COMUNICACIONES LIBRES I

Sala Ciudadela 3
Jueves, 15 de junio, 09:30-11:30 horas

Valoración geriátrica I

Modera:
Alberto Sola
Vocal de la Sociedad Navarra de Geriatría y Gerontología

CENTENARIOS EN LOS HOSPITALES DE AGUDOS

R. Torres, L. Robles y S. Ariño
Hospital General de Granollers, Granollers.

Las personas mayores centenarias constituyen un segmento de población actualmente en aumento, por lo que de manera cada vez más frecuente, esta franja de edad estará presente en nuestra práctica clínica habitual. A pesar de ello, conocemos pocos datos sobre la morbimortalidad hospitalaria de este grupo de pacientes.
Objetivos: Describir las características principales de los pacientes centenarios hospitalizados a partir de los datos de la encuesta nacional de morbilidad hospitalaria del INE.
Material y métodos: Se trata de un Estudio observacional, descriptivo, comparativo y retrospectivo realizado durante el año 2003 sobre el colectivo de centenarios a partir de una muestra representativa de la población hospitalizada en todo el territorio nacional
Resultados: De un total de 2589 episodios hospitalarios, la mitad pertenecían a ingresos vía urgente. La mediana de edad era de 101 años con un rango intercuartil de 100-102 y la estancia media de 10,6 días (mediana 5 días, rango 25-75 5-10). La mortalidad hospitalaria para este colectivo fue del 10,8%, con el 70% de los fallecimientos dentro del colectivo ingresado vía urgente. Las patologías más frecuentes causantes del ingreso son por orden de frecuencia fractura de fémur, infección respiratoria y neumonía. La mortalidad hospitalaria de la fractura de fémur fue del 16,9% y del 20% par la neumonía. No existe asociación entre ingreso durante el fin de semana y mortalidad ni precoz (p = 0,413, OR 1,261, IC95% 0,722 a 2,20) ni global (p = 0,622, OR 1,078, IC95% 0,799 a 1,45) ni separando ingresos urgentes ni ordinarios, a pesar de lo que ocurre con la población general.
Conclusiones: Se presentan las características básicas de la población centenaria sobre una muestra representativa de todos los hospitales del estado. Destaca la fractura de fémur como diagnóstico principal, un rango intercuartil de estancia media entre 5 y 10 días y una mortalidad hospitalaria global del 11%.

FACTORES PRONÓSTICO DE MORTALIDAD AL AÑO DE SEGUIMIENTO EN NONAGENARIOS. ESTUDIO NONASANTFELIU

J. Mascaró Lamarca[1], F. Formiga Perez, A. Ferrer[2], C. Olmedo[2] y R. Pujol Farriols
[1]Hospital Universitario de Bellvitge, Barcelona. [2]Area Básica El Pla, Sant Feliu de Llobregat.

Objetivos: Determinar los predictores de mortalidad, por cualquier causa, al año de seguimiento, de una cohorte urbana de nonagenarios.
Material y métodos: Se estudiaron prospectivamente 186 personas mayores de 89 años del municipio de Sant Feliu de Llobregat. Se recogieron datos sociodemográficos y antecedentes médicos. Se valoró la capacidad para actividades básicas con el Índice Barthel (IB) e instrumentales con el Índice Lawton y Brody (I L), la cognición con el Miniexamen cognitivo de Lobo, riesgo nutricional con la versión abreviada del Mini Nutricional Assessment questionnaire (shor t-MNA) y la comorbilidad con el Índice de Charlson. Se efectuó un análisis de regresión múltiple y se utilizaron los Odds Ratio (OR) ajustados con un intervalo de confianza del 95 % (IC).
Resultados: Se trataba de 143 mujeres (76,5%) y 43 varones con una edad media de 93,06 (3,1) años. La mayoría seguía viviendo en su domicilio (74%) y el resto estaba institucionalizado. La tasa de mortalidad fue del 19,3%. Aunque los valores medios de IB y del IL se asociaban con mayor mortalidad en el análisis bivariante, perdían su significación en el multivariante. El análisis multivariante si mostró asociación entre mortalidad al año y edad (OR = 1.1, 95 % IC 1,01-1,20), diagnóstico previo deinsuficiencia cardíaca (OR = 4,57, 95 % IC 2,32-8,97) y peores valores en el short-MNA (OR = 0,86, 95 % IC 0,77-0,97).
Conclusiones: La edad, el diagnóstico previo de insuficiencia cardíaca y un mayor riesgo nutricional se muestran como factores predictivos de mayor mortalidad al año de seguimiento en los nonagenarios.

EL TIMED UP AND GO TEST APLICADO EN POBLACIÓN ANCIANA DEL MEDITERRÁNEO

M.M. Jiménez González[1], JJ. Montero Alía[3], R. Miralles Basseda[2], E. Fernández Pérez[3], A. Ferrer Roma[3] y D. Jiménez González[3]
[1]ABS, Premià de Mar. [2]Unidad de Geriatría. Hospital de la Esperanza, Barcelona. [3]ABS Ronda Prim, Mataró.

