

## MESA 2

### Área clínica: geriatría agudos

Jueves, 6 de junio, 11.30 horas

Moderadores:

Pilar Serrano Garijo  
Vocal Autonómico SEGG - Madrid

Óscar Castro Reino  
Sociedad Murciana de Geriatría y Gerontología

85

#### FACTORES QUE INFLUYEN EN LA DERIVACIÓN A CENTROS SOCIO SANITARIOS O RESIDENCIAS GERIÁTRICAS EN UNA UNIDAD GERIÁTRICA DE AGUDOS DE UN HOSPITAL COMARCAL.

Cabré, M.\*; Serra-Prat, M.\*\*

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

**Objetivo:** Identificar los factores que se asocia a la derivación a centros socio sanitarios (CSS) o residencias geriátricas (RG) de los pacientes ingresados en una unidad geriátrica de agudos (UGA) de un hospital comarcal.

**Metodología:** Estudio observacional de los pacientes ingresados en la UGA durante el año 2001 procedentes del domicilio (se excluyeron todos los procedentes de residencias geriátricas, centros de larga estancia, de cuidados paliativos y de convalecencia).

**Resultados:** Se estudiaron 223 pacientes de los que 37 casos (16,6%) fueron derivados a CSS o RG.

Porcentaje de institucionalizados según presencia de factores de riesgo.

Factores	Presente	Ausente	p
AVC	15 (37,5%)	22 (12%)	<0,001
Demencia	16 (40%)	21 (11,5%)	<0,001
Incontinencia urinaria	23 (34,8%)	14 (8,9%)	<0,001
Incontinencia fecal	13 (43,3%)	24 (12,4%)	<0,001
Desnutrición	11 (27,5%)	26 (14,2%)	0,041
Úlceras por presión	5 (55,6%)	32 (15%)	0,007
Síndrome inmovilidad	29 (38,7%)	8 (5,4%)	<0,001
Caídas previas	23 (41,8%)	14 (8,3%)	<0,001
Barthel ingreso	37 (24,19 DE 25,83)	178 (60,42 DE 32,91)	<0,001
Charlson	35 (2,83 DE 1,52)	184 (2,11 DE 1,69)	0,02
Edad	37 (87,17 DE 6,6)	182 (81,9 DE 8,89)	<0,001

Regresión logística (variable dependiente: institucionalización).

V. independientes	OR	Valor p	IC 95%
Síndrome de Inmovilidad	3,58	0,018	1,24-10,30
Caídas previas	4,62	0,001	2,04-10,48
I Barthel al ingreso <20	8,67	0,015	1,51-49,71
I Barthel al ingreso 21-40	8,93	0,017	1,48-53,65
I Barthel al ingreso 41-60	4,09	0,105	0,74-22,58

**Comentarios:** La inmovilidad, las caídas previas y un Barthel al ingreso  $\leq 40$  son factores asociados a institucionalización. Esta información adquirida el mismo día del ingreso puede ser útil para la planificación precoz del alta y la búsqueda de recursos socio sanitarios.

112

#### REINGRESOS HOSPITALARIOS MÚLTIPLES EN PACIENTES GERIÁTRICOS. RELACIÓN CON EDAD, SITUACIÓN FUNCIONAL, PATOLOGÍA BASE Y MODO DE CONVIVENCIA. ANÁLISIS DE 10 AÑOS

Camuñez, M.; García, M. E.; Mansilla, S.; Guillén Llera, F.

Servicio de Geriatría. Hospital Universitario de Getafe. Madrid.

**Objetivos:** Identificar las características de pacientes con ocho y más ingresos hospitalarios tras 10 años en una Unidad Geriátrica de Agudos (UGA).

**Materiales y método:** Revisión de todos los pacientes ingresados en UGA desde 1992-2001 con ocho o más ingresos. Análisis, comparativo col total de ingresos, de variables posiblemente relacionadas con los mismos: edad, patologías de base, situación funcional y modos de convivencia Base de datos File Maker Pro 5.0.

