la intervención realizada (6 meses) así como la frecuencia por semana de las sesiones (1 ó 2 veces), los resultados han sido lo suficientemente positivos como para continuar con esta experiencia el próximo año. Se detallarán en la presentación los «error es» cometidos por parte de todos los que de un modo u otro hemos participado así como las «soluciones» que para próximas actuaciones planteamos.

VALORACIÓN DE LAS RELACIONES SOCIALES QUE ESTABLECE UN RESIDENTE DE UN CENTRO SOCIOSANITARIO TRAS SU INGRESO

E. Trebejo y M. Morán
Centro Gerontológico Amma Oblatas, Pamplona.

Objetivo: Establecer una correlación entre el posible sentimiento de soledad que experimenta un residente de un Centro Sociosanitario y las nuevas relaciones sociales que establece en el mismo.

Método: Se ha realizado una entrevista a 69 residentes de un Centro Sociosanitario y se han recogido datos referentes al grado de satisfacción que le produce convivir con más personas de su edad, actividades grupales que realiza en el Centro y posibilidad de haber ampliado o mantenido sus relaciones amistosas desde el ingreso. Se ha establecido una correlación entre todo ello y la percepción de soledad que la persona pueda manifestar. El análisis de los datos se ha realizado mediante análisis de correspondencia. Se ha considerado un nivel de significación del 95% para establecer diferencias entre los grupos.

Resultados: El 75,36% de las personas entrevistadas afirman no sentirse solas en el Centro. Y de estas: El 51,92% afirma relacionarse con más gente de su edad desde su ingreso en el Centro. Al 84,61% le resulta agradable relacionarse con personas de su misma edad. El 48,07% afirman seguir manteniendo relaciones con sus amistades previas. El 36,53% realizan más actividades desde su ingreso. Del 24,63% de las personas que manifiestan sentirse solas: El 58,82% afirma relacionarse con más personas de su edad desde su ingreso. Al 70,58% les resulta agradable relacionarse con personas de su misma edad. El 35,29% siguen manteniendo relación con sus amistades previas. El 23,52% realizan más actividades.

Conclusión: No existen diferencias estadísticamente significativas que establezcan una correlación entre la percepción de soledad y el grado de satisfacción que les produce convivir con personas de su misma edad. Tanto a las personas que afirman sentirse solas como a las que no, les resulta muy grato convivir con personas de su misma edad. Cabe destacar que un porcentaje importante de personas, con independencia de su sentimiento de soledad, manifiestan no mantener sus relaciones amistosas previas al ingreso.

Se puede concluir que si existe una mayor correlación (aunque leve), entre las personas que afirmaron no sentirse solas y el grado de satisfacción que les produce convivir con el resto de residentes, resultando a éstos más agradable que a quienes experimentan sentimiento de soledad. También tienden a realizar más actividades en el Centro y a mantener en mayor grado sus relaciones amistosas previas al ingreso.

CAMBIOS EN LAS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LOS ANCIANOS QUE DEMANDAN E INGRESAN EN PLAZA RESIDENCIAL PÚBLICA EN ASTURIAS

F.L. Jiménez Muela¹, A. De Pablos¹, F.M. Suárez García², F. Alvarez¹ y J.J. Solano Jaurrieta³

¹Establecimientos Residenciales del Principado de Asturias, Oviedo,

²Consejería de Salud y Servicios Sanitarios del Principado, ³Hospital Monte Naranco, Oviedo.

Objetivo: Conocer los posibles cambios de las características socio demográficas registradas en la solicitud de ingreso en plaza residencial, y ver su evolución desde el año 1998 al 2006, comparándolas con las características de aquellos que efectivamente ingresan en el mismo periodo de tiempo.

Material y métodos: Se estudian mediante cortes transversales anuales las características de los ancianos, estableciendo como cortes de estudio los años 1998 (demanda n = 1.029; ingresos n = 459; nº plazas válidos n = 920; nº plazas asistidos n = 1.432) y 2006 (demanda n = 1.699; ingresos n = 954; nº plazas válidos n = 619; nº plazas asistidos n = 2.415). Se estudian variables demográficas (edad y sexo) y sociales (estado civil, tipo de plaza, motivo de la solicitud, ingresos económicos, puntuación en el baremo específico que, sobre un máximo de 200 puntos puntuaba la edad, situación clínica, tiempo de espera al ingreso, ingresos económicos y situación social).

Resultados: Incremento de la demanda 65,1%. Incremento de los ingresos 69%. Incremento nº plazas asistidos 60%. No existen diferencias estadísticas tanto para los demandantes como para los ingresados, ni a lo largo del periodo de tiempo estudiado, en las variables: edad media ($79,83 \pm 9,40$); ni en la variable sexo (mujeres

64,8%); ni en el estado civil (viudos el 45,2%). Existen diferencias a lo largo del tiempo estudiado en el motivo de la salud, tanto de la demanda como del ingreso, pasando aproximadamente del 55% al 90% de los casos. En la puntuación del baremo, la demanda se mantiene en unos 90 puntos a través del tiempo y en los ingresos pasan de 90 a 116 puntos. Los ingresos económicos pasan de 331,94 € en el 98 a 559,93 € en el 2006 con un incremento de 39 puntos sobre el IPC. El tiempo de espera pasa de 167 a 365 días. El porcentaje de asistidos que solicitan ingreso pasa del 71,3% al 80,1%, y el de los ingresados del 77,6% al 86,6%.

Conclusiones: No hay diferencias en las características demográficas. Existe un fuerte incremento tanto en la oferta como en la demanda de plazas residenciales. Existen diferencias en las características sociales, con incremento en la puntuación del ingreso y la salud como motivo fundamental de la solicitud. El tiempo de espera se incrementa a pesar del esfuerzo en la oferta. Estos resultados nos ofrecen una guía para la adecuada adaptación de la oferta pública de plazas.

DIFERENCIAS EN EL RENDIMIENTO EN LA VALORACIÓN NEUROPSICOLÓGICA ENTRE JÓVENES Y MAYORES SIN DETERIORO COGNITIVO

E. López Jiménez, B. López Ramos, J de Dios Estrella Cazalla, J.A. Vivancos Fuster, G. Paterna Mellinas y P. Abizanda Soler
Hospital Perpetuo Socorro, Albacete.

Objetivos: Analizar las diferencias en el rendimiento en una valoración neuropsicológica (VNP) entre jóvenes y mayores sin deterioro cognitivo.

Métodos: 30 mayores con edad media 74 años y con 9 años de media de escolaridad y 6 adultos jóvenes universitarios con edad media 22,5 y 16 años de escolaridad. Todos realizaron una VNP incluyendo: MMSE, test del reloj, test figuras incompletas (WAIS), memoria lógica inmediata y diferida (Weschler), reproducción visual inmediata y diferida (Weschler), Trail Making Test A y B, test de Stroop, dígitos directos e inversos (WAIS), Boston Naming Test (30 palabras), FAS semántico, VOSP, test de imitación de posturas y test de secuencias posturales (Luria). Función con Barthel, Lawton e IDDD Theunisse. GDS Yesavage. NPI. Calidad de vida con EuroQoL5.

Resultados: Puntuaciones en los diferentes test entre jóvenes y mayores respectivamente: MMSE (29,8-28; p < 0,001), reloj (10-9,4; p < 0,01), figuras incompletas (24,8-20,5; p < 0,001), memoria lógica inmediata (36,3-25,6; p < 0,01) y diferida (34,2-23,7; p < 0,01), reproducción visual inmediata (101,3-67,6; p < 0,001) y diferida (100,8-54,8; p < 0,001), TMT A (31,5-85,3; p < 0,01) y B (71,7-165,6; p < 0,001), Stroop (9,4 y -2,3; p < 0,01), dígitos directos (6,2-5,1; p < 0,05) e inversos (4,5-3,7; NS), Boston (29,3-29,9; p < 0,05), FAS (20,4-15,2; p < 0,01), VOSP (26,2-21,5; p < 0,05), imitación de posturas (4-3,9; NS) y secuencias posturales (2-1,8; p < 0,01). Barthel (100-99; NS), Lawton (8-7,1; p < 0,01), Yesavage (0,5-3,6; p < 0,001), NPI (0-0,2; NS), IDDD (33-33; NS), EuroQoL puntuación global (7-8,7; p < 0,01) y porcentaje salud (94%-72,8%; p < 0,001). Los mayores con peor MMSE (p < 0,01), Barthel (p < 0,01) y Yesavage (p < 0,001) referían peor calidad de vida.

Conclusiones: Los mayores sin deterioro cognitivo rinden mucho peor que los jóvenes en memoria y funciones ejecutivas y casi igual en lenguaje, praxias, gnosias y funciones visuoespaciales. Tienen más síntomas depresivos y peor calidad de vida.

¿ESTAMOS PREPARADOS PARA ACOMPAÑAR AL FINAL DE LA VIDA?

M. Anguera Maríque, C. Rancaño López y J. García Mérida
Diputación de Barcelona

La acción de acompañar, de cuidar, constituye la esencia de la Enfermería. Esto significa que la base de nuestra acción es cuidar a personas, que son vulnerables, que sufren o padecen y también debemos ayudar a quienes acompañan a estas personas. Ante esta situación de acompañar al final de la vida nos encontramos también vulnerables, en algunos casos, o incluso en determinados casos, distantes, aunque la muerte no debe dejarnos indiferentes. Cuidar de alguien significa pasear con él, y este acompañamiento es lo que hace soportable el sufrimiento, humanizando la tecnología. Pero ¿cómo nos afecta a los profesionales de la salud este acompañamiento? Es-

tamos preparados para ayudar ante esta situación? ¿Debemos permanecer indiferentes y fríos o permitir que nos afecte y caer en un exceso de sensibilidad? En nuestro servicio sociosanitario, dentro del ambiente hospitalario, ante lo traumática que ya de por sí es la muerte, nos encontramos el agravante del sufrimiento por parte de los pacientes y familiares padecido ante una patología de larga evolución, como son los trastornos cognitivos. Nos encontramos en ocasiones desprotegidos y desbordados por esta situación, ya que creemos que carecemos de una formación específica para afrontar la muerte, informar a la familia y ayudar positivamente tanto al paciente como a la familia.

Objetivos: El objetivo principal: Preparación y formación de los profesionales en el ámbito. Objetivos específicos: Formación específica (técnicas de afrontamiento, de ayuda,...) Grupos de apoyo del equipo

Metodología y resultados: Mediante la formación específica y los grupos de apoyo debemos encontrar el equilibrio entre la frivaldad ante la muerte y la afectación personal, para así poder ofrecer un apoyo positivo a las familias, y aprender a afrontar profesionalmente la situación, sin que esto signifique ser fríos y distantes. Debemos empatizar con los familiares y con el paciente, sin que ello nos suponga una exagerada afectación emocional y personal, y ser assertivos pero no fríos, para así poder ofrecer un apoyo emocional positivo a ambos.

Conclusiones: Desde nuestra experiencia personal y nuestras vivencias nos vemos desamparados ante esta situación, ya que carecemos de formación específica y apoyos donde recurrir. Debemos acompañar a las personas en la última etapa de sus vidas, pero en la mayoría de los casos carecemos de mecanismos y estrategias para ser capaces de afrontar de la mejor manera posible la muerte. Mostraremos que con una formación adecuada es posible alcanzar el equilibrio emocional y profesional necesario para ofrecer una mejor atención y cuidar nuestra salud emocional.

¿INFORMAMOS A NUESTROS MAYORES?

C. Ortega García, D.L. Cardona Palacio, L. Verdugo Álvarez, I. Martínez Pavón A. Llimós Vilardell y M. Martínez Prat
Fundación Sociosanitaria de Manresa, Hospital de Sant Andreu.

Introducción: La comunicación-información es un instrumento terapéutico esencial en todo el proceso de atención al enfermo terminal. El cáncer además de un proceso biológico es un problema humano. La «comunicación e información» es el único camino que permite detectar las preocupaciones, las necesidades, los problemas psicoemocionales y espirituales tanto del paciente como de los familiares.

Objetivo: Valorar el grado de información de los pacientes terminales oncológicos relacionadas con la edad en el momento del ingreso en la unidad de UCP y las causas que provocaron los casos de no información de la enfermedad.

Material i método: Estudio retrospectivo de corte transversal de la revisión de las historias de los pacientes oncológicos ingresados en nuestra Unidad durante el año 2005. Valorando la información del diagnóstico (cáncer o tumor) y/o su pronóstico (enfermedad grave e incurable). Las causas de la no información están especificadas en los resultados.

Resultados: N° total de pacientes ingresados: 128 N° de pacientes oncológicos: 96 **INFORMACIÓN SI NO MOTIVO DE NO INFORMACIÓN** < 65 años 21 4 Conspiración de Silencio 25 > 65 años 24 47 Alteración cognitiva 16 Totales 45 51 Inhabilidad para la adaptación 10

Conclusiones: ? Mas del 50% de los enfermos oncológicos en situación terminal no están informados de su enfermedad. Hay una clara diferencia entre los pacientes no informados mayores (66%) y los más jóvenes con solo un 16% de no informados. La conspiración de silencio es la principal causa de la no información, con la consecuente falta de participación en la toma de decisiones por parte del paciente.

PROTOCOLO DE MALOS TRATOS EN EL ANCIANO: UNA HERRAMIENTA NECESARIA

N. Flaquer Terrasa, J. Bautisita Llenares, E.C. Hurtado García, B. Orta Navarro, M. Covas Bosch y R. Marín Fernández
Hospital San Juan de Dios, Palma de Mallorca.

En esta presentación se pretende dar a conocer el protocolo de malos tratos que se ha elaborado en el Hospital San Juan de Dios de

Palma de Mallorca. El objetivo general del protocolo es el de reducir la prevalencia de malos tratos mediante la detección de los casos ocultos y la intervención precoz que evite las consecuencias más graves y la reincidencia. Como objetivos específicos: pretende detectar precozmente los factores de riesgo, tanto del anciano como del cuidador, las situaciones vulnerables y las manifestaciones o signos de alerta que sugieran la existencia de malos tratos; canalizar las actuaciones ante las situaciones de posibles malos tratos de manera integral y coordinada con una dimensión interdisciplinar e interinstancial. Apoyar a los cuidadores ante las situaciones de estrés y sobrecarga emocional. Concienciar y sensibilizar a los profesionales de que los malos tratos son una realidad y que su negación obstaculiza su prevención. Contribuir a desarrollar una ética de lo cotidiano basada en la responsabilidad.

«CUIDAR EN CASA»

M. Anguera Manrique, J. García Mérida, J. Bertolín Moreno, C. Rancaño López y M.J. Castillo Escartín
Diputación de Barcelona.

Introducción: ¿Qué entendemos por calidad de atención al final de la vida? La calidad de atención al final de la vida significa que la persona recibe el cuidado apropiado para satisfacer sus necesidades. Por ejemplo, que no se le hagan hospitalizaciones innecesarias o intervenciones inútiles, son medidas que aportan calidad de vida al final de la misma, o por el contrario, que se le abandone o se le nieguen las medidas apropiadas de alivio irían en detrimento de unos cuidados humanitarios y de calidad. La calidad de atención al final de la vida también está determinada por la calidad de la interacción entre el paciente y la familia que lo rodea.

Objetivos: El hogar, es el espacio humano por definición, pues se trata de un lugar donde el ser humano se encuentra completamente acogido. Hay un momento y un lugar para morir que no se puede predecir. Si en embargo, es posible afirmar que hay espacios donde no es adecuado morir porque el ser humano muere desarraigado y solo. Morir en el seno del hogar, en la proximidad de las personas y los objetos familiares es un buen morir.

Metodología: La familia es el mayor apoyo y soporte que tiene un enfermo incurable en la fase final de la enfermedad. La presencia de una persona enferma incurable en el seno familiar, altera profundamente el ritmo y la tonalidad de las relaciones en el seno familiar. En estas circunstancias, la ayuda externa es fundamental para oxigenar a la familia, también el cuidador necesita cuidado, sobre todo cuando se trata de circunstancias donde la enfermedad, por su gravedad, erosiona gravemente el tejido afectivo y relacional de los miembros de la familia. Por ello será importante potenciar la salud y autoestima del cuidador para obtener la mayor eficacia terapéutica, al mismo tiempo que procuramos educar a los distintos miembros de la familia en el cuidado que necesita el enfermo en esta fase: para mantener la calidad de atención al final de la vida, es necesario controlar y manejar apropiadamente síntomas como el dolor, la disnea y otros problemas respiratorios, confusión y delirios, anorexia, depresión, estreñimiento, náuseas y vómitos, ansiedad y las U.P.P. Para conseguirlo, el personal sanitario debemos: analizar y detectar las necesidades informativas y de apoyo tanto del enfermo como de la familia; identificar al cuidador principal desde el principio, y a que es la persona que dedica la mayor parte de la atención y apoyo al enfermo y es el responsable de detectar lo que necesitará a lo largo de la evolución del proceso; educar a la familia en aspectos terapéuticos, nutricionales, de comunicación y emocionales.

Conclusión: Quien cuida también es un ser humano y eso significa que también es vulnerable y limitado por sus condiciones y por sus capacidades técnicas y humanas. La persona que cuida también requiere cuidados, porque también ella es vulnerable.

«CURAR A VECES, PALIAR A MENUDO; PERO CONFORTAR SIEMPRE», w. OLSER

J. García Mérida, M. Anguera Manrique, C. Rancaño López, J. Bertolín Moreno y M.J. Castillo Escartín
Diputación de Barcelona.

Introducción: A menudo podemos pensar que las posibilidades de actuación asistencial en la fase final de la vida están muy limitadas sobretodo cuando los pacientes presentan deterioro cognitivo y

otros síntomas que como los trastornos del comportamiento y la falta de interacción social nos llevan a proporcionarles una supervisión constante y definitiva en lo referente a sus ABVD. Proponemos, desde una perspectiva interdisciplinar, unos programas/actividades que permitan mejorar la calidad de vida de estas personas a las que atendemos dentro de una unidad sociosanitaria.

Objetivos: General: Proporcionar confort, soporte/acompañamiento emocional, controlar alergias y otros síntomas molestos y angustiantes. Específicos: Estimular las funciones cognitivas aún presentes, favorecer al máximo su autonomía, mantener motricidad: marcha y transferencias, promocionar la relación entre ellos y su entorno. E. Que disfruten de la actividad.

Métodos y resultados: Mostramos que intervenciones realizamos los distintos profesionales, dentro de una perspectiva interdisciplinar, a los usuarios que atendemos en nuestro servicio sociosanitario en un ámbito hospitalario. Uno de los puntos importantes y que difieren de la concepción de los estándares de cuidados paliativos habituales es la tipología de nuestros usuarios que están afectados de deterioro cognitivo. Las perspectivas de cuidados vendrán expuestas desde tres puntos de vista distintos pero a la vez interrelacionados entre sí como: la visión de enfermería, de fisioterapia y de terapia ocupacional, teniendo siempre presente la necesidad de intervención del resto del equipo terapéutico para lograr así una atención Holística del paciente al final de la vida.

Conclusiones: A través de nuestra experiencia en la atención de pacientes con trastorno cognitivo detectamos diferentes maneras de actuación para conseguir los objetivos marcados de forma interdisciplinar. Exponemos las limitaciones que a nivel profesional nos encontramos para ofrecer a nuestros usuarios unos correctos cuidados al final de la vida. Importancia añadida de la intervención familiar en las decisiones que afectan directamente a nuestros pacientes.

OCTOGENARIOS EN LA COMUNIDAD: DETERMINANTES SOCIALES

M.D. Díaz Palarea¹, A. Peña González² y C. Comi Díaz³
¹Ulp- Las Palmas, ²CS Arucas, Las Palmas, ³Hospital Clínico Dr. Negrín.

Objetivos: Estudio características sociodemográficas

Método: Estudio descriptivo transversal en una muestra representativa (N = 240) de una población rural > 80 años (N = 690) Arucas. Se recogen las variables demográficas, trabajo desempeñado, pensión recibida, convivencia, características domicilio y ayuda sociosanitaria.

Resultados: La edad media fue de 85,37 años (+ 4; 80-100). El 84,2% está entre 80 y 89 años. Las mujeres representan el 61,7%. Existe un predominio de personas viudas (45,8%), mayoritariamente mujeres (63,5%), mientras que los hombres están casados en más de la mitad de los casos (62%). Lee y/o escribe el 55,8% y un 39,2 de analfabetismo, donde el 73,4% son mujeres. El 56,09% de desempeñó su trabajo en el sector agrario y el 32,52% en servicios. El trabajo doméstico remunerado fue realizado exclusivamente por mujeres. Las pensiones mayoritariamente son por viudedad y jubilación, la primera es exclusiva para las mujeres y la segunda fundamentalmente para los hombres (73,6%). Las personas que no perciben ningún tipo de pensión corresponden todas al sexo femenino. Un 10% vive solo (83,3% mujeres). El 90% vive con el cónyuge (30,4%) e hijas (41,3%). La media de personas que conviven en el domicilio es de 2,9 (+1,4). En el 87,9% el tipo de vivienda es terrera, el resto vive en pisos sin ascensor. El 70% de las personas mayores tiene plato de ducha en su domicilio. El 2,1% no dispone de agua caliente en la casa. El 98,8% dispone de servicio de transporte. La mayoría de los pacientes refiere que su casa no necesita reparaciones (76,7%). El resto, 23,3%, afirma precisar alguna reparación relacionada con humedades, grietas y maderas picadas. El 13,8% recibe ayuda social, de éstos el 69,69% proviene del Ayuntamiento (entre 2 y 5 horas semana fundamentalmente para el aseo personal) y el resto es de carácter privado (entre 15 y 49 horas/semana fundamentalmente las tareas domésticas). El 29,2% de las personas mayores del estudio, están incluidas en el Programa de Atención Domiciliaria AP (70% mujeres).

Conclusiones: El perfil del mayor octogenario en la comunidad es una persona viuda, bajo nivel de instrucción académica, pensionista, vive con algún familiar y escasa o nula ayuda social. La mujer sigue siendo la que soporta peores condiciones sociales.

LA REALIDAD DE LA DEPENDENCIA Y DEL CUIDADOR PRINCIPAL

G. Lordan Ibarz, A. Abad Ruiz, A.C. Sanjoaquin Romero y E. Ubis Díez
Hospital de Barbastro.

Objetivos: Definir el perfil del paciente dependiente. Describir características del cuidador principal. Analizar relación del perfil del paciente y del cuidador con el destino al alta.

Metodología: Estudio descriptivo retrospectivo y analítico de una muestra aleatoria de los pacientes ingresados en el Hospital de Barbastro a lo largo del año 2006 y derivados para valoración por el EVSS a través del programa informático de «Detección del riesgo a la dependencia» y de la captación activa. Variables: Datos sociodemográficos del paciente y del cuidador, valoración funcional y cognoscitiva previa y al alta, destino al alta, tiempo y «capacidad de cuidar» del cuidador, ayuda domiciliaria. SPSS 10.0.

Resultados: 134 pacientes, edad media: $81,96 \pm 7,65$ años; 49,3% mujeres; independencia funcional previa (I. Barthel = 100): 18,7%, al alta: 0,9%, Pfeiffer < 3: 19,5%; domicilio previo: propio 53%, de familiar: 24,6%, residencia 20,1%. Cuidador principal: edad media $61,71 \pm 15,55$ años, de los cuales el 30,6% hija y 25,4% cónyuge. Tiempo medio de cuidado: 26,56 meses. Capacidad de cuidar del cuidador: 95,7% conocimiento del estado de salud, 91,4% habilidad y 92,2% manejo del tratamiento. El 23,5% disponen de ayuda domiciliaria: 17,4% privada y 6,1% pública. Destino al alta: 20% éxitus, del resto el 21,4% alta a residencia. $P < 0,05$: Barthel < 60 y destino a hospital de media/larga estancia y residencia, existencia de hijos alta a domicilio, no existencia de hijos alta a residencia y UME/ULE, tiempo mayor de 2 años como cuidador y destino al alta a residencia y UME/ULE; ayuda domiciliaria con destino al alta a domicilio. Tendencia significativa en ausencia deterioro cognitivo y alta a domicilio.

Conclusiones: El paciente dependiente es de edad avanzada, presenta importante deterioro funcional y cognoscitivo al alta hospitalaria, elevada mortalidad con riesgo de institucionalización o derivación a UME/ULE. El cuidador principal, también de edad avanzada, presenta conocimientos y habilidades para cuidar. La existencia de hijos, el tiempo de cuidado inferior a dos años y la prestación de ayuda domiciliaria facilitan el regreso a domicilio tras el alta hospitalaria. A pesar de la escasa ayuda domiciliaria, el tiempo dedicado al cuidado es prolongado en domicilio.

EFEKTOS TERAPÉUTICOS DE LA DINÁMICA DE LA RISA SOBRE EL ESTADO DE ÁNIMO DE UN GRUPO DE POBLACIÓN MAYOR

P. Santos Marcos¹, L. Sanz Herador¹, I. Cid López¹, D. Bernardini Zambrini² y C. Llorente Pascual³

^{1,2}PUNTOS Servicios Sociosanitarios, Salamanca, ²Facultad de Medicina, Universidad de Salamanca, ³Hospital San Llatzer - Palma de Mallorca.

Introducción: En la actualidad existen numerosos estudios que vinculan la risa con la salud. Según estas investigaciones, la risa provoca la liberación de diversas hormonas, como endorfinas (conocidas como las hormonas de la felicidad), serotonina, dopamina y adrenalina. Una carcajada aporta vitalidad, energía e incrementa la actividad cerebral, siendo un estímulo eficaz contra el estrés, la depresión y, evidentemente, la tristeza.

Objetivo: Teniendo en cuenta los datos anteriores, nuestro objetivo será valorar los efectos terapéuticos de la dinámica de la risa, sobre el estado de ánimo de un grupo de mayores, en un Centro de Día de Salamanca.

Método: Se realizaron medidas “pre- y post- tratamiento” en una muestra de 22 personas (5 varones y 17 mujeres), cuya media de edad se situaba en torno a los 73 años, que asistió a un taller sobre dinámica de la risa de 30 horas de duración, en el Centro de Día «Salamanca», dependiente de la Gerencia de Servicios Sociales de la Junta de Castilla y León. Para poder cuantificar los cambios producidos por el taller de dinámica de la risa, se administró por parte de una psicóloga, la «Escala de ansiedad y depresión de Goldberg», tanto en la primera sesión para valorar su estado de ánimo, como en la última, para evaluar los posibles efectos que se pueden atribuir a la participación del grupo en el taller. Los análisis estadísticos realizados fueron diferencias de medias entre los resultados de ambas mediciones.

Resultados y conclusiones: El taller de dinámica de la risa ha resultado ser eficaz para mejorar el estado de ánimo de los participantes

de este estudio, influyendo en la capacidad de afrontamiento ante acontecimientos vitales estresantes de carácter negativo y mejorando su autoestima. De este modo la dinámica de la risa se puede considerar como el medicamento más eficaz y barato, sin efectos secundarios. Por ello concluimos que la actitud positiva que se deriva de este estudio, implica un incremento notable en la calidad de vida de nuestros mayores.

Palabras clave: Dinámica de la Risa. Estado de Ánimo. Población Mayor.

LA FORMACION DE FORMADORES PARA LOS PROGRAMAS UNIVERSITARIOS DE MAYORES

M. Velázquez Clavijo
Universidad de Sevilla.

Objetivos: Formar al profesorado universitario en el proceso enseñanza-aprendizaje de las personas mayores. Conocer las características psico-sociales de este alumnado.

Sujetos: La muestra se compone de 92 profesores/as del Programa Universitario de mayores Aula de la Experiencia de diferentes áreas de conocimientos (biosanitarias, biología, psicología, comunicación, filosofía, literatura, historia, antropología, sociología, economía y ciencias jurídicas) de la Universidad de Sevilla.

Instrumentos: Los instrumentos lo componen: la programación docente, los procedimientos didácticos aplicados así como la tecnología didáctica utilizada.

Resultados: El planteamiento formativo diseñado permite la reflexión didáctica y consecuentemente posibilita una mejora cualitativa en la intervención docente del profesorado que imparte clases en este Programa Universitario. El análisis comparativo con la intervención del profesorado de los Programas Universitarios no formados y «ad hoc» (155 en las diferentes sedes que este programa tiene en la provincia de Sevilla) permite comprobar la competencia y adecuación de un profesor sobre otro.

Conclusiones: La formación de formadores para los Programas Universitarios de Mayores conecta con una de las preocupaciones tradicionales que ha tenido la UNESCO como es la formación permanente y la mejora de la formación a lo largo de toda la vida. De forma concreta da una respuesta de calidad a la creciente demanda al aprendizaje de los mayores en nuestra Universidad (1333 alumnos).

Palabras clave: Formador. Tecnología. Aprendizaje.

LOGOPEDIA Y GERIATRÍA: ACTUACIÓN EN EL ÁMBITO SOCIOSANITARIO

N. Duaso I Caldes, C. Serra Chevaulier y V. Olga Arreola García
Albada Sociosanitario. Corporació Sanitaria Parc Taulí, Sabadell, Barcelona.

Objetivo: Presentar el trabajo que, desde la Logopedia se puede aportar a la labor interdisciplinar, para mejorar los aspectos de comunicación, lenguaje y alimentación, en la población geriátrica.

Método: Se describe la aportación logopédica en las diversas tipologías de población atendida. Se justifican las aportaciones en términos de funciones alteradas, funciones preservadas y se argumenta el tipo de intervención específica. Analizamos las alteraciones de la deglución, lenguaje, habla y la comunicación desde la perspectiva de función cognitiva que sufre modificaciones durante la vida, contemplando los aspectos: neuro-fisiológicos, sociales y emocionales que la componen. Nos preguntamos si el lenguaje también envejece aportando los datos de la bibliografía especializada y nuestra propia experiencia clínica. Analizaremos los componentes sensoriales y cognitivos que intervienen en este cambio y como basamos en ellos los aspectos de rehabilitación y/o estimulación específica. Se comenta el concepto de eficacia de la terapia basado en la aportación de los estudios de evidencia y las limitaciones de su aplicación en el campo de la rehabilitación logopédica.

Resultados: Se concluye con un registro de datos de los últimos tres años de nuestro servicio de Logopedia que cuenta con quince años de experiencia. Se ha valorado a 590 pacientes de los cuales 370 han sido dados de alta tras haber recibido 8.799 sesiones de rehabilitación.

Conclusiones: La atención integral a las personas mayores, enfermo crónico y/o frágil no puede obviar los aspectos relacionados con la esencia misma del «ser persona»: las habilidades para la comunicación, expresión de sentimientos, derecho a pedir, argumentar, pro-

testar... en aspectos relacionados con los «últimos placeres»: la alimentación, ser alimentado eficazmente y con la máxima seguridad por boca mientras clínicamente sea posible... ¡ni un día menos! Creemos que esta es la aportación en calidad de vida a la que podemos colaborar desde el campo de la Logopedia en Geriatría.

Palabras clave: Logopedia. Geriatría. Trabajo Interdisciplinar

PERFIL DE USUARIO Y CUIDADOR PRINCIPAL DE UNIDAD DE ESTANCIA DIURNA DE CENTRO ISDABE SAR

A. López Gallego, J C. Arias Jiménez, C. Jiménez Blázquez, M. Sánchez Sánchez, S. Martínez Vilchez y M. López Oyarzabal
Residencia Asistida SAR Isdabe, Estepona, Málaga.

Introducción: Unidad de estancia diurna nace del decreto 137/2002 de 30 de abril de apoyo a las familias andaluzas, va dirigido a proporcionar apoyo a la familia cuidadora de una persona dependiente con el fin de disminuir la sobrecarga y retardar el internamiento, manteniendo al usuario dentro de su entorno habitual.

El Centro Isdabe Sar cuenta con una plataforma de servicios, 104 plazas de larga estancia, 20 plazas de estancia diurna y 10 plazas de respiro familiar.

Objetivos: Describir el perfil del usuario atendido en el año 2005 y el perfil del cuidador principal.

Material y métodos: Análisis de los datos a través del programa informático de valoración interdisciplinaria al ingreso y seguimiento.

Resultados: Usuarios: Edad media 82,5 años, sexo: predominio de mujeres en un 83% y un 17% hombres; estado civil un 76% viudos y el 24% restante casado. Un 21,2% reside en Estepona, 39,4% en San Pedro de Alcántara y 39,4% Marbella. Un 30% estudios primarios, 59% sabe leer y escribir y el 9% es analfabeto. En el 97% la vivienda es propiedad del mayor ubicada en casco urbano considerada como aceptable y con barreras arquitectónicas. El 70% viven en circunstancias ajustadas y 30% con económica suficiente. A nivel funcional 75% es independiente y un 12,5% son dependientes moderados. El 67% presenta deterioro cognitivo moderado-severo, con diagnóstico de Alzheimer en 57,5% y problemas conductuales un 35%. Cuidador: Un 78% son mujeres con una edad de 40 a 59 años, un 67% hija/o y un 22% cónyuge, un 74% conviven con su familiar y tienen un estado de salud aceptable en un 63%. Un 77% según escala Zarit presenta una sobrecarga intensa frente a un 22% que experimenta sobrecarga leve, por ello en un 64% el motivo de ingreso fue la descarga familiar. En un 73% el ingreso es decidido por otros, un 18% voluntario y un 9% obligado por las circunstancias. En cuanto a los motivos de alta en el servicio un 35% por ingreso en otro recurso, un 28% cambio de estado de salud, un 20% alta voluntaria y un 8% éxitus.

Conclusiones: Extrapolando los datos tenemos un perfil de usuario y cuidador: mujer de edad media 82 años, viuda que procede de Marbella y San Pedro de Alcántara, con nivel económico ajustado. A nivel funcional independiente con deterioro cognitivo moderado-grave y diagnóstico de demencia. Son atendidos por su hija con edad media de 40 a 59 años, convive con su familiar, presenta una sobrecarga intensa y motivo por el que ingresa a su familiar es por descarga familiar.

Palabras clave: Usuarios. Cuidador Principal. Unidad de estancia diurna.

NUESTROS MAYORES DEPENDIENTES: DEPORTISTAS OLÍMPICOS

E. García, E. Fernández, N. Díaz, Y. Mora y N. Rebaldería
Residencia PPMM Parque Coimbra, MAPFRE, Móstoles, Madrid.

Objetivos: Potenciar las relaciones sociales entre los mayores y el personal de los diferentes centros participantes. Favorecer la participación del mayor en su entorno. Integrar el ejercicio físico como medio de desarrollo de las capacidades cognitivas, funcionales y sociales. Participar de actividades creativas y placenteras.

Método: Las Olimpiadas de la Grecia Antigua se trasladaron al año 2006, hermanando a cinco residencias de personas mayores dependientes ubicadas en la Comunidad de Madrid, para la creación y desarrollo de los I Juegos Olímpicos Intercentros. La actividad física es una terapéutica preventiva, cuya finalidad es impedir el empeoramiento, retrasar la degeneración fisiológica, manteniendo durante el mayor tiempo posible el mayor grado de independencia de la perso-

na. Asimismo ejerce efectos beneficiosos sobre el área psíquica: combate el aislamiento y contribuye al equilibrio psico-afectivo. Durante cinco días tuvieron lugar toda una serie de actividades propias de unos juegos olímpicos. Los deportes fueron previamente adaptados según el grado de dependencia de los mayores. En los tres primeros días se celebró en cada centro participante la fase de clasificación, de la que surgieron los finalistas representantes de cada centro. Posteriormente tuvo lugar la final en el Centro Sede, en la que se entregaron medallas a cada uno de los ganadores de las nueve disciplinas olímpicas adaptadas, así como trofeos y diplomas. Paralelamente, se llevaron a cabo actividades de exhibición y de puesta en escena que recrearon el ambiente olímpico de la Grecia Antigua. **Resultados y conclusiones:** Las Olimpiadas no son exclusivas para deportistas de élite, sino que pueden ser desarrolladas por personas mayores con excelentes resultados. Los Juegos Olímpicos Intercentros proporcionan un sentido de colaboración y comunicación con los demás, así como una mejora de la autoestima en personas mayores dependientes institucionalizadas. Se propone una manera diferente de desarrollar nuestra intervención multidisciplinar, un nuevo camino en la mejora de la calidad de vida de nuestros mayores; esto es, favorecer sus relaciones interpersonales, sus emociones, su alegría, optimismo e ilusión por vivir.

¿QUIÉN CUIDA A NUESTROS / NUESTRAS DEPENDIENTES?

A.C. Sanjoaquin Romero, E. Ubis Diez, G. Lordán Ibarz y A. Abad Ruiz
Hospital de Barbastro.

Objetivos: Definir el perfil del paciente dependiente por sexos y características del cuidador. Analizar perfil del paciente y cuidador con destino al alta.

Metodología: Estudio descriptivo retrospectivo analítico de muestra aleatoria de pacientes ingresados en el 2006 y valorados por EVSS a través de programa informático de «Detección del riesgo a la dependencia» y captación activa. Variables: Datos sociodemográficos de paciente y cuidador, valoración funcional y cognoscitiva previa y al alta, destino al alta, tiempo y «capacidad de cuidar» del cuidador, ayuda domiciliaria. SPSS 10.0.

Resultados: N: 134 pacientes: 66 Mujeres: edad media: 82,36 ± 7,93 años, domicilio previo: propio 43,9%, familiar: 31,8%, residencia 22,7%, I. Barthel =100 previo 15,2%, al alta: 1,8%, Pfeiffer < 3: 21,2%; Cuidador principal: edad media 59 ± 13,88 años, de los que 37,9% hija y 16,7% cónyuge. Tiempo medio de cuidado: 22,59 meses. Capacidad de cuidar: 96,7% conocimiento de salud, 93,4% habilidad, 93,4% manejo tratamiento. 31,3% disponen de ayuda domiciliaria: 21,9% privada. Destino al alta: 15,2% éxitus, 19,6% a residencia. P < 0,05: Barthel < 60 destino a UME/ULE y residencia, Barthel > 60 alta a domicilio, nº de hijos y alta a residencia y UME/ULE, ayuda domiciliaria y alta a domicilio. 68 Hombres: edad media: 75,49 ± 22,25 años, domicilio previo: propio 61,8%, de familiar: 17,6%, residencia 17,6%, I. Barthel = 100 previo 22,1%, al alta: 0%, Pfeiffer < 3: 17,9%; Cuidador principal: edad media 64,56 ± 16,79 años, de los cuales el 33,8% cónyuge y 23,5% hija. Tiempo medio de cuidado: 31,04 meses. Capacidad de cuidar del cuidador: 94,5% conocimiento del estado de salud, 89,1% habilidad y 90,9% manejo del tratamiento. El 16,1% disponen de ayuda domiciliaria: 13,2% privada. Destino al alta: 25% éxitus, 21,6% alta a residencia. P < 0,05: cuidador cónyuge destino al alta domicilio.

Conclusiones: La mujer es más longeva, más dependiente, cuidada fundamentalmente por la hija con mayor derivación a UME/ULE y/o residencia. El hombre dependiente, al alta hospitalaria regresa a domicilio con su cónyuge como cuidador y mayores prestaciones domiciliarias.

ENVEJECIMIENTO ACTIVO: INCLUSIÓN DEL RESIDENTE COMO PARTE ACTIVA DEL PROCESO TERAPÉUTICO

M.D. Gaspar Alfonso y S. Gómez Martínez
San Monte Arse, Sagunto.

Introducción. El pro estudio se plantea ante la observación de la existencia de varios hechos: Algunas personas institucionalizadas con buena adaptación al centro y ausencia de patologías tienen menos atención que otros residentes por parte de los profesionales. No

la necesitan pero les gusta sentirse atendidos e importantes. La falta de participación de los residentes en la planificación y ejecución de las actividades terapéuticas. Se observan ayudas informales de apoyo mutuo que se monitorizan y se potencian.

Objetivos. *Objetivos para coterapeuta:* Potenciar la autoestima. Aumentar sensación de autoeficacia. Llegar a la autorrealización. Aumentar la valía personal. Aumentar la atención por parte de los profesionales. *Objetivos para residente que recibe intervención:* Aumentar rendimiento cognitivo en test MMSE. Disminuir trastornos conductuales.

Materiales: Perfil del Residente-Coterapeuta: Ausencia de deterioro cognitivo a través del criterio MMSE > 24. Buena disponibilidad. Estudios primarios mínimos. Estado de ánimo eutímico. Yesavage 0-5. Residente admirado y querido por el residente a intervenir. Debe acceder voluntariamente al plan de trabajo. Su razón no debe ser únicamente la aprobación del profesional. No debe manifestar ansiedad por tareas encomendadas. Se debe controlar que el Coterapeuta no se vuelque tanto en el compañero que se olvide de sí mismo. Residente que recibe tratamiento: Deterioro cognitivo moderado. Alteraciones conductuales. Buena relación social preexistente con Coterapeuta. Actividades a realizar con Coterapeuta: Formación en áreas de Comunicación y de psicoestimulación cognitiva. Participar en la planificación de actividades para ese día. Seguir instrucciones del profesional a la hora de la elección de actividades. Participación como Coterapeuta en tareas de psicoestimulación cognitiva, ayudando al otro residente a realizar las tareas propuestas previamente por la psicóloga.

Metodología. En función del perfil establecido: Se selecciona al residente. Se le forma en las actividades a realizar. Se asigna un horario preestablecido. Se asigna otro residente con el que va a colaborar y se monitoriza la ayuda. Duración total 6 semanas divididas en 1 semana: recogida de datos línea base; 4 semanas: recogida de datos Puesta en marcha del programa; 1 semana: Seguimiento. Se realizarán dos sesiones semanales. Evaluación: Cuestionario satisfacción calidad de vida. Cuestionario autoestima. Cuestionario de estado de ánimo Yesavage. NPI-Q. Registro diario de trastornos conductuales más frecuentes en las distintas fases del experimento.

Conclusiones. Aumento de sentimiento de autorrealización del residente-Coterapeuta. Aumento de la participación del residente de forma activa en el proceso terapéutico. Percepción subjetiva de aumento de la calidad de vida. Aumento de la integración de la vida del Centro. Aumento del sentimiento de pertenencia al Centro, conceptualizado como una gran familia. Potenciación del mayor control sobre las variables contextuales.

FACTORES DIFERENCIALES PREDICTORES DEL RIESGO DE MALTRATO Y NEGIGENCIA EN SITUACIONES DE DEMENCIA EN EL AMBITO COMUNITARIO

G. Pérez Rojo, M. Izal Fernández de Trocóniz, I. Montorio Cerrato y I. Cabrera
Universidad Autónoma de Madrid.

Objetivo: En un estudio previo se encontró un patrón genérico de predicción de malos tratos hacia las personas mayores por parte de sus familiares a partir de una serie de variables relevantes en la literatura sobre el tema (calidad de la relación actual cuidador-persona cuidada, la cantidad de ayuda informal recibida, frecuencia de comportamientos problemáticos, expresión de la ira y carga percibida). El objetivo del trabajo es determinar si este patrón de predicción de malos tratos es homogéneo para las situaciones de maltrato y de negligencia por separado.

Método: Participaron 45 cuidadores de personas mayores diagnosticadas de demencia a los que se les administró un protocolo que identificaba tres tipos de variables: propias de la situación de cuidado (calidad de la relación cuidador-familiar, ayuda informal), de la persona mayor (habilidades funcionales y comportamientos problemáticos) y del cuidador (expresión de ira, carga, estrés y horas de cuidado). El riesgo de maltrato y de negligencia se identificó mediante las subescalas correspondientes de la Escala de Detección del Maltrato por parte del Cuidador, CASE. Se realizó un modelo de regresión jerárquica que incluía sucesivamente las variables referidas a la situación de cuidado, de la persona mayor y del cuidador.

Resultados: La combinación de ayuda informal recibida ($t = -2,44$; $p = 0,05$), carga de cuidado ($t = 3,1$; $p = 0,01$), estado funcional ($t = -3,65$; $p = 0,01$) y frecuencia de comportamientos problemáticos ($t = 2,78$; $p = 0,01$) genera una ecuación de regresión significativa ($F = 7,221$; $p = 0,01$; R^2 corregida = .59) para explicar el riesgo de maltrato, mientras que la combinación de las horas dedicadas al cuidado ($t = -2,85$; $p = 0,01$), expresión de la ira ($t = 2,36$; $p = 0,05$) y carga ($t = 2,44$; $p = 0,05$) predicen el riesgo de negligencia.

Conclusión: Los resultados muestran un patrón diferente para explicar el riesgo de maltrato en comparación con el riesgo de negligencia ya que en el primero parecen tener más importancia las variables relacionadas con el receptor de los cuidados, mientras que el riesgo de negligencia se explica mejor por variables relacionadas con el cuidador. Además, debido al porcentaje de varianza explicada, la predicción del riesgo de maltrato es más sólida que la de riesgo de negligencia. Estas diferencias en los factores de predicción del riesgo de maltrato y negligencia habrá que tenerlas en cuenta a la hora de elaborar programas para la prevención y/o intervención.

Palabras clave: Maltrato. Negligencia. Personas Mayores

LA EFICACIA DE LAS VOLUNTADES ANTICIPADAS. UNA CUESTIÓN DE PREFERENCIAS

M.Á. Tortosa Chulía
Departamento Ec. Aplicada. Universidad de Valencia.

Objetivos: Analizar las voluntades anticipadas desde el punto de vista económico incidiendo en el papel que juegan las preferencias de los individuos y en cómo éstas condicionan su eficacia.

Material y métodos: En la literatura económica y sanitaria se comenta la necesidad de mejorar el intercambio de información entre los profesionales y los usuarios de los servicios sanitarios. Las voluntades anticipadas se diseñaron para conseguir este propósito y muestran cuáles son las preferencias que los ciudadanos tienen sobre las actividades sanitarias al final de la vida. En el presente trabajo se han revisado las diversas experiencias sobre la eficacia de este documento y se aportan datos sobre su aplicación en la Comunidad Valenciana y datos sobre entrevistas efectuadas a un colectivo de mayores y jóvenes de la Universidad de Valencia.

Resultados: Del anterior análisis se desprende la débil eficacia (grado en que se suscriben estos documentos y mejora el intercambio de información) de las voluntades anticipadas en general y también en el ámbito de la Comunidad Valenciana.

Conclusiones: Desde la Economía las voluntades anticipadas son un instrumento que persigue aumentar la autonomía de los pacientes, pero su eficacia es dudosa porque se fundamenta en las preferencias de los individuos y la formación de las mismas todavía es un concepto que no se sabe explicar con exactitud por la Economía. Pero, además, se trata de las preferencias sobre unas actividades sanitarias desconocidas por la mayoría de los ciudadanos y sobre la vivencia de la muerte. La naturaleza imprecisa, y cambiante de estas preferencias, así como su carácter de tabú está condicionando el planteamiento y desarrollo de este documento. Aunque la información sobre las actividades sanitarias y personas implicadas aumente, las dudas sobre lo que supone el vivir la muerte siempre supondrán la postergación de la reflexión y toma de decisiones sobre este tema.

VOLUNTARIADO INTERNO: PROMOCIÓN PARA LA INTEGRACIÓN

M. Fernández Gómez, I. Pérez Eguíagaray, R. Pérez Martín, A. Cid López, C. Volante Macías y J.M. Boza García
Centro Sar Monte Jara, Tharsis, Huelva.

Introducción: El voluntariado, expresión de la solidaridad desde el altruismo y la libertad, consiste en una forma de participación ciudadana en las actividades de interés general. Desde el centro contamos con el precedente de residentes con mayor autonomía, que realizan funciones informales como voluntarios, siendo receptores del mismo otros con mayor dependencia, repercutiendo en un beneficio mutuo, sobre todo a nivel emocional.

Objetivo: «Promover el desarrollo socio-afectivo en el medio residencial mediante la creación de un voluntariado interno».

Metodología: El programa se comenzó a desarrollar a partir de enero del año 2006. Las actuaciones han ido dirigidas a residentes voluntarios (sensibilizar, informar, captar y formar) y beneficiarios (informar), así como a familiares de los mismos (informar e implicar). El desarrollo de las actividades tiene una frecuencia semanal, preferiblemente en horario de tarde, y son llevadas a cabo de forma grupal.

Las actividades implantadas son: visitas y conversación con residentes encamados, colaboración de voluntarios en terapias y actividades con residentes pertenecientes a Unidad de Demencias, y en traslados de residentes a las diferentes salas para la realización de los talleres. El personal implicado en el programa es: Trabajadora Social, Psicóloga, Terapeuta Ocupacional, Monitores de Ocio y Tiempo Libre y Auxiliares de Enfermería.

Resultados: En relación al objetivo general «Promover el desarrollo socio-afectivo en el medio residencial mediante la creación de un voluntariado interno», podemos deducir, que se han generado vínculos afectivos y sentimientos de solidaridad y altruismo.

Se han logrado resultados primarios positivos, derivados de los objetivos propuestos, así como otros resultados secundarios.

Conclusiones: A través de las entrevistas individuales, vemos como los voluntarios valoran positivamente sus funciones, asumiéndolas como una responsabilidad propia y reforzando su identidad personal. Esto a su vez, facilita su integración en un grupo de iguales. Dado esta percepción de beneficio mutuo, se proyecta el mantenimiento de las actuaciones durante el próximo año, propiciando la captación de nuevos voluntarios y la adaptación de las actividades a las capacidades y necesidades de los mismos.

VALIDACIÓN DE LA PRUEBA DE APRENDIZAJE VERBAL-AUDITIVO DE REY (AVLT) AL CASTELLANO

N. Galdona Equida, C. Buiza Bueno, I. Etxeberria Arrixtabal, E. Urdaneta Artola, M.F. González Pérez y A. Etxaniz Olariaga
Fundación Instituto Gerontológico Matia, Ingema, San Sebastián.

Objetivos Obtener datos normativos de la población española de la Prueba de Aprendizaje Verbal-Auditivo de Rey (Rey, 1964), en personas sanas mayores de 65 años divididas en grupos según su edad.

Método La escala objeto de validación es la Prueba de Aprendizaje Verbal-Auditivo de Rey (Rey, 1964). Esta prueba analiza la memoria de retención y evocación inmediata, y valora también el aprendizaje verbal de una lista de palabras, así como la capacidad de retención del sujeto después de una labor de interferencia no amnésica. El cambio en el número de palabras recordadas desde la primera evocación hasta la quinta, muestra la tasa de aprendizaje. Es una prueba que se usa ampliamente en la investigación científica así como en la práctica clínica. Sin embargo, aunque existen datos psicométricos normativos para esta prueba en inglés, en castellano se carece de los mismos. El AVLT fue administrado como parte de una batería neuropsicológica más extensa en la evaluación de 241 personas de GDS 1-2 (Reisberg, Ferris, De León y Crook, 1982), dentro del Estudio Longitudinal Donostia. Debido a los objetivos marcados la muestra ha sido dividida en función de la edad en 3 grupos (entre 65 y 75 años; entre 75 y 85 años y mayores de 85 años). Para la validación de la prueba se han obtenido los percentiles y porcentajes de cada una de las series de la escala tanto en la muestra en general como por grupos de edades.

Resultados: Se ofrecen tablas para convertir las puntuaciones crudas en percentiles según los grupos de edad. Asimismo, se ofrecen tablas con los porcentajes de cada muestra en cada una de las series.

Conclusiones: Los datos normativos presentados permiten a los clínicos y a los investigadores valorar cualquier puntuación de la escala AVLT obtenida por personas mayores según al grupo de edad al que pertenezcan.

APRENDIZAJE INTERGENERACIONAL, ENTORNOS VIRTUALES Y PERSONAS MAYORES

J.M. Sanahuja Gavalda, A. Navio Gamez, J. Tejada Fernández, O. Mas Torelló, C. Ruiz Bueno y P. Jurado de los Santos
Universitat Autònoma de Barcelona.

Una realidad cada vez más visible y palpable dentro de la Unión Europea es el envejecimiento de su población, donde una tercera parte de la misma se encuentra por encima de los 50 años, y con una edad media de salida del mercado de trabajo que varía enormemente según los países; lo que hace que cada vez más las administraciones se planteen desarrollar acciones encaminadas a promover un aprendizaje a lo largo de la vida. La presente comunicación forma

parte de un proyecto europeo cuyos dos objetivos principales, siguiendo los principios de la Agenda de la Unión Europea del 2010, podrían resumirse de la siguiente forma; incrementar la longevidad y participación activa de las personas mayores como ciudadanos haciendo que su experiencia y en calidad de expertos, estén disponibles para generaciones más jóvenes dentro de una región geográfica o en comunidades virtuales; proporcionar oportunidades para que las personas mayores permanezcan como aprendices activos en el trabajo o en la comunidad a través de su experiencia e intercambio con generaciones más jóvenes. Para desarrollar estos objetivos se llevó a cabo una metodología de corte cualitativo a través de sesiones de «focus group» con la finalidad de explorar las oportunidades de aprendizaje en entornos virtuales del colectivo de las personas mayores mediante la elaboración de una website que contenía diferentes áreas de aprendizaje. En la organización y desarrollo de estas sesiones participaron una serie de instituciones directamente relacionadas con la planificación y gestión de la formación, del ocio y del desarrollo socio comunitario: organizaciones empresariales, sindicales, instituciones formativas (centros de adultos, universidad) expertos en formación, ayuntamientos. La experimentación se llevó a cabo con 25 personas mayores en una de las áreas de aprendizaje («conócte a ti mismo») procedentes de estas instituciones mediante la tutorización de personas jóvenes a lo largo de su proceso de aprendizaje. De los resultados se desprende que la valoración realizada por las personas mayores en el uso de tecnología de la información (website) requería de un conocimiento y de una motivación así como de una adecuación que permitiera la simplificación en su estructuración. Además, se detectó la necesidad de disponer de un «tutor» que pudiera servir de guía a lo largo de su proceso de aprendizaje (mentoring). En este sentido, se esbozaron los puentes para poder desarrollar procesos de aprendizaje intergeneracional que no obviaran, por una parte el mantenimiento de las personas mayores en activo a través del desarrollo de sus capacidades y habilidades para mejorar su calidad de vida; y por otra, la generación de la voluntad y la motivación de este colectivo: «sentido de utilidad social».

SOSPECHAMOS ALGUN TIPO DE MAL TRATO EN LA CONSULTA GERIATRICA

R. Trias Sánchez, N. Cabrera y R. Trias Merino
Hospital de Día Psicogeriatrico Santa Clotilde, Santander.

Introducción: El maltrato al anciano es un problema social que siempre ha estado oculto. Según la Conferencia de consenso es: «cualquier acto u omisión que produzca daño, intencionado o no, practicado sobre mayores de 65 años, que ocurre en el medio familiar, comunitario o institucional, que vulnere o ponga en peligro la integridad física, psíquica, así como la autonomía o derechos fundamentales del individuo, constatable objetiva o subjetivamente».

Objetivos: Comprobar si existen malos tratos a pacientes que acuden a consulta Geriátrica.

Material y métodos: Se valoran 76 pacientes que asisten del 1/12/06 al 15/1/07. Son entrevistados por Geriatra y Psicóloga, individualmente el paciente y el entorno. Edad promedio 82,5. Mujeres 58 (76%). Varones 18 (24%). MEC menor de 23 son 50. De 24 a 29 hay 16. Mas de 30 son 10. BARTHEL: 0-20 son 18. 20 – 35 hay 8. 40 – 55 son 8. 60 – 85: 2. y mas de 90 son 20. Conviven: cónyuge 20 (26%), 38 (50%), con otros 18 (23%).

Resultados: Se percibe sobrecarga del cuidador en 56 casos (74%). En 20 (26%) no. Sospecha de M.T. o negligencia en 22 (29%), 20 mujeres y 2 varón, edad promedio de 87,5 años. Todos ellos padecen deterioro cognitivo, Barthel menor de 50 (45%). Sobre carga del cuidador en 14 de ellos (64%). La convivencia es con hijos en 14 (64%), cónyuge 2 y otros 6.

Conclusiones: Los malos tratos que aparecen son económicos y negligencias en 29% (22 de 76). No otro tipo de malos tratos. La mayor sobrecarga del cuidador es en pacientes con deterioro cognitivo y / o funcional. El stress del cuidador y la convivencia con hijos aparece en igual porcentaje 64% de los casos. Se aprecia mas en mujeres 91%. Cuando mayor es la edad, mayor es la frecuencia de aparición, el promedio de edad es 87,5 años en los afectados. Se aconseja ingreso en Centro de Día o estancia temporal como forma de descarga en caso de stress del cuidador y para mantener mas tiempo al anciano en su domicilio.

SESION DE POSTERS II Área de Exposición

Viernes y Sábado, 8-9 Junio

Área clínica

IMPLANTACIÓN DE UN MÉTODO DE SCREENING NUTRICIONAL EN PACIENTES CON DEMENCIA EVOLUCIONADA. ABORDAJE MULTIDISCIPLINAR

C. Sauret Santasuana¹, E. Andreu i Casañas², N. Madero Marçet², M^a J. González², R. Trallero i Casañas¹ y A. Espallargas Núñez¹

¹Unidad de Nutrición Corporació Sanitària Parc Taulí, Sabadell, ²Unidad de Psicogeriatría. Centre Sociosanitari Parc Taulí, Sabadell.

Objetivos: Conocida la alta prevalencia de alteraciones en la conducta alimentaria en la última etapa de la vida de los pacientes con deterioro cognitivo severo y el alto riesgo de desequilibrio nutricional, se crea la necesidad, desde el servicio de nutrición, de una colaboración multidisciplinaria para identificar los pacientes en riesgo de malnutrición, sus causas probables y la implantación de una intervención. Se quiere valorar la idoneidad del método en este tipo de pacientes al ingreso en la unidad de psicogeriatría y el grado de necesidades asistenciales que genera en los equipos implicados.

Metodología: Estudio piloto de la aplicación del Mini-Screening Nutricional (MSN) de la Sociedad Europea de Nutrición Parenteral y Enteral (ESPEN), adaptado por la comisión de nutrición de nuestro centro, a los pacientes que ingresen en la unidad de Psicogeriatría. Consta de 5 ítems: Paciente con bajo peso; pérdida de peso en los últimos tres meses; disminución de la ingesta en la última semana; presencia de síntomas que interfieren en la ingesta y; parámetros analíticos de desnutrición proteica. Ante la alteración de al menos uno de estos parámetros, se cursa interconsulta a la unidad de Nutrición que aplica el Nutricional Risk Screening (NRS.2002) e indica las actuaciones preventivas y/o terapéuticas a seguir. Se implantan las medidas del manejo nutricional aconsejado y se hace un seguimiento, controlando: Evolución ponderal, nivel de ingesta y aceptación de las medidas indicadas. Período de estudio: Tres meses.

Resultados: Se realiza el MSN a 15 pacientes y el NRS en 13 (86'6%) de ellos. Según el NRS un 66,6% presenta un IMC < 20 y un 13,3% IMC > 25 con pérdida de peso. El score del estado nutricional es de 2 en un 40% y el de gravedad de enfermedad es 0 o 1 en el 100% y se ajusta por edad en el 100% de los casos. El 60% de los pacientes no realiza una ingesta completa. Medidas realizadas: Aumento del aporte calórico y proteico en el 40% de los casos. Se prescriben suplementos energético/proteicos, con alimentos naturales y/o comerciales en el 40%. Modificación de la textura en el 33%. Se consigue aumentar la ingesta en el 46,6% de los casos y en caso de alta el 75% reciben recomendaciones.

Conclusiones: Casi todos los pacientes son de riesgo y el MNS es sensible para detectarlos. La subjetividad de las preguntas no detecta la etiología de las alteraciones. La alteración del NRS es por problemas nutricionales, inherentes a la enfermedad demencia. Los equipos implicados ven viable la integración del método en su actividad asistencial diaria ya que supone un beneficio para los pacientes. Nos planteamos seguir con el estudio para confirmar estos resultados y valorar la idoneidad del método.

Palabras clave: Screenning Nutricional. Demencia. Malnutrición

MANEJO DE LA INFECCIÓN URINARIA EN LA POBLACIÓN ANCIANA DE UN CENTRO DE SALUD

A. López de Viñaspre Muguerza, Jesús Iturralde Iriso, M.J. Ibáñez Cervera¹, A. Roldán Marrodán, A. L. Martínez López

y I. Cubero Fernández

C.S. Casco Viejo, Vitoria.

Las infecciones del tracto urinario (ITU) constituyen una patología común en las consultas de atención primaria. Ocupan el segundo lugar de las infecciones atendidas por el médico de cabecera. Su incidencia varía según el sexo y la edad suponiendo el 13,1% de las infecciones comunitarias. Es la infección nosocomial más frecuente. Hemos estudiado las ITU de tres cupos de atención primaria, en personas mayores de 65 años. El objetivo es conocer el manejo de estas infecciones.

Metodología: Diseño: estudio descriptivo transversal. El estudio se realiza durante el año 2006. Se utiliza un análisis de la base de datos del programa OSABIDE. Se recogen los episodios de infección urinaria en pacientes mayores de 65 años.

Resultados: Se estudian 76 episodios de infección urinaria. La edad media es de 77,7 (\pm 6,8) años. El 90,65% son en mujeres y el 9,35% en varones. El 50,47% son nuevos episodios, el 24,30% son recidivas y el 25,23% son reinfecciones. La media de episodios ITU al año era de 1,4 (\pm 1). El 86,85% se ha diagnosticado en la consulta del médico de familia, El 2,63% en el punto de atención continuada, el 6,58% en las urgencias hospitalarias y el 3,95% en un ingreso hospitalario. En un 89,5% de los casos no consta en la historia o no se ha realizado tira reactiva de orina. Un 2,63% no recibió tratamiento, un 71,05% recibió tratamiento empírico y un 26,32% tratamiento según antibiograma.

Conclusiones: De momento no se registra correctamente en el programa, aunque nos sirve de ayuda para saber como tratamos nuestras infecciones de orina y que hacemos mal para poder mejorar el manejo de la infección de orina estos pacientes.

LOS PACIENTES PALLIATIVOS ONCOLÓGICOS Y NO ONCOLÓGICOS COMPARTEN SÍNTOMAS

B. Grandal Leiros, M. Mareque Ortega, S. Amor Andrés, A. Bartolomé Jiménez, F. Madruga Galan y R. Padilla Clemente Hospital Virgen del Valle, Toledo.

Introducción: El pronóstico de las enfermedades avanzadas no oncológicas carece de criterios objetivos claros; por ello no reciben la cobertura paliativa equiparable a los pacientes oncológicos.

Objetivo: Conocer la prevalencia de síntomas y características biopsicosociales en los pacientes paliativos ancianos oncológicos y no oncológicos.

Método: Estudio observacional retrospectivo de pacientes ingresados desde 01/01/96 hasta 31/12/06 en la Unidad Geriátrica Domiciliaria del H Virgen del Valle (Toledo). Se incluyeron 1776 pacientes mayores de 75 años siendo el 69% pacientes oncológicos y el 31% pacientes no oncológicos. Un equipo interdisciplinario especializado en geriatría realizó un seguimiento de los pacientes desde su ingreso en la unidad hasta su fallecimiento. Se recogieron variables sociode-

mográficas, estado funcional y cognitivo y diagnóstico principal y síntomas en la última visita realizada antes del éxodo.

Resultados: El tumor más prevalente fue el cáncer de pulmón (18,5%) seguido del de próstata (16,7%). La patología no oncológica más prevalente fue el EPOC (29%) seguido de la Insuficiencia cardíaca (27,2%). En relación a la sintomatología en pacientes oncológicos más de un 60% presentan dolor seguido de estreñimiento y xerostomía en más del 30% de los casos. En pacientes paliativos no oncológicos más de un tercio presentan dolor, clínica constitucional y estreñimiento. La disnea es más frecuente en las enfermedades cardiorespiratorias (84%) que en neoplasias pulmonares (55%).

Conclusión: En los pacientes con insuficiencia de órganos en situación avanzada es necesario un abordaje paliativo dado que los síntomas que presentan son comunes a los de pacientes paliativos oncológicos.

SUBTIPOS DE DEMENCIA: ABORDAJE TERAPÉUTICO DIFERENCIAL

J.M. Boza García, A. Cid López, C. Volante Macías, M. Fernández Gómez, I. Pérez Eguígaray y R. Pérez Martín
Centro Sar Monte Jara, Tharsis, Huelva.

Introducción: El aumento de la esperanza de vida y la incidencia de las demencias mantienen un crecimiento paralelo y constante en los países desarrollados. La demencia es una de las enfermedades neurológicas más interesantes, dado que afecta una facultad humana por excelencia, la inteligencia. Los criterios de clasificación más empleados en la actualidad hacen referencia a las características clínicas del síndrome demencial y su etiología. En cuanto a la clínica, podemos hablar de demencia cortical o subcortical, según las áreas cerebrales donde se concentran los cambios patológicos. Esta clasificación no debe entenderse en términos absolutos, ya que con frecuencia existe un grado de solapamiento importante entre ambas.

Objetivos: Comparación del perfil terapéutico en los subtipos de demencia: cortical vs. subcortical. Tomando como patrones la Demencia Tipo Alzheimer y Tipo Parkinson, desde el marco de intervención de un equipo interdisciplinar.

Desarrollo: Atendiendo a las diferencias constatadas en la clasificación teórica: cortical vs. subcortical, realizamos la siguiente división: **DEMENCIA CORTICAL SUBCORTICAL:** Enfermedad Alzheimer Parkinson. Deterioro más homogéneo No Proporcionado. Memoria Olvidos, Amnesia Difícil acceso. Orientación Desorientación Orientado. Conocimiento Agnosia Bradipsiquia. Ejecución Apraxia Dis-ejecución. Lenguaje Afasia Normal. Habla Normal inicial Disartria. Cogniciones Deterioradas Pobre uso. Síntomas psicóticos Por enfermedad Por medicación. Afecto Normal-Ansioso Depresivo. Personalidad Normal-Inapropiado Apática. Postura Normal Inclinada. Marcha Normal Alterada. Movimientos Normales Lentos. Coordinación Normal inicial Afectada precoz. A pesar de que la atención integral al residente, requiere siempre de un abordaje interdisciplinario, la composición del Plan Terapéutico, para cada uno de los subtipos en estudio, difiere cualitativa y cuantitativamente, atendiendo a la sintomatología. De este modo se evidencia la presencia de una alteración más acusada de los procesos superiores en las demencias corticales, que hacen enfocar el eje del tratamiento hacia una perspectiva claramente cognitiva. No obstante, las demencias subcorticales se caracterizan por un patrón patológico en el que se ven alteradas significativamente funciones motoras, estableciendo un abordaje terapéutico más funcional.

Conclusiones: Desde nuestra experiencia profesional, destacamos la necesidad de tener en cuenta, los diferentes subtipos de demencia, como clave fundamental para el abordaje global mediante un plan terapéutico interdisciplinario y personalizado, encaminado a conseguir la máxima calidad asistencial.

EVALUACIÓN DE LA ANEMIA EN PACIENTES ANCIANOS INGRESADOS EN UNA UNIDAD GERIÁTRICA DE MEDIA ESTANCIA

C. Roqueta Guillen¹, M.J. Robles Raya¹, I. Llorach Gaspar¹, C. Antonio Villavicencio Chavez¹, R. Miralles Basseda¹ y A.M. Cervera Alemany²

¹Hospital de l'Esperanza, Barcelona, ²Centro Forum del Hospital del Mar, Barcelona.

Introducción: La anemia es una patología muy frecuente en ancianos.

Objetivo: evaluar la prevalencia de anemia y sus características en pacientes ingresados en unidad geriátrica de media estancia, después de un proceso agudo.

Pacientes y método: se realizó a 57 pacientes (35 mujeres/22 hombres) una evaluación geriátrica integral registrándose los siguientes parámetros: edad, índice de Barthel previo (IBP), índice de Barthel al ingreso (IBI), índice de Lawton (IL), mini-mental de Folstein (MMSE), Norton (N), índice de comorbilidad de Charlson (ICCh) y diagnósticos principales agrupados. Se evaluó la prevalencia de anemia (Hb < 12 g/dl), clasificación, tipo y tratamiento.

Resultados: Medias de los parámetros evaluados: edad 77,2 ± 10,6; IBP 90,8 ± 17,0; IBI 38,4 ± 23,3; IL 4,4 ± 2,9; MMSE 23,2 ± 5,7; N 15,4 ± 2,5 y ICCh 2,0 ± 2,1. Diagnósticos principales agrupados: 22 (38,6%) fractura-lesión, 12 (21,1%) neurológico, 10 (17,5%) otros, 6 (10,5%) cardiorrespiratorio, 4 (7,1%) vascular y 3 (5,2%) cirugía. Prevalencia de anemia: 71,9%. Clasificación: 33 (76,8%) normocítica normocrómica, 9 (20,9%) macrocítica y 1 (2,3%) microcítica hipocroma. En 28 (65,1%) pacientes era conocida previamente; en 20 (55,5%) no constaban parámetros específicos de estudio de la anemia. Tipos de anemia detectados: 17 enfermedad crónica, 16 hemorragia aguda postcirugía ortopédica o fractura, 7 déficit de ácido fólico, 4 déficit de vitamina B12, 4 no fisiada, 3 ferropénica, 1 hemorragia digestiva y 1 mieloma múltiple. Diez pacientes (23,8%) requirieron transfusión sanguínea durante su estancia previa en el hospital de agudos y 15 (36,5%) seguían tratamiento farmacológico.

Conclusiones: La anemia es una patología muy prevalente en los ancianos. Anemia normocítica y normocrómica es la más frecuente en el presente estudio. La anemia por enfermedad crónica y postcirugía son los tipos de anemia más frecuentes en dicho nivel asistencial.

PESQUISA DE DETERIORO COGNITIVO LEVE EN PACIENTES ANCIANOS CONSULTANTES EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD: APLICACIÓN DEL MONTREAL COGNITIVE ASSESSMENT (MoCA) EN UN ÁREA DE SALUD DE CHILE

E. Gallegos-Chávez¹, A. López-Ravest², Y. Orellana-Araya¹, J. Arellano-Lorca¹, M. Robles-Bello¹ y V. Vásquez-Stuardo¹

¹Unidad Docente de Geriatría USACH, Santiago de Chile, ²Centro de Salud Alejandro del Río.

Objetivos: El deterioro cognitivo leve (DCL) representa un importante factor de riesgo para conversión a Demencia, mayor morbilidad y mayor institucionalización, por lo que su pesquisa precoz es relevante. El Minimental de Folstein (MMF) tiene limitantes para pesquisa de DCL, ya que es un instrumento que ocupa tiempo. Se ha reportado el MoCA como un instrumento útil de diagnóstico y pesquisa de DCL, ya que tiene buena sensibilidad y especificidad y no toma más de 10 minutos en su aplicación. No existen reportes en nuestro país acerca desutilización como instrumento en APS y especialmente en población de alto riesgo como son pacientes portadores de Diabetes, Dislipidemias e Hipertensión Arterial.

Método: Aplicación de MoCA (versión español) a una muestra aleatoria de pacientes > 65 años autovalentes y con MMF normal, consultantes de un programa de salud cardiovascular en atención primaria de salud. El punto de corte del MMF fue 22 puntos. Se aplicó coeficiente de correlación de Spearman (r) para comparación entre variables. El test fue aplicado por entrevistadores entrenados.

Resultados: 94 pacientes estudiados, el 63% entre 65 y 69 años de edad. Sólo 5% mayor de 80 años. 40 casos (42,5%) resultan como DCL. El 53% tienen estudios < 8 años. No existe correlación entre años de estudio y puntaje en MoCA (r = 0,4730 p < 0,0001). Los encuestadores mencionan como ventajas: rápida y fácil aplicación, no requiere material anexo y puntuación clara; entre las desventajas destacaron el ser un test nuevo, el requerir entrenamiento previo y la percepción de influencia del componente educacional.

Conclusiones: Hemos pesquisado un alto porcentaje de pacientes con DCL, de edad no avanzada y portadores de patología de alto riesgo cardiovascular, lo que podría explicar la alta prevalencia. El test no sería influenciado por el bajo nivel educacional, pese a la impresión de los encuestadores. El instrumento sería una herramienta cómoda para aplicación en APS. Los resultados son parte de un estudio prospectivo de diagnóstico de DCL en APS.

RELACIÓN ENTRE ANEMIA Y PARÁMETROS DE EVALUACIÓN GERIÁTRICA INTEGRAL EN PACIENTES ANCIANOS INGRESADOS EN UNA UNIDAD GERIÁTRICA DE MEDIA ESTANCIA

C. Roqueta Guillen, A. Renom Guiteras, I. Llorach Gaspar, M^a J. Robles Raya, R. Miralles Basseda y A.M. Cervera Alemany
Hospital de l'Esperança Centre Fòrum de l'Hospital del Mar, Barcelona.

Introducción: La anemia es una patología muy común en la población anciana.

Objetivo: Evaluar la relación entre anemia y parámetros de evaluación geriátrica en pacientes ingresados en unidad geriátrica de media estancia, después de un proceso agudo.

Pacientes y método: Se realizó a 57 pacientes (35 mujeres/22 hombres) una evaluación geriátrica integral registrándose: edad, índice de Barthel previo (IBP), índice de Barthel al ingreso (IBI), índice de Lawton (IL), mini-mental de Folstein (MMSE), Norton (N), índice de comorbilidad de Charlson (ICCh), estado nutricional mediante peso, índice de masa corporal (IMC), circunferencia braquial (CB), albúmina y colesterol. Se registraron diagnósticos principales agrupados, síndromes geriátricos y la prevalencia de anemia (Hb < 12 g/dl)

Resultados: Las medias de las variables estudiadas en los 41 (71,9%) pacientes con anemia fueron: edad 77,4 ± 11,4; IBP 91,0 ± 14,4; IBI 40,9 ± 21,0; IL 4,6 ± 2,9; MMSE 23,5 ± 5,4; N 15,5 ± 2,3; ICCh 2,0 ± 2,3; peso 66,1 ± 11,1; IMC 26,7 ± 6,8; CB 27,3 ± 3,2; albúmina 3,2 ± 0,4; colesterol 176,0 ± 42,3. En los 16 pacientes sin anemia fueron: 76,5 ± 8,3; 90,4 ± 22,9; 4,0 ± 2,9; 32,2 ± 28,2; 22,6 ± 6,6; 15,3 ± 3,0; 1,9 ± 1,3; 64,7 ± 15,3; 26,5 ± 5,6; 27,3 ± 4,5; 3,2 ± 0,4 y 154,8 ± 45,2 respectivamente (p = ns). De los 57 pacientes estudiados los diagnósticos principales fueron: 22 fractura-lesión [20 con anemia (35,1%); 12 neurológico [8 con anemia (14,1%)]; 7 cirugía general y vascular [5 con anemia (8,8%)]; 6 cardiorespiratorio [2 con anemia (3,5%)] y 10 otros [6 con anemia (10,5%)] (Chi = 13,986; p = 0,02). Hubo 29 pacientes que habían sufrido caída (43,8% con anemia) y 51 con trastorno de la marcha (68,4% con anemia), mientras que en los restantes los porcentajes de anemia fueron 28,0% (Chi = 5,959, p = 0,01) y 3,5% (Chi = 4,947, p = 0,02) respectivamente.

Conclusiones: Existió relación significativa entre anemia y el diagnóstico principal de fractura-lesión, y la presencia de caídas y trastorno de la marcha. No hubo relación entre anemia y el resto de parámetros estudiados.

Palabras claves: Anemia. Evaluación Geriátrica.

APOYO A LAS ACTIVIDADES DE VIDA DIARIA A TRAVÉS DE UNA HERRAMIENTA TECNOLÓGICA

C. Buiza Bueno¹, M.F. González¹, A. Etxaniz¹, I. Laskibar¹, J.M. Azkotia² y K. Florentino²

¹Departamento de Investigación y Desarrollo, Fundación Instituto Gerontológico Matía-INGEMA, San Sebastián, ²Unidad de Salud, Fundación FATRONIK, San Sebastián.

Objetivos: Desarrollo de una herramienta de ayuda a las personas mayores, para apoyarles en las actividades de vida diaria.

Método: Se han desarrollado, módulos de aplicaciones software para ser utilizados en un dispositivo portable PDA por el paciente, y una aplicación web para ser utilizada por el entorno del paciente (familiares, médicos, etc.). A través de estos módulos se dará cobertura a necesidades relacionadas con la memoria, orientación/localización, control de constantes vitales, comunicación, ocio y entretenimiento y smart home. Actualmente están implementados y testados los tres primeros módulos. La tecnología de soporte es una solución técnica basada en computación ubicua que incluye tres tecnologías: (1) Aparato portátil PDAs; (2) Comunicaciones wireless, (3) Sistema de información centralizada. Primero, se realizó un triple análisis de la detección de las necesidades de las personas mayores, de su interacción con las nuevas tecnologías (NTIC's), y del interfaz más adecuado. En base a este triple análisis se realizó el planteamiento de soluciones posibles. Posteriormente, estas soluciones han sido testadas en grupos de discusión con potenciales usuarios finales (77 personas). Tras el análisis de los resultados de estos grupos se han implementado los módulos, los cuales han sido validados con usuarios finales.

Resultados: En las pruebas se les administraban a los usuarios varios cuestionarios referentes a aspectos técnicos de la aplicación y a las actitudes que les suscitaba. En los primeros se les hacían preguntas acerca de la utilidad, la facilidad de uso, aspectos del inter-

faz, etc. Además se recogían todos los comentarios cualitativos. Las cuestiones eran puntuadas en una escala de 0 a 10. Todas alcanzaron una media superior a 7 puntos.

Conclusiones: Las funcionalidades han sido positivamente valoradas y son contingentes con la vida diaria. La posibilidad de personalización a cada tipo de usuario, en función del nivel de manejo de las NTIC's y de su patología concreta es una de las claves del éxito. Los interfaces amigables hacen intuitiva la interacción y han sido utilizados con una tasa alta de éxito (90%), independientemente del nivel cultural, el género y la edad. Valoración muy positiva de las aplicaciones tecnológicas derivadas de la investigación (uso de GPS, conexión de la PDA en tiempo real con los servicios sociales, sanitarios y sociosanitarios...) que son valoradas como un elemento de aumento de la seguridad percibida y sensación de control.

INTERVENCIÓN NUTRICIONAL ¿TIENE SENTIDO EN GERIATRÍA?

E. Ubis Diez¹, M. Clerencia Sierra² y L. Mirlans Gracia²

¹Hospital de Barbastro, Huesca, ²Hospital Sagrado Corazón de Jesús, Huesca.

Objetivo: Conocer las características y la situación nutricional de los pacientes que acuden a Consulta de Nutrición en el Servicio de Geriatría del HSCJ y la evolución a los 6 meses y al año de la valoración inicial.

Metodología: Estudio analítico, prospectivo y longitudinal de los pacientes que acuden a la Consulta de Nutrición en el Servicio de Geriatría del HSCJ de Huesca desde el año 2004. Variables estudiadas: edad, sexo, diagnóstico principal, situación funcional (í. Barthel) y cognoscitiva (Pfeiffer), parámetros nutricionales (antropométricos y bioquímicos) en la visita inicial, a los 6 meses y al año de seguimiento; consumo de suplementos nutricionales y nutrición enteral por sonda. Base de datos Excel y tratamiento estadístico SPSS13.0.

Resultados: 64 pacientes, edad media 82,18 + DE 7,49; 57,8% mujeres. Como diagnósticos principales: 27 ACV (42,2%), 14 Demencia tipo Alzheimer (21,9), 9 Demencia Vascular (14,1%), 6 patología digestiva (9,4%)... Un 74,2% presentaban í. Barthel < 40 y el 73,4% deterioro cognoscitivo. El 36,2% presentaban desnutrición (DN) utilizando parámetros antropométricos y bioquímicos y el 82,8% utilizando únicamente los bioquímicos. Consumían suplementos el 48,4% y eran portadores de sonda para nutrición enteral 25%. Encontramos significación estadística entre: sexo masculino y mayor desnutrición; situación funcional y presencia de DN en donde el 80,3% de los desnutridos presentaban dependencia severa; mejoría de los parámetros bioquímicos y aumento del peso en las sucesivas visitas.

Conclusiones: En nuestra muestra: Elevada incidencia de desnutrición en los pacientes que padecen enfermedades que generan dependencia funcional severa, fundamentalmente entre el sexo masculino. Mejoría significativa con la intervención nutricional del peso y los parámetros bioquímicos que valoran desnutrición.

PROGRAMA DE EDUCACIÓN PARA GEROCULTORAS DE RESIDENCIAS GERIÁTRICAS DESDE UN EQUIPO DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

J.M. Leyva Moral, C. Caixal Mata, C. Campmajo Almodóvar y E. Parra Aresté

Eap Dreta de L'Eixample, Barcelona.

Objetivo: Mejorar la formación de las gerocultoras y aumentar su seguridad a la hora de aplicar cuidados de salud mediante un Programa de Educación para la Salud. A su vez, se pretende promocionar la labor de una Unidad Geriátrica de Atención Primaria entre el personal auxiliar de las residencias.

Método: Estudio cuasi-experimental pre y post. El tamaño muestral inicial fue de 300 gerocultoras. Mediante carta informativa dirigida a la dirección de cada una de las residencias se informó de la implantación del programa. El contenido, duración, horario y periodicidad de las sesiones fue pactado previamente con las gerocultoras mediante un cuestionario elaborado para tal fin. A día de hoy se han realizado 11 de las 13 sesiones formativas que componen el curso. Este programa educativo se inició en julio de 2006 y finalizará en abril de 2007.

Resultados: (Estarán a punto a finales de abril). La participación ha sido baja (< 5%) lo que nos hace plantear si la causa ha sido una divulgación poco eficaz o falta de interés por parte de las Gerocultoras y/o de la dirección. A pesar de la poca participación, los asistentes

han manifestado su satisfacción por la implantación del programa, lo que nos hace plantear nuevas estrategias de planificación para la próxima edición en función de los resultados.

Palabras clave: Atención Primaria. Gerocultoras. Formación.

CAUSAS Y FACTORES DE INMOVILIDAD EN UNA ULE

R.M. López Romero, Y. Vergés Forés, L. Tena Querol, J. Renau Bahima, M.C. Rodríguez González y E. Martínez Almazán
Hospital de la Santa Creu, Tortosa.

Objetivos: Describir las causas más frecuentes de inmovilidad en los pacientes ingresados en una ULE. Valorar la marcha en pacientes con depresión, demencia, uso de benzodiacepinas, neurolépticos, caídas, sujeción mecánica durante el ingreso. Valorar los factores que influyen en la inmovilidad al alta.

