

MESA 6

Área clínica: geriatría y unidades de media estancia

Jueves, 6 de junio, 17.45 horas

Moderadores:

Mariano Albarracín Marín-Blázquez
Sociedad Murciana de Geriatría y Gerontología

Miquel J. Oliver Ramón
Vocal Autonómico SEGG-Baleares

80

FACTORES ASOCIADOS A MORTALIDAD Y PÉRDIDA FUNCIONAL TRES MESES DESPUÉS DE UN INGRESO EN UNA UNIDAD DE MEDIA ESTANCIA (UME)

Espauella, J.*; Cubí, D.*; Amblás, J.*; Blasco, M.*; Guinovart, C.*; Santamariña, E.**

* Unidad Integral de Geriatría. Hospital de la Santa Creu. ** Unidad Clínico-Epidemiológica. Hospital General de Vic. Vic (Barcelona).

Objetivos: Describir una serie de variables relacionadas con el estado de salud, medidas en momentos diferentes de la evolución de la enfermedad, para establecer su relación con mortalidad y declive funcional.

Método: Estudio de Cohortes compuesto por pacientes consecutivos ingresados en la unidad de UME que cumplieran los criterios siguientes: procedencia del hospital de agudos, edad ≥ 75 años, no cáncer, consentimiento, y garantías de seguimiento. Se define declive funcional como la pérdida de ≥ 20 puntos en el Índice de Barthel (IB) a los tres meses respecto a la situación preingreso en agudos. Las variables independientes se agruparon según aspectos temporales:

1. Información preingreso en agudos (Índice de Charlson, pérdida funcional preingreso, pérdida nutricional preingreso, IB preingreso, Lawton preingreso).
2. Información en el momento de ingreso en la unidad de UME (Pfeiffer, IB basal, Lawton, Yesavage, Mini Nutritional Assessment MNA, Medidas antropométricas, albúmina, colesterol).
3. Información de seguimiento al mes y a los tres meses de ingreso en la unidad de UME (mismas variables que punto 2).

Resultados: La muestra está compuesta por 147 pacientes de 82 años de edad media y el 67,3% mujeres. La mortalidad a los tres meses es del 26,5% y el declive funcional del 39,8%. La mortalidad a los tres meses se asocia de forma estadísticamente significativa a deterioro funcional preingreso, IB preingreso (vivos 78, fallecidos 60), Lawton (vivos = 3,4, fallecidos 1,1), sexo masculino, Pfeiffer (vivos 3,5, fallecidos 5,45), IB basal (vivos 33, fallecidos 22), MNA (vivos 16,5, fallecidos 14,9). Los cambios observados al mes en los pacientes fallecidos a los tres meses son diferentes respecto a vivos y fallecidos. El declive funcional a los tres meses se asocia de forma estadísticamente significativa a: IB basal (declive 26, no declive 38), MNA (declive 15, no declive 17), Pfeiffer (declive 4,2, no declive 3,1). La ganancia funcional y nutricional al mes es un factor protector de declive funcional a los tres meses.

Conclusiones: En general las variables funcionales y nutricionales se asocian a mortalidad y a declive funcional. Los pacientes que fallecen a los tres meses demuestran deterioro funcional cognitivo y emocional al mes. La ganancia funcional y nutricional al mes es un factor protector de declive funcional. Se observa una tendencia a la asociación de variables funcionales con mortalidad y variables nutricionales con declive funcional.

118

EVALUACIÓN DE PACIENTES DERIVADOS DESDE EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GETAFE (HUG) A UNIDADES DE PALIATIVOS Y RECUPERACIÓN FUNCIONAL EN EL HOSPITAL FUNDACIÓN SAN JOSÉ (HFSJ)

Bartolomé Blanco, S.; Guerrero Frías, F.; Velasco Guzmán, R.; Carrillo Alcalá, E.*; Guillén Llera, F.

Servicio de Geriatría Hospital Universitario de Getafe. * Hospital Fundación San José.

Objetivos: Conocer la evolución de pacientes seleccionados por el servicio de geriatría del HUG y derivados a las unidades de paliativos y recuperación funcional en el primer año de funcionamiento del concierto entre el HUG y el HFSJ.