Introducción: Se trata de un test de fácil aplicabilidad por su sencillez y rapidez. Se recomienda su aplicación en atención primaria. Existen pocos estudios realizados en población española.
Objetivo: Conocer la relación del test Timed up & Go con el riesgo de sufrir caídas en población anciana mediterránea.
Material y métodos: Estudio multicéntrico de cohortes prospectivo realizado en Cataluña. Población semirural. Sujetos mayores de 65 años que acudieron a la consulta de atención primaria por cualquier motivo durante el período 2003-2004. Se excluyeron los ancianos institucionalizados. Se realizó seguimiento de 12 meses sobre incidencias de caídas con control telefónico cada trimestre. Se estudiaron las diferencias mediante comparación de medias.
Resultados: De un total de 588 pacientes (58% mujeres), con edad media de 74,5 años (± 6,7 DE), 54 no completaron el estudio (9,2%) -14 fallecidos, 5 institucionalizados y 35 pérdidas-. Cayeron un 27,7% (148 sujetos). El 73% se produjeron en mujeres. La realización del Test Timed up & Go se produjo en 9,6s de media (± 5,49 DE). Siendo en hombres de 8,2s (± 3,46 DE) y en mujeres de 10,57s ± 6,37 DE. Las mujeres que cayeron presentaron un tiempo medio de 12,4s ± (8,7 DE) vs. las que no 9,6s ± (4,4 DE) p < 0,001. En los hombres se aprecian diferencias pero no significativas, 8s los que no caen vs. 9s los que sí. Si estratificamos en < de 10s, 10 a 20s y > 20 s, siguen existiendo diferencias significativas en mujeres pero no en hombres.

Conclusiones: Es un test que nos puede ser de utilidad para diferenciar estados de fragilidad en mujeres ancianas con riesgo de sufrir caídas. En población masculina mediterránea, sin embargo, esta diferenciación no se produce y debe tenerse en cuenta, puesto que los estudios anglosajones no diferencian por sexo.

ESCALA DE ANCIANO COMPLEJO: ESTUDIO DE VALIDACIÓN

M. Bechelli, M. Schapira, M. Mattiussi, R. Vallejos, D. Seinhart y L. Cámera
Hospital Italiano, Buenos Aires.

Desarrollamos una Escala de Anciano Complejo (EAC) para identificar ancianos vulnerables ambulatorios. La EAC se creó para ayudar al médico de cabecera (MC) a reconocer ancianos vulnerables. Es un cuestionario con un máximo de 15 puntos, que otorga 3 puntos a la presencia de cada uno de los siguientes: enfermedad cardiovascular (insuficiencia cardiaca y enfermedad coronaria), caídas en el ultimo año y Get Up and Go anormal. Otorga 1 punto a la presencia de cada uno de los siguientes: polimedicación, depresión, hipoacusia. Actividades Instrumentales de la Vida Diaria alteradas, velocidad de marcha lenta y Escala de Depresión Geriátrica alterada.
Objetivo: Probar la confiabilidad y validez de la EAC en nuestra población.
Material y métodos: Estudio caso-control (Junio 2004-Noviembre 2004). Grupo Caso: 126 pacientes aleatorios ambulatorios de la Unidad de Evaluación Funcional del Anciano. Grupo Control: 126 pacientes aleatorios ambulatorios. Para evaluar la confiabilidad y la reproducibilidad inter-observador se analizó con el método Kappa entre 2 observadores. La validez de la EAC se registró analizando la sensibilidad y la especificidad para detectar vulnerabilidad. Se designó un valor de corte (VC) de 4 para el análisis.
Resultados: Con un VC = 4, la EAC mostró: Alta correlación inter-observador (Kappa: 1; p < 0,0001); sensibilidad 64% (95% IC: 54-72) y especificidad 71,9% (95% IC: 63-80).
Conclusión: *1)* Un puntaje igual o mayor a 4 en la EAC tiene buena confiabilidad y validez para identificar pacientes ancianos vulnerables. *2)* Esta escala ayudaría al MC a detectar vulnerabilidad en ancianos del ámbito ambulatorio.

UNIDAD DE VALORACIÓN GERIÁTRICA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS: EXPERIENCIA EN LOS PRIMEROS MESES DE FUNCIONAMIENTO

M. Madrigal López, M. González-Colaço Harmand, O. Hernández Jurado, C. Mauleón Ladrero, T. Pareja Sierra y M. Hornillos Calvo
Hospital Universitario de Guadalajara, Guadalajara.

Objetivos: Describir las características de ancianos ingresados en unidad de valoración geriátrica de urgencias: patologías más prevalentes, situación funcional y necesidad de ingreso o soporte ambulatorio a través de los distintos niveles asistenciales del servicio.
Material y métodos: Estudio longitudinal observacional de 301 pacientes ingresados consecutivamente entre Mayo y Diciembre 2005 en la unidad geriátrica de urgencias. Los datos se recogieron mediante protocolo de forma prospectiva, evaluando las características funcionales, mentales y sociodemográficas al ingreso, patologías más frecuentes, duración de la estancia, necesidad de ingreso hospitalario y seguimiento tras el alta al mes y tres meses. El análisis estadístico se hizo mediante el programa SPSS 11.5.
Resultados: La edad media de los pacientes f ue 85 ± 6,09 años. La estancia media fue de 37,45 ± 17 horas en unidad de corta estancia. El 47,4% tenían CRF entre 2-3, el 57,8% presentaban CRM ente 0-1, la mayoría procedían de domicilio (70%). Las principales causas de ingreso fueron patología cardiorrespiratoria y neurológica. La media de diagnósticos al alta fue de 3,48 ± 1,8. siendo los más frecuentes insuficiencia cardiaca (31%), estreñimiento (22,30%), infección respiratoria (17,3%), síndrome confusional agudo (16%) e insuficiencia renal (11,7%). Dentro de los síndromes geriátricos se observó 14,7% con trastornos de conducta asociados a demencia, 12,3% inmovilismo y 6% úlceras por presión. Precisaron ingreso hospitalario el 29,7% de los pacientes la mayoría en Servicio de Geriatría. Del 70% que recibió el alta se destinaron a consulta de alta resolución de hospital de día un 28,1% y a consulta de Geriatría 23,2%. El 8% fueron derivados a atención geriátrica a domicilio. En el mes posterior a su estancia en la unidad el 22% acudieron de nuevo al servicio de urgencias.
Conclusiones: La valoración geriátrica en urgencias aporta un diagnóstico multidimensional del enfermo anciano hasta ahora infravalorada en este servicio, pero que puede aportar indudables beneficios al paciente y desde el punto de vista asistencial, al ofrecer tratamiento y seguimiento especializado.

