

COMUNICACIONES ORALES SELECCIONADAS PARA LOS SIMPOSIOS

Jueves, 15 de junio de 2006

SIMPOSIO CLÍNICO I PROGRESOS EN FRAGILIDAD Sala Principal – 09:30 horas

CALIDAD DE VIDA DE PACIENTES ANCIANOS 6 MESES DESPUÉS DEL ALTA DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI)

E. Sacanella Meseguer, A. Culla Ginesta, F. Masanés Torán,
M. Navarro López, J.M. Nicolas Arfelis y A. López Soto
Hospital Clinic Unidad de Geriatria, Barcelona.

Objetivos: Analizar la percepción de calidad de vida y presencia de síndromes geriátricos en pacientes ancianos después de un ingreso no electivo en la UCI.

Métodos: Evaluamos de forma prospectiva todos los pacientes de más de 65 años que ingresaban en la UCI de nuestro hospital para analizar la calidad de vida y prevalencia de síndromes geriátricos a los 6 meses del alta. Excluimos los pacientes con un estado funcional basal deteriorado (índice de Barthel < 60), aquellos que ingresaban electivamente después de procedimientos invasivos, aquellos que ingresaban tras un paro cardiorrespiratorio y aquellos con una expectativa de vida inferior a 12 meses. Aplicamos una valoración geriátrica integral de todos los sujetos incluidos así como escalas para evaluar la gravedad de la enfermedad (APACHE II) y la intensidad terapéutica aplicada en la UCI (OMEGA). Utilizamos las escalas SF-36 y Euro-QOL para evaluar la calidad de vida previa al ingreso, al alta del hospital y a los 3 y 6 meses de la misma. Asimismo, analizamos la presencia de los síndromes geriátricos principales antes y después de la estancia en la UCI.

Resultados: Incluimos 108 pacientes de un total de 243 ingresados en la UCI durante un periodo de 22 meses. Obviamente la calidad de vida disminuyó significativamente al alta del hospital comparada con la situación basal (55 vs 70, $P < 0,001$), esta situación persistía a los 3 meses del alta (61 vs 70, $P < 0,001$). Sin embargo, a los 6 meses del alta de la UCI la percepción de calidad de vida recuperó el nivel previo al ingreso (66 vs 70, $P > 0,05$). La prevalencia de 2 ó más síndromes geriátricos antes y después del ingreso en UCI se incrementó desde el 26 al 64% ($P > 0,01$) y continuaba siendo significativamente más alta a los 6 meses del alta respecto a la situación pre-mórbida ($P < 0,05$). Los síndromes geriátricos más prevalentes al alta hospitalaria fueron polifarmacia (84%), inmovilidad (38%), incontinencia urinaria (20%) y depresión (15%).

Conclusiones: La calidad de vida de los ancianos tras un ingreso en UCI se recupera gradualmente en los 6 meses posteriores al alta hospitalaria aunque la prevalencia de síndromes geriátricos se mantiene elevada. Estos resultados refuerzan la necesidad de realizar una valoración geriátrica integral a todos los ancianos al alta de la UCI.

Financiado por la beca FIS (exp.: 03/0329)

ANÁLISIS DE MORTALIDAD EN UNA UNIDAD DE AGUDOS DE GERIATRÍA: INFLUENCIA DE LA DEPENDENCIA FUNCIONAL

M. Ramos Cortés, E. Romero, J. Mora, L.J. Silveira y J.M. Ribera
Servicio de Geriatria. Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

Objetivos: 1) Describir la casuística de mortalidad tras ingreso en Unidad de Agudos de Geriatria (UGA). 2) Analizar la influencia de diversos factores clínicos y funcionales en la tasa de mortalidad anual.

Pacientes y método: Pacientes ingresados durante 6 meses en UGA.

Se excluyen ingresos inadecuados o trasladados a otro Servicio en el primer día. Valoración clínica, funcional y psíquica basal (índice de Katz, Barthel, Cruz Roja Física, presencia de demencia). *Datos del ingreso:* mortalidad, complicaciones, impacto funcional del ingreso). *Seguimiento al año:* Datos de mortalidad cruda y comorbilidad (Charlson, ICh). Se analiza la influencia de los datos basales y del ingreso en la supervivencia. *Análisis estadístico:* Comparación de medias y proporciones mediante chi-cuadrado, t de Student y ANOVA de un factor. Regresión de Cox. Intervalo de confianza 95%. SPSS 11.0.

Resultados: 336 pacientes (edad media 85,6 años. DE 6,9); 59,2% mujeres. GRD principal 541. *Datos basales:* demencia moderada o grave 39,3%, dependencia en más de 3 actividades básicas 45,4%, movilidad restringida 48,2%, incontinencia funcional 29,9%. Datos del ingreso: impacto funcional 19,5%, infección nosocomial 47,6%. *Mortalidad intrahospitalaria:* 22,9%. *Seguimiento:* pérdidas 5,1%. Al año fallecen 107 pacientes más (total 184; 54,8%). Mediana de supervivencia 59 días. Comorbilidad ICh > 2: 47,6%. *Causas de muerte:* respiratoria 37,5%, circulatoria 31,0%. Los factores relacionados con la mortalidad fueron ser hombre ($p = 0,029$), demencia ($p = 0,002$), dependencia funcional ($p < 0,001$), infección respiratoria nosocomial ($p = 0,026$), comorbilidad ($p = 0,015$), no encontrando asociación con otros factores demográficos (edad) o clínicos. En el modelo de regresión de Cox, únicamente ser hombre (OR 5,3, $p = 0,021$) y la dependencia funcional (OR 35,4, $p < 0,001$) se asociaron a mortalidad en el seguimiento.

Conclusiones: 1) En nuestra muestra se observa una elevada mortalidad durante los dos primeros meses desde el ingreso hospitalario, sobre todo por patología respiratoria y circulatoria. 2) Aunque el sexo se asocia claramente con la mortalidad en el seguimiento, ésta depende fundamentalmente de la situación funcional.

SIMPOSIO CIENCIAS SOCIALES Y DEL COMPORTAMIENTO I FAMILIA Y SOCIEDAD Sala de Cámara – 09:30 horas

IMPLICACIONES DEL MODELO POSTRACIONALISTA EN LA INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL, DESDE EL SERVICIO DE AYUDA A DOMICILIO HASTA LA RESIDENCIA: EL CASO DE D.M.B.