Método: Estudio descriptivo retrospectivo de pacientes ingresados en una ULE durante 2 años que realizan fisioterapia por inmovilidad. Se excluyen pacientes inmovilizados sin potencial rehabilitador. Se recogen datos: Barthel, marcha, motivo de inmovilidad, fármacos

Resultados: 113 pacientes en programa de fisioterapia (edad media 81,7 DE 9,2); mujeres 57,5%. Datos basales: Barthel 62, demencia 70,8 %, caídas 40,7%, depresión 46,9% (sin tratamiento 58,4%), marcha autónoma 53,1%. Al ingreso: Barthel 20, inmovilizados 40,7%, UPP 29,2%, fármacos 7,46 DE 2,7, benzodiacepinas 46%, neurolépticos 41,6%, sujeción mecánica 42,5%, motivo de inmovilidad: ictus 17,7%, fractura 9,7%, patología cardiorrespiratoria 15%, caídas 5,3%. Al alta: Destino 38,1% domicilio, 53,1% institucionalizados, 8,8% éxitus. Inmovilizados 16,8%, de ellos 62,5% se institucionalizan vs 57,5% de institucionalización en los no inmovilizados (p 0,708). De los institucionalizados al alta 83,3% no están inmovilizados. De los inmovilizados al ingreso, al alta 13% mantienen bipedestación, 41,3% permanecen inmovilizados y 45,7% recuperan movilidad. Los pacientes con y sin depresión presentan inmovilidad al alta similar (17%). Los pacientes con sujeción mecánica permanecen inmovilizados al alta 25% vs 10,8% en los que no la requieren. De los pacientes con caídas que están inmovilizados al ingreso, 6,5% permanecen inmovilizados al alta, marcha con andador 52,2%. Neurolépticos 19,1% inmovilizados, 21,2% marcha autónoma. Benzodiacepinas 36,5% inmovilizados al ingreso vs 13,5% al alta; 23,1% presentan mejoría al alta vs 24,6% en los que no lo toman (p 0,851). En la regresión logística los factores que influyen en la inmovilidad al alta son: edad, caídas, fármacos, Barthel, sujeción, tiempo de inmovilización, número de sesiones de fisioterapia, implicación familiar, motivo de inmovilización, inmovilidad al ingreso (R2 de Cox y Snell 0,617)

Conclusiones: Las causas de inmovilidad más frecuentes son: el ictus, patología cardiorrespiratoria y fracturas. La inmovilidad al alta no parece condicionar la necesidad de institucionalización. Casi la mitad de los pacientes toman benzodiacepinas y neurolépticos, sin observarse diferencias en la mejora de la movilidad al alta frente a los que no los toman. Los factores que influyen en la inmovilidad al alta son múltiples, sin encontrarse relación con las variables número de fármacos, depresión y demencia.

NONAGENARIOS EN UNA UNIDAD DE AGUDOS GERIÁTRICA

F. Villanueva Pardo, M.E. González Medina, M. del Carmen García López, M.L. Ramos Ruiz, A. Salinas Barrionuevo y J.F. García López
Unidad Geriátrica Pabellón C. Complejo Hospitalario Carlos Haya, Málaga.

Objetivos: Conocer las características epidemiológicas de los pacientes nonagenarios ingresados en el servicio de geriatría del Hospital Civil de Málaga durante un periodo de 12 meses. Mejorar la calidad de los cuidados asistenciales a este tipo de pacientes.

Material y métodos: Estudio retrospectivo transversal de las historias clínicas de los pacientes ingresados en el año 2006 que presentaron en el momento del ingreso 90 años o más. Variables estudiadas: edad, sexo, estancia media, antecedentes, motivo de ingreso, diagnóstico principal, patología asociada, incapacidad psicofísica, número de fármacos administrados.

Resultados: Del total de ingresos (305 pacientes) cumplían criterio 11,15%. Edad media: 93,35 años. Sexo: 47% Hombres, 53% Mujeres. Estancia hospitalaria media: 10,7 días. Motivos ingreso: disnea 9 casos (26,5%), fiebre 6 (17,6%), disminución nivel de conciencia 3 (8,8%). El 84% de los pacientes procedían de urgencias de nuestro

hospital, el resto de distintos servicios del mismo. Estancia media: 15,4 días. Motivo alta: mejoría (47%), éxitus (44,1%), traslado (8,9%). Al ingreso, independientes físicamente: 6 pacientes y psíquicamente, 8. Al alta, independencia física 3 y psíquica 6. Media fármacos ingreso: 4,5 y al alta: 5. Patologías más frecuentes: Nefrológica 10 casos (29,4%), neurológica 8 (23,5%), cardiovascular 7 (20,6%): Cuadros más frecuentes: IC: 5 casos (14,7%), ACV: 4 (11,8%), Neumonía: 4 (11,8%), Insuficiencia renal, Carcinoma vesical y Síndrome confusional agudo 3 casos cada una (8,8% respectivamente). Presentan patología asociada el 100% de los casos. Media de patologías asociadas: 5,8 por paciente. Patologías asociadas más frecuentes: Cardiovascular: 43 casos (21,5%), Neurológica: 40 (20%), Nefrológica: 27 (13,5%), Endocrino-metabólica: 22 (11%), Digestivo: 17 (8,5%). Cuadros más frecuentes: ITU: 16 pacientes (47%), HTA: 14 (41,1%), IC: 13 (38,2%), FA: 9 (26,5%), diabetes: 9 (26,5%).

Conclusiones: Los esfuerzos asistenciales deben dirigir sus pasos hacia una atención integral del nonagenario. El problema social constituye una de las causas emergentes de ingreso de estos pacientes. El nonagenario presenta pluripatología y polifarmacia. Hay alto grado de comorbilidad asociado a la patología principal. La incapacidad física es una complicación frecuente tras el ingreso. El índice de mortalidad es superior al resto de los pacientes, al igual que la estancia media. Las causas más frecuentes de decesos fueron descompensaciones cardíacas y neoplasias. Los nonagenarios con mayor incapacidad física al ingreso presentaron mayor mortalidad.

SATISFACCIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN LOS CUIDADOS AL FINAL DE LA VIDA

E.C. Ruiz Mendoza, S. De Las Cuevas y J.A. Martos
Hospital General de Granollers.

Objetivo: Determinar la satisfacción del personal de enfermería de las diferentes Unidades del Centro Sociosanitario (CSS) del Hospital General de Granollers en los cuidados ofrecidos a los pacientes en la etapa final de vida.

Metodología: Estudio descriptivo realizado mediante una encuesta de satisfacción al personal de enfermería. Consta de 4 ítems con varios apartados donde se valoran Percepción del ámbito de trabajo, Comunicación y coordinación con los integrantes del equipo interdisciplinar, Infraestructura de la Unidad, Reconocimiento profesional por parte de los familiares, puntuados del 1 al 5 (1: muy insatisfecho, 2: insatisfecho, 3: aceptable, 4: satisfecho, 5: muy satisfecho). Se cumplimentó de forma anónima por los diplomados del CSS: Unidad Cuidados Paliativos (UCP), Unidad Media Estancia (UME) y diplomados no adscritos (Enfermería Polivalente). Se excluye a los profesionales de menos de un año de antigüedad en el CSS.

Resultados: Nivel de cumplimentación 87%. El ítem percepción del ámbito de trabajo: UCP 4,2 vs 3,4; UME y diplomados polivalentes 3,3. En Comunicación y coordinación: UCP 4,5 UME 2,19 y 2,5 polivalentes. Infraestructura: UCP puntuaron 5 UME 2,1 y 2,8 polivalentes. Motivación y reconocimiento: UCP 4,6 UME 3,3 y en polivalentes 3,5.

Conclusiones: Es deber de todo profesional sanitario el ofrecer al enfermo terminal y a su entorno familiar cuidados adecuados. Aún así, la vivencia de los cuidadores internos es percibida de distinta forma incluso en unidades especializadas en paciente con alta discapacidad como es el caso de las en Unidades de Media Estancia. La no especialización en cuidados paliativos (dificultad para decidir tratamiento sintomático, percepción de mala ubicación del paciente, carga de trabajo) unidades poco adaptadas a situaciones finales (ambientes ruidosos, falta de espacio para el acompañamiento de las familias...) son motivo de insatisfacción del personal. Este trabajo rebela la necesidad de planes integrales en los cuidados al final de la vida para ofrecer y percibir una máxima satisfacción en los cuidados ofrecidos.

VALORACIÓN, PLANIFICACIÓN Y REALIZACIÓN DE CUIDADOS ESPECÍFICOS INDIVIDUALIZADOS EN EL MEDIO RESIDENCIAL

M. Echarri Eslava, L. Malón Canento, M. Iglesias Goñi, P. Antoñanzas Ocaña, I. Moreno Garatea y D. Pestano Medina
Centro Gerontológico Amma Oblatas, Pamplona.

Introducción: En el medio residencial, el profesional de enfermería se encarga de realizar la planificación de los cuidados individualiza-

dos tras la valoración integral, ya sea al ingreso, o en un cambio de estado del residente. Al igual que es importante realizar dicha planificación de manera completa, es imprescindible la existencia de una comunicación entre los profesionales para la ejecución de los cuidados de manera eficaz.

Objetivos: Favorecer la comunicación entre los diferentes profesionales de atención directa en planta, para mantener un criterio único y ofrecer una atención de calidad individualizada. Facilitar la valoración de enfermería y planificación de los cuidados específicos de cada residente, así como revisarlos periódicamente. Ver la evolución de la dependencia de manera individualizada.

Material y método: Revisión bibliográfica. Se elaboró una guía de valoración y planificación de cuidados de enfermería, y se adaptó en base al soporte informático que usamos en nuestra residencia, para unificar el criterio de realización de la historia de enfermería y la planificación de los cuidados en planta. De acuerdo con la dependencia y necesidades en nuestro medio, analizando las historias clínicas e historias de enfermería de una muestra de 90 pacientes, se realizó una agrupación de los cuidados más frecuentes. A raíz de la guía de valoración de enfermería y agrupación de los cuidados se ha realizado una plantilla de atención personalizada para, de una manera muy sencilla, reflejar la planificación de cuidados específicos individualizados.

Resultados: Tras el uso de la plantilla de atención personalizada el cumplimiento de los cuidados específicos programados ha mejorado, se ha hecho más fácil la comunicación entre profesionales. Se eligió un lugar, en un cajón a los pies de la cama para facilitar la consulta por parte del personal de atención directa en planta, pero manteniendo la confidencialidad del paciente. También se ha ahorrado tiempo en la planificación de los cuidados específicos, y se ha realizado de una manera más completa en un primer momento, gracias a tener que seguir la plantilla, nos obliga a los profesionales de enfermería a preguntarnos la necesidad o no de todos los cuidados incluidos. Se programa la revisión de la planificación de manera mensual. Visualizando las últimas revisiones hemos podido valorar más efectivamente los aumentos en la dependencia en los casos en los que se ha producido. Además se ha realizado una revisión y ampliación continua de la plantilla, en cuanto se detectaba alguna carencia, añadiendo los cuidados hasta ahora no incluidos.

Conclusiones: Recomendamos la realización, por parte de los profesionales de enfermería que vayan a utilizarla en el día a día, de una plantilla de atención personalizada, para facilitar la planificación y mejorar la comunicación entre los profesionales dentro del medio residencial.

ANALISIS DE LAS CAIDAS Y PROBLEMÁTICA ASOCIADA DESDE UNA VISIÓN INTERDISCIPLINAR EN UN CENTRO SOCIOSANITARIO

J.M. Pérez-Castejón Garrote, R. Palacios, M. Codina, M. Comellas, C. Santos y M. López
Clínica Barcelonesa, Barcelona.

Objetivos: Conocer la incidencia acumulada de caídas. Comparación con otros centros. Conocer las circunstancias, problemática asociada y posibles medidas de prevención. Discutir en equipo interdisciplinar las áreas de mejora. Valorar el grado de adecuación y el resultado de las intervenciones preventivas.

Material y método: Estudio del registro de caídas 2006 en las unidades de Hospitalización de Media y larga estancia. Análisis causal lugar, enfermedades y fármacos asociados. Factores extrínsecos, evolución funcional.

Resultados: Durante 2006 se atendieron un total de 608 pacientes que se distribuyeron: 341 en larga estancia, 241 en convalecencia y 63 en Cuidados paliativos. Un 42,8% de los pacientes tienen entre 75 y 85 años y el 29,27% entre 85 y 100. La incidencia acumulada de caídas es del 32,24% en la unidad de larga estancia y del 10,8% en la unidad de convalecencia, siendo la incidencia de caídas por mil camas año de 830,5 y 1083 respectivamente. La mayoría acontecen en los períodos de máxima actividad diurna y de tarde. La incidencia de caídas con consecuencias graves ha sido inferior al 1%. El lugar más frecuente de caída ha sido la propia habitación. Como diagnósticos destaca la Demencia (larga estancia) y la insuficiencia cardíaca, la depresión y la diabetes. En cuanto a los fármacos asociados existen diferencias por unidades aunque como grupo destacan los fármacos del aparato cardiovascular y los psicofármacos.

Conclusiones: La revisión interdisciplinaria de los datos del registro ha facilitado la detección de áreas de mejora a nivel de mobiliario y elementos estructurales. Hemos propuesto la revisión del uso de benzodiacepinas y completar el registro de fármacos potencialmente asociados como los hipoglucemiantes. Se han registrado muchas caídas cuyo mecanismo no es violento sin consecuencias de gravedad pero que constituyen un marcador de especial riesgo para evaluar exhaustivamente al paciente y minimizar riesgos potenciales.

Palabras Clave: Caídas. Registro. Análisis.

EVOLUCIÓN DE LA INMOVILIDAD EN PACIENTES EN PROGRAMA DE FISIOTERAPIA INGRESADOS EN UNA ULE

R.M. López Romero, L. Tena Querol, J. Renau Bahima, Y. Vergés Forés, M.C. Rodríguez González y E. Martínez Almazán
Hospital de La Santa Creu, Tortosa.

Objetivos: Describir las características clínicas, funcionales y sociales de los pacientes ingresados en una ULE que presentan inmovilidad. Valorar si la implicación familiar influye en la mejora funcional al alta.

Método: Estudio descriptivo retrospectivo de pacientes ingresados en una ULE durante 2 años que realizan fisioterapia por inmovilidad. Se excluyen pacientes inmovilizados sin potencial rehabilitador. Se recogen datos sobre Barthel, tipo de marcha, motivo de pérdida funcional, soporte e implicación familiar.

Resultados: 113 pacientes en programa de fisioterapia de un total de 499 (edad media 81,7 DE 9,2); mujeres 57,5%. Datos basales: Media Barthel 62, demencia 70,8%, caídas de repetición 40,7%, depresión 46,9%, marcha autónoma 53,1%, soporte familiar 88,5%. Al ingreso: Barthel 20, incontinencia urinaria 77%, fecal 57,5%, inmovilizados en cama 40,7%, UPP 29,2%, fármacos 7,46 DE 2,7, benzodiacepinas 46%, neurolépticos 41,6%, sujeción mecánica 42,5%, tiempo medio de pérdida de funcionalidad 10,54 semanas. Implicación familiar en la intervención de fisioterapia 49,6%, número de sesiones de fisioterapia 18,41 DE 12,6. Al alta: Barthel 32, marcha autónoma 23,9%, marcha asistida 12,4%, inmovilizado en cama 16,8%. De los pacientes que al ingreso deambulan con ayuda de dos personas, un 23,8% mantienen esta marcha y 19,1% recuperan marcha autónoma. Formación familiar al alta 66%. La mejora funcional ocurre en el 25% de los pacientes con implicación familiar frente al 22,8% sin implicación ($p = 0,785$ Eta 0,026). Destino al alta, 38,1% domicilio, 53,1% institucionalizados, 8,8% éxitos.

Conclusiones: El programa de fisioterapia consigue que la situación funcional al alta mejore incluso tras 10 semanas de inmovilidad. Aunque no se recupera la situación funcional previa, sólo 1 de cada 6 pacientes quedan inmovilizados en cama. No hemos encontrado diferencias en el pronóstico según la implicación familiar.

TIPOLOGÍA DE LOS PACIENTES QUE FALLECEN EN UNA UNIDAD DE GERIATRÍA

F. Villanueva Pardo, M.E. González Medina, J. Cavia Pardo, J F. García López, M.L. Ramos Ruiz y A. Salinas Barrionuevo
Complejo Hospitalario Carlos Haya, Málaga.

Introducción: Los pacientes ingresados en la Unidad de Geriatría del Hospital Civil presentan alto grado de morbilidad y mortalidad debido a su frecuente pluripatología. El anciano terminal es un enfermo que padece un proceso agudo o crónico que le sumerge en una situación crítica que le conduce a la muerte en un breve plazo de tiempo. El estado clínico del paciente no sólo depende de la naturaleza de la enfermedad causal, sino por el tipo, grado y curso de las alteraciones concomitantes o complicaciones inesperadas de la terapéutica.

Objetivos: Determinar las características epidemiológicas de los pacientes fallecidos en el servicio de geriatría del Hospital Civil de Málaga.

Material y métodos: Estudio descriptivo transversal de los informes de alta médica del servicio de geriatría durante 12 meses (enero-diciembre 06). Variables estudiadas: edad, sexo, estancia media, antecedentes, motivo de ingreso, diagnóstico principal, incapacidad psicofísica (Escala Cruz Roja).

Resultados: Del total de los ingresos (305), fallecen 84 pacientes (27,5%) con una edad media de 79,3 años, de los cuales 52,4% eran varones y el 47,6%, mujeres. Estancia hospitalaria media: 10,7 días.

Incapacidad física total 41 casos (48,8%). Incapacidad psíquica grado 5: 32 pacientes (38,1%) Diagnosticados de demencia en 19 casos. Motivos ingreso: disnea 23 casos (27,4%), deterioro general 10 (11,2%), fiebre 9 (10,7%), vómitos 6 (7,1%), dolor 6 (7,1%). Patologías con mayor grado de mortalidad: Cardiovascular 26casos (30,9%), Respiratorio 20 (23,8%), nefrológico 20 (23,8%), neurológico 8(9,5%). Cuadros más frecuentes: IC 14 (16,7%), Neumonía 8 (9,5%), ACV 7 (8,3%), IRA 6(7,1%), Carcinoma pulmón 4 (4,8%). Presentan patología asociada el 100% de los casos. Número de patologías asociadas por paciente: 3 (2casos), 4 (10), 5 (15), 6 (18), 7 (16), 8 (4), 9 (7), 10(7), 11 (3). Patologías asociadas más frecuentes: Cardiovascular 120casos (22%), Endocrinometabólica 97(17,8%), Neurológica 78(14,3%), Nefrológica 67(12,3), Respiratoria 60 (11%). Cuadros asociados más frecuentes: HTA 44 casos (52,4% de los pacientes), Diabetes: 39 (46,4%), IR: 35 (41,7%), ITU: 34 (40,5%), EPOC: 22 (26,2%).

Conclusiones: El paciente geriátrico presenta pluripatología y alto grado de incapacidad física que complican su manejo terapéutico, facilitando un alto grado de mortalidad. El motivo más común de ingreso es la disnea y el mal estado general. Las descompensaciones cardiorespiratorias son la causa más frecuente de los decesos. Los factores de riesgo cardiovascular con mayor grado de comorbilidad son HTA, diabetes, IR.

ALTERACIONES DEL SUEÑO EN EL PACIENTE GERIÁTRICO

M.E. González Medina¹, F. Villanueva Pardo¹, C. González Medina², J. Cavia Pardo¹, M.E. Cavia Pardo¹ y A. Salinas Barrionuevo¹
¹Unidad Geriátrica Pabellón C (Hospital Civil) Complejo Hospitalario, ²Unidad NeuroFisiología Hospital Civil, Málaga.

Introducción: En la vejez disminuye la capacidad, pero no la necesidad de dormir, lo que produce un aumento del tiempo de permanencia en cama para obtener el mismo grado de satisfacción. El anciano sufre modificaciones importantes de la calidad y la cantidad del sueño respecto al adulto.

Objetivo: Determinar las variaciones de la arquitectura del sueño del anciano en relación con la arquitectura del sueño del adulto.

Material y método: Estudio transversal retrospectivo de los registros polisomnográficos realizados en el Servicio de Neurofisiología del H. R. U Carlos Haya de Málaga de pacientes en edades comprendida entre 70 y 88 años durante los últimos cinco años. Criterio de exclusión: Pacientes con patología base orgánica muy marcada. Las condiciones del registro son: habitación aislada, registro nocturno, montaje mono y bipolar con monitorización electroencefalográfica, electrocardiográfica, electromiográfica, electroculográfica y respiración torácica.

Resultados: Del total de pacientes estudiados (439), presentan criterios de inclusión: 54. (12,3%). Sexo: Hombres: 32, Mujeres: 22. Sueño: Fase I: 14,7%, Fase II: 64,9%, Fase III -IV: 11,7% REM: 11%. Latencia de sueño: 70 minutos, latencia de REM: 105,6 minutos, Vigilia intrasueño 27%. Eficiencia de sueño: 43,2%.

Conclusiones: La arquitectura del sueño del anciano está alterada. El porcentaje de la fase III-IV del sueño lento profundo está disminuido y existe un aumento de la vigilia intrasueño, con lo que la eficiencia de sueño está disminuida. El sueño nocturno está interrumpido por numerosos despertares, luego les es difícil volver a conciliar el sueño, por lo que la cantidad de fase I está aumentada.

MORIR ANCIANO EN EL HOSPITAL EN EL SIGLO XXI

M. Ramos Cortés, M. Herrera Abián, E. Romero Pisonero, M.E. Pastor Vicente, J. Mora Fernández y J.M. Ribera Casado
 Servicio de Geriatría. Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

Objetivo: Describir el proceso de muerte en un área de hospitalización de Agudos de Geriatría en relación con la necesidad de sedación y las circunstancias estructurales en que se produce.

Métodos: Estudio aleatorio de casos sobre el total de fallecimientos ocurridos durante su estancia en el Servicio de Geriatría a lo largo de un año (tamaño muestral suficiente para una prevalencia estimada de éxitos en las primeras 24 h de >5%). Se recogen datos del proceso de hospitalización: enfermedad principal, situación funcional y mental previas, lugar y circunstancias de la muerte e indicación de sedación. Se realiza comparación de proporciones (Chi-cuadrado) con un nivel de significación $p < 0,05$ (IC 95%).

Resultados: Del total de fallecidos (n = 170) se seleccionan aleatoriamente 62 casos. De ellos, 17 fallecen de modo inesperado, sin poder

controlar las circunstancias de su muerte. En el resto (n = 45) se protocolizó la atención médica de cara a un eventual fallecimiento. En este grupo la edad media fue de 89,0 [68-103]; DE 7, 7 años; 62,2% mujeres. Un 60% presentaban demencia moderada a severa y el 71,1% eran dependientes para 4 ó más actividades básicas. En 2/3 de los casos se identifica proceso respiratorio como causa de muerte, siendo la neumonía y la insuficiencia respiratoria causa del 37,8% de ingresos. Un 11,1% fallece en las primeras 24 horas del ingreso. La muerte ocurre en habitaciones de 4 camas en un 64,4%, estando algún familiar presente en un 63,0% (17/27) de casos. Se adoptan medidas de sedación en un 53,5% (23/43). En un 82,1% (32/39) esta decisión la toma el equipo responsable del paciente, siendo aplicada en mayor proporción en presencia de disnea o confort ($p < 0,001$), pero no en el caso de dolor. Estas medidas no se relacionaron ni con el grado de demencia ni con la situación funcional. La sedación tampoco influyó en el tiempo transcurrido desde la decisión hasta la muerte.

Conclusiones: La muerte en el hospital no ocurre en intimidad ni se produce tras un proceso adecuado de interacción con el grupo familiar en la mayoría de los casos. A pesar de ello, los ancianos que ingresan en nuestro Servicio, no sufren un cambio clínico relevante atribuible al empleo de sedación terminal, independientemente de su situación funcional o mental previas.

ESTUDIO DESCRIPTIVO DE PACIENTES INGRESADOS EN UNA UNIDAD GERIÁTRICA DE AGUDOS (UGA) CON DETERIORO COGNITIVO SEVERO (GDS 6-7)

J.L. Blázquez Carrasco, G. Martínón, N. Parras, N. Fernández, E. Alonso y S. Carmona
 Hospital General de Ciudad Real.

Objetivos: Analizar las características de pacientes ingresados en una UGA con deterioro cognitivo severo.

Material y métodos: Estudio descriptivo mediante datos de historia clínica de ingresos en UGA del Hospital General Ciudad Real entre Marzo-2006 y Febrero-2007, con deterioro cognitivo severo según escala GDS (6-7). Recogidas variables sociodemográficos, diagnósticos, síndromes geriátricos y fármacos, previos como al alta.

Resultados: 152 (20,3%) de 750 ingresados presentaban deterioro cognitivo severo; 70% mujeres, 30% varones; Edad media: 85,03años; Estancia media: 8,1 días. Diagnósticos previos más frecuentes: HTA (55,6%), ACVA (31,86%), Diabetes Mellitus (27,6%), Osteoartrosis (22,3%), Fractura de Cadera (19,7%), Cardiopatía isquémica (17,1%). RR1,7 para ACVA y RR 2,7 para ITU comparado con grupo GDS 1-4. Síndromes geriátricos más prevalentes: Inmovilidad (91,4%), Incontinencia (88%), Estreñimiento (52%), Polifarmacia (48%), Disfagia (38%), Malnutrición (38%), UPP (30%) R R para UPP 8,9, para disfagia 6,3 y para malnutrición 4,5 comparado con GDS 1-4. Fármacos al ingreso: Protectores gástricos, Antiagregantes, Hipnóticos-Sedantes, Analgésicos, Diuréticos, Neurolepticos (RR 4,7 respecto GDS 1-4). Escasa utilización de Anticolinesterásicos en deterioro cognitivo leve moderado: (2,5%) al ingreso, al alta (4,07% sobre 598 pacientes GDS1-4). En severo, ingreso 20,4%, alta 18,1%. Los soportes nutricionales aumentan al alta de 14,4% a 28,8% (RR2). Situación social: previa, 46% vive con pareja o hijos; 48,7% institucionalizado, al alta esta proporción permanece. Diagnósticos al alta: Neumonía (28,9%), Insuficiencia Renal (19,1%), ITU (10,6%), EPOC Reagudizado (10,5%), Sepsis (7,3%). RR 1,8 para neumonía y RR 3,65 para sepsis en GDS grave comparado con GDS leve-moderado.

Conclusiones: El deterioro cognitivo severo supone un alto porcentaje de ingresos (1 de cada 5), las patologías más prevalentes son las cardio y cerebro vasculares. Infecciones respiratorias y urinarias son las causas más frecuentes de ingreso, así como un riesgo elevado de padecer neumonía y sepsis. Destaca la presencia importante de síndromes geriátricos y el gran soporte familiar existente

¿SE CONTINÚA FALLANDO EN EL DIAGNÓSTICO DE LAS DEMENCIAS?

I. Vaquer Ricart¹, E. Suades González², C. Postius Conde¹, J. Valls Ballespi^{1,3} y M. Jódar Vicente^{1,2}

¹AIDAR, Centro Residencial Terapéutico, ²Universidad Autónoma de Barcelona, ³Fundación Instituto San José (OHSJD) de Madrid.

Introducción: AIDAR es un Centro Residencial Terapéutico, diseñado para la atención especializada en deterioros cognitivos y demen-

cias, desde las etapas más iniciales hasta las más avanzadas. Combina la atención individualizada, con la atención en régimen de centro de día, convalecencia, residencia asistida y cuidados paliativos. Al ingresar en AIDAR, muchos pacientes aportan un informe clínico con un diagnóstico de demencia, que en ocasiones, ha sido realizado sin una exploración cognitiva completa, por lo que después de la valoración médica y neuropsicológica del centro, este diagnóstico inicial, resulta ser erróneo o poco específico.

Objetivos: Se pretende cuantificar cuál es el porcentaje de pacientes que ingresan sin una valoración cognitiva previa o que presentan diagnósticos inexactos o bien erróneos de demencia.

Métodos: Se ha procedido al análisis retrospectivo de los últimos 150 casos ingresados en AIDAR. Se ha comparado el diagnóstico de demencia y/o de trastorno cognitivo que presentan al ingreso con el diagnóstico realizado en el centro, al que se ha llegado después de la valoración conjunta entre medicina y neuropsicología.

Resultados: El 45,8% de los pacientes que ingresaron carecían de una valoración de las funciones cognitivas. De estos pacientes y tras la valoración médica y neuropsicológica posterior al ingreso, el 13,6% carecían de deterioro cognitivo. Sin embargo, un 45,8% presentaban un deterioro leve de característica subcortical, un 16,6% padecían una demencia, un 1,5% un síndrome confusional, y un 22% siguieron sin valorar por sus graves condiciones clínicas o bien debido a la corta estancia en el centro. Del resto de pacientes, un 54,2%, con diagnóstico previo, el 8,3% estaban orientados de «demencia senil» y en AIDAR, se filiaron a diagnósticos específicos siendo la mayoría de los casos (36,4%) Alzheimer. De los restantes que ingresaron con un diagnóstico específico (45,9%), un 65% coincidieron con el diagnóstico del centro y un 35% resultaron tener un perfil de deterioro diferente.

Conclusiones: Según la experiencia de nuestro centro, prácticamente la mitad de los pacientes que ingresaron carecían de una valoración del estado cognitivo y que se filiaron tras una valoración más exhaustiva médica y neuropsicológica. Además, de los pacientes que aportaban un diagnóstico previo, un porcentaje no despreciable tenían un diagnóstico poco específico y/o erróneo del tipo de demencia. Estas inexactitudes diagnósticas tienen relevancia en el manejo de los pacientes. La valoración de los cuadros de deterioro por un equipo que incluya a un profesional de la neuropsicología, mejora la fiabilidad diagnóstica de la demencia.

EFEKTOS DE LA MEMANTINA SOBRE LA SINTOMATOLOGÍA PSQUIÁTRICA-CONDUCTUAL EN PACIENTES CON ENFERMEDAD DE ALZHEIMER Y SOBRE EL ESTRÉS DEL CUIDADOR

M. Martínez Rivera¹, M. Menéndez², S. Gutiérrez¹, V. López¹, M^a T. Calatayud³ y E. San Cristóbal¹

¹Hospital Monte Naranco, Oviedo, ²Hospital Álvarez-Buylla, ³Hospital Universitario Central de Asturias.

Introducción y objetivo: Este estudio ha sido diseñado para evaluar el efecto de la memantina sobre los síntomas psiquiátrico-conductuales y la repercusión de éstos sobre el estrés del cuidador. Se trata de un estudio pre/post tratamiento con memantina en el que se utilizan dos variantes validadas del NPI: NPI-Q para evaluar los síntomas psiquiátricos y conductuales del paciente y NPI-D para evaluar el impacto de estos síntomas sobre el estrés del cuidador. Metodología: Se seleccionaron 150 pacientes con Enfermedad de Alzheimer moderada-grave (estadio GDS 5-6) en el momento de instaurar tratamiento con memantina. Los pacientes no estaban a tratamiento con otros psicofármacos (anticolinesterásicos, neurolépticos, antidepresivos y benzodiacepinas) o éstos estaban a dosis estables en los últimos 3 meses. Se valoró en la visita basal (pretratamiento) y a los 4 meses (post-tratamiento) el cambio de puntuación para cada grupo sintomático del NPI-Q y NPI-D así como el inicio/retirada de otros psicofármacos (neurolépticos, benzodiacepinas, antidepresivos).

Resultados: Este estudio demuestra que la memantina produce una mejoría estadísticamente significativa en los síntomas relativos a agitación/agresividad, apatía/indiferencia e ideas delirantes y un empeoramiento en los síntomas relativos a irritabilidad. Para el resto de dominios no se obtuvieron cambios significativos. Respecto al uso de psicofármacos se redujo la necesidad de uso de neurolépticos, sin cambios en los otros grupos. En el estrés del cuidador se produjeron variaciones proporcionales a las ocurridas en los pacientes para todos los grupos sintomáticos.

Conclusiones: El tratamiento con memantina mejora la agitación/agresividad, apatía/indiferencia e ideas delirantes y empeora la irritabilidad. La repercusión sobre el estrés del cuidador es paralela a los cambios producidos en el paciente.

Palabras clave: Memantina. Sintomatología Psiquiátrica- Conductual. Enfermedad de Alzheimer

INTRODUCCIÓN DE UNA GUÍA DE PROMOCIÓN DE AUTONOMÍA Y PREVENCIÓN DE CAÍDAS EN EL CSS GUELL. (MUTUAM BARCELONA)

E. López, D. Arranz y D. Quera
CSS Güell. Mutuam, Barcelona.

Introducción: Las caídas son causa de dependencia e inmovilidad en el anciano. Hay múltiples guías sobre recomendaciones que dan consejos sobre que hacer y no hacer pero tienen un seguimiento reducido.

Objetivos: Creación de un instrumento de formación e información al alta para el paciente y familia que positivice las recomendaciones para fomentar la autonomía de la persona minimizando el riesgo de caída

Metodología: Se realiza un díptico informativo para promocionar y prevenir caídas en el domicilio al alta del paciente en nuestro centro. Las indicaciones se orientan hacia la mejora de la autonomía en AVDs y en la facilitación de estas actividades aunque indirectamente se estén dando consejos sobre minimización de riesgos. Este díptico se entrega al alta en especial a los pacientes de convalecencia aunque también se entrega en aquellos pacientes de larga estancia que tienen autonomía para la realización de AVDs.

Resultados: El folleto informativo se ha entregado a todos los pacientes de convalecencia en el momento del alta. La enfermera en el momento del alta entrega los informes de alta tanto de médico como de enfermería, juntamente con la hoja de medicación y el folleto informativo de promoción de autonomía. Es la misma enfermera la que explica al paciente i/o familia cada uno de los documentos entregados. Junto con esta documentación se entregan los teléfonos de contacto del centro y la persona de referencia (médico, enfermera, terapeuta ocupacional o fisioterapeuta)

Conclusiones: El lenguaje como se presentan las informaciones es muy importante a la hora de valorar la utilidad de una información. Los consejos pueden hacer que disminuya la autopercepción de salud en los ancianos y hacer que se sientan menos saludables. Las recomendaciones que hacen para «mejorar» son recibidas de manera más positiva que las recomendaciones que quieren «prevenir».

ASOCIACIONES FARMACOLÓGICAS POTENCIALMENTE INADECUADAS EN EL ANCIANO INGRESADO

B. Pascual Arce¹, L. García Sánchez¹, F.J. Afonso Argilés², N. Muro Perea¹ y J. Cunill Ollé³

¹Servicio de Farmacia-Badalona Serveis Assistencials, ²UFISS Geriatría-Badalona Serveis Assistencials, ³Centro Sociosanitario El Carme, Badalona.

Introducción: La gravedad de las interacciones entre fármacos se incrementa con la edad, siendo responsables de la aparición de reacciones adversas en el anciano. Dichas asociaciones potencialmente inadecuadas se han descrito ampliamente en la literatura científica y por lo tanto son detectables y evitables.

Objetivo: Analizar la frecuencia y tipo de asociaciones farmacológicas en el anciano durante el ingreso en un hospital de agudos y en un centro sociosanitario.

Material y métodos: Estudio transversal en el que se revisaron todas las prescripciones médicas de los pacientes mayores de 65 años de un hospital de agudos, una unidad de convalecencia y una unidad de larga estancia de un centro sociosanitario de área. Se recogieron las siguientes variables: edad, sexo, servicio de ingreso, nº fármacos prescritos, y las asociaciones farmacológicas con alto riesgo en el anciano, que incluyen los siguientes fármacos: hipotensores, digoxina, acenocumarol, diuréticos, AINEs, AAS, corticoides orales, tiroxina, antiagregantes, anticolinérgicos, litio, depresores del SNC e inhibidores enzimáticos. Paquete Estadístico G-Stat 2.0.1

Resultados: N: 135 (95 mujeres; 70,3%). Edad media 81,17 ±7,94 años. Unidades de ingreso: M. Interna 37,8%, COT 18,5%, cirugía 6,7%, unidad larga estancia 8,9%, unidad convalecencia 28,1% pacientes. El número total de asociaciones inadecuadas fue 137 en 77

(57,03%) pacientes. 38 (28,15%) pacientes presentaron al menos una asociación inadecuada, 26 (19,2%) 2 asociaciones, 7 (5,19%) 3 asociaciones y 1 paciente hasta 7 asociaciones inadecuadas. Entre las asociaciones encontradas destaca la combinación de al menos 2 depresores del SNC en 36 (26,6%) pacientes, antiagregantes-heparina: 17 (12,5%), hipotensores-antipsicóticos hipotensores: 13 (9,6%), corticoides-AAS-AINES: 12 (8,8%), hipotensores-vasodilatadores: 11 (8,1%) y digoxina-diuréticos de asa: 10 (7,4%). Media de fármacos por paciente $9,57 \pm 3,50$. La media de fármacos en los pacientes que no presentaron ninguna asociación potencialmente inadecuada fue 7,87, y 10,83 en los que presentaban alguna.

Conclusión: Más de la mitad de los ancianos ingresados (57,03%) presentaron alguna combinación farmacológica potencialmente inadecuada. La asociación más frecuente fue la combinación de depresores del SNC. Valdría la pena destacar que la polifarmacia es un factor de riesgo para incrementar las interacciones farmacológicas.

Bibliografía: Bjorkman IG, *Pharmaceutical Care of the Elderly in Europe*. Research Group. *Drug-drug Interactions in the Elderly*. Ann Pharmacother 2002.

PERFIL DE POSIBLE USUARIO DE 2 RESIDENCIAS CONCERTADAS DE NUEVA APERTURA.

R. López de La Trorre Martín¹, B. De Ana¹, B. Alvarez¹, I. Gallego² y S. Cabezauela²

¹Centro Gerontológico Amma Coslada, Madrid, ²Centro Gerontológico Amma Pozuelo, Madrid.

Objetivos: Conocer el perfil de posibles usuarios de residencia de nueva apertura. Determinar si existen diferencias entre el perfil de futuros usuarios según la zona de ubicación de la residencia. Determinar las características sociodemográficas, físicas y mentales de los posibles usuarios. Determinar el tipo de plaza solicitada y si existen diferencias entre zonas geográficas. Conocer el perfil del solicitante de información de residencias de nueva apertura. Determinar cuantas solicitudes terminan en ingreso en el centro

Metodología: Estudio descriptivo de una muestra de personas (N = 200) solicitantes de información de plazas en dos Centros gerontológico situados en las localidades de Coslada y Pozuelo (Madrid). La información se recogerá de las solicitudes de información recogidas en los centros entre Noviembre de 2006 y Abril de 2007, proporcionada por el solicitante de información. Variables de estudio: datos sociodemográficos de los futuros usuarios (edad, sexo, estado civil, residencia en la localidad, procedencia previa), tipo de plaza solicitada; Características a nivel físico/clínico (nivel de dependencia para AVD's; Deambulación; presencia de incontinencia, tipo de dieta presencia de HTA DM, necesidad de O2, ulceras por presión o sonda nasogástrica o vesical, antecedentes de ACV/Ictus y otras patologías); Características a nivel mental/psicológico (Presencia y nivel de deterioro cognitivo, presencia y tipo de demencia presencia de SCPD) y otros datos (necesidad de medidas de sujeción, suplementos dietéticos, etc.). Se realizará estadística descriptiva mediante tabla de frecuencia, gráficos descriptivos: histograma y pasteles.

Resultados: Se analizarán sobre la muestra obtenida, los siguientes datos: *De los futuros usuarios*: nº y porcentaje de mujeres/ hombres; edad media. Porcentaje de estado civil. Tipo de plaza solicitada (privada, concertada con CCAA). Procedencia previa al ingreso (domicilio propio, hijos, otra residencia). Motivo de traslado de centro. Porcentajes de niveles de dependencia de AVD's (dependiente, valido, semidependiente). Porcentajes de presencia de ayuda técnica para la movilidad/Deambulación (solo, bastón, andador silla de ruedas). Porcentajes de tipo de dieta (normal, turmix, blanda, diabética, sin sal). Porcentajes de presencia de HTA, DM, Ulceras por presión, sondas (nasogástrica o vesical) necesidad de O2. Porcentajes de presencia y niveles de deterioro cognitivo y de diagnóstico y tipo de demencia. Porcentajes de presencia de SCPD. *De los solicitantes de información*: Sexo. Relación de parentesco con el futuro usuario. Residencia o no en las localidades de las residencias. Porcentaje de decisión tomada.

Conclusiones: Según los análisis preliminares podemos destacar: Alta presencia de dependencia total o parcial para las AVD's. Alta incidencia de necesidad de ayudas técnicas para la Deambulación. Moderada presencia de posibles usuarios con deterioro cognitivo y demencia. Alta incidencia de incontinencia urinaria. Petición de información de familiares principalmente mujeres con parentescos de hijos y Nuera/yerno

INFECCIONES EN UNA UNIDAD DE GERIATRÍA

A. López Forniés, C. Partor y M.J. Mur

H. Sagrado Corazón de Jesús Lucas Mallada, Huesca.

Objetivo: Analizar los cultivos positivos de las infecciones diagnosticadas en pacientes hospitalizados en una Unidad de Geriatría, su origen, gérmenes que la origina, microorganismos más frecuentes, la sensibilidad y resistencia a los antibióticos según antibiograma

Método: Estudio descriptivo de todos los cultivos positivos realizados desde junio 2006 a febrero 2007. Los datos recogidos fueron referentes a edad sexo, diagnóstico principal, origen de la muestra, gérmenes aislados, sensibilidad y resistencia según antibiograma. Se ha utilizado para el estudio estadístico el programa SPSS13.0

Resultados: Se obtiene una muestra de 105 cultivos positivos, 55 mujeres (52,4%) edad media 82,41 años. El diagnóstico más frecuente UPP 27 (25,7%) ACV 21 (20%). El origen más frecuente de la muestra fue la orina 62 (59%). En 26 cultivos (24,76%) se aislaron 2 gérmenes diferentes y 3 diferentes en 10 cultivos. Cuando se aisló 1 germen el origen más frecuente fue la orina (50,19%) y el germen más frecuente el E. coli. El 74% de los cultivos donde se aisló un solo germen fueron sensibles a amoxi-clavulánico y el 77% acefuroxima. Cuando fueron 3 los gérmenes aislados fue necesaria la asociación de 2 ó más antibióticos.

Conclusiones: El origen más frecuente de la muestra de los cultivos fue la orina. En los cultivos en los que apareció más de un germen de la misma muestra el origen de ésta fueron las UPP (el N° máximo 3 gérmenes). El germen más frecuentemente aislado E. coli siendo más sensible a amoxi-clavulánico que aquinolona.

CREACIÓN DE UNA UNIDAD DE FRAGILIDAD EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO

E. Carral Rodríguez, A. Lozano Miñana, F. Rosell, L. Mata y J. Carbó *Hospital Universitario Sagrado Corazón, Barcelona.*

Introducción: El paciente frágil requiere un manejo diferente. La valoración integral, el equipo interdisciplinar y la continuidad asistencial son los elementos básicos. Este proyecto aplica esta metodología desde la medicina hospitalaria y utilizando la medicina interna como servicio integrador.

Objetivos: Introducir la valoración integral como actividad propia de un hospital universitario. Identificar problemas susceptibles de generar dependencia. Gestionar la continuidad asistencial. Atención orientada hacia el confort en los casos paliativos. Desarrollo del proyecto: Actividad previa: Análisis de la realidad del hospital y de la utilidad de la valoración geriátrica. Instrumentos de evaluación geriátrica. Equipo interdisciplinar: médico, enfermera, trabajadora social y médico rehabilitador. Actividad asistencial Hospitalización: Atención directa de los pacientes ingresados. Interconsulta hospitalaria: Colaboración, en aquellos casos en los que haya síndromes geriátricos asociados. Metodología de trabajo: Valoración integral de los pacientes en los que interviene. Gestionar y coordinar la continuidad asistencial. Reunión interdisciplinar semanal. Incidir especialmente en: Valoración periódica de nutrición e hidratación. Especial vigilancia sobre fármacos de riesgo en el anciano. Necesidad de movilidad precoz. Valoración y seguimiento de la contención física. Evaluación: propia del hospital e información específica sobre: estancia, mortalidad, destino, institucionalización, nivel funcional, cognitivo, emocional, comorbilidad y síndromes geriátricos. Actividad docente: Formación continuada del equipo. Introducir la valoración integral y el trabajo en equipo como elementos de trabajo en los estudiantes y médicos en formación.

Conclusiones: La unidad representa un cambio en la forma de enfocar los problemas asistenciales desde el hospital de agudos. El concepto de fragilidad adquiere valor asistencial. Se introduce el trabajo interdisciplinar y la valoración integral en el hospital. Mejora la continuidad asistencial con otros niveles

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LOS PACIENTES INGRESADOS EN UNA UNIDAD DE FRAGILIDAD

E. Carral Rodríguez, A. Lozano Miñana, E. Fontanals, N. Pinilla, N. Pina y F. Rosell

Hospital Universitari Sagrat Cor, Barcelona.

Objetivos: Revisar la actividad de la unidad y conocer las características clínicas de los pacientes.

Material y métodos: Recogida de las características de los pacientes de forma correlativa: datos sociodemográficos, capacidad funcional y cognitiva, emocional, vulnerabilidad, síndromes geriátricos, diagnósticos y destino al alta.

Resultados: De 169 pacientes con media de edad de 82,27 (ST 8,07) 102 son mujeres y 67 hombres con edades de 82,26 y 82,21 respectivamente. Su vulnerabilidad, de un máximo de 10 puntos, era de 7,04 de media. El tiempo de demora desde el ingreso hasta la intervención del equipo fue de 7,13 días (+ 15,11). La procedencia: 67 (39,64%) de urgencias, 100 (59,17%) interconsultas y 1 programado. De las 100 interconsultas 43 son ingresados en la UAMF, 51 se hace seguimiento y 6 no cumplen criterios. Total ingresados 111 (65,68%). Estancia media 13,76 (ST 8,37). Comorbilidad media 2,79. Media de Barthel 69,09. Cognitivamente: 36 (32,43%) sin alteraciones, leve 16 (14,41%), moderada 18 (16,21%), 16 graves (14,41%) y 25 (22,52%) no se pudo practicar. Demencia previa en 29 casos (26,12%). Presentaron delirio 33 (29,72%). En 11 casos (9,90%) alteración emocional. La visión es correcta en 47 (42,04%) casos y la audición en 50 (45,04%). Diagnóstico de ingreso: fracturas de fémur (49%), neoplasias (11%), cardiopatías 6%, isquemia de EEl 3% y caídas 2%. Nuevos diagnósticos al alta: demencias 17 (15,31%), ICC 14 (12,61%), metástasis 8 (7,20%), diabetes 7 (6,30%), delirio 7 (6,30%), insuf. Respiratoria 7 (6,30%) y 5 (4,50%) infecciones urinarias. Destino al alta: domicilio 20 (18,51%), 5 (4,62%) hospital domicilio, 24 (22,22%) residencia, 2 (1,85%) curas paliativas, 36 (33,33%) media estancia, 1 PADES, 1 larga estancia y 19 (17,59%) éxitus.

Conclusiones: La valoración geriátrica integral y el trabajo interdisciplinar no implican mayores estancias hospitalarias. La unidad incrementa la derivación a otros niveles asistenciales. Los servicios quirúrgicos se benefician más de la existencia de la unidad.

CARACTERÍSTICAS AL INGRESO DE PACIENTES CON ÚLCERAS POR PRESIÓN E INDICADORES DE PERSISTENCIA DE LAS MISMAS AL ALTA

B. González Glaría, M. Gonzalo, J. Úriz, C. Echeverría, J. Pérez y M.C. Ibero
Hospital San Juan De Dios, Pamplona.

Objetivos: Valorar las características al ingreso de los pacientes que presenta úlceras por presión y analizar cuál de estas indica persistencia de úlceras por presión al alta.

Métodos: De 180 pacientes ingresados en una unidad de hospitalización de 18 camas a lo largo del año 2006 se recogen datos administrativos (servicio de procedencia, estancia media y derivación al alta); demográficos (edad y sexo); médicos (diagnóstico de ingreso, s. confusional, demencia y diabetes); sondas (SNG; SV) vías iv al ingreso; datos de las UPP ingreso y alta (presencia, localización, grado), escala de valoración de riesgo de úlceras por presión Norton y las medidas preventivas aplicadas.

Resultados: (%) Se analizan datos de 158 pacientes (22 perdidos). Edad media 79,9, 62 mujeres. Diagnóstico ingreso: traumatológico 46,2, infeccioso 19, ACV 9,5, neoplasia 3,8 y otros. Situación al ingreso: inmovilidad 90,5; s. confusional 30,4, demencia 24,7; diabetes 17,1; sonda vesical 17,7, vía iv 30,4%; SNG 7,6, absorbente 70,9. UPP curadas 54,1; mejora UPP: 0,9745 Estancia media: 37,96 días. Derivación al alta: Domicilio 53,2; residencia 19,6; hospital agudos 8,2; éxitus 19. Pacientes con UPP 69 ing; 31,6alt; Total upp: 187 ing; 107alt (1:94 ing, 34 alt; 2:55 ing, 27 alt; 3:30 ing, 23 alt; 4:8ing, 6alt) Sacro: 36,1ing; 14,6alt (1:32ing, 13alt; 2:15 ing, 5alt; 3: 7 ing, 4alt; 4: 3 ing, 2alt). Talón D: 22,2 ing; 9,5%alt (1: 23 ing, 6alt; 2: 2 ing, 3alt; 3: 8 ing, 5alt; 4: 1 ing, 1 alt). Talón 24,1 ing, 12,7al (1: 22 ing, 10 alt; 2:9 ing, 7 alt; 3: 6ing, 3alt; 4: 3ing) Troca D3, 8 ing, 3,2alt (1:2ing; 2: 1ing; 3: 2 ing, 3 alt; 4: 1 ing, 1alt) Trocal 3,8 ing, 1,3 alt (1: 2 ing; 2:4 ing, 1 alt; 3: 1alt) Otros 29,1 ing, 15,8 alt (1: 13 ing, 5 alt; 2: 24 ing, 11 alt; 3: 7 ing, 7 alt; 4: 2alt) Tras realizar comparación de medias (chi-cuadrado y t student) se obtuvo que los pacientes de mayor edad presentaban más UPP al ingreso. No se encontraron diferencias en el resto de características al ingreso. En cuanto a la evolución, se consigue en nuestros pacientes una reducción significativa tanto de la presencia de UPP como de su grado. Esta mejora era menor (dif. Sig.) en los pacientes de mayor edad, hombres, con diagnóstico de ACV y demencia, portadores de SNG y absorbente al alta y en los que tenían menor estancia media. No se encontraron diferencias significativas en cuanto al lugar de derivación al alta.

Conclusiones: Los pacientes que ingresan en nuestra unidad están inmovilizados y en consecuencia presentan úlceras por presión e incontinencia funcional (absorbentes). Los pacientes de mayor edad presentan con mayor frecuencia UPP al ingreso. Los pacientes de mayor edad, varones, con diagnóstico de ACV y demencia, portadores de SNG, portadores de absorbente al alta y los de menor estancia media presentan una menor mejora en la cura de UPP. Los que son institucionalizados no presentan mayor número ni peor grado de UPP.

ESTUDIO DESCRIPTIVO COMPARATIVO DE PACIENTES NONAGENARIOS INGRESADOS EN UNA UGA FRENTE A PACIENTES MENORES DE 90 AÑOS

N. Fernández Martínez, N. Parras, G. Martínón, J.L. Blázquez, E. Alonso y S. Carmona
Hospital General de Ciudad Real.

Objetivo: Determinar características clínicas en población nonagenaria ingresada en una unidad geriátrica de agudos (UGA) comparada con los menores de 90 años

Método: Estudio descriptivo de pacientes nonagenarios comparados con menores de 90 años ingresados en una UGA durante 12 meses. Se recogen las variables: filiación, edad, situación basal (Barthel, GDS), estancia media, antecedentes, motivo de ingreso, convivencia, síndromes geriátricos, polifarmacia y mortalidad. El análisis estadístico se llevó a cabo con programa SPSS 12.0

Resultados: El total de pacientes era de 751, 170 mayores de 90 (22,6%) con una edad media de 92,8 (DT 2,6) y 581 menores con una edad media de 83,02 (DT 4,1). La media de Barthel en nonagenarios de 42,23 (DT 33,94), en el resto de 50,75 (DT 37,14). GDS medio en nonagenarios 3,5 mientras que en el otro grupo es 3 La estancia media en mayores de 90 es de 8,1 días (DT 4,8) y en los menores de 8,9 (DT 5,9).

Antecedentes más frecuentes en ambos son: HTA, BNCO, osteoartritis, IC, FA, ACVA y DM; y en menores también la depresión. Los principales motivos de ingreso son: IC, BNCO, Neumonía, IRC reagudizada y ACVA. Los principales síndromes geriátricos son: la incontinencia urinaria, la alteración cognitiva y la auditiva en ambos grupos. Principales formas de convivencia en ambos es con hijos, instituciones y c on su pareja, aunque en nonagenarios el porcentaje es mayor en instituciones. Los principales fármacos utilizados son: diuréticos, antiagregantes, protector gástrico, analgésicos y los sedantes. Más del 50% consumen de 2 a 10 fármacos en ambos grupos. Una vez dados de alta son derivados fundamentalmente a su médico de atención primaria. Éxitus en nonagenarios 2,2%, y en el resto 6,25%, respecto del total.

Conclusiones: Los pacientes nonagenarios suponen un porcentaje importante de los ingresados en UGA (22,6%). Se trata de pacientes con una situación basal de dependencia moderada-severa y deterioro cognitivo moderado. No existen diferencias significativas entre ambos grupos en las patologías más frecuentes y las principales causas de ingreso, aunque sí las hay en enfermedades como FA ($p = 0,03$), demencia ($p = 0,026$), c. isquémica ($p = 0,013$), Parkinson ($p = 0,033$) y la depresión ($p = 0,000$). La polifarmacia es una constante en ambos grupos. Los hijos son los principales cuidadores de los ancianos, tendiendo a la institucionalización con la edad. Son derivados después de la fase aguda principalmente a su convivencia, síndromes geriátricos, polifarmacia y mortalidad. El análisis estadístico se llevó a cabo con programa SPSS 12.0.

Resultados: El total de pacientes era de 751, 170 mayores de 90 (22,6%) con una edad media de 92,8 (DT 2,6) y 581 menores con una edad media de 83,02 (DT 4,1). La media de Barthel en nonagenarios de 42,23 (DT 33,94), en el resto de 50,75 (DT 37,14). GDS medio en nonagenarios 3,5 mientras que en el otro grupo es 3 La estancia media en mayores de 90 es de 8,1 días (DT 4,8) y en los menores de 8,9 (DT 5,9). Antecedentes más frecuentes en ambos son: HTA, BNCO, osteoartritis, IC, FA, ACVA y DM; y en menores también la depresión. Los principales motivos de ingreso son: IC, BNCO, Neumonía, IRC reagudizada y ACVA. Los principales síndromes geriátricos son: la incontinencia urinaria, la alteración cognitiva y la auditiva en ambos grupos. Principales formas de convivencia en ambos es con hijos, instituciones y c on su pareja, aunque en nonagenarios el porcentaje es mayor en instituciones. Los principales fármacos utilizados son: diuréticos, antiagregantes, protector gástrico, analgésicos y los sedantes. Más del 50% consumen de 2 a 10 fármacos en

ambos grupos Una vez dados de alta son derivados fundamentalmente a su médico de atención primaria Éxitus en nonagenarios 2,2%, y en el resto 6,25%, respecto del total

Conclusiones: Los pacientes nonagenarios suponen un porcentaje importante de los ingresados en UGA (22,6%). Se trata de pacientes con una situación basal de dependencia moderada: severa y deterioro cognitivo moderado. No existen diferencias significativas entre ambos grupos en las patologías más frecuentes y la principales causas de ingreso, aunque sí las hay en enfermedades como FA ($p = 0,03$), demencia ($p = 0,026$), c. isquémica ($p = 0,013$), Parkinson ($p = 0,033$) y la depresión ($p = 0,000$). La polifarmacia es una constante en ambos grupos. Los hijos son los principales cuidadores de los ancianos, tendiendo a la institucionalización con la edad. Son derivados después de la fase aguda principalmente a su

CASO CLÍNICO: UTILIZACIÓN DE UN APÓSITO HIDROPOLIMÉRICO Y UN SISTEMA DE COMPRESIÓN CON MEDIA ELÁSTICA EN EL TRATAMIENTO DE LA ÚLCERA VENOSA

M. Bennasar Veny¹, S. González Torrente¹, J. Percàs Beltran² y S. Postigo Mota¹

¹Atención Primaria Mallorca, Felanitx, ²Universitat de les Illes Balears²

Introducción: Presentamos el caso de un paciente con úlceras de origen venoso, de 2 meses de evolución, situadas en El derecha, un sistema de compresión con media elástica, en la cicatrización de una úlcera venosa con signos clínicos de infección local. El paciente es un hombre de 67 años con antecedentes de diabetes tipo 2 en tratamiento con antidiabéticos orales (Metformina 1-1-1), consumo habitual de alcohol no cuantificado y fumador de 40 cig/día, que presentaba dos úlceras venosas en el tercio medio anterior y posterior de la extremidad inferior derecha. La lesión se originó a partir de un hematoma, consecuencia de un traumatismo, que evolucionó rápidamente a una úlcera. Las medidas de las úlceras eran de 1,2 cm largo x 0,5 cm de ancho y 2 cm de largo x 2,3 cm de ancho y el lecho de la lesión estaba cubierto en un 85% por tejido esfacelado y en un 15% por tejido de granulación, además el exudado era abundante. Los bordes de la herida aparecían enrojecidos y macerados. El paciente había presentado lesiones anteriores que tardaron 10 meses en cicatrizar.

Metodología-Tratamiento: En segundo lugar, se aplicó colagenasa combinada con un hidrogel para garantizar el grado de humedad adecuado, y se cubrió con un apósito hidrocelular adhesivo para controlar el exudado. A continuación se aplicó un sistema de compresión con media elástica para mejorar el retorno venoso. Se decidió espaciar las curas cada 3-4 días.

Resultados: Despues de 15 días de tratamiento ya desaparecieron los signos clínicos de infección local, se decide continuar con el tratamiento hasta la curación total de la úlcera. Por tanto, el tratamiento elegido permitió solucionar el problema de la infección local, cicatrizar la lesión y ahorrar tiempo de enfermería ya que las curas diarias se espacian a una frecuencia de 3 ó 4 días con el consiguiente ahorro en tiempo tanto del profesional como del paciente. A los 2 meses de tratamiento, la úlcera venosa situada en el tercio medio anterior de la extremidad inferior derecha cicatrizó por completo. Y, la úlcera venosa situada en el tercio medio posterior de la extremidad inferior derecha, a los 3 meses, a pesar de no haber cicatrizado por completo, presentaba una gran reducción de volumen, como puede verse en las imágenes.

Discusión/Conclusiones: El paciente estaba muy satisfecho por la mejora de su calidad de vida durante el tercer mes de tratamiento, ya que había disminuido el dolor de las heridas, había mejorado el estado de la piel en la EI, así como por la mejoría del estado general tras el abandono de factores de riesgo para la salud como el alcohol y el tabaco principalmente. **Bibliografía.** European Wound Management Association. *Preparación del lecho de la herida en la práctica. Documento de posicionamiento. EWMA, 2004.* En <http://www.gneapp.org>. European Wound Management Association. *Comprendiendo la terapia compresiva. EWMA, 2003.* En <http://www.gneapp.org>. Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas. *Utilización de antisépticos en el cuidado de las heridas crónicas. Doc. VII I. GNEAUPP, diciembre 2002.* En <http://www.gneapp.org>. Marinell•lo Roura, J. *Úlceras de la extremidad inferior. Ed. Glosa. Barcelona, 2005.*

LA VALORACIÓN DEL ENFERMO GERIÁTRICO FRÁGIL: DOS PUNTOS DE VISTA

N. Gómez, L. González, V. Romaní-Costa, A. Expósito, M. Mañas y E. Duaso

UFISS Polivalente del Hospital Mútua de Terrassa.

Objetivos: En la UFISS polivalente del Hospital Mútua de Terrassa, tanto el equipo de Geriatría (EG) como el equipo de Curas Paliativas (ECP), pueden ofrecer atención a enfermos ancianos que morirán en los días siguientes. Se pretende conocer si la valoración realizada por cada uno de estos equipos es diferente.

Método: Se trabaja con la base de datos que registra, prospectivamente, las valoraciones de los enfermos vistos por cada uno de los equipos. Análisis descriptivo de dichos datos en los enfermos 775 años, valorados en el año 2006, que mueren en el ingreso.

Resultados: El EG ha atendido a 50 enfermos y el ECP a 35. La edad media es de 85,6 años en EG y 83,7 en ECP, con 52% de mujeres en el EG y 54% en el ECP. La media en los índices de Barthel, en la entrevista, es de 15,6 en EG y de 15,8 en ECP. Los diagnósticos y causas de muerte más frecuentes en los casos de EG han sido: complicaciones médicas por fractura de fémur (24%) y AVC (12%), y progresión de enfermedad en insuficiencia cardiaca (18%) y en cardiopatía isquémica (10%). En los de ECP han sido: progresión de una neoplasia avanzada (58,8%) y de insuficiencia cardiaca (8,8%), y complicaciones derivadas de AVC (20%). La media de los días de seguimiento (desde la primera valoración hasta el éxito) ha sido de 13,7 días para EG y de 4,3 días para ECP. El EG registra los síndromes geriátricos, de los cuales los más frecuentes han sido: deterioro funcional en 45 (90%), incontinencia 35 (70%), polifarmacia 32 (64%), déficit sensorial 24 (48%), inmovilidad 22 (44%), estreñimiento 20 (40%), caídas 15 (30%), delirium 14 (28%) y deterioro cognitivo 13 (26%). El ECP registra los síntomas, de los cuales los más frecuentes han sido: debilidad 35 (100%), xerostomía 34 (97%), anorexia 30 (86%), somnolencia 27 (77%), constipación 20 (57%), dolor 19 (54%), disnea 16 (46%), delirium 11 (31%), ranera 11 (31%).

Conclusiones: El EG y el ECP registran diferentes variables sobre el enfermo geriátrico frágil. Para los pacientes geriátricos convendrá sistematizar un registro que contempla síndromes geriátricos y síntomas. Probablemente nos enriquecerá la capacidad de diagnóstico, pronóstico y tratamiento.

EVALUACIÓN DE DISCAPACIDADES PRESENTADAS POR LOS MAYORES EN HOSPITAL

E. De Melo Carvalho Rocha¹, Sergio Lianza¹ y Giuliana Forte²

¹Santa Casa de San Paulo, San Bernardo Campo, Brasil, ²Hospital Cruz Azul, San Paulo, Brasil.

Antecedentes: El proceso de envejecimiento normal y fisiológico no es considerado como posible de incapacitación, pero el grueso de la población de los mayores desarrolla defectos o discapacidades. Así, hay la necesidad de reconocer la población geriátrica y las discapacidades, con el objeto de tratar el paciente geriátrico de una manera más específica y global. La hospitalización aguda crea un aumento en las discapacidades, especialmente en la población de mayores.

Objetivo: Este estudio tiene la finalidad de determinar la presencia de discapacidades motoras, cognitivas, dolorosas y mixtas en la población de los pacientes mayores hospitalizados en el Hospital Central de Santa Casa de Misericordia de São Paulo y evaluar los factores relacionados a la presencia de discapacidades, entre ellas: género, edad, tiempo de hospitalización, nivel de dependencia antes de la hospitalización, numero de enfermedades y depresión crónicas.

Metodología: La pesquisa en este documento consiste en un estudio observacional de una búsqueda activa transversal, en que estudiamos todos los pacientes con 60 años o más en el momento de la evaluación, hospitalizados en el Hospital Central de la Santa Casa de São Paulo. El ayuntamiento de datos para la pesquisa en este documento fue ejecutado por medio del formulario que comprende los artículos relativos a la discapacidad motora, cognitiva y a la dolor.

Resultados: Discapacidades detectadas en 54% de los pacientes estudiados (34 personas enfermas). La discapacidad más frecuente fue el dolor, observado en 52% de los pacientes (32 pacientes), sucedida por discapacidades motoras, con 49% (31 pacientes), y por discapacidades cognitivas, descubiertas en 30% de los pacientes (19 pacientes).

Conclusión: Hay una presencia significante de discapacidades en la población de muestra estudiada, y las discapacidades dolorosas son las más frecuentes.

Palabras Clave: Mayores. Discapacidades. Rehabilitación. Hospital

ENFERMEDAD VALVULAR SEVERA EN EL ANCIANO VERSUS EN EL ADULTO. DIFERENCIAS Y SIMILITUDES

M.R. Ortas Nadal, I. De la Puerta, J. Escota, C. Toyas, L. Martínez y C. Bergua

Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Utebo.

Objetivo: Estudiar las características clínico-epidemiológicas de los pacientes derivados a una Unidad de Hemodinámica para realización de un cateterismo cardiaco preoperatorio de recambio valvular. Conocer las diferencias y similitudes según se trate de ancianos (igual o mayores de 65 años) o adultos

Métodos: Se analizaron 301 pacientes con enfermedad valvular severa remitidos para cateterismo cardiaco a nuestra Unidad, durante los años 2003 y 2004. Se recogieron datos epidemiológicos, tipo de valvulopatía así como la existencia de factores de riesgo cardiovascular. Los datos se analizaron con el programa SPSS 12.0.

Resultados: De los 301 pacientes 218 (72,4%) pacientes eran ancianos (A) (Edad media: 72,6 (DT 4,2) Y 49,5% de varones) y 83 (37,6%) adultos (a) (Edad media: 55,2 (DT 8,9) y 53% de varones). Los tipos de Valvulopatía fueron: Estenosis mitral (A: 72,9% y a: 39,8%), Estenosis aórtica (A: 62,4% y a: 42,2%), Insuficiencia aórtica (A: 47,2% y a: 63,9%) e Insuficiencia mitral (A: 59,9% y a: 59,9%). Los Factores de riesgo cardiovascular estudiados fueron: HTA (A: 45,3% y a: 28,8%), Dislipemia (A: 26,8% y a: 28,8%), DM (A: 20,6% y a: 17,9%), Cardiopatía isquémica previa (A: 12,1% y a: 6,3%), Enfermedad coronaria en la coronariografía (A: 32,6% y a: 18,5%), Fumador (A: 6,1% y a: 12,5%), EPOC (A: 8,4% y a: 6,3%), Claudicación de extremidades inferiores (A: 2,8% y a: 0%), Insuficiencia renal previa (A: 8,4% y a: 3,8%) y presencia de fibrilación auricular en el ECG basal (A: 40,2% y a: 34,6%).

Conclusiones: La prevalencia de enfermedad valvular severa en nuestro medio afecta fundamentalmente a pacientes ancianos, sobre todo en forma de valvulopatías de tipo estenótico. La presencia de factores de riesgo cardiovascular es mayor, como era de esperar, en los ancianos con la excepción del tabaquismo y la dislipemia, más prevalentes en los adultos.

ANALGESIA POSTOPERATORIA EN UVULOPALATO FARINGOPLASTIA CON PARACETAMOL INTRAVENOSO EN PACIENTES ANCIANOS

F.J. Pascual Pla¹, S. Fons Gosálvez¹, R. Bosca Mayans², E. García Gimeno¹, M. Sanegre Serna¹ y A. Nanchoño Alvaro¹

¹Fundación Instituto Valenciano de Oncología, ²Hospital «Francesc de Borja», Gandia, Valencia.

Objetivo: Evaluar la eficacia, calidad analgésica y efectos secundarios del paracetamol intravenoso (iv) en pacientes ancianos intervenidos de uvulopalatofaringoplastia (UPFP) por síndrome de apnea del sueño (SAOS).

Método: Se incluyó a 5 pacientes mayores de 65 años (rango 65-69), 4 varones y una mujer, hipertensos, obesos y diabetes mellitus (3) y dislipemia, uno. La analgesia postoperatoria en la URPA se realizó con paracetamol 1 gramo iv cada 6 horas y rescate con parecoxib 20 mg iv. La calidad analgésica se objetivo por la aparición de efectos secundarios como náuseas y/o vómitos, cefalea y sudoración. Todos permanecieron en la URPA 24 horas, de donde salieron sin dolor, valorado mediante la EVA a su llegada a planta.

Resultado: En las primeras 24 horas el control analgésico con paracetamol iv cada 6 h fue adecuado, solo un paciente precisó rescate (EVA. A partir de las 24 horas, se mantuvo la pauta analgésica y no se precisó rescate, siendo la EVA a las 36 horas de la intervención > 5 y a las 48 horas, > 6. El efecto analgésico fue inferior a 30 minutos desde que se administró y con una duración media de 6 horas. Como efectos secundarios aparecieron náuseas y/o vómitos (3/5), más atribuibles a la cirugía que al fármaco, cefalea (2/5) y sudoración (1/5).

Conclusiones: La analgesia con paracetamol iv en la UPFP secundaria a SAOS en pacientes ancianos con patología asociada, es adecuada, tiene pocos efectos secundarios y son bien tolerados en los

pacientes ancianos, proporciona una analgesia rápida y es cómodo y fácil de utilizar por el personal sanitario implicado.

Palabras clave: Paracetamol iv. Ancianos. Uvulopalatofaringoplastia

VALORACIÓN GERIÁTRICA EN EL SERVICIO DE OBSERVACIÓN DE URGENCIAS DE GUADALAJARA

M. Madrigal López, C. Mauleón Ladrero, B. Álvarez Gómez, T. Pareja Sierra, M. Hornillos Calvo, M.P. Jiménez Jiménez
Hospital Universitario de Guadalajara.

Objetivos: Analizar los beneficios de la evaluación del paciente anciano por un geriatra en el servicio de observación de urgencias, consistente en valoración geriátrica integral con elaboración de un plan de cuidados, tratamiento de patología médica leve y derivación del paciente al nivel asistencial donde sea más adecuado su tratamiento.

Métodos: Estudio de 768 pacientes ingresados en la unidad de observación de urgencias de geriatría en el año 2006. Los datos se recogieron mediante protocolo de forma prospectiva, evaluando las características funcionales, mentales y sociodemográficas al ingreso, patologías más frecuentes, duración de la estancia, necesidad de ingreso hospitalario y seguimiento tras el alta al mes. El análisis estadístico se hizo mediante el programa SPSS 11.5.

Resultados: La edad media de los pacientes fue 86 años. Presentaban deterioro funcional moderado un 51% (CRF entre 2-3 y Barthel medio de 48) y deterioro cognitivo leve-moderado 61% de los pacientes (CRM entre 0-2). La mayoría procedían de domicilio (64,7%). La media de diagnósticos al alta fue de 3, siendo las patologías más diagnosticadas, insuficiencia respiratoria 27,7%, insuficiencia cardíaca 26,5%, infección respiratoria 24,2%, arritmias 14%, estreñimiento 17,8%, accidente cerebrovascular 10,7%, trastornos metabólicos 11,8% e infecciones de orina 9%. Casi la mitad de los pacientes presentó algún tipo de síndrome geriátrico (los más frecuentes eran trastornos de conducta asociados a demencia, inmovilismo, problemática social, úlceras por presión y disfagia). La estancia media fue de 36 horas en unidad de observación. Precisaron ingreso hospitalario el 30% de los pacientes, la mayoría en Servicio de Geriatría. De los que fueron dados de alta, casi el 40% se derivaron a los distintos niveles asistenciales de geriatría (consulta de Geriatría 21,4%, atención geriátrica a domicilio 8,4%, unidad de día 8,2%) y 13% seguimiento por médico de residencia. El 83% de los pacientes no precisaron ingreso hospitalario en el mes posterior.

Conclusiones: La valoración geriátrica en urgencias aporta un diagnóstico multidimensional del enfermo anciano, detectando síndromes geriátricos, pluripatología y deterioro funcional hasta ahora infravalorados en urgencias, todo ello con una corta estancia en este servicio. Así mismo ofrece indudables beneficios respecto a la optimización de los distintos niveles asistenciales y reducción del consumo de recursos hospitalarios.

ESTUDIO DE RESISTENCIAS A ANTIBIÓTICOS EN INFECCIONES URINARIAS EN UN HOSPITAL DE MEDIA ESTANCIA

M. Gonzalo Lázaro, B. González Glaría, J. Oteiza Olaso, C. Martínez Velasco, A. Fontaneda y C. Pina
Hospital San Juan de Dios, Pamplona.

Introducción: La infección más frecuente en los pacientes ingresados en nuestro hospital es la localizada en el tracto urinario. Los gérmenes causantes suelen desarrollar aparición de resistencias a los antibióticos habitualmente empleados.

Objetivo: Averiguar qué germen se aísla con mayor frecuencia, así como el porcentaje de aparición de resistencias a antibióticos.

Material y métodos: Estudio retrospectivo de los urocultivos realizados en pacientes ingresados en nuestro hospital durante un periodo de seis meses (1/8/2006 al 31/1/2007). Se obtienen los siguientes parámetros: fecha ingreso, fecha de obtención de muestra, edad, motivo de ingreso, patologías asociadas, germen causante en caso de urocultivo positivo, y antibiograma con descripción de resistencias a antibióticos.

Resultados: Muestras recibidas: 202. Pacientes: Edad media: 79,02 (DS: 12,746); sexo: 89 varones (44,1%). Motivo de ingreso: traumático: 54 (26,7%); neurológico: 39 (19,3%); infeccioso: 37 (18,3%); oncológico: 28 (13,9%); cardiorrespir: 20 (9,9%). El urocultivo fue po-

sitivo en 80 muestras (39,6%), de las cuales, el germen aislado era: E. Coli: 31 (38,75%); Klebsiella Pneumoniae: 6 (7,5%); Proteus Mirabilis: 6 (7,5%); Pseudomonas Aeruginosa: 6 (7,5%); Morganella Morganii: 4 (5%); Staph Scuri: 4 (5%); Staph Aureus MR: 3 (3,75%); Citrobacter Freundi: 3 (3,75%). Resistencias a E. Coli: quinolonas: 18 (58%); ampicilina: 23 (4%); otras penicilinas: amoxi-clavulánico: 7 (22,5%); piperacilina-tazobactam: 4 (12,9%); aminoglucósidos: 3 (9,6%). Siendo el urocultivo positivo, e independientemente del germen aislado, el porcentaje de resistencias fue: ampicilina: 56'25% (45); cefazolina: 41,25% (33); fosfomicina: 22,5% (18); cefuroxima: 25% (20); amoxi-clavulánico: 31'3 % (25); piperacilina-tazobactam: 16% (13); trimetoprim-sulfametoxazol: 28,75% (23); amikacina: 6,25% (5); imipenem: 18,75% (15); gentamicina: 23,75% (19); ciprofloxacino: 47,5% (38); ác. pipemidico: 47,5% (38); norfloxacino: 32,5% (26); cefotaxima: 40,7% (33).

Conclusiones: Menos del 40 % de las muestras remitidas para urocultivo son positivas. El germe más comúnmente aislado es E. Coli. En nuestro medio llama la atención el gran porcentaje de aparición de resistencias a quinolonas y cefalosporinas de segunda generación, por ser éstas de primera línea como antibioterapia empírica. Ante la sospecha clínica de infección urinaria, la fosfomicina continúa siendo un antibiótico de elección.

FUNCIONAMIENTO Y DINÁMICA DE UN CENTRO DE DÍA, DE ATENCIÓN A LOS TRASTORNOS DE LA MEMORIA. CENTRO ESPECÍFICO DE ALZHEIMER Y OTRAS DEMENCIAS

M. Ferrer Cardona, M.ª C. Ortega Senti, M. Cardona Baos, N. Mari Wells, M. Tur Cardona y R. Nava Romero
Hospital Residencia Asistida del Consell Insular de Ibiza.

Definición del recurso, objetivos. Programas terapéuticos. Perfil de los usuarios, registro de otras patologías asociadas. Valoración estandarizada de logro de objetivos terapéuticos, datos del grado de mantenimiento y mejoría de las funciones cognitivas, funcionales y AVD básicas e instrumentales. Estado de salud. Valoraciones cuantificadas del beneficio que suponen su asistencia, de las distintas áreas y del beneficio general del usuario y de sus familiares.

PROGRAMA SECAR (SENIORS CARTAGENA) PROGRAMA DE ENVEJECIMIENTO SALUDABLE DEL AYUNTAMIENTO DE CARTAGENA

J.D. Aviles Hernández¹, Daniel Balas², M.ª L. Saura³, V. Guillen⁴, V. Zamora¹ y P. Montoya¹

¹Cátedra de Gerontología Universidad Católica de Murcia, ²Hospital de Cimiez y Facultad de Medicina, ³Instituto Municipal de Servicios Sociales de Cartagena, ⁴Instituto Gerontológico.

Introducción: Desde el año 1996 la ciudad de Cartagena (España) desarrolla un programa educativo intervencional de envejecimiento saludable. Desde 2002 trabajamos con el CHU de Nice, Prof. Daniel Balas, utilizando el logiciel EGS (Evaluación Gerontológica Standarizada) adaptado a la población española, bajo el concepto de la fragilidad siguiendo las recomendaciones de Rubenstein (1984) y Fries (1986). La fragilidad puede definirse como un estado inestable que corresponde a una subpoblación de mayores sometidos a una desadaptación de los sistemas homeostáticos, que conducen a un déficit progresivo de las funciones fisiológicas y celulares.

Objetivos: Conocer la fragilidad observada en una población seniors

Material y métodos: Estudio observacional prospectivo, realizado sobre una población seniors, 600 mayores (edad media 68,7 años entre 55-80 años). Evaluados con el programa EGS. El util EGS incluye evaluación del modo de vida, estado afectivo, cognitivo, sensorial, estado nutricional, equilibrio y marcha, dolor, actividades instrumentales de la vida diaria e incontinencia urinaria

Resultados: 94% de esta población es femenina. La fragilidad global obtenida afecta al 29,6%, la incontinencia urinaria 28%, el deterioro cognitivo ligero afecta al 28,9% de los hombres y el 43,9% de mujeres. La depresión severa 18%, depresión ligera o probable 35%, ninguna depresión 47%. El sobrepeso le 75% de la población y el dolor de intensidad mediana al 35%. El manejo incluye los talleres de equilibrio, estimulación cognitiva y los talleres nutricionales.

Conclusiones: EL EGS se muestra como un instrumento muy eficaz para la intervención y seguimiento de grandes poblaciones, en los conceptos preventivos y educativos sobre la salud desarrollándose

sobre un concepto optimista de la gerontología que permite detectar las situaciones de fragilidad y su manejo, a menudos con la integración profesional inter y multidisciplinar.

FUNCIONAMIENTO Y DINÁMICA DE UNA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN DE PSICOGERIATRÍA. HOSPITAL RESIDENCIA ASISTIDA DEL CONSELL INSULAR DE IBIZA Y FORMENTERA

M. Ferrer Cardona, M. Torres Moran, A. Pradamos Jular, E. Moreno Collado, M. Tur Ribas y M. Cardona Baos
Hospital Residencia Asistida del Consell Insular de Ibiza.

Definición y objetivos del recurso asistencial. Perfil, nº, y media edades de los pacientes, (demen., discapacidades psíquicas, psiquiátricos). Características en grado de déficits, cognitivos (MMSE) y funcionales (Barthel). Registro de reagudizaciones de otras patologías orgánicas a lo largo 2006. Otras patologías crónicas asociadas. Ttos. Psicofarmacológicos (mg/d) y datos de otros programas asistenciales terapéuticos (reh. física y cognitiva, AVD...). Registro de datos de las necesidades de cuidados enfermería. Gestión y dinámica funcional. Datos anuales, ingresos definitivos y temporales, bajas, altas, movilidad interna y con hospital de agudos.

TRATAMIENTO COMBINADO EN LA DEMENCIA. EXPERIENCIA EN UNA UNIDAD DE MEMORIA

A. Vitoria, A. Besga, R. Yubero, A. Rodríguez, P. Gil y J.M. Ribera
Unidad de Memoria. Servicio Geriatría. Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

Objetivos: Describir el perfil de un grupo de pacientes en tratamiento con inhibidores de la acetilcolinesterasa (IACE), en los que se inicia tratamiento combinado con memantina.

Material y métodos: Estudio retrospectivo de 29 pacientes en seguimiento en la Unidad de Memoria. Se recogen datos demográficos, situación funcional: actividades básicas de la vida diaria (Índice de Katz) y actividades instrumentales de la vida diaria (Índice de Lawton), situación cognitiva (Minimental State Examination: MMSE), estadiaje de la demencia mediante Global Deterioration Scale (GDS), tipo de IACE y tiempo de tratamiento hasta el inicio de memantina.

Resultados: N: 29 pacientes. Edad media: 76,4 + 5,5; 79,3% mujeres, nivel educativo medio: 10 años + 5. Diagnósticos principales: Enfermedad de Alzheimer 69% (N = 20), Demencia Vascular 17,2% (N = 5), Afasia Progresiva Primaria 6,9% (N = 2) y Demencia Frontal 6,9% (N = 2). Respecto al tratamiento con IACE: El 58,6% de los pacientes seguían tratamiento con donepezilo (N: 17); rivastigmina: 20,7% (N = 6) y galantamina: 20,7% (N = 6). Situación funcional en el momento del diagnóstico: KATZ A-C: 72,4% (N: 21), Lawton > 3: 34,5% (N: 10). Al inicio del tratamiento con memantina: KATZ A-C: 55,2% (N: 16) y Lawton > 3: 6,9% (N = 2). MMSE al diagnóstico: 19,21 + 3,9, al inicio del tratamiento con memantina: 11,93 + 4,1. Estadiaje (GDS) inicial: 96,7 % GDS 4. Cuando se añadió memantina, el 76,7% de la muestra se encontraba en el estadio 5 y el 23,3% en el estadio 6 del GDS. El tiempo medio transcurrido entre el diagnóstico e inicio de IACE y la decisión de tratamiento combinado fue de 26,48 + 13,1 meses.

Conclusiones: El tiempo medio entre el diagnóstico de demencia y la decisión de añadir tratamiento con memantina al IACE previo, fue de dos años aproximadamente en la muestra en estudio. El empeoramiento progresivo en la situación funcional y cognitiva de los pacientes es la razón principal para decidir tratamiento combinado. El tratamiento con IACE + memantina ha sido bien tolerado en todos los pacientes de nuestra muestra. Actualmente se está llevando a cabo un estudio de seguimiento de dichos pacientes.

UNIDAD DE CONVALECENCIA: CARACTERÍSTICAS DE UN GRUPO DE PACIENTES ANCIANOS CON HIPOTENSIÓN POSTPRANDIAL INGRESADOS EN UNA UNIDAD DE CONVALECENCIA

F. Blasco Hernando, P. González Martín, C. Villavicencio Chávez, P. Gili i Ripoll, A.E. Sanjuán y R. Miralles Basseda
Hospital de la Esperanza, Barcelona.

Introducción: La prevalencia de hipotensión postprandial aumenta con la edad, es más frecuente en hipertensos. Teniendo en cuenta

que algunos pacientes ingresados en la unidad de Convalecencia, pueden presentar este problema, es importante su detección.

Objetivo: Describir las características de 9 pacientes ingresados en una Unidad de Convalecencia Geriátrica con hipotensión postprandial.

Pacientes y método: Se estudiaron 27 pacientes que cumplían los siguientes criterios: mayor de 65 años, capacidad de ingesta vía oral, situación de estabilidad clínica y tolerancia a la sedestación. A todos ellos se les tomó la TA en decúbito supino plano, tras bipedestación de 2 a 3 minutos, a los 15 minutos de sedestación y transcurrida 1 hora de la ingesta. Hubo 9 que presentaron hipotensión postprandial (reducción mayor de 20 mmhg de la presión sistólica). Variables: edad, sexo, Barthel actual, Lawton, Norton, Minimental, diagnósticos de enfermería (cuatro diagnósticos) y síndromes geriátricos.

Resultados: Media edad 75,6; 6,1; Hombres 6 (46,1%) mujeres 3 (21,4%); Barthel actual 66,0; 28,8; Lawton 5,0; 2,7; Norton 16,3; 3,3; Minimental 23,2; 7,3. Todos los pacientes, presentaban más de un diagnóstico de enfermería: Déficit de autocuidado 8 (88,8%); Trastorno de la movilidad neuromuscular 3 (33,3%); Trastorno de la movilidad musculoesquelética 5 (55,5%) y Deterioro de la integridad cutánea 2 (22,2%); síndromes geriátricos: sufren caídas 4 (44,4%); desnutrición 5 (55,5%); incontinencia 2 (22,2%); inestabilidad en la marcha 8 (88,8%); síndrome confusional 1 (11,1%) e inmovilidad 2 (22,2%) no presentando en ningún caso: úlceras por presión, constipación, y problemas de masticación/deglución.