VALORACIÓN DE LA AUTONOMÍA DEL PACIENTE/RESIDENTE PARA LA TOMA DE MEDICACIÓN EN UN CENTRO GERONTOLÓGICO

B. Miró, C. Alderete, A. Espejo, B. Goikoetxea, J.I. Echeverria y A. Ruiz de Azúa
Servicio de Atención Farmacéutica. Fundación MATIA, Donosita.

Objetivo: Establecer unos criterios para que el equipo interdisciplinar de un centro gerontológico determine la ayuda que debe ser prestada a cada paciente para el cumplimiento de su tratamiento farmacológico.
Material y métodos: Se ha hecho una revisión bibliográfica exhaustiva buscando algún tipo de pauta para la valoración de la autonomía en la toma de medicación de residentes geriátricos. Asimismo ha sido revisado el anteproyecto de la ley de dependencia y mantenido reuniones con equipos de centros gerontológicos con el mismo objetivo De las reuniones del grupo que esta trabajando en este tema, han salido unos criterios para valorar la autonomía en la toma de medicación de los residentes geriátricos. Estos criterios han sido presentados y analizados por los componentes del Proceso de Atención Farmacéutica de Fundación Matia y homologados con los que ya existen en este proceso. Una vez consensuados estos criterios, han sido utilizados en el C Julián Rezola, revisando los expedientes de los residentes y clasificándolos en tres grupos: Autónomo, ayuda parcial y ayuda total, definiendo los tres grupos. Los resultados han sido contrastados con la opinión que los responsables de los residentes tenían de la competencia analizada.
Resultados y conclusiones: Las valoraciones Barthel, Minimental y la presencia de disminución de agudeza visual son herramientas para el establecimiento de la clasificación de dependencia para la toma de medicación. El resultado obtenido es asimilable al utilizado en Matia para el establecimiento de competencia en la alimentación.

VALORACIÓN GERIÁTRICA INTEGRAL EN ANCIANOS DE >65 AÑOS, QUE ACUDEN AL SERVICIO DE URGENCIAS DEL Hª GUTIÉRREZ ORTEGA DE VALDEPEÑAS. DIFERENCIAS DE ÉSA, POR GRUPOS DE PATOLOGÍAS ATENDIDAS

M.C. Fabre, L. Agustin Gómez-Caminero, P. Granados, I. Holgado y J.J. Zafra
Hospital Gutiérrez Ortega, Valdepeñas.

Objetivo: Conocer las diferencias en el grado de dependencia del anciano, mediante la aplicación de la valoración geriátrica integral, a ancianos atendido en Urgencias por distintas patologías.
Material y métodos: 145 ancianos (68H - 76M; edad media: 80 años) atendidos en Urgencias del Hª Gutiérrez Ortega. Número de patologías atendidas: 7 (12 ACV, 37 Neumopatías, 26 Cardiopatías, Digestivas 38, Diabetes Mellitus descompensadas 5, Nefrourológicas 23, Circulatorias 4). Tiempo de seguimiento: 12 meses durante el 2005. Se aplicó el protocolo de VGI (Situación Física: Katz, Barthel, Lawton, CRF; Situación Cognitiva: CRP, Pfeiffer; Soporte social, Síndromes Geriátricos, Valoración del Riesgo de UPP (Norton), Valoración Nutricional, Índice de Comorbilidad de Charlson.
Resultados: El 75% de los ancianos se englobaron en el grupo de Nula / Baja dependencia (Pª Pulmonar y Cardiopatía): (Katz A,B,C, Barthel 80/100, Lawton 4/8, CRF-CRP 0-1/5, Pfeiffer 2, Aceptable soporte social, Síndrome Geriátrico: Polifarmacia > 3, Valoración Nutrici onal buena, Norton en Nivel 0, (ACV, Neoplasias sólidas). El mayor deterioro físico corresponde a la patología Cardiopulmonar y el mayor deterioro cognitivo, al ACV. La polifarmacia no es factor determinante de Dependencia, pero sí lo es la pluripatología del anciano. La edad es factor independiente asociado a incapacidad. Las patologías crónicas con asociación significativa para dependencia son: ACV (más incapacitante), Cardioneumopatía (más prevalente).
Conclusión: La VGI tiene valor predictivo de deterioro en el anciano, respecto a: mayor tiempo de estancia hospitalaria, mayor tendencia a la institucinalización en Residencias y mayor Mortalidad. La VGI permite prevenir y retrasar la Incapacidad, tomar decisiones sobre el ni-

vel asistencial más adecuado para el anciano (considerando además la fase cronológica de la enfermedad). La VGI tiene mayor beneficio cuando se aplica a ancianos "frágiles", susceptibles de detectar un nivel de dependencia reversible con intervención sociosanitaria precoz

IMPORTANCIA DE LA FUNCIÓN DEL PSICÓLOGO EN UN CENTRO RESIDENCIAL: LA NECESIDAD DE LA EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

A. Aizpurua Sanz[1] e I. Lizaso Elgarresta[2]
[1]Mapfre Quavitae Berra, Donosita. [2]Facultad de Psicología. UPV/EHU, Donosita.