D.J. Quintana Hernández

Centro Residencial Davida, Santa Cruz de Tenerife.

Objetivo: Mediante el presente trabajo se pretende mostrar los beneficios que conlleva planificar los servicios gerontológico desde un enfoque educativo individualizado, teniendo en cuenta el enfoque terapéutico propuesto por Arciero.

Material y método: Se realizó un estudio de caso único (A-B-A) con 20 usuarios del Servicio de Ayuda a Domicilio: edad media 81 años, 18 vivían solos. Se compararon la mejoría producida entre el servicio prestado por 9 auxiliares de un grupo experimental (programa educativo individualizado) y los auxiliares del grupo control. Se pasaron las siguientes pruebas: un cuestionario sociodemográfico, una entrevista para los estilos de personalidad, el Inventario de Depresión de Beck (BDI) y el Inventario de Ansiedad-Estado de Spielbergl (STAI-E) como test-retest con 9 meses de intervalo. Se presentan los datos obtenidos de D.M.B. por continuar la intervención realizada en una residencia de tipo social. Se tomaron medidas repetidas a los 9 meses, 12 meses, 18 meses, 24 meses y 36 meses.

Resultados: Los estilos de personalidad que presentaban eran: 13 dependientes de campo-outward, 5 dependientes de campo-inwards y 2 independientes de campo-inwards. 8 usuarios presentaban deterioro cognitivo leve. D.M.B. presenta un estilo de personalidad dependiente de campo-outward con un estilo de apego evitante-coercitivo. Las puntuaciones medias obtenidas por el grupo experimental en el test-retest mostraron mejoría: BDI 36-24 y STAI -E 16-8, mientras las puntuaciones obtenidas antes y después por el grupo control fueron más igualadas: BDI 25-23 y STAI-E 15-13. Las puntuaciones obtenidas por D.M.B. fueron: en el B.D.I. 35-24-32-21 y 36, en el STAI-E: 16-10-15-16-18. El análisis cualitativo de las puntuaciones indicó que los usuarios tratados por el grupo experimental percibían su nueva situación como más satisfactoria. Las diferentes entrevistas realizadas han demostrado que el grado de satisfacción de D.M.B. ha estado en función de la relación terapéutica que mantenía con las auxiliares.

Conclusiones: Los resultados indican la necesidad de planificar los servicios gerontológicos desde un enfoque asistencial individualizado, donde se cubran las necesidades de los usuarios a nivel biopsicosocial. Una de las metas de la organización del servicio debe centrarse en lograr una relación empática entre usuario y profesional, pues esta relación favorece la regulación emocional. Estos resultados abogan por la necesidad de planificar los servicios gerontológicos según la variabilidad interindividual.

SIMPOSIO CLÍNICO II VALORACIÓN Y RECUPERACIÓN FUNCIONAL Sala Principal – 16:00 horas

INDICADORES DE RESULTADO EN FUNCIÓN DE SEVERIDAD DE LOS PACIENTES INGRESADOS EN UNA UNIDAD DE ICTUS

M. Martínez Rivera, E. San Cristóbal Velasco, E. Delgado Parada, E. García Carreño, J.C. Miñana Climent y J.M. Arche Coto
Hospital Monte Naranco, Oviedo.

Objetivo: Conocer la mortalidad, situación funcional e institucionalización al alta de los pacientes con Enfermedad Cerebrovascular (ECV), en función del Índice de Barthel (IB) al ingreso.

Material y método: Se analizan los pacientes ingresados en la primera semana de evolución durante los años 2004-2005. El IB al ingreso se utiliza como variable cuantitativa discreta y por rangos de severidad de la ECV, según los criterios del "Stroke Unit Trialist". Los indicadores de resultado propuestos se valoraron al alta.

Resultados: Se estudian 453 pacientes (65,3% mujeres, edad: 82 ± 6,5). Se clasificaron como ECV Leve: 21%, moderada: 23,2% y severa: 55,8%. La mortalidad fue del 27,3% en el grupo de ECV severa y un 1,9% en la moderada (p: 0,000). Utilizando el IB como variable explicativa de la mortalidad, la clasificación que predice el modelo fue correcta en el 86,3% y el OR fue de 0,891 (0,837-0,948); p: 0,000. El IB al alta fue de 88,3 ± 10,6, vs. 66,5 ± 13,8 vs. 22,1 ± 26,3 (p: 0,000). La correlación entre la puntuación del IB al ingreso y al alta es buena (R2: 0,674; p: 0,000). La tasa de institucionalización al alta fue del 5,3% en la ECV leve, del 12,6% en la moderada y del 29,7% de la ECV severa (p: 0,000). Utilizando el IB como variable explicativa, la clasificación que predice el modelo fue correcta en el 80,8% y el OR fue de 0,968 (0,956-0,980); p: 0,000.

Conclusión: La clasificación en función del IB en la primera semana, permite predecir los indicadores de resultado de nuestros pacientes.

ESTADO FUNCIONAL DE LOS PACIENTES ANCIANOS A LOS 6 MESES DEL ALTA DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI)

A. López Soto¹, E. Sacanella Meseguer¹, F. Masanés Torán¹, A. Bové Boada¹ y J.M. Nicolás Arfelis²

¹Hospital Clínic. Unidad de Geriatria. Barcelona, ²Hospital Clínic. Área Vigilancia Intensiva. Barcelona.

Objetivos: Analizar el estado funcional de pacientes ancianos después de un ingreso no electivo en la UCI.

Métodos: Incluimos en un estudio prospectivo longitudinal los pacientes de más de 65 años que ingresaban en la UCI para evaluar su estado funcional 6 meses después del alta hospitalaria. Excluimos los pacientes con un estado funcional basal deteriorado (índice de Bart-

hel (IB) < 60), los que ingresaban electivamente después de procedimientos invasivos o tras un paro cardiorrespiratorio y aquellos con una expectativa de vida inferior a 12 meses. Realizamos una valoración geriátrica integral que incluía aspectos funcionales (índice de Lawton (IL) y Barthel), cognitivos (Minimental test) y de comorbilidad (índice de Charlson). Asimismo, se recogieron escalas para analizar la gravedad de la enfermedad aguda (APACHE II) y la intensidad terapéutica aplicada (OMEGA). Los pacientes se subdividieron en 2 cohortes, grupo A: pacientes entre 65 -74 años de edad y grupo B: pacientes mayores de 74 años.