Conclusiones: Los pacientes con hipotensión postprandial eran la mayoría hombres, con dependencia funcional moderada, alta frecuencia de inestabilidad en la marcha y la mayoría de ellos con diagnóstico de enfermería de déficit de autocuidado

EFFECTIVIDAD DE LAS MEDIDAS DE PROTECCIÓN EN LA EVOLUCIÓN DE LAS UPP EN UNA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN

M. López, B. González Glaría, F. Larrea, P. Torral, T. Baile y M. Cruz Ibero
Hospital San Juan de Dios, Pamplona.

Objetivos: Valorar la efectividad de las distintas medidas preventivas (colchón, indicación de levantar y cambios posturales, hidratación, protección (parches) y vigilancia de puntos de apoyo) en la prevención o evolución favorable de úlceras por presión.

Métodos: De 180 pacientes ingresados en una unidad de hospitalización de 18 camas a lo largo del año 2006 se recogen datos administrativos (servicio de procedencia, estancia media y derivación al alta); demográficos (edad y sexo); médicos (diagnóstico de ingreso, s. confusional, demencia y diabetes); sondas (SNG; SV) vías iv al ingreso; datos de las UPP ingreso y alta (presencia, localización, grado), escala de valoración de riesgo de úlceras por presión Norton y las medidas preventivas aplicadas.

Resultados: (%) Se analizan datos de 158 pacientes (22 perdidos). Edad media 79,9, 62 mujeres. Diagnóstico ingreso: traumatológico 46,2, infeccioso 19, ACV 9,5, neoplasia 3,8 y otros. Situación al ingreso: inmovilidad 90,5; s. confusional 30,4, demencia 24,7; diabetes 17,1; sonda vesical 17,7, vía iv 30,4%; SNG 7,6, absorbente 70,9. Pacientes con UPP 69%: 31,6 alt; Total upp: 187 ing ; 107 alt (%1: 94 ing, 34 alt; %2: 55 ing, 27 alt; %3: 30 ing, 23 alt; %4: 8 ing, 6 alt) Sacro: 36, 1 ing; 14,6 alt (%1: 32 ing, 13 alt; %2: 15 ing, 5 alt; %3: 7 ing, 4 alt; %4: 3 ing, 2 alt). Talón D: 22,2 ing; 9,5% alt (%1: 23 ing, 6 alt; %2: 2 ing, 3 alt; %3: 8 ing, 5 alt; %4: 1 ing, 1 alt). Talón L: 24, 1 ing, 12,7 alt (%1: 22 ing, 10 alt; %2: 9 ing, 7 alt; %3: 6 ing, 3 alt; %4: 3 ing) Troca D 3,8 ing, 3,2 alt (%1: 2 ing; %2: 1 ing; %3: 2 ing, 3 alt; %4: 1 ing, 1 alt) Trocal 3,8 ing, 1,3 alt (%1: 2 ing; %2: 4 ing, 1 alt; %3: 1 alt) Otros 29,1 ing, 15,8 alt (%1: 13 ing, 5 alt; %2: 24 ing, 11 alt; %3: 7 ing, 7 alt; %4: 2 alt) Tras realizar el análisis estadístico (comparación de medias) no se obtuvieron diferencias en cuanto a la curación de las UPP pero sí en la disminución del grado de las mismas con la indicación de colchón antiescaras, cambios posturales y medidas de protección.

Conclusiones: En nuestros pacientes, la indicación de colchón antiescaras, cambios posturales y medidas de protección (parches) parecen mejorar la evolución de las UPP. No es el caso de la indicación de levantar, medidas de hidratación y la vigilancia de puntos de apoyo.

FACTOR MÁS RELEVANTE DE LA ESCALA DE RIESGO DE ÚLCERAS POR PRESIÓN NORTON COMO PREDICOR DEEVOLUCIÓN DE LAS MISMAS

M.J. Arizcuren, M. Gonzalo, K. Echeverría, P. Regaño, M.R. Ruiz de Erenchun y M.C. Ibero
Hospital San Juan De Dios.

Objetivos: Valorar cual es el factor de la escala de riesgo de úlceras por presión Norton más relevante en la evolución de las úlceras por presión.

Método: De 180 pacientes ingresados en una unidad de hospitalización de 18 camas en el año 2006 se recogen datos demográficos (edad y sexo); médicos (diagnóstico de ingreso, s. confusional al ingreso, demencia y diabetes); sondas (SNG; SV y vías iv; datos úlceras por presión al ingreso y al alta (presencia, localización, grado), escala de valoración de riesgo de UPP Norton y las medidas preventivas aplicadas.

Resultados: (%) Se analizan datos de 158 pacientes (22 perdidos). Edad media 79,9, 62% mujeres. Diagnóstico ingreso: traumatológico 46,2, infeccioso 19, ACV 9,5, neoplasia 3,8 y otros. Situación al ingreso: inmovilidad 90,5; s. confusional 30,4, demencia 24,7; diabetes 17,1; sonda vesical 17,7, vía iv 30,4%; SNG 7,6, absorbente 70,9. Pacientes con UPP 69%: 31,6 alt; Total upp: 187 ing ; 107 alt (%1: 94 ing, 34 alt; %2: 55 ing, 27 alt; %3: 30 ing, 23 alt; %4: 8 ing, 6 alt) Sacro: 36, 1 ing; 14,6 alt (%1: 32 ing, 13 alt; %2: 15 ing, 5 alt; %3: 7 ing, 4 alt; %4: 3 ing, 2 alt). Talón D: 22,2 ing; 9,5% alt (%1: 23 ing, 6 alt; %2: 2 ing, 3 alt; %3: 8 ing, 5 alt; %4: 1 ing, 1 alt). Talón L: 24, 1 ing, 12,7 alt (%1: 22 ing, 10 alt; %2: 9 ing, 7 alt; %3: 6 ing, 3 alt; %4: 3 ing) Troca D 3,8 ing, 3,2 alt (%1: 2 ing; %2: 1 ing; %3: 2 ing, 3 alt; %4: 1 ing, 1 alt) Trocal 3,8 ing, 1,3 alt (%1: 2 ing; %2: 4 ing, 1 alt; %3: 1 alt) Otros 29,1 ing, 15,8 alt (%1: 13 ing, 5 alt; %2: 24 ing, 11 alt; %3: 7 ing, 7 alt; %4: 2 alt) Tras realizar la comparación de medias se observó que todos los apartados de la escala Norton se correlacionaban con la evolución de las UPP siendo la continencia y el estado nutricional las que mayor correlación presentaban (0,977; 0,974) y la locomoción la que peor (0,066).

Conclusiones: Los factores más relevantes de evolución de las úlceras por presión de la escala de valoración Norton fueron la continencia y el estado nutricional. El que menos relevancia mostró fue la locomoción.

ESTUDIO EPIDEMIOLOGICO, OBSERVACIONAL

DE EVALUACION DEL NIVEL DE DOLOR Y LA INTERFERENCIA EN LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA, EN PACIENTES CON LUMBALGIA AGUDA, EN CONSULTAS DE ATENCION PRIMARIA. ESTUDIO LUMA. SUBANÁLISIS EN POBLACIÓN DE MÁS DE 65 AÑOS

E. Blanco Tarrio¹, J. Sánchez², M. Serrano Sánchez³
y I. Sánchez-Magr³

¹Centro de Salud de Béjar - Salamanca, ²Centro de Salud de Berja. Distrito Poniente. Almería, ³Departamento Médico Grupo Grünenthal, España.

Objetivos: Describir la evolución de la intensidad del dolor en pacientes de 65 años con dolor lumbar moderado - severo utilizando la escala analógica visual (EVA) y la Intensidad del dolor y su Interferencia en la vida diaria medida por el Brief Pain Inventory (BPI), que acuden a centros de Atención Primaria de España. Realizar un comparativo con el tratamiento instaurado entre los < 65 años y los de 65 años

Métodos: Estudio epidemiológico observacional prospectivo, multicéntrico, nacional, de seguimiento de una cohorte de pacientes. El estudio fue aprobado por el CEIC del Hospital La Paz. Madrid. Las variables principales son: puntuación obtenida mediante la escala EVA, en la intensidad del dolor y en la interferencia del dolor (BPI), al inicio del episodio y a la semana

Resultados: 409 pacientes 65 años, el 20,7 % de la población total del estudio. Las prescripciones en terapia combinada fueron: al menos paracetamol (60,9%), al menos AINES (44%) o al menos opioides débiles (42,5%). El tratamiento más pautado fue Paracetamol + Opioides débiles (21,8%). El dolor tuvo una valoración media EVA de 7,02 al inicio y 3,64 en la segunda visita $p < 0,001$ siendo la diferencia de un 48,15% en la población de 65 años, respecto al 57,28% del resto de la población. La intensidad del dolor BPI fue 6,20 al inicio y 3,26 en la segunda visita $p < 0,001$ siendo la diferencia de un

47,41% en la población de 65 años, respecto 59,25%. La interferencia por la escala BPI fue de 5,8 al inicio y de 2,84 en la segunda visita $p < 0,001$, con una diferencia entre ambas de 51,11% en la población de 65 años, respecto 63,49%

Conclusión: En la segunda visita los tres marcadores del dolor disminuyen un promedio de 3 puntos. Hubo diferencias significativas en la reducción del dolor en EVA, Intensidad e Interferencias en relación a la edad. En pacientes de 65 años se prescribe más paracetamol que al resto de la población del estudio. No se objetivaron diferencias en la prescripción de opioides débiles o potentes entre los de 65 años. Existe relación estadísticamente significativa entre el inicio de opioides potentes y la puntuación del BPI.

Palabras clave asignadas: Lumbalgia. Eva. BPI

ACTIVIDAD DE UNA UNIDAD DE MEMORIA EN UN HOSPITAL TERCARIO

A. Rodríguez, A. Vitoria, R. Yubero, L. Moron, P. Gil y J.M. Ribera
Unidad De Memoria. Servicio Geriatría. Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

Objetivos: Describir las actividades de una Unidad de Memoria de un Servicio de Geriatría de un hospital terciario de Madrid.

Método: Estudio retrospectivo y descriptivo de una Unidad de Memoria en los últimos cuatro años. Se recogieron datos relacionados con: recursos humanos, actividades de investigación, asistencial y docencia. Los pacientes acudían derivados de distintos niveles asistenciales (médico de atención primaria y especialidades médicas: fundamentalmente Geriatría) para estudio de deterioro cognitivo y quejas subjetivas de memoria.

Resultados: En la Unidad de Memoria han sido valorados 995 pacientes nuevos en los últimos 4 años. Durante el año 2006 se realizaron 2378 visitas que incluyen consultas médicas y neuropsicológicas. Edad media: 79,1 ± 6,3. Años de educación:

10 + 5,74% de los pacientes son mujeres. La Enfermedad de Alzheimer supone el diagnóstico más frecuente después de la primera visita a la Unidad (45% de los pacientes). Contamos con un equipo multidisciplinar compuesto por: geriatras, residentes de geriatría, neuropsicólogas, enfermeras, terapeutas ocupacionales y trabajadores sociales. Colaboramos habitualmente con los Servicios de: Neuroradiología, Magnetoencefalografía, Farmacia, Neurología y Psiquiatría. Nuestro centro forma parte de la EADC (European Alzheimer's Disease Consortium). Actualmente participamos en varios ensayos clínicos internacionales y estamos trabajando en varias tesis doctorales.

Conclusiones: El abordaje del deterioro cognitivo lo realizamos a partir de un equipo interdisciplinario. Aunque la Enfermedad de Alzheimer es la demencia más frecuente, hemos encontrado entre nuestros pacientes una gran heterogeneidad en los diagnósticos. En nuestra Unidad de Memoria no solo es importante la actividad clínica, sino también la investigación y la actividad docente

PROYECTO DE EVALUACIÓN E INTERVENCIÓN DE LA DEPENDENCIA DERIVADA DEL ENVEJECIMIENTO EN LA POBLACIÓN DE PEÑARANDA DE BRACAMONTE

J.A. Sánchez Martín, J.M. Arana Martínez, J.J. García Meilán, E. Pérez Sáez y C. Blanco Martín
Universidad de Salamanca. Facultad de Psicología.

Objetivos: Valorar e intervenir en las situaciones de dependencia de la población mayor y consecuencias sobre sus cuidadores.

Método: La intervención consta de tres apartados: Evaluación e intervención con las personas mayores: Valoración sobre un protocolo específico que evalúe el déficit asociado al envejecimiento, preventión de posibles patologías y la situación social de la persona. Además se informará sobre los recursos que dentro de su contexto puede tener para mejorar su calidad de vida. Evaluación e intervención con los/as cuidadores/as formales y no formales: El servicio ofrece atención y formación personal al cuidador, donde se orientará hacia recursos tanto prácticos como comunitarios. También, se realizará el ciclo de conferencias: «El cuidador y las enfermedades de la dependencia», para proporcionar una formación efectiva y profesional sobre diferentes aspectos de este tema. Estudio epidemiológico sobre la incidencia de la demencia en la población del municipio: En colaboración con los servicios asistenciales y sanitarios de la zona se observará la incidencia de las variables más importantes en cuanto a

la prevención e incidencia de la dependencia en este colectivo. El estudio se realizará con los datos del propio servicio y los obtenidos a través de los organismos competentes en la atención bio-psico-socio-sanitaria.

Resultados: Como resultado de la intervención psicosocial propuesta se espera: Mejorar el acceso de las personas mayores y sus cuidadores a la información genérica y específica sobre la dependencia y el envejecimiento. Conocer la situación de las personas dependientes del municipio y sus necesidades, como paso previo para una orientación de la política social y cultural del Ayuntamiento y otras instituciones para este grupo de edad. Contribuir a la mejora en la calidad de vida de las personas mayores y sus cuidadores.

Conclusiones: El proyecto de intervención y evaluación en la vejez tendrá una importante influencia en la población: Por la intervención individual al usuario (persona mayor o cuidador), y por la trascendencia a nivel comunitario (relación/coordinación de/con otros organismos, actuaciones comunitarias, formación e información). Se darán soluciones a las necesidades explícitas de las personas de la localidad desde una iniciativa pionera.

CARACTERISTICAS DEL PACIENTE CON DEMENCIA INSTITUCIONALIZADO EN UN CENTRO MONOGRAFICO

A. De Tena¹, T. Gomez¹, P. Chaves¹, T. Diaz¹, P. Loribo¹ y P. Gil²

¹Residencia Villaverde-Alzheimer de Madrid, ²Unidad de Memoria. Servicio Geriatría. Hospital Clínico San Carlos de Madrid.

Objetivos: Conocer las características clínicas y perfil evolutivo de pacientes con demencia ingresados en un centro monográfico

Metodología: Estudio prospectivo, observacional de pacientes que ingresan en un centro público y monográfico con el diagnóstico de demencia. Periodo de estudio: 24 meses. SE recogen las siguientes variables: edad, género, diagnóstico clínico, tiempo de evolución, valoración cognitiva (MEC), funcional (Barthel), psicológico-conductual (NPI) y estadio evolutivo (GDS). También se recogen incidencia c línicas: ingresos, procesos infecciosos, caídas, fracturas, cirugía y fármacos durante el periodo de estudio. Estudio estadístico utilizando paquete estadístico SPSS 13.0

Resultados: Se incluyen un total de 68 pacientes (edad media 87,1 ± 5,9). Éxitus 18 pacientes (edad media 87,9 ± 4,8). Tiempo de evolución media: 75,8 ± 12,8 meses. Tipología de la demencia: E. Alzheimer 61,7%, demencia vascular: 32,3%, Cuerpos de Lewy 4,5%, frontotemporal: 1,5%. Estadio evolutivo GDS 5: 18 (26,4%); GDS 6: 30 (44,1%) GDS 7-20 (29,5%) Comorbilidad: Ingresos hospitalarios 16 pacientes (22 ingresos), procesos infecciosos 36 pacientes (77 procesos), caídas: 29 pacientes (58 caídas), fracturas 12 pacientes.

Conclusiones: Pacientes con estadios evolutivos severos y muy severos lo que puede limitar la actividad terapéutica. Importante comorbilidad que implica una carga médica grande para este tipo de centros. Adecuación de los profesionales a las necesidades reales de los pacientes

DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA MAS FRECUENTES RELACIONADOS CON EL INICIO DE UN PROGRAMA DE REHABILITACION EN PACIENTES INGRESADOS EN UNA UNIDAD DE CONVALECENCIA

I. Rius I Codina, R. Benito Navarro, A. Renom Guiteras, M.Á. Mas Berga, A. Esperanza Sanjuán y R. Miralles Basseda
Hospital de la Esperanza, Barcelona.

Introducción: Un motivo frecuente de ingreso en una Unidad de Convalecencia Geriátrica es la terapia rehabilitadora encaminada a mejorar la capacidad global

Objetivo: Analizar un grupo de pacientes ingresados en la Unidad de Convalecencia según reciban tratamiento rehabilitador (rhb) o no.

Pacientes y método: Analizados 55 pacientes, divididos en, grupo I: hicieron rhb grupo II: no hicieron rhb. Variables: edad, sexo Barthel ingreso, Diagnósticos de Enfermería (deterioro de la movilidad, perdida de integridad cutánea, déficit de autocuidados) y los siguientes síndromes geriátricos: caídas, depresión, desnutrición, demencia, deterioro sensorial, inmovilidad, constipación, incontinencia, inestabilidad en la marcha, delirium, úlceras por presión, alteración deglución /masticación.

Resultados: Media edad 78,6; 9,3; 33mujeres (60 %) y 22 hombres (40%); grupo I: 42 pacientes (76,3 %); grupo II: 13 (23,6%); Barthel al

ingreso 33,4; 22,2 vs 58,5; 27,1 (p 0,001). Diagnósticos de enfermería: Deterioro de la movilidad 39 (79,6%) vs 10 (20,4%); Pérdida de la integridad cutánea 1 (2,3%) vs 1 (7,6%); Déficit de autocuidados 2 (4,7%) vs 2 (15,3%) (p = ns); número total síndromes geriátricos 4,4; 1,9 vs 2,6; 2,3 (p 0,008). Desnutrición grupo I, 29 (69,0%) vs grupo II 4 (30,7%) (p 0,02); Inestabilidad en la marcha 25 (59,5%) vs 2 (15,3%) (p 0,01); No hubo diferencias significativas entre ambos grupos en el resto de los síndromes geriátricos evaluados.

Conclusiones: 1. El diagnóstico más frecuente en los pacientes que iniciaron rehabilitación fue deterioro de la movilidad. 2. Los pacientes del grupo II (no rhb) presentaban al ingreso mejor capacidad funcional, menor número de síndromes geriátricos y menor frecuencia de desnutrición, e inestabilidad de la marcha.

ESTUDIO NEUROSCÓPICO TRANSCULTURAL ENTRE AMERICANOS, HISPANOS Y ESPAÑOLES

R. Yubero¹, D. Salmon², F. Maestu³, P. Gil¹ y J.M. Ribera¹

¹Hospital Clínico San Carlos, Madrid, ²Alzheimer's Disease Research Center,

³Universidad Complutense de Madrid.

Objetivos: Determinar el efecto del idioma y la cultura en el rendimiento de tests neuropsicológicos en 4 grupos diferentes de ancianos sin deterioro cognitivo.

Método: Estudio retrospectivo y transcultural que incluye 108 ancianos sin deterioro cognitivo divididos en 4 grupos: Americanos (A) (blancos, no hispanos: N = 33) valorados en inglés, Hispanos americanos valorados en español (H-E) (N = 16), Hispanos americanos valorados en inglés (H-I) (N = 32) y Españoles valorados en español (E) (N = 27). Americanos e Hispanos proceden de San Diego, California (EEUU). La población española procede de Madrid. La batería neuropsicológica fue aplicada por sujetos cuyo idioma materno es inglés o español. La batería neuropsicológica incluye: Mini-Mental State Examination (Folstein), Memoria Lógica, Span de Dígitos, Test de Denominación de Boston (BNT) y Fluencia verbal (fonética y semántica). Análisis estadístico realizado con SPSS 14.0.

Resultados: Edad media 67,7 + 8,9, 63% de mujeres (N = 68). Años de educación: 12,2 + 0,96. No se determinan diferencias significativas entre los 4 grupos en MMSE, Memoria Lógica o Fluencia verbal. Todos los grupos manifiestan diferencias estadísticamente significativas entre sí en el BNT: A > H-I > H-E > E (todos con p < 0,1). Además, aquellos grupos valorados en inglés obtienen mejores resultados que los valorados en español en el Span de Dígitos: para dígitos directos: A > E (p = ,001), A > H-E (p = ,024), y H-I > E (p = ,001); sin embargo los H-E y E no manifiestan diferencias estadísticamente significativas; para Dígitos Inversos: A > E (p = ,001) y A > H-I (p = ,003), sin existir diferencias significativas entre H-E y E.

Conclusiones: Estos resultados sugieren que el rendimiento en el BNT de ancianos sin deterioro cognitivo es sensible a los efectos del idioma y de la cultura en favor de los Americanos y los anglo-parlantes. Una explicación para este efecto puede estar en que los ítems han sido elegidos y ordenados específicamente para anglo-parlantes. Las versiones transculturales del test deberían ser adaptadas tanto lingüística como culturalmente. Sin embargo, el rendimiento en el Span de Dígitos era sensible a los efectos del idioma, pero no de la cultura. Esto sugiere que el rendimiento en esta prueba está influido por aspectos específicos del idioma Inglés y Español. Una posible diferencia es que la palabra del número tiene más sílabas en español que en inglés (ej: four vs cuatro), requiriendo por tanto más información para ser procesada en el bucle fonológico de la memoria de trabajo durante la tarea de Span de Dígitos. Estas diferencias no están relacionadas con el nivel cognitivo general puesto que los grupos no difieren en el estado mental general (ej: MMSE), la memoria o la fluencia verbal.

EVOLUCIÓN DE LA SITUACIÓN FUNCIONAL DE LOS PACIENTES INCLUIDOS EN UNA UNIDAD DE MEMORIA

M. González-Colaço, A. Rodríguez, R. Yubero, A. Vitoria, P. Gil y J.M. Ribera

Hospital de San Carlos, Madrid.

Objetivos: Valorar los cambios funcionales que presentan los pacientes de la unidad de memoria en año y medio de evolución.

Material y métodos: Estudio longitudinal retrospectivo. Se incluyen 57 pacientes. Seguimiento 18 meses. Se recogen variables: datos de-

mográficos, cognitivos y funcionales en la 1^a (V1) y 4^a visitas (V4). Valoración funcional: Índice de Katz, escala de Lawton y datos de las actividades avanzadas de la vida diaria. Se establecen tres grupos de estudio: Grupo 1: pacientes con Enfermedad de Alzheimer (EA) Grupo 2: pacientes con deterioro cognitivo leve (DCL); Grupo 3: pacientes con diagnóstico de DCL en la visita basal que se convierten a EA a lo largo del año y medio de seguimiento.

Resultados: N = 57. Edad media 77 ± 5,63 años. 68,4% son mujeres. Grupo 1: 57,89% (N = 33); Grupo 2: 29,82% (N = 17); Grupo 3: 12,28% (N = 7). Grupo 1: Índice de Katz (V1) A-B: 90,91%, V4 A-B: 50%. Escala de Lawton > 5 en V1 72%, en V4 36,37%. El 96,69% de los pacientes era dependiente par a actividades avanzadas de la vida diaria (AAVD) en la visita 1, llegando al 100% en la visita 4. Grupo 2: Índice de Katz (V1) A-B: 100%, en la V4 91,7%. Escala de Lawton > 5 (V1) 82,2% en V4 el 55,3%. El 58,82% era dependiente para AAVD aumentando la dependencia a 76,92%. Grupo 3: Índice de Katz (V1) A-B 100% en V4 un KATZ C-D-E el 100% de los pacientes. Escala de Lawton > 5 en V1 del 57,16% y en V4 del 0%. En V1 el 85,71% de los pacientes era dependiente para las AAVD aumentando hasta el 100% en V4.

Conclusiones: En todos los grupos bajo estudio se manifiesta un deterioro funcional entre la V1 y la V4: incluido el grupo de DCL. Los pacientes convertidores presentan un mayor deterioro funcional sobre todo en las actividades avanzadas de la vida. La valoración funcional, incluyendo las actividades avanzadas es un instrumento fundamental para el screening de deterioro cognitivo.

PATRÓN EVOLUTIVO DE CAMBIO NEUROPSICOLÓGICO EN DETERIORO COGNITIVO LEVE Y ENFERMEDAD DE ALZHEIMER

Ll. Morón, R. Yubero, A. Vitoria, A. Besga, P. Gil, J.M. Ribera y A. Rodríguez

Hospital de San Carlos, Madrid.

Objetivos: Determinar los cambios producidos con el paso del tiempo en pruebas cognitivas de memoria en pacientes con demencia degenerativa tipo Alzheimer y deterioro cognitivo leve.

Material y métodos: Estudio descriptivo prospectivo observacional de un año de seguimiento de pacientes con diagnóstico de demencia tipo Alzheimer (EA) según criterios NINCDS-ADRDA y de Deterioro Cognitivo Leve (DCL) según criterios de Petersen. Se incluyeron un total de 57 pacientes (edad media 77,5 ± 5,6 años) con quejas subjetivas de memoria que acudieron a una unidad especializada en demencias. Se recogieron variables demográficas y tiempo de evolución. El perfil evolutivo de memoria se estableció comparando las puntuaciones obtenidas por los pacientes en la visita basal con los resultados de estos un año después en la prueba Textos I y II, y en el subtest de Dígitos Directos e Inversos, ambas de la escala de Memoria Weschler para adultos revisada. Análisis estadístico con una significación de 95% en el programa estadístico SPSS 13.0. Para analizar si existe correlación entre los diferentes grupos de estudio se realizó un análisis de Stuar t-Maxwell.

Resultados: El estudio incluye 57 pacientes distribuidos en tres grupos: dos grupos en los que no se produce cambio diagnóstico evolutivo, DCL (N = 17) y EA (N = 33) y un tercer grupo de pacientes que evolucionan de DCL a EA (N = 7). Los resultados se muestran en la siguiente tabla:

Textos 1 Textos 2 Dígitos Directos Dígitos Inversos

DCL- DCL P = 0,52 P = 0,43 P = P =

EA- EA P = 0,39 P = 0,35 P = P =

DCL- EA P = 0,57 P = 0,36 P = 0,40 P = 0,36 grupos de estudio.

Conclusión: No existen diferencias significativas entre los grupos en las pruebas de memoria declarativa verbal en recuerdo libre inmediato y demorado (Textos 1 y 2) y en pruebas de memoria de memoria de trabajo. Un año de evolución no es tiempo suficiente para establecer diferencias significativas en pruebas de memoria entre los tres grupos de estudio.

SÍNTIMAS CONDUCTUALES EN PACIENTES CON DETERIORO COGNITIVO LEVE CON Y SIN CONVERSIÓN A DEMÉNCIA

R. Yubero, F. Soria, A. Rodríguez, Ll. Morón, P. Gil y J.M. Ribera

Hospital de San Carlos, Madrid.

Objetivos: Valorar la evolución de los síntomas conductuales en pacientes en seguimiento por una Unidad de Memoria, con diagnóstico

inicial de DCL que se convirtieron o no en Demencia en un período de 18 meses.

Materiales y métodos: estudio longitudinal retrospectivo. Se incluyen 24 pacientes Seguimiento 18 meses. Se recogen variables: datos demográficos, cognitivos y funcionales en la 1ª (V1) y 4ª visitas (V4). Valoración conductual mediante Neuropsychiatric Inventory (NPI). Se establecen dos grupos de estudio: Grupo 1: pacientes con diagnóstico de DCL en la visita basal que se convierten a EA a lo largo del año y medio de seguimiento. Grupo 2: pacientes con diagnóstico de DCL a lo largo de los 18 meses de seguimiento.

Resultados: Edad media: $77 \pm 5,63$ años. 68,4% son mujeres. Grupo 1: 70,8% (N = 17). Grupo 2: 29,2% (N = 7). Grupo 1: En V1: labilidad/irritabilidad 42,9% y en V4: 25%. Algunos síntomas presentes en V1 desaparecen en V4: agitación/agresividad (V1: 42,8%), alucinaciones (V1 28,5%), delirios (V1 28,5%) y desinhibición (V1 14,3%). Apatía y depresión presentan fluctuación a lo largo de los 18 meses: V1 42,8% y 28,5%, V3 0% ambas y V4 25% ambas. Grupo 2: la depresión es el único síntoma que presenta un aumento durante los 18 meses: V1 28,5% y V4 41,7%. Apatía y agitación/agresividad disminuyen: V1 50% y 48,2% y en V4 33,3% y 16,7%. El resto de los síntomas permanecen estables con porcentajes de presencia por debajo de 15.

Conclusiones: Las alteraciones conductuales forman parte de la estructura clínica de los pacientes con DCL. Los pacientes convertidos presentan una disminución relevante de las alteraciones de conducta entre la V1 y la V4. Los pacientes no convertidos presentan menos alteraciones de conducta en V4, aunque en esta visita manifiestan mayores porcentajes de depresión.

SÍNTOMAS NO COGNITIVOS EN PACIENTES CON ENFERMEDAD DE ALZHEIMER

F. Soria, A. Vitoria, A. Rodríguez, L.I. Morón, P. Gil y J.M. Ribera
Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

Objetivos: determinar la evolución de los síntomas psicológicos y conductuales de los pacientes de una Unidad de Memoria durante un período de 18 meses.

Materiales y métodos: Estudio longitudinal retrospectivo. Se incluyen 33 pacientes Seguimiento 18 meses. Se recogen variables: datos demográficos, cognitivos y funcionales en la 1ª (V1) y 4ª visitas (V4). Valoración de síntomas conductuales mediante Neuropsychiatric Inventory (NPI). Análisis estadístico mediante SPSS 14.0.

Resultados: Edad media: $77 \pm 5,63$. 68,4% de mujeres. NPI en V1: depresión/disforia un 73,3% de los pacientes, apatía 70%, ansiedad 36,7%, agitación/agresividad 33%. NPI en V4: depresión/disforia 50%, apatía 54,5%, ansiedad 13,6%, agitación/agresividad 9%. La labilidad/irritabilidad es el único síntoma que fluctúa a lo largo del curso de la enfermedad: V1 36,7%; V3 50% y V4 41%. La presencia de delirios en V1 es del 36,7%, desapareciendo en V3 y reapareciendo nuevamente en V4 13,6%. La desinhibición permanece estable a lo largo del curso de la enfermedad: V1 16,7% y V4 22,7%.

Conclusiones: La presencia de síntomas conductuales en el curso de la Enfermedad de Alzheimer necesita ser valorada en cada visita. Si bien la mayoría de los síntomas conductuales tienden a disminuir en frecuencia a lo largo de los 18 meses de seguimiento, muchos de ellos tienen una incidencia episódica a lo largo de la evolución de la enfermedad.

VALORACION CUALITATIVA DE NEUROIMAGEN FUNCIONAL (SPECT) EN EL DETERIORO COGNITIVO

A. Rodríguez, L. Donis, R. Yubero, A. Vitoria, P. Gil y J.M. Ribera
Hospital Clínico San Carlos.

Objetivos: Conocer el patrón de perfusión cerebral, mediante técnica de SPECT, en el diagnóstico diferencial del deterioro cognitivo leve y la enfermedad de Alzheimer.

Material y métodos: Estudio retrospectivo observacional. Se recogen las siguientes variables: edad, género, comorbilidad, valoración cognitiva y funcional y patrón cualitativo de perfusión por áreas cerebrales.

Resultados: Se incluyen 62 pacientes (Edad media 80 ± 7 , mujeres 76,3%). EA: 33 (53,2%) DCL: 29 (46,8%). Situación funcional: Katz A-C el 85,7% de la muestra. Lawton 6-8 el 57,9%. No existiendo diferencias estadísticamente significativas. Comorbilidad: sin diferen-

cias significativas en la frecuencia de presentación de diabetes, hipertensión, dislipemia, depresión, cardiopatía isquémica y patología cerebrovascular entre EA y DCL SPECT: En la Enfermedad de Alzheimer se obtuvieron los siguientes resultados de hipoperfusión distribuidos por áreas cerebrales: Frontal (3,8%), Parietal (0%), Temporal (15,4%), Fronto-temporal (38,5%), Parieto-temporal (30,8%) y Fronto-temporo-parietal (11,5%). En Deterioro Cognitivo Leve: Frontal (5,9%), Parietal (5,9%), Temporal (35,3%), Fronto-temporal (29,4%), Parieto-temporal (5,9%), Fronto-parieto-temporal (17,6%). Ambos sin diferencias estadísticamente significativas.

Conclusiones: En nuestra muestra, en ambas entidades nosológicas, no existen diferencias estadísticamente significativas en el patrón de hipoperfusión cerebral. En base a los datos de nuestro estudio, no se recomienda la valoración cualitativa de la perfusión mediante Spect como prueba rutinaria en el diagnóstico diferencial entre DCL y EA. El área con mayor grado de hipoperfusión es el lóbulo temporal.

PLAN DE CUIDADOS ESTANDARIZADO DEL PACIENTE CON FRACTURA DE CADERA

S. Jiménez Piña, V. Gómez Toledo y R. Marín Fernández
Hospital San Juan De Dios, Palma de Mallorca.

Introducción: El Hospital Sant Joan de Déu de Palma de Mallorca está dedicado a la atención integral al paciente geriátrico. La fractura de cadera en el paciente anciano constituye un riesgo importante para la salud del paciente, además de tener una importante repercusión en su vida social y familiar. El equipo de enfermería de la unidad de hospitalización juega un papel importante en el cuidado postoperatorio de estos pacientes. La coordinación y estandarización de estos cuidados puede influir directamente en la recuperación del paciente, por este motivo creímos importante elaborar un plan de cuidados estandarizados para el paciente que es intervenido quirúrgicamente en nuestro hospital tras sufrir una fractura de cadera.

Objetivos: Estandarizar los cuidados que el equipo de enfermería realiza en el paciente intervenido de fractura de cadera.

Material y método: Dentro de la comisión de cuidados de nuestro hospital iniciamos la elaboración del plan de cuidados estandarizados de fractura de cadera. Se realizó una búsqueda bibliográfica utilizando como palabras clave: plan de cuidados estandarizado, fractura de cadera, paciente geriátrico, diagnósticos de enfermería. Una vez revisados los resultados de la búsqueda elaboramos una ficha para la presentación del plan de cuidados. Se utilizaron las clasificaciones de enfermería NANDA, NIC, NOC para unificar la nomenclatura.

Resultados: Este proceso se ha materializado en una herramienta de trabajo en forma de ficha que incluye: paciente tipo (criterios de inclusión), diagnósticos de enfermería (NANDA), resultados del paciente (NOC), indicadores de resultado (NOC), intervenciones de enfermería (NIC) y actividades. En esta ficha se han incluido un total de 7 diagnósticos de enfermería relacionados con el paciente de fractura de cadera además de 4 complicaciones potenciales.

Conclusiones: Se ha unificado la secuencia de actuaciones del profesional de enfermería en los cuidados al paciente intervenido de fractura de cadera. El plan de cuidados ha servido como guía para orientar el trabajo del personal de nueva incorporación. El uso de la taxonomía de NANDA, NIC, NOC contribuye a la profesionalización de los cuidados enfermeros. La herramienta creada en forma de ficha posibilita que los cuidados se realicen de una forma más ágil y efectiva.

APLICACIÓN Y BUEN USO DE MEDIDAS DE RESTRICCIÓN FÍSICA EN RESIDENCIAS DE PERSONAS MAYORES

S. González Liébana, A. Andrés Álvarez, M. Niño Vivo, J.L. Santamaría Moncalvillo y J.M. Vilalonga Duarte
Fundación Aspaldiko, Portugalete.

Objetivos: Presentar un manual a modo de guía que permita la aplicación de restricciones físicas, con garantías sanitarias y de respeto a los derechos del residente que facilite disminuir su uso y en su caso mantenerlas el mínimo tiempo posible, en las Residencias de Personas Mayores.

Método: Revisión bibliográfica. Experiencias relacionadas con el uso de medidas de restricción en diferentes centros de mayores. Consulta-

tas del equipo autor con profesionales especializados en legislación y deontología médica y con representantes de Sociedades Médicas del ámbito de la Geriatría.

Resultados: Elaboración del «Manual para la aplicación y buen uso de medidas de restricción física en Residencias de Personas Mayores» con la colaboración de Fundación Aspaldiko y Diputación de Bizkaia (Gufe Ifas). Edición y publicación de dicho manual por el Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Bizkaia (ICOMBI), con el aval de SEMER y la Comisión Deontológico del ICOMBI. Contenidos del manual: Definición de MS, Fundamentación (consideraciones éticas y principios generales en los que está basado), Finalidad y objetivos, Clasificación de los tipos de MS, Indicaciones y contraindicaciones, Aspectos relevantes de la valoración médica, Medidas alternativas previas, Procedimiento, Cuidados derivados, Registros, Seguimiento y control. Consta, además, de 5 anexos: Métodos de restricción, Abordaje conductual como medida alternativa, Contención en situaciones de agitación o violencia, Formulario de consentimiento informado y Algoritmo del procedimiento. Se adjunta como último punto la Bibliografía consultada.

Conclusiones: Disponemos de un manual: Pensado para las personas mayores del sector residencial. Pretende reducir el uso de MS. Pretende un cambio de actitudes y conductas de los profesionales. Está basado en la valoración interdisciplinar y prescripción médica. Prioriza medidas alternativas. Incluye en el procedimiento el Consentimiento informado. Pretende garantizar los cuidados

LA SEGURIDAD DEL PACIENTE GERIÁTRICO, UN NUEVO RETO PARA LA GESTIÓN DE ENFERMERÍA

R. Vila Sole, M. Esteve Ortega, C. Zaldivar Sancho y J. Torras Matas
Hospital de Mataró. Consorcio Sanitario del Marçéeme.

Introducción: El Ministerio de Sanidad y Consumo a través de su Dirección General de Cohesión del Sistema Sanitario, ha propuesto el desarrollo de políticas de Seguridad del Paciente y de los profesionales y así en su Plan de Calidad del SNS lo establece. El Comité de Ministros de los estados miembros de UE recomienda 12 líneas dirigidas a la seguridad del paciente. La OMS/WWHO ha puesto en marcha una iniciativa mundial llamada “Alianza Mundial para la Seguridad de los Pacientes”. Según estudios realizados en EE.UU los problemas de seguridad evitables representan entre un 2 y un 4% del gasto sanitario nacional.

Objetivo: El Hospital de Mataró, dentro del Consorcio Sanitario del Maresme, y con el objetivo de avanzar en esta dirección crea una Comisión que agrupa todas las acciones encaminadas a la Prevención y Vigilancia de la Seguridad de los Pacientes.

Material y Método: Comisión de Errores de Medicación. Declaración de Reacciones Adversas (RAM). Declaración de Reacciones de Hemoderivados y Hemofiltros. Identificación Pacientes. Registro de UPP y análisis. Registro y medidas de detección de Disfagia. Protocolo de Contención. Registro de Fugas y análisis. Registro de Traslados Intrahospitalarios. Vigilancia de Infecciones Nosocomiales. Se presentarán los indicadores utilizados, resultados, estadísticas y medidas correctoras de cada uno de ellos.

Conclusiones: Ante estas demandas de la sociedad se abre para las Gestoras de Enfermería un amplio abanico de nuevas acciones, que a la vez que cuantifican resultados nos obliga a marcar nuevos objetivos y potencia nuestra responsabilidad ante los pacientes, sobre todo ante los más débiles, los ancianos.

Palabras claves: Seguridad. Gestión

¿COMO BEBEN LOS ANCIANOS DE NUESTRA CONSULTA? ¿LAS BAJAS DOSIS DE ALCOHOL LES PUEDE BENEFICIAR?

S. Sarret Vila^{1,2}, J. Almeda², R. Viñas¹, I. Zamora¹, M^a M. Forés¹ y A. Monteno¹

¹ABS Sta Eulàlia Sud, Barcelona, ²Unitat de Suport a la Recerca de Costa de Ponent.

Objetivo: Determinar el patrón de consumo de alcohol de pacientes mayores de 64a en la consulta de atención primaria y describir factores asociados.

Metodología: Estudio transversal con muestreo aleatorio, con un reclutamiento sistemático de individuos por contingentes limitados en días aleatorios de la consulta en la programación de cita previa, desde febrero a octubre del 2006 en el CAP de Sta. Eulàlia Sud de Hos-

pitalet, Barcelona. Se recogieron datos sociodemográficos, valoración geriátrica global, comorbilidad (número de patologías crónicas concomitantes), polifarmacia (> 3 fármacos), caídas e ingresos hospitalarios en el último año y patrón de bebedor de alcohol. Se excluyeron los pacientes de atención domiciliaria, con demencia y parkinson moderado-grave y trastornos psiquiátricos mayores a excepción de la depresión mayor no psicogénea.

Resultados: N = 439 pacientes; edad media = 74,9 años (DS = 6,3); 59% mujeres. Las medias y DS de las pruebas de valoración geriátrica fueron: Lawton y Brody, 6,7 (1,7); Barthel, 97,6 (8,4); Gijón abreviado, 4,7 (6,7); Lobo, 26,8 (4,7); riesgo de malnutrición 33% y con alteraciones visuales y auditivas no corregidas 6,4% y 11,8% respectivamente. Con posible depresión 29,6% y 12,8% ($p < 0,001$) y Test de bipedestación cronometrada positiva 53% y 36,4% ($p = 0,001$), > 5 patologías 68,3% y 55% ($p = 0,005$), caídas 29,7% y 14,4% ($p < 0,001$), benzodiazepinas 24,7% y 10,6% ($p = 0,0002$) en mujeres y hombres respectivamente, polifarmacia 65,1%, ingresos hospitalarios en el último año 13,7%. La distribución del patrón de bebedor fue: abstemios 60,6%, ex-bebedor 1%, de bajo riesgo 33% y peligroso o de más riesgo 5,4%. En análisis bivariado se asociaron con patrón de bebedor de bajo riesgo: ser hombre ($p < 0,001$), estar casado ($p = 0,001$), vivir acompañado ($p = 0,048$), < 5 patologías crónicas ($p = 0,007$), que no toma benzodiazepinas ($p = 0,02$), con estudios primarios completos o más ($p = 0,008$), sin depresión ($p = 0,02$) y con menos riesgo de malnutrición ($p = 0,002$).

Conclusión: Un tercio de nuestros ancianos son bebedores de bajo riesgo y muestran tener beneficios de algunos factores biopsicosociales respecto a los no bebedores.

AUMENTO DE LA FUNCIONALIDAD A TRAVÉS DEL TRABAJO INTERDISCIPLINAR EN HOSPITAL DE DÍA

E. Bauzá Amengual, M. Sánchez Sáez y M.C. Pons Quiles
Hospital General, Gesma, Montuiri.

Objetivos: Dar a conocer el programa de Hospital de Día / Rehabilitación a través de la actuación interdisciplinar de su equipo.

Métodos: En este servicio se atiende un alto porcentaje de pacientes que presentan daño cerebral adquirido, mayoritariamente ictus, ofreciendo una atención especializada (valoración médica, fisioterapia, terapia ocupacional y auxiliar de enfermería) a personas con una dependencia moderada o leve para las actividades de la vida diaria (AVD) que precisan asistencia diurna para completar su proceso terapéutico, teniendo en cuenta que este incluye aspectos físicos, psíquicos y sociales.

Descripción del plan terapéutico interdisciplinar: Mejorar la calidad de vida del paciente mediante programas específicos de rehabilitación. Valoración y reeducación de las actividades de la vida diaria básicas e instrumentales. Disminuir el peso de la carga familiar. Facilitar la alta hospitalaria. Retrasar o evitar la institucionalización prematura. Reeducación postural global, equilibrio y marcha. Reentrenamiento de la motricidad fina y estimulación cognitiva. Estimulación del control de esfínteres

Conclusiones: Con este trabajo hemos pretendido reflejar la importancia de la rehabilitación interdisciplinar en el Hospital de Día y dar a conocer nuestra actuación conjunta en el desarrollo de la reeducación funcional en el paciente con ictus.

COMPLEMENTARIEDAD DEL TRATAMIENTO DE FISIOTERAPIA Y TERAPIA OCUPACIONAL EN EL ICTUS

M. Sánchez Sáez y E. Bauzá Amengual
Hospital General de Palma De Mallorca.

Objetivos: Dar a conocer las ventajas de la complementación entre ambas disciplinas en el tratamiento funcional del paciente que ha sufrido un ictus, controlando las diversas variables que esta patología presenta.

Método: Tras la ampliación de oferta de servicios en el área de rehabilitación que han permitido el trabajo conjunto de fisioterapia y terapia ocupacional, se ha realizado un estudio descriptivo mediante la observación de diferentes pacientes que reciben un tratamiento más especializado y completo, en lo que se refiere a su funcionalidad, desde un punto de vista no estructural, sino integral: Reeducación postural global. Valoración y rehabilitación de las actividades de la vida diaria. Asesoramiento y entrenamiento en el uso de ayudas técni-

cas. Potenciación y estimulación sensitivas. Entrenamiento de las transferencias. Reeducación de la marcha. Integración del esquema corporal. Rehabilitación y estimulación cognitiva.

Resultados: Con la observación de diferentes casos clínicos que han recibido el tratamiento conjunto de ambas profesiones, podemos destacar

Objetivos: Dar a conocer las ventajas de la complementación entre ambas disciplinas en el tratamiento funcional del paciente que ha sufrido un ictus, controlando las diversas variables que esta patología presenta.

Método: Tras la ampliación de oferta de servicios en el área de rehabilitación que han permitido el trabajo conjunto de fisioterapia y terapia ocupacional, se ha realizado un estudio descriptivo mediante la observación de diferentes pacientes que reciben un tratamiento más especializado y completo, en lo que se refiere a su funcionalidad, desde un punto de vista no estructural, sino integral: Reeducación postural global. Valoración y rehabilitación de las actividades de la vida diaria. Asesoramiento y entrenamiento en el uso de ayudas técnicas. Potenciación y estimulación sensitivas. Entrenamiento de las transferencias. Preeducación de la marcha. Integración del esquema corporal. Rehabilitación y estimulación cognitiva.

Resultados: Con la observación de diferentes casos clínicos que han recibido el tratamiento conjunto de ambas profesiones, podemos destacar que la evolución de su patología es más completa y permite evitar las complicaciones comunes.

Conclusiones: Con este trabajo hemos querido reflejar las ventajas que reportan los tratamientos combinados de fisioterapia y terapia ocupacional.

INTERVENCIÓN FISIOTERAPÉUTICA AL PACIENTE MAYOR CON EPOC

E. Crespi Mir, F. Miquel Moranta, S. Pozo Palomo, M.J. Centeno Flores, M.T. Gorriz Dolz y M. Guarinos Munar
Hospital Joan March, Bunyola, Mallorca.

Introducción: Los pacientes de edad avanzada con EPOC experimentan disnea ante mínimos esfuerzos. En consecuencia entran en un proceso de inactividad física y sedentarismo que los lleva a un importante de condicionamiento físico. Por ello la importancia de la intervención fisioterápica para romper este círculo vicioso y devolver al paciente a su nivel máximo de capacidad e independencia funcional.

Objetivos: Evaluar la eficacia de la fisioterapia en pacientes de edad avanzada con EPOC tras un programa de 8 semanas de entrenamiento.

Metodología: los pacientes se evaluaron mediante los siguientes cuestionarios y pruebas: valoración funcional de las Actividades Básicas de la Vida Diaria (AVD) con la Escala de Barthel, escala de disnea (Medical Research Council Scale, MRC) y Prueba de Marcha de los 6 minutos (Walking Test).

Resultados: El estudio muestra mejoría estadísticamente significativa en las tres variables estudiadas ($p < 0,05$), disminuyendo la sensación de disnea el paciente logra caminar un mayor número de metros aumentando su nivel de autonomía en las AVDs.

Conclusiones: La fisioterapia respiratoria en pacientes de edad avanzada con EPOC mejora su percepción de disnea y su capacidad funcional y de esfuerzo de forma objetiva.

ANALISIS DE LA MORBI-MORTALIDAD EN UN HOSPITAL DE MEDIA-LARGA ESTANCIA

A.I. Hormigo Sanchez, I. Rodenas Iruela, J. García Monlleó y C. Sánchez Castellano
Hospital San Rafael, Granada.

Objetivos: Establecer las características de los pacientes fallecidos durante el periodo de un año, en un hospital de media-larga estancia. Describir los motivos de ingreso, comorbilidad, presencia o no de pluripatología y polifarmacia, funcionalidad al ingreso, así como motivo de muerte, complicaciones previas a la misma, y si se instauraron o no medidas de confort. Relacionar el motivo de fallecimiento con la comorbilidad previa y con la instauración o no de medidas de confort.

Material y método: Estudio descriptivo retrospectivo de las historias clínicas de los pacientes fallecidos entre 01/01/06 y 31/12/06,

ambos incluidos. Datos funcionales: Barthel al ingreso. Pluripatología o Polifarmacia: igual o más de tres enfermedades o fármacos al ingreso. Comorbilidad: índice de Charlson. Se analizó si hubo o no complicación durante el ingreso (infección, cardiovascular u otra), la causa de fallecimiento, y si éste estaba en relación con la comorbilidad o motivo de ingreso, y si se aplicaron medidas de confort previo al fallecimiento. Análisis estadístico: SPSS 11.0, nivel significación 95%.

Resultados: En los 12 meses revisados ingresar on 511 pacientes, hubo 501 altas y fallecieron 186. Edad media 78 (58% mujeres). La mayoría de los pacientes presentaban pluripatología y polifarmacia. Diagnóstico de ingreso más frecuente neoplasia seguido de accidente cerebrovascular, y el motivo más frecuente de fallecimiento fue causa respiratoria complicada con descompensación cardiaca. Recibieron medidas de confort aproximadamente la mitad, y eran más frecuentes cuando la causa del fallecimiento era por neoplasia. La complicación más frecuente sufrida durante el ingreso fue de tipo infeccioso. Todos presentan problemas de movilidad al ingreso, siendo la mayoría Barthel < 20. El 48% de los pacientes índice de Charlson > 4.

Conclusiones: En el perfil del paciente que fallece predomina la escasa movilidad y total dependencia en el momento de ingreso, así como mayor índice de Charlson. El fallecimiento es más frecuente durante el primer mes y suele estar relacionado con el motivo de ingreso o su comorbilidad. La mayoría de los pacientes que recibieron medidas de confort son aquellos que ingresaron por una neoplasia.

EFFECTOS DE LA FISIOTERAPIA SOBRE LOS ASPECTOS EMOCIONALES Y LA CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE ANCIANO CON ENFERMEDAD RESPIRATORIA

M. Medinas Amoros, E. Crespi Mir, S. Pozo Palomo, F. Miquel Moranta, F. Renom Sotorra y M. Guarinos Munar
Hospital Joan March, Bunyola, Mallorca.

Las enfermedades del sistema respiratorio son patologías cada vez más frecuente en la población de adultos mayores. Se trata generalmente de enfermedades de curso crónico que tienden a provocar la inmovilidad física progresiva y el aislamiento social. Cualquier proceso patológico crónico produce un gran impacto sobre el paciente que lo sufre, influyendo directamente sobre su calidad de vida y su estado emocional, a la vez que generan en el paciente unas expectativas y percepciones que condicionan la evolución general de la patología. Los programas específicos de fisioterapia r respiratoria trabajan el entrenamiento muscular y el control de la disnea, síntoma principal en estos trastornos. El objetivo del presente estudio ha sido evaluar la influencia de la fisioterapia respiratoria sobre la calidad de vida y el estado de salud subjetivo en pacientes con enfermedades respiratorias crónicas.

Materiales y metodología: Se seleccionó una muestra de $n = 28$ pacientes ambulatorios con enfermedades respiratorias crónicas (Asma y EPOC), compuesto por 22 hombres y 6 mujeres con una media de edad de 71,6 años. Las variables se estudiaron mediante los siguientes cuestionarios y escalas: el cuestionario de Salud General de Goldberg (GHQ-28), el cuestionario de calidad de vida específico respiratorio Chronic Respiratory Disease Questionnaire (CRQ), el Perfil de Salud de Nottingham (NHP), como medida de calidad de vida general y se realizó una prueba de esfuerzo de 6 minutos de cicloergómetro el primer y último día de programa. Los pacientes fueron evaluados antes y después de la realización de 8 semanas de fisioterapia respiratoria ambulatoria. Nuestros resultados muestran mejoría significativa en todos los parámetros relacionados con la calidad de vida específica (CRQ), sobre todo en las subescalas de disnea y fatiga ($p < 0,01$). Respecto a la calidad de vida general, se muestran diferencias en las subescalas de movilidad física, aislamiento social, reacciones emocionales y energía del NHP ($p < 0,05$). Sin embargo, solo se muestran diferencias en las subescalas de síntomas somáticos y depresión del la escala GHQ-28 ($p < 0,05$). Respecto a la prueba de esfuerzo, los pacientes mejoraron significativamente en la distancia recorrida tras el programa de fisioterapia. En conclusión, la fisioterapia r respiratoria mejora la calidad de vida y los aspectos emocionales de los pacientes con enfermedades respiratorias independientemente de cuál sea la edad de éstos, a la vez que les proporciona mayor independencia funcional para realizar sus actividades diarias.

RECAMBIO VALVULAR EN LA ENFERMEDAD VALVULAR SEVERA DEL ANCIANO EN NUESTRO MEDIO

M. Del Rosario Ortas Nadal, J. Escota, I. De la Puerta, C. Bergua, L. Martínez y C. Toyas
Hospital Clínico Universitario, Utebo.

Objetivo: Estudiar la enfermedad valvular severa del anciano (con edad igual o mayor a 65 años) en nuestro medio y valorar los resultados a corto y medio plazo en los pacientes intervenidos con respecto a aquellos pacientes adultos (con edad menor a 65 años) también intervenidos.

Métodos: Se analizaron 301 pacientes con enfermedad valvular severa remitidos para cateterismo cardíaco a nuestra Unidad, durante los años 2003 y 2004. Se recogieron datos epidemiológicos, tipo de valvulopatía, realización o no de cirugía y la prevalencia de la mortalidad. Se contactó con ellos mediante llamada telefónica al cabo de 1 año como mínimo de la realización del cateterismo. Los datos se analizaron con el programa SPSS 12.0.

Resultados: De los 301 pacientes 218 (72,4%) pacientes eran ancianos (A) (Edad media: 72,6 (DT 4,2) Y 49,5% de varones) y 83 (37,6%) adultos (a) (Edad media: 55,2 (DT 8,9) y 53% de varones). Los tipos de Valvulopatía fueron: Estenosis mitral (A: 27,9% y a: 39,8%), Estenosis aórtica (A: 62,4% y a: 42,2%), Insuficiencia aórtica (A: 47,2% y a: 63,9%) e Insuficiencia mitral (A: 59,9% y a: 61,4%). Los Factores de riesgo cardiovascular estudiados fueron: HTA (A: 45,3% y a: 28,8%), Dislipemia (A: 26,8% y a: 28,8%), DM (A: 20,6% y a: 17,9%), Cardiopatía isquémica previa (A: 12,1% y a: 6,3%), Enfermedad coronaria en la coronariografía (A: 32,6% y a: 18,5%), Fumador (A: 6,1% y a: 12,5%), EPOC (A: 8,4% y a: 6,3%), Claudicación de extremidades inferiores (A: 2,8% y a: 0%) e Insuficiencia renal previa (A: 8,4% y a: 3,8%). Tiempo medio de espera para la cirugía: A: 57 (DT 4,7) y a: 52 (DT 6,3) días. La mortalidad encontrada fue: A: 13% (precirugía: 6,1%, pericirugía: 0,9% y postcirugía: 6%) y a: 5,7% (precirugía: 3,8%, pericirugía: 0% y postcirugía: 1,9%). La mortalidad en los ancianos se relacionó con la presencia de: estenosis mitral ($p < 0,037$), diabetes mellitus ($p < 0,06$), insuficiencia renal crónica ($p < 0,006$) y con la existencia de lesiones coronarias significativas en la coronariografía previa. La mortalidad en los adultos no se relacionó con ningún parámetro de los estudiados.

Conclusiones: La cirugía de recambio valvular parece segura en nuestro medio aunque la mortalidad a corto y medio plazo en ancianos es muy superior a la de los adultos. Posiblemente esto se deba en parte a la presencia de una enfermedad valvular más severa y una mayor prevalencia de factores de riesgo cardiovascular en la población anciana.

DIFERENCIAS EN LA COMORBILIDAD RELACIONADAS CON EL SEXO EN ANCIANOS ATENDIDOS POR UNA UNIDAD FUNCIONAL DE GERIATRÍA

S.J. Santa Eugenia González, S. Altimir Losada, L. Barrancos Simal, C. Blasco García y A. Urrutia de Diego
UFISS Geriatría Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona.

Introducción: Se analizan las diferencias asociadas al sexo en un grupo de ancianos atendidos por la Unidad de Geriatría (UG) durante su ingreso por un proceso agudo.

Material y método: La población estudiada fue de 457 personas atendidas durante 2006. A todos ellos se les ha evaluado de forma exhaustiva incluyendo parámetros clínicos, funcionales, psicológicos y sociales. El proceso de los datos se ha realizado mediante el test de Anova y la ji cuadrado. Se considera significación estadística para un valor de p igual o inferior a 0,05.

Resultados: Las mujeres (m) tenían una edad superior a los hombres (h): 79,7 vs 77,3 ($p = 0,001$). La puntuación total del Índice de comorbilidad de Charlson fue superior en los h (3,26) que en las m (2,41) Valor de $p < 0,001$. En relación a las patologías activas, las m sufrían más hipertensión arterial (67,8% vs 52,8%, $p = 0,001$), obesidad (10,6% vs 2,4%, $p < 0,001$) y depresión (27,3% vs 19,8%). Por contra, los h padecían más enfermedad arterial periférica (17,0% vs 8,6%, $p = 0,005$), enfermedad basculo cerebral (36,3% vs. 27,8%, $p = 0,031$), enfermedad pulmonar crónica (38,2% vs 20,8%, $p < 0,001$), úlcera gastrointestinal (11,8% vs 4,5%), insuficiencia renal crónica (12,3% vs 6,9%, $p = 0,037$) y cáncer (21,2% vs 12,7%, $p = 0,01$). No se evidenciaron diferencias

significativas para infarto agudo de miocardio (22,8%), insuficiencia cardíaca (29,3%), demencia (21,7%), enfermedad reumática no degenerativa (3,5%), hepatopatía (7,9%) y diabetes (33%). Tampoco se observaron diferencias en la tasa de fallecimiento (7%). Pero si en el destino tras el alta: El 41,2% de las m fueron a convalecencia frente al 30,7% de los hombres. En cambio, a domicilio regresaron directamente el 34,7% de las m y el 43,9% de los h. Valor de $p = 0,01$.

Conclusiones: En nuestro estudio los hombres presentan con mayor frecuencia enfermedades probablemente ligadas al consumo de tabaco (vasculopatía periférica, EPOC, enf. cerebrovascular) que podría explicar las diferencias halladas con respecto a las mujeres. En cambio en el sexo femenino predominan las enfermedades alrededor de la esfera anímica (depresión y probablemente obesidad por su componente asociado de ansiedad).

ELABORACIÓN E IMPLEMENTACIÓN DE LA TRAYECTORIA CLÍNICA DEL PACIENTE FRAGIL EN UN HOSPITAL DE AGUDOS

R. Montes Cahis, R. Vila Sole, M.D. Palomar García
y M. Cabre Roure
Hospital de Mataró.

Objetivo: Disminuir la variabilidad y proporcionar una atención integral con eficacia y eficiencia a los pacientes hospitalizados en una unidad geriátrica de agudos, potenciando el rol propio de enfermería como responsable de los cuidados.

Material y método: El instrumento es una trayectoria clínica (TC) centrada en los cuidados de enfermería, y consensuando con el equipo interdisciplinar todas aquellas actividades interdependientes o de colaboración, basado en la valoración geriátrica integral y los conceptos básicos de enfermería, definidos por V. Henderson y los conceptos de cliente, salud, entorno, enfermería, en su sentido abstracto y definidos por L.J Carpenito en 1997 y utilizando los Patrones Funcionales de Salud (PFS), de M. Gordon 1982. El léxico a utilizar es el de los Diagnósticos de Enfermería (D.L), según la taxonomía de la N.A.N.D.A.

Resultados: Una vez elaborada y consensuada la TC, se da a conocer a todos los miembros del equipo asistencial y se fija el inicio de su puesta en marcha. Se informa también de dicha implementación a las demás unidades asistenciales del Hospital para poderla utilizar en aquellos pacientes con el mismo proceso que ingresen por diferentes motivos en otra unidad. A partir del momento de la implementación se realiza el seguimiento de su utilización, cumplimentación y variabilidad (incidencias y variaciones del estándar registradas en la hoja de variaciones). En el año 2002 se realizaron 261 TC con un índice de utilización del 55,6% y unas variaciones del 28,7%. En el 2003 se realizaron 365 TC con un índice de utilización del 66,64 y variaciones del 39,45%. En el año 2004, 316 TC, con un índice de utilización de 75,51% y variaciones del 42,9%. En el 2005, 351 TC, con un índice de utilización de 78,74% y variaciones de 92,81%.

Conclusiones: El índice de utilización se ha incrementado año tras año. También han aumentado el número de variaciones. La elaboración de la TC del paciente frágil nos ha supuesto una revisión y actualización de todos los aspectos de nuestra actuación en estos pacientes. Disminuimos la variabilidad, puesto que todo el equipo sabemos que se debe realizar, cuando y en función de que. Con el seguimiento de las variaciones obtenemos una monitorización de los resultados, ya que de una forma rápida sabemos todos aquellos pacientes que no han seguido el estándar y porqué, pudiendo modificar el estándar en función de dichas variaciones para mejorar la atención.

DEFICIENCIA DE VITAMINA B12 COMO FACTOR DE RIESGO DE ENFERMEDADES NEURODEGENERATIVAS EN PERSONAS MAYORES

P. Morán Colmenar, U. Albers, R. Pedrero, R. Sola, M. Castillo y M. González-Gross
Facultad Ciencias Actividad Física y del Deporte, Residencia Amma Alcorcón, Madrid.

La deficiencia de vitamina B12 es un problema de salud que afecta en gran medida al colectivo de personas mayores, debido a una menor absorción de B12 como consecuencia de la ingesta de ciertos

fármacos, la gastritis atrófica y carencias dietéticas. La baja disponibilidad de esta vitamina está asociada con anemia perniciosa, enfermedad aterosclerótica (cardiopatía isquémica, enfermedad cerebro-vascular), neuropatías, demencias, entre ellas, la enfermedad de Alzheimer, e incluso ciertos tipos de cáncer.

Objetivo: Validar un esquema de diagnóstico precoz propuesto por el grupo investigador con el fin de evitar trastornos neurodegenerativos irreversibles. Valorar la evolución de los parámetros relacionados con el estatus en vitamina B12, su influencia a nivel cognitivo y funcional en las personas mayores.

Metodología: Estudio longitudinal de un año de duración en el que se realizarán cuatro tomas de datos con un intervalo de cuatro meses entre cada medición. La muestra estará formada por 60 ancianos institucionalizados en dos residencias, una de las cuales es la residencia AMMA Alcorcón, en la Comunidad de Madrid. Las variables a estudiar en cada sujeto son: historia clínica, estudio dietético mediante el «Mini Nutritional Assessment» (MNA), estudio analítico analizando los parámetros de B en suero, folatoeritrocitario, Holo Transcobalamina (HoloTC), homocisteína total y hemograma completo, valoración del estado cognitivo a través del Mini-Mental State Examination (MMSE) y valoración funcional mediante el test de Rikli y Jones, el test de Groningen para personas mayores de 55 años, dinamometría y equilibrio.

Conclusiones: Los estudios de tipo longitudinal sobre este tema son muy escasos, por lo que este proyecto es pionero en dicho campo. Además, como novedad este estudio toma datos en diferentes áreas, nutricional, funcional, cognitiva y hematológica, que posibilita valorar la interrelación entre cada una de ellas con respecto al estatus de la vitamina B12.

ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE UN GRUPO DE PACIENTES AFECTOS DE POLINEUROPATÍA ATENDIDOS EN UNA UNIDAD DE CONVALESCENCIA

N. Martínez González, T. Molins Vara, C. Mayordomo Lacambra, P. von Beck, C. Martorell Castillo y L. Espinosa Serralta
Parc Sanitari Pere Virgili, Barcelona.

Introducción: Las polineuropatías (PNP) son un grupo heterogéneo de enfermedades del sistema nervioso periférico, tanto en su presentación clínica como en su etiología y evolución. A pesar de que por edad y características clínicas no es el perfil de paciente habitual en un centro sociosanitario, el carácter invalidante, la problemática social asociada y pronóstico funcional incierto, hacen necesario un enfoque multidisciplinar.

Objetivos: Conocer las características clínicas, evolución funcional y tasa de reingreso de pacientes diagnosticados de PNP atendidos en nuestra unidad de convalecencia

Material y métodos: Se incluyeron los pacientes diagnosticados de PNP atendidos en nuestra unidad entre los años 2005 y 2006. Revisamos la epidemiología, etiopatogenia, clínica, patrón electrofisiológico, estado funcional al ingreso y al alta, evolución sintomática, tratamiento y terapia rehabilitadora, así como destino al alta y tasa de reingreso.

Resultados: Se revisaron 16 episodios de PNP correspondientes a 14 pacientes, 2 de ellos reingresaron por nuevo episodio. La edad media fue de 63,9 años, 8 hombres/6 mujeres. La etiología fue: idiopática en 5, carencial en 5, enólica en 5, 2 eran diabéticos, 1 secundario a quimioterapia y 1 con virasis previa. La presentación fue aguda en 6, subaguda en 6 y crónica en 4. Por EMG se clasificaron en mixtas 7, desmielinizantes 5 y axonales 4. En 14 la afectación clínica fue mixta, 1 sensitiva, 1 motora, y 1 autonómica. En 14 estaban afectadas las 4 extremidades y en 2 sólo las inferiores. Todos recibieron tratamiento farmacológico: Vit B12, corticoides, gabapentina y/o analgesia; 8 habían recibido inmunoglobulinas al inicio. Requirieron una media de 110 días de ingreso. Todos realizaron rehabilitación y terapia ocupacional, con una media de 57 sesiones. 13 presentaron mejoría, 2 no mejoraron y 1 empeoró. El índice de Barthel medio al ingreso fue de 37,8 y al alta de 78,1. Fueron dados de alta a domicilio 11, 3 a residencia y 1 retornó a Hospital de agudos.

Conclusiones: La mayoría eran pacientes jóvenes. Las causas más frecuentes fueron alcoholismo y carencial. Requirieron tratamiento rehabilitador largo e ingreso prolongado. La evolución fue satisfactoria en la mayoría de casos, pudiendo retornar a domicilio. Sólo 2 presentaron recidiva.

Palabras clave: Polineuropatía. Evolución. Convalecencia

VALORACION DE LOS RESULTADOS DEL MODELO DE PREVENCIÓN DE UPP EN UN CENTRO RESIDENCIAL PARA MAYORES

C.N. Navas Ruiz y S. Pérez Berdugo
Sar Sierra de las Nieves, Guaro.

Objetivos: Valorar riesgo de aparición UPP, análisis medidas preventivas

Método: Aplicación escala de Norton a todos los residentes, análisis medidas de prevención según el riesgo, prevalencia de UPP en el centro

Resultados: 46% población riesgo de padecer UPP (10% Riesgo muy alto, 22% riesgo alto, 10% riesgo medio), prevalencia UPP 17% (6,21% durante estancia en centro)

PERFIL BIOMEDICO DE LOS PACIENTES DE LA UNIDAD GERIÁTRICA DE AGUDOS DEL HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSIDAD DE CHILE.

M. Castillo Solís, C. Moya Acevedo, M. Bass Maturana, C. Garay Bravo, R. Jara López y V. Carrasco Meza
Hospital Clínico Universidad de Chile.

Introducción: La población geriátrica constituye un 12% de los chilenos, cifra que aumentará considerablemente en lo próxima década. Esta población debido a sus particulares características biosicosociales requiere un abordaje integral; atendiendo a esto el Hospital Clínico Universidad de Chile (HCUCH) implementó en Abril de 2006, la Unidad Geriátrica de Agudos (UGA) en la Sección de Geriatría, que busca satisfacer los requerimientos de esta población en un contexto intrahospitalario.

Objetivos: Describir a la población ingresada en los primeros 10 meses de funcionamiento de la UGA considerando sus características biomédicas al momento del ingreso y posterior al alta. Material y

Métodos: Se realizó un estudio retrospectivo de las fichas clínicas de los pacientes ingresados a la UGA desde Abril 2006 a Enero 2007 en base a un protocolo definido. Se realizó seguimiento telefónico a los pacientes para conocer su estado de salud post-regreso. El análisis estadístico se efectuó con STATA 7.0.

Resultados: Se estudió a un total de 120 pacientes con edad promedio de $77,9 \pm 8,5$ años, 61,6% mujeres (74), un 77,5% era beneficiario del sistema público de salud y con estancia media de 7,5 días. Las principales patologías encontradas, definidas por sistema, fueron: cardiovasculares (56,6%), infecciosas (47,5%), endocrino-metabólicas (44,1%), neurológicas de base o intercurrente (43,3%) y patologías hematolinfomáticas en un 30,6% de los pacientes. La prevalencia de uno o más síndromes geriátricos fue 66,6%. La principal procedencia y destino al alta de los pacientes fue el servicio de urgencias (61,9%) y su domicilio (86,3%) respectivamente. La mortalidad intrahospitalaria y acumulada a los 3 meses de alta fue 4,2% y 14,1%. De los pacientes seguidos (66,9%) un 13,5% empeoró su capacidad funcional, un 76,2% la mantuvo y un 10,1% la mejoró respecto al basal.

Conclusiones: La UGA corresponde a un nivel de atención necesario dentro de un sistema integral de salud del anciano. En 10 meses de funcionamiento esta revisión muestra una población de predominio femenino, una alta prevalencia de patologías crónicas y una estancia acorde a estándares internacionales. Un alto porcentaje de los pacientes mantiene o mejora su estado funcional pese a la morbilidad luego de la intervención. Los resultados se asemejan a otras experiencias internacionales publicadas.

Palabras clave: Unidad Geriátrica Agudos

SÍNDROME NEUROLÉPTICO MALIGNO: A PROPÓSITO DE UN CASO

R. Ortés Gómez, M. Antón Jiménez, E. Villalba Lancho, T. Barrallo Calonge, J. Mohedano Molano y A. Arrascaeta
Servicio de Geriatría. Complejo Hospitalario de Cáceres.

Objetivos: El Síndrome neuroléptico maligno (SNM) es una entidad clínica bien definida que puede aparecer como complicación del tratamiento con neurolépticos. Cursa de forma aguda y tiene una elevada mortalidad si no se actúa en las primeras horas. Por ello, tanto la sospecha inicial como el diagnóstico y tratamiento precoz marcan el pronóstico y la resolución completa del cuadro. A continuación se

describe el caso de un varón de 76 años diagnosticado de demencia en tratamiento con memantina que desarrolló un SNM varios meses después de iniciar tratamiento con un antipsicótico atípico (ziprasidona).

Métodos: Varón de 76 años en tratamiento con memantina por una demencia de perfil mixto que acudió a urgencias por cuadro de varios días de evolución de fiebre persistente que no cedía a antitérmicos, taquicardia, sudoración profusa, rigidez de predominio axial y movimientos involuntarios coreoatetósicos. No se objetivó foco infeccioso ni origen farmacológico aparente. Con el diagnóstico de cuadro febril sin foco ingresó en la Unidad de Agudos de nuestro Servicio.

Resultados: Al realizar la anamnesis detallada se objetivó que el paciente había iniciado tratamiento varios meses antes con ziprasidona 20 mg/12 h para el control de las alteraciones de conducta que presentaba. No había habido modificaciones recientes de dosis. Con este antecedente y dada la clínica compatible se sospechó SNM iniciándose sin dilación tratamiento con bromocriptina 15 mg/día con buena tolerancia. Existían datos de rhabdomiolisis, signos de deshidratación y deterioro de la función renal por lo que se instauró fluidoterapia intensa. A las 24 h se evidencia importante mejoría clínica con desaparición de la fiebre. Se incrementó paulatinamente la dosis de bromocriptina hasta 30 mg/día con progresiva disminución de la sintomatología hasta su desaparición y normalización paralela de la función renal y resto de parámetros analíticos. Al alta se instauró tratamiento con gabapentina y trazodona para el control de las alteraciones conductuales y se continuó el tratamiento con memantina.

Conclusiones: El SNM es una entidad clínica potencialmente mortal asociada esporádicamente al tratamiento con neurolépticos. En ancianos puede presentarse en el contexto del tratamiento de los síntomas psicológicos y conductuales asociados a demencia. La sospecha clínica y el tratamiento precoz del cuadro y de sus complicaciones resultan de vital importancia de cara a su pronóstico posterior.

CARACTERÍSTICAS DE LOS USUARIOS DE HOSPITAL DE DÍA PSICOGERIÁTRICO

R.A. Trias Sánchez, M. Sanz González y C. Gutiérrez
Hospital de Día Psicogeriátrico Santa Clotilde, Santander.

Introducción: El Hospital de Día Psicogeriátrico es un recurso intermedio que integrado dentro de un ámbito hospitalario, permite asistencia sanitaria y cobertura social ambulatoria y diurna de ancianos que viven en la comunidad. Su objetivo fundamental es mantener al anciano en su domicilio el mayor tiempo y en las mejores condiciones posibles previniendo hospitalizaciones y la institucionalización definitiva.

Material: Se estudian 63 pacientes, 34 ingresados el día 1/2/07 y 29 dados de alta al 31/12/06.

Resultados: Un perfil de usuario: mujer-82%. Mayor de 80 años-59%. Viudas-21%. Viven con hijos -50%. Permanecen ingresados mas de 1 año -60%. Diagnósticos de Demencia -76% Barthel menor de 60-50%. GDS 6-7 el 47%. MMS menor de 23-67%. Deambulación independiente -59%. No deambulan 41%. Motivo de alta: fallecimiento 37%. Ingreso en centro 24 horas 27%. Otros 36%.

Conclusiones: Los ingresados padecen mayoritariamente patología psicogeriátrica. El resto otras patologías invalidantes. Tiempo de ingreso superior a 1 año. De acuerdo a la patología y el tiempo de ingreso, nuestro centro es predominantemente un recurso que permite que pacientes con patología no rehabilitable puedan mantener su funcionalidad y seguir viviendo en su domicilio. Es el único centro en Cantabria donde son ingresados pacientes que son rechazados de Centros de día por deterioro. Sistema de descarga familiar. Las altas fueron por fallecimiento o ingreso en institución 24 horas.

MENINGITIS FULMINANTE EN EL ANCIANO

M. Araújo Ordóñez, C. Rosado Artalejo y M.J. Led Domínguez
Hospital Virgen del Valle, Toledo.

Introducción: La meningitis por Gram negativos es una enfermedad frecuente en la infancia, siendo una causa infrecuente de meningitis en adultos. En este grupo de edad se asocia habitualmente a complicaciones de intervenciones neuroquirúrgicas, traumatismo craneo-

encefálicos o a pacientes inmunodeprimidos. Dentro de los bacilos Gram negativos los más frecuentemente implicados son *E. Coli*, *Klebsiella pneumoniae*, *P. Aeruginosa* y *Acinetobacter*, siendo los dos primeros los causantes de aproximadamente el 50% de los casos. La bacteriemia es un factor pronóstico, asociándose a una mayor mortalidad. **Caso clínico:** Se trata de una mujer de 88 años que presenta cuadro de 12 horas de evolución de disminución del nivel de conciencia progresivo, con habla incoherente. Cinco días antes había presentado un cuadro autolimitado de diarrea sin productos patológicos y vómitos sin fiebre. En la exploración física se destaca respiración de Cheyne-Stokes, Glasgow 6, cianosis periférica, temperatura de 35º C e hipotensión arterial. En las pruebas complementarias destaca leucocitosis con desviación izquierda, coagulopatía, fracaso renal agudo, leucocituria y en LCR: 74 mg/dl de proteínas, 80 mg/dl de glucosa (61% de glucemia capilar) y 47 leucos/mm3 (100% neutrófilos). El Tac craneal fue normal. Hemocultivos, urocultivos y cultivo de LCR fue positivo para *E. Coli*. La paciente presentó una evolución tórpida, falleciendo 2 horas después del inicio del tratamiento antibiótico.

Conclusiones: La mortalidad por meningitis en adultos oscila entre el 40 y 80%. Los pacientes con meningitis espontánea presentan un curso fulminante, con mayor prevalencia de bacteriemia y muerte. Por lo que recomendamos extracción de hemocultivos, urocultivo y cultivo de LCR a pesar de no existir fiebre e instauración de tratamiento antibiótico empírico precozmente en ancianos.

PACIENTES > de 65 años INGRESADOS EN EL HOSPITAL GENERAL DE SEGOVIA EN 2006

F. Prado Esteban¹, M.T. Guerrero Diaz¹, M.C. Macias Montero¹, P. Fernández¹ Ampudia² y A. Haro Perez²

¹Sección de Geriatría Complejo Hospitalario de Segovia, ²Dirección médica Complejo Hospitalario de Segovia.

Objetivo: Conocer los pacientes > 65 años ingresados en el Hospital General de Segovia durante el año 2006. Los porcentajes de grupos de edad, ocupación de los Servicios y su estancia media

Material y métodos: Se han recogido los datos, de las bases de datos del Hospital

Resultados: El Área sanitaria tiene una población de 156.598 individuos. 34991 son > 65 años (22,34%). De ellos ingresaron 5933, que representaban el 45,43% del total de ingresos. Por grupos de edad: 65-70: 16,56%; 71-75: 24,18%; 76-80: 24,18%; 81-100: 35,64%. El % de ocupación, número de camas () y estancia media -, - por Servicios fue: Geriatría 98% (20) - 10, 23 -, Hematología 47% (8) - 8,77-, M. Interna 65,6% (72) - 9, 17-, UCI 64,2% (10) - 7,36 - Nefrología 68,4% (6) - 7,06 -, Neurología 50,7% (10) - 8,25 -, Psiquiatría 12,7% (19) - 26,41 -, Cirugía 47% (58) - 7,95 -, Ginecología 26% (14) - 5,07 -, Oftalmología 82% (12) - 1,88 -, ORL 19,5% (8) - 7,86 -, Traumatología 48,1% (36) - 10,18 -, Urología 53,9% (22) - 7,74 -. La estancia media fue de 9.07 días, 6,78 en los quirúrgicos y 11,03 en los médicos, que se reduce a 8,47 si se excluye a Psiquiatría.

Conclusiones: La población del área presenta un elevado índice de envejecimiento, 22,43%. Los mayores de 65 años representan el colectivo que ocupa mas plazas hospitalarias. El de edad mas avanzada, es el mas prevalente, consecuencia su fragilidad y comorbilidad. Una asistencia integral de calidad, implica implementar la Atención Geriátrica Especializada dispensada desde el Servicio de Geriatría.

¿DEBERÍAMOS MEJORAR LA PRESCRIPCIÓN DE INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES?

T. Morlán Navarro, P. Mesa Lampré, R. Vial Escolano y T. Usieta Piedrafita
Hospital Geriátrico San Jorge de Zaragoza.

Objetivos: Revisión de la utilización de inhibidor es de la bomba de protones (IBP) en pacientes hospitalizados en unidad de agudos: indicaciones, interacciones potenciales y morbilidad relacionada con su uso.

Método: Estudio transversal (de prevalencia de punto). Base de datos SPSS con variables clínicas, epidemiológicas y farmacológicas.

Resultados: Edad media 85 años. Mujeres 80%. Prevalencia de uso de IBP al ingreso: 53%; Prevalencia de uso de IBP durante hospitalización: 60,6% (51/ 66). Antecedentes de patología EGD 21,5% (11/51). Uso como gastroprotectores en 65,7% (27/40); frente a AAS

a dosis bajas (< 300 mg) en 27,5% (11/40); frente a AINEs 2,5% (1/40). Más de un fármaco gastrolesivo en 17,5% (7/40). Indicación no definida en 27,5% (11/40). Consumo de fármacos con potencial de interacción: hospital 40% (16/40), domicilio 51,4% (18/35). Interacción potencial con: Furosemida 22,5%; Sales de Hierro 15%; Digoxina 12,5%; Acenocumarol 8,6%. Morbilidad relacionada con consumo de IBP: neumonía por aspiración 11,76%; déficit de B12 7,84%; Prescripción de IBPs al alta en 51,20% (21/41) como gastroprotectores en el 76,2% de casos.

Conclusiones: Los IBP son uno de los grupos farmacológicos de mayor utilización en pacientes hospitalizados, como gastroprotectores, en prevención primaria. Aunque la edad no ha demostrado ser factor de riesgo independiente asociada al consumo de AAS a dosis bajas (< 300 mg), ésta fue la indicación más frecuente de IBP. Si bien los IBP son fármacos efectivos y seguros, y sus interacciones generalmente leves, deben considerarse y prever la toxicidad o pérdida de eficacia de otros fármacos. Se debería mejorar la prescripción de IBP en pacientes sin indicación definida, sin factores de riesgo de complicaciones gastrointestinales graves y con riesgo de morbilidad relacionada con IBP.

Palabras clave: Inhibidores de la Bomba de Protones. Anciano

ELABORACIÓN DE UNA GUÍA DE RECOMENDACIONES EN PACIENTES AFEKTOS DE PRÓTESIS Y FRACTURA DE CADERA

S. Bauzá de Wit y P. Gomà Casas

Hospital Sant Joan de Déu, Palma de Mallorca.

Introducción: El hospital Sant Joan de Déu es un hospital dedicado a la atención geriátrica integral. Una de las patologías más frecuentes en el anciano es la fractura de cadera. En el año 2006 se han realizado 100 intervenciones quirúrgicas de fractura de cadera, y 107 de prótesis selectiva de cadera. La intervención quirúrgica conlleva unas limitaciones funcionales que la persona desconoce en el momento del alta hospitalaria por lo cual decidimos elaborar una guía de recomendaciones.

Objetivos: Informar al paciente y su familia de las dificultades más frecuentes que pueden presentarse tras la intervención quirúrgica. Facilitar orientaciones para regresar al domicilio con la máxima autonomía, con el fin de contribuir a disminuir la ansiedad del paciente y su familia, disminuir la carga familiar y favorecer la autoestima.

Metodología: En las reuniones de equipo interdisciplinar se detecta la necesidad de información en los pacientes intervenidos de prótesis y fractura de cadera. Por ello se decide crear un grupo de trabajo para elaborar una guía de recomendaciones.

En primer lugar se realizó una revisión bibliográfica y una revisión del proceso, observando las dificultades que se presentaban en el momento del alta hospitalaria. Se elaboró un primer documento que se entregó a los pacientes durante un periodo de prueba de un mes. Se realizaron las modificaciones oportunas y posteriormente se validó por un grupo de trabajo y elaboró la guía definitiva. Finalmente se presenta la guía de recomendaciones a todo el equipo asistencial y se establecen unas pautas de entrega.

Resultados: Como resultado del trabajo realizado se presenta la guía de recomendaciones en el paciente afecto de prótesis y fractura de cadera. Además, estas recomendaciones se han incluido en la vía clínica de la fractura de cadera implantada en nuestro centro.