**Resultados:** En 10 años hubo un total de 11.189 ingresos correspondientes a 7.716 pacientes, con una tasa absoluta de reingresos de 41%. Los índices se reducen a un 21% si se consideran reingresos de < 90 días y 10% si es por el mismo diagnóstico. Ocho o más ingresos tuvieron 74 pacientes (0,9%), 34 (0,4%) 10 ingresos, 5 (0,06%) 14 ingresos y 1 (0,01) 22 ingresos.

**Por edades,** un 20% tenían entre 68-79 años, el 69% entre 80-89, 16% entre 90-94 y 5% más de 95. Los datos para el total de ingresos (DTI) son 16%, 50%, 24% y 10%.

**La situación funcional** basal física de la muestra fue buena en 4%, dependencia moderada en 68% y de dependencia severa en el 28%. Los DTI fueron 27,54 y 19%. No hubo diferencias en cuanto a deterioro mental en ambos grupos.

**Modo de convivencia:** viven solos, 2%, esposa/o, 28%, hijos hijos, 26%, hijos rotando, 31%, Residencias, 11% y otros 2%. Los DTI fueron 8, 23, 27, 24, 14 y 3%.

Las principales patologías de base claramente diferenciales fueron sobre todo IC (82%) y BNCQ / EPOC (76%), aunque también FAC (36%) y CI (30%) y Diabetes (37%), ya que en los DTI eran 37, 38, 20 y 18 y 29% respectivamente. El resto de patologías no mostró diferencias significativas: Neumonías 17 vs 16%, Anemias 21 vs 20%, HTA 62 vs 60%. La demencia se correlacionó negativamente (9 vs 20%).

**Conclusiones:**

1. Apenas el 1% del total de los pacientes presentan ingresos múltiples.
2. No hubo diferencia significativa por grupos de edades.
3. Los reingresados vivían menos solos y en Residencias y más con esposo/a o rotando con hijos.
4. La situación de dependencia previa física se correlacionó positivamente con los reingresos, pero no así la mental, similar en ambos grupos.
5. Las patologías base relacionadas con los reingresos fueron, sobre todo, Insuficiencia cardíaca y trastornos respiratorios crónicos, ya que sólo en un 5% de los casos no aparecían estos diagnósticos.
6. También hubo asociación positiva con diabetes, cardiopatía isquémica y FAC.
7. Hubo correlación negativa con demencia e ictus.

**113**

**CONTINUIDAD DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES GERIÁTRICOS TRAS EL ALTA HOSPITALARIA**

Moya López, M. J.

Servicio de Geriatria. Hospital Universitario de Getafe. Madrid.

**Objetivos:**

1. Objetivar la validez del informe de enfermería al alta como instrumento de coordinación entre niveles asistenciales y de mejoría de la calidad de los cuidados.
2. Describir la tipología del paciente geriátrico que precisa continuidad de cuidados de enfermería.
3. Evaluar los síndromes geriátricos más habituales y la pauta de cuidados el momento del alta.
4. Auditar el informe de alta y detectar aspectos y cuidados no contemplados o no cumplimentados.

**Metodología:** Revisión y evaluación de todos los informes de enfermería al alta durante el año 2001 en la UGA del Hospital Universitario de Getafe. Estudio descriptivo de pacientes que precisaron continuidad de cuidados en el momento del alta. Análisis de las variables edad, sexo, situación funcional, patología de ingreso, síndromes geriátricos y cuidados de enfermería asociados a las necesidades básicas (respiración, alimentación, eliminación, integridad de la piel, movilidad).