Resultados: Incluimos 108 pacientes de un total de 243 ingresados en la UCI (52 en el grupo A y 56 en el B) durante un periodo de 22 meses. No existían diferencias significativas entre ambos grupos en las siguientes escalas: APACHE II, OMEGA, Charlson, Minimental test, IL e IB basal (95,4 vs. 93,3, respectivamente). El IB disminuyó significativamente tras el ingreso (75 y 64) comparado con el basal en ambos grupos (P < 0,001). Los pacientes del grupo A recuperaron totalmente su estado funcional a los 3 meses del alta (IB: 92). Sin embargo, los pacientes del grupo B mantuvieron una dependencia moderada incluso 6 meses después del alta hospitalaria (IB: 75, P < 0,01). Así, los pacientes más ancianos eran significativamente más dependientes a los 6 meses del alta que los más jóvenes (75 vs. 92; P = 0,02). Además, el IL continuaba siendo significativamente más bajo a los 6 meses respecto a la situación pre-mórbida en ambos grupos de pacientes (P < 0,05) y los pacientes del grupo B tenían un IL menor a los 6 meses respecto a los del grupo A (4,5 vs. 6,6; P < 0,01).

Conclusiones: La recuperación funcional de los ancianos tras un ingreso no electivo en la UCI es lenta y no se alcanza hasta 6 meses o más después del alta hospitalaria, especialmente en aquellos pacientes de más de 74 años de edad.

Financiado por la beca FIS (exp.: 03/0329).

SIMPOSIO CIENCIAS SOCIALES Y DEL COMPORTAMIENTO II CALIDAD DE SERVICIOS Sala de Cámara – 16:00 horas

COMO MEJORAR EL PROCESO DE ATENCIÓN RESIDENCIAL CON LAS NORMAS Y HERRAMIENTAS DE USO MÁS FRECUENTE EN GESTIÓN DE CALIDAD

M.F. Cerdó i Pasqual, N. Alberdi Afonso, G. Beraza Olabarrieta y M.I. Genua Goena
Fundación Matia, San Sebastián.

Objetivo: Establecer de que forma la utilización de las herramientas de sistematización de mejora ofrecidas por los Sistemas de Gestión de Calidad (UNE 158001, ISO 9001:2000 y el Modelo EFQM) contribuyen a la mejora continua del proceso asistencial y a la mejora de la calidad de vida del residente.

Material y método: *Primero:* se ha realizado el análisis de la norma UNE 158001 de gestión de residencias, norma centrada en la enumeración de requisitos de la atención residencial. *Segundo:* se han completado los requisitos de la norma UNE 158001 con las aportaciones de la norma ISO 9001:2000. Este sistema ayuda al proceso de atención residencial a conseguir los objetivos definidos en el proceso para los residentes y familias, estableciendo una sistemática de mejora continua en dicho proceso y a su vez impactando de forma positiva en el cliente. *Tercero:* tras la revisión del modelo EFQM, se han aportado los elementos sin los que la calidad asistencial no se mantendría: liderazgo, gestión de personas, alianzas y recursos etc. con objeto de conseguir unos buenos resultados clave de la organización y del proceso, unos buenos resultados en la satisfacción de clientes, profesionales y Sociedad. Estos resultados se consiguen aplicando en las áreas el ciclo de mejora continua de Deming.

Resultados: La aplicación de estas normas y herramientas de Gestión de Calidad enriquecen a las organizaciones y facilitan la mejora del proceso de atención residencial, dado que sus requisitos contemplan no sólo la Orientación al Cliente, tema básico para centrar las actuaciones de todos los profesionales en función de las necesidades identificadas en los clientes, sino la Orientación a los Resultados y a la mejora continua de los mismos. Los resultados analizados se miden en clientes, en la sociedad, en los trabajadores y en el propio centro, logrando así una total interrelación de los procesos. Con este

análisis se ha elaborado una herramienta de diagnóstico rápido para evaluar el grado de cumplimiento de las normas analizadas.

Conclusiones: Las tres normas analizadas contribuyen a orientar las actividades del centro hacia el residente, es decir, contribuyen a la obtención de buenos resultados de un proceso de atención. Sin embargo, la introducción de herramientas de gestión de la calidad (ISO 9001:2000 y EFQM) asegura, a través del control del proceso y la implicación de los profesionales, la consecución de los objetivos no sólo en la atención sino también en el resto de áreas de la organización y en el entorno social de forma constante y en mejora continua.

IMPLEMENTACIÓN DE UN MODELO DE GESTIÓN DE RIESGOS EN INSTITUCIONES SOCIO SANITARIAS DE NAVARRA

M.T. Pérez Echarr¹ y L.C. Miji Viagem²

¹Centro Gerontológico Amma Oblatas, ²Centro Psicogeriátrico San Francisco Javier, Pamplona.

Mejorar la seguridad de las personas atendidas en instituciones sanitarias es una preocupación recogida tanto por la OMS (55 Asamblea Mundial de la Salud. Ginebra 2002) como por el Consejo de Europa (Varsovia. Abril 2005) y por las propias instituciones y los profesionales que les atienden. La estrategia que más se está utilizando es la que se conoce como Gestión de Riesgos. Pretende incrementar la calidad de la asistencia, mejorar la seguridad de las personas y de los profesionales y disminuir costes evitables. En las instituciones socio sanitarias que atienden a personas dependientes esta necesidad es clara y la implementación de un Programa de Gestión de Riesgos se hace imprescindible. El Servicio de Coordinación Socio sanitaria del Departamento de Salud de Navarra-Osasunbidea tiene previsto promover y financiar un estudio para la elaboración y su posterior implementación, de un Modelo de Gestión de Riesgos en instituciones que atienden a personas dependientes en nuestra Comunidad. Este trabajo es un análisis previo a este estudio. Establece el marco teórico ético, legal y económico.

