

MESA 14

Área interdisciplinar: residencias

Sábado 8 de junio, 9.00 horas

Moderadores:

José A. López Trigo

Sociedad Española de Geriatria y Gerontología

Javier Benítez Rivero

Sociedad Andaluza de Geriatria y Gerontología

93

SERTRALINA EN EL TRATAMIENTO DE PACIENTES ANCIANOS INSTITUCIONALIZADOS: EFECTIVIDAD Y TOLERANCIA

Reus, M.; Valverde, V.

Residencia Manoterías. Madrid.

Objetivos: Evaluar la efectividad y tolerancia de sertralina en el tratamiento de los trastornos depresivos en el paciente anciano institucionalizado en las condiciones de uso habituales.

Método: Estudio abierto, no comparativo, prospectivo de 6 meses de duración en pacientes ancianos institucionalizados. A cada paciente seleccionado se le evaluó con la Escala de Depresión Geriátrica (EDG) reducida de Yesavage, así como con las escalas de Impresión Clínica Global de Gravedad (ICG-G) y de Mejoría (ICG-M) y el Factor de Bienestar Físico y Psicológico del Cuestionario de Calidad de Vida (CCV). Todos los pacientes que cumplían criterios diagnósticos de trastorno depresivo fueron incluidos en el estudio con el fin de evaluar la eficacia del tratamiento antidepressivo. El tratamiento farmacológico antidepressivo utilizado en todos los casos fue sertralina a la dosis de 50-200 mg/día.

Resultados: En el estudio se incluyeron 143 pacientes. El tratamiento con sertralina redujo significativamente la puntuación media en la EDG (de $11,1 \pm 2,2$ a $6,8 \pm 2,9$, $p < 0,0001$). La dosis media de sertralina al final del tratamiento fue de $69,5 \pm 21$. El 90% de los pacientes completó el tratamiento. La proporción de pacientes con acontecimientos adversos fue del 3,5%. La calidad de vida de los pacientes mejoró con el tratamiento con sertralina (de $15,6 \pm 4,8$ a $22,6 \pm 5,5$, $p < 0,0001$).

Conclusiones: Sertralina es un tratamiento efectivo y bien tolerado en pacientes ancianos institucionalizados, reduciendo los síntomas de depresión y mejorando la calidad de vida.

Este trabajo ha sido realizado con el apoyo de una beca de investigación de los Laboratorios Pfizer.

138

INSTITUCIONALIZACIÓN Y FRACTURA DE FÉMUR

Martos Gutiérrez, J.; Alcalde Tirado, P.; Guillén Alvaro, A.

Hospital General de Granollers. Granollers.

Objetivo: Determinar la evolución funcional y la mortalidad en pacientes ancianos institucionalizados en residencias después de una fractura del tercio proximal de fémur.

Metodología: Estudio prospectivo de pacientes con perfil geriátrico ingresados en el servicio de Traumatología del Hospital General de Granollers durante el año 2000. Se realiza una valoración geriátrica durante su ingreso hospitalario por el equipo de Geriatria tras la intercon-

sulta del traumatólogo, y se efectúa una posterior entrevista telefónica a los 6 meses.

Resultados: Se incluyen 106 pacientes. 26 proceden de una residencia, retornando 17 a la residencia, y 9 fallecen antes de los 6 meses de la fractura. La evolución funcional de los que sobreviven respecto a las AVD es la siguiente: dos permanecen con independencia funcional, 6 han perdido al menos una dependencia con respecto a la situación funcional previa y 9 mantienen su situación de dependencia total inicial.

A los 6 meses 30 pacientes están en residencias: 13 como ingresos de novo. La evolución funcional de dichos pacientes es la siguiente:

Actividad básica	Autonomía previa	Autonomía 6 meses
Deambulación intradomiciliaria	20	12
Vestirse	12	5
Transferencia	16	8
Ir al WC	17	9
Comer	20	16

Conclusiones: La institucionalización es elevada tras una fractura de fémur, fundamentalmente en aquellos pacientes que presentan un mayor deterioro funcional. Así mismo, la mortalidad está aumentada en los pacientes que proceden de centros de larga estancia.

160

GRUPOS FARMACOLÓGICOS DE MAYOR CONSUMO EN POBLACIÓN INSTITUCIONALIZADA EN CENTROS GERIÁTRICOS EN MÁLAGA. RELACIÓN CON SITUACIÓN FUNCIONAL

Martín Pérez, E. M.*; Morilla Herrera, J. C.**; Iglesias Regidor, J.**; Sánchez Sánchez, M. A.**; Álvarez Fernández, B.***

* Médico Geriatra de UAR, ** Enfermeros UAR. Unidad de Atención a Residencias (UAR). Distrito Sanitario Málaga. *** Unidad de Geriatria. Centro Hospitalario Carlos Haya. Hospital Ciudad Jardín.