**Resultados:** Se seleccionaron 114 informes (10% total). Al alta, 17% de pacientes fueron a medio residencial y 24%, transitoriamente, a hospital de apoyo. El 74,6% presentaban un Barthel < 25 y el 34% Pfeiffer con deterioro severo. Patologías de ingreso más frecuentes fueron I. respiratoria, 28,1% y ACVA, 27,2%. Patologías incapacitantes asociadas: ACV, 44,7%, patología osteoarticular, 20,2% y demencia, 17,5%. Síndromes geriátricos más prevalentes: Inmovilismo, 83,3%, Incontinencia urinaria, 69,3%, Estreñimiento, 64,9%, UPP y Deprivación sensorial, 42,1%. Los cuidados más pautados fueron nutricionales, 67,5%, con prevención de disfagia en un 38,6%, vigilancia patrón eliminación intestinal, 63,1%, dispositivos absorbentes, 64%, higiene e hidratación de piel, 74,6 (66,7% presentaban Norton de riesgo), movilización cama-sillón, 64%, cambios posturales, 50% y estimulación conexión con el medio, 14%. En deficiencias de registro, destaca pobre valoración cognitiva, 33,3% y social, 67,5%. En necesidades de alimentación no se registraron cuidados en el 15,8%, en movilidad 10,5% y comunicación-seguridad-confort en un 60%.

**Conclusiones:**

1. El paciente geriátrico que precisa continuidad de cuidados se relaciona con elevada incapacidad funcional y cognitiva, asociada a patología neurológica, tipo ACV y Demencia.
2. A pesar de la frecuencia de síndromes geriátricos, motivo de institucionalización-inmovilismo, incontinencia urinaria, UPP) y de la complejidad de cuidados exigidos, la mayoría de estos pacientes, 2/3, permanecen en el medio comunitario.
3. Se detectan deficiencias en el registro de valoración cognitiva y social, así como en los cuidados relativos a alimentación, movilidad y comunicación, lo cual sugiere la mayor necesidad de un registro de enfermería al alta más estructurado y mejor cumplimentado.

**115**

**ÍNDICES DE OCUPACIÓN DE CAMAS POR MAYORES DE 65 Y 80 AÑOS EN DISTINTOS SERVICIOS MÉDICOS HOSPITALARIOS. ANÁLISIS COSTO-EFICACIA DE LOS PRINCIPALES GRD**

Salcedo, M. J.; Areosa, A.; Gili, P.; Martínez Velilla, N.; Guillén Llera, F.

Servicio de Geriatria. Hospital Universitario de Getafe. Madrid.

**Objetivos:** Conocer el peso de pacientes ancianos ingresados en diferentes Servicios hospitalarios. Analizar estancias medias y costes de principales GRD compartidos.

**Material y método:** Revisión de datos oficiales sobre pacientes ingresados en el Hospital Universitario de Getafe en años 2000 y 2001. Análisis de lo cinco GRD más frecuentes en Geriatria en el 2000 y comparación de los mismos con los correspondientes a Servicios de M. Interna, Neumología, Cardiología y Neurología.

**Resultados.** Durante 2001 ingresaron en el Hospital de Getafe un total de 22.824 pacientes, de ellos 6.763 (30%) mayores de 65 años. Ver tabla de distribución.

	> 65	65-79	E. media	≥ 80 años	E. media
Hospital	30%	20%	9,58 d	10%	9,18 d
M. Interna	59%	38%	10,51 d	22%	10,09 d
Geriatria	99,3%	24%	8,60 d	75%	8,01 d
Cardiología	53%	40%	11,09 d	13%	7,64
Neumología	59%	46%	8,34 d	13%	7,58
Neurología	35%	31%	13,58	4%	9,94

**Estancia media (EM) y costes proceso (CP en euros), datos GRD 2000, fueron**

Servicio	I. respiratoria		I. cardiaca		Neumonía		ACVA	
	EM	CP	EM	CP	EM	CP	EM	CP
Geriatria	7,5	2.207	9,6	3.171	7,8	1.278	10,5	1.829
M. Interna	9,3	2.453	11,8	3.525	9,2	1.420	10,6	2.033
Neumología	8,5	2.034	10,4	2.923	7,5	1.178		
Cardiología			16,7	4.733				
Neurología							12,1	2.491

**Conclusiones:**

1. En un Área Sanitaria poco envejecida (10%) el 30% de las altas son en > 65 años.
2. Los Servicios médicos tienen una ocupación por > 65 años cercana al 50%.
3. La gran diferencia está en los > 80 años que ocupan el 75% de las camas de Geriatria y apenas el 20% en el resto de los servicios.