Objetivos: Analizar y Reflexionar sobre los aspectos éticos, legales y económicos, preliminares al desarrollo de un Modelo de Gestión de Riesgos en instituciones que atienden a personas dependientes. Establecer las bases teóricas para la implementación de este Modelo en Navarra.

Desarrollo: Reflexión documentada desde la perspectiva jurídica y económica y fundamentada en la Ética de las Instituciones Sanitarias, para la realización del estudio que se llevará a cabo desarrollándose en tres partes: a) Análisis de la situación en las instituciones socio sanitarias de Navarra; b) Diseño del Modelo de Programa de Gestión de Riesgos; c) Estrategias de implementación.

Resultados y conclusiones: La Gestión de Riesgos es el avance hacia una cultura de la seguridad. Es una estrategia basada en la responsabilidad ética tanto de los profesionales como de las instituciones. Es también una exigencia jurídica a la que responder, especialmente desde la aprobación de la Ley 41/2002 de 14 de Noviembre. Al mismo tiempo introduce una perspectiva más justa de la gestión de los recursos económicos con disminución de quejas y de costes evitables. Desde estas bases teóricas, un Modelo de Gestión de Riesgos en instituciones que atienden a personas dependientes en Navarra debe tener en cuenta como centro del cuidado a la persona dependiente. Este Modelo debe implementarse promoviendo la participación de todas las partes implicadas en su cuidado.

SIMPOSIO CLÍNICO III VALORACIÓN COGNITIVA Y CONDUCTUAL Sala Principal – 18:30 horas

DETECCIÓN INCIDENTAL DE LA DEMENCIA DURANTE EL INGRESO HOSPITALARIO POR FRACTURA DE FÉMUR

A. de Tena Fontaneda, L. Rexach Cano y A.J. Cruz-Jentoft
Unidad de Geriatria. Hospital Ramón y Cajal, Madrid.

Introducción El número de pacientes con demencia no diagnosticada ni tratada es aún muy elevado. Puesto que las personas mayores ingresan con frecuencia en el hospital por diversas causas, este podría ser un momento adecuado para detectar e iniciar el estudio de las enfermedades demenciales.

Objetivos 1. Conocer la prevalencia de la demencia en los pacientes mayores de 70 años que ingresan por fractura de fémur. 2. Saber en

cuantos casos la demencia no había sido diagnosticada o tratada previamente y por qué.

Método Estamos estudiando prospectivamente a todos los pacientes de 70 o más años ingresados en el Servicio de Traumatología de nuestro hospital a causa de una fractura de fémur. En todos ellos revisamos la historia e interrogamos al paciente y sus familiares para saber si existía un diagnóstico de demencia o algún síntoma de deterioro cognitivo. Realizamos además un MMSE o un test del informador.

Resultados: Hemos incluido por ahora 152 pacientes (edad media 83,2 años, mujeres 78,3%). De ellos, un 17% estaban ya diagnosticados de demencia y un 56% no cumplían criterios de demencia. Sin embargo, el 27% de los pacientes evaluados no estaban diagnosticados de demencia, pero cumplían criterios clínicos DSM-IV de demencia. De los enfermos con una demencia conocida, un 46% no recibía ningún tipo de tratamiento específico para dicha patología. La principal razón de no recibir tratamiento fue el rechazo por parte de la familia.

Conclusiones Casi la mitad de los pacientes mayores ingresados por fractura de fémur cumplen criterios clínicos de demencia. Sin embargo, en muchos de ellos la demencia no ha sido detectada ni estudiada con anterioridad. Además, casi la mitad de los pacientes con demencia conocida no reciben tratamiento específico para la misma. El ingreso hospitalario por una fractura de fémur puede ser un buen momento para detectar la demencia e iniciar su estudio y su tratamiento. Este modelo de detección podría ser aplicable a otras causas de ingreso hospitalario.

SUBDIAGNÓSTICO Y PERFIL DE DEPRESIÓN EN ANCIANOS AMBULATORIOS COMPLEJOS

M. Schapira, S. Magg, J. Benchimol, M. Mattiussi, M. González Salvia, M. Outomuro y L. Cámara
Hospital Italiano, Buenos Aires.

Contexto: La depresión es causa de disfuncionalidad. Dos tercios de los ancianos deprimidos no reúnen todos los criterios diagnósticos.

Objetivo: Analizar las características de pacientes derivados a la Unidad de Evaluación Funcional del Anciano (UEFA) con diagnóstico de Depresión y compararlos con sujetos no deprimidos.

Métodos: Estudio caso-control Grupo caso (GCa): 56 ancianos ambulatorios con Depresión por la UEFA. *Grupo control:* 287 ancianos ambulatorios no deprimidos. *Especialistas evaluaron:* co-morbilidades, medicación crónica y características demográficas. *Se utilizaron:* Mini Mental State Examination, Escala de Depresión Geriátrica y Actividades Básicas e Instrumentales de la Vida Diaria. La prueba x2 fue empleada para el análisis estadístico. IC = intervalo de confianza del 95%.

Resultados: Ambos grupos fueron comparables en edad y estado cognitivo. Se hallaron diferencias significativas en: mujeres 87,5% vs. 72,5% (OR: 2,6 IC: 1,18-5,99); Benzodiazepinas (BZD) 68% vs. 35% (OR: 3,95, IC 2,06-7,62); Psicofármacos No-BZD (No-BZD) 46% vs. 22% (OR: 3,08, IC: 1,63-5,82); BDZ más No-BZD 34% vs. 11% (OR: 4,09, IC 2,00-8,36); Depresión previa 82% vs. 46% (OR: 6,22, IC 2,89-13,73). El 18% del GCa fue derivado por el médico de cabecera (MC) por síndrome depresivo, el 70% por deterioro cognitivo y el 13% por otras causas.

Discusión: La mayoría de los deprimidos eran mujeres, consumían más BZD y No-BZD, aislados o combinados y tenían antecedentes de depresión, sugiriendo un perfil de riesgo. Los MC detectaron causas geriátricas de derivación pero sub-diagnosticaron Depresión. La UEFA, definiendo un perfil de paciente de riesgo, ayudaría al diagnóstico de Depresión en pacientes ancianos ambulatorios.