Introducción: A pesar de la importancia del papel del psicólogo en la evaluación y tratamiento de los trastornos cognitivos (demencias) y del estado de ánimo (depresión y ansiedad) en las personas mayores, en la actualidad son pocos los centros gerontológicos en los que cuentan con este servicio profesional. En este trabajo se presentan los datos relacionados con las valoraciones cognitivas y psico-afectivas realizadas al 70% de los residentes en los primeros meses tras la incorporación de la psicóloga al centro.
Objetivos: Definir el protocolo de evaluación psicológica. Describir datos sociodemográficos y psico-sociales de los usuarios.
Material y método: Entrevista semi-estructurada a 70 (52 mujeres y 18 hombres) usuarios (x- = 82,21 años, DT = 6,55, rango = 73-96 años). Cuestionarios utilizados: MEC -exploración- (Lobo, 1979); GADS -exploración- (Goldberg, 1986); HAS (Hamilton, 1959) y GDS/15 (Sheik y Yesavage, 1988).
Resultados: Deterioro cognitivo: ausencia (7%), leve (14%), moderado (47%) y severo (25%). Ansiedad probable (11%) y depresión probable (33%). Ansiedad: ausencia (30%), menor (47%) y mayor (23%). Depresión: normal (56%), leve (24%) y severo (20%).
Conclusiones: Tres de cada cuatro personas mayores de este centro presentan un deterioro cognitivo moderado o grave no pudiéndose valorar su estado psico-afectivo en la entrevista clínica. De aquellos usuarios cuyas funciones psico-afectivas pudieron ser evaluadas, un tercio presentaba sintomatología depresiva y/o ansiosa. Podemos decir que la función del psicólogo resulta determinante en la evaluación de los aspectos psicológicos de los usuarios para el diseño y la implementación de un programa de intervención psico-social.

VALORACIÓN PODOLÓGICA: UN PASO ADELANTE EN LA VALORACIÓN GERIÁTRICA INTEGRAL (VGI)

J. Alada Trueba
Fundación MATIA, Donosita.

Objetivos: Realizar una valoración podológica y analizar su relación con el estado funcional y calidad de vida, en población institucionalizada.
Material y métodos: Estudio descriptivo transversal realizado en un medio residencial de San Sebastián, recogiendo en la valoración podológica el estado ungeal, deformidades articulares, vascularización y sensibilización de los mismos y los datos de valoración geriátrica integral a lo largo del año 2005. Se recoge un indicador de estado de salud y de dolor relacionado con los pies del COOP WONCA, en pacientes que no pueden contestar se realiza en los gerocultores.
Resultados: Muestra estudiada en 203 residentes con una media de 83 años, donde el 70% son mujeres, un 50,7% con un Barthel <40, un índice de Norton < 12: 42% donde el 32% deambula de forma autónoma y un 45% en silla de ruedas, un 57% con MEC 35 < 20. Nutricionalmente un 17% presentan IMC < 20, un 33% malnutrición, principalmente calórica; prevalencia de diabetes del 27% de osteoartritis detectada en un 52%. Un 9% refieren dolor de intensidad moderada en las últimas 2 semanas en los pies. Se aprecia onicomicosis en un 58%, uñas encarnadas en un 6%, dedos en martillo un 40%, ballux valgus en un 42%, exostosis óseas en un 8%, ausencia de pulso pedio en un 32%, donde un 3,4% han presentado alguna amputación y alteraciones principalmente en la sensibilidad posicional y vibratoria (10,9 y 12,8%). Un 13% presentan cambios de coloración de tipo cianótico. La percepción del estado de salud propia (57%) en un 54% es buena, mientras que la referida por cuidadores (43%) en un 35% es buena. La presencia de mayor deterioro funcional (IB<20) se correlaciona con incremento de presencia de micosis y hallux valgus; así como de mayor percepción de dolor.
Conclusiones: En la VGI es importante una ficha podológica, ya que es fuente de dolor y de trastornos de la marcha, así como de signos de enfermedades sistémicas. El trabajo multidisciplinar redunda en una mejor valoración integral del paciente geriátrico, mejorando la calidad de vida de los mismos. Deben realizarse estudios observacionales para establecer cor relaciones adecuadas, conociendo de forma transversal la importancia de su estudio.