Material y método: Estudio descriptivo de pacientes derivados entre los meses de marzo 2001 a marzo 2002 valorando los diagnósticos principales de derivación, las patologías secundarias prevalentes, la evolución funcional al ingreso y al alta (en los pacientes derivados a recuperación funcional) y de estancias medias en los pacientes derivados a paliativos. Análisis de la base de datos File Maker 5.0.

Resultados: De los pacientes aceptados para traslado (47 fueron derivados a recuperación funcional –RF– y 32 a paliativos): el 80% eran mayores de 75 años y un 53% eran mujeres. Las características clínicas de los pacientes derivados a RF fueron: la principal área de procedencia fue geriatría (40%), seguido de med. interna (25%), traumatología (17%) y neurología (8,5%). Los diagnósticos principales fueron: inmovilismo (44%), seguido de ACVA (36%) y fractura de cadera (21%). La situación según escala de Cruz Roja funcional y mental al ingreso en Hospital Fundación San José (unidad de RF) fue: CRF (0-1): 0%; CRF (2-3): 17%; CRF (4-5): 83%. CRM (0-1): 70%; CRM (2-3): 30%; CRM (4-5): 0%. La situación basal según la escala de Barthel: 0-29: 23%; 30-59: 21%; 60-79: 11%; 80-100: 45%. Al alta: CRF (0-1): 5%; CRF (2-3): 76%; CRF (4-5): 19%; CRM (0-1): 76%; CRM (2-3): 22%; CRM (4-5): 2%. Barthel: 0-29: 2%; 30-59: 10%; 60-79: 13%; 80-100: 75%. El 76% de los pacientes estuvieron en la unidad de RF menos de 45 días. La media de estancia de los pacientes derivados a la unidad de paliativos fue de 12,6 días.

Conclusiones:

1. El 80% de los pacientes eran mayores de 75 años.
2. El diagnóstico principal de los pacientes derivados para RF fue el inmovilismo, ACVA y fractura de cadera.
3. El perfil de los pacientes derivados a RF tienen una reserva funcional que permite obtener una clara mejoría; observada tanto en las puntuaciones de la ECR, como en la escala de Barthel.
4. Las estancias medias tanto en RF como en paliativos se ajustan a los estándares establecidos por dichas unidades.

120

ADECUACIÓN DEL INGRESO Y CRITERIOS DE CALIDAD EN UNA UNIDAD DE MEDIA ESTANCIA DE GERIATRÍA

Alonso, P.; Osuna, C.; Garnica, A.; Martín, F. J.; Mora, J.; Ribera, J. M.

Servicio de Geriatria. Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

Objetivo: Describir la actividad de una Unidad de Media Estancia de Geriatria ubicada en un Hospital terciario, en relación con estándares de calidad preestablecidos.

Material y métodos: Se recogen datos de la historia clínica de los pacientes ingresados en dicha Unidad durante el año 2001: demográficos, sociales, funcionales, procedencia, motivo de ingreso y diagnóstico fundamental. Se analizan estancia media, recuperación funcional, cumplimiento de objetivos *a priori*, morbilidad durante el ingreso, mortalidad y destino al alta en función de recursos disponibles. Análisis estadístico (comparación de medias, regresión múltiple) con un nivel de significación del 95%.