SIMPOSIO CIENCIAS SOCIALES Y DEL COMPORTAMIENTO III EVALUACIÓN DE CONDICIONES DE VIDA Sala de Cámara – 18:30 horas

EL BIENESTAR EMOCIONAL COMO UN FACTOR PROTECTOR DE LA RESISTENCIA EN LA VEJEZ AVANZADA

A.B. Navarro Prados y B. Bueno Martínez
Facultad de Psicología, Salamanca.

Introducción y objetivos: El papel de los afectos gana importancia a medida que aumenta la edad. En la vejez, las metas afectivas se convierten en el motivo más importante para mantener la satisfac-

ción vital. Las personas mayores con un elevado afecto positivo parecen más resistentes frente a los riesgos somáticos y socioeconómicos presentes en las últimas etapas de la vida. En este estudio intentamos conocer las emociones positivas y negativas más frecuentes, examinar las diferencias de edad y de género y comprobar el papel de dichas emociones sobre la satisfacción vital en la vejez avanzada.

Material y método: Participaron 400 personas mayores de 75 años de Salamanca residentes en la comunidad. Se aplicó la Escala de Afecto Positivo y Negativo (Watson, Clark y Tellegen, 1988), la Escala de Satisfacción con la Vida (Diener, Larsen y Griffin, 1985) y se solicitó información sobre datos sociodemográficos.

Resultados: Las personas muy mayores experimentan más afecto positivo que negativo. Sentirse atento, activo y fuerte son las emociones positivas más experimentadas por parte de las personas muy mayores y sentirse nervioso, con pena y excitado, las emociones negativas. Aparecen diferencias de edad (quienes tienen entre 75 y 84 años se sienten más entusiasmadas, inspiradas y activas) y de género (las mujeres muy mayores se sienten más orgullosas, apenadas, nerviosas y temerosas). El bienestar emocional predice positivamente la satisfacción vital de las personas muy mayores.

Conclusiones: Las emociones positivas ayudan a mantener niveles altos de bienestar, constituyendo un recurso potencial para la resistencia psicológica en la vejez avanzada.

COMUNICACIONES ORALES SELECCIONADAS PARA LOS SIMPOSIOS

Viernes, 16 de junio de 2006

SIMPOSIO CLÍNICO IV EL PACIENTE GERIÁTRICO TERMINAL

Sala Principal – 16:00 horas

ATENCIÓN AL FINAL DE LA VIDA DEL PACIENTE GERIÁTRICO POR UN EQUIPO PADES. VISIÓN INTERDISCIPLINAR

A. Ramírez González, F. Aroca Martínez, N. Collell Doménech,
N. De Alfonso Santiago, G. Diestre Ortín y A. Doz Modrego
Corporación Sanitaria Parc Taulí, Sabadell.

Objetivo: Describir el modelo asistencial del enfermo geriátrico al final de la vida, por un equipo de atención domiciliaria.

Método: 1. Revisión del Plan Funcional del Programa de Atención al Enfermo Frágil. 2. Análisis desde la experiencia de 10 años como equipo PADES. Atendidos 723 enfermos. 66 prevalentes a 31 de Enero del 2006. De las 657 altas, 367 son derivados a otros dispositivos, 119 han fallecido en el hospital y 171 han fallecido en su domicilio.

Resultados: El PADES: equipo interdisciplinar compuesto por trabajadoras sociales, enfermeras y médicos. *Ubicación:* Hospital de Sabadell, Barcelona. *Área de influencia:* 273 Km². *Población:* 438.716 habitantes. *Patologías principales:* Demencias (17,96%), OCFAs severas (8,68%), Enfermedades Neurológicas Evolucionadas (4,72%), ICC (1,22%), Enfermos Geriátrico-frágiles i/o con pluripatología (57,22%), y pacientes con Gastrostomía Percutánea (10,20%). *Funciones del equipo:* Valoración integral, asistencia directa de los enfermos en su domicilio, soporte y asesoramiento de los Equipos de Atención Primaria y coordinación entre los diferentes niveles asistenciales. La elaboración del Plan Terapéutico como herramienta básica del trabajo interdisciplinar nos ayuda a conseguir nuestro objetivo general, que es el de mejorar la calidad de la atención domiciliaria de las personas que atendemos, dando especial énfasis a la planificación anticipada de cuidados.

Conclusiones: En estos 10 años atendiendo a enfermos al final de la vida, hemos aprendido que favorecer su autonomía en la toma de decisiones nos ayuda a planificar anticipadamente los cuidados y a facilitar la aceptación de la situación final tanto por parte del enfermo como de la familia.

CARACTERÍSTICAS PREDICTIVAS DE DOS ESCALAS EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS

M. Fernández Fernández, M.A. Rodríguez Piñera, E. García Carreño,
E. San Cristóbal Velasco, M. Alonso Álvarez y M.J. Virgós Soriano
Hospital Monte Naranco, Oviedo.

Objetivo: Determinar las propiedades predictivas del Índice de Barthel y la Escala de Karnofsky, r respecto a la mortalidad durante el ingreso de los pacientes terminales de una Unidad de Cuidados Paliativos (UCP).

Material y método: Se analizan los pacientes ingresados en nuestra UCP durante el año 2004. Las variables que se estudiaron fueron el Índice de Barthel (IB), la Escala de Karnofsky (EK) realizada en el momento del ingreso y su relación con la mortalidad. *Análisis estadístico:* Se utilizó un modelo de regresión logística para valorar cada escala.

Resultados: Durante el periodo estudio ingresaron 332 pacientes, el 61,1% varones y con una edad media de 72 ± 11,3 años, de los cuales el 79,4% son mayores de 65 años. La mortalidad global fue del 76,5% y fallecieron en las primeras 72 horas el 18,4%. El IB al ingreso fue de 31,7 ± 27,9; el 40,6% tenían una dependencia severa (IB < 15) y solo 3 pacientes eran totalmente independientes. La puntuación en la Escala de Karnofsky fue de 34,2 ± 11,9; el 51,9% de los pacien-

tes presentaban un Karnofsky de 30. *Regresión logística:* El modelo predictivo utilizando como variable independiente el IB, nos clasifica correctamente el 74% de los casos, mientras la EK lo hace en el 77,6%. Si se introducen en el modelo, ambas escalas solo se incrementa el porcentaje de clasificación correcta en un 0,2%.