Objetivo: La Unidad de Atención a Residencias realiza una Valoración Geriátrica Estandarizada a todo anciano que ingresa en centro geriátrico y facilita la provisión de fármacos a estos ancianos dependientes de Distrito Sanitario Málaga. Nuestro objetivo es conocer, al ingreso, medicación habitual consumida de forma crónica por esta población institucionalizada.

Material y método: Estudio descriptivo de 390 residentes en centros geriátricos ubicados en Málaga. Este registro se ha realizado durante los seis primeros meses de funcionamiento de esta unidad, de enero a julio de 2001, utilizando los datos de Valoración Geriátrica Estandarizada practicada al ingreso. Dentro de los datos presentes en la historia clí-

ca hemos recogido: edad, sexo, situación funcional (índice de Katz), situación cognitiva (Test de Pfeiffer), diagnósticos y número de enfermedades crónicas; síndromes geriátricos, en especial, riesgo nutricional, control esfinteriano, comportamiento, insomnio, estreñimiento y caídas. Recogemos la presencia de algunas situaciones especiales como Oxigenoterapia, Anticoagulación, traqueostoma. Los fármacos fueron distribuidos en 31 grupos siguiendo la distribución facilitada por IMS (International Marketing Services) sobre prescripciones en mayores de 65 años.

Resultados: El perfil corresponde mayoritariamente a mujeres de 80 años con un consumo medio de fármacos de 5,5. El 88,3% consume, al menos, un fármaco. No hemos recogido medicamentos consumidos de forma puntual ante la dificultad de recogida información. Dentro de los grupos, los de mayor consumo son antiagregantes (45%), seguido de tranquilizantes (41%), hipnóticos y sedantes (37%), neurolépticos (30%), le siguen diuréticos (28%) y vasodilatadores cerebrales (22,5%). Dentro de los consumidores de psicotropos, destacamos que más de un 10% consumen los tres grupos antes reflejados. El consumo de analgésicos está en 11,5%. En el otro extremo de bajoconsumo, especialmente relevante el bajo consumo de laxantes de forma pautada, sólo un 3%. El consumo de analgésicos está en un 11,5%.

Conclusiones: A pesar de las dificultades para realizar una detallada historia farmacológica esta población institucionalizada está polimedica da, más si tenemos en cuenta la dificultad para encontrar diagnósticos que nos expliquen por qué algunos de los fármacos son empleados. Asociamos el alto consumo de antiagregantes con la alta prevalencia de patología cardiovascular en esta población (95%), sin embargo, no siempre hemos encontrado bien definido el papel de antiagregantes en algunos residentes. Es contradictorio el bajo consumo de laxantes de forma regular cuando más del 41,5% de la población presentan estreñimiento pertinaz. Sobre los consumidores de psicotropos diremos que son ancianos con severa incapacidad psicofísica donde filiar las causas de los trastornos conductuales resulta difícil de filiar, sobre todo, por la deficiente capacitación del personal, entre otras causas.

181

PERFIL DE RESIDENTES EN CENTROS GERIÁTRICOS DEPENDIENTES DEL DISTRITO SANITARIO MÁLAGA

Martín Pérez, E. M.; Iglesias Regidor, J.; Morilla Herrera, J. C.; Sánchez Sánchez, M. A.

Unidad de Atención a Residencias. Distrito Sanitario Málaga.

Introducción: La Unidad de Atención a Residencias se crea en nov-2000 con tres objetivos primordiales: Valoración Geriátrica Estandarizada, provisión de medicamentos y material sanitario, tal y como se establece desde Atención Primaria y, por último, establecer coordinación con Servicios Sociales.

Objetivo: Describir el perfil de ancianos residentes en centros geriátricos dependientes de tres Zonas Básicas de Atención Primaria en el Distrito Sanitario Málaga, utilizando para ello los datos obtenidos mediante el modelo de valoración geriátrica realizada a cada residente.