4. La estancia media por procesos muestra la competitividad de Geriátrica que supera a todos los Servicios, salvo la similitud con Neumología.

5. Exacta reflexión puede hacerse respecto al coste por proceso.

## 116

### OPORTUNIDAD DE UNIDADES DE RIESGO VASCULAR EN ANCIANOS. ANÁLISIS DE FACTORES DE RIESGO EN UNA CONSULTA EXTERNA DE GERIATRÍA HOSPITALARIA

Velasco, R.; Bartolomé, S.; Guerrero, F.; Carrasco, V.; Rodríguez Mañás, L.; Guillén, F.

Unidad de Riesgo Vascular. Servicio de Geriátrica. Hospital Universitario de Getafe. Madrid.

**Objetivo:** Valorar la necesidad de desarrollar Unidades específicas de riesgo vascular (URV) para personas mayores. Identificar factores de riesgo vascular (FRV) en pacientes ancianos que acuden a consultas externas hospitalarias de Geriátrica. Clasificar pacientes en función de sus necesidades clínicas y asistenciales.

**Metodología:** Estudio prospectivo de los pacientes que acuden a Consultas durante 2001. Protocolo específico recogiendo edad, situación funcional, factores de riesgo y morbilidad cardiovascular relacionada y patologías de base asociadas.

**Resultados:** Durante 2001 se efectuaron un total de 3.300 consultas de las que 692 eran primeras consultas. Fueron protocolizados 1.023 pacientes, 71% mujeres, con una edad media de 81,3 años. Un 44% había sido remitido por su Médico de Familia. Un 35% de la muestra presentaba deterioro mental moderado o severo, ratio que se eleva al 49,25 para similar deterioro físico. Vivían solos un 12%, en pareja un 33%, con hijos un 48% y en Residencias de Ancianos un 4%.

El 75,3% de los pacientes presentaba algún factor clásico riesgo vascular. HTA. 62%, Diabetes (DM) 25%, Hipercolesterolemia (HC), 25%. Se asociaron HTA y DM en el 20,6% de casos, HTA y HC en el 13%, y los tres FRV en un 8,4%.

Presentaban antecedentes de Ictus el 20% de los pacientes con FRV, frente al 6% de los que no los tenían. Los ratios para Cardiopatía fueron 33% vs 10%. En el caso concreto HTA-Ictus los índices fueron 20% vs 5%. No se encontró asociación entre FRV y Deterioro cognitivo. Un 30% de los pacientes con FRV fueron propuestos para seguimiento específico en la URV.

Patologías asociadas fueron: Deterioro Cognitivo, 35%, Cardiopatías, 28%, osteoartritis/OP, 26%, BNCO, 16% y anemias, 11%.

#### Conclusiones:

1. La presencia de FRV es extraordinariamente elevada en las personas de edad avanzada, cercana al 75%.
2. La HTA es el factor de riesgo más prevalente, presente en el 62% de los pacientes. DM e HC alcanzan similares prevalencias (25%).
3. Hay frecuente asociación de FRV entre sí.
4. Existe una fuerte asociación entre FRV, cardiopatías e Ictus.
5. Está justificada la creación de URV que monitoricen a pacientes geriátricos, independiente de la edad de los mismos, dado el evidente incremento del riesgo progresivo con la edad, sin límite superior para el mismo.

## 1078

### PÉRDIDA FUNCIONAL AL INGRESO: PRINCIPAL PREDICTOR DE ESTANCIA EN AGUDOS

Martín Sebastián, E.; Maicas Martínez, L.; Estrella Cazalla, J. D.; León Ortíz, M.; Romero Rizos, L.; Abizanda Soler, P.

Unidad Geriátrica, Hospital Perpetuo Socorro. Albacete.

**Objetivos:** Analizar los predictores de estancia en una unidad de agudos de Geriátrica, en base a datos de función y comorbilidad.