Conclusión: Ambas escalas de valoración funcional y de valoración global, predicen la mortalidad correctamente. El uso conjunto de ambas añade escasa información.

SIMPOSIO CIENCIAS SOCIALES Y DEL COMPORTAMIENTO IV EVALUACIÓN DE LA DEPENDENCIA Sala de Cámara – 09:30 horas

LA DIRECCIÓN Y GESTIÓN DE CENTROS GERONTOLÓGICOS Y SOCIOSANITARIOS DESDE EL MODELO EFQM

F.J. Leturia Arrazola y M.I. Genua
Fundación Matia – Ingema, San Sebastián.

Objetivos: Describir los nuevos paradigmas de la dirección y gestión de centros gerontológicos y sociosanitarios desde modelos psicosociales y sociosanitarios de atención e intervención, el modelo EFQM (European Foundation of Quality Management) de excelencia, los Sistemas Integrados de Gestión (ISO 9001/14.001/OHSAS 18000), la gestión del conocimiento y la dirección por valores.

Material y método: Análisis de la implantación de estos modelos y sistemas en la Fundación MATIA, en 6 centros gerontológicos con 520 plazas, 4 centros de día con 110 plazas, un Centro de Atención Residencial Especializada CARE para discapacitados adultos, un Hospital de 103 plazas, 7 centros de rehabilitación ambulatoria con 5698 diagnósticos y 10212 revisiones y 208.746 tratamientos anuales, un Servicio de Evaluación y Orientación Gerontológica (SEOG) con 5200 valoraciones de dependencia para la Diputación Foral de Gipuzkoa, una Unidad de Memoria y Alzheimer (UMA) y un Instituto Gerontológico (INGEMA) con una unidad de I+D+i, una unidad de gestión de conocimiento y otra de transferencia de conocimiento. Los sistemas de evaluación aplicados en la implantación de estos modelos y sistemas son: Auditorías Internas del Sistema Integrado de Gestión. Auditorías Externas (Certificación ISO 9001 año 1999); (Certificación Sistema Integrado de Gestión SIG: ISO 9001, ISO 14001, OSHAS 18001 en el año 2003), Revisión anual de todo el sistema. Autoevaluación del modelo EFQM según Escala REDER. Evaluación externa por Euskalit Instituto Vasco de la Calidad: 375 puntos en el año 2003, 450 puntos = Q de plata en 2004. Valoración Integral y de calidad de vida. Sistema de evaluación de residencias de ancianos (SERA de Fdz. Ballesteros desde 2000). Sistema de autoevaluación de calidad de atención (MF). Evaluación de garantía de derechos. Sistemas de Gestión por competencias y evaluación de desempeño. Evaluación de liderazgo. Evaluación de equipos. Evaluación de riesgos laborales y específicamente de riesgos psicosociales. Evaluación de riesgos en la atención y garantía de seguridad. Revisión anual de los procesos (4 y 5 revisiones)

Resultados: Mejora significativa en niveles de satisfacción de clientes, de personas, en resultados e indicadores relevantes y en generación de empleo e impacto social. Primera entidad sociosanitaria del Estado con el SIG certificado. Primera entidad sociosanitaria del Estado con la Q de plata (400 puntos en EFQM). Premios Infanta Cristina, Caja Madrid, Dolores Ibarruri del Gobierno Vasco, José Luis Pérez a la Responsabilidad Social Corporativa

SIMPOSIO CLÍNICO V EVALUACIÓN FARMACOLÓGICA Sala Principal – 18:30 horas

NIVELES DE VITAMINA D EN ANCIANOS INGRESADOS EN UN SERVICIO DE GERIATRÍA DE UN HOSPITAL COMARCAL

R. Torres Haba, L. Robles Perea, E. Roquer Fanlo, P. Alcalde Tirado, J. Serra Moscoso y S. Ariño Blasco
Hospital General de Granollers, Granollers.

Objetivos: Analizar los niveles de vitamina D de los pacientes ancianos ingresados en el servicio de geriatría y en diferentes subgrupos.

Metodología: Estudio descriptivo, transversal y prospectivo. Se determinaron los niveles de vitamina D (25 hidroxil vitamina D) en los pacientes ingresados en las diversas unidades geriátricas durante un periodo de dos meses. Otras variables recogidas fueron el nivel funcional previo, antecedentes de fracturas y medicación previa. Se analizan los niveles de vitamina D en el subgrupo de pacientes ingresados por fracturas y en los dependientes (definido como índice de Barthel menor a 80). Los niveles de vitamina D se definieron, según la bibliografía, en mayores de 40 ng/ml: normales, menores de 20 ng/ml: insuficientes y menores de 10 ng/ml: deficientes.

Resultados: Se incluyen 54 pacientes (edad media 84,2 años, 20 varones). Índice de Barthel medio previo de 66. 20,4% de los pacientes tenían antecedentes de fracturas, en un 16,7% el motivo de ingreso fue una fractura, 9,3% padecían osteoporosis. El 77,8% de los pacientes tenían niveles de vitamina D menores de 10 ng/ml, un 14,8% insuficientes, y 3,7% normales. En el análisis comparativo no se detecta relación estadísticamente significativa entre niveles de vitamina D con el antecedente de fractura, el nivel funcional, la edad, ni el sexo.

Conclusiones: En nuestra muestra transversal se detectan un 92,6% de pacientes con niveles inadecuados de vitamina D, con 77,8% de los pacientes con deficiencia severa de vitamina D. No se han detectado diferencias estadísticamente significativas en ninguno de los subgrupos analizados.

PREVALENCIA DE LA DISFAGIA EN ANCIANOS HOSPITALIZADOS EN UNA UNIDAD GERIÁTRICA DE AGUDOS (UGA) Y SU IMPACTO SOBRE EL ESTADO NUTRICIONAL, LA CAPACIDAD FUNCIONAL Y LA MORTALIDAD

M. Cabré Roure¹, J. Fernández Fernández¹, R. Monteis Cahis¹, C. Ferreira Cassinello², E. Palomera Fanegas³ y M. Serra-Prat³
¹Unidad Geriátrica de Agudos. Servicio Medicina Int, Mataró ²Unidad de Dietética y Nutrición, ³Unidad de Investigación. Consorcio Sanitario.