Resultados: n= 156 (73,7% mujeres), edad media 85,3 (DE 7,1). Motivo fundamental de ingreso: Rehabilitación 69,9%, Problema médico 12,2%, Social 10,8%, Paliativo 7,1%. Procedencia: Geriatria 56,4%, Traumatología 28,8%, resto hospital 12,2%, ingresos programados 2,6%. Barthel al ingreso 20,15 (DE 15,60). Diagnósticos: Traumatológico 30,8%, Neurológico 26,3%. Aspectos sociales: Un 23,8% vivía solo, con o sin ayuda social por horas. Un 3,2% procedían de Residencias. **Datos al alta:** Estancia media global 36,9 días (DE 27,6), siendo mayor en los pacientes con criterios de rehabilitación y problemática social (39,5 vs 23,1; p< 0,01) en relación con mayor mortalidad en el grupo médico y paliativo (54,8% vs 5,0%; p< 0,01). **Cumplimiento de objetivos (%):** 1. *Rehabilitador* (71,5% de los casos) con mejoría del Barthel 28,2 puntos. 2. *Médico y enfermería* (92,1%): reducción significativa de úlceras por presión (11,0% vs 18,3%; p< 0,05), catéter vesical (11,3% vs 21,9%; p< 0,05) pero no de alimentación enteral. Morbilidad: Cuadro confusional 43,2%, Infección nosocomial 44,4% (en 25 casos diarrea por *Cl. difficile*), Caídas 4,7%. Aislamiento por SAMR 8,3%. 3. *Paliativo* (92,5%). 4. *Social* (85,2%). Se realizó alguna gestión social en el 63,1% (ayuda social a domicilio 22,8%, residencia 32,9%). Destino: domicilio 53,9% (ninguno solo), Institución 29,6%.

Conclusión: El ingreso de pacientes con perfil inadecuado (social, paliativo) en Unidades con vocación de convalencia y/o rehabilitación, condiciona un exceso de morbilidad, alta mortalidad y elevada tasa de institucionalización, aunque, en principio, no afecte a la estancia media.

121

UTILIDAD DE LA ESCALA FUNCIONAL AMBULATION CLASSIFICATION (FAC) EN UNA UNIDAD DE MEDIA ESTANCIA

Mesa, C.; Sánchez-Guevara, A.; Ramírez, S.; Feijoó, R.; Montero, N.; Mora, J.; Ribera, J. M.

Servicio de Geriatria. Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

Objetivo: Estudiar la utilidad de la escala *Functional Ambulation Classification* (FAC) en una Unidad de Media Estancia de Geriatria en relación con el diagnóstico de ingreso.

Material y métodos: Estudio observacional de pacientes dados de alta con perfil rehabilitador en el año 2001. Se recogen datos demográficos, realización de actividades básicas al ingreso y alta (Barthel), datos de comorbilidad (índice de Charlson) y motivo de ingreso principal: accidente cerebrovascular (ACV), fractura de cadera (FC) e inmovilidad de otro origen (INM). La recuperación de la movilidad se estudia con la escala FAC y se compara con la escala de Cruz Roja Física (CRF) en los distintos grupos diagnósticos. Se realiza estudio estadístico (comparación de medias, regresión múltiple) con un nivel de significación del 95%.

Resultados: n= 93 (76,3% mujeres), edad media 84,7 (DE 6,9). Diagnósticos al ingreso: ACV: 21, FC: 36, INM: 36. Charlson: 2,8 (DE 2,2) siendo este dato significativamente peor en ACV que en los otros

grupos. **Datos funcionales al ingreso:** Barthel promedio 22,8. Movilidad: el 83,8% no se movilizan ni con la ayuda de dos personas (CRF 4-5). **Datos al alta:** Estancia media 41,3 días (DE 30,2), sin diferencias respecto al diagnóstico. **Recuperación funcional:** Barthel 28,2 puntos en promedio. Los pacientes con ACV recuperan menos puntos que el resto (19,3 vs 30,8; p<0,05). **Movilidad al alta:** Un 79,5% consiguen una deambulación independiente con dos apoyos o mejor (CRF 0-3). Los pacientes con ACV presentaron peor recuperación de la movilidad que el resto tanto en CRF como FAC (p< 0,01). Los pacientes con FC recuperaron tanta movilidad como el resto en la escala CRF (1,3 vs 1,1; p= 0,16), en tanto que hubo una mayor recuperación mediante la escala FAC (2,3 vs 1,5; p< 0,01). Esta diferencia fue independiente de la edad y de la comorbilidad asociada.

Conclusiones:

1. La escala *Functional Ambulation Classification* aporta información específica en recuperación de la movilidad en ancianos con fractura de cadera.
2. En el ámbito de la Rehabilitación Geriátrica parece oportuno considerar el empleo de diferentes escalas para analizar la recuperación de la movilidad en función del diagnóstico.