**Método:** 190 pacientes consecutivos dados de alta de la unidad de agudos de Geriátrica del Hospital Perpetuo Socorro entre octubre y diciembre del 2001. Se recogieron datos sociodemográficos, valoración funcional mediante índice de Katz (IK) y Barthel (IB) previos, al ingreso y al alta, valoración mental no estructurado, Escala Gijón, diagnósticos, fármacos, días de ingreso y deambulación. Se calculó la pérdida funcional (PF) como IB previo - IB ingreso.

**Resultados:** 111 mujeres (58,4%) 79 hombres (41,6%). Edad media 93,6 años (DE 6). IB previo 56,8 (DE 36,9). IB ingreso 36,6 (DE 36,1). Estancia media 8,03 días (DE 4,7). Valoración mental normal 85 (45%), patológica 104 (55%). Demencia previa 50 (28,1%), Delirium 29 (16,6%), Depresión 22 (12,5%). Institucionalizados 23 (12,2%). Escala Gijón 4,1 (DE 2,2). Diagnósticos al alta 4,2 (DE 1,7). Fármacos al alta 4,7 (DE 2,2). Deambulación autónoma 29,4%, ayuda técnica 36,9%, ayuda de personas 7,4%, inmovilizados 26,3%. PF 20,21 puntos (DE 24,9). Correlación entre PF y estancia  $r = 0,301$  ( $p < 0,001$ ). La estancia de casos con PF entre 0-20, 21-60, 61-100 fue respectivamente 7,1; 9,2 y 10,9 días ( $p < 0,01$  por ANOVA). Aquellos con  $PF < 20$  puntos tuvieron 3,1 días menos de estancia (IC 95% 1,6-4,5;  $p < 0,001$ ). El RR de estancia mayor a 10 días fue 2,1 entre aquellos con  $PF < 20$  y  $PF \geq 20$ . Estancia de casos con IK A-E y F-G fue respectivamente 5,7 y 8 días. Si se asocia a la  $PF < 20$  un IK previo F-G, el RR se mantiene en 2,1. Del resto de variables, sólo el número de diagnósticos ( $r = 0,203$ ;  $p < 0,01$ ) y los diagnósticos de insuficiencia cardíaca y neumonía se asociaron con mayor estancia. Por regresión logística sólo la  $PF \geq 20$  ( $p < 0,001$ ) y el número de diagnósticos mayor a 3 ( $p < 0,05$ ) se asociaron con estancia mayor.

**Conclusiones:** La pérdida funcional al ingreso en una unidad de agudos se erige en el mejor predictor de estancia prolongada. La comorbilidad y los diagnósticos de insuficiencia cardíaca y neumonía son también predictores en menor medida.

## 1108

### CARACTERÍSTICAS HOSPITALARIAS DE LOS PACIENTES NONAGENARIOS

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

Hospital Central de la Cruz Roja. Madrid.

**Objetivo:** Analizar las características de los pacientes nonagenarios durante el ingreso hospitalario en una Unidad Geriátrica de Agudos (UGA).

**Material y método:** Análisis retrospectivo de todos los pacientes ingresados en la UGA del Hospital de la Cruz Roja de Madrid desde 1-1-2000 al 1-1-2002.  $N = 1.743$  (1.026 mujeres, edad media  $85 \pm 7$  años). Dos grupos a estudio: Grupo A: edad 90 años,  $N = 435$  (25%) (268 mujeres. Edad media  $93 \pm 3$  años); y Grupo B:  $< 90$  años,  $N = 1.308$  (75%) (758 mujeres,  $82 \pm 5$  años). Parámetros analizados: sexo, comorbilidad, situación funcional y mental, causa de ingreso, estancia, mortalidad, complicaciones intrahospitalarias (infecciones, caídas, síndrome confusional agudo, reacciones adversas). Análisis estadístico:  $\chi^2$  para variables categóricas y T de Student, para cuantitativas. Análisis multivariante con regresión logística método condicional. Nivel de significación e intervalo de confianza, del 95%.