Objetivo: Conocer la prevalencia de disfagia orofaríngea en ancianos hospitalizados en una UGA y si está relacionada con la malnutrición y la mortalidad hospitalaria y al año del alta.

Metodología: Estudio observacional prospectivo de seguimiento durante un año. La disfagia orofaríngea se evaluó con el "test del agua", el estado nutricional con el Mini Nutritional Assessment (MNA), capacidad funcional con el índice de Barthel (IB) y la fuerza muscular de agarre con dinamómetro. Se registró la mortalidad hospitalaria y se realizaron controles de seguimiento presencial o telefónico a los 12 meses después del alta a todos los pacientes.

Resultados: Se reclutaron 1.160 pacientes (59,9% mujeres), edad media de 84 años. Se observó disfagia orofaríngea en el 44% de los casos y presentaban desnutrición (MNA < 17) el 24% de la muestra estudiada. El 33,3% con disfagia presentaron desnutrición, respecto a

un 16,0% sin disfagia ($p < 0,001$). Los pacientes con disfagia una estancia media de 12,2 días, IB al alta de 49,5 puntos y fuerza muscular de 16,2 Kg respecto a 10,5 días ($p < 0,001$), 67,2 puntos ($p < 0,001$) y 19,9 Kg ($p < 0,001$), respectivamente en el grupo sin disfagia. La mortalidad hospitalaria 7,6% y no se relacionó con la disfagia pero la mortalidad al año del alta fue del 40,4 % en el grupo con disfagia y del 30,6% en el grupo sin disfagia ($p < 0,001$).

Conclusiones: Los pacientes ancianos con disfagia presentan mayor riesgo de desnutrición, peor fuerza muscular y capacidad funcional, estancia hospitalaria más larga y mayor mortalidad al año.

SIMPOSIO CIENCIAS SOCIALES Y DEL COMPORTAMIENTO V EVALUAR PARA INTERVENIR. EXPERIENCIAS EN NAVARRA Sala de Cámara – 18:30 horas

EVALUACIÓN DE LA CAPACIDAD Y COMPETENCIA DE LAS PERSONAS PARA LA TOMA DE DECISIONES RELACIONADAS CON LA SALUD

J.J. Yanguas, C. Bauza, I. Etxebarria, N. Galdona, M.F. González y E. Urdaneta

Fundación Instituto Gerontológico Matia (INGEMA), San Sebastián.

La constatación de cada vez un mayor número de personas que presentan alguna forma de limitación física o psíquica que precisan intervenciones que tienen que ver con su salud es una realidad. Es por ello, que se convierte en un tema vital la valoración de la capacidad de obrar que las personas tienen cuando deben afrontar la necesidad de tomar decisiones sobre su salud.

Objetivo: Definición y construcción de un protocolo de actuación orientado a ayudar a calibrar la capacidad o incapacidad de una persona con alguna forma de deterioro cognitivo para tomar decisiones que implique decisiones acerca de su salud.

Método: Muestra: 60 sujetos de los cuales 26 no presentaban signos de deterioro cognitivo y 14 sujetos con deterioro cognitivo leve o enfermedad de Alzheimer en estadio leve. **Medición:** Mac CAT-T (Grisso & Appelbaum, 1998), Dígitos directos e inversos de la WMS-R, Fluidez verbal FAS y por categoría semántica, MEC de Lobo, Dibujo del reloj (a la orden), Trail making test parte A y B, Secuencias motoras de Luria, Semejanzas del WAIS-III, Refranes, Test del zoo, Stroop, Test de utilización inusual de objetos.

Procedimiento: Se realizó una valoración de las funciones cognitivas del sujeto así como de su capacidad de toma de decisiones relacionadas con su salud mediante la enunciación de dos supuestos. El primero de ellos ficticio (caso hipotético de colocación de una sonda nasogástrica al sujeto valorado) y el segundo un caso real abordando directamente la cardiopatía de los participantes en el estudio. Estos supuestos fueron valorados mediante la escala Mac Cat-T.

Resultados: En la submuestra de pacientes con envejecimiento normal existe una correlación positiva ($p < 0,05$) entre la prueba que mide la competencia y capacidad de los sujetos para la toma de decisiones relacionadas con la salud y el rendimiento en funciones cognitivas. En cambio en los pacientes con deterioro cognitivo se observa una correlación negativa entre estas mismas variables.

Conclusiones: La valoración de la capacidad y competencia de las personas mayores para la toma de decisiones relacionadas con la salud debe realizarse al mismo tiempo que una correcta valoración neuropsicológica con objeto de establecer un protocolo de actuación.

COMUNICACIONES ORALES SELECCIONADAS PARA LOS SIMPOSIOS

Sábado, 17 de junio de 2006

SIMPOSIO CLÍNICO VI CIRUGÍA EN EL ANCIANO Sala Principal – 09:30 horas

EVOLUCIÓN FUNCIONAL AL MES DE LOS PACIENTES ANCIANOS INGRESADOS POR ENFERMEDAD AGUDA

E. Sánchez García, B. Montero Errazquin, J.A. Serra Rexach, J. Ortiz Alonso, S. Nieto, M. Alonso y M. Vidán Astiz
Hospital Gregorio Marañón, Madrid.

Objetivo: Evaluar la evolución funcional y su repercusión social un mes después del ingreso por enfermedad aguda. Analizar tasas de deterioro funcional y recuperación de la situación basal.

Material y métodos: Estudio observacional prospectivo de los pacientes ingresados en la Unidad de Agudos del Servicio de Geriátrica con 1 mes de seguimiento. Exclusión de pacientes con dependencia total y/o demencia severa. Se analizaron las actividades Básicas e Instrumentales de la vida diaria, marcha, autonomía en la calle, realización de actividades sociales y ubicación. Se evalúan además, factores sociodemográficos, enfermedad aguda, gravedad (Apache) y comorbilidad (Charlson). Se define deterioro funcional como pérdida de autonomía para una de las actividades básicas o de un grado en la escala funcional de la marcha.