172

¿ES PREDICTOR DE LA UBICACIÓN AL ALTA LA AUSENCIA DE RECUPERACIÓN DE ABVD EN REHABILITACIÓN DE PACIENTES GERIÁTRICOS?

Garnica, A.; Montero, N.; Mora, J.; Ribera, J. M.

Servicio de Geriatria. Hospital Clínico San Carlos. 28040. Madrid.

Objetivos:

1. Describir el patrón de recuperación de las diferentes actividades básicas de la vida diaria (ABVD) en pacientes geriátricos con deterioro funcional motivado por enfermedad aguda incapacitante.
2. Analizar el impacto que la ausencia de mejoría en las diferentes ABVD tiene sobre la ubicación al alta.

Pacientes y método: Pacientes ingresados y dados de alta en una Unidad de Media Estancia con criterio rehabilitador durante el año 2001. Se recogen datos demográficos y clínicos al ingreso y destino al alta. Se evalúa la capacidad para realizar ABVD según la escala de Barthel basal, al ingreso y al alta de la Unidad. Se analiza la pérdida y ganancia funcional global y para cada una de las ABVD. Los pacientes son clasificados en función del grado de dependencia al alta y según la existencia o no de mejoría en cada una de las ABVD (excluyendo a los que no hubiesen mostrado pérdida funcional en dicha actividad). Se relacionan estos resultados con la institucionalización. Análisis estadístico mediante comparación de proporciones (chi-cuadrado) y medias para grupos independientes (t de Student) con intervalo de confianza 95%.

Resultados: n= 93 (73,1% mujeres), edad media 84,8 (DE 7,0). Estancia media 61,6 días (DE 41,7). Barthel al ingreso 23,9 (DE 17,1). Barthel medio al alta 52,4 (DE 23,5), alcanzando el 45,2% puntuaciones mayores de 60. Destino al alta: a una institución 23,7%. Los pacientes con Barthel al alta < 60 se ubican más frecuentemente en una institución (35,3% vs 9,5%; p< 0,05). **Ganancia por ABVD.** Las que más se recuperan durante el ingreso son: Retrete 62,2%, Deambulación 62,2%, Transferencias 51,1%, Escalones 48,9%. Únicamente la ausencia de mejoría en Escalones, Micción y Deposición durante el ingreso se relacionó significativamente con la institucionalización al alta (p= 0,02, p= 0,04 y p= 0,02 respectivamente).

Conclusiones:

1. En un ámbito de Rehabilitación Geriátrica específico parecen recuperarse preferentemente las ABVD relacionadas con la movilidad.
2. Independientemente del impacto de la enfermedad en cada una de las ABVD, se puede afirmar que la ausencia de recuperación específica de alguna de ellas posiblemente determine una mayor tasa de institucionalización al alta.

209

UNIDAD DE CONVALECENCIA: ANÁLISIS PRELIMINAR DE LAS CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES INGRESADOS ANTES Y DESPUÉS DE UN CAMBIO EN LA UBICACIÓN DE LA UNIDAD

Esperanza Sanjuán, A.; Digón Llop, A.; Fernández Matamoros, B.; Rius Codina, I.; Vázquez Ibar, O.; Arranz Gil, P.; González Martín, P.; Serrano Bajo, P.; Miralles Basseda, R.; Gili Ripoll, P.; Cervera Alemany, A. M.

Servicio de Geriátria. Instituto de Atención Geriátrica y Sociosanitaria (IAGS) IMAS (Centro Geriátrico Municipa. Hospital de la Esperanza), Barcelona.

En nuestro entorno las unidades de convalecencia habitualmente están ubicadas en centros sociosanitarios. Recientemente la unidad de convalecencia de nuestra institución se ha reubicado en un área dentro de un hospital de agudos, también perteneciente a nuestra institución. Existe la idea de que la proximidad a un entorno más hospitalario incrementa la complejidad y los cuidados de los enfermos.

Objetivo: Comparar las características de los pacientes ingresados en la ubicación actual de la unidad, con los de la ubicación anterior.