**Resultados:** Comparando los dos grupos, los pacientes nonagenarios presentan tanto previo como al ingreso hospitalario peor situación funcional (CRF:  $3 \pm 1$  vs  $2 \pm 1$ , y  $4 \pm 1$  vs  $3 \pm 1$ ; Barthel:  $56 \pm 34$  vs  $71 \pm 31$ , y  $21 \pm 25$  vs  $36 \pm 30$ , respectivamente,  $p < 0,001$ ), y mental (CRM:  $2 \pm 1,7$  vs  $1 \pm 1,6$ , y  $2,16 \pm 1,6$  vs  $1,73 \pm 1,69$ ,  $p < 0,001$ ). Proceden más de residencia (9% vs 6%,  $p = 0,03$ ), ingresan más por neumonía (18% vs 11%,  $p < 0,001$ ), realizan más infección nosocomial (17% vs 12%,  $p = 0,01$ ). Al alta se reubican más en residencias (9% vs 5%,  $p = 0,01$ ), y presentando una mayor pérdida funcional y mortalidad ( $25 \pm 32\%$  vs  $17 \pm 28\%$ , y 14,5% vs 9,7%,  $p < 0,001$ ). No diferencias estadísticamente significativas en cuanto a estancia media ( $11,7 \pm 7,9$  vs  $11,5 \pm 8,1$ ), reingreso (16% vs 17%). En el análisis multivariante sólo la peor situación funcional (CRF) al

ingreso y al alta se muestran independientes (OD:1,77 (1,4-2,1) y 1,55 (1,25-1,91),  $p < 0,001$ ).

**Conclusiones:** El paciente nonagenario en el medio hospitalario constituye un paciente de alto riesgo, ya que se asocia a una peor situación funcional al ingreso y al alta hospitalaria, con tendencia a mayor frecuencia de infecciones nosocomiales, de mortalidad, y de institucionalización.

## 1109

### CARACTERÍSTICAS DEL INGRESO HOSPITALARIO DEL ANCIANO INSTITUCIONALIZADO

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

Hospital Central de la Cruz Roja. Madrid.

**Objetivo:** Analizar las características del anciano institucionalizado en residencia que ingresa en una Unidad Geriátrica de Agudos (UGA).

**Material y método:** Análisis retrospectivo de todos los pacientes ingresados en la UGA del Hospital de la Cruz Roja de Madrid desde 1-1-2000 al 1-1-2002. N= 1.743 (1.026 mujeres, edad media 85 ± 7 años). Dos grupos a estudio: Grupo A: institucionalizados, N= 116 (6,6%) (76 mujeres, Edad media 86 ± 7 años); y Grupo B: no institucionalizados, N=1627 (950 mujeres, 85 ± 7 años). Parámetros analizados: edad, sexo, comorbilidad, situación funcional y mental, causa de ingreso, estancia, mortalidad, complicaciones intrahospitalarias (infecciones, caídas, síndrome confusional agudo, reacciones adversas). Análisis estadístico realizado con  $\chi^2$  para variables categóricas y T de Student, para cuantitativas. Análisis multivariante con regresión logística método condicional. Nivel Significación e intervalo de confianza, del 95%.

**Resultados:** Los pacientes institucionalizados presentan tanto previo como al ingreso hospitalario peor situación funcional (CRF:  $3 \pm 1$  vs  $2 \pm 1$ , y  $4 \pm 1$  vs  $3 \pm 1$ ; Barthel:  $51 \pm 36$  vs  $69 \pm 32\%$ , y  $25 \pm 29$  vs  $33 \pm 30$ ,  $p < 0,001$ ), y mental (CRM:  $2 \pm 1$  vs  $1 \pm 1$ , y  $2,16 \pm 1,6$  vs  $1,73 \pm 1,69$ ,  $p < 0,001$ ). Igualmente ingresan más por causas infecciosas (50% vs 40%,  $p = 0,04$ ), sobre todo EPOC reagudizado (27% vs 22%,  $p = 0,03$ ). No diferencias estadísticamente significativas en cuanto a % de pérdida funcional ( $18 \pm 29\%$  vs  $19 \pm 29\%$ ), mortalidad (14% vs 11%), estancia media ( $11,8 \pm 7,9$  vs  $11,5 \pm 8,1$ ). En el análisis multivariante solo muestra asociación con la institucionalización la situación funcional previa medida por CRF; OD: 0,02.