Conclusiones: La elaboración e implantación de la guía nos permite dar continuidad a la filosofía del Hospital Sant Joan de Déu de situar al paciente en el centro de los cuidados. A partir de la valoración de las necesidades del paciente, de su familia y de su entorno, la guía de recomendaciones es una herramienta útil tanto para el paciente como para el profesional, ya que nos aseguramos de que el paciente disponga de la información adecuada para que pueda tomar decisiones sobre cómo mejorar su autonomía en las actividades de la vida diaria y adaptar el entorno.

CAPACIDAD FUNCIONAL Y DETERIORO COGNITIVO COMO MARCADORES DE LA CARGA ASISTENCIAL

I. González-Abraldes, A. Maseda, N. Varela, A. Buján, B. Nespereira y J.C. Millán Calenti

Grupo de Investigación en Gerontología, Facultad de Ciencias de la Salud, Campus de Oza, A Coruña.

Objetivos: De acuerdo al papel de los centros terapéuticos en el sistema de atención a las personas mayores, es necesario establecer

un modelo de caracterización del paciente, que permita de una manera sencilla establecer la carga asistencial generada, así como el coste de su estancia en relación a los demás. El objetivo principal de este trabajo es correlacionar el estado de salud del paciente con la carga asistencial generada durante su estancia en un centro terapéutico diurno.

Métodos: Se realizó un estudio descriptivo y analítico sobre una muestra de 80 usuarios (72,5% mujeres, edad media 80 años), del Centro Gerontológico de Estancias Diurnas La Milagrosa (A Coruña), con el fin de determinar la carga asistencial y relacionarla con el tiempo total de atención directa (supervisión y/o apoyo), de acuerdo a las características del paciente. Se evaluó el estado funcional (índice de Barthel) y cognitivo (Mini Examen Cognoscitivo, MEC), así como la carga asistencial generada por cada usuario.

Resultados: Se registró la atención recibida por parte del personal del centro, tanto en las actividades básicas de la vida diaria como en las terapéuticas. Los usuarios necesitaron asistencia principalmente en tareas relacionadas con la continencia, traslado/transferencia, intervenciones conductuales y alimentación. En relación a la capacidad funcional, la puntuación media obtenida mediante el índice de Barthel fue 61,5; por categorías, sólo el 5% de los usuarios son independientes, el resto presentan dependencia leve (55%), moderada (17,5%), grave (16,3%) o total (6,3%). Comparando la carga asistencial con la capacidad funcional, se observó una relación directa positiva entre ambas. De esta manera, y como era de esperar, a mayor grado de dependencia, mayor tiempo de dedicación por parte del personal del centro. La evaluación del estado cognitivo se realizó sobre 60 (75%) sujetos, ya que 20 no pudieron ser evaluados debido a diferentes causas (enfermedad, muerte). De los pacientes evaluados, la puntuación media obtenida fue de 19,5, correlacionando de manera positiva con la carga asistencial generada.

Conclusiones: En conclusión, existe una correlación directa entre la capacidad funcional y el grado de deterioro cognoscitivo con la carga asistencial de los usuarios de un centro terapéutico diurno. De este modo, conociendo la capacidad funcional y estado cognitivo de una persona se puede predecir la carga asistencial que generará mediante la ecuación obtenida en las correlaciones. Esto es importante ya que nos permite conocer el coste real generado por un usuario de un centro asistencial y, de este modo, establecer un coste personalizado basado en su estado de salud.

¿SON MÁS FRÁGILES LOS PACIENTES ONCOLÓGICOS QUE SUPERAN LOS 80 AÑOS DE EDAD?

M.J. Molina-Garrido, C. Guillén-Ponce y A. Carrato

Hospital General Universitario de Elche.

Objetivo: En la actualidad, el 50% de los tumores malignos ocurren en personas con 65 años o más; en el año 2020 será mayor si continúa creciendo la expectativa de vida de la población. La evaluación de la fragilidad del paciente de edad es fundamental para intuir la tolerancia a un tratamiento con citostáticos. Aunque aún hay muchos criterios por unificar, el test de Barber se ha consolidado como uno de los más sensibles y específicos en dicha tarea. En este estudio se aplica este test en una muestra de pacientes oncológicos mayores de 75 años, y se observa si existen diferencias en cuanto a fragilidad en el grupo entre 75-80 años comparado con los mayores de 80.

Material y métodos: Se realizó un estudio prospectivo de las historias clínicas de una consulta de Oncología entre julio y diciembre de 2006. Se clasificaron en 2 grupos: pacientes por encima o por debajo de 80 años. Se aplicó a todos la Valoración Geriátrica Integral. Posteriormente, se empleó el programa SPSS 11.0 para el análisis estadístico.

Resultados: Se estudió un total de 64 pacientes mayores de 75 años (51,6% mujeres). La edad media fue de 80,49 años (mediana 80,16; rango 75,5-87,0). El 29,7% presentaba cáncer de mama, el 20,3% con cáncer de pulmón, y el 17,2% de tumores de origen digestivo. 29 pacientes tenían menos de 80 años, 33 superaban esta edad y en 2 se desconocía este dato. El 75% puntuaba 100 en la escala de Barthel, 14 en la escala de Lawton-Brody y 9 en la de Pfeiffer. El consumo medio de fármacos fue de 5,45 (mínimo 0, máximo 17). La media de síndromes geriátricos fue de 0,83, con mediana de 1. En la escala de fragilidad de Barber, la media fue 1,68, con mediana de 1,0. Al comparar la media en la escala de Barber del grupo de menores de 80 años con la de mayores de esta edad, no se observó significación estadística, con el

test de Kruskal-Wallis ($p = 0,153$) ni con el de Jonckheere-Terpstra ($p = 0,153$).

Conclusiones: Los tumores más frecuentes en esta muestra de mayores de 75 años son los de mama, pulmón y colorrectal, al igual que ocurre en poblaciones de otras edades. Con los datos obtenidos, no se puede afirmar que los pacientes oncológicos mayores de 80 años sean más frágiles que los menores, dato a tener en cuenta a la hora de administrarles tratamientos con intención curativa para su patología tumoral. Nuevos estudios prospectivos son necesarios para confirmar esta conclusión.

SÍNDROME METABÓLICO E ÍNDICE TOBILLO-BRAZO EN UNA CONSULTA HOSPITALARIA DE GERIATRÍA.

J.L. González Guerrero¹, T. Alonso Fernández¹, E. Villalba¹, A. García Sánchez¹ y N. García Mayolín²

¹Unidad Geriatría. Complejo Hospitalario de Cáceres. ²Servicio Admisión y Documentación Clínica. Complejo Hospitalario de Cáceres.

Introducción: La relación entre síndrome metabólico (SM) y enfermedad cardiovascular (ECV) es un hecho ya constatado, sin embargo seguimos conociendo poco sobre la prevalencia de SM en pacientes mayores.

Objetivo: Valorar la prevalencia y características de los pacientes geriátricos (PG) con SM, y su relación con los factores de riesgo vascular (FRV) y el índice tobillo-brazo (ITB).

Método: La prevalencia de SM, diagnosticado según los criterios del NCEP, fue estudiada de forma prospectiva en una muestra de 101 PG atendidos en una consulta hospitalaria de geriatría (0,05, 20%, prevalencia estudio preliminar 40%).

Se recogieron, entre otros, datos demográficos, capacidad funcional (I. de Barthel), comorbilidad (I. de Charlson), y situación cognitiva (GDS de Reisberg), antecedentes de enfermedad aterotrombótica, FRV y determinaciones analíticas dirigidas a valorar SM. Se determinó el ITB mediante sensor ultrasónico Doppler, considerándose patológico si $< 0,9$.

Resultados: La edad media fue de 84,4 años (69-94), con un predominio de mujeres (66,3%). Tenían antecedentes de enfermedad aterotrombótica el 51,5% de los pacientes, presentando la mayoría (92,1%) algún FRV. La prevalencia de SM fue del 43,6%. En estos pacientes se objetivó mayor proporción de mujeres (84,1 vs. 52,6%; $p < 0,01$) y mayor comorbilidad ($2,1 \pm 1,3$ vs. $1,5 \pm 1,5$; $p = 0,02$), sin encontrar diferencias en la situación funcional ($88,4 \pm 17,5$ vs. $86 \pm 25,6$) o cognitiva ($2 \pm 1,3$ vs. $2,3 \pm 1,3$). Por otro lado, la presencia de SM se relacionó de forma significativa con antecedentes aterotrombóticos (65,9 vs. 40,4%; $p = 0,01$), diabetes (68,2 vs. 8,8%; $p < 0,01$), hipertensión arterial (93,2 vs. 49,1%; $p < 0,01$) y obesidad (61,4 vs. 22,8%; $p < 0,01$). Presentaron un ITB patológico el 27,7% de los pacientes, predominando en aquellos con SM (38,6% vs 19,3%; $p = 0,03$).

Conclusiones: El SM, según los criterios de la NCEP, es muy prevalente en pacientes geriátricos ambulatorios. El hallazgo de ITB patológico (predictor de riesgo vascular) es asimismo frecuente, teniendo significación estadística en relación con SM. Consideramos que sería recomendable la determinación de ambos marcadores de riesgo vascular (SM e ITB) en la valoración de los pacientes geriátricos con el fin de evaluar la gravedad de la ECV y la actitud terapéutica.

INCIDENCIA DE CAÍDAS EN UN HOSPITAL DE APOYO

M. Del Castillo Martín, L. Ruiz Cruz, A. Expósito Blanco, M.Á. Gándarillas Valle, J.A. Martínez Ramírez y A. Noriega Ortiz
Hospital Santa Clotilde, Santander.

Objetivos: Conocer la incidencia de caídas en un Hospital Geriátrico de Apoyo, y los factores relacionados con ellas.

Material y métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de los registros de caídas llevados a cabo por enfermería, de pacientes ingresados en todas las Unidades de Hospitalización, durante los años 2004 y 2005. Valoración de la repercusión clínica de las mismas y factores asociados: presencia o no de restricciones físicas, lugar y hora de la caída.

Resultados: A lo largo de los 2 años, se atendieron a un total de 1224 pacientes y se registraron un total de 369 caídas, siendo la incidencia de las mismas de un 30%. El 53% de las caídas registradas no tuvo ninguna repercusión clínica; 37% tuvieron consecuencias y

en un 10% de los casos el registro era incompleto. Las consecuencias más graves fueron: riesgo de asfixia en 1 caso (0,08% pacientes), fractura en 3 casos (0,24% pacientes), y herida con necesidad de sutura en 13 casos (1,0%); 114 pacientes (9,3%) tuvieron lesiones mínimas. El 25% de los pacientes que se cayeron tenían pautadas restricciones físicas: 74% barras en la cama, y 23% cinturón o peto en silla. El lugar más frecuente donde tienen lugar las caídas es el dormitorio (76%), seguido del baño (14%), y el 72% suceden a partir de las 15h (turnos de tarde y noche). Un 1,2% de los pacientes atendidos presentaron 3 ó más caídas.

Conclusiones: Elevada incidencia de caídas en los pacientes atendidos en el hospital, pero con escasa repercusión clínica.

Las caídas tienen lugar fundamentalmente en el dormitorio y el baño, en las últimas horas del día y a lo largo de la noche. El riesgo de lesión grave por caída es muy bajo.

Palabras clave: Hospital Geriátrico de Apoyo. Caídas. Restricciones físicas.

PREVALENCIA DE DETERIORO COGNITIVO EN UNA UNIDAD GERIÁTRICA

M.I. Adrover Rodríguez y N. Flaquer Terrasa
Hospital San Juan de Dios, Palma de Mallorca.

Objetivo: Actualmente la demencia se considera un síndrome infra-diagnosticado; estudios recientes estiman que, por ejemplo en la Comunidad de Madrid, sólo 3 de cada 10 casos están diagnosticados, y que, generalmente, transcurre una media de 5 años desde el inicio de los síntomas hasta su diagnóstico. Describir la incidencia de deterioro cognitivo y grado de éste en pacientes geriátricos que ingresan en la Unidad Geriátrica de Agudos (UGA) del Hospital San Juan de Dios (Palma de Mallorca). Analizar cuántos de los pacientes con deterioro ya habían sido diagnosticados y cuántos recibían tratamiento farmacológico.

Método: Estudio observacional descriptivo transversal. Muestra: 40 pacientes seleccionados aleatoriamente de los ingresos en la UGA entre el 15 de enero y el 21 de febrero de 2007. Se excluyeron todos los pacientes con alteración importante del lenguaje o el nivel de conciencia. Material Protocolo de recogida de información: a través de la revisión de la historia clínica se recogió información sobre el paciente: datos demográficos, antecedentes, motivo de ingreso y medicación habitual. Mini-Mental State Examination: MMSE (Folstein, 1975). Se aplicaron los criterios de corrección por edad y nivel de estudios del estudio normativo NORMACODEM, (Blesa et al., 2001). Se estableció el grado de deterioro en base a la correspondencia entre la puntuación en el MMSE y la escala GDS (Global Deterioration Scale) de Reisberg (1982).

Resultados: Género: 25 mujeres (62,5%), 15 varones (37,5%) Edad: estableciendo rangos de edad, la muestra se dividió en: 55-65: 1 (2,5%), 66-75: 6 (15%) 76-85: 17 (42,5%) + de 85 años: 16 (40%). Motivo ingreso: la muestra se dividió en las siguientes categorías: Trastornos respiratorios: 13. Trastornos cardiovasculares: 11. Traumatología: 7. Complicaciones de Deterioro cognitivo: 5. Infección del tracto urinario: 1. Trastornos metabólicos: 1. Osteoartrosis: 1. Problemas digestivos: 1. Presencia Deterioro Cognitivo: De los 40 pacientes, 26 presentaban deterioro cognitivo. Respecto al nivel de deterioro se clasificaron en: Moderado 8. Moderado-Grave 12. Grave 6. De los 26 pacientes con deterioro cognitivo, 13 estaban diagnosticados de demencia o deterioro cognitivo. 6 de éstos recibía tratamiento farmacológico con inhibidores de la acetilcolinesterasa o memantina.

Conclusiones: Un 65% de los pacientes de la muestra presentaba deterioro cognitivo, la mayoría de ellos en un nivel moderado-grave; únicamente en la mitad de ellos se conoció a el deterioro previamente. De los pacientes con deterioro cognitivo conocido, el 46,3% recibía tratamiento farmacológico a tal efecto.

CAÍDAS EN PACIENTES PSICOGERIÁTRICOS INGRESADOS. RELACIÓN CON OSTEOPOROSIS

A. Corominas Verdaguera, P. Regalado, P. De Azpiazu, F. Escabia, A. Bartomeus y C. Almenar
Área de Psicogeriatría CASM Benito Menni, San Boi de Llobregat Barcelona.

Introducción: Se ha realizado un estudio de caídas en un centro sociosanitario, en el contexto de un hospital psiquiátrico. Período analizado Enero 2005 a diciembre 2006. Las caídas pueden ser indicado-

ras de fragilidad en los pacientes geriátricos, el riesgo de sufrir caídas es superior en el grupo de pacientes con deterioro cognitivo. Lázaro 2003, Tinetti 88, Rubenstein 2005, Wehren 2003, Abraham 2006.

Objetivos: Buscar si existe algún indicador que nos advierta del riesgo de caídas, especialmente de aquellas cuya consecuencia es una fractura. Analizar las correlaciones entre nº de caídas, densitometría ósea, grado de deterioro cognitivo, estado funcional y alteraciones conductuales

Material y método: Perfil: pacientes ingresados en una unidad psicogeriátrica, los diagnósticos más prevalentes son el deterioro cognitivo, la demencia y la esquizofrenia residual. La muestra total de pacientes es N = 240

Se ha realizado un screening de osteoporosis con la técnica Accudexa de falange, a todos los pacientes que aceptaron realizarse la exploración. El diagnóstico clínico se realiza según criterios DSM-IV. Se han valorado mediante las escalas de Barthel, MMSE, NPI en los pacientes con demencia y el BPRS en el grupo de esquizofrenia. Así mismo se ha procedido a la pasación del Yesavage para el grupo sin deterioro cognitivo y la escala de Cornell en el grupo de pacientes con deterioro. El registro de caídas se realiza con registro informatizado

Resultados: De los 240 pacientes evaluados, edad media de 79,2 años entre los pacientes con caídas. El 82% mujeres y el 18% hombres. Un Barthel medio de 45. No difiere en los valores de la densitometría respecto a los que no se han caído. Estas caídas produjeron un total de 164 lesiones con 8 fracturas óseas. De estos pacientes, 69 tenían realizado el screening con densitometría previo. De los 204 pacientes 85 pacientes han sufrido un total de 290 caídas con un mínimo de una caída por paciente y un máximo de 19 con una media de 3,4 caídas por paciente. La edad se correlaciona de manera inversa con el número de caídas -0,29. Las lesiones se correlacionan con el número de caídas: 0,87. El MMSE se correlaciona de modo inverso con el número de caídas: -0,8 y con el número de lesiones: -0,75. La puntuación del NPI de agitación se correlaciona con: Número de caídas: 0,75 con número de lesiones: 0,67 y presencia de fracturas: 0,68

Conclusiones: La osteoporosis no es un factor predictivo de caída en este grupo de pacientes. La vigilancia sobre los pacientes con trastornos de conducta y con peor estado cognitivo podría prevenir caídas, así como el adecuado tratamiento de los trastornos de conducta

UNIDAD DE CONVALESCENCIA (UCO): ¿SE INDICA TRATAMIENTO REHABILITADOR A TODOS LOS PACIENTES DESDE EL INICIO?

A. Renom Guiteras, M.Á. Mas Bergas, I. Rius Codina, R. Benito Navarro, I. Llorach Gaspar y C. Villavicencio Chávez
Servicio de Geriatría del IMAS. Hospital de la Esperanza, Barcelona.

Introducción: Para mejorar la pérdida reciente de capacidad funcional de los pacientes que ingresan en una UCO se realiza una atención geriátrica específica y se indica tratamiento rehabilitador (TR).

Objetivo: Estudiar la evolución de los pacientes durante la primera semana de ingreso en una UCO en relación a la indicación de TR y analizar los motivos de no indicación.

Material y método: Se estudiaron 60 pacientes ingresados consecutivamente. Se valoró: edad, sexo, motivo de ingreso, Barthel previo, Lawton previo, Barthel al ingreso, MMSE de Folstein, GDS de Yesavage, Charlson y número de síndromes geriátricos (NSG). Se determinó en la primera semana de ingreso la indicación o no de TR. El 56,7% de los pacientes (n = 34) recibieron la indicación y el 43,3% (n = 26) no la recibieron por motivos diversos: I- traslado a hospital de agudos por inestabilidad clínica (n = 5, 19, 2%), II- proceso médico reciente en vías de resolución (n = 7, 26, 9%), III indicación específica de reposo/descarga (n = 8, 30,8%), IV- no necesidad de TR (n = 6, 23,1%).

Resultados: No se hallaron diferencias estadísticamente significativas en relación a los parámetros analizados entre los pacientes con indicación de TR y el resto. Se estudió el grupo de pacientes sin indicación de TR excluyendo los trasladados a hospital de agudos (I). Al comparar los pacientes del subgrupo II con el resto (III y IV) los primeros presentaron un Lawton previo menor (2,9 2,5 vs 5,5 ± 2,9; p < 0,05), un Barthel al ingreso menor (15 ± 13,9 vs 53,9 ± 26,9; p < 0,01), un mayor NSG (5,9 ± 2,3 vs 2,7 ± 1,8; p < 0,02) y la tendencia

un Barthel previo menor (76,3 ± 15,5 vs 94,4 ± 15,5; p = 0,56) y a una mayor comorbilidad (Charlson 2,4 ± 1,5 vs 1,2 ± 0,9; p = 0,09). Al comparar el subgrupo (II) con los pacientes con indicación de TR, se observó un Barthel de ingreso menor (15 13,9, 38,4 23,2; p < 0,05) y la tendencia a un Lawton previo menor (2,9 2,5, 4,9 2,6; p = 0,07) y Barthel previo menor (76,3 25,5 vs 91,03 18,3; p = 0,07).

Conclusión: Todos los pacientes ingresados en la UCO recibieron atención geriátrica específica. Sin embargo, no en todos se indicó TR des del inicio por motivos diversos, existiendo un subgrupo de pacientes que, en comparación con el resto, parecen tener mayor fragilidad previa, mayor dependencia funcional previa y al ingreso y mayor NSG.

UNA VISIÓN DE LOS CUIDADOS AL FINAL DE LA VIDA EN UNA UNIDAD DE DEMENCIAS MUY AVANZADAS

J.M. Baraibar Laboa, N. Ortiz, R. Puente, Y. Barroso, L. Calzada y R. López
Centro Hospitalario Padre Menni, Santander.

Introducción: Hay pocas experiencias sobre valores como la cercanía y la hospitalidad en los cuidados al final de la vida (CFV) en demencias muy avanzadas, donde resulta difícil compartir una misma filosofía de cuidados.

Objetivo: Transmitir la experiencia de (CFV) en una unidad de demencias avanzadas (Estadio 7 de Reisberg, Barthel: 0/100, CFD: 0/5).

Desarrollo: En el marco del 125 aniversario de la Fundación de la Congregación de las HHSC y en el 50º de nuestro Centro Hospitalario, queremos plasmar nuestra evolución y quehacer diario con ocasión de la puesta en marcha del proyecto de calidad del Centro. Dentro del contexto del final de la vida tratamos de elaborar una metodología funcional de trabajo, valorando las dificultades para identificar los valores y la calidad del final de la vida en cada caso, a través de la cumplimentación de un registro, en el que están implicados: El equipo: Formación de los profesionales sanitarios, Medios adecuados, Desarrollo de buenas prácticas asistenciales, Valoración de la calidad de vida. Calidad humana. El enfermo: Cercanía inevitable de la muerte, Clarificar los conceptos que rodean el final de la vida de nuestros pacientes, Conocer su guión de vida, su historia de valores, su proyecto personal, tener una palabra distinta para la vida biológica, psicológica, social y espiritual. d. Capacidad de apropiación del final de su vida. Los cuidados: Tratamiento del dolor y otros síntomas. Alivio del sufrimiento, Limitación del esfuerzo terapéutico. Decisiones de retirada, Voluntades anticipadas, Cuidados post-mortem. Los cuidadores: Importancia de la transformación del curar al cuidar: comunicación, empatía, afecto, franqueza, honestidad, ambiente, confort, respeto y soporte, Superación de la angustia que la cercanía de la finitud humana les provoca, Miedo a las preguntas; motivaciones profundas y búsqueda de respuestas, Calidad y calidez humana: amor básico a lo que es común en los seres humanos. La hospitalidad: Valor que se refugia en lo más íntimo de cada uno y que se intuye en la relación personal, Capacidad de mostrar interés, ser sensibles a sus necesidades, dedicarles tiempo, permanecer a su lado, mirarles con cariño, escucharles activamente, cogerles de la mano... al final de la vida. Queremos agradecer: al Dr. Alejandro Artetxe y a José Antonio Pagola la inspiración que ofrecen sus textos a nuestras reflexiones, al S. de Pastoral y al personal auxiliar por sus aportaciones. LA VI DA ES MÁS DE LO QUE SE VE. Constituye un reto dotar a estas experiencias de una evidencia científica.

FORTIGER: IMPACTO DE UNA DIETA ORAL HIPERPROTEICA CON FIBRA EN RESIDENCIAS GERIÁTRICAS

J.C. Durán¹, A. J Cruz Jentoft², J J. Calvo³, J. Ordoñez⁴

¹Hospital Juan Grande. Unidad de Geriatría, Jerez de la Frontera, ²Hospital Ramón y Cajal. Unidad de Geriatría, Madrid, ³Residencia Zorroaga. Especialista en Geriatría. San Sebastián, ⁴Hospital Valdecilla. Nutrición y Dietética, Santander.

Encuesta realizada en 66 centros Residenciales con la participación de 323 pacientes. Los objetivos eran: Conocer el cumplimiento de una dieta oral hiperproteica con fibra en la población a estudiar, con la indicación de administración de dos bricks diarios. Valorar el estado nutricional de los pacientes al inicio y al final del estudio. Describir el hábito intestinal (anterior y posterior a la administración de la dieta).

Método: Estudio longitudinal de evaluación del cumplimiento de la administración de un complemento nutricional (dieta oral hiperproteína) en pacientes geriátricos con déficit nutricional. El complemento nutricional consistió en la administración de 2 bricks diarios de un suplemento hiperprotéico oral con fibra a la población del estudio mientras duró el mismo. La muestra incluida fue evaluada en 3 momentos diferentes a lo largo de 3 meses de seguimiento: En la visita de inicio o de inclusión (inicio de la administración del producto). En la visita de seguimiento (a los 45 días de la visita de inicio). En la visita de cierre (a los 90 días de la visita de inicio). Variables estudiada en cada visita de seguimiento: Datos Socio-Demográficos: Peso, talla, edad, sexo. Variables clínicas: Ingesta anterior de otros productos de nutrición enteral, especificar tipo de dieta en caso afirmativo de ingesta anterior, capacidad cognitiva, capacidad funcional. Valoración estado nutricional: 1 MNA, 2 Escala de cribaje, 3 Prevalencia de malnutrición. Patologías asociadas y medicación concomitante. Hábito intestinal: N° deposiciones semanales, consistencia de las heces, presenta vómitos, presenta gases.

Resultados: El estado nutricional, peso y prevalencia de malnutrición mejoró significativamente ($p < 0,0001$) después de 12 semanas de suplementación. El BMI también mejoró al final del tratamiento. El número de deposiciones semanales y la consistencia de las mismas mejoró significativamente ($p < 0,0001$) al final de las 12 semanas de tratamiento. Más del 75% de la muestra cumplió con el tratamiento «siempre o casi siempre», y más del 95% lo cumplieron «la mayor parte de las veces».

Conclusiones: Un suplemento oral hiperprotéico con fibra es muy beneficioso para el paciente anciano malnutrido o en riesgo de malnutrición. Con esta suplementación se mejoró el estado nutricional global de los pacientes favoreciendo una función intestinal normal. El nivel de cumplimiento fue muy alto, lo cual avala los excelentes resultados de la encuesta.

PREVENCIÓN DE CAÍDAS EN EL PACIENTE GERIÁTRICO

M. Tomas Manresa

Hospital San Juan de Dios, Palma de Mallorca.

Introducción: El Hospital San Juan de Dios es un centro asistencial con el objetivo de prestar una atención integral al paciente. Cuenta con un Hospital de Día Geriátrico. Es un centro diurno, formado por un equipo interdisciplinar, donde se diseña un programa de Rehabilitación adecuado a las necesidades de cada paciente.

Objetivos: Observar la eficacia del tratamiento fisioterapéutico en pacientes geriátricos empleando como método de evaluación el Test de Tinetti.

Metodología: Evaluamos a cada paciente que ingresa y se plantea el objetivo rehabilitador específico según la patología del paciente. Lo que se pretende en esta presentación tipo póster es dar a conocer los resultados obtenidos al ingreso a nuestro centro y en el momento del alta, utilizando como método de medida objetiva el Test de Tinetti (test para valorar el equilibrio y la marcha). Se escogieron al azar 20 hombres y 30 mujeres, con una edad media de 68 años, que durante el año 2006 han llevado un seguimiento en el Hospital de Día del Hospital San Juan de Dios.

Resultados: La patología más frecuente a causa de la inestabilidad es la Artrosis con 11 casos (22%), seguido por el Deterioro Generalizado con 9 casos (18%), con la Enfermedad de Parkinson y pacientes Cardiópatas con 6 casos cada uno (12%), Pacientes con Fractura de Cadera con 4 casos (8%) y seguido de Pacientes con PTC, PTR, Hemipléjias y Artritis Reumatoide con 3 casos cada uno (6%) y Pacientes con Enfermedad del Alzheimer y Mielopatía Vertebral con 1 caso cada uno (2%). La Media Global de mejora obtenida de la valoración del Test de Tinetti desde el ingreso al momento del alta es de 5,18 puntos, lo que implica una mejora sustancial.

Los pacientes con PTR tienen una media de mejora de 7,6, seguido por pacientes con Fractura de Cadera con una media de 7 puntos. Los pacientes con Deterioro Generalizado por desuso una media de 6,5, seguido por pacientes con PTC con 6,3 puntos. Los pacientes hemipléjicos una media de 5,3, seguidos de pacientes con Artritis Reumatoide con 5 puntos. Pacientes con Parkinson con 4,5 y los pacientes Cardiópatas una media de 3,5, seguido por los pacientes con Mielopatía Vertebral con una media de 2 puntos y los enfermos de Alzheimer con una media de un punto de mejora.

Conclusión: Tras las valoraciones realizadas con el Test de Tinetti, podemos afirmar que los pacientes se benefician del tratamiento,

sea cual sea la causa de la alteración de la marcha y del equilibrio. Es evidente la importancia de la utilización de las escalas y la realización de las valoraciones tanto al ingreso como al alta.

CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES DE CUIDADOS PALIATIVOS (CP) QUE INGRESAN EN UNA UNIDAD GERIÁTRICA DE AGUDOS (UGA) Y DE CP.

J.P. Simón-Turriate, B. Torres, C. Alastuey y E. Corujo
Hospital Insular de Lanzarote.

Objetivo: Estudiar las características de los pacientes paliativos geriátricos y no geriátricos que ingresan en nuestra unidad.

Material y métodos: Estudio retrospectivo de los pacientes que ingresaron en nuestra unidad de agudos (UGA) para cuidados paliativos en el año 2006. Son el 13,8% de los ingresados. Separamos a los pacientes menores de 65 años (33,3%) de los ≥ 65 (66,6) y analizamos las siguientes características: Datos de filiación, situación funcional al ingreso, procedencia, destino, las patologías que motivaron su ingreso y síndromes geriátricos acompañantes.

Resultados: El sexo masculino prevalece en los menores de 65 años (93/65,62%), estos pasan más a estancia media (31,25/12,5%) y su estancia media es mayor: 23,88/11,25 días. Además los más jóvenes tienen una mejor situación funcional (Barthel medio 54/47) y mental (MSQ 2,8/4,42) que los ancianos NS. El número de fármacos al ingreso también es menor entre ellos (4,8/5,59) NS. En cuanto a la procedencia los jóvenes vienen del hospital de referencia (urgencias 50% y hospitalización 18,75%) en mayor proporción (U 34,3, H 25%) y menos del domicilio (6,25/31,25%) NS. La mayoría fallecen en el hospital (87,5/93,75). La prevalencia de síndromes geriátricos (demencia, delirium, upp, inmovilidad e impacto etc.) era mucho mayor en ancianos. La causa del paso a paliativos fue predominantemente el cáncer (93,3/81,25%) NS y la demencia avanzada en el resto de ancianos y un caso de coma vigil persistente en los jóvenes. En cuanto al tipo tumoral en ancianos (Cabeza y cuello 12%; Digestivo 16%; Urológicos 28%; pulmón 32% y hematológicos 12%) y en jóvenes (Cabeza y cuello 50%; digestivo 14,2%; pulmón 14,2%; óseo 14,2% y hematológico 7,1%). Los pacientes menores de 65 vivían solos o fuera de su familia (50%/15,6%) $p < 0,05$.

Conclusiones: El paciente paliativo menor de 65 viene al parecer con mejor estado funcional y mental. El paliativo mayor que ingresa en nuestro centro tiene más apoyo social. Es mayor la incidencia de tumores de cabeza y cuello en los pacientes menores de 65 años y los urológicos en los mayores.

ATENCIÓN SUBAGUDA

F. Roca Carbonell¹, E. Puigoriol Juvanteny², N. Morera Soler¹,

P. Roura Poch², R. Toribio Galeote² y J. Espaulella Panicot¹

¹Hospital de la Santa Creu, Vic, Barcelona, ²Hospital General de Vic, Barcelona.

Introducción y objetivos: El concepto de atención subaguda nace como a una forma coste efectiva de provisión de servicios. Los proyectos de atención subaguda son muy heterogéneos y dependen de las características locales de dónde se implantan. Describimos los resultados iniciales de un proyecto de atención subaguda basado en el traslado precoz (< 7 días) de pacientes des del Hospital General Vic (HGV) al Hospital de la Santa Creu de Vic (HSC). Estos pacientes ya se trasladaban pero en una fase más estable del proceso agudo. El objetivo es disminuir la estancia en el HGV e iniciar de una forma precoz una atención más global y rehabilitadora. La implementación del proyecto ha supuesto detección precoz de los casos en HGV, mejora del proceso de transición, e incremento de la capacidad resolutiva de las unidades del HSC.

Resultados: Durante los años 2005 y 2006 se han trasladado 581 pacientes con el criterio de atención subaguda, que suponen el 51% de todos los trasladados. Los pacientes subagudos tenían una edad media de 80 años y los diagnósticos más frecuentes fueron: fractura de fémur (21,9%), Accidente vascular cerebral (13,9%) e Insuficiencia cardíaca (10,2%). Los pacientes estuvieron ingresados 5,8 días de promedio en el HGV. En el HSC se han ubicado en las diferentes unidades con la siguiente distribución: Convalecencia 55,6%, Cuidados Paliativos 23,4%, Psicogeriatría 11,4% y Larga Estancia 9,6%. Se ha utilizado los resultados del año 2004 como datos de compara-

ción. El programa ha supuesto una disminución de 3,65 días en la estancia media en el HGV lo que conlleva una disminución de alrededor de 2100 estancias anuales. En el HSC no se han observado cambios en los parámetros de mortalidad y retraslado al hospital de agudos.

Comentarios: La aplicación de un programa de subagudos disminuye la estancia media en el HGV de forma significativa y queda por demostrar si se produce mejoría funcional con el inicio precoz del proceso de rehabilitación.

GANANCIA FUNCIONAL TRAS LA REHABILITACIÓN DE FRACTURAS DE CADERA EN EL PACIENTE INSTITUCIONALIZADO

M. Urkiza Abaunza, I. Artaza y E. Elgezua

Residencia Orue, Amorebieta.

Objetivos: Valorar la ganancia funcional de los pacientes con fractura de cadera tratados en el servicio de rehabilitación.

Método: Revisamos las historias clínicas de los pacientes con fractura de cadera desde octubre del 2005 hasta febrero del 2007 analizando las variables de sexo, edad, ganancia funcional (I. Heinemann), nivel de deterioro cognitivo (MEC) y la puntuación en la escala Tinetti al inicio y al final de la rehabilitación.

Resultados: Se han tratado 10 fracturas de cadera en el servicio de rehabilitación, 4 hombres y 6 mujeres. La media de edad es de 84 años (78 y 94). De la muestra el 60% tenía deterioro cognitivo y un 40% falleció en los 6 meses siguientes a la fractura. La media de ganancia funcional de los menores de 80 años es de 68,75 puntos, la de aquellos entre 81 y 90 años es de 44,45, y la de los mayores de 90 años es de 25,31. La media de ganancia funcional fue menor en los que tenían deterioro cognitivo y en los que fallecieron en los 6 meses siguientes a la fractura. Al mismo tiempo, obtuvieron una menor puntuación en la escala Tinetti tanto al inicio como al final de la rehabilitación.

Ganancia funcional:	TINETTI Inicio	TINETTI Final	Deterioro
	38,31	9,16	15,66
Sin deterioro cognitivo	56,25	13,5	20
Fallecidos	12,65	7,25	9
No fallecidos	67,37	13,3	23

Aquellos que al final de la rehabilitación tenían un Tinetti de más de 25 puntos su ganancia funcional media era de 91,6, en cambio, los que se mantenían entre 19 y 24 puntos la media era de 42,42 y los que tenían menos de 19 puntos era de 19,04 puntos.

Conclusiones: Sufrir una fractura de cadera en edades avanzadas aumenta el riesgo de mortalidad. El deterioro cognitivo y la edad determinan una menor ganancia funcional tras la rehabilitación. La escala Tinetti es un indicador de ganancia funcional útil tras una fractura de cadera.

HOSPITAL DE DÍA GERIÁTRICO: ¿JUGAMOS TODOS?

E.C. Hurtado García¹, P. Gomà Casas¹, M. Tomás Manresa¹, M. Adrover Rodríguez¹ y M.L. Ayala Gil²

¹Hospital San Juan de Dios, Palma de Mallorca, ²Hospital Son Dureta, Palma de Mallorca.

El Hospital Sant Joan de Déu cuenta con 1 de los 3 Hospitales de Día Geriátricos existentes en las Islas Baleares. Los pacientes son derivados de otros hospitales de referencia y /o centros de salud. Es un recurso sociosanitario novedoso y especializado, que tiene como finalidad evitar y mejorar las situaciones que potencialmente pueden causar dependencia, así como incrementar la calidad de vida y el estado de ánimo de la persona y su familia. En esta representación tipo póster lo que se pretende es plasmar, de forma muy visual, el proceso del paciente y familia, desde que ingresan en nuestro centro hasta que son dados de alta a los 3 meses, mostrando los siguientes apartados que se muestran a continuación. Nos dirigimos a personas que, debido a un problema de salud, presentan dificultades para poder andar, comer, vestirse, ocuparse de sí mismo... y generalmente precisan ayuda de una tercera persona. Los objetivos del Hospital de Día Geriátrico son: cuidar, controlar y tratar problemas de salud; reeducar la marcha, problemas de equi-

librio y coordinación; prevenir caídas, evaluar, mantener y estimular las capacidades cognitivas; valorar y mejorar la autonomía en las actividades de la vida diaria; orientar sobre adaptaciones en el domicilio y asesorar y entrenar el uso de ayudas técnicas para mejorar su independencia; rehabilitar problemas de lenguaje; apoyar y pautar orientación a la familia; fomentar las relaciones sociales y actividades agradables para mejorar el estado anímico. La metodología de trabajo se basa en un modelo de equipo interdisciplinar, que permite conocer ampliamente al paciente y llevar a cabo una valoración geriátrica integral, así como diseñar el plan terapéutico común más adecuado. El equipo interdisciplinar está formado por médico geriatra, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta, neuropsicóloga, enfermero y auxiliares de enfermería; con la colaboración de la trabajadora social y la logopeda del hospital, a través de interconsultas. A partir de la valoración realizada por cada profesional, se establecen objetivos de tratamiento y plan terapéutico a seguir en las reuniones de equipo. Se establecen distintas ocupaciones (hábitos y rutinas que facilitan la adaptación del paciente, al tiempo que contribuyen a proporcionar seguridad) y programas (programas de AVD, programa de fisioterapia, programa de estimulación cognitiva, programa de psicomotricidad, programa de terapia ocupacional individual, programa de socialización y tiempo libre). Al final de todo el proceso, se prepara un completo informe que incluye las indicaciones de todos los profesionales implicados, dirigido tanto al paciente como a la familia, apoyado por la entrega y explicación de guías, trípticos y recomendaciones; así como la entrega de una encuesta de satisfacción (uno de los distintos métodos de evaluación del servicio).

ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN SOCIOFUNCIONAL PREVIA AL INGRESO EN HOSPITAL DE AGUDOS Y AL ALTA DE UNA UNIDAD DE CONVALESCENCIA

S. Santaliestra Marín¹, G. Riaño², M. J. Blazquez², F. Nuñez, C. Pérez Bocanegra¹ y T. Teixidor Colomer¹

¹Hospital Vall D'Hebron, Barcelona, ²Hospital Sociosanitario Pere Virgili, Barcelona.

Introducción: La situación funcional y social de los enfermos que tras un proceso de enfermedad aguda y pérdida de autonomía que precisan un ingreso en una Unidad de Convalecencia (UC) puede determinar un riesgo de institucionalización al alta en función de su recuperación.

Objetivos: Describir la situación social (convivencia, cobertura de servicios sociales) y funcional (Índice de Barthel) previos y al alta así como analizar los cambios observados durante el ingreso en la UC y el destino al alta de los pacientes.

Pacientes y método De un total de 432 pacientes derivados desde el Hosp. Vall d' Hebron de Barcelona a la UC del Hospital Sociosanitario Pere Virgili durante el año 2006, se ha seleccionado una muestra de 46, que fueron valorados por la Trabajadora Social de la Unidad de Geriatría del Hosp. de agudos previamente a su derivación a la UC. Se analizaron los datos recogidos en tablas excel y base SPSS.

Resultados: La edad media de los pacientes de la muestra es de 78,1 años. En cuanto a su estado civil, 4 estaban separados (8,6%), 5 solteros (10,8%), 15 viudos (30,5%) y 23 casados (50%). La media del Índice de Barthel previo al ingreso en Hosp. de agudos era de 65 (dep. leve) y disponían de algún tipo de soporte social un 43,7% de los pacientes.

La estancia media en la UC fue de 44,1 días. Al alta de dicha unidad, un 34,8% tuvieron como destino un recurso de internamiento (larga estancia sociosanitaria o residencia geriátrica) con una mediana de Índice de Barthel de 15 (dep. total) y un 37% regresaron a domicilio con un Í. Barthel de 85 (autonomía total); el resto de los pacientes fueron éxitos o reingresaron en Hosp. de agudos. Del total de la muestra un 10,8% no precisaron ningún tipo de recurso al alta.

Conclusiones: La recuperación funcional de los pacientes influye en el retorno a su entorno familiar, así como la falta de esta, favorece la necesidad de recursos sociales o la institucionalización del paciente en unidades de larga estancia sociosanitaria o residenciales). El ingreso en Unidades de Convalecencia para mejorar la capacidad funcional de los pacientes de edad avanzada tiene gran importancia para prevenir el riesgo de institucionalización definitiva.

POLÍTICA MEDIO AMBIENTAL EN MATIA FUNDAZIOA Y CERTIFICACIÓN EMAS EN EL CENTRO GERONTOLOGICO FRAISORO.

A. Muruamendiaraz, F.J. Leturia, D. Beristain, A. Altzelai, M.J. Yerayegui y C. Garrañ
Matia Fundazioa, Donostia.

Objetivos: Implantar y mantener al día un Sistema de Gestión Medioambiental, de conformidad con la norma UNE-EN-ISO 14001, que regula todas las actividades y servicios de Matia FUNDAZIOA, y en el caso de Fraisoro, entrar en el Registro europeo EMAS.

Método: El año 2002 se realizó un análisis inicial de sus actividades, procesos e instalaciones, los productos y el consumo de recursos naturales, energía, y las emisiones de todo tipo. Posteriormente se identificaron los aspectos significativos sobre los que debíamos incidir para mejorar nuestro comportamiento medioambiental, compromisos que quedaron recogidos en la Política Medioambiental. El año 2004-2005 se elaboró el Inventario de Aspectos Medioambientales o Aspectos medioambientales directos identificados (generados como consecuencia de nuestras actividades): Emisiones a la atmósfera. Vertidos de aguas residuales. Residuos. Suelos. Ruido. Consumo de agua y energía o indirecto. Se consideran como indirectos: Aspectos que generan las empresas que trabajan en las instalaciones. Comportamiento ambiental de proveedores y contratistas.

Resultados: Consumos: Hay que destacar el crecimiento prolongado en la ocupación del centro, lo que lleva a un incremento de los consumos que se detallan a continuación.

de agua destacar que desde la puesta en marcha del Sistema de Gestión Medioambiental el consumo de agua ha disminuido en un 2%. consumo de electricidad Las diversas medidas abordadas, la sustitución de bombillas por otras de bajo consumo, la sectorización, así como la propia información y concienciación de usuarios, familiares y personal, se muestran eficaces para lograr los objetivos ligados al ahorro del consumo eléctrico. Hay que destacar que desde el inicio del SGMA en Fraisoro, el consumo de electricidad ha disminuido en un 19%. consumo de combustible: El incremento del consumo es debido a las necesidades ambientales demandadas por los usuarios del centro. Emisiones calderas medición. CO2 O2 178, Opacidad 2, Grupo electrógeno medición CO2 O2 < 460. ruido Desde su inauguración el Centro ha sido respetuoso con los niveles de ruido admisible, su propia actividad lo certifica; suelo: Los depósitos enterrados son revisados por O.C.A. con la periodicidad debida. Sustancias peligrosas: Todas las sustancias peligrosas, están identificadas y disponen de sus fichas de seguridad; residuos: El Centro dispone del informe sanitario FAVORABLE del Plan de Residuos Sanitarios presentado ante la Dirección de Salud Pública del Departamento de Sanidad. Todos ellos disponen de documento de aceptación de RP (art. 34 RD 833/88 B.O.E. del 20.7.88) emitido por los Gestores Autorizados y son retirados por dichos Gestores con el correspondiente documento de Seguimiento y Control. Los residuos del grupo inertes son gestionados por los servicios municipales. Los envases vacíos de medicamentos, o con restos de medicación (una vez finalizado el tratamiento), los medicamentos que no se necesitan y los caducados se canalizan a través del Sistema Integrado de Gestión y Recogida de Envases (SIGRE) La declaración Medioambiental de Fraisoro ha sido elaborada siguiendo las directrices del Reglamento (CE) N° 761/2001 del Parlamento Europeo y del Consejo del 19 de marzo de 2001 por el que se permite que las organizaciones se adhieran con carácter voluntario a un sistema comunitario de gestión y auditoría medioambientales EMAS.

EVOLUCIÓN FUNCIONAL EN UNA UNIDAD DE SUBAGUDOS

P. Alonso Fernández, L.J. Silveira Guijarro, F. Brañas Baztan, V. Domingo García y J.A. Serra Rexach
Hospital Gregorio Marañón, Madrid.

Objetivos: Analizar evolución funcional de pacientes agudos que finalizan su proceso de enfermedad en una Unidad de Subagudos.

Material y métodos: Estudio prospectivo longitudinal de cohorte de la Unidad de Subagudos de Geriatría del HGUGM (USA) en un periodo de 3 meses. Se realizó un estudio piloto evidenciándose que el 50% de los pacientes no recuperaban nada funcionalmente. En base a estos resultados se diseñó el estudio definitivo incluyéndose pacientes con Índice de Barthel (IB) basal > 20 y Functional Ambulation Categories (FAC) > 1, se excluyeron los éxitus. Se describe datos so-

ciodemográficos, número de fármacos, comorbilidad, síndromes geriátricos, motivo de ingreso, complicaciones médicas e instrumentalización, intervención social y rehabilitación así como datos de marcha y situación funcional y se analizó su asociación con las variables creadas: deterioro y recuperación funcional.

Resultados: Se incluyen 92 pacientes. Edad media 82,4 ± 6,9. El 52,2% son mujeres. N.º fármacos al ingreso 9,5 ± 2,1. N.º enfermedades 7,37 ± 3. CIRS medio 13,9 ± 5,9. Destacan en frecuencia el estreñimiento 51 (55,4%) como síndrome geriátrico, la infección respiratoria 44 (47,9%) como motivo de ingreso y el cuadro confusional agudo 24 (26,1%) como complicación médica. Al ingreso en USA el 92,4% sufren deterioro funcional. De estos el 92,9% mejoran su situación funcional al alta, recuperando su situación basal el 51,7%. Al ingreso un 16,3% presenta un IB = 0, recuperando al alta su situación basal un 53,3%. El 79,3% sufren deterioro de la marcha, mejorando un 90% el FAC al alta. En el análisis crudo el deterioro funcional se asocia con FAC al ingreso, comorbilidad, instrumentalización al ingreso, número de síndromes geriátricos, destino al alta y estancia hospitalaria. La recuperación funcional se relacionó con FAC al ingreso, comorbilidad, trastorno de ánimo, complicaciones médicas agudas (síndrome confusional, UPP) y destino al alta.

Conclusiones: Los pacientes ingresados en la USA presentan alta complejidad clínica y diversidad funcional. La comorbilidad y el FAC al ingreso se relacionan con el deterioro, la recuperación funcional y la ubicación al alta. Esta última está condicionada por el deterioro y/o la recuperación funcional.

ATENDIMIENTO CONTROLADO AL PACIENTE DIABÉTICO - PREVENCIÓN DE COMPLICACIONES

M.Y. Kimura Oka, G. Forte, J. Silveira Souza Koda y M. Rebello Carnevalli
Hospital Cruz Azul, São Paulo, Brasil.

Objetivo: Presentar el trabajo de atendimiento asociado al monitoramiento activo del paciente diabético y mostrar sus resultados en relación al mejor control de la enfermedad, teniendo por finalidad la disminución de complicaciones, en busca de una mejor calidad de vida.

Pacientes y Métodos: este ambulatorio se inició en diciembre de 2003, y hasta el momento se incluyeron 292 pacientes, actualmente con 207 pacientes en continuidad. Para este servicio se encaminan, a través de una selección, pacientes de difícil control ambulatorial y los que tienen muchas dudas relacionadas a su enfermedad. El atendimiento multidisciplinar se realiza en un período máximo de 60 días entre las consultas médicas, con monitoramiento telefónico entre ellas. El equipo es formado por médicos, nutricionista, psicóloga, fonoaudióloga y estomaterapeuta. Se desarrolló un protocolo para la uniformidad de las consultas. Durante el año se realizan clases de educación continuada para pacientes y familiares divididas en 5 temas para tratar del Diabetes Mellitus.

Resultado: Se analizaron el tipo de diabetes y la evolución de la hemoglobina glicada con el programa.

Conclusión: Esta modalidad de atendimiento trajo mayor adhesión al tratamiento con mejora de los niveles de hemoglobina glicada.

PERFIL CLÍNICO Y FUNCIONAL DE LOS PACIENTES CENTENARIOS INGRESADOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA

I. Marina Clopés, O. Torres Bonafonte, M. Barceló Trias y D. Ruiz Hidalgo
Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona.

Objetivos: Analizar de forma retrospectiva los motivos de ingreso, situación social, clínica y funcional de los pacientes centenarios que ingresan con patología médica.

Material y métodos: Se revisaron las historias clínicas de los pacientes 100 años que ingresaron en el servicio de Medicina durante el año 2006.

Resultados: Se estudiaron 14 ingresos en 13 pacientes (85% mujeres). La edad media de los pacientes fue 102 ± 2,4 (rango: 100-107). Previo al ingreso el Índice (I.) de Barthel era de 11,8 22,6 (el 78,6% I. Barthel = 0), el 57% vivía con la familia, 14% solos y 28% en residencia. Los motivos de ingreso fueron: infección respiratoria (9 pacientes), insuficiencia cardiaca (2), infección de orina (2) y «failure to thrive» (1). Al ingreso: Apache 13,1 ± 4,3, I. Charlson 1,1 ± 0,8, I. Nor-

ton $6,21 \pm 4,75$. Las comorbilidades más frecuentes fueron la demencia (4 pacientes) y cardiopatía (3). Entre los síndromes geriátricos prevalentes destacaron: lesiones por presión en 28,6% y delirium en 21%. Analíticamente destacaba creatinina media de 93; 47'58 y Albúmina 27,7 12,30. La estancia media de los ingresos fue 13 ± 10 días, siendo éxitos el 35%. La media de fármacos al alta fue: $4 \pm 1,5$.

Conclusiones: Los pacientes centenarios que ingresan en Medicina Interna son mayoritariamente mujeres, siendo el motivo principal de ingreso los cuadros respiratorios. Presentan una baja comorbilidad y parámetros analíticos aceptables. En cambio tienen una dependencia severa, un elevado riesgo de úlceras y una alta frecuencia de síndromes geriátricos. Un tercio de los pacientes fallecen durante el ingreso.

DIFERENCIAS ENTRE LOS PACIENTES CON FRACTURA DE FÉMUR SEGÚN HUBIERAN CAÍDO PREVIAMENTE O NO MÁS DE 2 VECES

M. Navarro López¹, F. Formiga², D. Chivite³, E. Duaso⁴, D. Ruiz⁵ y A. López Soto¹

¹Ufiss Geriatría. Hospital Clínico de Barcelona, ²Ufiss Geriatría. CSUB. Hospital del Llobregat, ³Ufiss Geriatría. Hospital de Viladecans, ⁴Ufiss Geriatría. Hospital Mutua de Tarrasa, ⁵Ufiss Geriatría. Hospital San Pablo de Barcelona.

Objetivos: El objetivo de este estudio es evaluar diferencias en las circunstancias asociadas a las caídas que provocan fractura de fémur según si el paciente hubiera caído o no más de dos veces en el año previo.

Método Se estudiaron las características de las caídas responsables de la fractura de fémur en 1225 pacientes procedentes de 6 centros.

Resultados Se trataba de 910 mujeres (74,35) y 315 varones, con una edad media de 82,7 6 años. El 84% de los pacientes vivía en su domicilio. El promedio de caídas durante los 12 meses previos fue de 1,76. La caída aconteció en el domicilio en el 71,8% de los casos y en el 72,9% de los casos fue diurna (8-20 horas). En el 40,7% de los pacientes se consideró que la caída tuvo una causa intrínseca, en el 37,8% extrínseca y en el 21,5% combinada. En 270 pacientes (22% del total) se documentaron caídas de repetición (> 2 caídas). En el análisis multivariante se asociaron con caídas de repetición, previamente a la fractura de fémur, un peor valor en el Índice de Barthel previo a la fractura, el diagnóstico previo de demencia, un mayor número total de fármacos de uso crónico y el tratamiento con neurolépticos,

Conclusiones: La mayoría de las caídas responsables de fractura de fémur son diurnas, en el domicilio y de causa intrínseca. Un importante porcentaje de pacientes han caído previamente y se caracterizan por una peor funcionalidad, mayor polifarmacia, demencia y el tratamiento con neurolépticos.

ESTADO FUNCIONAL Y CALIDAD DE VIDA DE PACIENTES ANCIANOS 1 AÑO DESPUÉS DEL ALTA DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI)

E. Sacanella Mesequer, S. Aguiló, E. Rovira Prat, F. Masanés Torán, J.M. Nicolás Arfélis y A. López Soto
Hospital Clínico Barcelona.

Objetivos: Analizar el estado funcional y calidad de vida (CV) de pacientes ancianos a los 12 meses de un ingreso no electivo en la UCI.

Métodos: Se incluyeron pacientes mayores de 65 años que ingresaban de forma no electiva en la UCI. Fueron excluidos aquellos con un índice de Barthel (IB) basal < 60 , los que ingresaban para procedimientos electivos o tras un paro cardíaco o aquellos con una expectativa de vida inferior a 12 meses. Los pacientes fueron divididos en dos cohortes según la edad: grupo A (65-74 años) y grupo B (> 74 años). Se realizó una valoración geriátrica integral y se evaluó la CV utilizando las escalas EuroQol y SF-36. Asimismo, se aplicaron escalas de la UCI para cuantificar la gravedad e intensidad terapéutica (APACHE II y OMEGA).

Resultados: De 325 pacientes mayores de 65 años ingresados 191 cumplían los criterios de inclusión y aceptaron participar en el estudio, 91 del grupo A y 100 del B. No se observaron diferencias entre ambos grupos en las escalas de UCI, estado funcional y CV pre-mórbido. Tras el ingreso se produjo un significativo descenso del IB e índice de Lawton (IL) respecto la situación basal ($P < 0,001$). Los pacientes del grupo A presentaron una recuperación completa de su estado fun-

ctional (IB e IL) a los 6 meses del alta pero los del grupo B mantuvieron una dependencia moderada según IB e IL hasta 12 meses después del alta ($P < 0,01$). Así, a los 12 meses del alta, los pacientes más viejos (grupo B) eran significativamente más dependientes que los menos viejos (grupo A) (IB: 80,0 vs 93,2; $P = 0,02$). Se detectó una caída significativa de la CV tras el alta del hospital ($P < 0,001$) en los dos grupos, que se recuperaba a los 6 meses del alta en los menos viejos (grupo A) mientras que los más viejos (grupo B) no recuperaron su nivel premórbido en los 12 meses de seguimiento ($P < 0,01$).

Conclusiones: La recuperación funcional y de CV de los ancianos ingresados en la UCI es lentamente progresiva en los 6-12 meses posteriores al alta. Sin embargo, un porcentaje significativo de pacientes, especialmente entre los mayores de 74 años, no recuperan su estado basal. En estos pacientes una atención geriátrica específica tras el alta del hospital podría contribuir a mejorar su evolución.

Financiado con la beca FIS (exp.: 03-0329)

Palabras clave: Calidad de Vida. UCI. Dependencia

MALOS RESULTADOS DE SALUD AL AÑO DE SEGUIMIENTO DE ANCIANOS CON FRACTURA DE FÉMUR

M. Barceló Trías, D. Ruiz Hidalgo, O. Hermíni Torres Bonafonte, E. Francia Santamaría, M.T. Antonio Rebollo y I. Marina
Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona.

Objetivos: Describir y analizar la supervivencia y sus factores predictores en ancianos con fractura de fémur y los factores que predicen malos resultados de salud.

Pacientes y metodología: Se trata de un estudio de cohortes observacional en 202 ancianos con fractura de fémur. El análisis de supervivencia se realizó mediante regresión de. Para el análisis de mal resultado de salud la variable final se definió como muerte o deambulación no funcional o mala autopercepción de salud. El análisis se realizó mediante regresión logística binaria introduciendo las variables significativas del análisis univariante previo.

Resultados: La edad media fue de 83,24 años, el 79,2% eran mujeres, el Charlson fue de 1,13, el 26,7% tenían demencia, el 27,7% delirium, el 28,7% complicaciones médicas, el 23,8% vivían solos, al alta el 56,9% fueron a un centro. La mortalidad anual fue del 18,81%. La supervivencia media de los fallecidos fue del 206,97 días (DE141,59). Las variables significativas fueron las complicaciones (44,73% vs 25% $p = 0,027$), delirium (52,63% vs 21,95% $p = 0,0001$), Charlson (1,79 vs 0,98 $p = 0,005$), deambulación no funcional (55,26% vs 28,65%). Las variables predictoras de mortalidad fueron la comorbilidad (HR 1,331 IC 95% 1,081-1,637 $p = 0,007$), la estancia hospitalaria prolongada (HR 1,021 IC 95% 1,021-1,055 $p = 0,0001$) y el delirium (HR 0,360 IC 95% 0,187-0,692 $p = 0,002$). Un mal resultado de salud se dio en el 62,4% de los ancianos. Las variables significativas fueron las complicaciones (31,7% vs 9,1% $p = 0,008$), el delirium (29,4% vs 12,1% $p = 0,047$), demencia (28,6% vs 9,1% $p = 0,022$) y la comorbilidad (1,32 vs 0,64 $p = 0,0001$). Las variables predictoras de mal resultado de salud fueron la comorbilidad (OR 1,70 IC 95% 1,071-2,699 $p = 0,024$) y las complicaciones (OR 0,265 IC 95% 0,075-0,939 $p = 0,04$).

Conclusiones: La fractura de fémur impacta de forma importante en la salud de los ancianos. La comorbilidad es la variable que influye más en la mortalidad y en otros resultados de salud. Las complicaciones médicas durante el ingreso hospitalario influyen más allá del alta. La presencia de delirium durante el ingreso es un factor predictivo de mortalidad después de alta. Las intervenciones para evaluar una disminución de la mortalidad o para mejorar los resultados de salud deben dirigirse a la disminución de las complicaciones médicas y al delirium durante el ingreso hospitalario y a tratar adecuadamente las comorbilidades en la comunidad.

SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA Y RESULTADOS FUNCIONALES EN UNA UNIDAD DE MEDIA ESTANCIA GERIÁTRICA

M. Nicolau Torroella, S. Ariño Blasco y E. Barranco Rubia
Servicio de Geriatría. Fundació Hospital Asil de Granollers.

Introducción: La sintomatología depresiva se asocia a resultados negativos en la recuperación funcional aunque los estudios que soportan tal afirmación se han realizado en la fase aguda del proceso de rehabilitación y mayoritariamente en población adulta donde la prevalencia de los síntomas depresivos es mucho menor. Algunos

trabajos realizados en el sector de cuidados postagudos geriátricos, no aprecian esta asociación.

Objetivo: Analizar el comportamiento de la sintomatología depresiva en una unidad de media estancia geriátrica.

Metodología: Estudio observacional, longitudinal, comparativo en una población de 749 individuos ingresados consecutivamente en la unidad de media estancia geriátrica de la FHAG en el periodo 2003-2005. Las variables empleadas pertenecen a la sección E «Estado de ánimo y patrones de conducta» del CMDSS basado en el MDS 2.0 RAI NH. En dicha sección se registran 16 síntomas de los cuales 7 se utilizan para la elaboración de la escala DRS. Se realizó análisis univariado de variables demográficas, clínicas y funcionales utilizando Ji cuadrado para valorar la existencia de asociación entre variables cualitativas y la prueba no paramétrica U-Test de Mann Whitney para la comparación de medias entre muestras independientes así como la prueba de Wilcoxon para datos apareados.

Resultados: Se analiza la distribución porcentual de los 16 síntomas estudiados al ingreso y al alta. Los síntomas que recogen expresiones no verbales de depresión están más presentes en el ingreso y en el alta. El 61% de los pacientes estudiados presentan algún síntoma depresivo al ingreso a la unidad. Según la escala DRS (> 3 depresión) observamos que la presencia de depresión es de 9,3% de las personas ingresadas en la unidad. La presencia de depresión al ingreso no condiciona un resultado desfavorable respecto a la capacidad de deambulación autónoma ($p = 0,46$), ni tampoco se observan diferencias significativas entre ganancia funcional y depresión de acuerdo con la escala del DRS ($Z-0,075$, $p = 0,94$).

Discusión: La prevalencia de depresión en la valoración de ingreso en nuestra unidad de media estancia geriátrica es inferior a otras series. No hemos tenido en cuenta la presencia de deterioro cognitivo asociado que podría interferir en los resultados.

Conclusiones: Los resultados presentados soportan la hipótesis de que la depresión al ingreso en una UME no condiciona el resultado funcional al alta. Las expresiones no verbales deben ser valoradas adecuadamente en el momento del diagnóstico.

SATISFACCIÓN Y DEPRESIÓN EN PERSONAS MAYORES

P.J. Castaño García, S. Brito Padilla y J.A. Hernández Cabrera
Facultad de Psicología, Universidad de la Laguna, Tenerife.

Objetivos: Se analiza el grado de satisfacción vital y nivel de depresión en relación a variables personales como el género y la edad, además de otros índices psicosociales como el deterioro cognitivo.

Método: Han participado 349 personas mayores de 64 años de ambos sexos, con un nivel educativo elemental, unos niveles de dependencia leves y unos recursos sociales básicos. Se han utilizado los siguientes cuestionarios: El Filadelfia para medir el nivel de satisfacción vital; el GDS-Yesavage para el nivel de depresión y el Mec-Lobo para el nivel de deterioro cognitivo. Los cuestionarios se les pasaron en sus propias casas sin límite de tiempo para las respuestas.

Resultados: Las puntuaciones obtenidas se sometieron a tres tipos de análisis estadísticos: el descriptivo, el correlacional y el de varianza. En cuanto a las variables personales como el género y la edad, se encontró que los varones puntuaron más alto en satisfacción vital que las mujeres; mientras que éstas puntuaron más alto en depresión que aquellos. A mayor edad de los participantes mayor es el deterioro cognitivo. En cuanto a la relación entre las variables psicosociales, cuando mayor es la satisfacción vital menor es el nivel de depresión. El nivel de satisfacción parece explicar el 40% de la depresión.

Conclusiones: Aunque hemos encontrado correlaciones significativas entre las variables estudiadas, el índice que más diferencia a los participantes es el de satisfacción vital por lo que debería estudiarse más profundamente.

VALORACIÓN DE ÍNDICES PSICOSOCIALES EN PERSONAS LONGEVA

P.J. Castaño García¹, C.R. Sánchez López¹, Jesús Quintana Hernández y T. González Pérez²

¹Facultad de Psicología, Campus de Guajara, La Laguna, Tenerife, ²GAP Tenerife. Servicio Canario de Salud.

Objetivos: Medir distintos índices psicosociales en personas longevas como satisfacción vital, depresión y deterioro cognitivo, y analizar las relaciones entre ellos.

Método: Los participantes fueron una muestra de 152 personas, de ambos性, entre 90 y 105 años, con un nivel educativo elemental, un nivel de dependencia funcional entre leve y moderado y unos recursos sociales aceptables. A los participantes se les aplicaron tres tipos de cuestionarios. Para medir el grado de satisfacción vital, el Filadelfia; para el nivel de depresión, el GDS-Yesavage y para el deterioro cognitivo, el MEC-Lobo.

Resultados: Las puntuaciones obtenidas se sometieron a tres tipos de análisis estadísticos: el descriptivo, el correlacional y el de varianza. Los datos mostraron que el porcentaje más alto en satisfacción vital correspondió al nivel de satisfacción moderada, seguido por el de satisfacción alta, siendo éste último nivel mayor en las mujeres que en los hombres. El nivel de satisfacción medio fue mayor en los hombres que en las mujeres. En relación a la depresión, casi dos tercios de los participantes no presentaron ninguna sintomatología siendo el porcentaje restante, la depresión leve, mayor en los hombres que en las mujeres. En cuanto al nivel de deterioro cognitivo, tres cuartos de los participantes mostraron cierto deterioro leve. Tanto el nivel de satisfacción como el de depresión aparecieron correlacionados negativamente; así cuando el nivel de satisfacción era alto el grado de depresión era bajo, y cuando el nivel de depresión alto el nivel de satisfacción bajo.

Conclusiones: La valoración de variables psicosociales con muestras longevas puede ser una buena fuente de información para detectar y diferenciar un modelo de envejecimiento saludable frente al modelo patológico.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES NONAGENARIOS Y NO NONAGENARIOS INSTITUCIONALIZADOS

I. Llarena Pereira, I. Olivares Urkiza, V. Martínez Espejo, J. Torres Peña, N. Lauzirika Arrizabalaga y I. Aurre Altonaga
Residencia Orue, Bilbao.

Objetivos: Analizar las características y cuidados de residentes nonagenarios, evaluando las diferencias con el resto de residentes institucionalizados durante el año 2006.

Material y método: Se estudia una muestra de 22 residentes nonagenarios y analizando las variables: edad, sexo, dependencia (Í. Barthel), presencia y riesgo de U.P.P. (E.Braden), suplementación oral, derivaciones a urgencias, utilización de sondas y ostomías, positividad en combur-test y deterioro cognitivo (MEC) comparándolos con los 180 restantes.

Resultados: De los 180 residentes en Orue, 22 eran nonagenarios (12%). Un 86,4% eran mujeres (22,6% más que la media de la residencia), nivel de dependencia medio de 28 puntos (15 puntos menos que la media de la residencia). Un 32% tenía riesgo medio o alto de padecer UPP, frente al 26% de la media de la residencia. Las UPP estaban presentes en el 13,6% de los nonagenarios y en el 11,4% del resto de pacientes, a pesar de la administración de suplementación oral. El 31,8% de los nonagenarios tomaban suplementos dietéticos, un 7% más que los menores de 90 años. Un 45,5% presentó al menos, un combur-test positivo, en el resto, este porcentaje no llegaba al 34% y se derivó a urgencias el 36,4% mientras que en los de menor edad este porcentaje disminuía hasta el 25,5%. La presencia de SNG, PEG, S. vesical y ostomía era casi inexistente en los nonagenarios (1 ostomía), frente al 8% del resto (7 S. Vesicales, 4 PEG y SNG y 2 ostomías). Un 91% de la muestra tenía deterioro cognitivo (9% ligero, 36% moderado y 45% grave) y un 67% de los de menor edad (19% ligero, 23% moderado y 24% grave).

Conclusiones: Los pacientes nonagenarios constituyen una población importante, mayoritariamente femenina, más dependiente y con mayor afectación cognitiva. Es importante adoptar medidas de prevención para evitar la aparición de las UPP en esta población. Los cuidados específicos de enfermería varían a medida que la población envejece.

GESTIÓN Y ACTIVIDAD ASISTENCIAL DE UNA UNIDAD DE SUBAGUDOS

V. Domingo García, F. Brañas Baután, L. Silveira Guijarro, P. Alonso Fernández y J.A. Serra Rexach
Hospital Gregorio Marañón, Madrid.

Objetivos: Describir la actividad asistencial y de gestión de una Unidad de Subagudos de reciente creación.

Material y métodos: Estudio retrospectivo en el que se analizan datos de 1542 pacientes valorados para traslado a la Unidad de Subagudos desde Unidades de Agudos médicas y quirúrgicas del Hospital General Universitario Gregorio Marañón de Madrid. Desde su apertura en Mayo 2005 hasta el 31 de Diciembre 2006. Se recogieron datos sociodemográficos, servicios de procedencia, destino al alta y supervivencia. Se recogieron también las estancias medias, el índice de ocupación y el índice de rotación enfermo-cama.

Resultados: De un total de 1542 pacientes valorados se trasladaron a la Unidad de Subagudos 1201 (77,89%). 341 pacientes no se trasladaron siendo el motivo principal de no-traslado la inestabilidad clínica del paciente en 182/341 (53,2%). El 45% de los trasladados eran varones y tenían una edad media de $82,5 \pm 7,5$ años. El 93,8% procedían de áreas médicas siendo el servicio de procedencia más frecuente el de Medicina Interna (63,6%). La estancia media de los pacientes en las Unidades de Agudos fue de $9,17 \pm 10,86$ días y en la Unidad de Subagudos $14 \pm 9,6$. Al considerar el ingreso como un único proceso clínico (Agudos + Subagudos) la estancia media disminuye respecto a datos previos a la existencia de la Unidad de Subagudos. El índice de ocupación fue 98,26% y el índice de rotación enfermo-cama 2,21. El 75,4% de los pacientes tienen como destino al alta su domicilio previo y un 5,9% (71 pacientes) se institucionalizan. Fallecen 103/1201 (8,6%) siendo la edad de los pacientes que fallecen 3 años mayor que la de los que no fallecen resultando esta diferencia estadísticamente significativa ($p < 0,05$).

Conclusiones: La mayor parte de los pacientes trasladados a la unidad de Subagudos procedían de áreas médicas. La edad avanzada es factor predictor de institucionalización y mortalidad. Al considerar el ingreso como un único proceso clínico la estancia media mejora respecto a datos previos a la existencia de la Unidad de Subagudos.

ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LOS PACIENTES INGRESADOS EN UNA UNIDAD DE ORTOGERIATRÍA

G. Martínón Torres, J L. Blázquez Carrasco, N. Fernández Martínez, N. Parras García de León, E. Alonso de Lucas y S. Carmona Lambooy
Hospital General de Ciudad Real.

Objetivo: Describir las características de los pacientes mayores de 70 años ingresados en una Unidad de Ortogeriatría.

Material y métodos: Análisis descriptivo de 184 pacientes ingresados en nuestra Unidad de Ortogeriatría desde Junio 2006 hasta Febrero 2007. Se recogieron datos demográficos, antecedentes clínicos y síndromes geriátricos; situación funcional, cognitiva y social; el número de tratamientos y el valor de la hemoglobina, al ingreso y al alta.

Resultados: Fueron un total de 184 casos, con edad media de 82,4 años, de los que el 79,9% eran mujeres. Los antecedentes más frecuentes fueron: HTA (67,4%), osteoartritis (33,2%), DM (26%), patología digestiva (22,8%), BNCO (17,9%). El motivo de ingreso más frecuente fue la fractura de cadera, el 88% de los casos, a gran distancia de la siguiente, la fractura humeral (5,5%). Se registró anemia en un 56%, precisando transfusión un 47%. La hemoglobina media al ingreso era de 12,96 (desviación típica: 1,68), con un valor medio al alta de 10,79 (desviación típica: 1,26). Un 72,3% no tenía deterioro cognitivo al ingreso. Se valoró a través del Pfeiffer, con una media de 3,4 errores (desviación típica: 3,1). Un 22,4% presentó cuadro confusional agudo durante el ingreso y un 20,7% se fue con el diagnóstico de depresión. Funcionalmente presentaron una media del Barthel basal de 67,5 (desviación típica: 28,5), siendo al alta de 30,79 (desviación típica: 17,6). Un 98,4% había iniciado sedestación, y tan sólo un 28,8% la deambulación. Socialmente, un 30,4% de los pacientes vivía con hijos, y hasta un 21,5% estaban institucionalizados. En el momento del alta, se incrementaron ambos porcentajes. La media de fármacos por paciente al ingreso fue de 5,3. Al alta aumentó a 8,5. La estancia media se estableció en 6,3 días (desviación típica: 3,28). Del total de casos precisaron traslado a otro servicio 8 pacientes (4,4%) y falleció 1 (0,5%).

Conclusion: Los resultados obtenidos reflejan la mayor dependencia funcional y el cambio social que supone, lo que provoca un aumento de la institucionalización y convivencia con hijos. De esto deriva la necesidad de una Unidad de Recuperación Funcional.

COREA DE HUNTINGTON DE INICIO TARDÍO: A PROPÓSITO DE UN CASO

J.L. González Guerrero y J. Mohedano
Unidad de Geriatría. Complejo Hospitalario de Cáceres

Objetivo: Exponer un caso clínico de Corea de Huntington esporádico diagnosticado a una edad avanzada, y recordar la importancia del diagnóstico diferencial ante la presencia de corea senil.

Descripción del caso: Mujer de 86 años que acude por ansiedad. No tenía antecedentes familiares de enfermedades neuropsiquiátricas, y como antecedentes personales refería HTA, poliartrosis, osteoporosis y trastorno depresivo hacia 2 años. Independiente para las ABVD, salvo por la presencia de incontinencia urinaria de urgencia (Barthel 95), no tenía problemas en la esfera social. Estudios primarios. EA: Paciente que desde hace 3 años viene notando movimientos anormales en cabeza, cara, cuello y brazos, los cuales se han hecho más evidentes en los últimos 6 meses, a raíz de una situación estresante. Acude 2 meses antes a otra consulta, donde es diagnosticada de corea senil probablemente relacionada con tratamiento con antagonistas del calcio (nifedipino), evidenciando mejoría tras su retirada. En nuestra consulta refiere ansiedad y ánimo deprimido, y a nivel cognitivo deterioro cognitivo leve. Exploración: Se objetivaron movimientos coreicos, principalmente a nivel facial, alteración de la articulación del lenguaje y de la marcha. Presenta fallos en la memoria, cálculo, orientación temporoespacial (leve), escritura y dibujo (MMSE 18, test del reloj 5). Diagnóstico: El estudio genético de Corea de Huntington (tripletes CAG) en sangre detectaba la presencia de un alelo de 10 repeticiones y otro de 38 repeticiones (genotipo normal: 10-36 repeticiones CAG), lo cual se considera de penetrancia variable (no aparición de síntomas o aparición a edad muy avanzada).

Conclusión: La Corea de Huntington es raramente diagnosticada en edades avanzadas, lo cual puede tener importantes consecuencias genéticas para los descendientes. Es, por tanto, aconsejable el estudio y diagnóstico diferencial de los casos de corea senil en este grupo de edad.

IMPLANTACIÓN DE UN PROGRAMA DE GESTIÓN DE ERRORES DE MEDICACIÓN EN UN CENTRO GERONTOLOGÍCO

B. Mido Isasi
Matia Fundazioa-Fundacion Matia, San Sebastián.

Objetivo: Minimizar los riesgos de iatrogenia debido a los medicamentos, elaborando e implantando un sistema de detección, comunicación, registro y análisis de errores de medicación (EM), así como un plan de mejora derivado de ello en un centro gerontológico de Matia Fundazioa.

Introducción: Matia Fundazioa es una entidad privada de carácter social que presta servicios sociosanitarios a personas mayores y/o discapacitadas. Se define error de medicación como «cualquier incidente prevenible que pueda causar daño al paciente o dé lugar a una utilización inapropiada de los medicamentos, cuando éstos están bajo el control de los profesionales sanitarios o del paciente». Pueden estar relacionados con la práctica profesional, con los procedimientos o con diversos sistemas, incluyéndose fallos en la prescripción, comunicación, etiquetado, envasado, denominación, preparación, dispensación, distribución, administración, educación, seguimiento y utilización. El proceso de utilización de los medicamentos es muy complejo e interdisciplinar. Los EM pueden ocurrir en cualquiera de estas etapas y en su mayoría se producen por múltiples fallos o deficiencias de las mismas. Estos EM deben analizarse como errores del sistema. No se trata de buscar quién causó el error, sino analizar qué circunstancias motivaron dicho error.

Método: La implantación del programa se ha realizado en el Centro Gerontológico Fraisoro, donde viven 88 residentes, de los cuales un 40,9% son psicogeriatricos, un 48,86% grandes dependientes y un 6,81% dependientes. La edad media de los residentes es de 79,95 años, con un porcentaje de mujeres del 63,63. Se ha establecido un procedimiento para la gestión de EM y se ha implantado dicho procedimiento tras una formación especializada y de sensibilización con el equipo interdisciplinario del centro. Dicho centro cuenta con un Servicio de Atención Farmacéutica. La formación ha contemplado aspectos fundamentales de dicho proceso como son: la orientación no punitiva para aumentar la captación de EM, la clasificación de los EM y la sistemática desde la detección de los errores hasta el completo análisis y establecimiento de acciones de mejora.

Resultados: El trabajo se ha realizado a lo largo de un año, durante los meses de Marzo 2006 hasta Febrero de 2007, en los cuales se han recogido 76 EM. Cuando los clasificamos según la Nacional Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention (NCCMERP), tenemos: 20 de Tipo A, 35 de tipo B, 10 de tipo C, 8 de tipo D, 2 de tipo E y 1 de tipo F. Si los clasificamos según el lugar del proceso donde se han dado lugar, serían: 4 en la prescripción, 52 en la dispensación y 16 en la administración. Para la recogida de los EM se ha creado una vía de comunicación ágil y eficiente. Además del análisis puntual en el momento de la recogida de los errores, trimestralmente el farmacéutico junto con el equipo del centro profundizan en el análisis de los EM identificados, produciéndose nuevas mejoras en el proceso. Entre estas están: cambiar unas especialidades por otras de nombre diferente, con objeto de no confundirse a la hora de preparar los carros de medicación, asignar una persona estable para el repaso y administración de los medicamentos, elaborar criterios para establecer la competencia de los residentes para la toma de su medicación y organizar la administración en consecuencia,....

Conclusiones: La sensibilización, recogida y análisis de errores unido a la cultura no punitiva de la organización en la comunicación de los EM, ha supuesto una motivación de los trabajadores del centro hasta el punto de ser ellos mismos los que han identificado y propuesto las mejoras adoptadas. Los centros gerontológicos relacionados con ellos y gestionados por Matia, demandan la implantación de la Gestión de errores como herramienta de mejora e implicación de las personas lo que refleja el impacto positivo que para Fraisoro ha supuesto la implantación de este programa. La mejora derivada entendemos redundante en una mejor cumplimentación de la terapia y un menor número de errores y accidentes derivados.

«MANO PÉNDULA» EN EL ANCIANO INSTITUCIONALIZADO

F. Gómez Busto, J. Gómez-San Jorge, S. López de Armentia y C. Martínez Bellido
Residencia San Prudencio, Vitoria.

Objetivo: Estudiar la aparición de «Mano péndula» entre ancianos institucionalizados, su diagnóstico y respuesta al tratamiento rehabilitador.

Material y métodos: Revisión de las Historias Clínicas, entre los años 2000-2007, de los residentes de un centro geriátrico mixto (99 Asistidos; 76 válidos)

Variables: Edad, sexo, patología previa, presentación, causa desencadenante, EMG, tratamiento y recuperación. Resultados: 4 casos (2M; 2V); Edad media: 84,3 (Rango: 78-89). Patología previa: Diabetes (3 casos), Demencia (2), EPOC (1), ACV (1). Presentación: súbita en todos los casos. Causa desencadenante: Sujeción braquial para cirugía (1 caso), Fractura diafisaria húmero (1), Compresión postural contra barras de la cama (1), sin causa conocida (1). EMG: Neuro-axopatía motora y axonotmesis sensitiva en diferentes grados por lesión N. Radial en braza o en canal de torsión (3 casos). Afectación pluriradicular (1 caso). Tratamiento realizado: Férrula radial funcional (3 casos), férula dinámica (1 caso) junto con Cinesiterapia pasiva y activa asistida. Recuperación: Total en 6 meses (2 casos); Parcial (2 casos, que fallecieron por complicaciones de su enfermedad de base antes de 6 meses).

Conclusiones: La parálisis radial es la forma habitual de presentación de la mano péndula. Su recuperación funcional se basa en el tratamiento rehabilitador temprano y continuado. La evolución está muy condicionada por la patología

INTERVENCIÓN MULTIFACTORIAL AMBULATORIA PARA PREVENIR CAÍDAS EN MUJERES ANCIANAS

J.J. Montero Alía¹, C. Molina Guasch², N. Montellà Jordana³, E. Fernández Pérez², A. Ferrer Romà¹ y A. Giraudo²
¹ICS. ABS Mataró 7, Ronda Prim, Mataró, ²Unitat Docent Barcelonès Nord i Maresme, ³ICS. SAP Mataró-Maresme.

Objetivo: Reducir la incidencia de caídas al año de seguimiento, en población anciana ambulatoria estudiada con anterioridad.

Material y métodos: Estudio de intervención antes-después, en mujeres > 65 años, que fueron seguidas durante un año en 2004-2005 y que en 2006 se reclutaron nuevamente. Se excluyeron personas domiciliarias e institucionalizadas. Se recogieron variables sociodemográficas y los factores de riesgo para caídas. La intervención consis-

tió en intentar disminuir el consumo de fármacos, mejorar la agudeza visual, controlar la hipotensión ortostática, practicar ejercicio diario e informar de los peligros del hogar, para intentar modificarlos. Todo esto desde la visita ambulatoria. Se hizo un seguimiento telefónico cuatrimestral y una visita final al año de seguimiento, revalorando todo nuevamente.

Resultados: De 84 mujeres que iniciaron el estudio, 77 (92%) lo han completado. La edad media es de 75,8 años (DE ±5,83). El 88,3% de ellas presentaba algún factor de riesgo de caídas en 2006, y al finalizarlo en 2007, casi la totalidad (96,2%). Durante el período 2004-2005, cayeron el 26,2%, en el estudio actual 2006-2007 un 41,6%. Se ha reducido discretamente la polifarmacia (del 75% al 71,4%) sin variar el porcentaje de psicotropos. El test de Tinetti ha empeorado en el 13% y el Timed up&Go en el 25,9% de ellas. Se intervinieron de cataratas 4 personas.

Conclusiones: No sólo no reducimos la incidencia de caídas, si no que ha aumentado considerablemente. A pesar de haber conseguido ciertas mejoras en los perfiles de riesgo, el peso de la edad parece elevado. Un diseño de ensayo clínico hubiera podido acercar nos más a la realidad de nuestra intervención puesto que no sabemos cuántos hubieran caído sin la intervención.

IMPLANTACIÓN DE UN PROGRAMA DE GESTIÓN DE ERRORES DE MEDICACIÓN EN EL CENTRO GERONTOLOGICO ALAI ETXE

B. Miró Isasi
Master de Atención Farmacéutica Geriátrica, San Sebastián.

Objetivo: Minimizar los riesgos de iatrogenia debido a los medicamentos, elaborando e implantando un sistema de detección, comunicación, registro y análisis de errores de medicación (EM), así como un plan de mejora derivado de ello en un centro gerontológico de Matia Fundazioa.

Introducción: Matia Fundazioa es una entidad privada de carácter social que presta servicios sociosanitarios a personas mayores y/o discapacitadas. Se define error de medicación como «cualquier incidente prevenible que pueda causar daño al paciente o dé lugar a una utilización inapropiada de los medicamentos, cuando éstos están bajo el control de los profesionales sanitarios o del paciente». Pueden estar relacionados con la práctica profesional, con los procedimientos o con diversos sistemas, incluyéndose fallos en la prescripción, comunicación, etiquetado, envasado, denominación, preparación, dispensación, distribución, administración, educación, seguimiento y utilización. El proceso de utilización de los medicamentos es muy complejo e interdisciplinar. Los EM pueden ocurrir en cualquiera de estas etapas y en su mayoría se producen por múltiples fallos o deficiencias de las mismas. Estos EM deben analizarse como errores del sistema. No se trata de buscar quién causó el error, sino analizar qué circunstancias motivaron dicho error.