Pacientes y método: Se evaluó un primer grupo de pacientes ingresados consecutivamente durante tres meses en la nueva ubicación de la unidad (n= 62), comparándolo con otro grupo de pacientes ingresados, también consecutivamente en un período de tiempo similar del año anterior, en la antigua ubicación (n= 63). Variables estudiadas: edad, sexo, capacidad funcional previa y al ingreso (Lawton, Barthel), motivo principal ingreso, grupo diagnóstico, comorbilidad (Charlson), función cognitiva (Folstein), riesgo úlceras presión (Norton) y presencia de las mismas, criterios de complejidad y de cuidados especiales (criterios RUG III).

Resultados: No se hallaron diferencias significativas entre ambos grupos en ninguna de las variables estudiadas. Al evaluar los enfermos que precisaban cuidados especiales (RUG III) en el grupo de la nueva ubicación de la unidad, se observó un mayor número de pacientes en los que fue necesarios más de un cuidado [38 (67,8%) vs 36 (57,1%)]. Así mismo, se observó un mayor número de pacientes con úlceras por presión en este mismo grupo [24 (44,8%) vs 27 (55,1%)].

Conclusiones:

1. En el momento actual no podemos afirmar que el cambio de ubicación de la unidad haya supuesto un cambio en el perfil de los pacientes.
2. El período de tiempo estudiado es corto y la muestra reducida, habría que esperar más tiempo para confirmar estos resultados.

1071

SITUACIÓN FUNCIONAL, INSTITUCIONALIZACIÓN MORTALIDAD A LOS 6 MESES DEL ALTA DE UME

Morón, N.; Baztán, J. J.; González, M.; Morales, C.; Socorro, A.; Ruijópez, I.

Servicio de Geriátria. Hospital Central Cruz Roja. Madrid.

Objetivos: Conocer la evolución a los 6 meses de pacientes dados de alta de una Unidad Geriátrica de Media Estancia.

Método: Estudio de seguimiento de todos los pacientes ingresados desde octubre de 2000 a junio de 2001. Se excluyeron pacientes con estancia menor de 5 días, fallecidos o derivados al alta a una unidad de agudos. Se evaluó la situación funcional previa, al ingreso, al alta y a los 6 meses del alta con el Índice de Barthel (IB), así como la mortalidad de ingreso en residencia a los 6 meses. Se calculó la incidencia acumulada a los 6 meses de mortalidad e institucionalización. En el análisis bivariante se calculó el riesgo relativo (intervalo de confianza al 95%) de las variables independientes al ingreso (edad, sexo, escala sociofamiliar de Gijón, patología motivo de ingreso, albúmina, índice de comorbilidad Charlson, clínica depresiva) y al alta (Barthel y Cruz Roja Mental). El análisis multivariante se realizó por regresión logística.

Resultados: 243 pacientes de 81,29 (±7,5) años, 66,7% mujeres fueron seguidos (1 perdido). 46,1 fueron ingresados por ACVA, 24,3% por patología ortopédica (POT) y 27,6% por inmovilidad por otras causas. La evolución al alta y a los 6 meses se presenta en la tabla:

	IBP	IBI	IBA	IB 6m	Falle. 6 m	Res. 6 m
Global	86,87	28,66	58,42	59,45	12%	19,3%
ACVA	90,52	23,93	54,88	55,87	8,9%	24,1%
POT	88,15	35,24	66,83	73,09	6,9%	10,1%
Inmovilidad	79,36	29,69	55,30	52,02	22,9%	20,8%

En el análisis multivariante quedaron como factores de riesgo independientes de mortalidad a los 6 meses el ingreso por S. de inmovilidad (OR-3,47; IC: 1,40-8,62) e IB al alta menor de 40 (OR-4,73; IC: 1,77-12,66). Los factores de riesgo independientes de institucionalización fueron la edad mayor de 84 años (R-0,64; IC: 1,06-87,17), y un IB al alta menor de 40 (OR-4,34; IC 1,21-15,49).

Conclusión: La situación funcional lograda al alta por pacientes ingresados en UME se mantiene a los 6 meses. Una situación funcional al alta menor de 40 en el I. Barthel se asocia con mayor riesgo de mortalidad e institucionalización a los 6 meses.