Material y método: Estudio descriptivo de las historias realizadas en los seis primeros meses de funcionamiento de esta unidad, de enero a junio de 2001. Los datos recogidos son los siguientes: datos de filiación, nivel de estudios, estancia en el momento de valoración, diagnósticos médicos según modelo de historia informatizada de Atención Primaria (Programa TASS), número de fármacos y grupos pertenecientes, alteraciones sensoriales (afasia, problemas visuales y/o auditivos), incontinencia, historia de caídas, presencia de úlceras, estreñimiento, insomnio y trastornos de comportamiento. Situación funcional mediante el índice de Katz y estado cognitivo mediante el test de Pfeiffer. Parámetros bioquímicos: Alb, Hgb, Hcto, colesterol y TSH.

Resultados: Después de evaluar 355 residentes, algunos de los resultados son: La edad media está en 79,56 años (mínimo 40 y máximo 99). La distribución por sexos muestra que el 73,5% son mujeres y el 26,5% son hombres. Son mayoritariamente personas viudas (60%) y sol-

teras (29%). En cuanto al número de diagnósticos al inicio, con la correspondiente dificultad para recoger antecedentes fiables, es de 4,4 (oscilan entre un máximo de 11 y un mínimo de 0). De estos últimos, los diagnósticos médicos más frecuentes encontrados en esta población han sido: el 97% tiene problemas cardiovasculares, le siguen alt. en la esfera psíquica en un 70%, Problemas neurológicos en un 68%, Locomotor en un 45% y Anemias en un 34,6%, el resto se reparten entre Digestivo, Respiratorio y Órganos de los sentidos. El consumo medio de fármacos está en 5,5 (variabilidad desde 0 a un máximo de 17). En cuanto a funcionalidad, el 8% (29 casos) presentaban un índice de Katz-A, mientras que el 38% (132 casos) se hallaban en un índice de Katz-G. La valoración cognitiva de estas personas nos mostraba que el 31% (111 casos) no presentaban déficit cognitivo, el 25% (89 casos) deterioro cognitivo en grado moderado y un 43% (153) cursaban con déficit cognitivo severo. La determinación de riesgo nutricional nos ha revelado que un 45% precisan dietas especiales, 36,5% son edéntulos, y entre los parámetros bioquímicos nos encontramos que el 24% tienen niveles bajos de Hgb y Hcto, hipoalbuminemia presente en el 29% de la población (103 casos). Más del 75,5% de la población institucionalizada es incontinente. Otros síndromes geriátricos recogidos como UPP en un 11% de casos y de ellos el 6,5% en grados III-IV (24 casos). Un registro de caídas en el último año del 21%. Otros problemas recogidos son estreñimiento, insomnio y problemas de comportamiento.

Conclusiones: Entre las conclusiones destacamos, salvando la dificultad que supone recoger antecedentes fiables en este tipo de población, es un grupo mayoritariamente femenino con una edad media de 80 años, viuda, dependiente para las AVD y déficit cognitivo, problemas médicos que comportan gran fragilidad con alto riesgo de malnutrición. En definitiva, nos encontramos con una población necesitada de cuidados continuados y especializados.

189

ESTUDIO DISMUR: IDENTIFICACIÓN DE LA PRESENCIA Y GRADO DE DISFAGIA EN RESIDENCIAS DE ANCIANOS DE LA REGIÓN DE MURCIA

Santo, E.; Avilés, J. D.; Luján, J. M.; Robres, L.; Ros, J.; Santos, J.; San Basilio, R.

Murcia; Hospital de Cieza. Cieza. Residencia Nuestra Señora de Fátima. Molina de Segura. Residencia Virgen del Rosario. Alhama de Murcia. Residencia de Lorca. Lorca. Residencia de Pensionistas. Cartagena.

Objetivos: Diagnosticar la presencia y el grado de disfagia en sujetos institucionalizados en residencias geriátricas y evaluar el estado nutricional de las personas con alteración en la deglución.

Método: Se han estudiado 267 pacientes asistidos sin diagnóstico previo de disfagia de 6 centros geriátricos de la Región de Murcia. A todas las personas se les realizó el test DST (Dysphagia Screening Test), que valora la capacidad para tragar agua, para determinar la presencia y el grado de disfagia de I a III (de mayor a menor gravedad). Se evaluó el estado nutricional de todas las personas con alteración de la deglución mediante el test MNA (Mini Nutritional Assessment®).

Resultados: Del total de la muestra (n= 267), un 5% fueron excluidos por no colaborar para el DST. Los resultados muestran un 13,77% (n= 35) de pacientes con disfagia, siendo un 5,7% de grado I, 25,7% de grado II y 68,7% de grado III. Del total de pacientes con disfagia, se evaluó el estado nutricional de 29 personas (6 fueron excluidas: tres exitus y tres terminales). Los resultados del MNA indican que un 51,7% (n= 14) están malnutridos (valores medios de 13,46), un 48,3% presentan riesgo de malnutrición (valores medios de 20,6) y ningún paciente presenta un estado nutricional satisfactorio.