Método: La implantación del programa se ha realizado en el Centro Gerontológico Alai Etxe, donde viven 70 residentes, de los cuales un 67,2% son grandes dependientes, un 24,3% dependientes y 8,5% son autónomos. La edad media de los residentes es de 85 años, con un porcentaje de mujeres del 75,71. Se ha establecido un procedimiento para la gestión de EM y se ha implantado dicho procedimiento tras una formación especializada y de sensibilización con el equipo interdisciplinario del centro. Dicho centro cuenta con un Servicio de Atención Farmacéutica. La formación ha contemplado aspectos fundamentales de dicho proceso como son: la orientación no punitiva para aumentar la captación de EM, la clasificación de los EM y la sistematización desde la detección de los errores hasta el completo análisis y establecimiento de acciones de mejora.

Resultados: El trabajo se ha realizado a lo largo de un año, durante los meses de Mayo 2006 hasta Febrero de 2007, en los cuales se han recogido 123 EM. Cuando los clasificamos según la Nacional Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention (NCCMERP), tenemos: 7 de Tipo A, 15 de tipo B, 95 de tipo C, 8 de tipo D y 2 de tipo E. Si los clasificamos según el lugar del proceso donde se han dado lugar, serían: 6 en la prescripción, 52 en la dispensación y 64 en la administración. Para la recogida de los EM se ha creado una vía de comunicación ágil y eficiente. Además del análisis puntual en el momento de la recogida de los errores, trimestralmente el farmacéutico junto con el equipo del centro profundizan en el análisis de los EM identificados, produciéndose nuevas mejoras en el proceso. Entre estas están: cambiar unas especialidades por otras de nombre diferente, con objeto de no confundirse a la hora de pre-

parar los carros de medicación, asignar una persona estable para el repaso y administración de los medicamentos, elaborar criterios para establecer la competencia de los residentes para la toma de su medicación y organizar la administración en consecuencia,...

Conclusiones: La sensibilización, recogida y análisis de errores unido a la cultura no punitiva de la organización en la comunicación de los EM, ha supuesto una motivación de los trabajadores del centro hasta el punto de ser ellos mismos los que han identificado y propuesto las mejoras adoptadas. Los centros gerontológicos relacionados con ellos y gestionados por Matia, demandan la implantación de la Gestión de errores como herramienta de mejora e implicación de las personas lo que refleja el impacto positivo que para Alai Etxe ha supuesto la implantación de este programa. La mejora derivada entendemos redonda en una mejor cumplimentación de la terapia y un menor numero de errores y accidentes derivados.

ESCALA DE CONTROL DE ANSIEDAD: DESARROLLO DE UN AUTOINFORME BREVE PARA EVALUAR LA CAPACIDAD PERCIBIDA DE CONTROL DE LA ANSIEDAD

M. Márquez-González¹, I. Montorio¹, M. Izal¹, I. Cabrera¹, R. Nuevo² y Pérez-Rojo¹

¹Universidad Autónoma de Madrid, ²Servicio de Psiquiatría. Hospital de la Princesa.

Objetivo: Los trastornos de ansiedad tienen una elevada prevalencia en la población mayor, especialmente el Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG). Recientemente se ha destacado el papel de la capacidad de control de la ansiedad como una variable clave en la regulación de dicha emoción y en la determinación de sus correlatos cognitivos y conductuales. El objetivo de este trabajo es el desarrollo y validación de una escala breve para evaluar la capacidad de control de la ansiedad en población mayor a partir de un análisis racional y empírico de las principales escalas disponibles de regulación emocional y control de ansiedad.

Método: Se realizó un análisis racional del contenido de los ítems de los principales instrumentos relevantes referidos al control de ansiedad u otras emociones relacionadas, tales como el Cuestionario de Control de Ansiedad (ACQ; Rapee y otros, 1997) o el Cuestionario de Control Emocional (Roger y Najarian, 1989), y se consultó a expertos en esta área. Se seleccionaron 8 ítems, de los cuales finalmente 3 fueron eliminados por criterios empíricos. Noventa y ocho personas mayores de 60 años (medi 67,3; D = 5,6; 67,3% de mujeres) con niveles elevados o bajos de ansiedad-rasgo según el STAI-R formaron Y completaron la escala de 5 ítems generada, Escala de Control de Ansiedad (ECA), junto con el Cuestionario de Preocupación y Ansiedad.

Resultados: Se analizó la validez de constructo de la ECA mediante un Análisis de Componentes Principales, hallándose apoyo para una estructura unidimensional con un componente que explicaba el 63,2% de la varianza. La validez convergente quedó avalada por una correlación negativa y significativa con el WAQ ($r = -0,60$, $p < .01$). Las personas diagnosticadas de TAG –obtenido a partir del WAQ– presentaron puntuaciones estadísticamente inferiores a las que se clasificaron como sin TAG ($t(70) = 4,9$, $p < .001$). De forma similar, las personas con elevada ansiedad-rasgo alcanzaron puntuaciones inferiores en la ECA respecto a las del grupo de ansiedad-rasgo baja ($t(82) = 6,6$, $p < .001$). Así mismo, las mujeres presentan puntuaciones inferiores a los varones ($t(83) = 2,0$, $p < .05$). La escala presentó una elevada consistencia interna ($= .851$).

Conclusiones: La Escala de Control de Ansiedad parece un instrumento sencillo, breve y con buenas propiedades psicométricas para conocer el grado de control percibido de la de las personas mayores.

HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y CARDIOPATÍA ISQUÉMICA EN UNA RESIDENCIA GERIÁTRICA.

M.T. Rodríguez Nieto y D. Pestano Medina
Residencia Geriátrica AMMA Oblatas, Pamplona.

Introducción: La hipertensión es un importante desafío a la salud pública. Su prevalencia aumenta con edad de modo que la mitad de la población entre 60 y 69 años y aproximadamente 75% de aquéllos por encima de los 70 se ven afectados por la enfermedad. Estudios observacionales realizados en más de 1 millón de individuos demuestran que la mortalidad por enfermedad isquémica cardíaca y por ACV aumenta de manera lineal a partir de niveles de tensiones

arteriales como 115 mm Hg la sistólica y 75 mm la diastólica (AHA 2003b, NHLBI 2004). Se constituye también en un factor de riesgo para la demencia. En población general la tensión sistólica se incrementa a partir de los 70 años mientras la diastólica se mantiene estable por la quinta década para iniciar entonces a descender. En mayores de 60 años, la tensión sistólica es el mayor predictor de riesgo cardiovascular. Su presencia aislada es el subtipo más común en adultos mayores. La hipertensión en adultos se define por tensiones arteriales de 140 mm o más la cifra sistólica y/o mayor de 90 mm la diastólica. Durante un período de tiempo.

Objetivos: Describir el patrón de la cardiopatía isquémica y de la hipertensión arterial en una Residencia Geriátrica en Pamplona. Identificar la patología acompañante de las variables de estudio.

Material y métodos: El estudio se efectuará durante los meses de marzo y abril de 2007. El Universo de estudio serán los Residentes de la Residencia Geriátrica AMMA Oblatas de la Ciudad de Pamplona. Para definir la variable de estudio nos apegaremos a la 10a. Revisión de la CIE (ICD10 versión 2007. Disponible en: <http://www.who.int/classifications/apps/icd/icd10online/>). Serán incluidos entonces los siguientes diagnósticos: Enfermedad hipertensiva, Códigos: I10-I15 Enfermedad isquémica cardiaca, Códigos 120-125 Se identificará asimismo, la principal patología orgánica que acompaña a estas dos patologías cardíacas. La información será presentada en tablas y gráficos.

Bibliografía: American Heart Association b. Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. Aram V. Chobanian, George L. Bakris, Henry R. Black, William C. Cushman, Lee A. Green, Joseph L. Izzo, Jr, Daniel W. Jones, Barry J. Materson, Suzanne Oparil, Jackson T. Wright, Jr, Edward J. Roccella and the National High Blood Pressure Education Program Coordinating Committee. Hypertension 2003; 42: 1206-1252. Pp 6-8. National Heart, Lung, and Blood Institute. National Institutes of Health. Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure (JNC 7). NIH Publication No. 04-5230. USA 2004. Pp.9-16

DMID. DESCRIPCIÓN DE ESTA PATOLOGÍA EN CENTROS INSTITUCIONALIZADOS

M. Orozco Carreras¹, J A. Almazán Arjona², I M^a Garrido Rodríguez³, P. Almagro Garrido⁴, M. Gómez Ariza⁵ y M.F. Linares Felipe³

¹H.S.J. de Dios (H.U.V de las Nieves), Granada, ²Geriatric XXI, Cullar Vega, Granada, ³R. S. Cristóbal, Las Gabias, Granada, ⁴R. G. Caxar Huerto Vega, Granada, ⁵R. G de Caritas Diocesanas, H.Tajar, Granada, ⁶R. S. Cristóbal, Las Gabias, Granada.

Objetivos: Estudiar a los ancianos institucionalizados que padecen DMID. Descripción de sus parámetros.

Material: Se ha realizado un estudio en 528 ancianos institucionalizados en Centros Gerontológico de la provincia de Granada. Observamos a los ancianos diagnosticados de DMID. Utilizamos cuadernos de recogida de datos realizado por sus médicos. Se recogen los siguientes parámetros: edad, sexo, IMC, PA sistólica, PA diastólica, Colesterol total, HDL Colesterol, LDL Colesterol, tg, HbAc1. Realizamos un análisis estadístico descriptivo observacional.

Resultados: La prevalencia de ancianos diagnosticados con DMID ($n = 70$) es del 13,23%, pacientes con DMNID ($n = 82$) el 15,53%. De los ancianos que padecen DMID la media y la desviación típica de los siguientes parámetros es la siguiente: edad 79,21 (9,77), IMC 27,464 (5,068), cigarrillos día 3,47 (7,79) PA sistólica 123,63 (15,70), PA diastólica (10,56), HDL Colesterol 49,99 (15,35), Tg 135,46 (64,49), Hb Ac1 8,473 (1,902).

Conclusiones: La edad media de los ancianos institucionalizados es de 79,21 años presentando sobrepeso en la mayoría de ellos. Observamos un buen control de las presiones arteriales sistólica y diastólica de estos pacientes, todos los Centros cuentan con médico y enfermería que realizan un buen seguimiento de sus pacientes. Los niveles de colesterol y tg que presentan los ancianos están en niveles de normalidad debido al régimen dietético bajo en grasas de origen animal que sigue y en el tratamiento farmacológico pautado. La HbAc1 de los ancianos con DMID es alta por lo que debe mejorarse el control farmacológico y dietético del metabolismo de los hidratos de carbono. Observamos el alto nivel de productos lácteos e hidratos de carbono de absorción rápida que ingieren fuera de la dieta que se prescribe en el Centro debido a que ellos lo compran o se lo traen sus familiares.

INSULINA GLARGINA: EFICACIA Y TOLERANCIA EN ANCIANOS CON DIABETES INSTITUCIONALIZADOS

M. Orozco Carreras¹, J A. Almazán Arjona², R. Montoya Juárez³, F. Moreno Lopez¹, A. Alanis Ortega⁴ y C. Ruiz Ortiz¹

¹H.S.J. De Dios (H.U.V De Las Nieves, Granada, ²R.G. Geriatric XXI R.G. Cullar Vega, Granada, ³R.G. San Cristóbal, Las Gabias, Granada, ⁴R.G. Los Pastoreros Alhama de Granada, Granada.

Objetivos: Evaluar la eficacia y tolerancia del tratamiento con insulina glargina en ancianos institucionalizados que padecen diabetes insulinodependiente. Evaluar ahorro de tiempo sanitario. Disminución sensación dependencia a fármacos en el Mayor

Material: Seguimiento de tres meses a 70 pacientes ancianos con DMID en Centros Institucionalizados en la provincia de Granada. Se analizan parámetros clínicos que se habían recogido en la visita basal y a los tres meses de evolución: Edad, Sexo, IMC, Glucemia, PA sistólica, PA diastólica, Colesterol, HDL Colesterol, LDL Colesterol, Tg., HbAc1. Cronometrar el tiempo empleado en la aplicación de una dosis de Insulina de C. Plana y de Insulina de acción retardada, Cuestionarios con la pregunta: ¿Le beneficia tener que aplicarse solo «pinchazo»? En autonomía y en sensación de «agresión». Realizamos en el estudio retrospectivo un análisis descriptivo con medidas de tendencia central y dispersión par a variables cuantitativas.

Resultados: En la visita basal de 70 ancianos con DMID y con mal control del metabolismo de los hidratos de carbono, el control de HbAc1 es 8,473 1,902. De los ancianos con DMID en la visita basal y que hasta entonces estaban tratados con ADO la media de la HbAc1 es de 10,181 1,843, ancianos tratados con otras insulinas el nivel de HbAc1 es 8,200 1,317, tratados con ADO + insulina la HbAc1 es de 8,033 0, 808. Estos pacientes para controlar su patología diabética fueron tratados con Insulina Glargina y en la revisión a los tres meses los resultados de la HbAc1 6,891 0, 738

Conclusiones: Se observa en tres meses de tratamiento con Insulina Glargina en los ancianos con mal control del metabolismo hidrocarbonato un mejor nivel de los niveles de HbAc1. Se normaliza tras el tratamiento de tres meses con insulina Glargina los niveles de la hemoglobina glicosilada en 1,582 puntos. Los ancianos diabéticos tratados con ADO son los que mejor resultado presentan al cambiar el tratamiento a insulina de farmacocinética de curva plana en sus niveles de HbAc1 disminuyendo hasta 3,290 puntos para normalizar su valor. Han encontrado un 2,8% de hipoglucemias matutinas en las que se han cambiado el tratamiento a otras insulinas. Al ser solo una aplicación cada 24 h este tipo de Insulinas de curva plana nos ahorra la mitad del tiempo laboral. 3 min. Cada enfermo en 24 h, tiempo en que un ATS tarda en inyectar otro tipo de Insulinas. La sensación en el Mayor de menor dependencia a fármacos y menor micro traumatismos. Es valorada positivamente este tipo de Insulina de curva plana por los Mayores portadores de DMID

ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO DE PREVALENCIA DE RESISTENCIA ANTIBIÓTICA DE UROPATÓGENOS A NIVEL HOSPITALARIO Y COMUNITARIO EN EL ANCIANO

C. Bermejo, J. Gómez Pavón, R. Aguado, E. Arias, M.V. Portus y I. Rui Pérez

Hospital Central de la Cruz Roja. Geriatría, Madrid.

Objetivo: Describir la prevalencia de las resistencias antimicrobianas de los uropatógenos más frecuentes a nivel hospitalario y comunitario en un servicio de geriatría.

Material y método: Estudio observacional retrospectivo. Datos de uropatógenos del laboratorio de microbiología de pacientes del Servicio de Geriatría, ingresados en las unidades hospitalarias (Unidad Geriátrica de agudos y Unidad de Media Estancia) y de las unidades comunitarias (consultas externas, hospital de día y asistencia domiciliaria) desde el 1-6-2006 al 1-1-2007. Muestra a estudio N: 252 (173 mujeres, edad media 85,50 ± 3,39 años. Dos grupos a estudio: Comunitario 32 (22 mujeres, edad media 84,9 ± 4, 21 años) y Hospitalario: 220 (151 mujeres, edad media 86,1 ± 3,7 años). Parámetros analizados: germen y resistencia antibiótica según antibiograma. Análisis estadístico con 2, con corrección de Yates y exacta de Fisher. Intervalo de confianza y nivel de significación del 95%.

Resultados: Comunidad: 32 (E. Coli 44%, P. Mirabilis 19%, K Pneumoniae, P. Aeuropigina y Efaecalis 2%). Resistencia antibiótica del E. Coli: 57% Cipr oflox, 28% Amoxi-clavulánico, 50% CMZ; 71% Cefuroxina, 57% Ceftriaxona, 21% Tobramicina. Hospitalización: 220 (E Coli 29%, E Faecalis 13%, Cándida Albicans 9,45%, 8,5 % P Aeu-

ginosa, 6,3% K Pneumoniae). Resistencia E. Coli: 57% Ciproflox, 28% Amoxi-clavulánico, 50% CMZ, 71% Cefuroxima, 57% Ceftriaxona, 21% Tobramicina. Resistencia de Cándida Albicans: 85% Voriconazol, 43% Fluconazol, 9,5% itroconazol y 9,5% Anfotericina. Comparando los dos grupos, la cándida albicans y el E. faecalis son significativamente más frecuentes en las infecciones hospitalarias (9% vs 3%, p: 0,01; 13% vs 6%, p < 0,001). No diferencias estadísticamente significativas en las resistencias antibióticas.

Conclusiones: En nuestro medio el uropatógeno más frecuente sigue siendo el E. Coli, disminuyendo su prevalencia en el medio hospitalario a la vez que aumenta la del E. faecalis y la Cándida Albicans. El E. Coli presenta alta tasa de resistencia tanto hospitalaria como comunitaria al ciprofloxacin, cefuroxima, ceftriaxona, y CMZ, y baja resistencia al amoxiclavulánico y a la tobramicina. La Cándida Albicans presenta una muy baja resistencia al itraconazol.

TRASTORNOS DEL APETITO Y DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN PACIENTES CON DEMENCIA EN CENTROS GERIÁTRICOS

F. Gómez-Busto^{1,3}, I. Artaza Artabé^{2,3}, E. Elgezua Uriarte², G. Zalduegi², M.A. Cobos² y P. Morales²

¹Residencia San Prudencio, Ayuntamiento de Vitoria, ²Residencia Orue, Amorebieta, Bizkaia, ³Foro de Geriatría Agure de Vitoria.

Objetivo: Analizar la incidencia de los trastornos del apetito y de la conducta alimentaria en pacientes con demencia institucionalizados en centros geriátricos.

Material y métodos: Estudiamos 143 pacientes con demencia, 70 de la Residencia San Prudencio de Vitoria y 73 de la Residencia Orue de Amorebieta. Criterios diagnósticos y Tipo de demencia: Se establecieron según el DSM IV y las recomendaciones de la SEGG. Grado de demencia: según puntuaciones del GDS de Reisberg. Alteraciones del apetito y de la alimentación: según el NPI (versión Nursing Home). Trastornos de conducta alimentaria: según el EBS (Eating Behavior Scale). Nivel de Dependencia: según el Índice de Barthel. Deterioro Cognitivo: según el MEC de Lobo.

Resultados: De un total de 228 pacientes de ambos centros, un 63% cumplen criterios de demencia. De esta muestra el 18,2% presentan trastornos del apetito y de la alimentación, siendo el 81% mujeres. Trastornos de comportamiento más frecuentes: 38,5% Apatía (55 casos), 34% Delirios (49 casos), 26,5% Agitación (38 casos), 25,2% Irritabilidad (36 casos), 23% Ansiedad (33 casos), 18,2% Alteraciones del Apetito (26 casos), 17% Trastornos del Sueño (24 casos), resto de trastornos 21% (64 casos). Puntuación media de los trastornos de la conducta alimentaria (EBS), del Nivel de Dependencia (Barthel) y del Deterioro Cognitivo (MEC) en relación con el Grado de demencia (GDS): se reflejan en la siguiente tabla:

Nº	GDS	Casos EBS	MEC	BARTHÉL
3	1	18	22,7	66,7
4	2	17,4	20,1	56,8
5	3	15,5	16,8	43,8
6	5	11,1	10,1	32
7	15	4,5	1	10,3

Conclusiones: La alteración del apetito constituye un trastorno de comportamiento frecuente en el síndrome demencial. Los trastornos del apetito y de la conducta alimentaria aumentan con la evolución de la demencia. Los trastornos de la conducta alimentaria se correlacionan tanto con el nivel de dependencia como con el grado de deterioro cognitivo.

ACTIVIDAD Y FUNCIONAMIENTO DE UN HOSPITAL DE DÍA GERIÁTRICO CON CERTIFICACIÓN SEGÚN NORMA ISO 9000:2001. ANÁLISIS DE INDICADORES

M.C. Ortiz Domingo

Hospital San Juan de Dios, Zaragoza.

Objetivo: Describir actividad y servicios prestados en nuestro Hospital de Día Geriátrico (HDG). Analizar los indicadores respecto a un valor objetivo (VO).

Metodología: Estudio descriptivo retrospectivo año 2006. Pacientes nuevos que cumplen criterios de inclusión y cursan proceso. Datos:

sexo, edad, valoraciones primer día y consultas seguimiento, procedencia, motivo de ingreso, estancias, ganancia funcional por índice de Barthel (B), asistencia media/paciente (AMP), índice pacientes nuevos corregido (IPNC), actuaciones médicas e interconsultas (excluidas valoración y consulta), actividad enfermería y trabajo social, pruebas complementarias, terapias y motivo alta. Seguimiento de 9 indicadores de proceso. Encuesta de satisfacción.

Resultados: Total pacientes: 590(54, 8% mujeres). N° estancias: 4576 (30,2/paciente). Edad media global: 74,9 años (mujeres: 80,4. Hombres: 70,6). Motivos de inclusión destacados: recuperación funcional tras ACV (32,8%), tras fracturas (16,2%), atrofia por desuso/recuperación actividades vida diaria (15%). Valoraciones: 188 (95% incluidas). Proceden: Nuestro Hospital (42%), Atención Primaria (37,7%) por inmovilidad la mayoría (38,4%) y otros Servicios (20%). B ingreso: 60. B alta: 75. Consultas: 53 (Demencia 66%). El 96% precisó fisioterapia y el 81% terapia ocupacional. Actuaciones: enfermería, 137; pruebas complementarias, 75; trabajo social, 269; geriatra, 154 y 102 interconsultas con Primaria. AMP: 7,72 IPNC: 0,5 Altas fin de tratamiento: 77%. Indicadores: Ocupación: 74,3% (VO 80-85%); pacientes nuevos/semana: 3,7 (VO > 3); turnover: 30,9% (VO > 20%); altas patología aguda: 16,5% (VO < 25%); informe al alta: 92,3% (VO 80-85%); B < 40 ingreso: 17% (VO < 10%); ganancia B alta: 17,3 (VO > 10); úlceras curadas al alta: 100% (VO > 75%); caídas: 0% (VO 0%). Encuestas (77,2%) destacan: trato recibido (92%), parte asistencial (85%) y terapias (78%).

Conclusiones: La mayoría de los pacientes son mujeres de más edad que los hombres e ingresan para recuperación tras ACV. Es un HDG con objetivo valorador, terapéutico y recuperador. La interrelación con Atención Primaria redundante en beneficio del paciente. Hay conciencia de la tendencia a la inmovilidad. Existe mejoría funcional en la mayoría. Se alcanza el VO en casi todos los indicadores. La mayoría de las altas son por fin de tratamiento. La satisfacción de los pacientes es alta.

ANÁLISIS DE LA INCIDENCIA DE ÚLCERAS POR PRESIÓN EN UNA UNIDAD GERIÁTRICA

M. del Carmen García López, M.E. González Medina, F. Villanueva Pardo, J F. García López, M.L. Ramos Ruiz y A. Salinas Barrionuevo
Unidad Geriatría Hospital Civil. Complejo Hospitalario Carlos Haya, Málaga.

Introducción: La población geriátrica es el grupo de mayor riesgo para el desarrollo de UPP. Un indicativo de calidad de los cuidados de enfermería es la monitorización de la incidencia y prevalencia de las UPP.

Objetivos: Determinar las características y la evolución de las UPP en una unidad de geriatría durante un período de 12 meses (año 2006).

Material y métodos: Estudio transversal de las hojas de registro de enfermería de úlceras por presión. Ítems estudiados: úlceras detectadas al ingreso en geriatría, úlceras de nueva aparición, n° de úlceras curadas, n° de úlceras trasladadas, n° de úlceras que terminan en éxitus y estadio de las mismas al alta. Las medidas de prevención que usamos son: valoración diaria del riesgo (Escala Norton), cambios posturales frecuentes, medidas de higiene e hidratación diaria, control de ingesta, reducir el roce y la fricción mediante almohadones, tobilleras de espuma, cojines y colchón antiescaras, uso de ácidos hiperoxigenados en puntos de presión.

Resultados: Del total de pacientes ingresados (305), un 12,13% (37 casos) presentaron un total de 61 UPP. Estos pacientes con UPP muestran una valoración Norton media de 8. El 100% con Norton menor de 14. Úlceras generadas en unidad: 26 (42,6%) generadas fuera: 35 (57,4%). Úlceras totales grado I: 35 (57,4%), grado II: 20 (32,8%), grado III: 5 (8,2%), grado IV: 1 (1,6%). N° úlceras curadas: 14 (23%), N° úlceras trasladadas: 16 (27%). A cierre de estudio permanecen en la unidad: 8 (13%). N° úlceras finalizan en éxito: 23 (38%). Localizaciones más frecuentes: sacro 26 casos (42,6%), talón 20 (32,8%), isquion 8 (13,1%), escápulas 4 (6,5%), occipital 3 (4,9%).

Conclusiones: La calidad de los cuidados determina que se generan menos úlceras de las que ingresan, a pesar de la incapacidad fisico-psíquica de los pacientes ingresados. Las úlceras más frecuentes son de grado I y II. Después de este estudio hemos observado la necesidad de incorporar al registro de identificación de los pacientes con UPP nuevas variables como el estado nutricional al ingreso y durante su estancia hospitalaria, así como factores intrínsecos y extrín-

secos asociados que influyen en la aparición de UPP y no dependen directamente de los cuidados de enfermería.

EVOLUCIÓN DE LA ACTIVIDAD ASISTENCIAL DE LA UNIDAD DE CUIDADOS PALLIATIVOS DOMICILIARIOS DEL ÁREA DE SALUD DE SEGOVIA (AECC-SACYL): ABRIL 2005 A DICIEMBRE DE 2006

L. Maroto Gomez, M. Sánchez Sánchez, D. Manzano Moro y E. Sancho Sancho
Unidad Cuidados Paliativos. Hosp. General de Segovia.

Objetivos: Describir la evolución de la actividad asistencial de la Unidad desde el reinicio de su actividad en 2005. Cuantificar las derivaciones realizadas a la Unidad en el período de estudio. Determinar el origen de las derivaciones a la Unidad.

Método: Estudio descriptivo retrospectivo sobre la población derivada al programa de cuidados paliativos domiciliarios, Área de Salud de Segovia, entre el 25 de abril y el 1 de diciembre de 2006. Los datos recogidos de las historias clínicas han sido tratados mediante los programas ACCESS y EXCEL del paquete OFFICE 2003 para PC.

Resultados: 251 pacientes, una media de 13,21 pacientes/mes, fueron derivados en el período de estudio. La media de edad fue de 72,96 años, un 65,33% de pacientes varones. El tiempo medio de intervención fue de 40,63 días. Los pacientes en programa han generado un total de 60 ingresos hospitalarios, con una estancia media de 4,20 días. 27 ingresos se produjeron como consecuencia de situación de agonía con resultado de fallecimiento en el hospital, tiempo de estancia medio de 3,48 días. 4 fueron por claudicación familiar. El resto, motivados por descompensación y/o agravamiento de síntomas, con un tiempo medio de ingreso de 4,81 días. Los fallecimientos en domicilio representan el 72,54% del total. Un 40% de las derivaciones provinieron de Oncología; Atención Primaria representó un porcentaje similar si contamos la derivación directa del equipo y la proveniente de familiares/pacientes. Un total de 895 informes, aproximadamente 3,56 informes/paciente, han servido de instrumento de coordinación con los equipos de atención primaria. Dentro de los diagnósticos oncológicos que propiciaron la enfermedad terminal, los tumores digestivos y de pulmón, representan más de la mitad de los casos.

Conclusiones: La edad media de los pacientes atendidos es representativa del envejecimiento de la población de Segovia, capital y provincia. La intervención de la Unidad reduce la demanda de hospitalización del paciente terminal, facilita la continuidad asistencial y contribuye a mantener al mismo en su entorno. A pesar de los períodos de inactividad de la Unidad, se constata que desde el reinicio de su actividad, existe un continuo y creciente incremento de las derivaciones, progresivamente más diversificado en cuanto al origen de las mismas, lo cual puede interpretarse como la traducción de una demanda latente importante de este recurso.

CONSULTA DE ENFERMERÍA PARA CUIDADORES DE ENFERMOS CON DEMENCIA: ANÁLISIS DE FUNCIONAMINETO Y POSIBILIDADES DE MEJORA

E. Núñez Alonso, M.J. Hellín Gracia y P. Ochoa Calvo
Hospital Geriátrico San Jorge, Zaragoza.

Dentro de la mejora de calidad en el Servicio Aragonés de Salud se puso en marcha una consulta de enfermería para cuidadores de enfermos con demencia en enero 2006, en el Hospital geriátrico San Jorge de Zaragoza. Tras el 1er año se plantea el siguiente trabajo:

Objetivos: Analizar los diagnósticos recogidos durante el 1er año. Conocer el impacto sobre los cuidadores. Definir líneas de mejora que se puedan implantar en base a estos resultados.

Metodología: Registro de problemas de cuidadores según la clasificación de LA NANDA. Estos diagnósticos enfermeros están relacionados con un programa de cuidados orientados de forma personalizada. Desde enero 2006. Encuesta de satisfacción a los cuidadores, enero 2007. Preguntas relacionadas con: cómo conoce consulta, valoración ayuda recibida, horario, disponibilidad, tiempo dedicado, información facilitada, valoración de que sea atendida por enfermera, de que se facilite la visita con el médico, de disponer de material escrito u otros medios de comunicación como e-mail.

Resultados: Diagnósticos más frecuentes: Cansancio en el desempeño del rol de cuidador. Riesgo de cansancio en el desempeño del rol de cuidador. Conflicto de decisiones. Disposición para mejorar el

afrontamiento familiar. Afrontamiento familiar comprometido. Encuesta de satisfacción contestada por el 50% (25) de cuidadores. La mayor parte, 64% (16) tuvo conocimiento por la consulta externa, un 28% por otro profesional del hospital y un 8% a través de medios de comunicación. Consultas presenciales (64%) y telefónicas (36%). La ayuda recibida se considera mucha o muchísima (9-10 de puntuación) por 56% (14). Máxima valoración respecto horario 52% (13), respecto a disponibilidad para concederle cita 56% (14), tiempo dedicado en consulta 52% (13) e información facilitada 72% (18). Preferiría material escrito de apoyo 84% (21), y otro medio de comunicación como el e-mail 2 personas (8%). Facilitar una cita con su médico se considera muy favorable por 64% (16). Valora muy positivamente que la consulta sea atendida por una enfermera 80% (20).

Conclusiones: Conociendo los diagnósticos más frecuentes pueden diseñarse planes de apoyo por escrito. La consulta de enfermería es muy bien valorada por los cuidadores. Durante el primer año, según los resultados, parece que se ha ayudado al un porcentaje interesante de cuidadores. La información facilitada en la consulta es bien recibida y se considera útil, sin embargo puede mejorarse si se ofrece en algún soporte escrito.

ESTUDIO DEL PERFIL DE COMORBILIDAD DEL PACIENTE PSICOGERIÁTRICO

M. Llanos Mira García-Gutiérrez¹, M. Pérez García², M. Lliteras Araño³, A. Palop Grau⁴, T. Castelló Pons¹ y M. Sánchez Pérez¹

¹U. de Psiquiatría Geriátrica, Psicogeriatría, ²Hospital de Conxo, Santiago de Compostela, ³C.R.P.S. «El Pilar», Zaragoza, ⁴Hospital General Universitario, Albacete.

Objetivos: Los pacientes psiquiátricos y psicogeriátricos presentan frecuentemente patología psiquiátrica aguda, pluripatología orgánica y tendencia a la polifarmacia, condicionando severa fragilidad y complejidad clínica. Los pacientes ingresados en nuestra Unidad de Psiquiatría Geriátrica y Psicogeriatría son asistidos por un Equipo Multidisciplinar (Psiquiatría, Geriatría, el equipo de enfermería y trabajadora social). El objetivo es valorar el perfil de comorbilidad orgánica y psiquiátrica del paciente atendido en esta Unidad específica.

Método: Estudio descriptivo de los parámetros significativos registrados en el Informe del Alta de los ingresos (n = 84) producidos desde julio 2006 a Enero 2007. Las variables se analizan mediante el paquete estadístico SPSS. Resultados: El 72,6% de ingresos fueron mujeres, con edad media: 72,7 ± 6,3. Los motivos de ingreso: agudización o descompensación (44%) TEC de mantenimiento (22,6%) y por tentativa autolítica (10,7%); el 88% se produjeron desde nuestro Servicio de Urgencias y el resto: CSMA, PADES, Atención Primaria y recursos sociosanitarios. El alta por mejoría (48%) por traslado a otros recursos (25%). El 72% se derivaron a servicios de Salud Mental (53,6% ambulatoria, 19% Unidades de ingreso) Larga Estancia Sociosanitaria 10,7%, Hospital de Día 8,3% y Atención Primaria 6%. El Tr. Afectivo es el diagnóstico psiquiátrico más frecuente le siguen por igual Demencia, Tr. de Personalidad y Esquizofrenia. Los Factores de Riesgo Vascular (FRV) son el principal problema médico seguido de la patología ósea. La media de fármacos al alta fue 6,9, distribuyéndose en 3,3 para los tratamientos médicos, destacando gastroprotectores, analgésicos, antihipertensivos, suplementos proteicos y laxantes; y 3,6 para los psiquiátricos preferentemente antipsicóticos, benzodiazepinas de vida media corta-intermedia y antidepresivos.

Conclusiones: La asistencia multidisciplinar queda reflejada en el alta, destacando un equilibrio asistencial entre el perfil psiquiátrico y orgánico. El diagnóstico y tratamiento de los FRV, de síndromes geriátricos (dolor, desnutrición, estreñimiento) y de la problemática social son elementos esenciales en el tratamiento y estabilización de la patología psiquiátrica y/o de un síndrome demencial.

Palabras claves: Comorbilidad. Psicogeriatría. Hospitalización.

PREVALENCIA DE DELIRIUM EN PACIENTES ANCIAIS INGRESADOS POR PATOLOGÍA MÉDICA.

E. Duaso Magaña, F. Formiga, A. Sanjosé, A. López-Soto, D. Ruiz y A. Urrutia
Hospital Mútua de Terrassa UFISS Geriatría, Servicio de Medicina Interna.

Objetivos: Estudiar la prevalencia de delirium en los pacientes ingresados en un servicio de medicina interna y analizar si existen diferencias entre los pacientes con, o sin, delirium

Método: Estudio prospectivo de 165 pacientes > 64 años ingresados por patología médica en 6 servicios de medicina interna. Se cuantificó la capacidad funcional mediante el índice de Barthel (IB) y la comorbilidad mediante el Índice de Charlson (IC). Se utilizó el Confusion Assessment Method para el diagnóstico de Delirium.

Resultados: Se han analizado un total de 101 mujeres (61,2%) y 64 varones, con una media de edad de 80,3 ± 12 años. La media del IC fue de 2,6 ± 1,7. La media del IB previo al ingreso fue de 71,5 ± 27,8 y en el momento de la valoración 40,3 ± 30. Cuarenta y dos pacientes (25,4%) presentaban delirium. El análisis multivariante mostró una asociación entre delirium y el IB en el momento de la valoración ($p < 0,0001$, odds ratio 1,047, IC del 95% 1,028-1,066) y el diagnóstico previo de demencia ($p < 0,04$, odds ratio 0,374, IC del 95% 0,145-0,966).

Conclusiones: Un alto porcentaje de los pacientes ingresados en los servicios de Medicina Interna presentan delirium. La presencia de deterioro cognitivo previo y una peor puntuación en el Índice de Barthel, en el momento de la valoración, se asocian a un mayor riesgo de presentar delirium.

ESTUDIO DE LA DISFUNCIÓN TIROIDEA Y CAUSAS DE MORTALIDAD DURANTE EL INGRESO EN PACIENTES ANCIAOS

E. Ridruejo Gutiérrez de la Cámara, A. Muñoz Pascual, F. Prado Esteban, M.C. Macías Montero, M.T. Guerrero Díez y P. Iglesias. Hospital General de Segovia.

Objetivo: Analizar las causas de mortalidad en pacientes ancianos hospitalizados y su diagnóstico funcional tiroideo durante el ingreso.

Material y métodos: Se han evaluado 68 pacientes fallecidos durante su ingreso en el servicio de Geriatría de Segovia durante un año, de una muestra total de 479 pacientes. En cada paciente se ha elaborado una hoja de recogida de datos con: edad al ingreso, disfunción tiroidea conocida previa, grado de dependencia evaluado por el test de Barthel, determinación de las concentraciones serias de tirotropina (TSH), tiroxina (T4) libre y triyodotironina (T3) libre, determinación de anticuerpos antitiroglobulina y antiperoxidasa tiroideos, días de supervivencia y las causas de mortalidad.

Resultados: De los 68 pacientes evaluados, 42 (61,8%) eran mujeres, con edad media (\pm DS) de 88,36 años (\pm 5,53) y 26 (38,2%) varones con edad de 85,42 (\pm 5,85). En 4 pacientes la determinación de hormonas tiroideas fue incompleta, 4 (6,3%) sus hormonas fueron normales, 1 (1,6%) resultó hipertiroidismo franco, 1 (1,6%) hipertiroidismo subclínico, 2 (3,1%) hipotiroidismo subclínico, 56 (87,5%) síndrome del enfermo eutiroideo. Sólo 1 (1,5%) tenía disfunción tiroidea previa al ingreso. La autoinmunidad tiroidea fue positiva en 2 (2,9%) pacientes. La supervivencia durante el ingreso en días (\pm DS) fue en las mujeres de 11,18 días (\pm 12,34) y en los varones de 9,5 días (\pm 12,16), ($p < 0,05$). El 67,8% de los pacientes tenían dependencia funcional total-grave al ingreso. Las causas de mortalidad fueron: 15 (22,1%) pacientes por enfermedad cardiovascular, 14 (20,6%) por enfermedad cerebrovascular, 13 (19,1%) causa infecciosa y 26 (38,2%) por otras causas.

Conclusiones: Más de la mitad de los pacientes fallecidos fueron mujeres, aunque éstas tuvieron una mayor supervivencia durante el ingreso estadísticamente significativa. La mayoría de los fallecidos habían sido diagnosticados de síndrome del enfermo eutiroideo. La causa de mortalidad durante el ingreso más frecuente la abarcaban la enfermedad cardio y cerebrovascular.

VISIÓN HOLÍSTICA DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

A. Sánchez Carrillo, S. de las Cuevas Recasens y T. Riera Pagès. Fundació Hospital, Asil de Granollers.

Objetivo: describir la visión holística del enfermo en la atención de enfermería mediante la prevención, planificación de cuidados y evaluación de los problemas reales y potenciales ante una situación de ausencia de salud para facilitar la reinserción adecuada para el paciente y su familia.

Metodología: Dibujo del continuum asistencial con ejemplo y seguimiento de un paciente tipo desde su llegada a urgencias hasta que es dado de alta desde la perspectiva enfermera definiendo con taxonomía propia las etiquetas diagnósticas más relevantes en cada caso con las preocupaciones del paciente y la familia. En el ingreso se

hace una valoración por parte del personal de enfermería de las necesidades del paciente geriátrico en las diferentes unidades con el objetivo de planificar los cuidados. Por un lado se ejempliza los diferentes recursos tanto personales como estructurales que el equipo puede disponer en cada etapa del paciente geriátrico. Por otra parte se muestra su evolución tórpida que se sumará a la percepción de un posible deterioro cognitivo que le provocará junto a su patología una discapacidad y una serie de alteraciones en los procesos familiares.

Conclusiones: No se puede valorar ninguna parte sin la valoración del todo. El personal de enfermería debe trabajar de forma metódica en la recogida de información que nos proporciona el paciente y familia durante TODO el proceso asistencial. Enfermería establece la planificación de cuidados para determinar los recursos materiales necesarios para la realización de las actividades básicas de la vida diaria y las ayudas-soporte imprescindibles para evitar la sobrecarga del cuidador principal. La visión holística ha contribuido, en nuestro caso, a la detección precoz de los problemas relacionados con el deterioro cognitivo.

CARACTERIZACIÓN DE LOS PACIENTES MAYORES DE 65 AÑOS INGRESADOS EN EL DEPARTAMENTO DE MEDICINA INTERNA DE UN HOSPITAL GENERAL DE GUATEMALA

C. Leonel Veliz Lemus y J. Guerra Mejía

Hospital General San Juan de Dios, Guatemala.

Objetivo. Analizar las características clínicas y funcionales de los pacientes mayores de 65 años que ingresan a los servicios del Departamento de Medicina Interna en un hospital general de Guatemala.

Material y métodos. Se realizó un estudio prospectivo descriptivo de los pacientes ingresados durante el mes de julio del 2006 en todos los servicios del Departamento de Medicina Interna del Hospital General San Juan de Dios de la ciudad de Guatemala. De los expedientes clínicos se obtuvieron los datos demográficos, el diagnóstico principal del ingreso, los diagnósticos secundarios y la situación social. Se realizó posteriormente una valoración funcional utilizando el índice de Barthel y la escala de Lawton. Para conocer el grado de complejidad de los pacientes se utilizó el índice de comorbilidad de Charlson.

Resultados. El total de pacientes ingresados en Medicina Interna fue de 165, de los cuales 41 (24,85%) corresponde a mayores de 65 años, (25 mujeres y 16 hombres); 21 pacientes son mayores de 75 años y de estos 6 por arriba de 85. La edad promedio de los pacientes es de 75 años (con un rango de 65-93). El 17% de los pacientes presentaba un grado importante de dependencia (Barthel < 40). La mitad de los pacientes tenía un índice de comorbilidad de Charlson > 2. Las causas más frecuentes que motivaron el ingreso fueron las enfermedades cardiovasculares y respiratorias. El 90% de los pacientes vive permanentemente con un hijo o familiar.

Conclusiones: La cuarta parte de los pacientes ingresados en Medicina Interna corresponde a mayores de 65 años. Como causa principal de ingreso suele ser la reagudización de enfermedades cardiovasculares y respiratorias. La mayoría de los pacientes aún conserva un buen grado de independencia funcional. La presencia de comorbilidad es muy frecuente en los pacientes. La gran mayoría de los pacientes vive acompañado por algún familiar.

PERFIL DE LA POBLACIÓN DE MÁS DE 80 AÑOS ATENDIDA EN UNA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO: EXPERIENCIA DE 4 AÑOS

M. Mirón Rubio, J A. Spuch Sánchez, L. Florit Serra, A. Borrue Llovera, E. Folch Ferré y A. Zornoza Solinis
Hospital Universitario de Tarragona Joan XXIII.

Introducción y objetivos: La hospitalización a domicilio (HaD) representa el conjunto de cuidados y atenciones que se prestan en el hogar de los pacientes mediante recursos humanos, materiales y organizativos propios de la actividad hospitalaria. Los datos disponibles demuestran que es un modelo eficaz, coste-efectivo y que proporciona un alto grado de satisfacción a pacientes y cuidadores. Sin embargo, existen pocos estudios que analicen la repercusión de estos programas teniendo como población diana a las personas ancianas. El deterioro funcional y cognitivo, las infecciones nosocomiales y otros procesos iatrogénicos asociados a la hospitalización son

complicaciones frecuentes en este grupo de población. Acortar la estancia hospitalaria puede contribuir a reducir esas complicaciones, favoreciendo una recuperación más precoz del estado de salud. En este sentido, la hospitalización a domicilio permite, no sólo reducir la duración de los ingresos, sino también evitar hospitalizaciones. Sin embargo, para evaluar la utilidad de estos programas en la población anciana es preciso conocer el perfil de los pacientes a quienes van dirigidos y el resultado de su aplicación. El objetivo de este trabajo es analizar las características y la situación clínica al alta de los pacientes de más de 80 años atendidos en una unidad de hospitalización a domicilio.

Pacientes y método: Se analizaron de manera prospectiva los casos de pacientes con más de 80 años atendidos en nuestra Unidad entre enero de 2003 y diciembre de 2006. Las principales variables del estudio fueron: la procedencia, el diagnóstico principal, los recursos consumidos (estancias y visitas generadas), la situación clínica al alta (curación/mejoría, empeoramiento/fracaso) y el grado de satisfacción (percepción global de la atención/posibilidad de repetir la experiencia). Análisis estadístico: la descripción de los datos se ha efectuado mediante media y desviación estándar (DE) para variables cuantitativas y frecuencias absolutas y relativas para variables categóricas.

Resultados: Durante el periodo de estudio se atendieron 479 episodios correspondientes a 354 pacientes. El 58,2% eran varones. La edad media fue de 85 años (max 100, min 80, DE 3,62). El 76,6% procedían de plantas de hospitalización convencional (HC), 18,3% de urgencias, 2,3% de domicilio, 1,8% de CMA, 1% de consultas externas. La distribución por servicios de procedencia fue la siguiente: 37,1% medicina interna, 21,3% cirugía general, 18,3% urgencias, 7,7% cirugía vascular, 6,4% urología, 3,1% traumatología, 6,1% otros. El diagnóstico más frecuente fue: infecciones bronquiales (138 casos - 28,8%) seguido de infección de piel y tejidos blandos (46,960%), neumonías (44,9,18%), postoperatorio de herniorrafia (31-6,47%), infecciones urinarias (26,5,42%), postoperatorio de neoplasia colo-rectal (25-5,21%), postoperatorio de cirugía vascular (21-4,38%), postoperatorio de cirugía de vesícula (20-4,17%), insuficiencia cardiaca (11-2,29%), postoperatorio de cirugía de cadera (11-2,29%) y otros (106-22,1%). Se generaron 4294 estancias. La estancia media en HaD fue de 7,61 días (max 161, min 1, DE 12,03), outliers (> 30 días: 10); la estancia media en HC previa al ingreso en HaD fue 7,7 días (max 26, min 0, DE 7,51). Se realizaron 1126 visitas médicas (tasa de intervención 0,26) y 4297 visitas de enfermería (tasa de intervención 1,0). 439 casos (91,6 %) presentaron curación o mejoría al final del episodio y fueron dados de alta en su domicilio (en el 15,4% se contactó con atención primaria y en el 1,04% con PADES). 40 casos (8,3%) no mejoraron o empeoraron, y retornaron al hospital (7,3%), ingresaron en un sociosanitario (0,62%) o fallecieron (0,41%). El 91,2% calificaron la atención recibida como buena o muy buena, frente al 5,8% que la calificaron de regular y el 3% de mala o muy mala.

Conclusiones: Los datos que presentamos muestran que la hospitalización a domicilio es un modelo asistencial eficaz (tasa de curación > 90%) para la población anciana (> 80 años), permite reducir la estancia hospitalaria (49% de la estancia total transcurrió en domicilio), evita ingresos (23,4% no habían ingresado previamente) y causa un alto grado de satisfacción a pacientes y familiares (> 90%).

¿PARIDAD EN LA FRAGILIDAD Y RIESGO DE DEPENDENCIA? DE MOMENTO, NO

P. Ochoa Calvo¹, E.P. Chueca Miguel² y L. Moreno

¹Hospital Geriátrico San Jorge, ²Asociación Parkinson Aragón.

Objetivos: Conocer los indicadores de fragilidad según el sexo, en una población funcionalmente sana.

Metodología: Estudio dentro de un área de salud de Zaragoza. Muestra representativa de la población de 65 o más años. Se les realiza una entrevista recogiendo datos respecto a edad, sexo, soporte social (escala OARS), número de enfermedades crónicas, inestabilidad en la marcha, escala GDS de screening de depresión y el IMC. Criterios de exclusión Barthel < 60, SPMSQ > 2.

Resultados: n = 168. Edad media 74,8 (DT 5,75). 18,5% (31) mayores de 80 años. 56% (94) mujeres. Viven solas 15,5% (26). Estudios primarios completos o superiores 26,8% (45). Barthel 100: 77,4% (130). Las mujeres viven más solas, tienen peor soporte social, sufren más enfermedades crónicas, tienen más inestabilidad en la marcha

($p < 0,05$). Tienen más puntuación patológica en la escala GDS ($p = 0,001$) y un IMC más alto, con mayor obesidad ($p < 0,001$)

Conclusiones: A pesar de tratarse de una muestra sin importante dependencia funcional, se observa predominio femenino en todos los indicadores de fragilidad. La detección de estos indicadores permite poner en marcha medidas preventivas que retrasen la aparición de dependencia. Posiblemente los cambios en las nuevas generaciones a nivel económico, social y educativo influyan en las diferencias por sexo. Destaca el gran número de mujeres con puntuación patológica en la escala de screening de depresión y la alta prevalencia de obesidad en esta población.

Palabras clave: Fragilidad. Dependencia femenina. Prevención

ANÁLISIS DE LA MORTALIDAD A LARGO PLAZO EN PACIENTES ANCIANOS QUE INGRESAN EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI)

F. Masanés Torán, S. Aguiló Mir, E. Sacanella Meseguer, J M. Nicolás Arfelis, M. Navarro López y A. López Soto
Sección de Geriatría. Servicio de Medicina Interna Hospital Clínic de Barcelona.

Objetivos: Conocer la mortalidad a largo plazo asociada al ingreso no electivo de pacientes ancianos en una UCI general.

Material y métodos: Se evaluaron de forma prospectiva los pacientes mayores de 65 años que ingresaron en una UCI para analizar la mortalidad durante el primer año tras el ingreso. Motivos de exclusión: estado funcional basal deteriorado (Índice de Barthel (IB) < 60, ingreso de forma electiva tras realización de procedimientos invasivos, ingreso tras presentar paro cardiorrespiratorio o pronóstico vital inferior al año. Se realizó una valoración geriátrica integral valorando función (IB e Índice de Lawton (IL), comorbilidad (Índice de Charlson (I Ch). Se valoró la gravedad de la enfermedad aguda (escalas de APACHE II y SOFA) y la intensidad terapéutica (OMEGA). Se analizó la mortalidad intra UCI, intrahospitalaria y durante el año transcurrido tras el alta hospitalaria. Se formaron dos cohortes según edad: A (<74 a.) y B (> 75 a.)

Resultados: De un total de 325 pacientes ingresados en la UCI durante 36 meses, se incluyeron 191 pacientes (grupo A 91 y grupo B 100) que completaron el periodo de seguimiento de 1 año. No se observaron diferencias significativas entre ambos grupos en los parámetros valorados al ingreso (IB, IL, I Ch, APACHE, SOFA, OMEGA, estancia en UCI). La mortalidad anual acumulada del grupo global fue del 52,32%, siendo mayor en el grupo B (59,34% vs 44,44% $p < 0,05$). Del total de pacientes fallecidos un 35% fallecieron en la UCI, un 37% en el hospital tras el alta de la UCI y un 27% a lo largo del año tras el alta hospitalaria (en 6 pacientes por causas no relacionadas con el ingreso en UCI). Los pacientes que fallecieron en el hospital presentaban de forma significativa estancias en UCI más prolongadas a la vez que recibieron mayor intensidad terapéutica ($p < 0,05$). La mortalidad intrahospitalaria post alta de la UCI es mayor en los pacientes del grupo B ($p < 0,05$)

Conclusiones: El ingreso de los ancianos en UCI se acompaña de una elevada mortalidad hospitalaria, en especial aquellos más mayores. Dicha mortalidad se produce mayoritariamente de forma diferida tras el alta de la UCI en los pacientes más mayores. Independientemente de la edad de los ancianos aquellos que fallecen en el hospital tenían unas estancias en UCI más prolongada y habían recibido una intensidad terapéutica mayor. Dada la elevada mortalidad asociada al ingreso en UCI en los pacientes ancianos la valoración de la situación premorbida del paciente mediante una valoración geriátrica integral puede ser útil en la toma de decisiones.

Financiado por beca FIS (03/0329)

PROTOCOLO PARA EL ESTUDIO DE LA EFECTIVIDAD DEL COLCHÓN ANTIESCARAS ALTERNANTE EN EL TRATAMIENTO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN DE GRADO 1

R. González, C. Fernández, S. Navarro y S. Rodríguez
Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

Los objetivos del presente estudio pretenden contestar a la pregunta ¿La colocación de un colchón antiescaras del tipo alternante reduce el tiempo y el coste en el tratamiento de las UPP de grado 1? La hipótesis de trabajo que nos hemos planteado establece: Hipótesis nula: no existe diferencia en cuanto a tiempo y coste en la curación de las ulceras por presión de grado 1 en paciente hospitalizados que

tienen colchón antiescaras tipo alternante o dinámico frente a las que no lo tienen. La hipótesis alternativa: existe diferencia entre pacientes tratados con colchón antiescaras tipo alternante y los que no lo tienen estimada en un 30%. Diseño del estudio: Analítico, observacional, longitudinal, estudio de cohorte prospectivo. La población diana: pacientes de geriatría hospitalizados en unidades de agudos. Población muestral: todos los pacientes geriátricos ingresados en la unidad de agudos del Hospital Clínico San Carlos (Área 7, CAM) que presenten ulceras por presión grado 1 al ingreso, según clasificación de Norton modificada. Escala validada en el 95. Se plantean dos grupos de seguimiento paralelo, expuestos (con colchón antiescaras alternante) y grupo de no expuestos (se coloca colchón de uso habitual en el hospital). Todos los pacientes presentan Ulceras por presión grado 1 al ingreso. Riesgo Alfa del 0,05 (IC 95%) Riesgo Beta de 20% (potencia del 80%) Tasa de perdidas asumida 10% Se valoran variables tanto cualitativas como cuantitativas: Variables demográficas: (sexo, edad) y variables diagnóstico: Riesgo de ulceración (escala de Norton modificada), nivel de dependencia (escala de Katz), grupos diagnóstico (cardiología, respiratorio, Oncología, Endocrino, Neurología), Grado de movilidad, cambios posturales realizados, localización de las UPP grado 1, fecha de introducción en el estudio, fecha de salida y motivo, tipo de cura realizada, medicación vasoactiva, alimentación. Previamente se ha solicitado el consentimiento para realizar el estudio al Comité de ética del Hospital. Se ha realizado hoja de registro y anotación diaria del seguimiento del paciente por parte de la enfermera encargada y seguimiento semanal por parte del equipo investigador.

PREVALENCIA DE CAÍDAS EN POBLACIÓN RURAL MAYOR. ESTUDIO DE CORTE TRANSVERSAL EN LA PROVINCIA DE SALAMANCA

D. Bernardini Zambrini¹, A. Martín Serna² y J.F. Macías Nuñez¹

¹Facultad de Medicina, Universidad de Salamanca, ²Centro de Salud «Miranda Del Castaño», Salamanca.

Objetivos: Evaluar la prevalencia de episodios de caídas en mayores, durante los últimos 12 meses en medio rural comunitario.

Método: Estudio de corte transversal en dos poblaciones rurales (C1) y (C2) de la Provincia de Salamanca que incluyó revisión sistemática de historia clínica de una muestra de 165 personas sobre un total de 175 personas mayores posibles. Realizamos entrevista directa a 159 (97%) de ellas, 144 (93%) de las cuales fueron en el propio domicilio. La información se obtuvo entre los meses de Octubre de 2005 y Febrero de 2006. Utilizamos el paquete estadístico SPSS 12.0.

Resultados: Hemos evaluado 88 (46,3%) hombres y 76 (53,7%) mujeres, con un promedio de 74,8 ± 6 años. 87 (52,4%) tenían entre 65 y 74 años, 65 (39,7%) entre 75 y 84 años, y 13 (7,9%) eran mayores de 85 años. 17 (10,5%) de personas dijeron haber sufrido una caída. De ellas 13 (76,4%) fueron mujeres y 4 (23,5%) hombres. 12 pertenecieron a un mismo pueblo (C2) y 5 al otro. De quienes se cayeron, 13 debieron acudir al médico, de estas 10 fueron mujeres y de estas 9 pertenecían a C2. De quienes cayeron 8 tienen entre 65 y 74 años y 9 entre 75 y 84 años. No se registraron fracturas en relación a esas caídas, solo una de muñeca pero provocada por otro accidente.

Conclusiones: En términos generales que un 10,7% de la muestra haya sufrido una caída en el último año, nos permite decir que su prevalencia es baja de acuerdo a la literatura actual. Sin embargo, la presencia de un mayor número de eventos en C2 con relación a C1 nos permite sugerir la necesidad de una exploración más detallada y la búsqueda de factores que expliquen el porque de esa diferencia. Las mujeres han sido las más afectadas por este problema.

EPIDEMIOLOGÍA DE LA FRACTURA DE CADERA EN ANCIANOS EN ESPAÑA

L. Alvarez Nebreda, J.A. Serra Rexach, F. Coca y A.B. Jiménez y P. Rod
Hospital Gregorio Marañón, Madrid.

Objetivo: Describir las características epidemiológicas de la fractura de cadera (FC) en ancianos en las diferentes Comunidades Autónomas (CCAA) de España.

Método: Estudio observacional retrospectivo incluyendo todos los pacientes 65 años con fractura de cadera en las 19 CCAA de España

del año 2000 al 2002. La información fue recogida del registro nacional del Conjunto Mínimo de Datos Básicos (CMBD) del Ministerio de Sanidad. Los datos de la población española se obtuvieron del Instituto Nacional de Estadística. Se estudiaron las siguientes variables: incidencia de FC bruta y ajustada por edad y sexo, incidencia según estación del año en la que ingresan, estancia y mortalidad hospitalaria. La comorbilidad se calculó mediante el índice de Charlson. Se analizaron los factores que influyen en la mortalidad mediante análisis multivariante.

Resultados: De las 119.021 FC que ocurrieron en España en este periodo, 107.718 (90,5%) correspondían a mayores de 64 años, con edad media de 79 años (74% mujeres). La incidencia global de FC fue de 511 casos por 100.000 habitantes y año (265 casos por 100.000 varones y 688 por 100.000 mujeres y año). La incidencia ajustada por edad y sexo fue de 503 casos por 100.000 habitantes y año. Cataluña fue la región con mayor incidencia ajustada y Galicia presentó la menor (623 y 317 casos por 100.000 habitantes y año, respectivamente). En términos de variación estacional, la incidencia aumenta de primavera (24,1%) a invierno (25,8%). La estancia media fue de $15,0 \pm 12,8$ días. Ambos, estacionalidad y estancia, presentaron gran variabilidad entre CCAA. La mortalidad hospitalaria fue del 5,3%. Ésta es doble en varones respecto a mujeres (8,9 vs 4,8%), aumenta exponencialmente con la edad (del 3,8% en varones y 2,1% en mujeres de 65-69 años al 17,7% en varones y 15,5% en mujeres mayores de 99 años), el número de comorbilidades (cada punto más en el Charlson aumenta la mortalidad un 28,5%), es mayor cuando se ingresa en invierno (11% más riesgo que en verano) y en CCAA de clima «frío» (13% más riesgo que en CCAA «cálidas»: Cataluña, Valencia, Murcia, Andalucía, Baleares y Canarias)

Conclusiones: La fractura de cadera afecta fundamentalmente a mujeres ancianas y presenta una gran variabilidad en incidencia, estacionalidad, estancia y mortalidad hospitalaria entre las diferentes Comunidades Autónomas en España. Los varones más ancianos y pluripatológicos, que se fracturan en otoño o invierno y los que no habitan en las Comunidades del Mediterráneo ni Canarias tienen más probabilidad de fallecer en el hospital tras una FC.

REGISTRO DE CAÍDAS EN EL SERVICIO DE GERIATRÍA. HOSPITAL CLÍNICO SAN CARLOS. MADRID.

E. Fariñas Portalo y C. Cano Cayuela
Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

El ingreso en un hospital conlleva un riesgo importante de sufrir una caída (alteración del nivel de conciencia, patología, aparataje.) En ancianos, las consecuencias, a menudo, van seguidas de un deterioro del estado funcional, con un importante cambio en la calidad y estilo de vida. Dicho deterioro exige una atención en el anciano que previamente no necesitaba. La caída es uno de los marcadores importantes a la hora redefinir «fragilidad»; constituye, en si, uno de los grandes síndromes geriátricos. Aunque algunas caídas tienen una causa clara, la mayor parte de ellas parecen estar motivadas por la suma de muchos factores. Es fundamental destacar que aunque, tradicionalmente, se han considerado sucesos casuales o una consecuencia del envejecimiento, las caídas son «predecibles» y por tanto susceptibles de prevención. Evaluar el riesgo de caídas en ancianos en el ámbito hospitalario puede ser un objetivo útil de gestión clínica o mejora de la calidad.

Objetivo: Con el objetivo de crear conciencia en el personal de enfermería sobre la importancia en la prevención de caídas y su registro, se analizan las caídas ocurridas en el servicio de geriatría durante los años 2005 y 2006. La muestra para el estudio, está constituida por los 32 ancianos que sufrieron caídas en dicho periodo de tiempo.

Material y método: Estudio descriptivo, basado en los datos recogidos en la «hoja de registro de caídas» en el que figuran las siguientes variables: datos del paciente, factores del entorno, factores del paciente, diagnóstico médico, diagnóstico de enfermería, características de la caída, lesión, su tratamiento y las medidas adoptadas.

Resultados: Edad: promedio de edad de los pacientes se encuentra en el rango de los 81 a 90 años, lo que supone un 59,40% (12,5% son menores de 80 y unos 9,40% mayores de 90). Forma: En el 37,80% de las caídas, el paciente sufrió deslizamiento. Por tropiezos fueron un 9,40%. Tenemos un 46,90% que no se define causa y un 6,25% que no se recoge.

Lugar: 84,40% de las caídas ocurrieron en la habitación. 9,40% en el cuarto de baño, 3,2% en pasillo y no se recoge en otro 3,2%. Turno:

46,90% de las caídas ocurrieron durante la mañana, 25% durante la tarde y un 25% durante la noche. Sin definir tenemos un 3,2%. Lesiones: El 55,81% de las caídas tuvieron algún tipo de lesión (laceraciones, rozaduras,...) sin llegar a presentar ningún caso de complicaciones severas. Precisaron algún tipo de cuidado el 46,51%. Presencia de acompañante: 75% se encontraba solo, 6,25% con algún familiar en el momento del incidente y un 12,5% con el personal sanitario. Destaca un 6,25% que no indica situación. Medidas de prevención: Sólo en algo más de la mitad de los pacientes (55,8%) que se cayeron se adoptaron algún tipo de medidas de prevención como el uso de sujeción mecánica o vigilancia del nivel de conciencia.

Conclusiones: El perfil clínico más característico de estos pacientes es: Entre 81-90 años, deterioro funcional importante por patologías respiratorias, neurológicas y/o cardiovasculares, que toman varios fármacos diarios que producen inestabilidad en la marcha y/o nivel de conciencia, se encuentran solos y no presentan afectaciones significativas después de la caída. En un gran porcentaje podrían haberse evitado si se hubiera cumplido las medidas de prevención mínimas: dejarles cerca los objetos personales, colocación de gafas o audífonos, vestimenta correcta, prevenir los riesgos ambientales... La medida adoptada tras la caída, en la mayoría de los casos, fue SUJECIÓN MECÁNICA durante el resto de su estancia. Señalar que existe un sesgo importante a tener en cuenta: los pacientes se caen menos por estar con sujetos prácticamente permanentes si, por algún motivo (desorientación, negativa aportar vías de medicación o alimentación,...) fueron prescritas por su médico y no se volvió a revisar. Una valoración adecuada al ingreso es una información que nos ayudará en la prevención de una caída (caídas previas, alteraciones visuales, auditivas, marcha y equilibrio, patologías crónicas invalidantes, consumo de fármacos). Registrar una caída no es sinónimo de mala praxis, sino que nos permite descubrir los factores de riesgo relacionados, para poder adoptar las medidas imprescindibles de prevención.

ESTA BIEN INDICADA LA DERIVACIÓN DE PACIENTES A UNA UNIDAD DE LARGA ESTANCIA POR UNA UNIDAD FUNCIONAL INTERDISCIPLINAR SOCIOSANITARIA (UFIS) DE GERIATRÍA?

E. Hernández Leal, M. Pi-Figueras Valls, I. Pineda Pérez, M.Á. Márquez Lorente, M. Garreta Burriel y O. Sabartés Fortuny
Servicio de Geriatría del IMAS, Hospital del Mar, Barcelona.

Objetivo: Analizar la evolución de la situación funcional, cognitiva y el riesgo de úlceras por presión (UPP) del paciente en los diferentes niveles asistenciales (previo, hospital de agudos (HA), unidad de larga estancia (ULE) al mes y tres meses). Descripción de la situación social

Métodos: Estudio retrospectivo de pacientes tributarios de ULE valorados por la UFIS de Geriatría durante el 2006. Se recogieron los datos: edad, sexo, servicio interconsultor (IC), grupo diagnóstico, estado funcional evaluado con el índice de Barthel (Barthel previo (BP), Barthel en HA (BA), Barthel en ULE al mes (BM) y tres meses (BT)) e índice de Lawton, el estado cognitivo evaluado mediante el Minimental abreviado (MMSE) y riesgo de UPP mediante la escala de Norton. Se evaluaron los datos sociales: estado civil, núcleo de convivencia, barreras arquitectónicas (BBA) en domicilio, contacto previo servicios sociales de atención primaria (SSAP), coordinación y/o orientación a SSAP y destino al alta de ULE.

Resultados: Se analizaron 63 pacientes con una edad media de $76,3 \pm 12,6$, de los cuales 71,4% eran mujeres. Los IC fueron: Unidad de Geriatría de Agudos 34,9%, Neurología 28,6%, Traumatología 11,1%, Interna-Infeciosas 7,9% y otros 17,5%. Los grupos diagnósticos fueron: neurológico 30,2%, infecciones 20,6%, fractura-lesión 12,7%, respiratorio 11,1% y otros 25,4%. La mayoría de pacientes era dependiente para las actividades de la vida diaria 57,1% y con deterioro cognitivo 54%, previamente al ingreso de HA. No se hallaron diferencias significativas entre IB previo y BM ni el BT. Se hallaron diferencias significativas entre el BA y el BM ($p < 0,007$) y el BT ($p < 0,01$). El riesgo de UPP presentó diferencias significativas entre el HA, el primer ($p < 0,0001$) y tercer mes en ULE ($p < 0,002$). Fueron estadísticamente significativas las diferencias entre el MMSE en HA, al mes ($p < 0,0001$) y a los 3 meses ($p < 0,0001$). Hubo diferencias significativas entre MMSE al mes con el BM ($p < 0,01$) y el BT ($p < 0,004$) y el MMSE a los tres meses y el BT ($p < 0,003$). A nivel social el estado civil fue: viudos 34,9%, casados

33,3%. El núcleo en convivencia fue: 34,9% con el cónyuge, 23,8% con hijos. El 34,9% tenían BBAA en domicilio. En el 57,1% no había contacto previo con SSAP, coordinándose desde el hospital al 46%. El destino al alta de ULE fue: éxitus 52,4%, aún en ULE 36,5% y domicilio 7,9%.

Conclusiones: La mayoría de los pacientes de ULE era previamente al ingreso en HA dependiente, con deterioro cognitivo y sin contacto previo con SSAP. Existió mejoría funcional y cognitiva de los pacientes. En los diferentes niveles asistenciales el riesgo de UPP fue elevado. La mayoría de los pacientes de ULE había fallecido a los tres meses.

IDENTIFICACIÓN Y SEGUIMIENTO DE INDICADORES SANITARIOS EN ATENCIÓN RESIDENCIAL EN 5 CENTROS GERONTOLOGICOS DE GUIPUZKOA

M.I. Genua Goena, I. Pérez de Mendiguren, J. Alaba, C. Sannino y I. Iturrioz
Matia Fundazioa, Fundacion Matia, San Sebastián.

Objetivo: Definir las áreas a abordar por el equipo sanitario de atención a personas mayores dependientes institucionalizadas, definir los indicadores sanitarios necesarios para monitorizarlas y puesta en marcha de la recogida y análisis de los mismos en 5 centros gerontológico que hasta el año 2005 habían gestionado únicamente algunos indicadores sanitarios.

Material y métodos: Se crea un equipo de trabajo que agrupa a médicos, farmacéuticos y enfermeras que prestan su atención a 480 residentes de 5 centros gerontológicos de Guipúzcoa, 4 en San Sebastián y 1 en Cizurquiel. Se aplica los «equipos de mejora» como herramienta de mejora para la definición de las áreas a abordar por el equipo sanitario y los indicadores relacionados. A continuación se crean grupos de discusión en cada centro para el estudio de la forma en que la información que dichos indicadores necesitan sean recogidos dentro de la dinámica habitual de los procesos de valoración e intervención utilizados, planteándose a estos las modificaciones necesarias. Se crea una base de datos a cumplimentar por el médico y la enfermera referencial de cada centro tras las valoraciones integrales realizadas a los residentes. Finalmente se define un foro para el análisis comparativo de los resultados y el establecimiento de mejoras derivado así como para la evaluación de la idoneidad de los indicadores establecidos.

Resultados: A principio de 2006, se identifican 13 áreas a abordar por los indicadores sanitarios que cubren tanto atención a diagnósticos y problemas como a dependencias y riesgos. Estas son: Patologías Crónicas, Estreñimiento, Atragantamiento, Desnutrición, Yatrogenia, Deterioro Cognitivo, Deterioro Funcional, Incontinencia, Ulceras Por Presión, Caídas, Deprivación Sensorial, Infección Nosocomial,... Varios. El número de indicador es totales resultante es de 30, diferenciando aquellos que se consideran datos y aquellos definidos propiamente indicadores sobre el que establecer objetivos y planes de acción para mejorarlo año a año. Se establece la forma de implantar su recogida y gestión, incorporando la recogida sistemática de las incidencias (caídas,...) así como la información sistemática obtenida de las distintas valoraciones (nutricionales, funcionales, infección nosocomial...). Se elabora la base de datos para su recogida y se implanta el procedimiento establecido en los 5 centros tras una sesión para la formación y sensibilización de la importancia de la gestión de dichos indicadores en cada uno de los centros. Se inicia el proceso repitiendo la sesión en cada centro para el análisis de los primeros resultados, superando la dificultad existente para ello por la presión asistencial. Finalmente se analizan los resultados globales obtenidos a final del año y se discute la idoneidad de los indicadores utilizados viendo que permiten un control eficaz de los aspectos analizados.

Conclusiones: La atención sanitaria de las personas mayores institucionalizadas en centros gerontológicos debe tener en cuenta todas las dimensiones que dichas personas necesitan tanto para la atención como para la prevención de riesgos sanitarios (yatrogenia). La eficacia de dicha atención debe ser medida con un panel de indicadores que recoja todas esas áreas. Se debe de hacer un esfuerzo para que la recogida y el análisis de los indicadores establecidos pueda hacerse con un esfuerzo razonable en el día a día de cada centro para que sea una sistemática habitual del trabajo de cada centro para la mejora continua de la atención.

ESTUDIO DESCRIPTIVO DE UNA SERIE DE PACIENTES MAYORES DE 65 AÑOS INGRESADOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DE UN HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO

U. De Sousa Coimbra Guarda¹, E. Saez², C. Romero², J. Castro², M. Castillo³ y V. Carrasco³

¹Hospital Clínico Universidad de Chile, ²Hospital Clínico Universidad de Chile, Staff UCI, ³Hospital Clínico Universidad de Chile, Geriatra.

Introducción: Es ampliamente conocido el cambio demográfico de envejecimiento poblacional, sin embargo existe áreas de conocimiento en que la información es limitada y escasa, dentro de la cual está el manejo de los pacientes geriátricos en cuidados críticos.

Objetivo: Realizar una descripción de los resultados obtenidos en el manejo de los pacientes mayores de 65 años en la Unidad de Cuidados Intensivos de un Hospital Universitario. **Diseño:** Estudio retrospectivo de una cohorte.

Materiales y métodos: En el Hospital Clínico de la Universidad de Chile se analizaron todos los ingresos de la UCI general en un período comprendido desde noviembre de 2005 hasta enero de 2007, a través del programa S.A.T.I.-Q y Excel. Se registraron 292 pacientes en el período y se analizó el subgrupo de los mayores de 65 años con 111 pacientes correspondientes a 38,01% y mayores de 70 años 81 correspondientes a 27%.

Resultados: Mujeres 44 (39,6%), promedio de edad 74,6 años (65-90). APACHE II de ingreso promedio 22,21 (9-42) mortalidad esperada promedio 42%. Motivo de ingreso sepsis médica 34 (30,6%), sepsis quirúrgica 27 (24,3%), patología neurológica-neuroquirúrgica 13 (11,7%), hemorragia digestiva 6 (5,4%), pancreatitis 4 (3,6%). La procedencia de los pacientes es: Unidad de Tratamiento Intermedio 62 (55,8%), pabellón de urgencia 19 (17,1%), Servicio de urgencia 12 (10,8%), pabellón electivo 8 (7,2%), sala en piso 4 (3,6%). Los pacientes requirieron de procedimientos invasivos dentro de los cuales destacan ventilación mecánica invasiva 89 (80,2%), monitorización hemodinámica con catéter de Swan Ganz 22 (19,8%), Traqueostomía 18 (16,2%). Mortalidad de la serie 31 (27,9%). Estadía promedio 17,44 días (1-80). El egreso de los pacientes se produjo principalmente a Unidad de Tratamiento Intermedio 76 (64,4%).

Conclusiones: El principal motivo de ingreso en nuestra unidad es la Sepsis. La unidad de procedencia y de egreso más importante es la Unidad de Tratamiento Intermedio. Un porcentaje muy alto de los pacientes ha requerido de Ventilación Mecánica Invasiva. Destaca que el porcentaje de mujeres es lo opuesto a lo observado en la epidemiología. La mortalidad de la serie es menor a la esperada por criterio APACHE II de ingreso.

TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS DE APARICIÓN TARDÍA Y FUNCIONALIDAD EN MAYORES DE 65 AÑOS

M. Ramos Cortés, A. González Ramírez, A. Palomo Iloro y J.M. Ribera Casado
Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

Objetivos: Valorar el perfil clínico, funcional y social del mayor de 65 años que acude por primera vez a una consulta ambulatoria de Psiquiatría. Comparar pacientes con patología psiquiátrica frente a los que consultan y no presentan criterios diagnósticos para ningún trastorno tipificado (DSM-IV). Analizar la adecuación entre diagnóstico de presunción y tratamiento desde atención primaria y el que se realiza en la consulta especializada.

Material y método: Estudio descriptivo transversal de mayores de 65 años que fueron remitidos por primera vez a un Centro de Salud Mental (CSM) de Modesto Lafuente y Centro para valoración facultativa (julio de 2005-junio de 2006). Revisión del historial clínico, en un segundo tiempo encuesta telefónica. Análisis y comparación de proporciones (2) y ANOVA de un factor, nivel de significación $p < 0,05$ (IC 95%). SPSS 12.0.

Resultados: 146 pacientes (años 74, 05 ± 5,75). 76% mujeres. Situación Funcional: Katz A y B 93,5%. Actividades avanzadas 78,7%; Lawton 6 65,6%. Situación clínica: 23,9% pacientes pluripatológicos: HTA (65,5%), DL (35,3%) y poliartrosis (41,7%). Síndromes Geriátricos: deprivación sensorial (54%), insomnio (43,2%), incontinencia urinaria (33,9%). Presentaban enfermedad psiquiátrica el 81,5% (ansiedad 21,9%, depresión 12,3%, trastorno adaptativo 9,6%). Se diagnosticó deterioro cognitivo en el 7,5%. Fármacos más utilizados: ISRS (37,2%), BZD de vida media corta y media (cada una 27,6%). 70,1% acudieron con diagnóstico psiquiátrico de presunción, con-

cordando con el del especialista en el 38,2% de los casos. Se modificó el tratamiento previo en el 74,1% (el cambio más significativo fue la introducción de ISRS). 35,2% hacían las 3 comidas del día solos, consultaban sus problemas el 68,9% y se sentían solos el 36,1%. La ausencia de enfermedad psiquiátrica se relacionó con nivel educacional alto ($p = 0,038$), pero no con otras variables demográficas, y era independiente de la situación funcional y de la existencia de pluripatología. La percepción de soledad era significativamente mayor en los pacientes que vivían y hacían más comidas solos ($p < 0,05$).

Conclusiones: Los pacientes con trastornos psiquiátricos de aparición tardía presentan buena situación funcional. La mayoría de los pacientes que consultan tienen enfermedad psiquiátrica, pero muy pocos coinciden con el diagnóstico de presunción y en más de 2/3 se modifica el tratamiento previo. Presentar patología psiquiátrica no está relacionado con la situación funcional, social ni clínica en el momento del diagnóstico.

PROTOCOLO DE ESTUDIO CON NEUROIMAGEN (RMN) DEL DETERIORO COGNITIVO EN ANCIANOS

R. Petidier Torregrossa y R. Martín Boizas
Hospital Universitario de Getafe.

Introducción: La RMN es una prueba de neuroimagen no invasiva y con alto grado de resolución, que permite valorar los cambios cerebrales estructurales al obtener medidas más precisas de las áreas afectas, así como una diferenciación más clara entre sustancia gris, sustancia blanca y LCR.

Objetivo: Estandarizar un protocolo de diagnóstico mediante RMN en aquellos pacientes ancianos que han desarrollado un deterioro cognitivo reciente, con el fin de discriminar la alteración estructural selectiva y poder realizar un diagnóstico diferencial si lo hubiere.

Método: Empleando una resonancia de 1,5 teslas Siemens Avanto con antena específica de cabeza (head array) realizamos tres secuencias diferentes en tres planos del espacio: Axial SE DP-T2 para visualizar cambios en la intensidad de señal de la sustancia blanca sugestivos de encefalopatía de pequeño vaso, así como cuantificar tamaño ventricular y descartar hidrocefalia normotensiva. Coronal GE-T2 para descartar pequeñas hemorragias corticales, frecuentes en población anciana; MPAGE 3D de 1 mm. de espesor, adquirido en sagital, secuencia que permite una diferenciación muy fiable entre sustancia gris y sustancia blanca, c on alta resolución anatómica, y que permite la reconstrucción en todos los planos del espacio así como estudios volumétricos de cualquier área anatómica.

Resultados: La realización de este protocolo de estudio nos ha permitido objetivar. Paciente con el diagnóstico de demencia vascular que desarrolla empeoramiento brusco y en el estudio con resonancia se objetiva una hidrocefalia normotensiva con edema transependimario, planteándose con este hallazgo la posibilidad de aplicar una derivación peritoneal. Paciente con el diagnóstico clínico de deterioro cognitivo leve tipo amnésico, con progresión del déficit amnésico según anamnesis recogida a familiar/cuidador sin claro correlato en la valoración neuropsicológica, y con hallazgo en la RMN de atrofia muy severa global, que sugiere el diagnóstico de Enfermedad de Alzheimer de grado leve (GDS 4). Paciente con deterioro cognitivo de rápida progresión que presenta en la RMN hiperseñal en secuencias potenciadas en T2 en ganglios de la base, ampliándose el estudio consecuencia FLAIR, sugiriendo (con confirmación posterior) el diagnóstico de enfermedad por priones, variante de Creutzfeldt-Jakob.

Conclusiones: La RMN es una prueba de neuroimagen cómoda y fiable, que aporta un cambio fundamental en el enfoque diagnóstico y en el tratamiento de los pacientes ancianos con deterioro cognitivo, permitiendo incluso estudios evolutivos y evaluación de tratamientos potencialmente eficaces.

ESTUDIO COMPARATIVO ENTRE LOS PACIENTES ATENDIDOS EN LA UNIDAD DE GERIATRA DE AGUDOS Y LA UFISS EN LA UNIDAD DE GERIATRIA DE UN HOSPITAL TERCARIO UNIVERSITARIO

I. Bardés Robles, C. Pérez Bocanegra, S. Buján Rivas, T. Teixidor Colomer, C. Pal Pal y A. San José Lapo
Hospital Vall D'hebron, Barcelona.

Introducción: El elevado número de pacientes de edad geriátrica ingresados en los diferentes servicios de centros hospitalarios en los

últimos años ha significado un incremento en la demanda de valoración de la UFISS por parte de los diferentes servicios hospitalarios, así como la creación de unidades específicas de ingreso de pacientes geriátricos agudos (UGA).

Objetivos: Conocer las características generales de los pacientes, los diagnósticos principales, parámetros funcionales y el destino final de los pacientes atendidos por la UFISS y por la UGA de la Unidad de Geriatría del Hospital Vall d'Hebron

Metodología: Estudio comparativo de los pacientes atendidos por la UFISS y la UGA de la Unidad de Geriatría durante el año 2006. Se ha utilizado el soporte informático SPSS 13.0 para Windows.

Resultados: El número global de pacientes atendidos por la Unidad de Geriatría durante el período del estudio fue de 1131. El número de pacientes atendidos por la UFISS durante este período fue de 918 (81%), y el número de pacientes atendidos por la UGA durante este período fue de 213 (19%). En la UFISS, la edad media fue de 75,94 años, siendo 452 mujeres (49,2%) y 466 varones (50,8%); en la UGA la edad media fue de 81,35 años, siendo 145 mujeres (68,1%) y 68 varones (31,9%). Los diagnósticos principales por grupos de patologías de la UFISS fueron: aparato cardiovascular 374 (40,7%); aparato respiratorio 124 (13,5%); neoplasias 111 (12,1%), y en la UGA fueron: aparato respiratorio 73 (34,3%); aparato cardiovascular 58 (27,2%) y aparato urinario (infecciones) 22 (10,3%). En la UFISS el índice de Barthel medio al ingreso fue de 74,74 y al alta fue 31,28. En la UGA el índice de Barthel medio al ingreso fue de 69,55 y al alta fue 44,57. El destino final de los pacientes de la UGA fue el siguiente: Unidades de convalecencia 31 (14,7%); domicilio 134 (62,9%); éxitus 19 (8,9%) y residencia 22 (10,3%). En la UFISS el destino final fue: Unidades de convalecencia 646 (70,4%); domicilio 150 (16,3%); residencia 20 (2,2%) y éxitus 68 (7,4%).

Conclusiones: La patología de los aparatos cardiovascular y respiratorio constituyen la demanda más importante de la unidad de geriatría. No observamos diferencias en los índices de dependencia entre los pacientes de la UFISS i de la UGA. Los pacientes atendidos en la UGA son de edad más avanzada. El grado de dependencia al ingreso no mostró diferencias significativas, pero si que hubo menor deterioro funcional durante el ingreso en los pacientes de la UGA. Respecto al destino, por las características de nuestra unidad los pacientes valorados por la UFISS son remitidos mayoritariamente a centro sociosanitarios, a diferencia de los pacientes de la UGA, que al alta vuelven a su domicilio o a su residencia geriátrica.

MMSE Y TEST DE CONCEPTOS BÁSICOS ERGONÓMICO

(TCBE): DOS INSTRUMENTOS ÚTILES EN DETECCIÓN DE LA DEMENCIA

M. Boronat Martín¹, R. López Mongil¹, J.A. Alonso Bravo¹, X. González González², M.P. Redondo del Río³ y J.A. López Trigo⁴
¹Centro Asistencial Dr. Villacián, Valladolid, ²Residencia Cardenal Marcelo, ³Dietética Universidad de Valladolid, ⁴Memoria Ayuntamiento de Málaga.

Objetivo: Evaluar la capacidad cognitiva de los ancianos de dos centros residenciales (Cardenal Marcelo (CM) y Villacián (V) incorporando un nuevo instrumento de medición, correlacionándolo con el MMSE.