ENVEJECIMIENTO, DOLOR Y MEMORIA

I. Amayra Caro
Universidad de Deusto, Bilbao.

Objetivos: El presente estudio analiza el papel indirecto de ciertas estructuras cerebrales, lóbulo frontal, cíngulo y corteza somatosensorial secundaria, en el funcionamiento cognitivo de pacientes diagnosticadas de fibromialgia. Se investiga el supuesto papel moderador de diferentes variables en la relación dolor crónico-rendimiento cognitivo y de los cambios en la plasticidad sináptica. De entre ellas, se controla el efecto producido por la reserva cognitiva y el proceso de envejecimiento cerebral.
Material y métodos: Se realizó un estudio transversal con una muestra de 80 pacientes diagnosticadas de fibromialgia según criterio ACR. Los participantes fueron evaluadas con una entrevista semiestructurada que recoge datos sociodemográficos y epidemiológicos. Asimismo, se administraron diferentes instrumentos neuro-psicológicos dirigidos a evaluar funciones ejecutivas, perceptivas y de memoria a corto y a largo plazo.
Resultados: Se evidencia un patrón común de deterioro leve, en la atención sostenida, memoria de trabajo y memoria verbal, relacionado con la reserva cognitiva y el envejecimiento cerebral. Estas últimas variables, parecen menos importantes en el deterioro moderado que se observa en el funcionamiento visuoespacial.
Conclusiones: El envejecimiento cerebral tiene un efecto moderado en los síntomas cognitivos de la fibromialgia.

FIABILIDAD Y VALIDEZ DE UNA ESCALA DE SOLEDAD (JONG-GIERVELD Y VAN TILBURG, 1989) EN POBLACIÓN MAYOR ESPAÑOLA

M.M. Sánchez Rodríguez y J. Buz Delgado
Facultad de Psicología. Universidad de Salamanca, Salamanca.

Objetivo: La soledad es uno de los mayores temores de las personas mayores y se relaciona estrechamente con estados de ánimo negativos, depresiones y peor pronóstico de enfermedad. Nuestro objetivo es extender un análisis previo sobre la fiabilidad y validez de la escala de soledad (Jong-Gierveld y van Tilburg, 1989) y adaptarla a la población española mayor.
Material y métodos: N = 1668 personas (60-98 años; 54,6% mujeres; 45,4% hombres) no-institucionalizadas. Se les aplicó la escala de soledad de 11 ítems, traducida al castellano, y se obtuvieron valores para la soledad social, la emocional y la total.
Resultados: Como en la escala original, se confirma la existencia de dos factores. Éstos explican el 26% de la varianza. Los ítems saturan en los mismos factores que la original, con la excepción de dos ítems del factor emocional. Uno satura negativamente en el factor social (-0,43) y el otro no supera el coeficiente mínimo de saturación. Con ello, el factor Soledad Social incluye 6 ítems, y el factor Soledad Emocional 4 ítems. Consistencia de la escala total = 0,36 (Soledad Social = 0,58; Soledad Emocional = 0,68). La puntuación total de la escala se relaciona positivamente con el estado de ánimo depresivo y la escala PGC de Lawton, y, en sentido negativo, con la Satisfacción con la Vida ($p < 0,01$, en todos los casos).
Conclusiones: Consideramos que la escala analizada cumple con las garantías psicométricas suficientes para ser utilizada en nuestro país, y que puede ser un instrumento útil para valorar aspectos diferenciales de la soledad en las personas mayores.

CARACTERÍSTICAS BASALES DEL ANCIANO Y PRONÓSTICO FUNCIONAL EN UNA UNIDAD DE MEDIA ESTANCIA

A. Milán Vegas, A.I. Hormigo, J. Mora y L. José Silveira
Servicio de Geriatría. Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

Objetivos: *1)* Describir la actividad de una Unidad de Media Estancia (UME) de Geriatría en relación con el resultado funcional obtenido. *2)* Analizar la influencia de la situación basal en su recuperación y ubicación al alta.

Material y métodos: Pacientes ingresados durante 5 años en una UME con perfil de recuperación funcional. Se recogen variables demográficas (edad, sexo), motivo de ingreso, funcionalidad y movilidad basal y al ingreso (índice de Katz, Cruz Roja Física, CRF), demencia y depresión previas, comorbilidad (índice Charlson, ICh) y complicaciones durante el ingreso. Variables resultado: estado funcional desfavorable (CRF 4-5) y ubicación al alta. Análisis estadístico: Comparación de medias y proporciones (chi-cuadrado, t de Student, ANOVA de un factor). Análisis multivariante: regresión logística. Intervalo de confianza 95%. SPSS 11.0.
Resultados: 499 pacientes (edad 85,1 años. DE 6,6); 69,7% mujeres. Diagnósticos principales: ictus 26,1%, fractura cadera 21,8%, inmovilidad 52,1%. Datos basales: dependencia en más de 3 actividades básicas 26,9%, movilidad con apoyo 62,9%, demencia moderada o grave 21,3%, trastorno ánimo 34,3%, ICh 2,6 (DE 2,0). Datos del ingreso: dependencia en más de 3 actividades básicas 89,6%, infección nosocomial 58,6%. Mortalidad: 7,6%. Factores relacionados con pobre movilidad al alta: edad ($p = 0,006$), CRF previa > 1 ($p < 0,001$), sufrir un ictus frente a otras patologías ($p = 0,001$), infección nosocomial ($p < 0,001$), demencia ($p = 0,001$) y la comorbilidad ($p < 0,001$). En el análisis multivariante, únicamente el ictus (OR 37,1; $p < 0,001$), CRF previo (OR 27,5; $p < 0,001$) y la infección nosocomial (OR 18,1; $p < 0,001$) se asociaron a escasa movilidad al alta. La mortalidad fue menos frecuente en la fractura de cadera ($p = 0,04$) y más frecuente en la infección nosocomial ($p = 0,002$). El único factor que condicionó la ubicación al alta en una institución fue la movilidad ($p < 0,001$).
Conclusiones: *1)* El pronóstico funcional en ancianos ingresados en UME parece depender más del diagnóstico de ingreso y sus complicaciones que de otros hechos inherentes al paciente (edad, situación cognitiva). *2)* Sin embargo, la movilidad previa puede condicionar un peor pronóstico funcional y ubicación distinta al domicilio habitual con independencia de otros factores.