Conclusiones: La presencia de malnutrición en las personas con disfagia no diagnosticada es un trastorno frecuente en los pacientes asistidos de residencias geriátricas. El test DST, es una herramienta sencilla que puede ser útil para detectar la disfagia orofaríngea.

1024

PREDICTORES Y CAUSAS DE MORTALIDAD EN UNA ULE GERIÁTRICA

Salmerón Álvarez, M.; Álvarez Álvarez, F. M.; Rionda Menéndez, L., Rodríguez-Hevia, A.

Servicio de Geriátria. Fundación Sanatorio Adaro. Sama de Langreo. Asturias.

Objetivos: Estudiar las causas de fallecimiento en la ULE de nuestro centro y la frecuencia de presentación de los factores que según la literatura actual actúan como predictores de mortalidad en unidades geriátricas de cuidados prolongados.

Método: La población sometida a estudio fueron los residentes fallecidos en la Fundación durante los años 1999, 2000 y 2001. Estudio descriptivo retrospectivo, de variables sociodemográficas, causas de exitus, existencia de polifarmacia y pluripatología. Se investiga la existencia de diecisiete variables clínicas un año antes del fallecimiento que teóricamente actúan como predictores de mortalidad. Los resultados se expresan mediante parámetros de estadística básica. En algún caso, para la comparación de medias el ANOVA de un factor.

Resultados: La muestra constaba de 89 pacientes cuya media de edad fue de $78,9 \pm 9,2$ años, de los cuales el 56,2% eran mujeres. La estancia media fue de $462,8 \pm 59,3$ días (M= 160 días). El 78,6% fallecieron en el Sanatorio y el 21,4% lo hicieron en el hospital de agudos del Área. La procedencia al ingreso fue del Hospital el 50,6% de los casos, del Domicilio el 33,7% y una Residencia el 15,7%, siendo las estancias medias de 289, 697 y 516 días respectivamente (diferencia significativa entre los pacientes procedentes del hospital vs domicilio. $P < 0,006$). Las causas de exitus fueron, por orden de frecuencia: Neumonía/Infección Respiratoria (36%); Neoplasia (18%); ICC (9%); Cardiopatía isquémica (9%); ACV (6,7%); ITU/Sepsis urinaria (6,7%); Otras causas (14,6%). El número de enfermedades crónicas activas era mayor de tres en el 82% de los pacientes y el 83% tomaba tres o más medicamentos de forma continuada. Las diecisiete variables estudiadas como predictores de mortalidad y su frecuencia fueron las siguientes: Ingreso hospitalario (65,1%); Demencia (55%); Alteraciones conductuales (39,3%); HTA (33,7%); DM (27%); Insomnio (25,8%); OCFA (24,7%); T. Afectivos (24,7%); Estreñimiento (23,6%); UPP III/IV (20,2%); Neoplasias (19,1%); ICC (18%); C. Isquémica (18%); SNG (14,6%); SV permanente (14,6%); Caídas y fractura (13,5%); Dislipemia (3,4%).

Conclusiones:

1. Las principales causas de exitus en nuestro centro fueron las infecciones respiratorias y sus complicaciones y los procesos neoplásicos.
2. La mitad de los pacientes proceden de hospitales de agudos y son estos los que representan una menor estancia media respecto a los de otras procedencias.
3. El ingreso hospitalario durante el año anterior al fallecimiento, un diagnóstico de demencia y la existencia de alteraciones conductuales han sido los predictores de mortalidad más frecuentes en nuestro estudio.

1041

PERFIL PSICOSOCIAL DE LA POBLACIÓN GERIÁTRICA INSTITUCIONALIZADA DE LA ISLA DE GRAN CANARIA

Díaz Palarea, M. D.*; Martínez Pascual, B.**

* Universidad Las Palmas de Gran Canaria. ** Unidad de Salud Mental Puerto. Las Palmas de Gran Canaria.

Objetivos:

1. Determinar las características demográficas y psicosociales de la población geriátrica institucionalizada de la isla de Gran Canaria.
2. Identificar los factores psicosociales implicados en el desarrollo de sintomatología de ansiedad y/o depresión.