Método: Se estudian 174 residentes (99 pertenecen a una residencia mixta y 75 a una asistida) utilizando MMSE y TCBE. Se analiza la edad, y se clasifica la demencia en leve (puntuación MMSE: 19-23), moderada (10-18), grave (1-9). Se incorpora el TBCE que utiliza 25 preguntas en las que se solicita al residente que señale la respuesta correcta entre tres dibujos por cada concepto evaluado. Se exploran: memoria, orientación, tiempo y espacio, atención, concentración, habilidades visuoconstructivas, pensamiento abstracto, comprensión y praxias. Se procesan los datos mediante paquete estadísticos SPSS 14,0. La normalidad de las variables se estudia con el test de Kolmogorov. Las variables paramétricas se describen como media e intervalo de confianza (IC), las no paramétricas con la mediana y percentiles (P25-P75) y las categóricas a partir del análisis de las frecuencias. El análisis de las correlaciones se realiza con el test de Pearson (paramétricas), Spearman (no paramétricas) y chi-cuadrado para las categóricas. La significación se alcanza con una $p < 0,005$.

Resultados: Mujeres: 96, edad media: 82,51 años. Hombres: 78, edad media: 78,21. Del total muestral el 26,4% de los residentes presentan demencia leve (edad media 79,89), el 31,6% moderada (edad media 81,15) y el 8% demencia grave 8% (edad media: 82,71). Los valores resultantes en CM para TCBE son 21 (18-23) y en MMSE 21

(15-25). En V: TCBE 19 (12-22) y en MMSE 20 (12-25). La correlación entre MMSE- TCBE se considera estadísticamente significativa ($p < 0,05$).

Conclusiones: Un 66% de los residentes presentan deterioro cognitivo/demencia. El TCBE puede ser un método práctico a utilizar en el examen de funciones cognitivas en ancianos, por correlacionar con el MMSE y sus características: fácil aplicación y no estar influido por aspectos culturales o educativos. Además, permite comparar los dos grupos residenciales.

DOLOR Y DESACONDICIONAMIENTO: PROBLEMAS ASOCIADOS A LA MEDICINA GERIÁTRICA

G. De La Cruz González¹, R. López Mongil¹, T. Sánchez Vicente², M.P. Redondo del Río³, L. Alonso Rodríguez² y M. García García¹

¹Centro Asistencial Dr. Villacán, Valladolid, ²Residencia Cardenal Marcelo,

³Dietética Universidad de Valladolid.

Objetivos: El anciano tiene una concepción distinta del dolor. Este trabajo pretende conocer la presencia de dolor en ancianos de dos centros residenciales de diferentes características y determinar si existe correlación entre la presencia de dolor y síndrome de desacondicionamiento (SD).

Métodos: Se realizan encuestas a 310 residentes evaluando la presencia de dolor así como el desacondicionamiento (SD), entendido como un problema geriátrico que resulta de la inactividad, reposo en cama o estilos de vida sedentarios. Se propone que existe SD con puntuaciones de 4 o superiores en la evaluación de 4 actividades básicas de la vida diaria: caminar, transferencias (silla/cama), subir y bajar escaleras e ir al servicio o uso del retrete. Cada una puntuía: 0: autónomo; 1: con ayuda; 2: dependiente. La puntuación total se obtiene con la suma de la obtenida en cada una de las 4. Los datos se procesan con el paquete estadístico SPSS 14.0. Se realiza un análisis descriptivo de las variables. Se aplica el test de Kolmogorov para estudiar la normalidad de las variables cuantitativas. Los resultados se expresan como media e intervalo de confianza (IC 95%) en el caso de las variables cuantitativas y como porcentaje las categóricas. Se aplica el coeficiente de correlación de Pearson para variables paramétricas y el de Spearman para no paramétricas. La relación entre variables categóricas se estudia con el test de chi-cuadrado.

Resultados: Se analizan 310 residentes, de los que 185 son mujeres (M) (60,3%). Edad Media: 83,49 años (82,17-84,66). Hombres (H): 79,92 años (78,24-81,61). Del total muestral, el 28,4% presenta dolor, 11,9% otras quejas y no refiere dolor el 51,6%. No contesta: 8,1%. La presencia de dolor es mayor en mujeres (38% del total de mujeres versus 13,8% en varones). El SD lo presentan un 38,7% de los residentes; CM: 28,5% y en V: 56,6%. El SD aparece en 83M (44,4%) y en 37 H (30,1%). La correlación entre dolor y desacondicionamiento es estadísticamente significativa ($p < 0,005$).

Conclusiones: El dolor interfiere con la función, la movilidad y el SD. Debe evaluarse tanto la aparición de dolor agudo como la exacerbación de dolor crónico y considerarlo como un problema importante, especialmente en mujeres por su alta prevalencia y por su relación con el SD, aportando valiosa información de interés para la dependencia en residencias de ancianos.

EFICACIA DE LA INTERVENCIÓN PSICOEDUCATIVA EN LA SOBRECARGA DE LOS CUIDADORES DE PACIENTES CON DEMENCIA

M. Nicolau Torroella¹, E. Barranco Rubia¹, S. Ariño Blasco¹ y M. Granollers²

¹Servicio Geriátrico. Fundació Hospital, Asil Granollers, ²Hospital de día Sant Jordi.

Introducción. El 65% de los familiares que cuidan directamente al enfermo con demencia sufrirán cambios sustanciales en sus vidas y una importante merma de su salud física o psíquica. En el presente trabajo se plantea estudiar como la información y formación de los cuidadores a través de la realización de cursos psicoeducativos puede o no ayudar a disminuir la sobrecarga percibida y dotarles de estrategias para prevenir o afrontar el síndrome de Burn-out.

Material y método: Estudio descriptivo de intervención, no controlado, donde se realizan talleres psicoeducativos en un grupo de cuidadores de pacientes con demencia. Ámbito de estudio es un Hospital de Día del área de Granollers durante los años 2005-2006. La varia-

ble principal es la puntuación total en la escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit. Se describen las características básicas de pacientes y cuidadores y se analizan las hipótesis a través de estadísticos de pruebas no paramétricas utilizando el test de Wilcoxon para datos apareados y el test de Mann and Whitney para comparación de medias de muestras independientes. Utilización paquete estadísticos SPSS v11.0

Resultados: Se incluyeron 26 pacientes con diagnóstico de demencia observando predominio de sexo femenino 16 (62%), diagnóstico de DSTA en 10 (39%) e índice de Barthel de 95 (85-100) 25-75. El cónyuge en el 58% de los casos se constituye como cuidador principal con un promedio de edad de 60 años y rango intercuartil (50-71). El índice de sobrecarga del cuidador mediante la escala Zarit antes y después de la intervención fue de 60 (52-72) y 62 (49-65) respectivamente sin apreciarse diferencias estadísticamente significativas ($Z = -1,253$ y $p = 0,210$ en el Test de Wilcoxon).

Conclusión: En nuestro estudio, al igual que en la literatura actual, las intervenciones psicoeducativas no parecen mostrar ninguna influencia en la sobrecarga del cuidador.

ESTRÉS, ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN LOS ANCIANOS HOSPITALIZADOS EN CENTROS SOCIOSANITARIOS

C. Mas Tous¹, M. Medinas Amorós², C. Alorda Quetglas¹ y B. Martín López¹

¹Universidad de Las Islas Baleares, ²Hospital Joan March, Bunyola, Mallorca.

El potencial iatrogénico de la hospitalización es un fenómeno conocido desde hace más de 50 años. Cada individuo reacciona de manera diferente tras ser ingresado en un hospital, dependiendo de la naturaleza de la enfermedad, de su personalidad, de la situación vital en la que se encuentre y de la edad y experiencia previas. El uso frecuente de los servicios hospitalarios por las personas mayores los expone a sus consecuencias adversas debidas a la hospitalización, muchas de las cuales no están relacionadas con la enfermedad de ingreso sino con los efectos adversos de los tratamientos y de la práctica hospitalaria. El objetivo del presente estudio ha sido evaluar la presencia de reacciones de estrés, ansiedad y/o depresión en un grupo de $n = 35$ pacientes ancianos con una media de edad de 74,25 años, hospitalizados durante 2 semanas en un centro sociosanitario de media estancia. Para su evaluación se administraron los siguientes cuestionarios: la Escala de Estresores Hospitalarios (Hospital stress Rating Scale, HSRS) y la escala de Ansiedad y Depresión hospitalarias (Hospital Anxiety and Depression Scales, HADS). Nuestros resultados muestran que los pacientes ancianos presentan un bajo nivel de estrés en casi todas las subescalas del HSRS, excepto en las relacionadas con el cambio de hábitos ($m = 31,05$), la pérdida de control sobre el ambiente ($m = 22,28$) y la pérdida de intimidad ($m = 20,25$), en las que las puntuaciones son altas. En la escala HADS, los pacientes mostraron niveles bajos de ansiedad ($m = 7,60$), pero grados moderados de depresión ($m = 8,10$). En conclusión, los pacientes mayores ingresados en centros hospitalarios de media estancia probablemente experimenten menores efectos psicológicos adversos que la población más joven, por lo que, para su estudio futuro, deberá tenerse en cuenta la interacción con otros factores (experiencia previa, grado de dependencia, apoyo social, etc.) que podrían atenuar los efectos negativos de la hospitalización.

DETERIORO DE LA DEGLUCIÓN EN EL ANCIANO. UN PROBLEMA A DETECTAR. UN PROBLEMA QUE CUIDAR

C. Gracia Bernal, S. García, I. Consuegra, A. Pujula, F. Cañellas y F. Vidal

Hospital General de Mallorca.

Uno de los problemas que nos podemos encontrar en las personas mayores y que puede llegar a generar no solo un empeoramiento en la calidad de vida sino exponerse a complicaciones graves en la salud de los pacientes geriátricos son los trastornos en la deglución. En pacientes institucionalizados la incidencia varía del 30-40%, sobre todo en aquellos que padecen deterioro cognitivo, o secuelas de enfermedad vascular cerebral (la incidencia oscila entre 25-50% en estos pacientes). El tratamiento de la disfagia tendrá como objetivo principal, alimentar al paciente y prevenir la aspiración. Ante la ausencia de logopeda, los cuidados y tratamiento pasan a ser administrados por el equipo de enfermería, con la participación de la familia,

a fin de aprender y utilizar técnicas sencillas, encaminadas a evitar la aspiración y facilitar la deglución, por lo tanto, mejorar la alimentación.

Objetivo: Dar a conocer el procedimiento de detección y actuación ante el paciente que presente trastornos en la deglución, llevado a cabo por el personal de enfermería de una unidad de Ictus.

Material y metodología: Mediante una exposición gráfica se documentan aquellos pasos a dar en todo el proceso de cuidados ante un paciente que presente deterioro en la deglución.

Resultados: Mejora de la calidad de vida y disminuir las complicaciones para los mayores que presentan trastorno de la deglución.

APORTACIONES A LA ATENCION RESIDENCIAL DE LA INCORPORACION DE UNA HERRAMIENTA ESTANDARIZADA PARA LA VALORACION Y CLASIFICACION DE USUARIOS EN UN CENTRO GERONTOLOGICO

I. Pérez de Mendiguren, M.I. Genua Goena, F.J. Leturia Aráosla, I. Iturrioz, A. Alzelay y C. Hernández
Fundación Matia, San Sebastián.

Objetivo: Identificar ítems de la herramienta de valoración RAI SP no contenidos en la valoración integral utilizada en el centro gerontológico de Fraisoro gestionado por Fundación Matia., implantarlos y utilizar la clasificación RUG derivada para el establecimiento de objetivos. Incorporar asimismo la nueva información recogida para mejorar el plan de cuidados

Material y métodos: Por indicación del Departamento de Política Social de la Diputación Foral de Guipuzkoa, el centro gerontológico Fraisoro de Zizurkil que cuenta con 88 residentes, de los cuales un 40,9% son psicogeriatricos, un 48,86% grandes dependientes y un 6,81% dependientes incorpora la herramienta RAI screening plus (modificada de la de atención domiciliaria) dentro de su valoración integral a los residentes utilizada para el conocimiento de sus diagnósticos y problemas, dependencias y riesgos. De la aplicación de dic ha valoración se obtienen los grupos de clasificación RUG que se incorporan en el centro para la revisión de los objetivos generales de atención a sus residentes. Tanto esta clasificación como la nueva información obtenida se utiliza para la revisión del plan de cuidados individualizado La edad media de los residentes es de 79,95 años, con un porcentaje de mujeres del 63,63

Resultados: La incorporación de la herramienta RAI SP supone la recogida de información de algunos ítems no recogidos en la valoración integral previa del residente básicamente relacionados con incidencias diarias. Estas incidencias si se encontraban en el parte diario de auxiliares. Se crea en el sistema de información existente una unión entre el parte y las incidencias diarias con el expediente del residente A partir de la valoración integral enriquecida con los parámetros exigidos por el RAI SP, se realiza esta valoración obteniéndose los grupos RUG consiguientes Se comparan los RUG obtenidos con la clasificación previa obtenida con la escala SAKONTZEN previamente utilizada y que clasificaba en dependientes, grandes dependientes y sicogeriatricos y se revisan los objetivos de todos los residentes así como los planes de cuidados Se pasa una encuesta al equipo interdisciplinar con el fin de conocer la satisfacción con la información obtenida respecto la previamente utilizada así como la carga de trabajo que esta estrategia ha supuesto.

Conclusiones: La incorporación de la herramienta RAI SP/RUG como complemento de la valoración integral utilizada en Fraisoro (de Fundación Matia) aporta ventajas importantes en comparación con el trabajo que supone El equipo interdisciplinar valora importantemente las mejoras incorporadas por esta incorporación en el trabajo diario Se mira la diferencia en los resultados en los residentes en próxima evaluación del proceso de atención residencial

TRATAMIENTO DOMICILIARIO DE LA PIELONEFRITIS AGUDA EN PERSONAS MAYORES DE 60 AÑOS

M. Mirón Rubio¹, J.A. Spuch Sánchez¹, L. Florit Serra¹, S. Hernández Toboso², G. García Pardo¹ y J. Colom de Ossó¹
¹Hospital Universitario de Tarragona Joan XXIII, ²Hospital Comarcal del Alt Penedès.

Introducción y objetivo: Las personas mayores presentan mayor susceptibilidad a contraer infecciones debido al deterioro de los mecanismos de defensa frente a la infección que conlleva la edad. Ade-

más, en este grupo de población, también son más frecuentes las infecciones por microorganismos poco habituales. Como consecuencia muchas de estos procesos requieren un tratamiento especializado. En el caso de la pielonefritis aguda (PNA) el manejo habitualmente recomendado para las personas de más de 60 o 65 años consiste en el ingreso hospitalario y la administración de antibióticos por vía intravenosa en las fases iniciales de la enfermedad. Sin embargo, la posibilidad que ofrece la hospitalización a domicilio (HaD) de aplicar ciertos procedimientos de rango hospitalario fuera del hospital podría evitar alguno de esos ingresos. Desafortunadamente, los escasos trabajos disponibles sobre el manejo de la PNA en HaD no incluyen a personas mayores o éstas no son objeto de un análisis detallado. El propósito de este trabajo es analizar el resultado del tratamiento de la PNA en pacientes de más de 60 años atendidos en régimen de hospitalización a domicilio sin ingreso hospitalario previo.

Metodología: Se analizaron de manera prospectiva los episodios de pielonefritis aguda procedentes de urgencias atendidos en nuestra unidad entre enero de 2003 y diciembre de 2006. Durante el periodo de inclusión se recibieron 145 solicitudes. Se rechazaron 27 pacientes que no cumplían los criterios de admisión comúnmente aceptados para hospitalización a domicilio. De los 118 restantes, 25 eran personas de más de 60 años, que constituyen el grupo de estudio. Análisis estadístico: la descripción de los datos se ha efectuado mediante media y desviación estándar (DE) para variables cuantitativas y frecuencias absolutas y relativas para variables categóricas.

Resultados: De los 25 pacientes, 10 eran varones. La edad media fue 72,8 años (máximo 91, mínimo 62, DE 8,1). Factores de riesgo: anomalidades anatómicas 3, cateterización previa 1, episodios previos de PNA 2, hipertrofia benigna de próstata 4, tratamiento inmunosupresor 3, nefrolitiasis no obstructiva 3, progresión de infección urinaria de vías bajas 4, incontinencia urinaria 1, infecciones urinarias de repetición 1, hospitalización reciente 1. La temperatura media máxima registrada fue de 38,2 °C (máximo 39,6, mínimo 37,1) y el recuento leucocitario medio de 11,7 x 109/L (máximo 22,9, mínimo 3,5, DE 5,2). En dieciocho pacientes (72%) creció E. coli en el urocultivo, en uno E. Aerogenes, en uno K. pneumoniaa, en uno P. Aeruginosa y en cuatro el urocultivo fue negativo por la presencia de antibiótico. Nueve pacientes (36%) presentaron bacteriemia. Veintidós pacientes (88%) se trataron empíricamente con ceftriaxona, dos con ciprofloxacin y uno con ertapenem. La duración media del tratamiento intravenoso fue de 3,56 días (máximo 5, mínimo 1, DE 1) y de la fiebre ($T^a > 37$ °C) 2 días. La estancia media fue de 7,1 días (máximo 13, mínimo 4, DE 2,23). Al final del episodio veinticuatro pacientes (96%) presentaban curación o mejoría de la PNA. Sólo 2 pacientes tuvieron que retornar al hospital. Uno por choque séptico (retorno relacionado) y otro por un accidente vascular cerebral (retorno no relacionado). Al mes de seguimiento veintiún pacientes estaban asintomáticos (84%, incluyendo al paciente con choque séptico), dos presentaban recidiva de la infección y dos no siguieron controles. No hubo reingresos en el seguimiento a los 30 días.

Conclusiones: La hospitalización a domicilio permite evitar el ingreso hospitalario en grupo seleccionado de pacientes de más de 60 años con pielonefritis aguda. Los datos que presentamos muestran una alta tasa de curaciones y un reducido número de retornos hospitalarios siguiendo este modelo asistencial.

AJUSTE FARMACOLÓGICO EN ANCIANOS ATENDIDOS POR UN PROGRAMA MULTIDISCIPLINARIO DE ATENCION GERIATRICA EN UN AREA RURAL

I. Bueno Martín¹, M. Domínguez Lopez¹, P. Fábregat Povill¹, C. Muñoz Romero¹, E. Martínez Almazan¹ y J.A. García Navarro²

¹Hospital de la Santa Creu, Tortosa, ²Hospital Sant Joan de Reus.

Objetivo: Métodos: Estudio de intervención prospectivo no controlado. Se recogieron datos demográficos, clínicos, funcionales y mentales al ingreso, 3 y 6 meses mediante valoración por equipo PADES. Posterior valoración por equipo de rehabilitación e inclusión en el centro de día si se consideraba adecuado. Análisis estadístico: comparación de proporciones (X^2) y medias (T de Student), regresión logística binaria.

Resultados: n = 92, 81 revisados a los 3 meses y 70a los 6 meses. Edad 79,11 ± 6,28; 59,8% hombres; 77% deterioro cognitivo; nº de diagnósticos 4,03 ± 1,78; patologías más frecuentes: 72% neurológica, 62% cardiovascular, 49% aparato locomotor. Análisis al ingreso: Barthel 72,14 ± 22,89; Lawton 1,66 ± 1,73.

10% precisan ingreso hospitalario en los primeros 3 meses, 8% entre el 4º y 6º mes. N° fármacos al ingreso $5,35 \pm 2,88$; 72% consumen más de 3 fármacos; BZD al ingreso 29%; otros psicofármacos 42%; un 24% presentan efectos secundarios farmacológicos en la primera valoración. Hay un descenso significativo en el consumo de BZD a los 3 meses ($p < 0,001$) y 6 meses ($p < 0,001$), de otros psicofármacos a los 3 meses ($p < 0,001$) y 6 meses ($p < 0,001$) y del n° total de fármacos a los 3 meses ($p < 0,05$), con una tendencia al descenso a los 6 meses ($p = 0,73$). 48% de los ancianos se seguían por PADES además de asistir al centro de día. Los enfermos seguidos por PADES presentan mayor edad: $81,14 \pm 6,5$ vs $77,25 \pm 5,49$ ($p < 0,05$) y menos incontinencia urinaria, no presentando diferencias significativas en el resto de datos funcionales y de comorbilidad. En el momento de la 1ª valoración presentan más efectos secundarios: 36% vs 13% ($p < 0,01$) y precisan más ajustes farmacológicos a los 3 meses ($p < 0,05$) y a los 6 meses ($p < 0,05$).

Conclusiones: La polifarmacia, el consumo de benzodiacepinas y otros psicotropos son altamente prevalentes en la muestra analizada. La intervención multidisciplinaria realizada favorece el descenso en consumo de psicotropos y otros fármacos. La detección de efectos adversos a fármacos se asocia a un mayor seguimiento por PADES.

LOS SÍNDROMES GERIÁTRICOS A UN SOLO CLICK

L. Carbonero de La Llave, J.R. Campos Domínguez, J.L. Gayoso Pardo, I. Sáez Izquierdo, J.C. Sacedo Gómez y M. Arroyo Zárate
Mapfre Quavita, Madrid.

En el momento en el que una persona mayor ingresa en uno de los Centros MAPFRE Quavita esta persona es valorada por los distintos Técnicos que forman parte del Equipo Interdisciplinario del Centro, buscando configurar cuanto antes un Plan de Cuidados Individualizado en base al cual dispensar todas las atenciones que necesite, unas atenciones ajustadas a la situación que el mayor presenta en su estado físico, funcional, psicológico y social. Es por tanto el Plan de Cuidados Individualizado el fruto final de la Valoración Geriátrica Integral, un proceso diagnóstico dinámico y estructurado que permite detectar y cuantificar los problemas, necesidades y capacidades de la persona mayor, y articular los cuidados necesarios a dispensar desde el Centro. Para realizar las distintas valoraciones, así como para el desarrollo y registro de otras muchas intervenciones, los profesionales en los Centros MAPFRE Quavita cuentan con un Sistema de Gestión informático, My Elder Care, cuya implantación surgió de la necesidad de controlar, revisar y mejorar la gestión y atención en los Centros residenciales. El presente estudio quiere presentar aquella parte de esta herramienta que facilita, con un solo click, el fruto de la valoración de la persona mayor, buscando facilitar que en un golpe de vista los profesionales conozcan los Síndromes Geriátricos presentes en el mayor. El Sistema cuenta, dentro del Plan de Atención Individualizado del usuario, con un bloque de Valoración donde pueden encontrarse todas las Escalas utilizadas por los Técnicos: Barthel, Katz, MEC, Pfeiffer, Test del Reloj, Get up and go... y al final, un apartado capaz de integrar la información de cada una de las Escalas y Test así como su evolución en el tiempo y una representación gráfica. Mediante esta exposición pretendemos mostrar la gran utilidad y precisión de esta herramienta, que nos proporciona un soporte informático con el que mejoraremos la gestión y el rendimiento de los procesos de trabajo del Centro, lo que supone un beneficio directo en la atención dispensada a los residentes, así como un valor añadido y una mejora en los procesos e intervenciones de los profesionales.

USO DE OPIOIDES EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE DEMENCIAS EN SITUACIÓN DE ÚLTIMOS DÍAS

M.P. Mercadal, M. Martínez, R. Beltrán, I. Cobos, I. Rojo y D. Corredor
Centres Assistencials Dr. Emili Mira i López, Badalona.

Introducción: Los pacientes con demencia avanzada requieren un adecuado control sintomático, mediante una atención integral y un plan de tratamiento consensuado con el cuidador principal, sin desestimar el riesgo de sobretratamiento en espera de predecir últimos días.

Objetivo: Revisar en historias clínicas de los pacientes diagnosticados de demencia que fueron éxitos entre el 2001 al 2006 en una uni-

dad de Larga Estancia de Psicogeriatría, la administración de opioides mayores, medidas de confort, síntomas más frecuentes y la intervención psicológica al cuidador principal.

Metodología: De los 62 paciente que fueron éxitos entre 01 enero-2001 a 31 diciembre-2006 se recogen los siguientes datos: demográficos (edad y sexo), diagnóstico principal y causa probable de éxitus. Escala de deterioro global (GDS), funcional (I. Barthel) y comorbilidad (I. Charlson) en los últimos 15 días. Inicio de opioides mayores. Vía y dosis de administración. Otros fármacos asociados. Síntomas descritos los últimos días. Consentimiento de la familia e intervención psicológica del cuidador principal.

Resultados: Total éxitos con diagnóstico de demencia: 62 pacientes. 65% mujeres. Edad media: 81 años. Diagnóstico principal: E. Alzheimer (46,7%), D. Vascular (37%), D. mixta (6,4%), D.C. Lewy (3,22%). FAST 7c o superior (71%), GDS: 6 (22,2%), GDS:5 (4,8%). I. Barthel 0 en un (88,8%), 5 en (7,38%). Media I. Charlson 5. Causa éxitus: respiratoria (40,3%), cardiovascular (30,6%), fallo multisistémico (17,1%) e insuficiencia renal Terminal (3,22%). Se administró opioides en 38 pacientes (61,2%). La morfina se administró en el 89% por vía subcutánea. La dosis para control sintomático: igual o menor de 12 mg/d en el 75%. Se inició por disnea severa en 60,5% y un 39,4% por dolor, con un promedio de 5,7 días antes del éxodo. Otros fármacos asociados: Escopolamina en un 52% y midazolam en 44% por vía sbc. Retirada gradual de tratamiento activo en el 94,7% de pacientes con opioides, frente al 37% sin opioides. Se constató consentimiento de la familia en 100% de los tratados con opioides, frente a los no tratados en un 54,1%. Se logró objetivos de confort en los pacientes tratados con opioides en un 78,8%. Se realizó intervención psicológica durante el ingreso en el 40% de cuidadores principales, de los cuales requirieron entrevistas terapéuticas individualizadas un 52% los últimos días y en un 32% seguimiento de duelo.

Conclusiones: El 76% de opioides mayores se administró en la última semana de vida. Bajas dosis de opioides suficientes para lograr objetivos de confort en últimos días. Necesidad de intervención psicológica del cuidador principal en un 40% y seguimiento de duelo en un 32%.

EL ACRÓNIMO TIME EN EL TRATAMIENTO DE UNAS HERIDAS POR DEHISCENCIA POST-QUIRÚRGICA EN UN BY-PASS FEMORAL INFECTADAS POR PROTEUS MIRABILIS

M. Bennasar Veny¹, M. Forteza², J. Pericas Beltran³, S. González Torrente¹ y S. Postigo Mota¹

¹Atención Primaria Mallorca, ²Departamento clínico Smith & Nephew,

³Universitat de les Illes Balears.

Introducción: Se presenta el caso de un paciente con una isquemia crónica grado IV en extremidades inferiores al que se le practica una angioplastia y revascularización femoro-distal y le realiza un by-pass de arteria femoral a arteria perineal con vena safena. El paciente viene derivado del hospital a nuestro centro de atención primaria con buena perfusión arterial pero presenta una dehiscencia post-quirúrgica infectada por *Proteus mirabilis*. Se decide como tratamiento local de las lesiones seguir las pautas del acrónimo TIME como aplicación práctica del concepto de «Preparación del Lecho de la Herida». La utilización del apósito de plata nanocrystalina se escoge por su eficacia y rapidez de actuación frente a la infección.

Tratamiento: Se pauta la aplicación de plata nanocrystalina con un apósito de alginato cálcico para controlar el exceso de exudado y un apósito hidrocelular para mantener un microclima de cura en ambiente húmedo y aislamiento. A causa de la cantidad de exudado y el protocolo de revisión de este tipo de heridos en nuestro centro se cambian los apósitos cada 24 o 48 horas.

Evolución/Resultados: En el transcurso de la primera semana ya se apreció una mejoría en el lecho de las lesiones, estando estas más limpias, desapareciendo los signos clínicos de infección y observándose una reducción importante del diámetro de la herida. Se decide cambiar a los 8 días el tratamiento y pautar colagenasa combinada con NaCl para acabar de limpiar la herida y favorecer los procesos de cicatrización.

Conclusiones: El resultado del tratamiento fue satisfactorio, se siguieron las pautas del concepto TIME de preparación del lecho de la herida, controlando la infección local con plata nanocrystalina, controlando el exudado con apósitos de alginato calcio y apósitos hidrocelulares y posteriormente a la eliminación de la infección, utilizando colagenasa con un hidrogel para favorecer la cicatrización.

¿QUÉ OPINAN SOBRE LA GERIATRÍA LOS ESTUDIANTES DE MEDICINA?

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

Introducción: La Geriatría como disciplina y especialidad carece de desarrollo homogéneo.

Objetivos: Aproximarnos a la opinión de los futuros médicos de nuestro entorno.

Método: Estudio descriptivo observacional. Realizamos una encuesta estructurada y voluntaria respondida por 71 alumnos (66%); planteando 4 preguntas dicotómicas, 2 con opciones cerradas y 5 preguntas abiertas sobre; ubicación actual de los geriatras; dónde deberían estar; cómo se forman; a quién va dirigida la especialidad y; prototipo de paciente que más se beneficiaría.

Resultados: La mayoría había oido hablar de la geriatría (88.7%), 39 la consideraban necesaria, 22 interesante, 7 innecesaria y 3 «una María». 4 la consideraban entre su 3 primeras opciones MIR (5,6%). 9 consideraban que no les podía aportar nada en el pregrado. 40 consideraban los contenidos implícitos en otras asignaturas y 30 no. 42 utilizarían la geriatría como primera opción para sus familiares, 12 geriatría y especialidades, 9 distintas especialidades, 2 medicina interna/geriatría, 1 atención primaria y 1 atención primaria y especialidades. Las 5 preguntas abiertas generaron múltiples respuestas agrupadas en 15 categorías para la (1), 28 para la (2), 26 para la (3), 26 para la (4) y 20 para la (5); destacando como resultados: escaso conocimiento en niveles asistenciales y ubicación de los geriatras, diversificación de opiniones sobre posible ubicación de los mismos y modo de formación, variabilidad terminológica en conceptos geriátricos y gerontológicos y buena aproximación a prototipo de paciente que más se beneficiaría de la geriatría.

Conclusiones: La mayoría de los alumnos de medicina de 5º curso de la UEX han oido hablar de la geriatría y la consideran necesaria o interesante. Una minoría considera que no les puede aportar nada en el pregrado o la elegiría entre las 3 primeras opciones MIR. El 42% considera los contenidos implícitos en otras asignaturas y el 56% no. La mayoría la utilizaría como primera opción para sus familiares. Es preciso clarificar en el pregrado conceptos sobre geriatría, gerontología, niveles asistenciales y formación en la especialidad.

COLOCACIÓN PRÓTESIS FEMORAL EN PACIENTE 76 A. CON BIAMPUTACIÓN SUPRACONDÍLEA. VENTAJAS ENCAJE FEMORAL DE CONTENCIÓN ISQUIÁTICA CAT-CAM Y SUSP. SILICONA SEAL-IN SIN DISPOSITIVO DE ANCLAJE (EFCI-SSIL). VS .ENCAJE FEMORAL CUADRANGULAR CONTACTO TOTAL CON APOYO ISQUIÁTICO Y ENCAJE DE SUCCIÓN (EFCCT-ES)

J.C. Rovira Pascual, E. Vila, R. Rosanas y H. Cortés
Hospital Sant Jaume de Manlleu.

Objetivo: Valorar colocación 2ª Prót. femoral varón 76 a. (2004) amput. Supracond. EID (EFCCT-ES), (2007) amput. Supracond. EIE Material y métodos: Portador EFCCT-ES des de 18 meses, con colocación y deambul. autónom. Amput. Reciente EIE plantea colocación 2ª prót. Rev bibl. confirma dificultad adaptación prót. Supracond. en pers. mayores y alta tasa fracaso que incrementa en 2ª prót. para ser funcional. Val.integral paciente buen estado, con determinación y tenacidad en recuperar funcionalidad para seguir deamb. autónoma. Prót. actual EFCCT-ES implica necesidad carga en bipedest. Para colocación y supone dificultad añadida. Para EIE se opta por EFCI-SSil; primero se toman medidas muñón para escoger talla y forma silicona. Esta lleva aro goma en tercio distal para asegurar suspensión. Una vez tenemos silicona, se procede cortarla y adaptar a muñón. Despues se toma molde sobre muñón con silicona puesta y se conforma encaje polipropileno prov. Se monta estructura, rodilla, y pié, y prueba paciente. Se alinean alturas y ejes y empieza caminar (en S. Rehab.)

Resultados: De provisional a definit. con aprendizaje, paciente tarda defenderse bien entre 2-3 meses. Al no llevar voladizo apoyo isquiático, no molesta al sentarse. Calzar prótesis es más sencillo y seguro, cuando el paciente ha colocado silicona (como media al revés) solo es necesario humedecer con gasa (alcohol y agua 50%) aro goma distal, colocar muñón dentro encaje, ponerse de pié, mantenerse en bipedest 10-15 »y caminar sin tocar válvula, dado que lleva sist. abertura y cierre automát. Que permite expulsión aire y succión.

Conclusiones: Más cómodo poner y quitar; no necesita ayuda y favorece mejor y rápido aprendizaje; silicona mantiene forma muñón, actúa como protector piel y reduce abandono prót. (menor esfuerzo y no ayuda externa). Contrapartida: Libro prestac. Ortopéd. actual Catalunya no contempla cobertura 100% coste sistema, por lo que desembolso económico importante del usuario. Por ello tendencia prescriptor indicar prót. cubierta sist. público, con más riesgo fraca- so utilización después alta y alargamiento periodo internamiento.

PERCEPCIÓN SUBJETIVA DE SALUD REFERIDA POR EL ANCIANO Y SU CUIDADOR Y RELACIÓN CON SITUACIÓN FUNCIONAL

C. Muñoz Romero, M. Domínguez López, P. Fabregat, J. María Miralles, I. Bueno y J.A. García Navarro
Hospital Santa Creu de Tortosa.

Objetivos: Análisis de la percepción de salud referida por el anciano y su cuidador. Relación de la valoración con los cambios funcionales del anciano tras acudir al centro de día.

Material y métodos: Estudio de intervención prospectivo no controlado. Se recogen datos demográficos, clínicos, funcionales, mentales y de percepción de salud.

Resultados: 74 enfermos, 65 revisados a los 3 meses y 56 a los 6 meses. Edad $79,59 \pm 6,38$; 56,8% hombres; 72% de privación sensorial, 59% incontinencia urinaria, 74% deterioro cognitivo, 73% polifarmacia; nº de diagnósticos $4,03 \pm 1,6$; 68% enfermedad neurológica, 65% cardiovascular, 44% aparato locomotor. Situación funcional al ingreso: Barthel $74,5 \pm 20,36$; Lawton $1,77 \pm 1,83$; Up & Go $32,09 \pm 33,29$; minimental $21,36 \pm 8$; Yesavage $4,93 \pm 2,56$. Pien- san que su salud es buena 41,9%, regular 44,6%, mala 13,5%. Hay relación significativa de la percepción de salud buena y tener menos de 4 diagnósticos ($p < 0,05$), no hay relación con la presencia de enfermedad cardiovascular, neurológica, de privación sensorial, incontinencia urinaria, depresión ni dependencia completa en AIVD. 69% de los ancianos piensan que han mejorado a los 6 meses. 66% de los cuidadores piensan que hay mejoría a los 6 meses. No hay relación entre la mejora referida por la familia y la mejora en las escalas funcionales. Hay relación entre la mejora referida por el anciano y mejora en Barthel, Lawton, Yesavage y Up & Go (R2 Cox y Snell 0,679).

Conclusiones: Alta comorbilidad y dependencia funcional en la muestra de ancianos analizada. Baja prevalencia de percepción mala de salud. Hay mayor concordancia entre la mejoría en las escalas funcionales y la mejoría referida por el enfermo que la mejoría referida por la familia.

ANÁLISIS CUALITATIVO DEL PERFIL DE LOS PACIENTES INGRESADOS EN UN HOSPITAL DE DÍA GERIÁTRICO

M.J. Oliver Ramón¹, L. Pol Bach-Jensen², E. Griñó Seguí², F. Alomar Jaquotot², I. Huertas Castro² y J.M. Villaverde Gonzalez^{1,2}

¹Hospital Universitario Son Dureta, Palma de Mallorca, ²Hospital de la Cruz Roja Española de Palma de Mallorca.

Objetivo: Describir a través de parámetros propios de la valoración geriátrica integral el perfil de los pacientes ingresados en un Hospital de Día Geriátrico.

Material y métodos: Revisión de la historia clínica de todos los pacientes ingresados en un Hospital de día durante sus primeros 27 meses de funcionamiento. Se ha registrado la edad y sexo, así como aquellas enfermedades y síndromes geriátricos prevalentes al ingreso para cada paciente. Se han recogido también aquellos síndromes geriátricos y enfermedades incidentes durante la estancia en el Hospital de Día. La relación de enfermedades se ha clasificado según la Clasificación Internacional de Enfermedades 9^a edición. Se han analizado: índice de Barthel basal y al ingreso, índice de Pfeiffer, parámetros de situación sociofamiliar, así como el número de fármacos por paciente.

Resultados: Durante los primeros 27 meses de funcionamiento del Hospital de Día Geriátrico se han aceptado según protocolo 203 pacientes derivados desde otros niveles asistenciales, de los cuales 19 no han ingresado por inestabilidad clínica o rechazo del propio paciente. Se han registrado 191 ingresos de los restantes 184 pacientes aceptados. La edad media de los pacientes ingresados ha sido de 78,58 años, siendo mujeres el 59,1%. Las enfermedades más

prevalentes por grupos han sido las del aparato circulatorio en un 69,10%, seguidas de trastornos mentales en un 57% y endocrinas (52,35%). Los síndromes geriátricos más prevalentes han sido los trastornos de la deambulación y caídas de repetición en un 40,83%. Las enfermedades y síndromes más frecuentemente diagnosticados como causa de ingreso e incidentales durante la estancia han sido los trastornos mentales (42,88) seguidos por las lesiones y envenenamientos (40,83%) y las enfermedades del sistema nervioso (30,36%). El síndrome geriátrico más frecuente al ingreso ha sido el de inmovilidad (67,1%). Los pacientes presentan una media de 6,84 enfermedades crónicas, y 2,33 entre agudas y complicaciones, por paciente, toman una media de 6,12 fármacos, tienen un Barthel basal medio de 86,01, y al ingreso 61,57, con un índice de Pfeiffer medio de 2,65. En un 44,94% de casos presentan una problemática social grave y en un 51,68% moderada.

Conclusiones: Los pacientes que ingresan en el Hospital de Día Geriátrico tienen una edad avanzada, y elevada comorbilidad y polifarmacia, presentan trastornos mentales y tendencia a la inmovilidad. Su grado de deterioro mental es moderado y presentan tendencia a la inmovilidad. La mayoría de pacientes presentan una problemática social relevante o grave.

PERFIL DEL ANCIANO ANTICOAGULADO VÍA ORAL EN LA RESIDENCIA

T. Marcellan Benavente, F. Cía Elía y A Ruiz de Gordoa
Casa de Misericordia, Pamplona.

Objetivo: Conocer el perfil del anciano que toma Sintrom en la residencia.

Material y método: Estudio descriptivo de corte transversal, de todos ancianos que viven en la residencia se analizan aquellos que toman Sintrom en febrero 2007. Variables analizadas: sexo, edad, indicación de anticoagulación oral, tiempo en meses de tratamiento, índice de Barthel y estado cognitivo.

Resultados: De 540 residentes toman Sintrom (6,67%), son varones 14 (38,9%). La edad media es de 81,94 (DE 6,47). El tiempo medio en tratamiento es de 37,8 meses (DE 31,7). Motivo de anticoagulación: fibrilación auricular 24 (66,7%), enfermedad tromboembólica 8 (22,2%), prótesis valvular 2 (5,6%), otras cardiopatías 2 (5,6%). El índice de Barthel es de 100 en 23 casos (63,9%) y de cero en un caso (2,8%). Tienen normalidad cognitiva 27 (75%), deterioro cognitivo 8 (22,2%) y demencia un caso (2,8%).

Conclusiones: El anciano con anticoagulación oral en la residencia es un octogenario con autonomía funcional y normalidad cognitiva. La indicación más frecuente es la fibrilación auricular.

EVOLUCIÓN FUNCIONAL TRAS REHABILITACIÓN EN UN CENTRO DE DÍA GERIÁTRICO EN UN ÁREA RURAL

M.O. Domínguez López¹, P. Fabregat Povill¹, P. Margalef Benaiges¹, E. Martínez Almazán¹, J.M. Miralles Subirats¹ y J.A. García Navarro²
¹Hospital de la Santa Creu de Tortosa, ²Grup Sagessa.

Objetivo: Evaluar la evolución funcional en un grupo de ancianos con dependencia moderada-severa tras la asistencia a un centro de día geriátrico ubicado en un área rural.

Métodos: Estudio de intervención prospectivo no controlado. Se recogieron datos demográficos, clínicos, funcionales y mentales al ingreso, 3 y 6 meses mediante valoración por equipo PADES. Posterior valoración por equipo de rehabilitación e inclusión en el centro de día si se consideraba adecuado. Análisis estadístico: comparación de proporciones (X2) y medias (T de Student), regresión logística binaria.

Resultados: n = 92, 81 revisados a los 3 meses y 70a los 6 meses. Edad 79,11 ± 6,2; 59,8% hombres; 71% de privación sensorial, 59% incontinencia urinaria, 77% deterioro cognitivo; n° de diagnósticos 4,03 ± 1,78; patologías más frecuentes: 72% neurológica, 62% cardiovascular, 49% aparato locomotor. Análisis al ingreso y 6 meses: Barthel 72,14 ± 22,89 vs 64,36 ± 31,32 (p < 0,05); Lawton 1,66 ± 1,73 vs 1,26 ± 1,83 (p < 0,05); Up & Go 25,96 ± 28,42 vs 22,62 ± 21,02 (p 0,43); minimental 22,62 ± 7,12 vs 19,88 ± 8,92 (p < 0,01); Yesavage 5,17 ± 2,3 vs 4,37 ± 2,96 (p = 0,63). N° fármacos: 5,36 ± 2,81 vs 4,89 ± 3,06 (p = 0,73). Análisis de factores predictores de mejoría funcional a los 6 meses: Baja relación de Barthel al ingreso con mejoría de Barthel (R2 Cox y Snell 0,19) y mejoría de Lawton (R2 Cox y Snell 0,29); la presencia de depresión, enfermedad psiquiátrica y deprivación sensorial

con la mejoría en minimental (R2 Cox y Snell 0,25); la edad, Barthel al ingreso, n° de diagnósticos, deprivación sensorial y descenso en n° de fármacos con la mejoría en Yesavage (R2 Cox y Snell 0,75).

Conclusiones: Alta prevalencia de pluripatología y de síndromes geriátricos en la población incluida en el centro de día. A pesar de la intervención se produce un deterioro estadísticamente significativo en el Barthel, Lawton y minimental a los 6 meses, sin que haya cambios significativos en Up & Go y Yesavage. Los datos funcionales y de comorbilidad al ingreso predicen mejor la mejoría en minimental e Yesavage que la mejoría en Barthel y Lawton obtenidos con nuestro programa.

INFLUENCIA EN LA CARGA DEL CUIDADOR DE LA ACTIVIDAD DE UN PROGRAMA MULTIDISCIPLINARIO DE ATENCIÓN GERIÁTRICA

P. Fabregat Povill¹, M.O. Domínguez López¹, P. Margalef Benaiges¹, C. Muñoz Romero¹, I. Bueno Martín¹ y J.A. García Navarro²

¹Hospital de la Santa Creu de Tortosa, ²Grup Sagessa.

Introducción: Programa multidisciplinario de atención geriátrica en colaboración con Atención Primaria, equipo de rehabilitación, equipo PADES y centro de día geriátrico con actividad rehabilitadora.

Objetivos: Análisis de la carga del cuidador de los ancianos incluidos en el programa al ingreso y tras la intervención.

Material y métodos: Estudio de intervención prospectivo no controlado. Se recogen datos demográficos, clínicos, funcionales, mentales y carga del cuidador al ingreso, 3 y 6 meses.

Resultados: 57 enfermos, 49 revisados a los 3 meses y 39 a los 6 meses. Edad 79,82 ± 6,78; 59,6% hombres; 70% de privación sensorial, 61% incontinencia urinaria, 72% deterioro cognitivo, 47% caídas; n° de diagnósticos 3,84 ± 1,5; patologías: 68% neurológica, 65% cardiovascular, 44% aparato locomotor. Situación funcional al ingreso: Barthel 69,47 ± 21,84; Lawton 1,54 ± 1,59; Up & Go 31,16 ± 34,48; minimental 20,50 ± 9; Yesavage 4,86 ± 2,72. Consumo de fármacos: 5,3 ± 2,48. 52% mejoran o mantienen el Barthel a los 6 meses; 38% mejoran o mantienen el Lawton; 50% mejoran el Yesavage; 62% mejoran el minimental; 28% disminuyen el consumo de fármacos. Carga del cuidador al ingreso: nada 14%, poca 14%, moderada 38,6%, mucha 29,8%, extremada 3,5%. 24% Mejoran en el grado de carga a los 6 meses. Piensan que no serán capaces de cuidar a su familiar más tiempo al ingreso: nunca 86%, rara vez 5,3%, algunas veces 3,5%, bastantes veces 0%, siempre 5,3%. Hay relación significativa entre la mejoría de carga y mejoría en Barthel, Lawton, Yesavage, minimental y percepción de mejoría de la movilidad por parte del cuidador (R2 Cox y Snell 0,65). La mejoría en Barthel, descenso en consumo de fármacos, ser capaz de deambular de forma autónoma, y la presencia de trastornos de conducta son predictores leves de la mejoría en el riesgo de claudicación del cuidador (R2 Cox y Snell 0,35).

Conclusiones: Alta comorbilidad y dependencia funcional en la muestra de ancianos analizada. La mejoría funcional obtenida se asocia a una disminución en la carga del cuidador y en el riesgo de claudicación en el cuidado.

LA INSUFICIENCIA CARDIACA EN EL ANCIANO PLURIPATOLOGICO INGRESADO EN UNA UNIDAD DE GERIATRÍA DE AGUDOS

O. Sabartés Fortuna, M.Á. Márquez Lorente, J. Gutiérrez Cebollera, M. Pi-Figueras Valls, E. Hernández y M. Arellano Pérez
Unidad de Geriatría de Agudos (UGA). Hospital del Mar, Barcelona.

Objetivos: Evaluar los factores pronósticos asociados al deterioro funcional de los pacientes ingresados en una Unidad de Geriatría de Agudos (UGA) cuyo diagnóstico principal de ingreso era la insuficiencia cardiaca (IC) y si existía un comportamiento diferente frente a los ancianos pluripatológicos ingresados en la misma unidad sin diagnóstico principal de IC.

Método: Estudio retrospectivo de pacientes ingresados de forma consecutiva en la UGA durante los años 2005 y 2006. Se estratificaron en dos cohortes: cohorte de pacientes que cumplen criterio de ingreso en la UGA y cuyo diagnóstico principal de ingreso fue IC (Coh. 1) y la cohorte que no presentaban como diagnóstico principal IC (Coh.2). Se analizó la situación funcional mediante el índice de Barthel (IB) (previo, al ingreso y al alta) el índice de Lawton (IL), situación cognitiva medida por Test de Pfeiffer (TP), comorbilidad asociada con índice de Charlson (ICh), riesgo social mediante la escala de

Gijón abreviada (EGA), antecedentes patológicos, presencia de síndromes geriátricos, destino al alta y reingreso a los tres meses y el destino tras el reingreso.

Resultados: Se analizan 1920 pacientes de los cuales 374 (19,4%), presentaban como diagnóstico principal de ingreso IC. La comparación de ambas cohortes muestra: 75,9 mujeres (Coh1) vs 63,5% Coh2 ($p < 0,001$), edad media de $85,7 \pm 6,0$ (coh1) vs $84,2 \pm 6,5$ ($p < 0,001$). La estancia media fue de 10,8 días vs 11,0 días. El análisis de la comorbilidad asociada sólo mostró diferencias significativas ante la existencia previa de cardiopatía: 20,6% vs 8,6% ($p < 0,001$). Los pacientes con IC presentaron una situación funcional previa con mayor IB al ingreso 57% vs 48% ($p < 0,001$) y un IL mayor 1,6% vs 1,3% ($p < 0,001$). EL IB alta fue mayor en los pacientes con IC con un $p < 0,0001$. La media del I Ch fue de ($p = 0,006$). La existencia de demencia en pacientes con IC fue del 31% vs 50,8% ($p < 0,001$). El trastorno de la marcha se presentó en el 60,2% vs el 50,7% ($p < 0,001$). La puntuación en la EGA presentó una media del 7,9 vs 8,1 (p no significativa). Al aplicar un análisis de regresión logística no se observaron diferencias significativas para éxitos en las dos cohortes. Si se observaron diferencias significativas para destino domicilio 75,1% vs 67,9% ($p = 0,006$), institucionalización 3,2% vs 6,3% ($p = 0,002$) y reingreso a los tres meses 25,9% vs 18,0% ($p = 0,001$). Las variables asociadas fueron: la presencia de polifarmacia (OR = 1,5), los días de estancia (OR = 0,691), test de Pfeiffer (OR = 0,93), la propia IC descompensada para destino domicilio y reingresos (OR = 1,4).

Conclusiones: Los pacientes que ingresan por IC son en mayor porcentaje mujeres. Se observa elevada comorbilidad y alta prevalencia de síndromes geriátricos, mostrando diferencias significativas ante la existencia de cardiopatía de base y trastorno de la marcha y polifarmacia. Los pacientes con IC presentaban mejor situación funcional previa y menor deterioro cognitivo. El ingreso por IC no supone mayor riesgo de éxitos comparando con aquéllos sin IC atendiendo al enfermo pluripatológico que ingresa en la UGA.5. El paciente con IC muestra un riesgo social de institucionalización similar en ambas cohortes. La existencia de polifarmacia, una estancia menor y la no existencia de deterioro cognitivo se asoció en pacientes con IC con una mayor probabilidad de retorno a domicilio. Una mayor estancia, la presencia de polifarmacia y la propia IC se asociaron a un mayor riesgo de reingreso a los tres meses.

ATENCIÓN AL FINAL DE LA VIDA EN RESIDENCIAS: ¿ES DIFERENTE A UN HOSPITAL DE MEDIA LARGA ESTANCIA?

F.J. Vinuesa Acosta¹, I. Rodenas², J. García Alemán¹, M.F. Linares Felipe³ y J.L. Pareja⁴

¹Unidad de Residencias. Distrito Metropolitano, Granada, ²Hospital San Rafael de Granada, ³Residencia San Cristóbal Grupo Sierra Nevada, ⁴Residencia Perpetuo Socorro Santa Fé de Granada.

Objetivos: Describir las últimas semanas de vida de los pacientes ingresados en residencia y comparar con pacientes que fallecen en un hospital de media larga estancia.

Metodología: Análisis retrospectivo de las historias clínicas de residentes fallecidos a lo largo del año 2006. Se analizan las siguientes variables: edad, sexo, días de estancia en residencia previo al fallecimiento, causa de la muerte, lugar del fallecimiento, tipo y nº de patologías previas (especialmente cáncer, demencia, enfermedad cerebrovascular, insuficiencia avanzada de órgano). Del mismo modo se analizan en tres cortes (al mes previo, a la semana previa y el día del fallecimiento) el nº de fármacos y determinados procedimientos, administración de morfínicos, antibioterapia, oxigenoterapia, sonda alimentación, cura de ulceras por presión, uso de vías periféricas (I.V., I. M., S.C.), sonda uretral, visitas a hospital y grado de dependencia (funcional y cognitiva)

Resultados y conclusiones: A fecha de resumen nos es imposible dar los datos totales de la comparación, si es de su interés los presentaríamos en el congreso

EVALUACIÓN DEL DOLOR EN PACIENTES CON DEMENCIA MODERADA A SEVERA INGRESADOS A UNA UNIDAD DE PSICOGERIATRÍA. FASE PRELIMINAR

J. Sastre¹, M. Budinich¹, P. Fuentes¹, V. Rebollo¹ y F. Pérez Rojas²

¹Unidad Neuropsicogeriatría. Centro Capredena La Florida, Santiago de Chile, ²Hospital Universitario de Getafe.

Objetivos: evaluar la presencia de dolor en pacientes con diagnóstico de demencia moderada a severa mediante uso de escala

PAINAD. Fase piloto para lograr un acercamiento al problema de dolor en pacientes con demencia y evaluar la factibilidad de protocolizar la evaluación del dolor en este grupo de pacientes. Tipo de estudio: Prospectivo longitudinal. Participantes: Pacientes con demencia moderada a severa ingresados a la unidad de Neuropsicogeriatría del Centro de Rehabilitación Capredena La Florida en el período comprendido entre el 1 de octubre y el 1 de noviembre 2006.

Método: Registro de variable demográficas, patologías crónicas y agudas, MMSE, Katz, Barthel, fármacos en uso, patrón de sueño. Evaluación diaria durante 7 días consecutivos mediante escala PAINAD a los pacientes que cumplieron con los diagnósticos de inclusión.

Pacientes con puntaje mayor a 5 fueron evaluados por médico tratante para identificar probable causa de dolor o patología intercurrente e indicación de analgesia apropiada para el paciente. Aplicación de la escala dos horas posterior a la administración de la medicación, estableciéndola por horario si se encontraba respuesta favorable en esa segunda evaluación. Seguimiento diario para evaluar evolución de los signos.

Resultados: Fueron evaluados 15 pacientes en forma diaria. 13 mujeres, 2 hombres. Edad promedio 79,2 años, 59% con diagnóstico Enfermedad de Alzheimer, 18% demencia mixta y 23% Demencia Vascular. La variable más frecuentemente alterada fue B. Puntaje máximo encontrado 7. Se encontró un paciente con dolor de acuerdo a escala el cual respondió a analgesia disminuyendo 5 puntos a las dos horas, posteriormente se mantuvo con analgesia y puntajes menores a 2. 12% de los pacientes tenía indicación de analgesia previa a intervención.

Conclusiones: La escala PAINAD es un elemento útil, de fácil y rápida aplicación que permite objetivar la presencia de dolor y la respuesta a la analgesia indicada en pacientes con demencia moderada a severa, grupo poblacional que se encuentra en aumento creciente y en el cual las escalas clásicas son poco aplicables. Es factible protocolizar su aplicación en el enfrentamiento de este tipo de pacientes.

EVALUACIÓN DE LA UTILIDAD DE LA CUMPLIMENTACIÓN DE UN PROTOCOLO DE CAÍDAS PARA DETECTAR SITUACIONES Y PACIENTES DE ALTO RIESGO, Y PREVENIR CAÍDAS EN UN CENTRO SOCIOSANITARIO

J. Baleztena Gurrea, M. Álvarez, V. Bañales, B. Pérez, A. Sánchez y M.T. Aldunate

Centro Gerontológico Amma Argaray, Pamplona.

Objetivo: Evaluar las caídas registradas mediante protocolo durante 3 meses. Detectar pacientes y situaciones de riesgo. Seleccionar la información relevante que debe recoger el protocolo. Mejorar la calidad de atención minimizando el riesgo de caídas.

Material y métodos: Estudio descriptivo. Se revisan protocolos de caídas entre Octubre y Diciembre de 2006 en un centro socio-sanitario con 140 residentes válidos y asistidos. El protocolo recoge factores de riesgo, medicación, características del residente, lugar y otras circunstancias relacionadas con las caídas, consecuencias de las mismas y propuestas de medidas para prevención de nuevos episodios. Fueron cumplimentados por enfermeras del centro.

Resultados: Detectamos 39 caídas. Pacientes y circunstancias: Edad media de los que las habían sufrido: 85,81. 26 (66,67%) en mujeres y 13 (33,33%) en varones. En 6 residentes fueron de repetición (2 caídas) y en 1 se produjeron cuatro. 13 (33,33%) se ocasionaron en residentes sin demencia, 11 (28,20%) en demencias moderadas, 9 (23,08%) en leves, y 6 (15,38%) en severas. 39 (100%) en polimedicados y bien adaptados al centro. 1 (2,56%) en un ingreso reciente (último mes). 13 (33,33%) en personas con déficit visual y 11 (28,20%) en el contexto de un estado confusional. 28 (71,79%) caídas en pacientes con inestabilidad. Lugar: 23 (58,98%) en habitación, 5 (12,82%) en pasillo, 4 (10,26%) en baño, 3 (7,69%) en comedor, 2 (5,13%) desde la cama, 1 (2,56%) en jardín y 1 (2,56%) en sala de estar. Causas: 19 (48,72%) inestabilidad, 7 (14,95%) resbalones, 6 (15,38%) tropiezos, 4 (10,26%) mareos, 2 (5,13%) desde la cama, 1 (2,56%) pérdida de conocimiento. Consecuencias: 3 fracturas (2 húmero y 1 fémur), 3 hematomas y 3 heridas. 1 se produjo por pérdida de conocimiento con posterior parada cardio-respiratoria con resultado de «éxitos». Las 29 restantes (74,36%) sin consecuencias. Atenciones sanitarias: 3 curas, 1 sutura, 1 ingreso con cirugía y 1 RCP. 3 precisaron rehabilitación. En 16 casos (41,02%) se hicieron propuestas para prevenir nuevos episodios.

Conclusiones: Los resultados revelan la importancia del problema por su frecuencia (21,43% de los residentes en 3 meses) y por sus consecuencias, ya que aunque en el 74,36% de las caídas no hubo lesiones, otras las tuvieron importantes. Viendo los resultados se justifica la importancia de contar con un buen sistema de recogida de datos de caídas protocolizado, que sea revisado periódicamente para ser útil en detectar pacientes y situaciones de riesgo y prevenir nuevos eventos. La calidad asistencial del centro mejora en prevención de caídas y consecuencias de las mismas.

Palabras clave: Caídas. Protocolo. Prevención

CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES ANCIANOS ATENDIDOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS DE UN HOSPITAL DE APOYO

A.M. Rodríguez Valcarce, A. Noriega Ortiz, M.A. Gandarillas Valle, A.R. Expósito Blanco y J.A. Martínez Ramírez
Hospital Santa Clotilde, Santander.

Objetivos: Describir el perfil de los pacientes ancianos atendidos en la Unidad de Cuidados Paliativos desde su creación en el año 2003.

Material y métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de todos los pacientes dados de alta en la Unidad de Cuidados Paliativos del Hospital Santa Clotilde a lo largo de los años 2003, 2004, 2005 y 2006. Se recogen parámetros sociodemográficos, clínicos, funcionales, psicológicos, y asistenciales.

Resultados: A lo largo de los 4 años de actividad se han dado de alta a un total de 636 pacientes. 79 enfermos tenían <65 años y 557 eran 65 años. En el grupo de ancianos la edad media era de 80,75 años, siendo varones el 50,27%, y mujeres el 49,73%. En cuanto al motivo de ingreso 271 (48,65%) eran pacientes oncológicos, con neoplasia digestiva (65 pacientes), tumor pulmonar (39 pacientes) y tumor metastásico (33 pacientes). 286 (51,35%) pacientes presentaban enfermedad terminal no oncológica, siendo la más frecuente la patología cerebrovascular (60), la patología neurodegenerativa (57), y la patología respiratoria (51). La estancia media ha sido de 35,22 días. El 79% de los pacientes presentaban un índice de Barthel < de 40 puntos, y un 54,76% presentaba algún grado de deterioro cognitivo al ingreso. Un 61,64% de los pacientes ha precisado opiáceos para control del dolor u otros síntomas.

Conclusiones: La mayor parte de los ancianos atendidos en nuestra unidad eran pacientes no oncológicos, con elevada edad media y predominio de las patologías cerebrovasculares y neurodegenerativas, con gran deterioro funcional y muchos de ellos con deterioro cognitivo lo que condiciona estancias medias más prolongadas. Se ve un aumento progresivo de los enfermos oncológicos siendo los más frecuentes los tumores digestivos, pulmonares y metastásicos. El empleo de opiáceos es común en estos pacientes.

Palabras clave: Hospital Geriátrico de Apoyo. Cuidados Paliativos. Anciano oncológico.

MEDIR LA DEPENDENCIA EN LOS CENTROS: ¿QUÉ MIDE EL BAREMO?

J.R. Campos Domínguez, J.L. Gayoso Pardo, J.C. Sacedo Gómez, L. Carbonero de la Llave y I. Sáez Izquierdo
Mapfre Quavita, Madrid.

El grado y niveles de dependencia que presente una persona mayor, a efectos de su valoración, se determinarán mediante la aplicación del baremo definido en el Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, a punto de ser publicado. El baremo establecerá los criterios objetivos de valoración del grado de autonomía de la persona mayor, de su capacidad para realizar las distintas actividades de la vida diaria, los intervalos de puntuación para cada uno de los grados y niveles de dependencia, y el protocolo con los procedimientos y técnicas a seguir, en su caso. El baremo valorará la capacidad de la persona para llevar a cabo por sí misma las actividades básicas de la vida diaria, así como la necesidad de apoyo y supervisión para su realización por personas con discapacidad intelectual o con enfermedad mental. La valoración de la dependencia de un usuario se viene realizando por los Equipos Técnicos en los Centros MAPFRE Quavita, además de otras valoraciones más específicas, en base a las cuales se decide sobre el nivel de dependencia de un usuario, y se ajusta su Plan de Cuidados. Ante la cercana implantación del baremo de la Ley, y teniendo en cuenta que

será en base a dicho baremo en función del cual los usuarios de nuestros Centros sean clasificados y les sea otorgado el Servicio o prestación correspondiente, nos planteamos si la «dependencia» que mide el baremo y la medida de la «dependencia» como se entiende en nuestros Centros, son medidas equivalentes, buscando así conocer, entre otros, si la clasificación que los Equipos de Valoración que trabajen con este baremo será finalmente una clasificación útil para desarrollar nuestro trabajo en el Centro, y ofrecer carteras de servicios ajustados a dicha valoración. Escogiendo muestras representativas de usuarios de nuestros Centros que presenten dependencia, medida tal y como la entendemos en función de la clasificación y valoraciones que se manejan en la herramienta de gestión informatizada de los Centros MAPFRE Quavita, buscaremos comparar dicha clasificación con la que se obtenga tras haber valorado a estos mismos usuarios con el baremo de la Ley, buscando concluir sobre las diferencias que entre ambas medidas puedan encontrarse, y los cambios a articular en la gestión de nuestros Centros, si resultara pertinente.

VALIDEZ DE LAS DETERMINACIONES DE UN SENSOR INERCIAL TORÁCICO PARA DETECTAR DESPLAZAMIENTOS LATERALES INVOLUNTARIOS DURANTE LA DEAMBULACIÓN

D. Pardo¹, M. Solana¹, C. Angulo¹, M. Díaz¹, A. Catalá¹
y A. Rodríguez-Molinero²

¹Universitat Politècnica de Catalunya (UPC), ²Fundació Hospital Comarcal Sant Antoni Abat, CETp.

Objetivos: Estudiar la validez de las determinaciones obtenidas con un único sensor inercial (inalámbrico) situado en cara anterior del tórax, para detectar una alteración del equilibrio (desplazamiento lateral involuntario) durante la deambulación. Este estudio se encuadra en los proyectos ADA y EMAME cuya finalidad es desarrollar un equipo para la monitorización ambulatoria de la marcha y el equilibrio de personas ancianas con fines diagnósticos

Método: Ocho individuos voluntarios sanos fueron objeto de estudio en un laboratorio de deambulación. Se colocó sobre el esternón de los participantes un sensor inercial capaz de medir aceleración en los tres ejes del espacio. Posteriormente los participantes ejecutaron un protocolo de movimiento basado en transferencias entre diversas actividades y posturas básicas (bipedestación, sedestación, decúbito, deambulación, recoger un objeto del suelo, ascenso y descenso de escaleras). Para producir una desviación involuntaria puntual de la trayectoria de la marcha, un investigador empujó lateralmente a los participantes durante una fase de deambulación del protocolo. Una filmación en vídeo fue utilizada como estándar de referencia para determinar los diversos movimientos de los participantes. Dos geriatras que fueron entrenados para interpretar la señal procedente del sensor y que eran ciegos para el estándar de referencia, determinaron en qué momentos los participantes experimentaron desequilibrio en función de las alteraciones observadas en la señal. Se calculó la sensibilidad y especificidad del juicio diagnóstico de estos geriatras. Se calculó la concordancia Kappa (Kappa) con el estándar de referencia y entre los dos geriatras.

Resultados: Los médicos analizaron 209 trasferencias y movimientos en total. De ellos 7 correspondían a desplazamientos laterales involuntarios (alteraciones de equilibrio). La sensibilidad del método descrito para la detección de un desplazamiento lateral involuntario fue del 92,9% y la especificidad fue de 97,5%. El índice de concordancia Kappa de los médicos con el estándar fue de 0,69 y entre ambos observadores fue de 0,68.

Conclusiones: Con un solo sensor inercial inalámbrico se puede distinguir un desplazamiento lateral involuntario de otras posturas y trasferencias frecuentes realizadas voluntariamente.

VALORACIÓN Y TRATAMIENTO DE PACIENTES CON ULCERAS POR PRESIÓN EN UN HOSPITAL DE DÍA GERIÁTRICO

M.J. Oliver Ramón¹, L. Pol Bach-Jensen², N. Moreno García², F. Alomar Jaquotot² y M. Maura Arbós²

¹Hospital Universitario Son Dureta, Marratxi, ²Hospital de la Cruz Roja Española de Palma.

Objetivo: Describir el diagnóstico y tratamiento de ulceras por presión en los pacientes ingresados en un Hospital de Día Geriátrico.

Material y método: Revisión de la historia clínica de todos los pacientes ingresados en un Hospital de día durante sus primeros 27

meses de funcionamiento. Se ha registrado la edad y sexo. Se han recogido el número, localización y grado de la lesión según la escala de Byrne. Se indica si ha presentado exudado y si se ha realizado cultivo. Se describen aquellas medidas preventivas y terapéuticas realizadas.

Resultados: De 191 ingresos registrados de 184 pacientes, con una edad media de 78,58 años, siendo mujeres el 59,1%, se han estudiado 73 ulceras por presión en 45 pacientes afectados. Tan solo 4 de las lesiones han aparecido durante el ingreso, siendo las 69 restantes prevalentes al ingreso. Respecto la escala de Byrne, 30 ulceras eran grado I, 24 de estadio II, 17 de estadio III, y 2 de estadio IV. 30 de las ulceras se han localizado en talones y 21 en sacro. La media de la escala de Norton ha sido 14,05. El porcentaje de pacientes con síndrome de inmovilidad y de incontinencia urinaria o fecal es del 67,1% y 329,5%. Se ha cultivado el exudado en 18 ulceras. Se ha realizado desbridamiento en 16 de las ulceras y se han usado apóstoles hidrocoloides en 23. Se han tomado medidas preventivas en todos los casos.

Conclusiones: Se aprecia una incidencia ajustada al riesgo de ulceras nuevas y una elevada prevalencia de ulceras al ingreso, en concordancia con la presencia de factores de riesgo.

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DEL DOLOR PERSISTENTE EN EL PACIENTE ADULTO MAYOR EN EL CENTRO GERIÁTRICO NAVAL. LIMA, PERÚ. 2007.

R. Flores Benites, D. Eskenazi y J.F. Parodi
Centro Médico Naval, Lima, Perú.

Resumen: El dolor es un síntoma frecuente en la práctica diaria. Gran cantidad de pacientes adultos mayores conviven con el dolor, asimilándose como parte del proceso de envejecimiento, disminuyendo así la calidad de vida. El presente trabajo muestra los resultados de un estudio de tipo descriptivo sobre el perfil del dolor persistente en el paciente adulto mayor que acude al Centro Geriátrico Naval de Lima-Perú, en el que se entrevistó a 186 pacientes identificando a 112 con algún tipo de dolor persistente. Se observó que el 38,8%, manifestó experimentar dolor de intensidad moderada y 50,4%, leve; asimismo, las regiones del cuerpo más afectadas fueron las rodillas (21,5%), cintura (15,7%), hombros (13,3%) y espalda (9,6%). El 79% de los encuestados, refirieron haber acudido de 1 a 5 veces, durante el último año, tanto al consultorio de geriatría como a otros consultorios, mientras el 32% refirió no haber asistido a consulta alguna; y el 14,4% de los encuestados refirió no utilizar medicamentos para paliar el dolor. Podemos concluir que el dolor persistente es frecuente en el paciente adulto mayor siendo casi el 50% de intensidad leve a moderada. Un porcentaje importante de pacientes no acude a consultorio alguno, conviviendo con el dolor.

Palabras clave: Dolor Persistente. Paciente Adulto Mayor.

APLICACIÓN DE LA METODOLOGÍA DE LA VALORACIÓN GERIÁTRICA INTEGRAL EN PERSONAS MENORES DE 65 AÑOS, UN INSTRUMENTO SENSIBLE

R.A. Jara López¹, V.H. Carrasco Meza¹, M.D. Castillo Solí¹, P.M. Calcina Can¹ y R.A. Solís Muñoz²

¹Sección Geriatría Hospital Clínico de la Universidad de Chile, ²Facultad de Ciencias Veterinarias y Pecuarias.

Introducción: La Geriatría nos enseña que los Adultos Mayores poseen patologías múltiples, complejas y atípicas. En ellas se incluyen el estado cognitivo, el estado de ánimo y el entorno social. La Valoración Geriátrica Integral (VGI) ha demostrado ser un instrumento exitoso para abordar sus problemas de salud. En personas más jóvenes, biológicamente similares, la metodología de la VGI podría ser un instrumento eficaz en la detección de problemas de salud, por esto, en este trabajo intentamos mostrar la utilidad de esta metodología en personas de edad menor a la considerada geriátrica.

Objetivo: Estudio transversal que intenta demostrar la utilidad de la metodología de la VGI en personas de edad menor a la atendida habitualmente en Geriatría, detectando problemas de salud en las áreas biomédica, mental, social y funcional.

Método: Se evaluaron 45 personas de ambos sexos (8 hombres y 37 mujeres), todos funcionarios de un Hospital de una localidad semirural San Agustín de La Ligua (Quinta Región, Chile), quienes se sometieron voluntariamente a una valoración similar a la VGI. Las edades

de estas personas estuvieron comprendidas en el rango de 22 a 64 años (44,17 ± 11,68 años). En ellas se detectaron problemas en las áreas: biomédica, mental, social y funcional. Se tomaron exámenes de laboratorio: Hemograma, perfil lipídico, glicemia, creatinina y orina completa.

Resultados: La metodología de la VGI permitió encontrar numerosos problemas de salud en el grupo estudiado. Destacaron por su alta prevalencia: Problemas Biomédicos: obesidad en distintos grados (33,3%) y sobrepeso (44,4%), dislipidemia (33,3%); hipertensión arterial (11,1%). Alteraciones osteomusculares: tenopatías (8,8%) y artrosis (26,6%). Problemas Mentales: Síndrome depresivo. (31,1%). Problemas Sociales: los de mayor prevalencia fueron: el endeudamiento en instituciones financieras (6,6%) y las enfermedades graves o discapacitantes de familiares directos (11,1%). Problemas Funcionales: Todas las personas evaluadas presentaron niveles de funcionalidad consideradas normales según las escalas empleadas en la VGI, aunque muchos evidenciaron problemas de que podrían generar discapacidad en etapas posteriores de su vida.

Conclusiones: Al igual que en los mayores, en los más jóvenes también se cumple que los problemas de salud biomédicos son acompañados de trastornos en las esferas mental, social y funcional. La metodología de la Valoración Geriátrica Integral detecta problemas de salud significativos en adultos menores de 65 años, es decir, patología sintomática, subclínica y factores de riesgo, susceptibles de intervención preventiva o terapéutica dirigidos individuos, o a grupos de personas. La VGI es un valioso instrumento desarrollado por la Geriatría, pero podría ser empleado exitosamente en toda la población adaptando sus escalas a la edad de los pacientes estudiados, mejorando significativamente la calidad de su salud.

Palabras Clave: Epidemiología. Prevención. Valoración Geriátrica Integral

EVALUACIÓN DE LA FUNCIÓN MUSCULAR EN ANCIANOS SANOS DE LA COMUNIDAD

F. Masanés Toran¹, A. Culla Ginesta¹, M. Navarro González², E. Secanella Mesequer¹, M. Navarro López¹ y A. López Soto¹

¹Hospital Clínic, Barcelona, ²CAP L'Eixample.

Objetivos: Evaluar el estado nutricional, la masa y fuerza muscular en una cohorte de ancianos sanos de la comunidad de la ciudad de Barcelona, para obtener parámetros de referencia propios y estudiar si presentan sarcopenia.

Material y métodos: Se evaluaron de forma prospectiva una serie de 50 ancianos sanos (entre 70-80 años) de la comunidad controlados en un centro de asistencia primaria con una capacidad funcional preservada (Índice Barthel > 90). Se analizaron los siguientes parámetros: estado nutricional (datos antropométricos y MNA), índice de masa corporal, la composición corporal (masa grasa, masa magra y masa muscular) y la fuerza muscular en brazo no dominante. La valoración de la composición corporal se realizó mediante análisis de bioimpedancia eléctrica con el aparato BIA 101 (RJL Systems) y la medición de fuerza muscular se realizó con dinamómetro validado (Lafayette M 01163). Se comparan los resultados obtenidos con los del estudio NHANES III.

Resultados: Se incluyeron un total de 24 hombres y 26 mujeres; con una edad media de 73,3 años (70-79). Ambos sexos presentaban un buen estado funcional (Índice Barthel medio 100), poca comorbilidad (Índice de Charlson 0,8 p.n.s.) junto a un estado nutricional bueno (puntuación media MNA 28,57 p.n.s.). En los varones el IMC fue 26,37 (22,06-31,44) Kg/m², la masa magra 52,06 (44-57,6) Kg (69%), la masa muscular 32,14 (26,6-36,9) Kg (43%) y la masa grasa 23,08 (18,8-32,2) Kg (31%) y la fuerza muscular 20,16 (16-23,2) Kg. En las mujeres el IMC fue 28,39 (23,46-39,35) Kg/m², la masa magra 42,75 (34-46,9) Kg (60%), la masa muscular 25,45 (21,2-33,7) Kg (38%), la masa grasa 27,47 (20,8-55,1) Kg (40%) y la fuerza muscular 13,84 (5,6-19,3) Kg. Tanto los valores de composición corporal como la fuerza muscular presentaban diferencias estadísticamente significativas entre ambos sexos ($p < 0,05$). Al comparar los resultados obtenidos con los del estudio NHANES III un 6% de las mujeres y un 7% de los varones presentaban sarcopenia de grado I y ninguno de grado II.

Conclusiones: Los ancianos estudiados presentan una función muscular preservada con diferencias significativas entre ambos sexos. A pesar de presentar dic ha función conservada un pequeño porcentaje de ellos presenta algún grado de sarcopenia. Dadas las caracterís-

ticas del grupo estudiado es de esperar que la prevalencia de sarcopenia en la población anciana general tenga mayor impacto. Los datos obtenidos en este estudio podrían establecerse como referencia para estudios posteriores de la función muscular en ancianos de nuestro entorno.

Financiado por beca FIS (PI050098)

CREACIÓN DE UNA GUÍA PRÁCTICA CLÍNICA EN LA PREVENCIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN

P. Cantín, M. Díaz, M.J. Vicente, P. Montero, B. Asensio y P. Aliaga
Hospital San José, Teruel.

Introducción: Las úlceras por presión (UPP) constituyen un grave problema de salud con gran repercusión individual, sanitaria y social, cuya incidencia es útil como marcador de calidad asistencial. En la prevención y tratamiento de las UPP no existe ningún método o sistema eficaz individualmente.

Objetivo: Unificación de la actuación en prevención de las UPP en un Hospital de la Red Sociosanitaria.

Metodología: Creación de una Comisión para el estudio de las úlceras por presión, que se encargó de: revisar y actualizar en protocolo existente en el centro, utilizando criterios basados en la evidencia científica; sistematizar la información mejorando el registro de actividades; estudiar medios disponibles y recursos necesarios, estableciendo una relación coste/beneficio adecuada; elaborar una herramienta de trabajo que facilitara un lenguaje común; unificar los criterios de actuación en prevención; informar al resto de profesionales del protocolo de actuación y de las características y aplicaciones de los productos seleccionados; crear una dinámica de trabajo en equipo multidisciplinario que permita la revisión y actualización periódica del protocolo.

Resultados: El trabajo de la Comisión ha permitido la implantación en el Hospital de un protocolo de profilaxis de UPP en el que se implican todos los profesionales del centro, que realizan: valoración geriátrica integral del paciente al ingreso (cuádruplo dinámica + nutricional + específica de factores de riesgo de UPP); planificación de cuidados en taxonomía NANDA, NOC, NIC, siguiendo las etapas del proceso de atención de enfermería para control y alivio de la causa; aplicación del protocolo de prevención; formación continuada; registro de las actuaciones y resultados; gestión de compras de nuevos productos para actualización de la guía por parte de enfermería.

Conclusiones: La Guía facilita el abordaje preventivo y terapéutico de las UPP y mejora la continuidad de los cuidados; la creación de la Comisión de UPP permite el establecimiento de un «protocolo dinámico» y la adecuación y gestión de los recursos por parte del equipo multidisciplinario; la Comisión y la Guía de Prevención de las UPP tienen como consecuencia una mejora en la calidad asistencial prestada al usuario y en las condiciones de trabajo de los profesionales sanitarios.

PROGRAMA DE CUIDADOS DE ORTOGERIATRÍA E ICTUS. ¿ES COMPATIBLE APLICARLOS EN UNA MISMA UNIDAD?

C. Gracia Bernal, A. Truyols, L. Vich, R. Maldonado, V. De Luna y D. Plaza
Hospital General de Mallorca.

Actualmente las necesidades asistenciales de la sociedad han ido variando hacia un nuevo tipo de atención sanitaria provocado principalmente por una población cada vez más mayor y más demandante de cuidados que favorezcan su calidad de vida. Las personas mayores involucradas en una unidad como la nuestra de Ortojeriatría e ictus precisan de esta atención y cuidados, aplicados mediante unos programas específicos en cada uno de ellos (Programa de Ortojeriatría y Programa de Ictus).

Objetivo: Valorar la compatibilidad de ambos programas (Programa de Ortojeriatría y Programa de Ictus) aplicados a los pacientes de nuestra unidad de Convalecencia y Rehabilitación que presentan alguna de estas patologías.

Materiales y metodología: Mediante una valoración integral, realizada a todos los pacientes de programa hospitalizados en nuestra unidad durante el año 2006, que comprende: valoración clínica, funcional, cognitiva y social y tras establecer un plan terapéutico multidisciplinario que comprende: tratamiento médico, plan de cuidados enfermero, medidas de rehabilitación, atención al cuidador y

orientación de los recursos sociales, se ha procedido a recoger medidas de eficacia/eficiencia

Resultados: Durante la estancia media de 39,3 días en la unidad, los pacientes con una media de edad de 76,4 años han presentado: Complicaciones: ICTUS: Infección respiratoria 11,5% ITU 21% ORTO: Infección respiratoria 13,7% ITU 25,2% Ganancia funcional (Barthel): ICTUS: 27,4 ORTO: 31,7 Institucionalización: ICTUS: 11% ORTO: 5% UPP: ICTUS: 1% ORTO: 0% Caídas con lesión: ICTUS: 0,5% ORTO: 0%.

Conclusiones: Los resultados obtenidos en la aplicación de ambos programas nos indican su compatibilidad al ser similares estos a los reseñados por otras unidades de Ortojeriatría o Ictus en la bibliografía.

PERFIL PACIENTES ANCIANOS CON DEMENCIA QUE ACUDEN A UNA CONSULTA EXTERNA DE GERIATRÍA

O. Sabartés Fortuna, M. Pi-Figueras Valls, M.Á. Márquez Llorente, J. Gutiérrez Cebollera, M. Garreta y M. Arellano Pérez
Hospital del Mar, Barcelona.

Objetivo: Identificar la población de pacientes que cumplen criterios de demencia, de cualquier etiología y que acuden a una consulta externa de geriatría (CCEE).

Material y método: análisis retrospectivo de los pacientes que acuden a una CCEE de geriatría con el diagnóstico de deterioro cognitivo. Se describen edad; sexo; variables sociodemográficas medias por estado civil, convivencia, tipo de cuidador y riesgo social por la escala de Gijón abreviada (EGA); situación cognitiva medida por Mini mental (MMSE), tipo de demencia y tratamiento anticolinesterásico; situación funcional previa medida por índice de Barthel (IB), índice de Lawton (IL); la comorbilidad asociada por el índice de Charlson (ICh); el número total de medicamentos, y los antecedentes de hipertensión (HTA), diabetes (DM), dislipemia (DL), insuficiencia cardíaca (IC), enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y neoplasia.

Resultados: Se analizan 60 pacientes, 81,67% mujeres y 18,33% varones, con una edad media de $82,22 \pm 5,5$ años. El 41,67% estaban casados, 41,67% viudos, 10,63% solteros. El 10% vive sólo con supervisión, 35% con pareja, 26,67% con hijos, 21,6% en residencia, 1,67% rotatorio. En sólo el 5% el cuidador principal era el propio paciente con supervisión, el 25% la pareja, el 31,67% los hijos, el 23,33% un profesional. El IB previo era de $65,4 \pm 25,1$, el IL $1,75 \pm 2,3$ y el MMSE $17,68 \pm 5,2$. Según tipo de demencia: 40% Alzheimer, 15% vascular, 26,67% mixta, y el resto otros. El diagnóstico previo de demencia fue realizado $12,67 \pm 14,7$ meses antes. Respecto al tratamiento con anticolinesterásicos: 6,67% con donepezilo, el 48,3% con galantamina, el 5% con rivastigmina, el 1,67% memantina, el 38,33% combinado. El 58,33% tomaba algún neuroléptico. Presentaron polifarmacia 56 (93,33%). La media del ICh fue de $1,83 \pm 1,1$. Como antecedentes se constató: 53,33% HTA, 28,33% DM, 31,67% DL, 20% IC, 35% EPOC y 10% algún tipo de neoplasia. Los pacientes con GDS 4-5 (71,6%) presentaron mayor prevalencia que con respecto al resto de GDS 6-7 (18,3%) con una $p < 0,001$. Se observó buena correlación entre los pacientes con demencia moderada grave (GDS 4-5) y presencia de edad elevada, polifarmacia y riesgo de institucionalización (EGA) ($r = 0,9$, $p < 0,001$).

Conclusiones: Los pacientes ancianos con demencia precisan de un cuidador principal independiente al propio paciente. Presentan una alta comorbilidad destacando importantes diferencias según la gravedad en criterios del GDS. La patología asociada se correlaciona con alta prevalencia de polifarmacia en esta tipología de pacientes y peor situación funcional previa. Los pacientes con demencia moderada-severa presentan mayor riesgo de institucionalización. Se observa una mayor prevalencia de pacientes con deterioro cognitivo con GDS 4-5.

APLICACIÓN DE UN MODELO DE VALORACIÓN ENFERMERA EN INCONTINENCIA URINARIA DE ANCIANOS INSTITUCIONALIZADOS EN EL DISTRITO SANITARIO METROPOLITANO DE GRANADA

F.J. Vinuesa Acosta, E. Vera Salmerón y S. Martín Sances
Unidad de Atención a Residencias Distrito Sanitario Metropolitano, Granada.

Objetivos: Mejorar la calidad asistencial de los mayores institucionalizados incontinentes con una adecuada valoración y plan de cuida-

dos enfermeros. Mejorar la eficiencia en el uso de absorbentes para incontinencia urinaria en mayores del Distrito Sanitario Metropolitano de Granada.