COMUNICACIONES LIBRES II

Sala Ciudadela 3
Jueves, 15 de junio, de 16:00 a 18:00 horas

Rehabilitación

Modera:
Francisco Uriz Otano
Residencia Landazabal

APLICACIÓN DEL MINIMOTOR TEST EN PACIENTES MAYORES DE 70 AÑOS EN UN SERVICIO DE MEDICINA

F. Guapizaca Juca, A. Brizzolara, J. Hidalgo y C. Tanco
Instituto Nacional de Geriatría, Hospital de la Fuerza Aérea de Chile, Santiago de Chile.

Introducción: El "Síndrome de desadaptación psicomotora" (SDP), que consiste en desordenes posturales y neurológicos asociados a cambios en el baricentro corporal, ya sea al sentarse o bipedestar, modificación del tono muscular, perdida de reacciones posturales reactivas y de protección, y finalmente marcha vacilante. Las características psicológicas consisten en enlentecimiento de los procesos cognitivos, muchas veces asociados con un gran temor a las caídas.
Objetivo: Se aplico el el Minimotor test en adultos mayores de 70 años con fenotipo de SDP y se verifico su correlación con los test funcionales básicos y cognitivos de uso frecuente en la practica geriátrica como el test de Barthel (Barthel Dw, 1965) y el MMSE (Folstein S, 1975).
Material y métodos: Se aplicó en 47pacientes > 70 años el Minimotor test traducido de la versión original (Mourey et al, 2004), Barthel y el Minimental test.
Resultados: Valores medios para todo el grupo: edad 79,19 ± 5,9 años (valores en media ± SD); Barthel 73,7 ± 24,3%; MMSE 20,9 ± 4,5; Mini Motor 13,6 ± 5,1 26 mujeres, 21 hombres. Se realizó una Regresión Lineal Múltiple para cada uno de los test funcionales por separado. En la regresión para Barthel como variable dependiente, el coeficiente de correlación múltiple fue de 0,85 ($p < 0,0001$) siendo los coeficientes de regresión con valor estadístico MiniMotor ($p < 0,0001$) y MMSE ($p < 0,01$); no hubo significación para edad ni sexo ($p > 0,4$). La misma operación considerando MiniMotor como variable dependiente dio un coeficiente de correlación múltiple de 0,825 ($p < 0,0001$) con una única variable independiente significativa, el Indice de Barthel ($p < 0,0001$); no significativos edad, sexo y MMSE ($p > 0,6$).
Conclusión: Esto implica una confirmación de la literatura donde se refiere que el MiniMotor se afecta menos que la variable cognición a diferencia del Barthel. En todo caso ambos índices funcionales presentan alto índice de correlación entre sí.

RESULTADOS A 3 AÑOS EN LA REHABILITACIÓN FÍSICA DE LA FRACTURA DE FEMUR EN EL ANCIANO. MORTALIDAD, FUNCIONALIDAD Y ENTORNO SOCIAL

M. Vilarmau Dolcet, A. Nogueras, M. Guirao y J. Real
Hospital de Sabadell, Sabadell.

Introducción: La fractura de fémur es una de las mayores causas de morbi-mortalidad en los ancianos, y un factor de riesgo para su institucionalización. Disponemos de mucha más información a corto que no a largo plazo sobre tales consecuencias.
Objetivos: Evaluar al año y a los 3 años de la fractura de fémur en los pacientes ancianos dados de alta de nuestra unidad de rehabilitación, la supervivencia, capacidad funcional, los reingresos hospitalarios y el núcleo de convivencia.
Material y métodos: Pacientes ingresados durante todo el año 2002 en la unidad de rehabilitación del Hospital de Sabadell, con el diagnostico principal de fractura de fémur. Llamada telefónica al año y a los 3 años del alta de la unidad. Datos recogidos: edad, sexo, convivencia, index de Barthel previo, al ingreso, al alta, al año y a los tres años, reingreso hospitalario.
Resultados: Se ingresaron para hacer rehabilitación física 84 pacientes, con una edad media de 79,7 ± 8,2 años, una estada media de 39,7 ± 20 días, predominio de mujeres (73) en un 86,9% Barthel previo al ingreso de 84,8%. Barthel al inicio rehabilitación de 50,5 y de 74,25 al alta de la unidad. Previo al ingreso vivían solos el 35,7% y en familia 64,3%. Al alta viven solos el 30%, en familia el 58% y un 6% en residencias. Se agudizaron y precisaron reingreso en agudos COT 2,4% y Medicina 3,6%. Al año, se llamó por teléfono a los 84 pacientes, se pudo entrevistar a 61, se perdieron 7, fallecieron 16, el índice de Barthel de los supervivientes fue de 75,57. Vivían solos el 34,3%, en familia 55,8%, y el 9,9 en residencias. Precisaron reingreso en COT el 3,6% y en Medicina el 10,7%. A los 3 años, se llamó por teléfono a los 61 pacientes, se pudo entrevistar a 45, se perdieron 9, fallecieron 7, el índice de Barthel de los supervivientes fue de 70,57. Vivían solos el 35,6% en familia 48,8% y un 15,6% en residencias. Precisaron reingreso en COT el 9,6% y en Medicina el 19,2%.
Conclusiones: *1)* La mortalidad a los 4 años, desde el ingreso en la unidad de rehabilitación es superior al 27,4%. *2)* La mortalidad en los hombres es superior al de las mujeres. (45,5% vs 24,7%) *3)* A lo largo de los años se incrementa el número de pacientes ingresados en residencias geriátricas. *4)* El porcentaje de pacientes que viven solos previo a la fractura y a los 4 años, es similar. *5)* La autonomía medida por el índice de Barthel se recupera tras la rehabilitación, se mantiene durante el primer año pero declina al tercero de una forma significativa. *6)* Un 28% reingresan en el hospital. ya sea en COT (12%) por complicaciones tardías de las fracturas o por sufrir nuevas fracturas, ya sea en servicios médicos por comorbilidad asociada (16%). *7)* En conclusión la fractura de fémur continua siendo un problema de consecuencias medicas, funcionales y sociales graves.