Método: Se trata de un estudio de corte transversal en una muestra representativa de la población mayor de 65 años institucionalizada de la

Isla de Gran Canaria (n = 301), en el que se recogen los datos demográficos y se mide salud percibido, estado funcional (I. Barthel), estado cognitivo (SPMSQ-Pfeiffer), sintomatología afectiva (GDS-Yesavage); Subescala de ansiedad de Goldberg), satisfacción con la vida (LSI), recursos sociales (OARS).

Resultados: Se trata de una población de edad media 82,3 años (66-109), mayoritariamente femenina (67,3%), viuda (51%) o soltera (29,5%), de procedencia urbana (55,6%), sin hijos (40,1%) o con uno a tres hijos (38,4%), sin estudios (70,5%), que han trabajado como empleados (66,3%) en el sector servicios (29,4%) y agricultura y pesca (23,1%) y un 23,5% amas de casa. El 86,8% percibe pensión, por jubilación (48,2%) o viudedad (32,1%), menor de 500 euros/año (57,8%). Los *hábitos y estilo de vida* reflejan una población que no forma (74%), no consume alcohol (90%) con una actividad física sedentaria (35,1%) o moderada (34,4%). Asimismo, en relación a la *salud*, han tenido algún ingreso hospitalario (66,4%), consumen tres o más fármacos (64,1%), con *dependencia moderada* a total en las AVD (64,5%) y *deterioro cognitivo moderado-severo* (45,5%). De los 212 sujetos que respondieron a la escala de ansiedad 59% presentaron *síntomas de ansiedad*, y de los 156 que respondieron a la GDS presentaban *síntomas de depresión* (41%). En un 38% de los sujetos se asocian los síntomas de ansiedad con los de depresión. La dependencia funcional se asocia con la presencia de síntomas depresivos (58%) y de ansiedad (70%). En cuanto al *nivel de apoyo* el 42,2% están gravemente incapacitados socialmente. La falta de apoyo social se asocia con la presencia de síntomas de ansiedad (61%) y de depresión (59%).

Conclusiones:

1. La población institucionalizada en la Isla de Gran Canaria es una población de edad avanzada, con bajo nivel de instrucción y bajo nivel económico, con dependencia funcional y psíquica y escaso apoyo social.
2. La dependencia funcional y el déficit de apoyo social son circunstancias asociadas a la aparición de síntomas de ansiedad y depresión.

1054

¿PUEDE PREDECIR UNA ESCALA DE VALORACIÓN SOCIAL, LA INSTITUCIONALIZACIÓN DE LOS PACIENTES DEMENTES QUE INGRESAN EN UNA UNIDAD DE PSICOGERIATRÍA?

Lladó, M.*; Espinosa, C.*; Fábregas, N.*; Serra-Prat, M.**; Llopis, A.*; Roig, T.*

* Antic Hospital Sant Jaume. **Unitat de Recerca del Consorci Sanitari del Maresme. Mataró (Barcelona).

Objetivo: Valorar si la situación sociofamiliar se asocia con la insti-

Método: Estudio observacional descriptivo de todos los pacientes dados de alta de una Unidad de Psicogeriatría desde el 1 de enero al 31 de diciembre del 2001. Al ingreso se aplicó a todos los pacientes una escala de valoración social, validada en ancianos residentes en la comunidad (escala de valoración sociofamiliar de Gijón) que contempla los siguientes aspectos: situación familiar, situación económica, vivienda, relaciones sociales y apoyo de la red social.

Resultados: Se valoraron 235 pacientes (67,2% mujeres y 32,8% hombres), con una edad media de 81,9 años (DT 9,5). El diagnóstico más frecuente fue enfermedad de Alzheimer (46,4%), seguido de demencia vascular (20%) y mixta (14,5%). El 55,7% volvieron al domicilio, el 17,9% fueron a residencia y el resto a otros destinos. El 56,8% de los pacientes puntúan 12 en la escala de valoración sociofamiliar, siendo la media de la puntuación para el total de la muestra 12,7 (DT 2,9). La puntuación media de los pacientes que ingresaron en una residencia fue de 13,7 y la de los que no fueron institucionalizados fue de 12,51 ($p = 0,004$). En el análisis de la asociación entre institucionalización y cada uno de los ítems de la escala de valoración social se observa que para el ítem «relaciones sociales» existe asociación creciente con la institucionalización conforme aumenta el grado aislamiento social (chi cuadrado de tendencia con $p = 0,059$).