Método: Aplicar un modelo de valoración de incontinencia urinaria mediante aplicación de algoritmo de toma de decisiones en el que se incluyan medidas rehabilitadoras o reeducadoras en vez de paliativas o junto a las paliativas. Se realizó un programa informático que aplicado en residencias nos permita registrar y valorar sucesivamente a los usuarios. Analizar el consumo de absorbentes de las residencias ubicadas en nuestro distrito sanitario y analizar la satisfacción de los residentes

Resultados: La aplicación del protocolo de valoración se inició en una residencia de 180 plazas. En ésta, la prevalencia de incontinencia urinaria fue de 69,4% en 2005 y de 65,2% en 2006. El consumo de absorbentes se redujo en un 63, 29% en los de día y se incrementó el uso de pañales de noche un 11,04%. El costo obviamente se redujo. La satisfacción del residente se evaluó mediante técnicas cualitativas con entrevista a los que no presentaban deterioro cognitivo, frases como «en dos años es la primera vez que me llevan al baño» o «las llamo, pero están tan ocupadas que cuando vienen ya me lo he hecho encima».

Conclusiones: Aumento del número de residentes que eran llevados al servicio en vez de hacer sus necesidades en el pañal. Reducción en el consumo de pañales.

POLIETILENGLICOL EN LA IMPACTACIÓN FECAL EN PACIENTES ONCOLÓGICOS ANCIAOS

F.J. Pascual Pla¹, S. Fons Gosálvez¹, R. Bosca Mayans², S. Martín Utrilla², M. Vicente Benavente¹ y J.J. Ferrando Pastor¹

¹Fundación Instituto Valenciano de Oncología, Valencia, ²Hospital Francesc de Borja.

Objetivo: Valorar la eficacia y la tolerancia de la terapia oral con polietilenglicol (PEG) en pacientes oncológicos ancianos con impactación fecal, ya que el estreñimiento y la impactación fecal es la alteración intestinal más frecuente en los pacientes con cáncer.

Método: Se incluyó a 16 pacientes atendidos de urgencia con impactación fecal entre enero y diciembre de 2006. 9 eran mujeres, con una edad media de 68 años (rango 65-82). Los tumores más frecuentes fueron la mama en la mujer y la próstata en los varones. Criterios de inclusión: sin evacuación intestinal superior a 7 días; dolor abdominal; diarrea paradójica; trastornos hidroelectrolíticos; trastornos neurológicos; fármacos que facilitan el estreñimiento y heces de consistencia pétreas en ampolla rectal, confirmado por tacto rectal y radiografía abdominal. Criterios de exclusión: trastornos estructurales; encamamiento, movilidad limitada y acceso difícil al retrete y portadores de colostomía.

Resultados: Se formaron dos grupos (A y B) de 8 pacientes seleccionados de forma secuencial. Al grupo A, se le administraron 108 gramos (8 sobres de PEG) disueltos en un litro de agua a tomar en 6 horas al día y al grupo B, 81 gramos (6 sobres) a tomar en 4 horas al día. Se valoró la eficacia del tratamiento como la evacuación de una masa grande de heces y la desaparición o disminución de la masa fecal palpable en recto y visible en la radiografía abdominal. El grupo A, mejoró en 2 días (3 en 24 horas) y el grupo B, en 3 días (4 en 48 horas). Como efectos adversos se produjo dolor abdominal (7/16), borborigmos (3/16), tenesmo/urgencia e incontinencia (2/16) y vómitos en un paciente.

Conclusiones: El PEG administrado a dosis de 108 y 81 gramos en un litro de agua en 6 o 4 horas al día fue una terapia eficaz para la impactación fecal en pacientes oncológicos ancianos. En el tratamiento con PEG, resultó más barato y de menor duración la administración de 8 sobres frente a 6. Los efectos secundarios fueron tolerables frente al beneficio.

ACOMPAÑAMIENTO AMBULATORIAL CONTROLADO DE PACIENTES CON TRASTORNOS COGNITIVOS

M. Yassue Kimura Oka, G. Forte, L. Yumi Nakayama y C. De Paula Felipe

Hospital Da Cruz Azul, São Paulo, Brasil.

Presentar el ambulatorio de Trastornos Cognitivos del sector de Medicina Preventiva del Hospital da Cruz Azul de São Paulo, cuyo objetivo es la identificación precoz del diagnóstico, para tratamien-

to medicamentoso, actividades de rehabilitación cognitiva y soporte incluyendo la orientación a los cuidadores y familiares. Este ambulatorio se inició en febrero de 2004 y hasta el momento de la analice de los datos fueran incluidos 64 pacientes, de los cuales 36 aún mantenían el seguimiento. Las consultas son realizadas en un plazo máximo de 60 días y en este intervalo, los pacientes son monitoreados por teléfono. Entre los diagnósticos encontrados, 22 pacientes tenían Demencia de Alzheimer, 01 con Demencia de Pick, 01 con Meningioma Temporal, 04 con Demencia Mixta, 01 con Demencia Vascular y 04 con Trastorno Cognitivo Leve. De los pacientes que serían atendidos, 24 recibían la terapéutica con anticolinesterásicos. El programa de aulas para cuidadores está organizado en 04 palestras anuales con temas diversos relacionados a la demencia. La estimulación cognitiva es realizada con orientación de actividades para los pacientes y los cuidadores realizadas en 04 períodos anuales.

ATENDIMIENTO MULTIDISCIPLINAR AL PACIENTE CRÓNICO - UNA VISIÓN DE FUTURO

M. Yassue Kimura Oka, G. Forte, J. Silveira, R. Carlos A. Azevedo, L. Gerusa Orsina y D.A. Fonseca Gómez
Hospital Da Cruz Azul, São Paulo, Brasil.

Objetivos: El Programa de Medicina Preventiva del Hospital da Cruz Azul de São Paulo fue creado en octubre de 2000 visando al atendimiento ambulatorial humanizado al paciente portador de patologías crónico-degenerativas, tiendo en vista la necesidad de ofrecer soporte a través del equipo multidisciplinario al enfermo crónico y sus familiares. Con este abordaje es posible atender de manera individualizada, con una mayor adherencia al tratamiento propuesto, disminuyendo el número de descompensaciones de las enfermedades de base y de re-internaciones, posibilitando una mejor calidad de vida a este grupo.

Pacientes y métodos: El Ambulatorio ha comenzado en octubre de 2000, con la posibilidad de inclusión de hasta 400 pacientes. Los pacientes son direccionalmente después de que descompensaciones clínicas frecuentes con difícil manejo terapéutico, internaciones sucesivas, necesidad de múltiples visitas al Pronto Atendimiento o que portadores de enfermedades incapacitantes con limitaciones de orden clínica y de dependencia moderada a alta dependencia fueran detectados. Las consultas son realizadas en un plazo máximo de 60 días y en este intervalo los pacientes son controlados por la enfermera por teléfono.

Resultados: Fue posible observar una reducción en el número total de internaciones, así como en el total de días de internación. Como el atendimiento es controlado, la tasa de ausencias es pequeña y conseguimos un mayor vínculo en la relación médico-paciente.

Conclusión: Es posible concluir que el atendimiento controlado para los pacientes de alta complejidad disminuye el número de internaciones y su tiempo medio, promoviendo una mayor compensación de las enfermedades de base, con mayor adhesión al tratamiento, proporcionando al cliente la satisfacción, con el aumento en la calidad de vida y la reducción de costos.

UTILIDAD DE LA FÓRMULA DE CHUMLEA EN LA CLASIFICACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL ANCIAOS

M. Barceló Trias, M.T. Antonio Rebollo, I. Marina, O H. Torres Bonafonte, E. Francia Santamaría y D. Ruiz Hidalgo
Hospital de la Santa Creu i San Pau, Barcelona.

Muchos ancianos ingresados en diferentes tipos de Unidades de Geriatría no pueden ponerse de pie, lo que dificulta la aplicación de diferentes tests nutricionales tradicionales que incluyen todos ellos la talla y peso. Chumlea (Chumlea WC, Guo S, Roche AF, Steinbaugh ML. Prediction of body weight for the nonambulatory elderly from anthropometry. J Am Diet Assoc. 1988 May; 88(5):564-8) diseñó una fórmula que permitía mediante algunos datos antropométricos calcular el peso sin necesidad de la bipedestación.

$P = (CBx0,98) + (CCx1,27) + (PEx0,4) + (TRx0,87) - 62,35$ (mujeres) $P = (CBx1,73) + (CCx0,98) + (PEx0,37) + (TRx1,16) - 81,69$ (hombres).

Objetivo: Evaluar la utilidad de la fórmula de Chumlea en la clasificación del estado nutricional en ancianos ingresados en una Unidad de Post-Agudos.

Pacientes y metodología: Se trata de un estudio observacional prospectivo realizado en una Unidad de Post-Agudos de 38 camas y que se desarrolló durante 2 meses del año 2006. Se incluyeron todos los sujetos que aceptaron participar, que podían mantener la bipedestación y que podían responder las preguntas del Mini-Nutritional Assessment (MNA). Aquellos que tenían edemas fueron excluidos. Las variables nutricionales exploradas (por un mismo explorador M.B.) fueron: altura en bipedestación, peso, longitud talón-rodilla, circunferencia braquial, circunferencia de la pantorrilla y pliegue subescapular (Caliper®). Mediante la correlación de Pearson se compararon los pesos, IMC y MNA (forma convencional) con los pesos, IMC y MNA calculados con la fórmula de Chumlea. Por otra parte, considerando IMC inferior a 20 como desnutrición se comparó el número de sujetos que clasificaba el método convencional y el método de Chumlea.

Resultados: Se incluyeron 33 pacientes con una edad media de 82,88 años, 57,6% mujeres, un índice de Charlson de 1,88, índice de Barthel 87,07 y 33,3% vivían solos. 3 murieron durante el ingreso. Todos ingresaron por causa médica. La correlación de los pesos fue de 0,932 ($p = 0,0001$), la de los IMC fue de 0,922 ($p = 0,0001$) y la de los MNA de 0,987 ($p = 0,0001$). El IMC clasificó como desnutridos a 18 sujetos y el IMC Chumlea a 26 ($p = 0,002$).

Conclusiones: La fórmula de Chumlea es útil para el cálculo del peso, IMC y MNA en ancianos que no pueden ser tallados ni pesados. No obstante, debe tenerse en cuenta que el IMC calculado por este método puede sobrevalorar los ancianos con desnutrición.

EVALUACIÓN DE LOS PACIENTES INGRESADOS EN UNA UNIDAD DE GERIATRÍA

M.E. González Medina, F. Villanueva Pardo, J. Cavia Pardo, A. Salinas Barrionuevo, M.E. Cavia Pardo y J.Fr. García López
Unidad Geriatría Pabellón C. Complejo Hospitalario Carlos Haya, Málaga.

Introducción: El Hospital Civil dispone de una unidad con 16 camas para corta-media estancia que atiende las necesidades asistenciales geriátricas del Complejo Hospitalario Carlos Haya. Los pacientes ingresados proceden de los Servicios de Observación del Complejo Hospitalario y de trasladados internos de unidades de diversas especialidades

Objetivos: Determinar las características epidemiológicas de los pacientes ingresados en el servicio de geriatría del Hospital Civil de Málaga.

Material y métodos: Estudio descriptivo transversal de las historias clínicas de los pacientes ingresados durante un periodo de 6 meses (enero-junio 06).

Resultados: Total muestra: 159 pacientes. Edad media: 77,5. Sexo: 85 Hombres, 74 Mujeres. Estancia hospitalaria media: 10,95 días. Motivos ingreso: disnea 62 casos (38,9%), Deterioro general 15 (9,4%), transfusión 14 (8,8%), disminución nivel de conciencia 10 (6,2%). Escala Cruz Roja: Incapacidad física grado 5: 46 pacientes, incapacidad psíquica grado 5: 35 (diagnosticadas 28 demencias). Patologías ingresadas más frecuentes: Respiratoria (42 casos) 26,4%, cardiovascular (41) 25,8%, Nefrológico (18) 11,3%, Neurológica (16) 10%, Hematológico (15) 9,4%. Juicios diagnósticos más frecuentes: ICC (16casos), Infección respiratoria (16), EPOC (14), Leucemia (14), Neumonía (10), IC aguda (9), ITU (8). Presentan patología asociada: 100% de los casos. Patologías asociadas más frecuentes son: HTA: 96 casos (60,3% de pacientes), EPOC: 52 (32,7%), Anemia: 51(32%), Diabetes: 44 (27,7%), Fibrilación Auricular: 35 (22%) . Motivo de alta: mejoría (73%), éxito (22%), Traslado (4,4%), voluntaria (0,6%). La patología que motivó mayor número de fallecimientos fue IC: 5casos (14,3%), IRA y EAP: 4 casos cada una (11,4% respectivamente) y con 3 casos cada una: Neumonía, ITU, shock séptico, ACV (8,6% respectivamente).

Conclusiones: La patología mayoritariamente ingresada en nuestra unidad corresponde a especialidades de medicina interna, fundamentalmente del área cardiovascular y respiratoria. La alta incidencia de patologías incapacitantes obliga a un mayor número de cuidados básicos. Las patologías asociadas más frecuentes son enfermedades de carácter crónico: HTA, EPOC. El mayor índice de patologías asociadas podría ser la causa coadyuvante que aumenta la estancia media de estos pacientes por complicar su manejo extrahospitalario. La aparición de patologías asociadas no guarda relación con la variable sexo.

¿DÓNDE FALLECEN LOS ANCIANOS PALIATIVOS?

B. Grandal Leiros, S. Amor Andrés, M. Mareque Ortega, A. Bartolomé Jiménez, F. Madruga Galán y J.M. Fernández Ibáñez
Hospital Virgen del Valle, Toledo.

Introducción: El deseo mayoritario de los pacientes ancianos terminales y sus familias es el fallecimiento en el domicilio siempre y cuando reciban un adecuado soporte sanitario. El equipo de Atención Geriátrica Domiciliaria intenta con una adecuada atención integral favorecer el fallecimiento en su entorno si éste es su deseo.

Objetivo: Conocer las variables que determinan las características y el lugar del éxito en los pacientes paliativos ancianos.

Método: Es un estudio descriptivo retrospectivo realizado en la Unidad Geriátrica Domiciliaria del Hospital Virgen del Valle (Toledo) con un total de pacientes analizados de 1776. Los datos se recogieron durante la última visita efectuada antes del fallecimiento o bien por llamada telefónica posterior. Se estudiaron 1232 (69%) pacientes terminales oncológicos y 545 (31%) no oncológicos en un periodo de diez años, desde el 1 de enero de 1996 al 31 de diciembre del 2006. Las variables recogidas fueron tipo de muerte (súbita, agónica), en relación o no con la patología de base, lugar (domicilio, hospital), número de visitas realizados por equipo interdisciplinar y diagnóstico (oncológico o terminal no oncológico). Se realizó un análisis mediante la prueba de Chi cuadrado.

Resultados: El éxito en domicilio es mayoritario en ambos casos, 82,3% en los pacientes oncológicos y 73,5% en no oncológicos. El número de visitas efectuadas por el equipo fue similar en todos los pacientes (mediana de 9 visitas por paciente). En cuanto a las circunstancias de la muerte la presencia de fase agónica es de 70% en pacientes oncológicos y 44% en no oncológicos siendo la principal causa de muerte la patología de base (80%).

Conclusión: Un adecuado seguimiento y control sintomatológico de los pacientes paliativos permite que fallezcan en su domicilio.

HÁBITOS Y PRÁCTICAS ALIMENTARIAS EN INMIGRANTES. UNA APROXIMACIÓN CUANTITATIVA

Postigo Mota¹, Gil Fernández¹, Rodríguez Velasco¹, Vidal Ruiz¹, Alzas García¹ y M. Bennasar Veny²

¹Atención Primaria Mallorca, ²Felanitx.

Introducción: Son cada vez más numerosos los inmigrantes que se establecen en ciudades y sociedades lejanas de sus costumbres y hábitos originales. Como consecuencia, éstos tienen que cambiar drásticamente e incluso, en ocasiones, de manera forzosa rutinas tales como la alimentación (entre otros). Esta «aculturación» o proceso mediante el cual se adquieren características propias de otra cultura puede llevar a desajustes biológicos, psíquicos y sociales que podrían paliarse con el conocimiento holístico del proceso tratado. Un reciente estudio sobre los hábitos alimentarios de los inmigrantes en España fue presentado por el Ministerio de Agricultura el pasado mes de octubre, debido fundamentalmente a la emergente demanda de productos con sabores y formas de preparación muy distintas a los originales del país. Así, la realidad se invierte y son en este caso, muchos españoles quienes toman formas propias de otros países. «La adopción de hábitos comunes es una contribución más a la integración de culturas en una sociedad multirracial» (Ministerio de Agricultura, Pesca y Alimentación, 2005).

Objetivos: Realizar un análisis cualitativo de las actitudes hacia la alimentación en los inmigrantes, así como a las dificultades para mantener sus prácticas de origen en la sociedad en la actualmente se encuentran. Se analizarán las diferencias alimentarias interculturales y su adaptación a las prácticas actuales.

Material y métodos: Se ha realizado un estudio transversal no autorizado cuya muestra está formada por inmigrantes de diferentes países (imposible de determinar, ya que nos encontramos en proceso de ampliación de la muestra). Para ello se ha diseñado un cuestionario totalmente anónimo formado por 9 ítems de respuesta abierta y 7 ítems medidos con una escala tipo Likert, cuyos valores oscilan entre cero y cinco o atendiendo al grado de importancia; se ha añadido un segundo cuestionario para la recogida de las variables sociodemográficas, el cual incluye 8 ítems de respuesta abierta.

Resultados y conclusiones: Continuamos en fase de análisis. Los resultados y conclusiones serán expuestos en el Congreso.

SESION DE POSTERS II Área de Exposición

Viernes y Sábado, 8-9 de Junio

Área de Ciencias Sociales

TIPOLOGÍA DE LOS USUARIOS Y CUIDADORES DEL PROGRAMA RESPIR (CENTRO RESIDENCIAL DE ESTANCIAS TEMPORALES DE LA DIPUTACIÓN DE BARCELONA)

N. Rosés Cánovas, A. Escola López, C. Vallcorba Piera y A. Sison Férrer
Programa Respir. Centro de Estancias Temporales. Diputación de Barcelona.

Objetivos: El Programa Respir es un servicio de atención residencial temporal para personas con un determinado grado de dependencia por razones de edad. Tiene como finalidad mejorar la calidad de vida de sus cuidadores, proporcionándoles un tiempo de descanso y dando respuesta a determinadas situaciones familiares imprevistas. El objetivo del estudio es el de describir el perfil de los usuarios del Programa Respir y el de sus familiares cuidadores.

Metodología: El estudio lo basaremos en las variables que se valoran para priorizar las diferentes solicitudes de ingreso que recibimos. Se tiene en cuenta la situación sociodemográfica y de salud de la persona mayor que tiene que ingresar (edad, sexo, dependencia física y psíquica, psicopatología asociada y ingresos económicos) y la situación socio-familiar (nº de familiares, cuidadores, edad, parentesco, existencia de otras cargas familiares, estado de salud, red social, situación laboral, convivencia, tiempo dedicado al cuidado del familiar y motivo de demanda).

Resultados: La muestra es de N = 1432 usuarios atendidos en el servicio durante el año 2006. El 79% son mujeres y el 21% son hombres. El 1% son menores de 65 años, el 8% tienen entre 65 y 70 años, el 14% tienen entre 76 y 80 años, el 47% entre 81 y 90 años y el 30% de los usuarios del Programa Respir son mayores de 30 años. Los datos del resto de variables estudiadas quedan pendientes.

FUNDACION ANTIDEMENCIA AL-ANDALUS. UNA FORMA DE TRABAJO PROFESIONAL, Y COLABORACION CON LA COMUNIDAD AFECTADA

C. De Linares del Rio, M. Pinillas Fdz-Castañón, E. Granizo Zafrilla, C. Rodríguez Ponce y Patronos Fundación Al-Andalus
Fundación Antidemencia Al-Andalus, Málaga.

La fundación antidemencia Al-Andalus es una Organización sin ánimo de lucro regida por la Ley 30/94 de 24 de noviembre bajo el protectorado del Instituto Andaluz de Servicios Sociales, con el número de registro 14/0699 y fecha de clasificación 06/05/99. Sus miembros Fundadores son profesionales de diferentes disciplinas, Geriatría, Medicina de Familia, Psiquiatría, Neurología, Enfermería, Fisioterapia, Psicología, Sociología ect..., que desarrollan su labor profesional en el campo de la demencia y están en la génesis de las asociaciones de familiares de enfermos con demencias en la Comunidad autónoma Andaluza. Sus objetivos son: La asistencia Sanitaria y social a los dementes. Investigación. Docencia. Cuantas otras actividades sirvan para el beneficio de los dementes y del personal que interviene en sus cuidados. Apoyo a las Asociaciones de familiares.

Método: La asistencia Sanitaria y social es llevada a cabo por el Portal Alzheimer On Line <http://www.alzheimer-online.org>. Portal

que ha recibido desde su creación mas de un millón de visitas hasta Marzo del 2007, con sus correspondientes consultas. Su labor docente e investigadora es llevada acabo por grupos de docencia y por grupo de investigación en dicha fundación., en colaboración con las AFAS, Universidades, Colegios profesionales y con otros grupos de investigación La labor de apoyo a las asociaciones es llevada mediante apoyo a estas en el ámbito de la formación y de la incentivación y reconocimiento a su labor mediante los premios anuales Iberoamericanos: a la mejor Mejor Asociación Iberoamericana del Año. Premio al mejor Cuidador Iberoamericano del año. Premio Iberoamericano al mejor trabajo Artístico realizado por los enfermos.

Conclusiones: Este trabajo altruista, es una forma de colaboración idónea que evita los conflictos que se puedan llevar a cabo en el ámbito de colaboración Profesionales- Asociaciones de familiares. Permitiendo el desarrollo profesional amplio entre sus miembros y una colaboración y reconocimiento carente de todo tipo de miedos por parte de las Asociaciones de Familiares.

HALLAZGO DE CADÁVERES EN DOMICILIO POR LOS SERVICIOS DE EMERGENCIA: ¿MUERTE EN ABANDONO?

P. Serrano Garito, M.C. Tena-Dávila Mata, R. Romero Chaparro, M.E. Collado Frías, S. Frías Martín y F. Martín Tejedor
Ayuntamiento de Madrid - Dirección General de Mayores, Soledad Frías.

Introducción: El fallecimiento de una persona en su domicilio a menudo es interpretado como una muerte en soledad o abandono, en lugar de pensar que vivir solo es una opción que muchas personas eligen libremente y que se puede fallecer solo incluso viviendo acompañado.

Objetivo: Se pretende conocer en que medida los cadáveres descubiertos por los servicios de emergencias corresponden a personas activas, integradas socialmente, o si existen indicios de abandono o aislamiento.

Material y método: Como parte de un programa amplio destinado al aislamiento social, en la DGM se lleva a cabo la investigación sistemática de los fallecidos en las circunstancias expuestas (224 personas en los últimos tres años), a modo de observatorio, analizando su distribución temporal y espacial. La información obtenida en este tiempo nos ha permitido diseñar un cuestionario que sirve como guía para la clasificación de los casos. En el presente trabajo se analizan los perfiles de los 77 correspondiente a 2006.

Resultados: La tasa de cadáveres descubiertos por emergencias es de 1/000, de los cuales una minoría corresponde a personas aisladas socialmente. En el año 2006, el 21% lo estaban, acumulando en esta categoría los casos de autonegligencia y trastornos del comportamiento, encontrándose muchos de ellos sin nadie a quien acudir en caso de necesidad (73%). Por el contrario, el 54% estaba integrado socialmente, a pesar de vivir solo en su mayoría (79%), manteniendo un actitud cordial o de ayuda con el entorno. Otro punto fundamental en la orientación es el tiempo transcurrido desde el fallecimiento hasta el hallazgo del cadáver, claramente diferente en ambos grupos (265 horas frente a 21).

Comentarios: Sin restar importancia a estos acontecimientos, merece la pena reflexionar sobre el hecho de que la mayoría de los cadáveres correspondan a personas integradas socialmente a las que el fallecimiento, posiblemente inesperado, ha sorprendido mientras se encontraban solas en sus casas, pero que no estaban en absoluto abandonadas.

IMPLANTACIÓN DE UN SERVICIO DE AYUDA A DOMICILIO PRIVADO

M. Torrents Coll Recasens, R. Pura Sánchez, F. Sánchez y M. Alassà STSDOMO Asistencia Domiciliaria, Reus.

Objetivo: El presente estudio consiste en analizar el perfil sociofamiliar de los usuarios de la asistencia domiciliaria privada.

Método: Se ha realizado un estudio descriptivo prospectivo desde mayo del 2006 a febrero de 2007, basado en un estudio longitudinal de las características socio- familiares de los usuarios en la primera etapa de implantación de un servicio de asistencia domiciliaria privada. Indicadores: Edad y sexo usuario. Edad y sexo cuidador principal. Índice de Barthel usuario. El usuario es beneficiario de algún tipo de ayuda social o socio- sanitaria. Vivienda inadecuada a las necesidades del usuario. Ingresos insuficientes para cubrir las necesidades del usuario. Tipo servicio contratado a STSDOMO. Duración del contrato con STSDOMO.

Resultados: Se ha analizado el 100% de los usuarios que han firmado un contrato con STSDOMO, un total de 43 personas, de los cuales cumplían todos los criterios de inclusión y ninguno de los criterios de exclusión. Del total de los usuarios estudiados un 76% son mujeres con una edad media de 74,1 años, y el 24% son varones de 70,3 años de edad media. La persona de referencia del usuario es en un 89% de los casos mujer y de 57 años de edad media. El índice de Barthel medio de los usuarios estudiados es de dependencia moderada, una media de 50 puntos en los hombres y 55 en las mujeres. Desde la implantación de STSDOMO el 43% contrataron el servicio de atención personal y el 57% de los servicios contratados son de acompañamiento. De éstos, un 69% están institucionalizados y utilizan STSDOMO puntualmente. Del 31% de casos estudiados que viven en una vivienda particular, en el 90% se ha detectado algún tipo de déficit: principalmente barreras arquitectónicas. El contrato es de 17 horas de media diarias. Y la duración media del contrato es de 73 días.

Conclusiones: Perfil del usuario: mujer de 74 años de edad con un grado de dependencia moderada, la persona de referencia o cuidador principal es también una mujer de 57 años de edad. Servicio contratado: la demanda del servicio de acompañamiento se da en la mayoría de los casos en personas que están institucionalizadas, por lo tanto podemos concluir que en las instituciones hay un déficit en este sentido que cubren otros servicios. En el caso de la atención personal se trata más de un servicio de apoyo a familias que tiene la persona con falta de autonomía en casa y necesitan de ayuda profesional. Desarrollo de la demanda: desde la implantación se observa un aumento progresivo de los servicios de atención a la persona que la relacionamos a la fidelidad de los usuarios, y un mantenimiento de los acompañamientos mensuales que se realizan.

MAYORES AUXILIADOS EN DOMICILIO POR LOS SERVICIOS DE EMERGENCIAS: ¿AISLAMIENTO O NECESIDAD?

P. Serrano Garito, M.C. Tena-Dávila Mat, R. Romero Chaparro, M.E. Collado Frías, S. Martín Frías y F. Martín Tejedor

Ayuntamiento de Madrid.

Introducción: Iniciado en 2004, el Programa de Detección de Ancianos Frágiles con Alto Riesgo de Aislamiento Social tiene como objetivo principal evitar las situaciones de aislamiento social, con el fin de realizar la intervención correspondiente. El colectivo de personas auxiliadas por los servicios de emergencias en su domicilio (bomberos, policía y en ocasiones servicios sanitarios), mediante el procedimiento de apertura de puerta o similar, se ha considerado desde el inicio como una población de alto riesgo, dado que cabe suponer que una persona con suficientes apoyos sociales es improbable que necesite recurrir a ese procedimiento, puesto que otros más sencillos deben serle accesibles.

Material y método: En estos tres años se han producido 2.093 casos, que se han estudiado sistemáticamente mediante un cuestiona-

rio estructurado, que ha sido depurado por análisis sucesivos y nos permite clasificar los casos.

Resultados: los motivos por el que se precisa la intervención son mayoritariamente caídas (50%), y la gran mayoría vive solo (75%) y muchos se siente solos (60%) pero prácticamente todos tienen a quien acudir en caso de necesitar ayuda (95%). Diversas investigaciones previas nos indican que una pequeña parte de la población puede considerarse aislada socialmente, mientras que la inmensa mayoría ni siquiera está en riesgo de aislamiento. Si detallamos lo ocurrido en el pasado año, del total de 642 personas auxiliadas, 5 cumplen criterios de aislamiento, 8 son de muy alto riesgo por rechazo o desconfianza y 88 se encuentran en riesgo por necesidad sociosanitaria no cubierta, soledad o ambas.

Comentarios: A pesar de lo aparatoso de la intervención, esta población no puede considerarse en aislamiento social, algo que debería llevarnos a proponer medidas preventivas que evitasen llegar a ese extremo. Por otro lado, estas personas deberían beneficiarse de la actuación conjunta de los Servicios Sociales y de Salud, obligándonos a reforzar el Protocolo de Coordinación Sociosanitaria firmado con el Servicio Madrileño de Salud.

ANÁLISIS COMPARATIVO DE LAS CARACTERÍSTICAS DE 15 RESIDENCIAS PÚBLICAS DE CASTILLA Y LEÓN.

J. Salazar¹, A. Uriarte Méndez¹, M. Leturia¹, F.J. Leturia¹, M. Herández¹ y M.Á. De la Fuente²

¹Fundación Ingema, San Sebastián, ²Gerencia SS.SS. Junta Castilla y León.

El objetivo es analizar individual y comparativamente las características contextuales, personales e interactivas de 15 residencias públicas de Castilla y León.

Metodología: Se aplicó durante 2006 el Sistema de Evaluación de Residencias de Ancianos (SERA) de Rocío Fernández Ballesteros en 15 residencias públicas de Castilla y León.

Resultados: en lo que al ICAF (inventario de características físicas y arquitectónicas) se refiere, solo dos centros puntuaron por debajo de la media en accesibilidad a la comunidad, ayudas sociorecreativas y de personal, únicamente un centro no supera la media en confort físico y ayudas de orientación. Todos superan en ayudas protésicas, características de seguridad y disponibilidad de espacio. Siguiendo con el ICOF (inventario de características de organización y funcionamiento) todos los centros evaluados obtiene puntuaciones muy elevadas en lo que a expectativas de funcionamiento y disponibilidad de actividades de la vida diaria se refiere, aunque sin embargo ninguno de ellos supera la media al referirnos a la elección organizativa. En el ICPR (inventario de características de personal y residentes), todos superan en recursos de personal, utilización de servicios de salud y vida diaria, ningún centro supera la puntuación media en las habilidades funcionales de los residentes, por lo que obtiene puntuaciones muy elevadas en la utilización de las ayudas para las ABVD. Por último al referirnos a la Escala de Clima Social, todos los residentes perciben un escaso nivel de conflicto en todos los centros, al igual que se aprecia un bajo nivel de expresividad.

Conclusiones: Tras el estudio y de manera general se puede concluir que en lo que se refiere a las características físicas y arquitectónicas de los centros, es importante avanzar en la creación de estructuras modulares, para la reorganización de los residentes según su perfil y no por cargas de trabajo, tendiéndose a crear espacios más reducidos, para grupos más pequeños. El progresivo incremento de personas con perfiles psicogeriátricos y con deterioro cognitivo implican la necesidad de una reorganización de los espacios y estructuras espaciales adaptándolas a las nuevas necesidades de estas personas / clientes de manera que permitan ofrecer una atención de calidad más adaptada a las necesidades derivadas de las dimensiones principales de su calidad de vida como son la seguridad, vinculación, estimulación, orientación etc. Así como las derivadas de las especificidades de su atención, manejo de trastornos comportamentales etc.

VALORACIÓN DEL IMPACTO SOCIAL EN EL RESIDENTE AUTÓNOMO TRAS UN CAMBIO DE CENTRO RESIDENCIAL DESDE UN MEDIO URBANO A UN ENTORNO RURAL

M. Caro García y C.N. Navas Ruiz
Sar Sierra de las Nieves, Guaro.

Descripción: Influencia del medio en mayores

Objetivo: Analizar como ha influido positivamente en los residentes autónomos, sin deterioro cognitivo, el traslado de centro desde un medio urbano a un entorno rural

Metodología: Análisis comparativos del número de residentes autónomos del centro, que teniendo la capacidad y posibilidad de salir al exterior lo hacen en el medio urbano (ciudad de 50.000 hab) y en el medio rural (pueblo de 2.000 hab) Análisis de los motivos.

Resultados: De los 88 residentes trasladados por motivos organizativos, 24 son autónomos para salir solos y desenvolverse en el exterior, de ellos en la ciudad salían 7, y en el pueblo 16. Los motivos de este incremento, 9, expresados por los residentes son, el 50% por la cercanía de los recursos, el 25% por la facilidad de desplazarse y ausencia de barreras arquitectónicas, el 20% por la seguridad que les ofrece, y el 5% restante por otros motivos como precios más bajos y mayor identificación de los habitantes del pueblo con respecto a los de la ciudad, en hábitos, costumbres, etc.

Conclusiones: En el entorno rural aumenta el número de residentes que salen y se desenvuelven en el exterior, aumenta la autonomía de este tipo de residente y por tanto su independencia, aumenta su sentimiento de pertenencia a la comunidad y activa la participación en la vida social del pueblo. En general para los residentes ingresados en un centro asistido, el medio rural beneficia significativamente a su calidad de vida.

ANÁLISIS DE LA PROBLEMÁTICA SOCIOSANITARIA DE LOS PACIENTES DE UN HOSPITAL DE DÍA GERIÁTRICO

I. Huertas Castro¹, M. J. Oliver Ramón² y M. Navarro Serrano¹

¹Hospital Socio-Sanitario de la Cruz Roja Española, ²Hospital Universitario Son Dureta de Palma de Mallorca.

Objetivo: Describir la problemática socio-sanitaria y las medidas de intervención social de los pacientes dados de alta del Hospital de Día Geriátrico Cruz Roja durante el año 2006.

Metodología: La metodología utilizada se ha basado en la revisión analítica de 93 Historias Sociales, utilizando los siguientes ítems: características socio-demográficas, situación socio-familiar, situación de la vivienda, situación económica y recursos sociales solicitados de los que disponen los pacientes en el momento del alta del Hospital de Día Geriátrico. Se ha realizado una metodología crítica para la evaluación de los resultados obtenidos de la muestra de todos los pacientes dados de alta durante el 2006.

Resultados: Se han analizado 89 valoraciones sociales, 4 pacientes no se han valorado por derivación previa a otros servicios sanitarios. Existe un mayor índice de mujeres (59,13%), tienen una edad entre 76-85 años. En un 35,95% conviven con familiares y/o cuidadores y en 66,29% necesitan ayuda de una tercera persona para asumir los cuidados que precisan, existiendo en un 38,20% un agotamiento por parte de cuidador. El 87,6% de los pacientes residen en una vivienda de régimen de propiedad y en un 51,56% de las viviendas presentan barreras arquitectónicas. Los ingresos económicos de los pacientes, en un 40,41% no superan los 500 euros /mes. Durante el ingreso del paciente en Hospital de Día geriátrico, se han solicitado en un 35,95% Centro de Día, un 23,59% han solicitado Residencia Permanente, en un 7,86% han solicitado telealarma, un 5,61% han solicitado SAD, un 4,49% han solicitado comida a domicilio, seguidos de otros recursos sociales de apoyo.

Conclusiones: La realidad que nos encontramos en relación a nuestros pacientes, es que en su mayoría presentan una problemática social moderada, se trata de pacientes de edad avanzada y con cuidadores principales que en más de un tercio de los casos presentan sobrecarga, con ingresos mínimos, y que en la vivienda en la que residen disponen de condiciones de habitabilidad aceptables, pero con barreras arquitectónicas.

PROGRAMA DE INTEGRACIÓN SOCIAL DE PERSONAS MAYORES DE MARRATXÍ

C. Fuster Bennassar y S. Jane Browne Oliver

Ayuntamiento de Marratxí

Objetivos: Dinamizar a las personas mayores del término de Marratxí con el fin de prevenir el aislamiento social, el sedentarismo, y los malos hábitos de vida. Fomentar la actividad física y mental, las rela-

ciones interpersonales y mejorar la calidad de vida del colectivo de mayores de nuestro municipio.

Método: A través de 9 pósters pretendemos reflejar el trabajo que se hace desde el Ayuntamiento de Marratxí para conseguir los objetivos mencionados. Los pósters son muy visuales (fotos y descripción breve de la actividad) y resumen las actividades más importantes que, desde el Área de Bienestar Social, se dedican a las personas mayores. El contenido de cada póster pretende reflejar los puntos siguientes: Asociaciones: en Marratxí conviven 9 Asociaciones de mayores y una Federación. Gimnasia (2): la actividad física ofrece grandes beneficios. Natación: movilidad terapéutica y mejora de las habilidades en el agua. Aula de mayores: programa de formación continua. Jornada formativa: espacio para tratar temas de interés de manera más concreta. Encuentro de asociaciones y homenaje a la vejez: concentración de personas mayores y homenaje a las personas de más edad del municipio. Con los mayores en las escuelas: intercambio intergeneracional. El entierro de la Sardina: fiesta organizada por una de las asociaciones y en las que participan el resto.

Resultados: A través de las asociaciones y la federación se llega a movilizar aproximadamente a unas 2100 personas mayores. Gimnasia: 8 grupos. Curso 2006: 447 personas (84 hombres y 363 mujeres). Natación curso 2006: 158 participantes. Aula de mayores: 6 grupos. Curso 2006: 119 personas (13 hombres y 106 mujeres). Jornada formativa: se han realizado un total de ocho con una afluencia de público de aproximadamente 60 personas como media. VIII Jornada formativa (2006): «La Protección de los intereses económicos de las personas mayores». Encuentro de asociaciones y homenaje a la vejez: participación de unas 500 personas. El entierro de la Sardina: participación de unas 200 personas.

Conclusiones: El programa pretende ser: gratificador, motivador, útil, actual, lúdico, socializador, integrador y participativo. Le damos mayor importancia a la calidad, no a la cantidad y pretende centrarse en la globalidad de la persona, adaptarse a sus posibilidades y a las características de cada persona.

ANÁLISIS COMPARATIVO DE LOS DERECHOS DE LOS RESIDENTES DE 15 RESIDENCIAS PÚBLICAS DE CASTILLA Y LEÓN

J. Salazar¹, A. Uriarte Méndez¹, M. Leturia¹, F. Javier Leturia¹, M. Hernández¹ y Á. Rubio²

¹Fundación Ingema, San Sebastián, ²Gerencia SS.SS.

El objetivo es analizar individual y comparativamente el cumplimiento de derechos de 3000 residentes en 15 residencias de Castilla y León.

Metodología: Se ha aplicado en entrevista con miembros del equipo interdisciplinar, generalmente el/la trabajadora social de cada uno de los centros, el documento de «Los derechos de los residentes y las especialidades del medio residencial» del Centro de Documentación y Estudios SIIS. Consta de 235 recomendaciones. Los derechos recogidos en 6 dimensiones: intimidad, dignidad, independencia, libertad de elección, satisfacción y conocimiento y defensa de los derechos se cruzan con aspectos organizativos y de la vida del centro: materiales, atención personal, forma de vida, relaciones personales y con el exterior, organización y funcionamiento de la residencia y trabajo en el medio residencial.

Resultados: Tras haber realizado el estudio de los derechos de los residentes se ha obtenido un perfil en cada uno de ellos señalando cuales de las 235 recomendaciones cumplen y detallando cuales suponen acciones de mejora para el centro. La media de cumplimiento obtenido en cada una de las 6 dimensiones en todos los centros es la siguiente: Intimidad: 90,2%, Dignidad: 90,2%, Independencia: 87,7%, Libertad de elección: 81,4%, Satisfacción: 83,2%, Conocimiento y defensa de sus derechos: 81,3%.

Conclusiones: Destaca que aunque el nivel medio de cumplimiento de los derechos es elevado, todos los centros debieran adaptar sus estructuras, equipamiento, decoración etc., a las nuevas necesidades de los residentes y sus familias, buscando maximizar la autonomía, autodeterminación seguridad y derechos de las mismas, bien sea maximizando la accesibilidad, adaptando los baños etc. Para mejorar el desarrollo y la ejecución de las actividades de la vida diaria, así como mejorando en la personalización, intimidad, comunicaciones, nuevas tecnologías, etc.

ANÁLISIS DE LA MOTIVACIÓN Y SATISFACCIÓN DE 741 TRABAJADORES DE 15 RESIDENCIAS PÚBLICAS DE CASTILLA Y LEÓN

A. Uriarte Méndez¹, M. Leturia¹, F. Javier Leturia¹, M. Hernández¹, J. Salazar¹ y Á. Rubio²

¹Fundación Ingema, ²Gerencia SS.SS.

El objetivo es analizar individual y comparativamente la motivación y satisfacción de los trabajadores de 15 residencias públicas de Castilla y León.

Metodología: Se ha aplicado en una reunión de convocatoria pública en cada uno de los 15 centros y se ha solicitado la cumplimentación voluntaria y anónima de un cuestionario propio de 57 ítems que recoge factores de motivación: conocimiento e identificación con los objetivos, organización del trabajo, liderazgo, autonomía de acción, información y comunicación, desarrollo profesional, formación, evaluación de resultados, reconocimiento e igualdad de oportunidades. Y factores de satisfacción: condiciones laborales, condiciones de seguridad y salud, condiciones medioambientales, impacto en la sociedad y sentimiento de pertenencia.

Resultados: El N° de trabajadores que han cumplimentado la encuesta de satisfacción es de 741 (38,57% del personal). El 18,5% pertenece al equipo interdisciplinar, el 27,5 son auxiliares y el 53,9% son de servicios generales. El centro de mayor porcentaje de participación con un 54,7% y el de menor participación con un 16%. La puntuación media global es de 5,38/10. La puntuación media más alta por centro es de 6,42 y la media más baja de 3,94. En el análisis de las puntuaciones medias por apartados destacan como positivas el sentimiento de igualdad (6,95), la organización del trabajo (6,36) y la satisfacción general con el centro de trabajo (6,12). Y con una valoración más baja destacan la evaluación de resultados (4,20), las condiciones de seguridad y de salud (4,50) y la información que se recibe (4,61). Las puntuaciones medias del equipo interdisciplinar son más elevadas especialmente que las de los auxiliares. En todas las dimensiones es más elevada la importancia que se le da que la satisfacción que se obtiene en las distintas dimensiones, y destacan como más concordantes la igualdad y sentimiento de pertenencia. Y como aspectos más discordantes la seguridad y la salud, la evaluación de resultados y la información.

Conclusiones: El nivel de participación hay que valorarlo como positivo y se adecua a los niveles habituales. Los resultados se encuentran comparativamente en niveles de normalidad con relación a la situación del sector. Diferenciando los resultados por categorías profesionales, la satisfacción más elevada aparece en los equipos interdisciplinares y la más baja en el colectivo de auxiliares de atención. También son los equipos interdisciplinares los que dan una importancia más alta a las dimensiones evaluadas. Se aprecia la necesidad de evaluar la satisfacción del personal.

BENEFICIOS DE LA DANZA IRANÍ EN PERSONAS MAYORES

L. Liñán Jiménez, I. Cordon Navalón y A. González Rodríguez
Sar Sierra de las Nieves, Guaro.

Descripción: Se analizan los beneficios de la danza iraní en personas mayores, en este caso institucionalizadas en un centro residencial asistido, tanto por sus beneficios a nivel físico y funcional como a nivel de conocimiento de otra cultura y de relación entre ellos.

Objetivos: Mejorar la funcionalidad de los miembros superiores, la coordinación de movimientos y el equilibrio. Reforzar su autoestima, la relación interpersonal y el desarrollo de habilidades sociales.

Metodología: De los 126 residentes que se encuentran ingresados en el centro asistido, se ha escogido aquellos que reúnen los requisitos de Barthel > 60, Tinetti > 16, MMSS > 13, un total de 16, 3 de ellos en silla de ruedas aunque conservando capacidad de control del tronco. Se realiza el taller de danza tres veces por semana y se analizan los resultados.

Resultados: Utilizando varios registros se evalúan los resultados obtenidos, a través de su valoración cognitiva, funcional, del equilibrio, encuestas de satisfacción de la actividad y registro de asistencia.

Conclusiones: En el área de terapia ocupacional se confirma el mantenimiento de las capacidades, tanto en la funcionalidad de miembros superiores como en la atención. En el área de fisioterapia se consigue el mantenimiento de la coordinación de movimientos y mejora del equilibrio. En el área social se ha conseguido con la participación en estos talleres un aumento de las relaciones sociales, mejora de la autoestima, y reforzamiento de habilidades sociales, etc.

PREVENCIÓN DE RIESGOS PSICOSOCIALES EN EL SECTOR SOCIO-SANITARIO

F.J. Leturia Arrazola¹ y P. Arrieta Aizpuru²

¹Fundación Ingema, Donostia, ²Fundación Matia, San Sebastián.

Objetivos: conocer y evaluar los factores de riesgo psicosocial de los trabajadores de cinco centros gerontológicos.

Método: Estudio descriptivo. El Procedimiento y metodologías específicas aplicadas para llevar a cabo el desarrollo del proyecto han sido las siguientes: Tras realizar muestreo sistemático, se recogieron datos sociodemográficos y resultados respecto a: Análisis de los Factores de Riesgo Psicosocial, a través de técnicas cualitativas como la Observación, Entrevistas y Focus-Group. Análisis de los Indicadores de Riesgo Psicosocial, mediante técnicas cuantitativas, tanto a. Directas: Análisis evolutivo del absentismo, accidentes, enfermedad. Indirectas o de percepción: Índices-resultados evolutivos sobre variables de la Encuesta de Satisfacción de trabajadores. Índices-resultados de las 3 subescalas del Test de Maslach (MBI) sobre el Burnout, nivel de significación $p < 0,05$ (intervalo de confianza [IC] del 95%). Resultados sobre factores de la Encuesta de Evaluación de Riesgos Psicosociales (NTP 443 «Factores psicosociales: metodología de evaluación») Resultados sobre variables del SERA (Sistema de Evaluación de Residencias de Ancianos).

Resultados: Sobre una muestra inicial de $n = 99$ (30% de la muestra global) El primer riesgo psicosocial al que están expuestos los trabajadores de los centros residenciales es el estrés, debido al incremento de factores como la carga mental - sobrecarga asistencial en cuanto a su intensidad, grado de responsabilidad, rapidez de respuesta, realización de varias tareas al mismo tiempo - y la falta de tiempo asignado a la tarea, sometida incluso a interrupciones. Reforzado negativamente con otro factor como la falta de autonomía temporal, esto es, la deficiente discreción concedida al trabajador sobre la gestión de su tiempo de trabajo y descanso, con horarios irregulares o disponibilidades imprevistas, no posibilidad de distribución de pausas a lo largo de la jornada, ni posibilidad de abandono momentáneo y sin lugar adecuado para descansos. Los niveles percibidos de carga mental y la falta de autonomía temporal unido al sentimiento de poco interés -por parte de la empresa- por el trabajador (mala retribución, trabajo no bien valorado socialmente, pocas posibilidades de promoción), con altos niveles de percepción de fatiga y riesgo de agresión física y verbal por usuarios, son el origen de muchos de los riesgos psicosociales a los que están expuestos el personal de los centros residenciales. En cuanto a los resultados de la incidencia del burnout, los resultados del Test de Maslach aplicado nos indican una marcada inflexión hacia niveles moderados/altos en la subescala de cansancio emocional e inflexión moderada/baja en la subescala de despersonalización, compensado a ambas en parte con el sentimiento de realización personal de nivel moderado con inflexión a alto, en este caso positivo.

Conclusiones: A pesar de que los cuestionarios que tenemos no son suficientes para poder extrapolar los datos al sector en general, nos permiten hacernos una idea de cómo es la situación. No obstante, diferentes estudios sobre el mismo avalan y confirman estos datos. Se destaca la importancia de evaluar de forma sistemática y periódica la situación de los riesgos psicosociales, estableciendo medidas de prevención e intervención, especialmente en aquellos colectivos que atienden a una proporción importante de ancianos con enfermedad crónica y/o terminal cuya situación funcional y mental obliga a desarrollar recursos de apoyo que permitan mejorar la calidad de su atención.

PRESENTACIÓN DE UN PROGRAMA PARA LA MEJORA DE LA MEMORIA Y EL CAMBIO DE ACTITUDES SOBRE EL DECLIVE ASOCIADO A LA EDAD

C. Mas Tous, M. Medinas Amorós, N. Viñas Guasch y Á. Cabezuelo Verdejo

Universidad de las Islas Baleares.

Introducción: El envejecimiento de la población plantea nuevos objetivos para las ciencias sociales y de la salud. Se hace necesario prevenir y fortalecer a la persona para alejarla de ciertos riesgos asociados al envejecimiento. En esta línea se ha extendido la idea del ejercicio cognitivo como una forma de prolongar el bienestar mental y la calidad de vida a lo largo de los años y de prevenir el declive cognitivo asociado a la edad, lo que ha llevado al desarrollo de dife-

rentes programas de entrenamiento cognitivo. Este trabajo presenta el programa «Entrenem el cervell», aplicado en el programa universitario para mayores de la Universidad de las Islas Baleares.

Objetivos: Dar a conocer el funcionamiento de los procesos cognitivos trabajados: memoria, atención, lenguaje...; entrenamiento en estrategias de memoria; estimulación de los procesos cognitivos: atención, lenguaje...; dotar de recursos para estimular y mejorar el funcionamiento cognitivo en la vida cotidiana; cambiar creencias y actitudes negativas sobre la memoria y los cambios asociados al envejecimiento; disminuir la preocupación y ansiedad ante los fallos de memoria; mejorar la autoestima y la calidad de vida; fomentar las relaciones sociales.

Metodología: Explicaciones sobre los diferentes procesos o estrategias a trabajar (con apoyo de medios didácticos para presentar la información y utilizando ejemplos prácticos); ejercicios de lápiz y papel (individuales, por parejas o en grupo); juegos didácticos; reestructuración cognitiva y reentrenamiento atribucional; role-playing; debates y comentarios de texto; técnicas de control de la activación (entrenamiento en respiración controlada y respiración profunda).

Resultados y conclusiones: Al terminar la actividad se aplicaron varios cuestionarios y pruebas para valorar el cumplimiento de objetivos. Los participantes muestran un alto nivel de satisfacción con la actividad, especialmente en el grupo de personas de más edad. Además, manifiestan una visión más positiva y activa ante los problemas de memoria. Se han conseguido los objetivos planteados, aunque surgen también propuestas de mejora.

ERRORES PERSEVERATIVOS Y DE DISTRACCIÓN EN EL MADRID CARD SORTING TEST (MCST) COMO INDICADORES SENSIBLES DEL DETERIORO COGNITIVO ASOCIADO AL ENVEJECIMIENTO

D. Adrover Roig^{1,2}, J.A. Periáñez Morale^{1,2} y F. Barceló Galindo^{1,2}

¹Departament de Psicología, Universitat de les Illes Balears, ²Grup de Recerca en Neuropsicología Clínica. Institut.

Objetivos: El envejecimiento normal viene acompañado por cambios neurofuncionales que supuestamente conllevan un declive en las funciones ejecutivas, en comparación con otras funciones cognitivas generales. Sin embargo, la especificidad de tales alteraciones es todavía objeto de debate. Se aplicó una nueva medida de flexibilidad cognitiva, el Madrid Card Sorting Test (MCST; Barceló, 2003), con el objeto de explorar (1) su relación con algunos índices de función ejecutiva bien conocidos y (2) su sensibilidad relativa en la evaluación del deterioro cognitivo asociado al envejecimiento normal.

Método: Cien personas mayores sanas (media de edad = 62,4; SD = 8,3; rango = 48-88) participaron en el estudio. Los criterios de exclusión fueron MMSE < 24 y GDS < 14 (Escala de Depresión Geriátrica). Se compararon dos grupos de edad (punto de corte = 59 años) en una serie de pruebas neuropsicológicas de función cognitiva general y ejecutiva, entre las que se incluyeron el Test de Brixton (Shallice y Burgess, 1999), el Test del Mapa del Zoo (Alderman, Evans, Emslie, Wilson y Burgess, 1996) y el MCST (Barceló, 2003), y otros tests clásicos como el Trail Making Test, Stroop y la Clave de Números. Se utilizó una combinación lineal de índices de función cognitiva general y ejecutiva para estimar el nivel cognitivo general, el cual mostró una interacción con la edad.

Resultados: Las medidas más sensibles a la edad fueron los errores perseverativos y de distracción en el MCST y, marginalmente, la puntuación interferencia en el Stroop. Estas diferencias fueron incluso mayores una vez eliminada la influencia de la velocidad de procesamiento.

Conclusiones: Los análisis multivariantes sugieren que «es importante considerar al mismo tiempo la unidad y diversidad de las funciones ejecutivas» (Miyake et al, 2000) y el papel relativo de la velocidad de procesamiento en los cambios neurocognitivos asociados al envejecimiento.

ACTITUD ANTE LA ACTIVIDAD FÍSICA, DE LOS USUARIOS DEL SAD CON LEVE DEPENDENCIA, EN UN DISTRITO DE MADRID

M.C. De Tena Dávila Mata, P. Serrano Garijo, E. Molina Díaz, A. Selles Puig, P. Giménez Díaz-Oyuelos y F. Martín Tejedor

Dirección General de Mayores del Ayuntamiento de Madrid, Soledad Frias.

Introducción: Conocemos la importancia que tiene la práctica de la actividad física regular, sobre la salud de los mayores. El municipio

tiene una papel primordial para la promoción de la actividad física entre la población más frágil. La actividad física es un término amplio, que abarca actividades utilitarias, recreativas y deportivas elegidas voluntariamente.

Objetivo: Desde la Dirección General de Mayores, y dentro del «Plan de Ejercicio Físico para todos los mayores de Madrid», nos proponemos conocer, los hábitos de actividad física en mayores, con dependencia funcional leve a moderada, que viven en su domicilio, y reciben Servicio de Auxiliar Domiciliaria; y el conocimiento de los recursos municipales que hay en su distrito; para impulsar distintas medidas de promoción.

Material y método: Estudiamos el distrito de Tetuán donde hay 190 usuarios de SAD con Lawton > 0 = 4 y < 8, más Barthel > 85 y < 100. Recogemos datos mediante encuesta telefónica de 140 casos (No contestan el resto), sobre la práctica y tipo de actividad física, regularidad, así como del conocimiento de recursos de cercanía municipales. Describimos mediante % los resultados y medidas de centralización.

Resultados: Edad media 82,5. Mujeres 88%. Viven solos 80%. Media de Barthel 92 y de Lawton 6. Refieren tener trastornos de movilidad el 39%. Son sedentarios el 45% de esta población, pero solo el 15% de estos se reconocen sedentarios, el otro 30% dicen hacer actividad física. Del 84% que responden afirmativamente a la pregunta de ¿hacen algún tipo de actividad física?, el 30% no cumplen con los criterios de al menos 30 minutos al día con una frecuencia superior a 3 veces por semana. La actividad física más practicada es caminar en el 90%. El 75% hacen la actividad solos, en la calle y más de 3 veces por semana, y solo 1% en centros. Respecto al conocimiento de los recursos, el 1% conoce la fisioterapia preventiva de su distrito, el 5% los polideportivos municipales y el 50% la actividad física de los Centros de mayores municipales. Ante la pregunta de si desean recibir información sobre los recursos para la práctica de actividad física municipales, solo el 15% responden afirmativamente

Conclusiones. Hablamos de un grupo de población sobrevejecido, tan sedentario como el resto de la población mayor. Aun reconociendo que el 50% conoce los recursos municipales, solo el 15% desean recibir información más específica para la práctica de actividad física en Equipamientos. Salir a la calle y caminar es la actividad que más número de mayores practica, por lo que suponemos, sería adecuado potenciar políticas municipales encaminadas al ejercicio al aire libre

LA FORMACIÓN DEL CONCEPTO “DEPENDENCIA” EN EL ÁMBITO INTERNACIONAL

R. Herranz González y M.T. Sancho Castielo

Observatorio de Personas Mayores (IMERSO), Portal mayores, Madrid.

Objetivos: La actual definición de «dependencia» contenida en la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a personas en situación de dependencia, está claramente inspirada en una definición manejada, desde hace casi un decenio, por una organización internacional regional. La presente investigación busca cuales han sido los conceptos previos que han ido conformando en el ámbito internacional la situación que definimos actualmente como «dependencia» y si existen diferencias conceptuales sobre el término en los distintos organismos u organizaciones internacionales que tratan cuestiones relacionadas con la gerontología y el envejecimiento, desde la perspectiva social.

Método: Para llevar a cabo la investigación, se ha analizado las declaraciones y documentos oficiales de organizaciones internacionales, multilaterales y agencias, como: la Organización de Naciones Unidas y su Consejo Económico y Social; La Organización Mundial de la Salud; El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales; El Consejo de Europa, La Unión Europea, etc. Analizando no solo los conceptos de dependencia, sino buscando conceptos previos a la formación de este, así como conceptos afines que pudieran constituir un antecedente.

Resultados/Conclusiones: La construcción del concepto dependencia en el ámbito internacional ha sido una cuestión muy reciente, y en algunos casos discontinua, fruto de momentos muy concretos y puntuales. Todavía hoy algunas organizaciones no tienen una definición clara y precisa sobre lo que significa, existiendo cierta confusión entre dependencia y conceptos relacionados con la discapacidad o la autonomía personal. Asimismo se ha constatado mayor precisión en torno a la conceptualización de la dependencia donde confluyen

tres factores: la existencia de mayor desarrollo económico y social (así en las organizaciones de ámbito europeo o de «países del norte» hace años existe una definición más clara y precisa); la conexión con el ámbito de la discapacidad (materia que despertó interés antes que el envejecimiento y donde en gran medida se fraguaron conceptos relacionados); y la relación inversa entre la internacionalización y la precisión del concepto, es decir cuanto más reducido es el ámbito de la declaración, más precisa es la definición, tendiéndose a definiciones operativas y pragmáticas más que declarativas. También se han apreciado diferencias constatables entre las definiciones abordadas desde ámbitos sociales y aquellas con un carácter más sanitario o sociosanitario.

SOLOS Y ATRAPADOS POR LA VEJEZ: NECESIDADES SOCIALES DETECTADAS EN UNA UNIDAD DE CONVALESCENCIA

A. Altadill Ardit, C. Fabà Roca y E. Martínez Alazan
Hospital de la Santa Creu, Tortosa.

Introducción: Desde la Unidad de Trabajo Social de nuestro Hospital observamos que con frecuencia el ingreso en la Unidad de Convalecencia por patología médica pone en evidencia una situación de alarma social en pacientes que viven solos, ya existente e infravalorada previamente al ingreso.

Objetivos: Valorar el perfil social del enfermo que vive solo y si la ubicación previa al ingreso era la adecuada. Valorar la intervención social en una Unidad de Convalecencia, donde el objetivo es también la integración a su entorno social en condiciones óptimas. Declarar si el vivir solo condiciona el destino al alta.

Metodología: Estudio descriptivo retrospectivo. Se recogen datos demográficos al ingreso y funcionales, cognitivos y sociales (Escala de Gijón), antes del ingreso y al alta; situación familiar, vivienda, relaciones y contactos sociales, soporte de la red social y situación económica.

Resultados: 311 ingresos en la unidad de convalecencia durante 2006, 32,5% viven solos: 64% mujeres, 55% viudos/as, 51% de ámbito urbano. El diagnóstico de ingreso es: 54% patología COT y 38% patología médica. Presentan una situación funcional independiente (Barthel > 75): un 73% previo al ingreso, 5% al ingreso y un 51% al alta. Antes del ingreso 36% presentan deterioro cognitivo y al alta un 46%. Un 65% de los pacientes que viven solos antes del ingreso tienen algún tipo de dependencia, y de estos un 27% no tienen ningún familiar próximo. Al alta, un 38% de los pacientes cambian de ubicación; 44% continúan viviendo solos, no teniendo un 22% de estos, familiares próximos. La vivienda de los pacientes anterior al ingreso es adecuada (36%) y alta en 51%. Establecen relaciones y contactos sociales los pacientes anteriores al ingreso un 68% manteniéndose al alta en un 64%. El soporte que reciben por parte de familiares o recursos sociales pasa de un 60% antes del ingreso a un 81% al alta. Destino al alta: domicilio un 65%, con soporte social un 49%, residencias o unidades socio sanitarias un 25% y éxito un 10%.

Conclusiones: En nuestro entorno llama la atención la proporción de pacientes que vivían solos con algún tipo de dependencia. El ingreso en la unidad de convalecencia ha ocasionado en muchas ocasiones una ubicación al alta más idónea a la que tenía anteriormente, gracias a la intervención social. Los pacientes que al alta viven solos, son los que presentan más autonomía.

CARTA DE SERVICIOS, RESIDENCIAS PARA PERSONAS MAYORES EN CASTILLA LA MANCHA

E. Merchan
Consejería de Bienestar Social de Toledo.

Objetivos: Elaborar un documento técnico como expresión administrativa de la voluntad política de la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha en materia de Residencias de Mayores. Conceptuar teóricamente las Residencias, definir sus principales metas, los servicios y actividades. Virar el rumbo de las Residencias hacia las nuevas necesidades de cuidados que precisan los mayores en situación de dependencia. Promover los cambios organizativos pertinentes y el reciclaje de sus profesionales. Informar a los ciudadanos de Castilla-La Mancha sobre las Residencias, adquiriendo compromisos firmes y garantizando su cumplimiento.

Método: En el ámbito de su competencia, la Consejería de Administraciones Públicas a través de la Oficina de Calidad de la Administración Regional promueve cartas sectoriales de servicios. Participando en esta política, la Consejería de Bienestar Social decide elaborar la Carta de Servicios, Residencias para Personas Mayores, trasladando su redacción a la Dirección General de Atención a Personas Mayores y con Discapacidad. El Servicio de Gestión de Centros Residenciales dirige el proyecto. El desarrollo técnico es realizado por la Sección de Calidad y Planificación. Concluido el último borrador, se inicia la participación de los Directores y profesionales de las Residencias, de los técnicos de las Delegaciones de Bienestar Social. Se rectifica el borrador y concluye el proceso técnico con una propuesta que es elevada al Consejo de Dirección de la Consejería de Bienestar Social.

Resultados: Resolución de la Consejería de Bienestar Social de fecha 29 de junio de 2006, por la que se aprueba la Carta de Servicios, publicada en el DOCM nº 157. Edición de Carta para difusión por las Oficinas de Información Regional. Presentación de la Carta a profesionales de las Residencias. La tarea de información a residentes y familiares es realizada por los profesionales de estas residencias. Algunas Residencias están elaborando documentos técnicos asistenciales acordes con la atención a mayores dependientes tales como nuevos manuales de funcionamiento, protocolo de sujeciones, actualización de organigramas, etc. Inclusión en la memoria anual de las residencias el seguimiento de los compromisos de calidad.

Conclusiones: Actualización y unificación del proceso asistencial, conforme a la demanda de atención a personas mayores dependientes, en consonancia con la Ley. La Federación Residencias Privadas Castilla-La Mancha aplica los criterios de atención de la carta, merced a la inclusión de una cláusula de adhesión en los conciertos.

ADAPTACIÓN AL CENTRO ASISTENCIAL: INGRESOS, VISITAS FAMILIARES Y ¿QUÉ MÁS?

J. Rodríguez Galván, J. Antonio Alonso Bravo, M. Boronat Martín, R. López Mongil, M. García y J.L. Elguero Angulo
Centro Asistencial «Dr. Villacán», Diputación Provincial de Valladolid.

Objetivo: Análisis de las visitas e ingresos al Centro Asistencial: ¿qué más es necesario para una adecuada adaptación de la institución?, la evolución de los ingresos, claudicación familiar, mantenimiento de vínculos familiares...

Método: Recogida de datos (2002-2006) del registro de visitas diario analizando: evolución de las visitas de los residentes desde su ingreso (incluso anteriores ingresos al 2002 para constatar la claudicación familiar); residentes sin visitas; tipología de estas; su evolución y concentración en los residentes; relación con las habilidades cognitivas. Residentes (n = 203), hombres (H): 32,01% y mujeres (M): 67,98%, distribuidos en dos Unidades Geriátricas similares, con 100 residentes en su totalidad, siendo la edad media de 84,5 años y la desviación típica de 7,5.

Resultados: Se constata la disminución progresiva del número de visitas en cada residente, pero en estos dos últimos años observamos un aumento en la totalidad de visitas. Las más frecuentes son de hijos (50,44%), hermanos (20,13%) y sobrinos (17%). Aunque la frecuencia disminuye, en la mayoría de los casos son visitados por las mismas personas de su ingreso, llamando la atención la escasa frecuencia de visitas de los nietos, salvo en dos casos excepcionales. Seleccionando a los 26 residentes que tuvieron más de 100 visitas/año (19 M y 7 H) y que se les ha aplicado 45 valoraciones cognitivas, 32 de ellas se encuentran en GDS 4. Esta situación se acentúa más en los 6 residentes (4 M y 2 H) que han recibido más de 200 visitas/año, y que se les ha aplicado 11 valoraciones cognitivas, en 10 resultaban ser GDS 4. Desde 2002 hasta 2006, entre 12 y 17 residentes acaparan desde el 45,18% al 56,60% de visitas, mientras que 1/3 de los 203 residentes no reciben visitas al año. La posible causa del incremento observado en el número total de visitas en estos dos últimos años puede ser debido al Plan de Intervención: servicios y programas.

Conclusiones: Para conseguir una buena adaptación de los residentes, consideramos que la familia y sus seres queridos son fundamentales. Las visitas constituyen la principal muestra de afecto y apoyo externo, sintiendo el residente a su familia cercana. Es necesario mantener y potenciar los vínculos establecidos, así como rescatar los contactos (aun posibles). Constatado el aumento del número de visitas en estos dos últimos años, es necesario potenciar los diferen-

tes servicios y programas: participación en las olimpiadas para asistidos, encuentro gastronómico intercentros, elaboración y presentación del libro de refranes, salidas culturales, intervención terapéutica, intervención con familias así como aquellos que garantizan la calidad de la atención.

Palabras clave: Familia. Visitas. Claudicación.

ENVEJECIMIENTO Y EL PARADIGMA DE LA DOBLE TAREA

J.A. Alonso Bravo y R. López Mongil

Centro Asistencial de Valladolid

Objetivo: El uso de los refranes, como técnica de reminiscencia, nos ha permitido no sólo estimular el recuerdo conforme a sus habilidades cognitivas, sino analizar el enlentecimiento en la velocidad de procesamiento de la información y el paradigma de doble tarea, la disminución de la capacidad para comprender refranes y la afectación de la memoria de trabajo (MT).

Método: Recogida de 233 Refranes de 23 residentes y publicación de la Diputación Provincial de Valladolid (Marzo-Agosto 2006). Presentación de la Publicación a los familiares (20 de Diciembre 2006) haciendo uso de una exposición de diapositivas de Power Point, dando lectura cada residente a dos de sus refranes. Análisis de la Comprensión Lectora, la Memoria de Trabajo y Velocidad de Procesamiento (del 22 de Diciembre de 2006 al 15 de Enero de 2007).

Resultados: Edad media = 82,4 años; estadios GDS de Reisberg: 1-2 (5); 3 (5); 4 (6) y 5 (7). Mejora del estado de ánimo, habilidades cognitivas, reducción de la apatía e inquietud, aumento de la satisfacción y del control sobre el entorno, interacción social y creatividad. Las diferencias observadas en la comprensión lectora pueden deberse a las diferencias de las habilidades de procesamiento. La práctica favorece la automatización de los procesos más superficiales (reconocimiento de palabras), la memoria, una mayor rapidez y eficacia, lo que trae consigo el mantenimiento de la información relevante. Cada sujeto requiere mantener cierta información mientras realiza simultáneamente otra tarea que implica un activo procesamiento, por ejemplo, una tarea de razonamiento, aprendizaje o comprensión. (la presentación se verá acompañada de varios vídeos)

Conclusiones: La MT juega un papel importante en la lectura: conforme la capacidad lectora disminuye mayores son las diferencias, mayor es la diferencia del paradigma «doble tarea»: procesamiento y recuerdo. Es indudable la estrecha relación entre la MT y la comprensión. Los residentes que presentan un envejecimiento «normal», medido a través de diferentes pruebas, muestran una buena MT, comprensión lectora y velocidad de procesamiento de información, son los más capaces de llevar a cabo «la doble tarea». En el caso que nos ocupa de leer refranes, es considerable la diferencia entre, en primer lugar, aquellos que al iniciar la lectura del refrán inmediatamente le recuerdan entero no necesitando seguir leyéndole, en segundo lugar, aquellos que parecen tener algún tipo de recuerdo y hacen uso más o menos de la memoria, y, en tercer lugar, aquellos que no parecen recordar nada, por lo que la lectura del refrán se hace más lenta y en ocasiones dificultosa, produciéndose una mayor brecha entre los residentes.

Palabras claves: Refranes. Doble Tarea. Comprensión.

SATISFACCIÓN CON LA VIDA EN UNA MUESTRA DE CUIDADORES DE FAMILIARES DE ENFERMOS DE ALZHEIMER DE LA PROVINCIA DE ALICANTE

R.I. Ferrer-Cascales¹, A. Reig-Ferrer¹, J.L. Talavera-Biosca¹, M. Richard - Martínez², M.Á. Carchano-Monzó¹ y M.D. Fernández-Pascual³

¹Departamento de Psicología de la Salud. Universidad de Alicante,

²Departamento de Enfermería. Universidad de Alicante, ³Servicios Sociales Ayuntamiento de Ibiza.

La satisfacción vital se define como una valoración global que la persona hace de su vida, comparando lo que ha conseguido, sus logros, con los que esperaba obtener y sus expectativas.

Objetivo del presente estudio es evaluar el grado de satisfacción con la vida de una muestra de cuidadores familiares de enfermos de Alzheimer de la provincia de Alicante.

Método: Han participado un total de 62 personas con edades comprendidas entre 31 y 86 años. La edad media de las mismas es de 55,42 años (moda de 44 y mediana de 54,50) con una desviación típica de 13,59. El 90,3 son mujeres. Se ha utilizado para evaluar la satisfacción vital, la Escala de Satisfacción con la Vida (Diener et al, 1985; Reig-Ferrer et al, 2001). Esta escala consiste en la presentación de cinco afirmaciones de satisfacción con la vida a los que se contesta con una de las cinco posibles alternativas de respuesta, desde muy de acuerdo a muy en desacuerdo (arco de variación de valores entre 5 y 25). La satisfacción con la vida se mide de aquí como una valoración actual y retrospectiva que hace la persona acerca del grado en que ha conseguido los objetivos deseados o propuestos. Por lo tanto, la satisfacción con la vida viene a ser una especie de valoración desapasionada y reflexiva de lo bien que van las cosas y de lo bien que han ido hasta el presente. Hemos utilizado la versión castellana de Arce (Arce, 1994) y que ya a hemos utilizado en otros trabajos (Reig-Ferrer et al, 2001). El pase de la escala se ha llevado a cabo por parte de un miembro del equipo de investigación y la colaboración de los psicólogos de diferentes asociaciones de Familiares y Amigos de Enfermos de Alzheimer de la provincia de Alicante.

Resultados: La satisfacción general con la vida es, en líneas generales, bastante aceptable, a pesar de haber obtenido una puntuación media para el sumatorio total de la escala de 15,68, ligeramente inferior a las obtenidas por Diener et al. (1985) y Reig-Ferrer et al (2001) con estudiantes universitarios estadounidenses (16,8) y españoles (16,6) respectivamente; e inferior a la obtenida por Diener et al (1985) con ancianos (18,4), con adultos jóvenes (18,7) o Cabañero et al. (2004) con embarazadas (19,5).

Conclusiones: A pesar de ser datos preliminares, la satisfacción con la vida de la muestra de familiares cuidadores de enfermos de Alzheimer estudiada es razonablemente buena.

Este estudio ha sido apoyado económicamente 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).

¿EXISTE UN MAYOR GRADO DE SATISFACCIÓN CON LA VIDA EN AQUELLOS CUIDADORES FAMILIARES DE ENFERMOS DE ALZHEIMER QUE ENCUENTRAN ASPECTOS POSITIVOS EN LAS TAREAS DE CUIDADO?

A. Reig-Ferrer¹, R.I. Ferrer-Cascales¹, J.L. Talavera-Biosca¹, M. Richard-Martínez², M.A. Carchano-Monzó¹ y M.D. Fernández-Pascual³

¹Departamento de Psicología de la Salud. Universidad de Alicante,

²Departamento de Enfermería. Universidad de Alicante, ³Servicios Sociales Ayuntamiento de Ibiza.

Antecedente: El estudio de los aspectos positivos que pueden aparecer en la atención familiar a enfermos de Alzheimer es un área poco investigada.

Objetivo: Explorar si referir aspectos positivos en la atención familiar se relaciona con el grado de satisfacción con la vida.

Método: Estudio descriptivo con una muestra preliminar de 62 cuidadores de enfermos de Alzheimer de la provincia de Alicante (M = 55,4 años, d.t. = 13,59; recorrido = 31-86 años; 90% mujeres). Se analiza aquí una pregunta abierta para explorar la presencia de aspectos positivos en la tarea de cuidado y la Escala de Satisfacción de Diener (Reig-Ferrer et al, 2001).

Resultados: El 69,4% de los cuidadores encuentran aspectos positivos en las tareas de cuidado. No existe diferencia significativa entre varones y mujeres a la hora de referir aspectos positivos ni en sus valores medios de satisfacción con la vida. Tampoco aparece una diferencia significativa en la puntuación global de la Escala de Satisfacción de Diener entre cuidadores que no encuentran ningún aspecto positivo (M = 15,05, d.t. = 5,23) y aquellos que refieren aspectos positivos (M = 15,95; d.t. = 4,12).

Conclusión: La satisfacción con la vida de los cuidadores familiares de enfermos de Alzheimer es independiente del hecho de encontrar aspectos positivos en las tareas de cuidado. Este estudio ha sido apoyado económicamente 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).

NUEVAS NECESIDADES DE LA ANIMACIÓN SOCIOCULTURAL EN ENTORNOS RESIDENCIALES

I. Sáez Izquierdo, J.C. Sacedo Gómez, L. Carbonero de la Llave, J.L. Gayoso Pardo, J.R. Campos Dompedro y M. Arroyo Zárate
Mapfre Quavita, Madrid.

Las actividades de Ocio y Animación Sociocultural en los Centros de atención a personas mayores, juegan, desde una perspectiva gerontológica, un papel fundamental; hablamos de «Animación Sociocultural» como aquellas actividades que se vienen desarrollando en los Centros con el objetivo de influir en las relaciones humanas, generando redes de relación, consolidando un tejido grupal de interacción, y potenciando la solidaridad y la participación tanto entre los propios miembros del grupo, las personas mayores que son atendidas en estos Centros, como entre los miembros de la Comunidad que se encuentra más allá de las puertas de estos, y a la que por supuesto siguen perteneciendo. Estas actividades se desarrollan en función de una metodología de trabajo, del diseño de unos objetivos, del estudio del público/s al que van dirigidas ... de ahí que sean diseñadas y puestas en marcha por Técnicos especialistas en la materia. Desde hace muchos años en los Centros MAPFRE Quavita se llevan a cabo actividades bajo este enfoque de intervención, cuyos beneficiarios no son sólo las personas mayores que residen en nuestros Centros, sino también sus familiares, los profesionales del propio Centro, otros profesionales e implicados en la Comunidad... Este estudio cuenta con una primera parte descriptiva, que recoge la cobertura con la que cuentan los distintos Programas de Animación Sociocultural que se vienen desarrollando en nuestros Centros, datos recogidos en los formatos y registros que forman parte del Sistema de Calidad que se manejan en todos los Centros MAPFRE Quavita. En una segunda parte, se analizan las demandas de actividades y nuevas propuestas que a los TASOC les son realizadas por los propios usuarios de dichas actividades en nuestros Centros. Para el análisis de estas nuevas necesidades se ha diseñado un cuestionario de recogida de información que ha sido aplicado tanto a los Técnicos en Animación como a una muestra de usuarios válidos de nuestros Centros. El análisis sobre la praxis realizada, así como el análisis de las demandas recogidas, nos ayudarán a plantear medidas de mejora y cambio para este tipo de intervenciones en nuestros Centros, medidas que supondrán una mejora en la atención directa a los usuarios que en ellos atendemos.

LA ATENCIÓN PSICOSOCIAL EN EL ÁMBITO COMUNITARIO. EL ANCIANO NO INSTITUCIONALIZADO EN SITUACIÓN DE NECESIDAD

J. Santiago Rodríguez¹ y L. Ballester Brage

¹Institut de Serveis Socials i Esportius, Palma de Mallorca, ²Universidad de Las Islas Baleares

Fundamentos: El anciano no institucionalizado, en situación de necesidad, vive y percibe el desarrollo de la dependencia como un proceso en el que debe tomar decisiones muy relevantes: vivir con familiares o no, ingresar en una residencia o mantenerse en su propio domicilio, reclamar a los servicios públicos o no, etc. La casa u hogar familiar es el lugar donde habitualmente desea pasar el tiempo de envejecimiento, pero se ve obligado a desarrollar estrategias de demanda y/o afrontamiento de las necesidades para poder hacer frente a las consecuencias del proceso de envejecimiento. La situación de salud, la capacidad de cuidarse, la relación con la familia y el entorno, así como los recursos disponibles pueden considerarse como predictores de la evolución del proceso de dependencia y de las estrategias a desarrollar para mantenerse en el propio domicilio. El objetivo de nuestra investigación es descubrir los factores explicativos de ambos procesos (desarrollo de la dependencia y estrategias para la no institucionalización) en la población general de personas mayores con necesidades sociosanitarias identificadas que no viven en una residencia.

Método: La situación de necesidad sociosanitaria se estudia desde la doble perspectiva de la determinación de la situación y trayectoria de los sujetos analizados, por una parte, y de la evaluación de los individuos sobre las condiciones de vida y expectativas por otra. Las estrategias se estudian a partir de la actuación desarrollada por las personas mayores para hacer frente a las necesidades. Las fuentes de datos del estudio son dos tra- ba-

jos de campo realizados entre 2000 y 2002: un cuestionario administrado por encuestador a una muestra de 309 personas entre 65 y 84 años que habita en vivienda familiar, así como la actualización de la historia social y de salud mediante exploración, realizada por profesionales, a partir de visita domiciliaria. El estudio se desarrolló entre la población anciana residente en el municipio de Artá (Mallorca), replicando una parte de los análisis para el conjunto de la población mayor de las Islas Baleares, a partir de los datos de la encuesta realizada el año 2000 a una muestra de 1.168 personas mayores entre 65 y 84 años. Para la consecución del objetivo propuesto, además de estadística descriptiva, se emplean dos técnicas de estadística multivariante, el análisis factorial, para descubrir las relaciones entre los diversos aspectos de las trayectorias, situación, evaluación subjetiva, estrategias desarrolladas y expectativas, y el análisis de regresión, para identificar los predictores y su importancia relativa. En este póster sólo se informa brevemente del primer análisis.

Resultados: El análisis de componentes principales, indicó la presencia de cuatro factores con valores eigen mayores a 1. Se hizo un análisis factorial con rotación varimax, para determinar si el origen de la variación y si su agrupamiento coincidía con los datos que, con anterioridad, habían sido establecidos. Como se puede observar, el Factor I estuvo formado por 11 variables con cargas factoriales mayores de 0,40. Las variables que forman el primer factor, incluyen siete atributos informados por diversos autores. Además, se incorporaron cuatro variables que en la bibliografía no se suelen identificar, entendidos como «percepción de trayectoria». El primer factor fue etiquetado como «trayectoria de deterioro», pues incorpora elementos de pérdida de autonomía y de necesidad (objetiva y percibida) que han sido identificados como los dos componentes principales de la situación de dependencia. El Factor I, trayectoria de deterioro, explicó el 36,5 por ciento de la varianza total. Los factores II (relaciones interpersonales) y III (apoyo social-formal positivo) incluyeron las mismas variables informadas en la primera encuesta, por lo que sí se replicaron en el estudio de detalle; además, explicaron el 12,5 y el 8,9 por ciento de varianza, respectivamente. Por último, el factor IV (restricción de actividad) incluyó dos variables que reflejan una disminución intencionada de las actividades consideradas hasta pocos años antes como «normales»; este factor explicó el 5,2 por ciento de la varianza. La combinación de los cuatro factores explicó el 63,1 por ciento del total de la varianza acumulada. Posteriormente, se llevó a cabo un análisis factorial con rotación oblicua, para determinar la estructura de los factores y las correlaciones de los mismos. La rotación oblicua dio como resultado idénticos factores, en el mismo orden, con la agrupación de las mismas variables que en el análisis anterior (rotación varimax). La correlación de los cuatro factores sugiere que el I y el IV están relacionados entre sí y que miden una sola dimensión del proceso de dependencia. Por otra parte, los factores II y III no se relacionan con el I y el IV; esto indica que las variables de los factores II (relaciones interpersonales) y III (apoyo social-formal positivo), miden otras dimensiones en la expresión del proceso de dependencia, posiblemente independientes de la situación de necesidad de las personas estudiadas en las encuestas.

Discusión y conclusiones: La expresión de las necesidades y del proceso de dependencia a través de las encuestas realizadas y de la revisión de los documentos en la presente muestra, difiere poco de la informada en otros estudios. En cualquier caso, la presencia y la persistencia de los aspectos centrales de estas muestras, son sustancialmente más altas que las referidas en estudios similares. Estas diferencias en la presencia y persistencia de las variables de referencia, parecen reflejar variaciones socioculturales entre los diversos grupos de ancianos: población autóctona de hombres con trayectorias de baja y media calificación; trayectorias de hombres inmigrantes con bajas e integración sociocultural poco desarrollada; trayectorias de mujeres de diversos tipos. Este último grupo informó haber experimentado situaciones de necesidad con mayor frecuencia y duración o intensidad, que los otros dos. Se trata de un grupo con mayores esperanzas de vida, más graves situaciones de dependencia y percepción de trayectoria más centrada en la familia. Lo que diferencia más los diversos grupos, en la percepción y afrontamiento de las necesidades y situaciones de dependencia, es la duración e intensidad (persistencia) del proceso de deterioro. Creemos que las características mencionadas representan aspectos importantes del funcionamiento psicológico y sociocultural de los tres grandes grupos.

AUTOEFICACIA PERCIBIDA Y RESILIENCIA EN MAYORES DE 55 AÑOS

B. Bonete López, S. Tirado González y E. Sitges Maciá
Departamento de Psicología de la Salud. Universidad Miguel Hernández de Elche.

Objetivo: El enfoque en el que la vejez era caracterizada fundamentalmente por un declive y deterioro generalizado, ha ido cambiando hacia una visión de esta etapa de la vida como un reto adaptativo que cada persona supera de forma diferente. Resiliencia es la capacidad que tienen las personas de sentirse bien pese a las circunstancias, de sobreponerse a la adversidad, al tiempo que se saca partido y beneficio de esa experiencia (Cyrulnik, 2005). Por lo tanto, mantener una conducta resiliente en la vejez, es una prioridad para la salud de las personas en esta etapa. Por otro lado, la Autoeficacia General es un constructo global que hace referencia a la creencia que tiene un individuo sobre su capacidad para manejar adecuadamente una amplia gama de estresores de la vida cotidiana (Baessler y Schwarzer, 1996). En este artículo presentamos un estudio realizado con un grupo de 85 estudiantes del proyecto AUNEX de la Universidad Miguel Hernández de Elche con el objetivo de medir la resiliencia en adultos mayores de 55 años, analizando la influencia de la autoeficacia como predictor de resiliencia en la población de estudio.