RECUPERACIÓN DE LA INDEPENDENCIA PARA LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA EN ANCIANOS INTERVENIDOS DE FRACTURA DE CADERA: EVOLUCIÓN A LOS SEIS MESES DE LA CAÍDA

M.P. Córcoles Jiménez[1], M. Carrón González[1], M.A. del Egido Fernández[1], A. Villada Munera[1], E. Candel Parra[2], D. Jiménez Sánchez[1], Á. Denia Cortés[1] y M. Moreno Moreno[1]
[1]Complejo Hospitalario Universitario Albacete, Albacete. [2]Escuela Universitaria Enfermería Albacete, Albacete.

Objetivo: Medir recuperación de la independencia para actividades de la vida diaria (AVD) en ancianos con fractura de cadera secundaria a caída a los seis meses de intervención quirúrgica.
Material y métodos: Estudio de cohortes. Inclusión: previamente independientes para las AVD o dependencia leve, sin deterioro del estado mental. Muestreo consecutivo desde 1 de mayo de 2005. Variables: edad, sexo, lugar de residencia, circunstancias caída, tipo fractura, independencia para AVD (según índice de Barthel) previa y a seis meses de caída, estado mental (SPMSQ de Pfeiffer), entre otras.
Resultados: Hasta fines de febrero se han incluido 127 pacientes, siendo más frecuente el sexo femenino (73%) y fractura pertrocanté-

rea (44%). La media de edad es 81 años (d.t.= 7,01), estaban institucionalizados el 9,4%. La mayoría sufrieron la caída en domicilio (83,2%, sobre todo en el dormitorio), por la mañana. A los 6 meses de la intervención quirúrgica (seguimiento en 46 pacientes) el 44,5% está en situación de independencia o dependencia leve (previamente lo estaba un 64,3%); un 19,6% presentan incontinencia urinaria y fecal (previas 4% y 0,8%); un 74% caminan sin ayuda (previo 85%) y un 26% sube escaleras sin ayuda (previo 49,2%). Han recuperado la capacidad de caminar por la calle un 73% de los que lo hacían. De forma preliminar, existe relación estadísticamente significativa entre capacidad para transferencia e incontinencia; y peor recuperación de la independencia previa en las personas institucionalizadas (p =0,01).
Conclusiones: Sólo un 45,7% recuperan o superan su nivel de independencia previo en los seis meses transcurridos

PREVALENCIA DE UN ÍNDICE TOBILLO-BRAZO PATOLÓGICO EN CONSULTAS EXTERNAS DE GERIATRÍA

J.L. González Guerrero[1], T. Alonso Fernández[1], E. Villalba[1], A. García Sánchez[1], N. García Mayolín[2] y M. Antón[1]
[1]Unidad de Geriatría - Complejo Hospitalario de Cáceres. [2]S. Admisión y Documentación Clínica - Complejo Hospitalario de Cáceres, Cáceres.

Introducción: La prevalencia de enfermedad arterial periférica (EAP) es progresivamente mayor en pacientes mayores, siendo la medición del índice tobillo-brazo (ITB) un método sencillo para detectarla.
Objetivo: Estimar la prevalencia de un ITB patológico en una población de pacientes con riesgo de presentar EAP.
Material y métodos: Estudio descriptivo, observacional, realizado en el ámbito de una consulta externa de geriatría. Se recogen datos demográficos, historia clínica, exploración y determinaciones analíticas dirigidas a valorar antecedentes de enfermedad cardiovascular y factores de riesgo vascular (FRV). Se determinó el ITB mediante sensor ultrasónico Doppler.
Resultados: El ITB fue patológico (< = 0,9) en el 36% de participantes. La prevalencia entre los pacientes con antecedentes de enfermedad aterotrombótica fue del 50%, y en aquellos con algún FRV modificable del 40%.
Conclusión: La prevalencia de ITB patológico es elevada en pacientes geriátricos ambulatorios. Debería valorarse la posibilidad de incluir esta determinación en los pacientes de riesgo.

RECUPERANDO LA FUNCIÓN: EL PACIENTE GERIÁTRICO EN UNA UME - REHABILITACIÓN

J.M. Jiménez Páez, L.C. Arranz Santamaría, C. Navarro Ceballos, M.J. Gayoso Orol, S. Ruíz Reina y M.E. García LLanos
Hospital Virgen de La Poveda, Villa del Prado.