Relaciones sociales	% institucionalizados	OR
Tiene relaciones sociales	6,7	1
Sólo con la familia y vecinos	12,0	1,91
Sólo con familia o vecinos	15,1	2,49
No sale del domicilio	17,8	3,03
No sale ni recibe visitas	21,4	3,82

Para el ítem «apoyo de la red social», también existen diferencias estadísticamente significativas en el % de institucionalizados según categorías de respuesta pasando del 8,9% en los que refieren apoyo familiar o vecinal al 32,1% de los que esperaban ingreso en residencia ($p=0,003$).

Conclusiones: La situación sociofamiliar condiciona la institucionalización de un paciente demente y de forma especial las relaciones sociales y el apoyo de la red social.

1058

PROGRAMA DE REALOJAMIENTO EN RESIDENCIA DE PERSONAS MAYORES CON DISCAPACIDAD

Alonso Buelga, R.; García Fernández, E.; Fdez.-Rebollos López, A.; Rodríguez Álvarez, M. E.

Residencia Mixta de Gijón (ERA). Consejería de Asuntos Sociales.

Objetivo: Ofrecer a las personas con discapacidad psíquica institucionalizadas una atención integral acorde a las necesidades derivadas del envejecimiento mediante su realojamiento en residencia de personas mayores.

Metodología: Por iniciativa de la Consejería de AA.SS se lleva a cabo, en el período junio a noviembre-2001, la experiencia de realojamiento en la R. Mixta de 15 personas con discapacidad (seis procedentes del C.R. Cabueñes (discapacidad psíquica) y nueve del H. Psiquiátrico de Oviedo). El programa se desarrolla en las siguientes fases de intervención:

1. **Selección** por parte de los centros de origen de acuerdo a los criterios inclusión del ERA. Consenso con las personas candidatas y sus familiares.
2. **Coordinación intercentros:** tramitación y diseño de estrategias individuales.
3. **Realojamiento** (incorporación a la Residencia Mixta) de junio a noviembre 2001. Valoración inicial interdisciplinar, diseño y aplicación plan individualizado.
4. **Seguimiento adaptación** (coordinación centros de origen), posibles problemas derivados de la misma, en función de los siguientes criterios: aceptación del cambio; malestar psicológico atribuibles al realojamiento; problemas convivencia.
5. **Evolución de integración** (de 3 a 6 meses) con los siguientes criterios satisfacción vital en residencia; nivel de actividad de acuerdo a su estado; mantenimiento de relaciones sociales adecuadas.

Resultados: 15 personas realojadas (13 m y 12 v), tiempo medio previo de institucionalización 41 años (34,57) con edad media de ingreso de 30 años (O, 52).

Perfil persona realojada del C.R. Cabueñes: media edad de 59; GDS severo y dependencia AVD, escala Barthel (2 leve, 2 moderada, 2 severa). Relación familiar inexistente. Del H. Psiq. (diagnóstico de esquizofrenia): media edad 73; GDS (3 mod., 6 sev.); Barthel (3 leve, 2 mod. y 4 severa). Escasa relación familiar.

Adaptación: Iniciales problemas detectados en tres casos y sólo en uno se dan trastornos conductuales atribuibles al cambio. Estos se subsanan mediante la intervención coordinada con los profesionales del centro de origen.

Integración: Alta 3, media 4 y baja 2 (casos valorables 9). Estudio comparativo con centro anterior muestra no existir repercusión negativa en la integración, con mejoría en 3 casos. En cuanto a la población residencial no se han dado problemas significativos de rechazo al nuevo perfil de ingresos.

Conclusión: La experiencia se valora como cambio beneficioso, sin influencia negativa en ninguna de las personas realojadas. Es fundamental coordinar una intervención previa de selección y planificación como garantía de adaptación.

1060

ESTUDIO DE CONTACTO DE TUBERCULOSIS EN UNA RESIDENCIA

Blanco, P.; Navarro, C.; Serrano, M.M.; Neira, M.; Moretón, J.; García, B.

Residencia y Centro de Día Mirasierra. QUAVITAE. Madrid.

Objetivos: Describir el estudio de contactos realizado en una residencia asistida tras el diagnóstico de un caso de tuberculosis. Reflexión acerca de las medidas a tomar para facilitar una correcta vigilancia de la enfermedad.

Método: Tras la confirmación del diagnóstico se contactó con el servicio de epidemiología del área V de la Comunidad de Madrid. Decidimos realizar estudio de contactos a todos los residentes del centro y a los usuarios del centro de día, en colaboración con la unidad de tuberculosis del Hospital de Cantoblanco, donde se realizaron las RX de tórax. El Mantoux fue realizado por el equipo de enfermería de la residencia, utilizándose tuberculina 2UT del lote RT-23 2UT (0,1 ml intradérmicos), se consideró positiva una induración de > de 5 mm.