1072

CARACTERÍSTICAS Y RESULTADOS DE LOS PACIENTES INGRESADOS EN UME POR GRUPOS DE EDAD

Socorro, A.; Baztán, J.; González, M.; Forcano, S.; Morón, N.; Ruijópez, I.

Servicio de Geriátria. Hospital Central Cruz Roja. Madrid.

Objetivo: Describir y comparar las características clínicas, funcionales, mentales y sociales así como resultados de la asistencia de pacientes atendidos en una Unidad de Media Estancia (UME), según grupos de edad.

Método: Estudio de seguimiento de todos los pacientes ingresados en UME desde mayo de 2000 a diciembre de 2001, categorizados en 4 grupos de edad. Se recogieron datos clínicos (albúmina al ingreso, I. Charlson); funcionales (I. Barthel previo-IBP, al ingreso-IBI y al alta-IBA); mentales (Cruz Roja Mental previo-CRMp; Pfeiffer al ingreso) y sociales (escala sociofamiliar de Gijón). Los resultados evaluados fueron la ganancia funcional (IBA-IBI), I. de Heinemann corregido (IHc = (IBA-IBI) x100 / (IBP-IBI)), estancia y eficiencia de atención en UME (IBA-IBI/días de estancia).

Resultados: Los principales resultados fueron:

	<70 años	70-79	80-89	>89 años	p*
N (457)	32	167	207	51	
Mujeres	56,3%	56,3%	70,5%	74,5%	<0,05
Albúmina (g/dl)	3,63 (0,25)*	3,41 (0,37)*	3,26 (0,35)	3,24 (0,35)	<0,001
I. Charlson	2,19 (1,62)	2,16 (1,41)	2,10 (1,36)	2,06 (1,32)	NS
IB previo	96,3 (6,94)*	92 (11,8)*	86 (17,2)	81,4 (17,5)	<0,001
CRM previo	0,16 (0,45)	0,22 (0,5)*	0,4 (0,7)	0,47 (0,81)	<0,001
ESF Gijón	4,72 (2,46)*	5,79 (2,68)*	6,77 (2,56)	7,24 (2,70)	<0,001
IBI	43,0 (20,9)*	32,6 (20,8)*	27,2 (18,2)	23,1 (16,6)	<0,01
Pfeiffer ingreso	1,89 (2,42)*	2,30 (2,73)*	3,30 (2,65)	3,80 (2,61)	<0,001
Ganancia func.	32,4 (14,7)*	32,2 (17,3)*	28,9 (16,7)	23,4 (14,1)	<0,01
Ihc	66,1 (23,6)*	58,5 (29,3)	53,7 (37,6)	47,9 (33,8)	<0,05
Eficiencia	1,92 (1,04)*	1,56 (1,09)*	1,34 (0,95)	1,18 (0,90)	<0,05
Alta Resid.	3,1%	15%	21,3%	29,4%	<0,01

* Chi cuadrado y ANOVA. Comparación post-hoc: Dunnet; categoría de referencia >89 a.

Conclusiones: Los pacientes más mayores presentan peor situación clínica, funcional, mental y social al ingreso en nuestra unidad, peor recuperación funcional y mayor número de altas a residencia, aunque se

aprecia beneficios importantes con nuestra intervención en los grupos de más edad.

1137

EVALUACIÓN DE LA COMORBILIDAD EN PACIENTES GERIÁTRICOS: COMPARACIÓN DE DOS ÍNDICES DE REGISTRO

Doménech, J. R.; Baztán, J. J.; Albadalejo, R.; González M.; Ruy Pérez, I.

Servicio de Geriátrica. Hospital Central Cruz Roja. Madrid.

Objetivos: La pluripatología o comorbilidad es una característica del paciente geriátrico que puede condicionar los resultados en salud de esta población y cuya evaluación estandarizada está poco desarrollada. Se presentan datos preliminares de la comparación del Índice de Charlson (ICH) y del «Cumulative Illness Rating Scale» (CIRS) en pacientes geriátricos ingresados en una unidad de media estancia (UME) y su influencia en resultados de la rehabilitación.