Resultados: Estudiamos 110 pacientes, edad media de $84,7 \pm 10,7$. La causa fundamental de ingreso fue infección y la estancia hospitalaria fue de $9,3 \pm 7$ días, con una tasa de éxitos de 7,3%. El 56,4% presentó deterioro funcional durante el ingreso. Sólo el 35% recuperó la capacidad funcional basal al cabo de un mes y 29% siguen empeorando. El 64% era más dependiente para actividades instrumentales, el 29,4% de los independientes fuera del domicilio habían dejado de serlo. Sólo el 8,2% continuaba realizando actividades sociales frente al 43% que las hacía basalmente. Existía una tendencia a mayor mortalidad al mes entre los pacientes con deterioro funcional durante el ingreso (22,7% vs 8%, $p = 0,07$) y un 14,7% cambió de ubicación, sin encontrar asociación con el deterioro funcional.

Conclusiones: El ingreso por enfermedad aguda en el anciano se asocia en un alto porcentaje de casos a un deterioro funcional y social, que en la mayoría de los casos no se recupera al mes del alta hospitalaria o puede aumentar tras el alta. Esta pérdida funcional no se relaciona con la gravedad de la enfermedad. La evaluación de las actividades básicas únicamente no es suficientemente sensible. Queda por demostrar si intervenciones tras el alta en estos enfermos podrían prevenir dependencias más severas.

CIRUGÍA CARDÍACA EN OCTOGENARIOS. FACTORES DETERMINANTES DE LA MORTALIDAD QUIRÚRGICA

J. Álvarez, M. Bringas, C. Verdejo, M.J. Jiménez, J.M. Ribera y E. Rodríguez
Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

Objetivos: Identificar los factores de riesgo de mortalidad quirúrgica en pacientes mayores de 80 años sometidos a cirugía cardiaca.

Método: Estudio retrospectivo de pacientes mayores de 80 años intervenidos de enero 2003 a diciembre 2005. Se registraron variables demográficas, índice de riesgo, tipo de cirugía, clase funcional, complicaciones postoperatorias, estancias en UCI y hospitalaria y mortalidad. Se operaron 127 pacientes (edad media 82 años, 42% mujeres). Se hizo cirugía valvular en 57 (44,9%), coronaria en 54 (42,5%), mixta en 14 (11%) y otra en 2 (1,6%). El 60% fue con circulación extracorpórea. **Análisis estadístico:** Las variables cuantitativas se expresan mediante media (desviación estándar [DE]) o mediana (rango inter-

cuartil [RIQ]) y las cualitativas mediante porcentaje. En el análisis univariado se ha utilizado el test chi cuadrado y estimación de riesgos relativos [RR] ($p < 0,05$ e I C 95%) para variables cualitativas y el test U de Mann-Whitney o de la mediana para las cuantitativas. Para el análisis multivariante se ajustó un modelo de regresión logística.

Resultados: La mortalidad quirúrgica global fue de 18,1% (hospitalaria 14,2%; primer mes 3,9%). La clase funcional fue el único factor de riesgo preoperatorio significativo ($p 0,009$). Factores predictivos independientes de mortalidad fueron: infarto de miocardio perioperatorio (OR 16,4 IC 95% 2,8-93,2 $p 0,002$), complicaciones pulmonares (OR 9,3 IC 95% 1,1-75,5 $p 0,03$), ventilación mecánica prolongada (OR 10,9 IC 95% 1,6-70,5 $p 0,01$) y complicaciones digestivas (OR indeterminado por mortalidad 100%). La mortalidad quirúrgica fue superior a la estimada por el índice de riesgo de Euroscore (área bajo curva 0,562, $p 0,35$).

Conclusiones: La mortalidad de nuestra serie fue del 18,1%. La clase funcional fue la única variable preoperatoria relacionada con la mortalidad. Las complicaciones postoperatorias fueron más frecuentes en el grupo de éxitos. Ante el creciente envejecimiento de la población, es necesario definir criterios de selección para la cirugía en este grupo de pacientes de alto riesgo.

SIMPOSIO CIENCIAS SOCIALES Y DEL COMPORTAMIENTO VI VIVIR EN CASA. EVALUAR ANTES DE DECIDIR Sala de Cámara – 09:30 horas

EL HOGAR FUNCIONAL: SOLUCIONES TÉCNICAS Y AYUDAS ECONÓMICAS PARA CONSEGUIR LA ACCESIBILIDAD INTEGRAL

R. Poveda Puente¹, M. Ángeles Tortosa² y R. Barberà¹
¹Instituto de Biomecánica de Valencia, Valencia. ²Dpto. Economía Aplicada. Universidad de Valencia, Valencia.

Objetivos: Análisis desde la I+D+i de la necesidad de confluencia en el hogar de ayudas técnicas, inclusión de criterios de diseño y automatización, como elementos básicos capaces de conseguir un entorno favorecedor de la vida independiente de los mayores y las ayudas económicas disponibles para conseguir una accesibilidad integral.

Material y métodos: Se han revisado y comparado las soluciones técnicas desarrolladas en proyectos de I+D+i (metodología: análisis de la situación actual- participación activa del usuario- análisis técnico) y la normativa estatal, y de la Comunidad Valenciana para obtener financiación e incorporar estas soluciones técnicas en los hogares.

Resultados: Del análisis comparativo se desprende que: El avance de los últimos quince años en I+D+i, quedando mucho por hacer, ha permitido una mayor oferta en el mercado de productos para el diseño adecuado de un hogar funcional. Y que los tipos de prestaciones financieras han crecido y mejorado notablemente. Sin embargo, existe un abismo entre las posibilidades que ofrece el mercado y la realidad de financiación de las mismas para gran parte de la población mayor española.

Conclusiones: Es necesario seguir generando productos y servicios apoyados por la I+D+i desde la perspectiva de la biomecánica, esta ofrece inmensas posibilidades de solución a las necesidades que plantea la interacción persona mayor con el hogar. Sin embargo, para que estos productos sean realmente eficaces deben ser accesibles económicamente. Para ello convendría revisar los criterios de concesión de las prestaciones, ampliar la gama de productos motivo de subvención e incrementar la cuantía de las ayudas.