Resultados: La residencia consta de 260 plazas asistidas (201 residentes fijos, 19 estancias temporales y 40 de centro de día). La edad media del centro es de 84 años, siendo un 76% mujeres. Inicialmente se realizaron 236 Mantoux (204 a residentes y 32 a usuarios de centro de día), siendo positivos 106 (45,3%), de los cuales 84 son mujeres (79,2%). A todos los ancianos con el primer Mantoux negativo se le realizó al cabo de una semana un segundo Mantoux, apareciendo efecto booster en 10 ancianos (8,6%). Finalmente se administró una tercera dosis de tuberculina en los 3 meses siguientes, únicamente a los residentes en el centro con mantoux previo negativo (91 residentes), encontrándose seroconversión en 13 sujetos (14,2%).

Se realizaron 105 radiografías, a los sujetos Mantoux positivos (89 a residentes y 16 a usuarios de centro de día) y se enviaron las muestras de esputos de 16 sujetos que habían presentado signos radiológicos sospechosos, para tinción y cultivo de BK en esputo al Hospital de Cantoblanco, encontrándose únicamente una baciloscopia positiva que no se ha confirmado tras el cultivo de esa muestra.

Tras la valoración individual de cada caso se decidió iniciar quimioprofilaxis en 7 sujetos de los cuales dos debieron suspenderlo por intolerancia digestiva. Se utilizó una pauta de Isoniazida 300 mg más Rifampicina 600 mg durante tres meses. No se ha presentado ningún caso de hepatotoxicidad secundaria al tratamiento. En seis sujetos con una situación basal de dependencia deterioro funcional y mental importante, edad avanzada, polifarmacia o hepatopatía se decidió no hacer quimioprofilaxis y optamos por un seguimiento clínico y radiológico.

Conclusiones: 1. Se debería realizar mantoux a todos los ancianos que ingresan en una residencia, con el fin de detectar de forma ágil, posibles conversiones tuberculínicas en revisiones posteriores. 2. En todos los ancianos con mantoux negativo se debe descartar el efecto booster. 3. Es importante realizar una valoración geriátrica individualizada antes de comenzar una quimioprofilaxis o un tratamiento en un anciano.

1088

APOYO PSICOLÓGICO A CUIDADORES FORMALES DE ENFERMOS CON SÍNDROMES DEMENCIALES RESIDENTES EN UN CENTRO SOCIO SANITARIO PARA PERSONAS MAYORES

Torres Pereira, J.; Alonso Martín, Y.; Neira Góndar, A.

Centro para Mayores «Madre de Dios» de Almonte. Psicólogo y Coordinador de Áreas. Huelva.

Tras la experiencia breve de tres años y medio trabajando como Psicólogo del Centro para Mayores, y en coordinación con el Equipo de Valoración Geriátrica de la misma entidad no lucrativa, reabrimos un trabajo terapéutico dentro del programa de formación y atención al personal trabajador del Centro. El presente estudio investiga los cambios conductuales sucedidos en el comportamiento de los cuidadores tras la aplicación de un programa de apoyo psicológico, llevado a cabo durante un período continuado de tres años, con los cuidadores formales de enfermos residentes con síndromes demenciales, el cual consistió en la puesta en práctica de terapias de grupo, intervenciones en crisis, terapia familiar breve, taller de risoterapia y dinámicas dirigidas con la técnica de la escultura.

Previamente al programa de apoyo psicológico, evaluamos los comportamientos y el perfil trabajador, formado por 40 cuidadores formales (entre el grupo de 30 auxiliares de clínica, 7 gerocultores y tres técnicos de atención directa al anciano), y observamos los índices de depresión (15%) con la escala de valoración psiquiátrica de la depresión de Hamilton, síndrome de burnout (35%) con el inventario «Burnout» (MBI) de Maslach y Jackson, absentismo laboral (7%) con el parte de bajas, ansiedad (10%) con la escala de ansiedad de Hamilton, trastornos de la alimentación (3%) con el inventario de trastornos de la conducta alimentaria (EDI-2) de D.M. Garner y trastornos de la sexualidad (3%) con el inventario de ajuste sexual de Stuart y cols. Concretamente el 70% de la muestra de estudio presentaba alguno de los comportamientos citados.

Los resultados preliminares constatan que, después del programa de apoyo psicológico, los trastornos de alimentación y de la sexualidad han desaparecido, los síntomas de ansiedad y depresión han disminuido en un 5%; de los 14 casos tratados con el síndrome de burnout se ha conseguido bajar los niveles de «abrasamiento», utilizando la expresión de Pelechano (2000). Y se sigue con el mismo porcentaje de absentismo laboral.