**Conclusiones:** Los ancianos que ingresan procedentes de una residencia presentan a) una peor situación funcional y mental, b) un proceso infeccioso, sobre todo EPOC reagudizado, como principal motivo de ingreso, y c) similar mortalidad y estancia hospitalaria.

## 1110

### FACTORES ASOCIADOS A REINGRESO Y ESTANCIA MEDIA HOSPITALARIA EN PACIENTES ANCIANOS

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

Hospital Central de la Cruz Roja. Madrid.

**Objetivo:** Analizar los factores asociados al reingreso y la estancia media hospitalaria en una Unidad Geriátrica de Agudos (UGA).

**Material y método:** Análisis retrospectivo de todos los pacientes ingresados en la UGA del Hospital de la Cruz Roja de Madrid desde el 1-1-2000 al 1-1-2002. N= 1.743 (1.026 mujeres, edad media 85 ± 7 años). Se comparan los siguientes parámetros con respecto al reingreso, y a la estancia media ( $11,5 \pm 8,0$  días): edad, sexo, comorbilidad, situación funcional y mental, causa de ingreso, mortalidad, complicaciones intrahospitalarias (infecciones, caídas, síndrome confusional agudo, reacciones adversas). Análisis estadístico realizado con  $\chi^2$  para variables categóricas y T de Student, para cuantitativas. Análisis multivariante con regresión logística método condicional. Nivel de significación e intervalo de confianza, del 95%.

**Resultados:** Grupo A: 235 (13%) (138 mujeres, edad media 85 ± 7 años), Grupo B: 1508 (87%) (888 mujeres, edad media: 84 ± 7 años). Presentan mayor reingreso hospitalario los ancianos que proceden del domicilio que de residencias (14% vs 7%,  $p < 0,03$ ), los de peor situación funcional y mental al alta hospitalaria (Barthel:  $50,66 \pm 35$  vs  $57 \pm 34$ ,  $p = 0,09$ , CRM:  $1,3 \pm 1,4$  vs  $1,1 \pm 1,1$ ,  $p < 0,02$ ). El reingreso no guarda relación con la estancia ( $12,12 \pm 8,06$  vs  $11,49 \pm 8,09$ , n.s.), ni la ubicación al alta (residencias: 9% vs 10%; domicilio con control geriátrico: 21% vs 24%; ns). En el análisis multivariante la peor situación funcional (Barthel) al alta y la procedencia de domicilio se muestran independientes (OD: 1,44 (1,0-2,1) y 2,4 (1,15-5,05),  $p < 0,04$  y  $p < 0,01$ ).

**Conclusiones:** Los principales factores asociados al reingreso hospitalario son una peor situación funcional al alta hospitalaria y la ubicación en domicilio. El reingreso no condiciona ni la estancia hospitalaria ni la ubicación al alta.

## 1118

### REACCIONES ADVERSAS MEDICAMENTOSAS EN UN HOSPITAL GERIÁTRICO

Angelet Carbó, I.; García Arilla, E.; Cuchi, T.

Servicio de Geriatria. Hospital San Jorge. Zaragoza.

**Objetivos:** Determinar la incidencia, fármacos implicados y consecuencias de reacciones adversas medicamentosas (RAM) en un Hospital Geriátrico de Agudos.

**Método:** Diseño: estudio longitudinal descriptivo prospectivo.

Recogida de datos: durante un período de 9 meses (octubre 2000-julio 2001) se recogieron las RAM de una muestra de 193 pacientes ingresados, dividiéndolos en varios grupos; se contabilizó en cuántos pacientes su motivo de ingreso se debía a una RAM, cuántos presentaban una RAM durante su estancia provocada por una medicación prescrita previa al ingreso y en el último grupo se incluyó a los que presentaron una RAM por una medicación nueva intrahospitalaria.