Método: Los criterios de inclusión para la investigación han sido: ser mayores de 55 años y tener capacidad intelectual y educativa suficiente para entender y contestar cuestionarios. Como instrumento de medida de la resiliencia se ha utilizado la «Escala de resiliencia» de Calderón et al (2004). La variable autoeficacia se ha cuantificado a través de la «Escala de Autoeficacia General» (AEG) de Jerusalem y Schwarzer (1992). Los datos se han sometido a análisis estadísticos con pruebas T de Student entre los distintos factores de resiliencia y los distintos niveles de autoeficacia.

Resultados: Se trata de un estudio de campo de diseño descriptivo cuantitativo. De los resultados se puede decir que la relación estadística entre autoeficacia percibida y resiliencia no ha sido confirmada con nuestro estudio ya que no hemos encontrado diferencias significativas destacables.

Conclusiones: Creemos que se han de reflejar algunas limitaciones del trabajo, como sería tener en cuenta el lugar y el momento del paso de los cuestionarios, y a que se aplicaron a los alumnos tras acabar un examen y ello pudo haber influido negativamente. La segunda limitación es el tipo de cuestionarios utilizados para las evaluaciones. Sería conveniente adaptar instrumentos a la población mayor. Finalmente, consideramos que esta investigación puede servir de apoyo a estudios posteriores relacionados con una población mayor, debido a que existen escasas referencias en esta área.

Palabras clave: Resiliencia. Autoeficacia. Mayores.

EVOLUCIÓN DELS APOYO Y RED SOCIAL DEL ALUMNADO DE LA UNIVERSITAT OBERTA PER A MAJORS (UOM) DE LES ILLES BALEARS

M. Vives Barceló, C. Orte Socías y Ll. Ballester Bra
Universitat Illes Balears.

Objetivos: El objetivo de este estudio es analizar el apoyo y la red social de las personas mayores de 55 años que se han matriculado en la UOM (Universitat Oberta per a Majors); este análisis se dirige a dos objetivos de investigación: Analizar el cambio del apoyo social de personas mayores que han acudido a una asociación educativa y cultural reglada (Universitat Oberta per a Majors) a lo largo de 5 años. Analizar cómo influye haber realizado el programa de la UOM (Universitat Oberta per a Majors) en sus redes sociales (relaciones perdidas, relaciones ganadas, sentimiento de soledad,...), así como en los tres tipos de apoyo social (emocional, informal y material).

Método: Para poder analizar estos aspectos nos hemos basado en los datos recogidos mediante el cuestionario que en el curso 2002-2003 se pasó al alumnado de los tres cursos de la UOM; aunque con algunas modificaciones, como son la inclusión de preguntas referidas a la percepción de la UOM como fuente de apoyo social, el contacto actual con ésta y, la percepción de su red social actual, pasada (5 años antes) y futura (5 años después). La recogida de datos se ha llevado a cabo mediante encuesta telefónica (los tres grupos formales ya no existen como tal y por tanto ya no acuden, si lo hacen, a la UOM como grupo-clase), además, algunos por enfermedad o por otros motivos ya no tienen contacto ni con la Universitat Oberta per

a Majors (UOM) ni con la Universitat de les Illes Balears (UIB) ni con la Associació d'Alumnes i ex-alumnes de la UOM.

Resultados: Los resultados indican que los alumnos de los cursos de la Diplomatura Sénior de la UOM en el curso 2002-2003 perciben a la UOM como una fuente potente de apoyo social. Algunos de ellos mantienen contacto con ésta, bien a través de la realización de algún taller o a través de la asociación, aunque la mayoría no con la intensidad de ese curso (normalmente 3 días a la semana durante dos horas). No se aprecian cambios significativos respecto a sus respuestas de hace 5 años en cuanto al apoyo social; tanto en la percepción, como en la recepción, como en la donación y en la demanda de apoyo emocional, informacional y material; si bien la intensidad de estos en cada uno de los tres tipos de apoyo ha descendido ligeramente. Los mismos resultados aparecen en la red social: en general, entienden que han perdido pocas relaciones y que han ganado bastantes. Si bien hace 5 años el origen de las pérdidas de sus relaciones sociales era, principalmente el trabajo, ahora se ha desviado hacia las amistades y los familiares. No ha cambiado el origen de las relaciones nuevas, que sigue siendo, con mucha diferencia sus compañeros y compañeras de la UOM (Universitat Oberta per a Majors).

Conclusiones: Despues de analizar los resultados de las respuestas aportadas por el alumnado del Diploma Sénior de la UOM en el curso 2002-2003 podemos afirmar que la UOM se configura como una fuente potente de apoyo social y que así es percibido por sus alumnos/as. Destacar que, aunque no sea el objetivo principal de los programas universitarios para mayores, entre los efectos más positivos a nivel social de ser alumno de la UOM, se encuentran tanto el bajo nivel de sentimiento de soledad como la percepción de tener una red social amplia y fiable y un apoyo social que, aunque esté normalmente en latencia, se activaría en caso de ser necesario. En cambio, cuando la intensidad de la asistencia a la UOM o a cualquiera de sus líneas abiertas (asociación de alumnos y ex-alumnos, coral, grupo de teatro,...) desciende, también lo hace esta percepción y recepción de la red social y del apoyo y su intensidad. Es, pues, una vía abierta para poder continuar investigando por dos caminos, por una parte, conocer si estos mismos efectos a nivel de red social se producen en otros programas universitarios para mayores y, al mismo tiempo, poder comparar estos resultados a nivel social con otras muestras de personas mayores de nuestra comunidad: tanto aquellos que sí que están asociados como aquellos que no lo están.

Palabras clave: Apoyo Social. Programas Universitarios para Mayores.

REPRESENTACIONES SOCIALES EN LA VEJEZ Y LA ESTRATEGIA DEL ABRIGO EN LA ATENCIÓN BÁSICA DE LA SALUD EN NORESTE BRASILEÑO

K. Fernandes de Albuquerque¹, A. Oliveira Silva² y A. Paredes Moreira Adelaide³

¹Facultad de Ciencias Sociales, João Pessoa, Brazil, ²Universidad Federal de Pernambuco, ³A Profa. Dra. en Fisioterapia de la Universidad.

Las representaciones sociales sobre la vejez posibilita pistas importantes en el ámbito Socio internacional de los ancianos en los servicios de la atención básica de la salud de manera que este referencial teórico, tenga por referencia al individuo situado en un contexto socio histórico en la cual las experiencias y prácticas cotidianas le permitan la apropiación y la reconstrucción de los sentidos atribuidos a los objetos o a los fenómenos. Las representaciones conducen nuestras relaciones con el mundo y con los demás que organizan nuestras comunicaciones y comportamientos. En este sentido este estudio puede contribuir para que se haga un análisis que contempla de manera amplia la complejidad de las prácticas profesionales en contextos sociales reales. Entender a la vejez para poner en práctica la estrategia del abrigo es el objetivo de este estudio, con la posibilidad de ser entendido los repertorios subjetivos construidos y compartidos por los ancianos. Se trata de un estudio exploratorio realizado con 40 ancianos, de ambos sexos, realizado en la ciudad de Joao Pessoa - Brasil en un servicio de atención básica de la región del noreste. Fueron realizadas entrevistas semiestructurales subvencionadas en la teoría de las representaciones sociales. Los datos obtenidos fueron sometidos a una técnica de análisis de contenido temático (Bardin, 1997). Los datos señalan las representaciones sociales sobre la vejez de forma negativa para los ancianos asociados a los aspectos sicológicos como rechazo, discriminación, aislamiento y descrédito. Esto muestra la falta de condiciones socio-económicas que

significan un factor determinante para la exclusión social en ese grupo, señalado todavía con amenazas y enigmas desencadenados por la discriminación de «ser ancianos» que es el lado más desalentador de la vejez. La estrategia del abrigo pensada a partir de las representaciones sociales sobre la vejez posibilitó un direccionamiento a la valorización de la misma enfocando su autoestima, posibilitando las formas de abrigo con prácticas de cuidado de forma singular y con atención humanizada capaz de reducir al mínimo la visión negativa de la vejez.

Palabras clave: Representaciones Sociales. Vejez. Abrigo.

OBSERVATORIO SOBRE GERONTOMIGRACIÓN

M. Echezarreta Ferrer

Universidad de Málaga, Facultad de Derecho.

Objetivos: Construcción y mantenimiento de una estructura estable de seguimiento, investigación, formación y divulgación del fenómeno de la gerontomigración o movilidad transfronteriza de personas mayores, al tiempo que un espacio, un equipo y una herramienta donde particulares, instituciones, corporaciones, empresas y entidades de todo tipo encuentren información y conocimiento especializado para evaluar sus estrategias comerciales o políticas, y añadan de esta forma excelencia a los Lugares Europeos de Retiro (LER). El Observatorio pretende constituirse como referente en materia de políticas de ciudadanía europea, de envejecimiento, dependencia e integración en los LER. Sus objetivos son: Remover los obstáculos a la movilidad de las personas mayores. Paliar los problemas de participación, integración, protección y asistencia socio-sanitaria, especialmente los derivados de las barreras idiomáticas, culturales y jurídicas. Elaborar políticas y programas que faciliten, según sea necesario y de manera acorde con las leyes nacionales, la integración de los inmigrantes de edad en la vida social, cultural, política y económica de los países de destino, y que promuevan el respeto por esas personas. Contribuir al equilibrio socio-cultural, político y financiero de los LER. Contribuir al enriquecimiento personal y social mediante la permeabilidad intercultural entre las personas mayores extranjeras y españolas. Fortalecer la solidaridad mediante la equidad y la reciprocidad entre las generaciones y las diferentes nacionalidades. Contribuir a la mejora de los servicios jurídicos en las relaciones pluriconectadas jurídicamente protagonizadas por los extranjeros en los ámbitos del estado civil, el derecho de familia, las obligaciones, las sucesiones y los derechos reales.

Método: Sin perjuicio de la metodología interdisciplinar cuyo objetivo es la gestión coordinada del conocimiento disciplinar, cada especialidad participante utiliza su metodología particular para alcanzar los objetivos específicos que persigue; así, las ciencias médica y politológica se nutren de la metodología empírica (cuantitativa y cualitativa) y aportan resultados que son utilizados por la dogmática jurídica para diseñar sus objetivos de investigación y construir sus propuestas interpretativas tanto de lege data como de lege ferenda en concurso con las aportaciones de la doctrina legal y de la doctrina científica.

Resultados: El Observatorio constituye una de las propuestas de EURIE frente al creciente fenómeno de la movilidad transfronteriza de las personas mayores. Dicha propuesta se ha puesto en marcha en 2007 mediante la concesión de un proyecto de excelencia por parte de la Junta de Andalucía (P06-SEJ-01861). Los resultados alcanzados hasta ahora por el grupo EURIE se pueden consultar en http://campusvirtual.uma.es/in_en/

ESTRUCTURACIÓN DE LAS REPRESENTACIONES SOCIALES DE LOS DERECHOS DE LOS ANCIANOS EN EL ÁMBITO DE LA SALUD

A. Oliveira Silva¹, K. Fernandes de Albuquerque² y A.M.S. Paredes Moreira³

¹Universidad Federal de Pernambuco, João Pessoa, ²Facultad de Ciencias Sociales de João Pessoa, ³Programa de Post Graduación en Ciencia.

El avance tecnológico causó conflictos o omisiones para ordenamiento jurídico en diferentes aspectos en el campo de la Ética, de la Medicina y del derecho, por falta de la creación de reglas jurídicas que puedan disciplinar las conductas de los envolvemos en estas relaciones, determinando por cuestiones que envuelven desde puntos relacionados con estos campos del saber que están relacionadas con la investigación científicas. En este contexto, surge un fuerte senti-

miento de defensa de los derechos de los ancianos a lo que concierne a la salud. Y es notable que los derechos de los ancianos en el ámbito de la salud sean poco conocidas por ellos y por sus familiares así como por los estudiantes y por los profesionales de la salud.

Objetivos: Por esto este estudio tiene la finalidad de analizar la estructura de las representaciones sociales de los derechos de los ancianos en la salud construidas por estudiantes universitarios del área de la salud.

Método: Se trata de un estudio exploratorio realizado con 63 estudiantes de una Universidad Pública, con ancianos de ambos sexos, que respondieron al Teste de la Asociación Libre de palabras, con el término inductor: «Derecho de los ancianos». Los datos obtenidos fueron analizados por el Software EVOC, para que se pueda analizar la estructura de las representaciones sociales.

Resultados: Los resultados apuntan como núcleo central de la ciudadanía y de la salud; a los elementos periféricos que tenemos: derecho, práctica de ciudadanía, deber, descanso, omisión entre otros. **Conclusiones:** Se observa que los estudiantes desconocen en parte los derechos de los ancianos en el campo de la salud y representan con contenidos ambiguos entre la «voluntad de atender» y la «vergüenza de reivindicar» cuando esto fuera necesario.

Palabras claves: Derechos del Anciano. Salud. Representaciones Sociales

ANÁLISIS DE LA PARTICIPACIÓN DE LOS INMIGRANTES EN EL CUIDADO A LOS MAYORES EN LOS SERVICIOS MAPFRE QUAVITAE

J.L. Gayoso Pardo, J.R. Campos Domínguez y J. Sacedo Gómez
Mapfre Quavita, Madrid.

La atención a las personas con dependencia se concreta fundamentalmente en actividades de cuidados personales; expresado en términos de empleo se puede decir que la atención a la dependencia es muy intensiva en mano de obra. (Libro Blanco Dependencia). Ante el crecimiento constante del envejecimiento de la población, y tras la aprobación de la Ley de Dependencia, la atención a las personas mayores se constituye como un sector caracterizado por su importante poder de generación de empleo, consecuencia inmediata del aumento previsible de la demanda de tales servicios. Para dar respuesta a estas nuevas necesidades, y como ya ha sucedido en muchos otros mercados, muchas empresas nos apoyamos en la mano de obra que procede de fuera de nuestras fronteras. Los trabajadores/as de atención directa de los servicios para personas mayores dependientes representan la mayoría del personal de atención estos recursos; es de ellos de quienes los mayores reciben la mayor cantidad de dedicación y cuidados. Para poder ofrecer una atención de calidad a este colectivo, los profesionales dedicados a esta atención deben conocer sus características específicas, unas características muy diferentes de las que se pueden encontrar en otros grupos consumidores de servicios. En la actualidad, MAPFRE Quavita cuenta con un destacado número de profesionales de atención directa que proceden de fuera de nuestras fronteras; mediante este estudio, vamos a buscar conocer el perfil formativo de estos profesionales, lo que a su vez nos va permitir saber qué conocimientos son los que se están manejando, y con qué carencias en cuanto a técnicas y conocimientos nos podemos encontrar. Este estudio cuenta con una primera parte descriptiva, que recoge datos tanto sobre la procedencia de los/as trabajadores inmigrantes, en función del servicio en el que se encuentren (TAD, SAD, Residencias ...) y del puesto que desempeñen, así como una segunda parte, donde tras sondear el nivel formativo con el que acceden al puesto de trabajo, realizaremos breve análisis de necesidades y planteamiento de nuevas estrategias formativas para estos profesionales. La recogida de datos vendrá facilitada por los sistemas informáticos en los que se apoya la gestión de nuestros servicios así como en el diseño de un cuestionario de recogida de información.

UTILIZACIÓN DE SERVICIOS COMUNITARIOS Y RESIDENCIALES PARA PERSONAS MAYORES: PROPUESTA METODOLÓGICA A PARTIR DE ANÁLISIS DE DATOS SECUNDARIOS

J.I. Guinaldo Martín¹, R. Neves², C. Pires¹ y J. Portugal¹

¹Health Department, University of Aveiro, ²Institut Piaget.

Los trabajos de investigación sobre planeamiento de servicios sociales gerontológicos son escasos. No obstante, la importancia de

estos trabajos es grande, ya que permiten; rastrear el contexto socio-demográfico; determinar las principales necesidades de determinada población; determinar a combinación ideal de servicios, y por último; dar feedback a los promotores de servicios gerontológicos sobre la presencia de necesidades no cubiertas por los servicios existentes. El objetivo de este trabajo es identificar las diferentes categorías de zonas geográficas del territorio continental portugués tienen diferentes combinaciones de servicios comunitarios (Centros de Día - CD y Servicio de Ayuda al Domicilio- SAD), y de internamiento (Residencias para a Tercera Edad- RE). Para conseguir estos objetivos se construye una base de datos secundarios a partir de los datos aportados por el Instituto Nacional de Estadística y del Departamento de Estudios, Estadística e Planeamiento (Ministerio de Trabajo e da Segurança Social). El análisis de datos siguió dos fases consecutivas. En la primera, fue realizado un análisis de clusters utilizando para esto únicamente los Índices de Utilización de Servicios - IUS ($(n^o$ vagas ocupadas/ n^o vagas existentes) x 100). Los resultados muestran un modelo con dos tipos de áreas, a primera de Baja Intensidad en Servicios Comunitarios (Cluster 1), e la segunda de Elevada Intensidad en Servicios Comunitarios (Cluster 2). La diferencia entre los dos grupos esta en la intensidad que as personas mayores utilizan los servicios comunitarios (Para CD - F = 277,77, p < 0,001; Para SAD - F = 47,06, p < 0,001), y no en los IUS de RE (Para RE - F = 1,613, p = n.s). La débil distancia que presentan los clusters se deberá principalmente a la poca participación que la variable de IUS de RE tiene para la construcción del modelo. En la segunda fase, fue realizado un contraste entre los clusters creados e indicadores demográficos. Los resultados apuntan para a existencia de diferencias entre clusters, siendo el grupo de Baja Intensidad en Servicios Comunitarios aquel que tiene índices mas altos de envejecimiento (Para > 64 años/población total, t = 5,628, p < 0,001; Para > 84 años/población total, t = 6,03, p < 0,001). Estos resultados apuntan para una dinámica donde la utilización de servicios no puede ser explicada únicamente desde el punto de vista del envejecimiento demográfico, sino que debe ser vista también desde el punto de vista de la oferta de servicios gerontológicos

PATRÓN DE CORRELACIONES DE LA PRAXIA CONSTRUCTIVA

M.F. González Pérez¹, B. Fernández Calvo², J.J. Yanguas Lezáun¹, N. Galdona Erquicia¹, I. Etxeberria Arrixabal¹ y I. Laskibar García¹
¹Fundación Instituto Gerontológico Matia, INGEMA, San Sebastián, ²Facultad de Psicología. Universidad de Salamanca.

Objetivo: Conocer los procesos cognitivos que se relacionan con cada componente de la praxia constructiva (copia, dibujo y construcción) en una muestra de personas mayores sin deterioro cognitivo.

Método: Los datos provienen del Estudio Longitudinal Donostia (ELD). En este estudio los participantes eran divididos en seis grupos siguiendo la clasificación de GDS de Reisberg. Para este estudio se ha seleccionado a los 74 sujetos que pertenecían al GDS 1 (personas mayores sin déficit cognitivo ni quejas subjetivas de memoria). En la evaluación inicial del ELD, y antes de comenzar con la intervención, a los sujetos se les administraba una evaluación neuropsicológica que incluía pruebas que cubrían las principales funciones cognitivas: funcionamiento cognitivo general, orientación, atención, memoria, lenguaje, funciones ejecutivas y praxias. Dentro de las praxia constructiva se valoraban los tres componentes de la misma.

Resultados: Se han encontrado las siguientes correlaciones significativas ($p < .05$) entre los tres componentes de la praxia constructiva y el resto de las pruebas de la valoración neuropsicológica: El componente del dibujo con funciones ejecutivas, memoria y con el componente de la copia. El componente de la copia, con funciones ejecutivas, lenguaje, y con los componentes del dibujo y la construcción. El componente de la construcción, con funciones ejecutivas, memoria, lenguaje, funcionamiento cognitivo general y con el componente de la copia.

Conclusiones: Se encuentra que los tres componentes de la praxia constructiva no mantienen un patrón consistente de correlación con los mismos procesos cognitivos, ni correlacionan siempre entre sí. Por esta razón, cada uno de ellos ha de ser evaluado de forma separada, con pruebas específicas y teniendo en cuenta los procesos cognitivos con los que correlacionan.

DETECCIÓN DE CONFLICTOS ENTRE PROFESIONALES Y USUARIOS EN CENTROS RESIDENCIALES

M. Arroyo Zárate, I. Sáez Izquierdo, J. Sacedo Gómez, M. Arroyo Zárate, I. Sáez Izquierdo y J. Sacedo Gómez
Mapfre Quavita, Madrid.

Las Residencias y Centros Gerontológicos, como organizaciones complejas en las que conviven usuarios, familiares y profesionales en interacción, además de otras relaciones externas (la comunidad, la Administración...) son un escenario propenso a los conflictos. La palabra «Conflictivo» proviene del latín, «configliere», que significa chocar. Múltiples son las definiciones que podemos encontrar para «conflicto»: «Apuro, situación desgraciada y de difícil salida» (RAE); «Oposición de intereses en que las partes no ceden».

En la práctica real son diversos los conflictos que en los Centros pueden surgir: entre profesionales, entre usuarios y sus familiares... o conflictos entre los propios usuarios y los profesionales que les atienden, un tipo de conflictos que preocupan mucho desde el punto de vista de la gestión, pues es evidente que pueden acabar deteriorando la atención final que se le presta al usuario. Esta preocupación, y el objetivo de seguir mejorando en las atenciones que dispensamos en MAPFRE Quavita, es la que ha llevado a plantearnos este estudio, con el fin de conocer qué tipos de conflictos, con respecto a la atención y convivencia con los usuarios, son los que los profesionales de nuestros Centros están identificando como tales, así como sondear qué tipo de soluciones son las que los propios profesionales creen que se deben ponerse en marcha para dar respuesta a estos conflictos. Mediante la construcción de un cuestionario ad hoc vamos a buscar conocer los tipos de conflictos, su frecuencia, así como las soluciones propuestas para dar respuesta a tales conflictos: entrenamiento en habilidades de comunicación, formación a profesionales, definición de nuevas normas, redistribución del trabajo, conocimiento de derechos y deberes de los usuarios, medidas sancionadoras, etc. La existencia de conflictos no debe preocupar siempre que se trabaje desde la organización por identificar estos, así como por buscar salidas, siendo uno de los aspectos más importantes la forma en que los conflictos se resuelven. Buscaremos concluir sobre cuáles son las herramientas en las que debemos estar formados como profesionales para afrontar los conflictos que surgen en la convivencia en los Centros, y cuyo entrenamiento supondrá una mejora en la atención directa a los usuarios que en los Centros atendemos.

ESTUDIO PILOTO SOBRE LOS EFECTOS DE LA ESTIMULACIÓN COGNITIVA CUADERNOS MAYOR

L. Pérez del Tio, A. Chaminade Bautista, J. Lillo Jover, L. Alvaro Llorente y E. Dorado Hernan
Iubilate Psicólogos, Madrid.

Objetivos: Estudiar la eficacia de la estimulación cognitiva llevada a cabo mediante el material publicado CUADERNOS MAYOR. Este material se ha diseñado con una estructura de sesiones que tiene como objetivo estimular las principales áreas cognitivas de manera sistemática mediante tareas de lápiz y papel. En este estudio piloto se pretende analizar su efecto sobre un grupo de personas sin deterioro cognitivo que acude a un taller de memoria que ofrece el Ayuntamiento de San Sebastián de los Reyes de Madrid.

Material y método: 39 Personas, 84,6% mujeres, con una edad media \pm desviación estándar de $69,3 \pm 6,4$ años. Con estudios primarios el 76,9%, analfabetos funcionales el 17,9%, estudios medios 2,6% y sin estudios 2,6%. El 59% viven en pareja, el 23,1% solos y el 17,9% con otros familiares. Sin deterioro: cognitivo Mini Examen Cognitivo de Lobo MEC media \pm desviación estándar de $30,08 \pm 2,5$, Test del reloj media \pm desviación estándar de $9 \pm 1,34$. Sin alteraciones del estado de ánimo: Goldberg depresión media \pm desviación estándar de $2,69 \pm 2,57$ Goldberg ansiedad media \pm desviación estándar de $4 \pm 2,86$. Con antecedentes familiares neurológicos un 10,3% y de demencia un 23,1%. Se realiza una comparación entre los resultados pre y post tratamiento en pruebas específicas de Atención: Meses del año y Series de números en orden directo e inverso y clave de números, Memoria: recuerdo libre de una lista de palabras en tres ensayos y recuerdo libre diferido a los 5 minutos, Función ejecutiva: Making Training Test, fluidez verbal con clave fonética y semántica y tareas de abstracción y semejanzas.

Resultados: Los datos muestran cambios significativamente positivos en las tareas de memoria, tanto a lo largo de los tres ensayos

consecutivos como en el recuerdo diferido. Estos cambios también se observan en la tarea de memoria del MEC. En el resto de las tareas no se aprecian cambios significativos.

LA MEDIACIÓN INTERCULTURAL VERSUS LA FORMACIÓN EN COMPETENCIAS CULTURALES DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

B. Artigas Lelong y M. Bennasar Veny

Universitat de les Illes Balears.

Introducción: Con el fin de aportar una visión de la mediación cultural en la asistencia sanitaria a la población inmigrante en nuestro país, se plantea este trabajo que pretende en primer lugar hacer una reflexión que nos permita reconocer la importancia del entorno cultural en el proceso de salud y enfermedad. En segundo lugar, analizar los principales problemas que tienen que vivir los inmigrantes para acceder a los servicios de salud y finalmente, plantear estrategias que favorezcan el acceso y la eficacia de las intervenciones en el ámbito de la salud. Para poder analizar como influye el hecho migratorio en la salud de las personas, lo primero que tenemos que considerar es el hecho de que toda persona que emigra debe adaptarse a diferentes abundantes y complejos cambios, y lo segundo es que debemos entender que la salud va más allá de la ausencia de la enfermedad. Así, podemos entender la salud como «una manera de vivir autónoma, solidaria i feliz». Respecto a las prácticas de salud, es importante destacar, que al igual que la enfermedad, tienen un carácter polisémico, es decir, una significación social y cultural diferente en cada grupo humano. Así, son diferentes los saberes y las prácticas, que permiten a cada cultura poder convivir, cuidar, sanar y curar a las personas en las diversas situaciones de salud y enfermedad.

Objetivo: Conocer la eficacia del uso de mediadores culturales versus la formación en competencias culturales en los profesionales de salud.

Material y método: Estudio descriptivo. Revisión sistemática de artículos y libros publicados a nivel internacional de los diferentes estudios y/o experiencias sobre la mediación intercultural en salud y la formación en competencia cultural de los profesionales sanitarios.

Resultados: En el congreso se expondrán los resultados de dicha revisión sistemática.

Conclusiones: Para finalizar y a modo de conclusión la reflexión y análisis realizados alrededor de la mediación cultural en la atención a los inmigrantes nos hace plantear que en este siglo XXI es necesario: crear sociedades interculturales; valorar a la inmigración como un componente esencial en el desarrollo y crecimiento económico en nuestro país; plantear la mediación intercultural como el puente que permite a través del dialogo la interacción y la comunicación de las sociedades multiculturales en base al reconocimiento de la identidad y el derecho a la diferencia; y que nuestro sistema sanitario evolucione para poder responder a los nuevos retos de salud y lograr que sea más próximo a la población inmigrante, disminuyendo con ello las barreras que dificultan el conocimiento mutuo.

CAMBIO DE ACTITUDES ANTE LA MUERTE A PARTIR DE UN PROGRAMA EDUCATIVO EN UN GRUPO DE MAYORES DE 55 AÑOS

J. Botella Trelis¹, S. Pinazo Hernandis² y F. García Gollarte³

¹Sociedad Valenciana de Geriatría y Gerontología. H., ²Dpto. Psicología Social Universidad de Valencia, ³Sociedad Valenciana de Geriatría y Gerontología. R.

Objetivos: Analizar las actitudes ante la muerte de un grupo de personas mayores de 55 años (activas, urbanas). Explorar la preparación ante la muerte que tiene el colectivo antes citado. Analizar el cambio de actitudes ante la muerte producido en este grupo después de su participación en un programa educativo. Proponer líneas de actuación para mejorar la aceptación de la finitud de la vida y la preparación para la muerte.

Método: En dos grupos de mayores de 55 años (N = 120) (grupo diana, GD y grupo control, GC) asistentes a los Programas Universitarios para Mayores se realizó un pre-test para analizar sus actitudes ante la muerte. El grupo diana (GD) participó en una serie de sesiones en las que se habló de la muerte, del proceso de morir, del duelo, últimas voluntades, testamento vital,... Las sesiones fueron conducidas por un geriatra y una psicóloga entrenados para este cometido. Posteriormente se pasó un post-test a ambos grupos con

el objetivo de medir cambios de actitud y se compararon las respuestas.

Resultados y conclusiones: Se observaron claros cambios de actitud a favor del grupo que recibió las sesiones formativas (GD) en el sentido de: una mayor capacidad de afrontamiento, un conocimiento más profundo de las distintas alternativas existentes, y recursos sociales. La preparación para la muerte es importante a lo largo de la vida, pero aún lo es más en el caso de las personas que han pasado los límites de su «mitad-de-la-vida» y tienen a sus propios padres dependientes a su cargo, enfermos de larga duración, con deterioro cognitivo irreversible o muy cercanos al final de la misma. Abordar el tema de la muerte con naturalidad puede servir para prevenir y/o evitar situaciones de angustia y temor.

Palabras clave: Educación. Cambio de Actitudes. Preparación para la Muerte. Personas mayores.

ACTITUDES HACIA EL TRABAJO CON PERSONAS MAYORES POR PARTE DE ALUMNOS UNIVERSITARIOS

I. Martín¹, D. Gonçalves², J. Guedes³ y T. Fernandes⁴

¹Departamento de Ciencias de la Salud, Universidad, ²Instituto de Ciencias de la Educación, Universidad, ³Instituto de Servicio Social de Oporto, ⁴Instituto Piaget.

Numerosas investigaciones muestran como los alumnos universitarios tienen poca predisposición para trabajar con personas mayores, sobretodo porque este tipo de trabajo esta connotado con a realización de tareas intelectualmente poco estimulantes, con desvalorización social, baja retribución económica, y muchas veces, con baja auto-estima en los profesionales. El objetivo de este trabajo es valorar el tipo de actitudes para el trabajo con personas mayores en una muestra de 145 estudiantes de Enfermería (77% mujeres; edad, x = 21,4, SD = 2,9), 227 estudiantes de Servicio Social (95% mujeres; x = 22,04, SD = 3,8), y 103 estudiantes de psicología (77% mujeres; edad, x = 20,0, SD = 4,8). La escala utilizada esta compuesta inicialmente por 25 ítems, que utiliza una escala de respuesta de likert de cinco puntos. Fue realizado un primer análisis factorial de rotación varimax de forzado a tres factores que permite explicar cerca del 40% de la varianza. En esta fase de análisis, fueron eliminados dos ítems por tener saturaciones inferior es a 0,3. El primero factor explica el 22,8% de la varianza, esta compuesta por 11 ítems, y fue denominada como Dimensión Interna al Trabajo, por representar las aptitudes necesarias para trabajar así como las representaciones de las predisposiciones y los efectos de este tipo de trabajo (eg., Trabajar con personas mayores exige muchas competencias). El segundo factor que denominamos Dimensión Externa al Trabajo, y que simboliza los componentes externos de trabajar con personas mayores que explica el 9,9% de la varianza total (eg., El trabajo con personas mayores es socialmente muy valorizado). El tercer factor representa el Impacto del trabajo con personas mayores, que explica un 6,9% de la varianza (eg., Trabajar con personas mayores es estimulante desde el punto de vista intelectual). Un segundo análisis factorial confirmatorio con rotación oblimín forzado a tres factores confirmó básicamente la anterior estructura factorial. Los factores que fueron encontrados parecen tener un comportamiento diferente relativamente a algunas variables socio-demográficas. Fueron encontradas diferencias significativas relativamente al tipo de licenciatura y el factor de Dimensión Interna al Trabajo (F (445,2) = 791,9; p < 0,000) y el de Dimensión Externa al Trabajo (F (439,2) = 16, 4, p < 0,000), así como diferencias en la Dimensión Externa al Trabajo y el género (t = 439; p < 0,01), y en la de Dimensión Interna al Trabajo y la edad (F (445,2) = 8,2; p < 0,000). Estos resultados pueden explicar efectos como el de la grande feminización del trabajo en el área de Geriatría y Gerontología.

LA DESEABILIDAD SOCIAL EN LAS PERSONAS MAYORES Y SU RELACIÓN SOBRE LAS MEDIDAS AUTOINFORMADAS DEL ESTADO EMOCIONAL

R. Nuevo Benítez¹, I. Montorio Cerrato², M. Márquez-González², I. Cabrera Lafuente², M. Izal Fernández de Trocón² y G. Pérez-Rojo²

¹Hospital Universitario de La Princesa, Servicio de Psiquiatría, Madrid,

²Universidad Autónoma de Madrid, Facultad de Psicología.

Introducción: Según algunos estudios la Deseabilidad Social (DS) es superior en las personas mayores y correlaciona con medidas subjetivas de bienestar (p.ej., Carstensen y Cone, 1983). Se ha sugerido

que esta diferencia puede ser mayor entre las mujeres, estar mediada por el nivel educativo y que puede tener un peso negativo sobre la fiabilidad y validez de las medidas de autoinforme y, por tanto en los resultados de las investigaciones en este grupo de edad (Ray y Lovejoy, 2003). Además, este estereotipo se generaliza habitualmente a otros campos de estudio, asumiendo, por ejemplo, que la DS puede ser una variable contaminante del autoinforme sobre el nivel de ansiedad o de bienestar emocional en la edad avanzada, incluso sin datos que avalen esta suposición (según búsquedas en las principales bases de datos en marzo de 2007). Esta idea, asumida en la investigación, no tiene, sin embargo, una clara base empírica y hay estudios recientes que presentan evidencia contraria (p.ej., Dijkstra et al, 2002). Así, existen datos que indican que el envejecimiento se asocia a una disminución en las preocupaciones y la ansiedad de tipo social (Eysenck, 1992; Montorio et al, 2003).

Objetivo: Este estudio se dirige a analizar el papel de la DS en las personas mayores, su relación con la edad, el sexo y el nivel educativo, así como su efecto sobre varios autoinformes que evalúan el estado emocional y sobre el cambio producido tras una manipulación experimental sobre la ansiedad. Se hipotetiza que la DS correlacionará significativamente con la edad y el nivel educativo, y será superior en mujeres que en hombres. Además, la DS no presentará correlaciones significativas con medidas de bienestar emocional ni un peso relevante en el cambio experimentado tras la manipulación de la ansiedad.

Método: 57 personas mayores residentes en la comunidad (media de edad = 69,4 años; DT = 6,8; rango: 60-86) completaron medidas de DS y ansiedad-rasgo, así como medidas repetidas (pre-post inducción) de nerviosismo, tensión, vigor y estado emocional, tras ser aleatoriamente asignadas a dos condiciones posibles de inducción de ansiedad (frases autorreferenciales combinadas con música o escenas de películas) o a un grupo control.

Resultados: La DS correlacionó positiva y significativamente con la edad ($r = .32$; $p = .015$) y negativamente con el nivel educativo ($r = -.25$; $p = .06$). Asimismo, la DS se asoció con el estado civil (mayores puntuaciones de los viudos respecto a los casados ($t (59) = 2.1$; $p = .041$). Las mujeres presentaron puntuaciones superiores, que, aunque no alcanzaron la significación estadística, arrojaron un tamaño del efecto moderado ($d = .43$). Finalmente, la DS no presentó correlaciones estadísticamente significativas con las medidas pre- en ninguna variable y no tuvo un peso significativo en la predicción del cambio producido tras la inducción.

Conclusiones: Los resultados de este trabajo apoyan la hipótesis de que la DS correlaciona con la edad y se relaciona de forma significativa con el nivel educativo y el sexo. No obstante, la ausencia de correlación significativa entre la DS y las medidas de bienestar emocional o el cambio tras la inducción de ansiedad contradice la idea usualmente asumida de que esta variable está relacionada con los autoinformes sobre el bienestar emocional en esta edad. De este modo, la DS no parece ser una amenaza para la fiabilidad y validez de los autoinformes de estado emocional en personas mayores que deba ser controlada en tareas experimentales de inducción de ansiedad en la edad avanzada.

IMPLANTACIÓN DE UN SERVICIO DE AYUDA A DOMICILIO PRIVADO

M.T. Coll Recasens, R. Pura Sánchez, F. Sánchez y M. Alasà
STSDOMO Asistencia Domiciliaria, Reus.

Objetivo: El presente estudio consiste en analizar el perfil sociofamiliar de los usuarios de la asistencia domiciliaria privada.

Método: Se ha realizado un estudio descriptivo prospectivo desde mayo del 2006 a febrero de 2007, basado en un estudio longitudinal de las características socio- familiares de los usuarios en la primera etapa de implantación de un servicio de asistencia domiciliaria privada. Indicadores: Edad y sexo usuario. Edad y sexo cuidador principal. Índice de Barthel usuario. El usuario es beneficiario de algún tipo de ayuda social o socio- sanitaria. Vivienda inadecuada a las necesidades del usuario. Ingresos insuficientes para cubrir las necesidades del usuario. Tipo servicio contratado a STSDOMO. Duración del contrato con STSDOMO.

Resultados: Se ha analizado el 100% de los usuarios que han firmado un contrato con STSDOMO, un total de 43 personas, de los cuales cumplían todos los criterios de inclusión y ninguno de los criterios de exclusión. Del total de los usuarios estudiados un 76% son mujeres con una edad media de 74,1 años, y el 24% son varones de 70,3 años de edad media. La persona de referencia del usuario es en un 89% de

los casos mujer y de 57 años de edad media. El índice de Barthel medio de los usuarios estudiados es de dependencia moderada, una media de 50 puntos en los hombres y 55 en las mujeres. Desde la implantación de STSDOMO el 43% contrataron el servicio de atención personal y el 57% de los servicios contratados son de acompañamiento. De éstos, un 69% están institucionalizados y utilizan STSDOMO puntualmente. Del 31% de casos estudiados que viven en una vivienda particular, en el 90% se ha detectado algún tipo de déficit: principalmente barreras arquitectónicas. El contrato es de 1,7 horas de media diarias. Y la duración media del contrato es de 73 días.

Conclusiones: Perfil del usuario: mujer de 74 años de edad con un grado de dependencia moderada, la persona de referencia o cuidador principal es también una mujer de 57 años de edad. Servicio contratado: la demanda del servicio de acompañamiento se da en la mayoría de los casos en personas que están institucionalizadas, por lo tanto podemos concluir que en las instituciones hay un déficit en este sentido que cubren otros servicios. En el caso de la atención personal se trata más de un servicio de apoyo a familias que tiene la persona con falta de autonomía en casa y necesitan de ayuda profesional. Desarrollo de la demanda: desde la implantación se observa un aumento progresivo de los servicios de atención a la persona que la relacionamos a la fidelidad de los usuarios, y un mantenimiento de los acompañamientos mensuales que se realizan.

REPRESENTACIONES SOCIALES EN LA VEJEZ Y LA ESTRATEGIA DEL ABRIGO EN LA ATENCIÓN BÁSICA DE LA SALUD EN NORESTE BRASILEÑO

K. Fernandes de Albuquerque¹, A. Oliveira Silva² y M. Silva Paredes³
¹Centro Universitario de João Pessoa, Brasil, ²Universidad Federal de Paraíba, João Pessoa, Brasil, ³Ufrn.

Las representaciones sociales sobre la vejez posibilita pistas importantes en el ámbito Socio internacional de los ancianos en los servicios de la atención básica de la salud de manera que este referencial teórico, tenga por referencia al individuo situado en un contexto socio histórico en la cual las experiencias y prácticas cotidianas le permitan la apropiación y la reconstrucción de los sentidos atribuidos a los objetos o a los fenómenos. Las representaciones conducen nuestras relaciones con el mundo y con los demás que organizan nuestras comunicaciones y comportamientos.

Objetivos: En este sentido este estudio puede contribuir para que se haga un análisis que contemple de manera amplia la complejidad de las prácticas profesionales en contextos sociales reales. Entender a la vejez para poner en práctica la estrategia del abrigo es el objetivo de este estudio, con la posibilidad de se entender los repertorios subjetivos construidos y compartidos por los ancianos.

Método: Se trata de un estudio exploratorio realizado con 40 ancianos, de ambos性, realizado en la ciudad de Joao Pessoa - Brasil en un servicio de atención básica de la región del noreste. Fueron realizadas entrevistas semiestructurales subvencionadas en la teoría de las representaciones sociales. Los datos obtenido fueron sometidos a una técnica de análisis de contenido temático (Bardin, 1997).

Resultados: Los datos señalan las representaciones sociales sobre la vejez de forma negativa para los ancianos asociados a los aspectos sicológicos como rechazo, discriminación, aislamiento y descrédito.

Conclusiones: Esto muestra la falta de condiciones socio-económicas que significan un factor determinante para la exclusión social en ese grupo, señalado todavía con amenazas y enigmas desencadenados por la discriminación de "ser ancianos" que es el lado más desalentador de la vejez. La estrategia del abrigo pensada a partir de las representaciones sociales sobre la vejez posibilitó un direccionamiento a la valorización de la misma enfocando su autoestima, posibilitando las formas de abrigo con prácticas de cuidado de forma singular y con atención humanizada capaz de reducir al mínimo la visión negativa de la vejez.

ESPOSO/A/HIJA MAL INFORMADO/A Y CON PROBLEMA SOCIAL PIDE AYUDA. EL CUIDADOR PRINCIPAL DEL PACIENTE CON DEMENCIAS EN EL MEDIO RURAL

M.J. Vicente, P. Montero, P. González García, B. Fuentes de Gilbert, M. Forcano y P. Cántin
Hospital San José, Teruel.

Introducción: La atención del paciente demente en domicilio implica mejor calidad de vida para él, menor coste económico y ma-

yor coste personal para el cuidador, que debe ser considerado como una diana en la red asistencial de los enfermos con demencia.

Objetivo: Conocer el perfil del cuidador de los pacientes con demencia que acuden a la consulta de Geriatría y caracterizar su situación de sobrecarga, con el fin de implementar un programa de apoyo eficiente.

Material y métodos: Entrevista personal a los cuidadores de los pacientes con demencia que acudieron a la Consulta de Memoria. Se recogieron: variables sociodemográficas, tiempo de cuidado, repercusión sobre salud y ocupación, escala de Zarit y encuesta acerca de la estimación de recursos necesarios para mejorar el cuidado de su familiar.

Resultados: Se incluyeron todos los pacientes con demencia que acudieron a la Consulta de Memoria durante el período del estudio. La edad media de los cuidadores era de 62 años, con parentesco de primer grado en 92%: 50% cónyuges, con edad media de 77,5 años. La edad media de los hijos cuidadores era de 49 años, y el sexo mayoritariamente femenino. El tiempo medio de cuidado era de 3,5 años. Todos los pacientes residían en domicilio, y se encontraban en situación laboral activa el 46% de los cuidadores. De éstos, el 22% tuvo problemas en su trabajo en relación directa con el cuidado de su familiar. El 29% de los cuidadores seguía tratamiento antidepresivo y/o ansiolítico y/o hipnótico a raíz del cuidado de su familiar, y hasta el 75% padecía algún problema de salud independiente de su labor de cuidador. El síntoma que más preocupa al cuidador principal es el trastorno de conducta, seguido por «el olvido». Cerca del 50% de los cuidadores consideran que no se les ha proporcionado la información que precisan acerca de la enfermedad. El 75% vive la situación como un problema social: el 50% dispone sólo de ayuda de algún familiar, el 16% utiliza el Centro de Día, y otro 16% no cuenta con ayudas. Demandan recursos públicos el 62,5%. Atendiendo al cuestionario de Zarit, la mayoría de los cuidadores se sentían capaces de continuar su labor (4% sobrecarga grave, 21% leve). Curiosamente, menos del 1% solicita la institucionalización definitiva de su familiar.

Conclusiones: El cuidador principal del paciente con demencia que acude a la consulta de Geriatría suele ser un familiar de primer grado (esposo/a o hijas) que sufre consecuencias laborales y/o familiares derivadas de su dedicación al enfermo. Cerca del 50% se consideran mal informados acerca de la enfermedad y su curso. El 75% considera que tiene un problema social. La mayor demanda es de ayuda por parte de las instituciones: en general se prefieren aquéllos recursos de titularidad pública que permiten continuar atendiendo al paciente en el propio domicilio, como pueden ser las trabajadoras familiares, la teleasistencia o un centro de día.

INTELIGENCIA EMOCIONAL Y ENFERMEDAD DE ALZHEIMER. UNA NOVEDOSA FORMA DE TRABAJAR CON FAMILIARES

J.G. Castilla Rilo¹, M. Nevado², D. Losada², E. López², L. Redondo² y J. Conde²

¹Hospital Doce de Octubre, Madrid, ²AFAL Contigo, Madrid.

Objetivo: Trabajar la inteligencia emocional con familiares de enfermos de Alzheimer. La Inteligencia Emocional se ha trabajado en muchos sectores de la población (empresarios, profesionales sanitarios, estudiantes, adolescentes, niños) con grandes resultados para mejorar la calidad de vida, aspecto muy importante en los cuidadores de enfermos de Alzheimer.

Métodos: Un profesional en inteligencia emocional realiza los talleres, 2 días consecutivos y 3 horas cada sesión con familiares de enfermos de Alzheimer pertenecientes a la Asociación Nacional de Alzheimer, AFALContigo. Se trabajan las emociones y los diferentes componentes que tiene la inteligencia emocional (competencia emocional y competencia social) a través de dinámicas vivenciales y participativas, que permite un mejor aprendizaje e impacto de la información.

Resultados: Se han realizado 3 talleres sobre inteligencia emocional y se ha podido trabajar con casi medio centenar de familiares de enfermos de Alzheimer. La mayoría de las personas que participan de esos talleres son mujeres cuidadoras. La aceptación de los programas ha sido muy buena.

Conclusiones: Trabajar la inteligencia emocional con familiares de enfermos de Alzheimer permite a los participantes de los talleres a

reflexionar sobre su situación de otra manera, crecer como personas y mejorar su calidad de vida.

CONSTRUCCIÓN SOCIAL DE LA MUERTE

S. Pinazo Hernandis, J. Botella Trelis y F. García Gollarte
Sociedad Valenciana de Geriatría y Gerontología Universidad de Valencia.

Objetivos: Entendemos que es interesante dilucidar los diferentes modos de vivir la muerte dependiendo del momento o etapa de la vida en que cada persona se encuentre. Pensar, crear imágenes y compartir representaciones sobre la muerte genera mecanismos de estrés y reajuste vital sobre cómo nos enfrentamos con su materialidad. Podemos entender desde una perspectiva longitudinal que conforme avanza la vida se puede dar mayor certeza hacia la propia muerte y la de las personas cercanas, lo que hace ver la muerte con una mayor serenidad. Ante la muerte de un ser querido se obtiene apoyo social mediante la ritualización: las pompas fúnebres permiten expresar la angustia o la pena a través del llorar, el luto, la despedida, el entierro. Hemos considerado que dicho proceso de construcción de representaciones sociales puede variar en función de las diferencias de género y edad, como variables que pueden modular el impacto del suceso así como las estrategias de afrontamiento y la vivencia de la pérdida en los diferentes períodos de la vida.

Metodología: En el trabajo que presentamos hemos desarrollado un acercamiento a los contenidos de campos semánticos vinculados socialmente con la idea de muerte tratando de conocer los elementos diferenciadores de las diferentes representaciones sociales construidas en función de las variables edad y género. La recogida de los datos se llevó a cabo con la participación de hombres y mujeres de dos grupos de edad diferentes (menores de 29 años y mayores de 65 años) (N = 166) a los que se pidió que escribiesen las palabras que ellos vinculaban al concepto de muerte.

Resultados y Conclusiones: Se analizan aquí los resultados comparativos de los dos grupos estudiados. Se obtuvieron 499 palabras de las que resultaron diferentes 141-, y que fueron categorizadas en seis grupos: creencias/religiosidad, sentimientos/sensaciones que produce la muerte o pensar en ella, ritual de la muerte, consecuencias de la muerte, causas de la muerte y efectos de la muerte.

Palabras clave: Personas mayores. Jóvenes. Muerte. Representaciones Sociales

LA MUERTE... ¿Y DESPUÉS? ESTRATEGIAS

DE AFRONTAMIENTO Y APOYO SOCIAL EN LA VIUDEDAD

J. Botella Trelis, F. García Gollarte y S. Pinazo Hernandis
Sociedad Valenciana de Geriatría y Gerontología Universidad de Valencia.

Objetivos: Analizar las actitudes ante la muerte de un grupo de viudas. Explorar la preparación ante la muerte que tiene el colectivo de viudas. Conocer las situaciones de estrés, ansiedad, soledad y aislamiento a las que se pueden afrontar las viudas. Explorar las estrategias de afrontamiento, las reacciones emocionales del grupo de viudas. Explorar el papel amortiguador de los recursos de apoyo social con los que cuenta este grupo de viudas y su función propiciatoria de un afrontamiento positivo. Proponer algunas pautas para el trabajo en grupos de apoyo ante la viudedad.

Método: Se realizaron varios grupos de discusión con un grupo de mujeres viudas mayores de 55 años en distintas situaciones (viudas muy recientes-8 meses-, viudas de más de muchos tiempo -entre 12 y 40 años- (N = 8; edad = 55-70 años; nivel sociocultural = medio-alto). A partir de un guión para el trabajo en el grupo de discusión se realizaron distintas sesiones con el grupo de viudas. Los grupos de discusión fueron grabados en audio y las sesiones transcritas íntegramente. El análisis de los resultados se sometió a un criterio de fiabilidad inter-jueces.

Resultados y conclusiones: Se observan claras diferencias entre las viudas en función de distintas variables como son: el tiempo de viudedad, las circunstancias que rodearon a la muerte (muerte repentina, muerte prematura, largo proceso de agonía,...) las estrategias de afrontamiento y el apoyo social disponible. Las actitudes ante la muerte y el proceso del duelo son también muy diferentes en los distintos casos. Los resultados permiten apuntar la necesidad de trabajar en grupos el proceso de duelo y el papel amortiguador del apoyo social.

Palabras clave: Viudedad. Afrontamiento Apoyo Social

PERCEPCIÓN DE LA MUERTE, PREPARACIÓN PARA LA MISMA DE DISTINTOS GRUPOS PROFESIONALES Y ANCIANOS EN CINCO RESIDENCIAS ASISTIDAS

F. García Gollarte¹, J. Botella Treliis² y S. Pinazo Hernandis³

¹Residencia Ballesol, Barcelona, ²Hospital Doctor Moliner, ³U. de Valencia.

Objetivos: Valorar tanto la distinta percepción de la muerte como la preparación para la misma que tienen distintos grupos de profesionales y ancianos residentes que están trabajando y viviendo en cinco residencias valencianas.

Método: Se realizó un grupo de discusión (GD1) con los distintos profesionales: médicos, enfermeras, psicólogas, fisioterapeutas, supervisoras y auxiliares. Se realizó un segundo grupo de discusión (GD2) con un grupo de ancianos elegidos al azar de entre los que conservaban intactas las funciones cognitivas. Los grupos de discusión fueron conducidos por una psicóloga entrenada para este cometido. Tras la realización de la transcripción y los análisis de contenido pertinentes se compararon las respuestas de ambos grupos de discusión. Como guión de los grupos de discusión, se abordaron los siguientes campos o áreas temáticas: *nivel cognitivo*: representaciones sociales. Construcción social de la muerte por parte de los distintos profesionales y los residentes; *nivel actitudinal*. Actitudes de los profesionales ante la muerte de los residentes y ante el final de la propia vida. Percepción que tenían los profesionales acerca del modo en que este fenómeno era vivido por los residentes y comparación de ésta con la propia opinión de los residentes. Actitudes de los residentes ante la muerte de otros residentes y ante el final de la propia vida; *nivel informacional y comportamental*. Nivel de información y grado de preparación para la muerte de los profesionales. Nivel de información y grado de preparación para la muerte de los residentes. Modos de abordar este tema entre los residentes. Modos de abordar este tema entre los profesionales y los residentes. Nivel de información sobre el final de la vida y la preparación para la muerte que tenían las familias de los residentes y si éste era un tema que se comentaba con las mismas. Necesidades expresadas por ambos grupos acerca de la preparación para la muerte.

Resultados y conclusiones: Los resultados permiten concluir que es fundamental la preparación para la muerte en estos dos grupos de población: los profesionales que trabajan en la atención a los ancianos en el final de la vida y los propios ancianos residentes. Abordar este fenómeno con naturalidad, y crear una mayor tranquilidad y aceptación, puede evitar situaciones de angustia y desesperación.

...Y SI ES POSIBLE, CON UNA SONRISA. LA ACEPTACIÓN DE LA PROPIA MUERTE. (A PROPÓSITO DEL DOCUMENTAL «LAS ALAS DE LA VIDA»)

S. Pinazo Hernandis, F. J. Hernández Dobón, F. García Gollarte y J. Botella Treliis

Departamento Psicología Social Universidad de Valencia.

Objetivos: Aumentar la información sobre el final de la vida y la preparación para la muerte. Cambiar las actitudes ante la muerte trabajando desde un enfoque educativo. Resaltar el papel del apoyo social, las estrategias de afrontamiento y la resiliencia en el final de la vida y la vivencia de la muerte. Preparar a futuros trabajadores de las ciencias sociales en el tema de la muerte. Utilizar el cine como recurso educativo.

Método: A lo largo de un mes y dentro del tema: 'Preparación para el final de la vida y la muerte', se utilizaron tres sesiones de trabajo en el aula y una de trabajo a realizar en casa, con un grupo de universitarios de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universitat de València (Diplomatura en Trabajo Social (N = 120). En la primera sesión, los estudiantes contestaron individualmente a una serie de preguntas sobre el tema de la muerte (pre-test) previamente preparadas por el equipo de investigación multidisciplinar (gerontólogo, geriatra, sociólogo, psicólogo, pedagogo) en un cuadernillo de «Propuestas metodológicas de trabajo del tema del final de la vida y la muerte en el aula»; en la segunda sesión, visionaron el documental Las alas de la Vida (dir: A.P. Canet), primer premio al mejor documental en la 51º Semana Internacional de Cine de Valladolid, 2006, de 90 minutos de duración; como trabajo a realizar en casa, los estudiantes consultaron información recomendada de diversas páginas web, y reflexionaron sobre varios textos complementarios (de la filosofía, psicología, literatura,...) que les fueron facilitados; en la tercera sesión, se inició un debate sobre el tema del final de la vida y la muerte, que sirvió como aclaración conceptual: cuidados paliativos, voluntades anticipadas,

eutanasia, comunicación de malas noticias... tras lo cual respondieron nuevamente a cuestiones sobre el tema de la muerte (post-test). Se analizaron las actitudes de los sujetos antes y después de las sesiones de «Preparación para el final de la vida y la muerte».

Resultados y Conclusiones: Los resultados obtenidos permiten demostrar el importante papel que tienen a nivel individual las estrategias de afrontamiento, y a nivel familiar y social, el apoyo social para hacer frente a los eventos vitales estresantes. En la película, el médico Carlos Cristos que padece una enfermedad terminal, llama a un amigo -director de cine-, para que filme su lucha por la dignidad en el vivir y en el morir y, sin dramatismo, y «si es posible con una sonrisa» transitar juntos por el complejo escenario creado entre los umbrales de la vida y la muerte. Al hilo de una película proyectada en un aula, se pueden someter a debate temas de relevancia social, sobre los cuales, en muchas ocasiones, es difícil entablar conversaciones.

PRIMERAS REPERCUSIONES DEL REGISTRO ANDALUZ DE VOLUNTADES VITALES ANTICIPADAS EN LA PERCEPCIÓN DE LA AUTONOMÍA EN POBLACIÓN GRANADINA

M.J. Arengue del Castillo Lechuga, C J. García García, I. García García, C. Lozano Peña, E. Molero Mesa y M. Sánchez Soria
Universidad de Granada.

El presente trabajo se ampara en las conclusiones de la OMS en su II Asamblea Mundial sobre envejecimiento celebrada en Madrid en 2002, que acordó cambiar el lema de envejecimiento saludable, basado en necesidades, por el envejecimiento activo, basado en derechos. Tal cambio de estrategia implica un mayor de protagonismo de los mayores en cuanto a la toma de decisiones respecto a cómo quieren vivir y planificar su futuro. En el reconocimiento de estos derechos se incluyen también las cuestiones respecto a su muerte y al tratamiento y disponibilidad posterior de sus restos. Hacer efectivo este deseo puede ya realizarse en varias comunidades españolas por medio de la suscripción al documento denominado Voluntades Vitales Anticipadas (según Ley 5/2003 de declaración de Voluntad Vital Anticipada) que se ha desarrollado en nuestra comunidad de acuerdo con la Ley 316/2004 que regula el Registro de Voluntades Vitales Anticipadas en Andalucía. El estudio analiza algunas consecuencias derivadas de la existencia de ese registro oficial de Voluntades Vitales Anticipadas desde su puesta en vigor en Andalucía. La perspectiva del trabajo se orienta a la valoración de ese registro como un instrumento valioso que contribuye a fomentar la autonomía de los individuos que son así capaces de decidir sobre su forma de vida, su futuro en la salud y en la enfermedad, a la vez que de forma libre y voluntaria, establecen criterios a tener en cuenta para su muerte. El tiempo transcurrido desde la entrada en vigor de la Ley nos ha permitido establecer las líneas generales para análisis más amplios sobre esta temática, que hacen aflorar las variadas perspectivas que el tema adquiere para diversos campos de estudio en el ámbito de la salud y el estudio de las poblaciones. En este primer acercamiento se han establecido como objetivos prioritarios determinar el nivel de aceptación en la población granadina del derecho a expresar su voluntad en el testamento vital, así como trazar el perfil sociodemográfico de las personas que hasta ahora han utilizado este derecho. La metodología de análisis por medio de encuestas a una muestra de población de la provincia de Granada, apuntan a algunos aspectos vulnerables del proceso de acceso, comprensión y registro del testamento vital para el ciudadano común.

SISTEMA DE EVALUACIÓN INTEGRAL DE CENTROS RESIDENCIALES.

M. Leturia¹, A. Uriarte Méndez¹, F.J. Leturia¹, M. Hernández¹, J. Salazar y M.Á. de la Fuente²

¹Fundación Ingema, ²Gerencia SS.SS.

Objetivos: Disponer de un Plan y líneas de actuación que permita gestionar de manera proactiva, planificada, eficaz y eficiente los Centros Residenciales basándose en el modelo de gestión por procesos y mejora continua, y con la mejor orientación a las necesidades de los clientes. Analizar los Centros de Personas Mayores contemplando las áreas propuestas: organización, recursos humanos, procesos y procedimientos, normativa, derechos, cartera de servicios, así como los criterios principales de calidad. Identificar puntos fuertes y débiles en cada uno de los Centros. Diferenciar y en conse-

cuencia analizar comparativamente la situación de los Centros Residenciales. Señalar áreas de mejora diferenciadas por Centro en base al diagnóstico pertinente.

Herramientas: EMPOSS. Evaluación y mejora progresiva de una organización sociosanitaria (herramienta propia del Ingema y Fundación Matia). Evaluación de carga y ratios por franjas horarias (Ingema). Permite evaluar los ajustes de plantillas con relación a los servicios de atención requeridos por los residentes así como los perfiles de las personas mayores. S.A.C.A. Sistema de autoevaluación de la Calidad de Atención (herramienta propia del Ingema y Fundación Matia). Facilita la profundización y complementará aspectos de la calidad asistencial a evaluar ya tratados con otras herramientas. Matriz de recomendaciones y Derechos (SII S). Se logra identificar el cumplimiento adecuado o insuficiente de aquellos aspectos de organización, actividad, formas de trabajo, etc. que inciden en la garantía de derechos de las personas residentes. Normativa Vigente que establece las condiciones y requisitos de los Centros para Personas Mayores. Ceklist de Cartera de Servicios (Ingema). Se contrasta la Cartera de Servicios señalada y se completará con información recogida por otras herramientas ya reseñadas. Sistema de Evaluación de Residencias (SERA).

Resultados: Se identifican acciones concretas de mejora en las áreas de organización, recursos humanos, sistema de gestión, procesos y procedimientos, adecuación a la normativa vigente, cumplimiento de derechos de los residentes, cartera de servicios, características físicas y arquitectónicas, ambientales y relacionales, necesidades percibidas y satisfacción tanto de los residentes como del personal del centro, así como los criterios principales de calidad.

Conclusiones: Se obtiene un plan de mejora en cada centro residencial que sirve como herramienta de gestión. Se detecta la necesidad de mejorar las metodologías e instrumentos utilizados en la actualidad en la evaluación de los centros residenciales

UNA VISIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA TRAS LA JUBILACIÓN

T. Lorenzo Otero, L. Liz, L. Lodeiro, R. López, P. Marante y J.C. Millán Calenti

Grupo de Investigación en Gerontología Facultad de Ciencias de la Salud, Campus de Oza, Universidad A Coruña.

Objetivo: La jubilación es un factor psicosociológico desencadenante del sentimiento de vejez prematura. A partir de la desvinculación con el mercado laboral, se asume el rol social de sujeto pasivo. En el caso de las personas mayores que tienen algún tipo de dependencia, física o cognoscitiva, la calidad de vida percibida se ve afectada por la influencia que el rol pasivo ejerce en su salud y bienestar psicosocial, elementos básicos de la calidad de vida actual. Esta investigación describe los datos obtenidos al relacionar los sentimientos generados por la jubilación con la percepción del estado de salud.

Método: Se desarrolló un estudio piloto en 140 personas mayores de 65 años con algún tipo de dependencia, en un ayuntamiento rural y otro urbano del norte de España, para observar si la percepción de la jubilación (afectada por el trabajo desempeñado, agrario o del sector servicios respectivamente) influye en la percepción de su salud. A partir de ítems referidos a la jubilación, tomados de cuestionarios validados en estudios europeos, se estableció una relación entre éstos y las variables hábitat, género y trabajo desempeñado con anterioridad.

Resultados: Del análisis de los datos del ítem más relevante, observamos que el 55,6% de los hombres dependientes rurales estaba muy en desacuerdo con la afirmación «Estaba deseando jubilarme» frente al 26,8% del hábitat urbano que está totalmente de acuerdo. El 11,1% de aquéllos que trabajaron en el sector primario no respondieron a la pregunta. La continuidad en los trabajos agrarios explicó el elevado porcentaje de mayores que no se sienten jubilados «reales» frente al 4,9% de mayores urbanos que no habían contestado a la pregunta. Las distinciones de género mostraron que en las ciudades las mujeres (32,2%) tampoco querían jubilarse. Para el 75% de éstas el motivo fue el incremento de las tareas intra-domésticas por su jubilación o por la de su esposo. El 59,1% de las mujeres rurales también mostró su desacuerdo con el hecho de jubilarse, alegando (el 84% de las entrevistadas) que su vida no se modificó en absoluto excepto por las pérdidas económicas.

Conclusiones: Al relacionar las variables «¿Cómo calificaría su propio estado de salud?» y «Estaba deseando jubilarme» se estableció una correlación lineal significativa de signo negativo, confirmándose la hipótesis de que cuanto más deseaban jubilarse, peor clasifican su salud. Con

estos datos se pretende potenciar la educación gerontológica respecto a la jubilación mediante programas de preparación para la misma.

PERFIL DE CALIDAD DE VIDA DE LOS MAYORES QUE SE INCORPORAN AL PROGRAMA INTERGENERACIONAL «VIVE Y CONVIVE» EN EL MUNICIPIO DE MADRID

M.C. de Tena Dávila Mata, P. Serrano Garijo, R. Romero Chaparro, M. González Molina, M. Pereiro Gómez y F. Martín Tejedor
Dirección General de Mayores del Ayuntamiento de Madrid.

Introducción: Programa de ayuda mutua intergeneracional entre personas mayores y universitarios de Madrid, en el marco de un convenio entre la Fundación Viure y Convire, y el Ayuntamiento de Madrid. El mayor de 65 años debe de valerse por sí mismo, no tener problemas psíquicos que dificulten la convivencia y disponer de una vivienda en condiciones adecuadas con una habitación para el estudiante. El estudiante debe de estar matriculado oficialmente, no mayor de 30 años en cualquier curso Universitario o de 35 para el post grado, y no residir ni trabajar en Madrid

Objetivo: Conocer la calidad de vida de los mayores de Madrid, que inician esta convivencia

Material y método: Entrevista en el domicilio del Mayor por parte de una trabajadora social de la DGM, en la que se recogen datos en un cuestionario estructurado donde se incluye la Escala de Filadelfia de calidad de vida. La muestra es de 26 usuarios de 2006. Se describen los resultados en tantos por ciento

Resultados: Edad media 79 años. 80% mujeres. Capacidad en actividades instrumentales según Lawton: 43,5% independientes, dependientes ligeros y moderados 39% y 17,5% respectivamente. Un 70% viven solos. Todos mantiene buenas relaciones familiares y/o vecinales, salen de casa y tienen una red social eficiente en el 100% de los casos. En relación a las esferas que mide la Escala de Filadelfia: Aptitud positiva hacia el propio envejecimiento se da en el 57% de las personas, destacando que el 100% refieren estar satisfechos con su vida. Respecto a la insatisfacción con la soledad, 69% no se siente solo y 100% ve bastante a amigos o familiares. En relación a la ansiedad o inquietud emocional 81% no lo refieren, destacando que la situación vital es positiva y no les cuesta trabajo hacer la cosas en un 65%.

Conclusiones: Los mayores que se incluye en este Programa intergeneracional, la mayoría están satisfechos con su vida, presentan un buen estado emocional y actitud positiva ante el envejecimiento y escasos sentimientos de soledad.

«BITARTEAN ELKARREKIN»

C. Hernández, M. Fernandino, M. Idaíquez, F.J. Leturia, A. Muruamendiaraz y A. Sannino
Matia Fundazioa, San Sebastián.

Objetivo: Mantenimiento y fomento de relaciones sociales por medio de la promoción de la participación, la normalización y la integración en la comunidad con objeto último de contribuir en el bienestar y la calidad de vida de las personas mayores.

Método: Los programas intergeneracionales constituyen una nueva metodología de acción social. Supone la unión de varias generaciones en actividades planificadas con objeto de desarrollar nuevas relaciones, con la promoción de la solidaridad, los valores familiares, comunitarios y de integración social entre los más jóvenes y los mayores de nuestro entorno. La metodología llevada a cabo en estos programas se desarrolla en los siguientes puntos: Valoración de estereotipos y creencias previas sobre jóvenes y mayores respectivamente. Determinación de actividades a desarrollar y puesta en común con el centro escolar. Desarrollo de las actividades de octubre a junio. Valoración de estereotipos y creencias posteriores sobre jóvenes y mayores respectivamente.

Resultados: Nº de colegios: 2005: 26; 2006: 28; 2007: 31. Nº de niños: 2005: 690; 2006: 750; 2007: 830; Nº de personas mayores que participan: 2005: 43; 2006: 62; 2007: Nº de actividades desarrolladas: 2005: 42; 2006: 46.

Conclusiones: Se valoran de forma positiva en todos los centros de Matia Fundazioa y centros educativos las actividades desarrolladas durante los 8 años de recorrido en las mismas. Se percibe cambio a positivo respecto a los estereotipos y falsas creencias sobre todo de los jóvenes hacia los mayores, obteniendo un mayor ajuste a la realidad social actual. Se detecta un deseo creciente en las personas mayores de participar y colaborar con los jóvenes en las actividades organizadas tanto en el Centro Gerontológico, centros escolares y la comunidad.

SESION DE POSTERS II Área de Exposición

Viernes y Sábado, 8-9 de Junio

Área Biológica

¿ES LA GHRELINA UN INDICADOR DE FRAGILIDAD?

M. Serra Prat¹, L. Ribó², P. Serra³, X. Fernández Fernández², J. Mussol³ y M. Cabré Roure²

¹Hospital de Mataró. Consorci Sanitari del Maresme, Mataró, ²Unidad Geriátrica de Agudos. Hospital de Mataró, ³ABS Cirera- Molins. Mataró.

Introducción: Los ancianos considerados frágiles presentan un mayor riesgo de padecer anorexia y desnutrición. La ghrelina es una hormona que estimula el apetito y la ingesta, por lo que es razonable pensar que esta hormona puede jugar un papel en el desarrollo de fragilidad de las personas mayores.

Objetivo: Comparar los niveles de ghrelina de una muestra de ancianos de más de 75 años no institucionalizados considerados robustos con los de una muestra de ancianos ingresados en la Unidad Geriátrica de Agudos de un hospital general considerados frágiles.

Metodología: Estudio observacional y transversal en el que se seleccionó una muestra aleatoria de ancianos de más de 75 años no institucionalizados que llevaban una vida independiente (considerados robustos) y una muestra de ancianos ingresados en la Unidad Geriátrica de Agudos del Hospital de Mataró y con un índice de Barthel subóptimo (< 100) (considerados frágiles). A todos ellos se les recogió una muestra de sangre en ayunas para determinación de ghrelina y creatinina y se les valoró el estado nutricional (según MNA), el IMC, capacidad funcional (Barthel).

Resultados: Se reclutó una muestra de 44 ancianos considerados frágiles (edad media 84 años, 74% mujeres, Barthel medio al alta 78, 63% con anorexia, 93% con desnutrición o a riesgo de desnutrición) y otra de 294 ancianos considerados robustos (edad media 79 años, 49 % mujeres, Barthel medio 95, 27 % con anorexia, 70 % con desnutrición o a riesgo de desnutrición, $p < 0,001, 0,001, < 0,001, < 0,001, < 0,001$, respectivamente). Los ancianos frágiles presentan unos niveles de ghrelina inferiores a los ancianos robustos (945 vs 1.028 pg / ml; $p = 0,068$). Al ajustar el efecto de la fragilidad sobre los niveles de ghrelina por la edad, el IMC y la creatinina en un análisis de regresión lineal múltiple se obtienen los siguientes coeficientes de regresión; edad (en años) $b = -5,8$ ($p = 0,189$), mujeres (vs hombres) $b = -27,3$ ($p = 0,574$), creatinina (en mg/dl) $b = 169,1$ ($p = 0,008$), IMC $b = -25,8$ ($p < 0,001$) y frágil (vs no frágil) $b = -157,0$ ($p = 0,024$).

Conclusiones: En la población anciana, la edad por se no parece ser un factor muy determinante de los niveles de ghrelina. De entre los ancianos de una misma edad, los considerados frágiles presentan unos niveles plasmáticos de ghrelina inferiores a los considerados robustos. Estos resultados refuerzan la idea que dicha hormona puede tener un rol importante en el declinar funcional de la senectud, aunque son necesarios estudios prospectivos para determinar si estos niveles más bajos son la causa o la consecuencia de la fragilidad.

ENFERMEDAD DE PARKINSON Y ESTRES OXIDATIVO, ¿SE PRODUCE DAÑO PREFERENCIAL EN LA SUSTANTIA NIGRA?

D. Cacabelos¹, E. Dalfó², E. Vasilieva Ilieva¹, I. Ferrer², M. Portero-Otín¹ y R. Pamplona Gras¹

¹Universitat de Lleida, Facultat de Medicina, Dept. Ciències Mèdiques, Lleida, ²Institut de Neuropatología Servei Anatomía Patológica, Barcelona.

Objetivos: El papel del estrés oxidativo sobre la Sustantia Nigra en la enfermedad de Parkinson es conocido y actualmente se trata de

demonstrar cuán relevante es y como modula el desarrollo de la enfermedad. También se sabe que, pese a que es principalmente este núcleo mesencefálico la diana clásica de esta patología, existen otras regiones que, sin mostrar manifestaciones clínicas o anatopatológicas evidentes si sufren cambios a nivel molecular. Así pues, el objetivo del presente estudio es clarificar y describir como es esta lesión oxidativa (en vías puramente oxidativas, lipoxidativas y también en vías glicoxidativas) y la composición de los ácidos Clas biomoléculas más susceptibles de peroxidación- no solo en la sustantia nigra, sino también en corteza frontal (área 8), amígdala y medula oblonga en pacientes con cuerpos de Lewy, pero sin clínica neurológica.

Material y métodos: Las técnicas utilizadas han sido: Cromatografía de gases acoplada espectrometría de masas para la determinación de los marcadores de lesión molecular y la composición de los ácidos grasos en las distintas áreas; Western Blott en estas regiones para los marcadores de estrés oxidativo (MDA-Lys, AGE, RAGE, HNE); electroforesis bidimensional.

Resultados: Los resultados muestran un incremento preferencial en la lesión lipooxidativa (se produce un aumento en los derivados de MDAL y HNE) en todas las regiones estudiadas, un marcaje incrementado en la glicoxidación (aumento de los RAGE) tanto en sustantia nigra como en corteza, amígdala y medula oblonga en los pacientes con cuerpos de Lewy comparados con los controles y un descenso en los marcadores de derivados de intermedios glicolíticos en corteza y amígdala. Además, respecto a la composición de los ácidos grasos, se han encontrado diferencias, con un incremento de los niveles de ácido docosohexaenoico y de la familia de los n-3, lo que concuerda con una mayor susceptibilidad a la peroxidación lipídica en corteza y amígdala, siendo justamente a la inversa en medula oblongada y sustantia nigra, lugares donde se depositan, preferencialmente, los cuerpos de Lewy. Respecto a la electroforesis bidimensional, se ha contrastado que varios spots extraídos de muestras de pacientes con cuerpos de Lewy tenían incrementada su reactividad frente a MDAL respecto a los controles; la posterior identificación mediante digestión triptica, espectrometría de masas y búsqueda en MASCOT han dado, como resultados preliminares, que se tratan de Á-sy nucleina y la soperóxido dismutasa de manganeso (SOD2).

Conclusiones: Los resultados sugieren que, aunque la manifestación clínica de la enfermedad de Parkinson tenga predominancia en los núcleos basales, las alteraciones moleculares relacionadas con la oxidación pueden extenderse a regiones como la corteza frontal o la amígdala, infiriéndose la existencia de mecanismos generales.

PAPEL DEL ESTRÉS OXIDATIVO Y DE RETÍCULO ENDOPLASMÁTICO EN EL PROCESO DE DEGENERACIÓN DE MOTONEURONAS EN LA ESCLEROSIS LATERAL AMIOTRÓFICA

E. Vasilieva Ilieva¹, D. Cacabelos¹, E. Dalfó², V. Ayala¹, M. Portero-Otín¹ y R. Pamplona Gras¹

¹Universitat de Lleida, Facultat de Medicina, Dept. Ciències Mèdiques, Lleida, ²Institut de Neuropatología Servei Anatomía Patológica, Barcelona.

Objetivos: En la Esclerosis lateral amiotrófica (ELA) se produce la muerte masiva de motoneuronas tras la inducción de uno o más factores desencadenantes. Entre ellos, se ha postulado la participación

del estrés oxidativo implicado también en el proceso fisiológico del envejecimiento, considerado asimismo como multifactorial. Así, se propone que la ELA podría considerarse como una forma de envejecimiento restringida a motoneuronas y que tanto el incremento de la lesión oxidativa como la disminución del recambio proteico, típicos del envejecimiento, estarían asociados al desarrollo de la patogenia. En este estudio se demuestra que la lesión proteica es uno de los factores determinantes en el proceso fisiopatológico de la forma esporádica de la enfermedad.

Métodos: En este trabajo se han analizado mediante espectrometría de masas y western blot marcadores de vías específicas de oxidación proteica en 1) un modelo de cultivo organotípico de médula espinal en el cual se ha inducido excitotoxicidad crónica y en 2) muestras de corteza cerebral y médula espinal de pacientes con ELA. También se ha estudiado la expresión de marcadores de estrés de retículo endoplasmático y de proteínas ubiquitinadas, así como la de complejos mitocondriales implicados en la producción de especies reactivas derivadas del oxígeno.

Resultados: Los resultados demuestran que existe un incremento significativo de la lesión proteica (oxidación directa, glico- y lipo-oxidación) asociada a cambios en la composición de ácidos grasos en las muestras de ELA. Además del incremento de la lesión molecular oxidativa, se constató un incremento en el contenido del complejo III y en el grado de ubiquitinización, así como en la expresión de marcadores de estrés de retículo. Los mismos resultados se han obtenido en el modelo de cultivo organotípico en el paradigma de excitotoxicidad.

Conclusión: Nuestros resultados sugieren que en la forma esporádica de la Esclerosis Lateral Amiotrófica existe un incremento de estrés oxidativo y de retículo asociado a cambios en la composición de ácidos grasos y en la lesión molecular de origen oxidativo que podría contribuir a la activación de vías de muerte motoneuronal causando neurodegeneración.

TÓXICOS INHIBIDORES SELECTIVOS DEL COMPLEJO I Y SU EFECTO SOBRE LA FUNCIÓN MITOCONDRIAL

C. Gómez Gómez, M.J. Bández Ruiz, M.J. Sánchez del Pino y A. Navarro Arévalo

Facultad de Medicina. Departamento de Bioquímica, Cádiz.

Objetivos: Estudios epidemiológicos postulan el origen ambiental tóxico del síndrome de Parkinson idiopático, al aparecer sintomatología neurodegenerativa en poblaciones agrícolas expuestas a plaguicidas. La rotenona, plaguicida empleado en la agricultura orgánica, es un inhibidor selectivo del Complejo I de la cadena respiratoria e induce Parkinson en modelos animales. El objetivo de este trabajo es estudiar el efecto que provocan dos plaguicidas inhibidores selectivos del Complejo I, rotenona y pirdaben, sobre la función mitocondrial.

Método: Se aislaron mitocondrias de cerebro de rata Wistar por centrifugación diferencial y se incubaron con rotenona o pirdaben a concentraciones de 0-10 M. Medimos la respiración mitocondrial con un electrodo Clark para un rango de 0,5-0,7 mg de proteínas mitocondriales/ml. Los estados respiratorios se determinaron añadiendo como sustratos malato-glutamato 5 mM o succinato 10 mM y ADP 0,5 mM para el estado 3 activo. La actividad funcional de la óxido nítrico sintasa mitocondrial (mtNOS) se ensayó fijando los niveles máximos (suplementando con L-arginina) y mínimos (con L-NAME) de producción de NO en estado 3. También se midió en mitocondrias desacopladas con FCCP 1 M. El efecto de los pesticidas sobre la actividad enzimática mtNOS se analizó por espectrofotometría de doble haz (método de la oxihemoglobina). La actividad enzimática de la cadena electrónica se determinó espectrofotométricamente en membranas mitocondriales utilizando NADH, succinato y citocromo reducido como sustratos respectivos de los complejos I-III, II-III y IV.

Resultados: La determinación de las actividades de los complejos I- III, II- III y IV de mitocondrias de cerebro de rata confirmó la inhibición selectiva del complejo I por la rotenona y el pirdaben (IC 50 0,5 M). Los tóxicos también inhibieron selectivamente la captación de O₂ y el control respiratorio en presencia de sustratos NAD-dependientes. La actividad funcional de la mtNOS con sustratos NAD-dependientes se redujo en un 70%, pero no con succinato. En las mitocondrias desacopladas, la actividad de la mtNOS funcional y enzimática no se vio afectada por los inhibidores del Complejo I.

Conclusiones: Los inhibidores selectivos del complejo I, rotenona y pirdaben, inhiben selectivamente la captación de O₂ y afectan al control respiratorio, requiriendo que la mitocondria esté acoplada. Los hallazgos sugieren que la actividad mtNOS podría estar regulada por el Complejo I. Dicha regulación, junto al carácter de la difusión del NO desde la mitocondria como señalizador para la biogénesis mitocondrial, podría jugar un papel en la etiopatología de la enfermedad de Parkinson.

DISFUCIÓN MITOCONDRIAL EN EL HIPOCAMPO DE RATAS DURANTE EL ENVEJECIMIENTO

M.J. Sánchez del Pino¹, M. Jesús Bández¹, C. Gómez¹, E. Cadenas² y A. Boveris³

¹Dpto. Bioquímica y Biología Molecular-Facultad de Medicina, Cádiz,

²Department of Pharmacology and Pharmaceutical Science, ³Facultad de Farmacia y Bioquímica, Universidad de Cádiz.

Objetivo: El objetivo de este trabajo fue estudiar la función mitocondrial del hipocampo de ratas durante el envejecimiento.

Método: Se han empleado ratas Wistar machos: jóvenes (4 m; n = 24), adultas (12 m; n = 24) y senescentes (20 m; n = 24). Tras la decapitación, se extrajeron hipocampos y corteza, y a un grupo de animales el cerebro completo. Las mitocondrias se aislaron mediante centrifugación diferencial en un medio de manitol 230 mM, sacarosa 70 mM, EDTA 1,0 mM y Tris-HCl 10 mM a pH 7,4. La respiración mitocondrial se determinó con un electrodo de Clark en una cámara de 1,5 ml a 30º C, en un medio de reacción saturado de aire de manitol 230 mM, sacarosa 70 mM, Tris-HCl 20 mM, EDTA 1,0 mM, fosfato 5,0 mM, MgCl₂ 4,0 mM, a pH 7,4 y 0,5-0,7 mg proteínas mitocondriales/ml. Como sustratos respiratorios se añadió succinato 10 mM o malato-glutamato 5,0 mM y con ADP 0,5 mM se midió el estado 3. La actividad funcional óxido nítrico sintasa mitocondrial (mtNOS) se calculó por la inhibición de la respiración en estado 3 por niveles máximos y mínimos de NO intramitocondrial, tras la adición de L-arginina 2,0 mM o L-NAME 2,0 mM. La actividad enzimática mtNOS se determinó por espectrofotometría mediante la oxidación de la oxihemoglobina. En membranas mitocondriales se determinaron por espectrofotometría las actividades enzimáticas de la cadena transportadora de electrones (complejos I-III, II-II I y IV) y el contenido de lipoperoxídos (TBARS) y carbonilos proteicos, como biomarcadores de daño oxidativo. Se realizaron estudios histoquímicos de la actividad NADH deshidrogenada (NADH tetrazolium-reductasa) y citocromo oxidasa (método de la diaminobencidina).

Resultados: Los datos obtenidos mostraron al comparar los grupos de diferentes edades un marcado descenso en la velocidad respiratoria en estado 3 con sustratos NADH-dependientes (51%), y disminución en las actividades de los complejos I (73%) y IV (54%) y de la mtNOS (66%) a los 20 meses de edad. Los descensos fueron más marcados a nivel de hipocampo que en corteza o cerebro completo. La histoquímica mostró menor actividad enzimática NADH deshidrogenasa y citocromo oxidasa en el envejecimiento. El daño oxidativo aumentó de forma más marcada en el hipocampo que en corteza o cerebro completo de los animales adultos y senescentes (TBARS: 66-74%; proteínas carbonilos: 48-96%, respectivamente).

Conclusiones: Durante el envejecimiento se produce una disfunción mitocondrial por un incremento del daño oxidativo en el cerebro de rata. La disfunción mitocondrial es más marcada en el hipocampo que en corteza o cerebro completo e indica una selectividad del daño mitocondrial durante el envejecimiento.