Método: Se recogieron datos de la historia clínica de los pacientes ingresados en UME de enero a junio de 2001. La puntuación en el ICH y en el CIRS fue recogida por dos evaluadores diferentes. La puntuación del CIRS fue agrupada como puntuación global (CIRST: 0-52) o indexada en número de sistemas con afectación moderada o mayor (INDEX: 0-13). La correlación entre las dos escalas se midió por el coeficiente r de Pearson. Para evaluar su capacidad predictiva sobre la ganancia funcional, estancia y eficiencia de la rehabilitación se construyeron tres modelos de regresión lineal para cada una de las variables dependientes en los que junto a otras variables predictivas constantes (edad, I. Barthel previo y al ingreso y Pfeiffer al ingreso) se introdujeron alternativamente cada una de los 3 índices de comorbilidad.

En cada modelo se evaluó la variación del porcentaje de varianza explicada (R^2) y el coeficiente beta de cada índice de comorbilidad.

Resultados: De los 163 pacientes de la muestra se excluyeron 16 (dos fallecidos y 14 trasladados a unidad de agudos). El coeficiente de correlación del ICH con Index fue de 0,33. Ambos índices predijeron de forma negativa la ganancia funcional (beta: ICh= -0,20, p= 0,02; Index= -0,19, p= 0,02) y no se relacionaron con la estancia ni con la eficiencia.

Conclusiones: El I Charlson y el Index son dos escalas de comorbilidad que pese a presentar una baja validez convergente se comportan de forma semejante en su capacidad predictiva de resultados de rehabilitación en pacientes geriátricos ingresados en UME.

1145

INFECCIONES NOSOCOMIALES EN ANCIANOS INGRESADOS EN UNA UNIDAD DE MEDIA ESTANCIA (UME)

Estrada, A.; Gómez, P. L.; Prieto, A.; Martín, F. J.; Salido, M.; Lázaro, M.; Ribera, J. M.

Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

Objetivos: Valorar: 1. Número de infecciones nosocomiales (tipo y gémenes) que presentan los ancianos ingresados en la UME. 2. Factores de riesgo intrínsecos y extrínsecos de infecciones. 3. Repercusión funcional y estancia media de los infectados.

Material y métodos: Estudio descriptivo prospectivo. Período de estudio: diciembre 2000-diciembre 2001. Protocolo preestablecido con 30 ítems: variables demográficas, microbiológicas, clínica, funcionales y terapéuticas. Análisis estadísticos: SPSS v. 9.0.

Resultados: Pacientes ingresados en UME: 150 (70,7% mujeres). Edad media: 84,8 (6,9) años. Grupo A (Infectados): 42,7%. Grupo B (no infectados): 57,3%. Factores de riesgo intrínsecos: Neumopatías: 34,7%; Desnutrición: 32,7%, Insuficiencia renal: 30%; Neoplasias: 16,7%; Endocrinopatías: 16,7%; UPP: 15,3%; Patologías asociadas: Grupo A: 3,7 (1,9). Grupo B: 3 (1,5). P=0,01. Factores de riesgo extrínsecos: Vía venosa periférica: 72%; Sonda vesical: 33,3%; Sonda nasogástrica: 8,7%. Gastrostomía: 2%. Vía venosa central: 2%. Tratamiento corticoideo/ Inmunosupresor: 25%. Tipo de infecciones: Infecciones del tractourinario (ITU): 41,3% Colitis pseudomembranosa:

13,3%; Infecciones respiratorias: 6% Infección de UPP: 3,43%. Gérmenes implicados (96 cultivos): Clostridium difficile: 20,8%; E. Coli (17,7%) Klebsiella: 9,37%, Enterococo (8,33%). Proteus (4,1%) SAMR: 4,1%. Polimicrobianas. 15,6%. Situación funcional: No existe diferencias en ambos grupos. Estancia media: Grupo A: 51,3 (34,0); Grupo B: 30,3 (21,4) p< 0,001. Exitus: 18 (12%).

Conclusiones:

1. Son muy frecuentes las infecciones nosocomiales en la UME.
2. Las infecciones más frecuentes son las urinarias y la colitis pseudomembranosa.
3. Factores de riesgo extrínsecos e intrínsecos favorecen este tipo de infecciones.
4. La estancia media de los infectados es más elevada.