**Resultados:** Se contabilizaron un total de 33 RAM en 30 pacientes (15,5%), 18 en hombres y 12 en mujeres. Edad media: 86,6. Estancia media: 14,8. En el 3,62% de los pacientes, el motivo del ingreso hospitalario era debido a una RAM; la causa más frecuente de ingreso por RAM fue la hipoglucemia por antidiabéticos orales, seguido de cerca de los trastornos neurológicos por psicofármacos. Hubo un 3,62% de los pacientes en que se detectó una RAM por alguna medicación prescrita antes del ingreso, pero la propia RAM no era la causa del ingreso; la mayoría de las RAM en este grupo se debieron a trastornos hidroelectrolíticos producido por diuréticos. Por último el 9,8% de pacientes ingresados padecieron una RAM por una medicación intrahospitalaria, existiendo una RAM de consecuencias mortales en este grupo; los efectos adversos más frecuentes se debieron a síndrome diarreico por antibióticos y los trastornos neurológicos por psicofármacos.

**Conclusiones:** En nuestro hospital, se detecta una mayor incidencia de RAM intrahospitalaria que ingreso hospitalario atribuible a RAM. En algunos casos la RAM es detectada en el hospital, pasando desapercibida con anterioridad. La mayoría de las RAM intrahospitalarias presentan una evolución favorable al retirar el medicamento.

## 1136

### EVALUACIÓN DE LA PERCEPCIÓN DE CALIDAD DE VIDA (PERFÍL DE SALUD DE NOTTINGHAM) Y FACTORES RELACIONADOS, EN PACIENTES ANCIANOS TRAS EL ALTA HOSPITALARIA

Torres Allepuz, R. M.; Vázquez Ibar, O.; Miralles Basseda, R.; García Caselles, M. P.; Arellano Pérez, M.; Cervera Alemany, A. M.

Servicio de Geriatria. Institut d'Atenció Geriàtrica i Sociosanitària (IAGS). IMAS. Barcelona.

**Objetivos:** Estudiar los factores relacionados con la percepción subjetiva de salud (calidad de vida) en un grupo de pacientes ancianos.

**Pacientes y método:** Se analizaron 139 pacientes de una cohorte de seguimiento, que habían ingresado recientemente en un hospital de agudos y que habían sido valorados por la UFISS de geriatría. Todos ellos presentaban algún problema médico, físico o psicosocial en el momento del alta. La recogida de datos se realizó en los primeros días después del alta hospitalaria. La edad media de los pacientes fue  $78,4 \pm 7,5$  años, 95 (68%) eran mujeres y 44 (32%) hombres, los diagnósticos principales fueron fract/locomotor 56 (40,3%), cardiorrespiratorio 29 (20,7%), neurológico 8 (6%) y otros 46 (33%). A todos los pacientes se les recogieron las siguientes variables: capacidad funcional (Barthel), comorbilidad (Charlson), función cognitiva (MMSE de Folstein), número de fármacos, grupo diagnóstico y calidad de vida (Perfil de Salud de Nottingham -PSN-). Se consideró mala percepción de calidad de vida cuando la puntuación total del PSN fue superior al percentil 90 de la población normal de referencia española (*Am J Public Health* 1990;80;704-708).

**Resultados:** De los 139 pacientes estudiados hubo 71 (51%) con mala percepción de calidad de vida, en estos la puntuación media del MMSE de Folstein fue  $20,4 \pm 4,8$ , mientras que en el resto fue  $22,3 \pm 4,5$  ( $p < 0,05$ ). No existieron diferencias significativas en cuanto a edad, sexo, índice de Barthel, diagnóstico principal, número de fármacos y comorbilidad al comparar el grupo de pacientes con mala percepción de calidad de vida con los que tenían una percepción dentro de la normalidad.

**Conclusiones:**

1. El 51% de los pacientes tenían mala percepción de calidad de vida a los pocos días de ser dados de alta de un hospital de agudos.
2. Sorprendentemente, en nuestro estudio, la capacidad funcional y la comorbilidad no se relacionaron con la percepción de calidad de vida.
3. La puntuación del MMSE fue significativamente inferior en los pacientes con mala calidad de vida. Resulta difícil valorar si este hecho puede estar en relación con dificultades en la comprensión del cuestionario.