En conclusión, el programa de apoyo psicológico creado por nosotros parece ser una buena herramienta y guía terapéutica para los trastornos de conductas más frecuentes (síndrome de burnout y depresión, en nuestra muestra de estudio) en los cuidadores formales de personas con síndromes demenciales en el contexto residencial de un Centro para Mayores (constituido por 73 ancianos). Desde nuestra práctica diaria, podríamos recomendarlo porque hemos observado una mejor respuesta laboral y una mayor calidad en los ancianos y en los cuidadores formales.

1117

MODELO DE EVALUACIÓN DE LA RED PÚBLICA EN CENTROS DE DÍA PARA PERSONAS MAYORES DEPENDIENTES DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS

Martínez Rodríguez, T.; Elizalde Sánchez, M. J.; Díaz Pérez, B.; González Secades, M. E.; Fernández García, R. M.; Rodríguez Rodríguez, P.

Dirección General de Atención a Mayores, Discapacitados y Personas Dependientes. Consejería de Asuntos Sociales. Principado de Asturias. Oviedo.

Introducción: Tras una revisión efectuada en el Principado de Asturias de la red pública de centros de día para personas mayores dependientes, se ha llevado a cabo una representación del recurso con el propósito básico de adecuar éste a las personas con mayor grado de dependencia y poder dar una respuesta adecuada tanto a las necesidades de las personas como a las de sus familias cuidadoras. En el contexto de esta reorientación, entre otras medidas, se ha diseñado y puesto en marcha un sistema de evaluación anual del recurso, pretendiendo que se convierta en un procedimiento de mejora continua de la calidad del servicio.

Modelo de evaluación: El modelo de evaluación propuesto, el cual se concreta en un protocolo de evaluación anual de los centros, contempla diferentes dimensiones: 1. Evaluación de la cobertura, 2. Evaluación del proceso y esfuerzo, 3. Evaluación de los resultados. Incluye: a) Evolución de los usuarios incorporando tanto datos procedentes de diferentes escalas y tests (MMSE Folstein, Barthel, Lawton y Brody, Tinetti y PAGES) como datos de percepción subjetiva, b) Estado de las familias, c) estado de los profesionales y d) opinión de los diferentes agentes sobre los servicios y otros aspectos organizativos, y 4. Evaluación interna de la calidad de la atención.

Resultados: Se presentan los resultados de la evaluación de un total de 13 centros con datos referidos al período 1 enero 2001 - 31 diciembre 2001, entre los cuales, cabe destacar en este resumen lo siguiente: *E. Cobertura:* 352 usuarios/as, 176 nuevos ingresos, 92 fines de estancia. Perfil usuario/a: 69% mujeres, 77,7 media edad, 66,2% con dependencia física y psíquica. Perfil cuidador/a principal: 79,2% mujeres, edad 56,9 años, problemas salud física 27,3%, problemas salud mental 23,5%. *E. Resultados:*

a) Evolución de los usuarios. Se encuentran diferencias significativas a los seis y doce meses en las siguientes pruebas (MMSE, Barthel y el apartado estado de ánimo del PAGES) indicando una mejoría en las puntuaciones. Los datos de percepción subjetiva de los usuarios/as indican una leve mejoría.

b) Estado de las familias: Perciben el recurso adecuado como generador de tiempo libre, asesoramiento, apoyo y alternativo al ingreso en residencia.

c) Los profesionales manifiestan un bajo nivel de estrés y satisfacción laboral alta. La opinión de 131 personas usuarias, 233 familiares y 97 profesionales sobre los diferentes servicios y aspecto del centro otorgan puntuaciones medias, en una escala de 0 a 10 en un rango del 7 al 9,5. *E. Interna de la calidad:* La evaluación efectuada por los distintos equipos multidisciplinares aporta datos cuantitativos y cualitativos indicando oportunidades de mejora en diferentes dimensiones: participación, organización, intervención, ambiente físico y ambiente psicosocial.

Conclusiones: El modelo de evaluación presentado permite obtener datos de las distintas fases y componentes del proceso de intervención, teniendo en cuenta a los diferentes agentes del mismo y combinando la evaluación cuantitativa con la cualitativa. Tras el primer año de implantación se valora como un sistema válido para el control de los servicios y la mejora continua de la calidad de la atención. La evaluación de la calidad debe ser complementada con una evaluación externa de la misma.