Objetivos: Describir las características de pacientes ingresados en una Unidad de media Estancia – Rehabilitación (UME – Rehabilitación).
Material y métodos: Estudio retrospectivo de pacientes ancianos ingresados en UME - Rehabilitación. Los pacientes han sido aleatorizados por orden alfabético según los informes clínicos de alta. Uso de protocolo previamente diseñado en Base File Maker 5.0 y análisis descriptivo de los mismos.
Resultados: Revisión de 100 informes clínicos de alta hospitalaria. Edad media 80,36 años, hombres 27 (27%) y mujeres 73 (73%) y estancia media de 52 días. Modo de convivencia previo al ingreso: 33% sólo /a; 25% esposo /a; 33% con hijos. Al alta el 75% mantiene la misma ubicación. Motivo de ingreso: fractura de cadera 68 (68%), cirugía de rodilla 12 (12%), ictus 6 (6%) y deterioro funcional multifactorial 16 (16%) pacientes. Las comorbilidades más frecuentes: Osteoartrosis 81%; Hipertensión Arterial (HTA) 62%; diabetes mellitus (DM) 23%; Bronquitis Crónica (BNCO) 18%; hipercolesterolemia 14%; Demencia 11%; ictus previo 11%. Como complicaciones principales destacan: Infección Urinaria (ITU) 19%; Infección respiratoria 12%; Neumonía 5%. La incidencia de trombosis venosa y /o embolismo pulmonar es del 0%. Mortalidad 5%.
Conclusiones: *1.* La edad media supera los 80 años con un porcentaje mucho mayor de mujeres. *2.* La patología osteoarticular representa el principal motivo de ingreso *3.* La osteoartrosis y los factores de riesgo vascular tienen un papel protagonista en la comorbilidad *4.* Las complicaciones más frecuentes son la infección urinaria y respiratoria. *5.* La prevención de complicaciones tromboembólicas puede reducir su incidencia al mínimo. *6.* La mortalidad es baja y se asocia a enfermedad crónica de base y mala situación funcional previa *7.* La mayoría de los pacientes mantienen el mismo modo de convivencia al alta.

SÍNDROMES GERIÁTRICOS EN UNA UNIDAD DE MEDIA ESTANCIA - REHABILITACIÓN

J.M. Jimenez Paez, C. Navarro Ceballos, L.C. Arranz Santamaría, M.J. Gayoso Orol, C. Beas García y M.L. Tejido Sobrado
Hospital Virgen de La Poveda, Villa del Prado.

Objetivos: Describir los síndromes geriátricos (SG) y el perfil del paciente en una Unidad de media Estancia – Rehabilitación (UME – Rehabilitación).
Material y métodos: Estudio retrospectivo de pacientes ancianos ingresados en UME - Rehabilitación. Los pacientes se han seleccionando de forma consecutiva y por orden alfabético según los informes clínicos de alta. Uso de protocolo previamente diseñado en Base File Maker 5.0 y análisis descriptivo de los mismos. Los SG evaluados fueron: incontinencia de esfínteres, demencia, depresión, insomnio, estreñimiento, inmovilismo, úlceras por presión (UPP), caídas, deprivación sensorial, desnutrición, deshidratación y polifarmacia.
Resultados: Revisión de 100 protocolos en base a los informes clínicos de alta. Edad media 80 años, con el 73% de mujeres. Estancia media 52 días y una mortalidad del 5%. Los motivos de ingreso fueron: fractura de cadera 68%, prótesis de rodilla 12%, deterioro funcional multifactorial 16%. En el 100% de pacientes se objetivan SG. Los principales SG detectados son: insomnio 87%, inmovilismo 68%, estreñimiento 64%, incontinencia urinaria 56%, deprivación visual y auditiva 58) y 52% respectivamente, depresión 45%, caídas 22%, incontinencia fecal 19% y polifarmacia 77% (prazoles, analgésicos, hierro, calcio, heparinas y laxantes son usados prácticamente como protocolo en ancianos intervenidos de cirugía mayor ortopédica, de ahí el alto porcentaje de polifarmacia. En 13 pacientes se diagnostica al ingreso úlceras por presión (UPP). Los fármacos más usados son: paracetamol (86%), prazoles (79%), calcio (75%), loracepán (61%), estreñimiento (60%), hipotensores (57%), antidepresivos (46%), metamizol (40%) y AINEs (32%).
Conclusiones: *1.* La mayoría de ingresos (80%) corresponde a cirugía de cadera y rodilla. *2.* En el 100% de pacientes se detectan SG. *3.* El insomnio, estreñimiento y polifarmacia son los SG más frecuentes. *4.* Elevada prevalencia de patología afectiva (cercana al 50%). *5.* La UPP continúa siendo un problema de primera magnitud en el anciano hospitalizado.

UNIDAD DE REHABILITACIÓN GERIÁTRICA: PERFIL DEL PACIENTE DURANTE EL PRIMER AÑO

M. Gonzalo Lazaro, B. González Glaría, J. Oteiza Olaso, M. Lama, J.M. Jiménez Arribas y M.C. Ibero Andión
Hospital San Juan de Dios, Pamplona.

Introducción y objetivos: Nuestra Unidad de Rehabilitación Geriátrica (URG) fue creada hace un año. Durante éste, el perfil de paciente que ingresa se ha ido homogeneizando; pero todavía no todos cumplen criterios adecuados, teniendo pacientes cuyas características responden más a un perfil de Agudos o de Crónicos. Por esto, proponemos describir qué perfil ingresa en una URG y analizar cuáles se asocian a mayor mejoría funcional.
Material y métodos: Datos de 152 pacientes de la URG de un año: demográficos (edad, sexo, fecha ingr-alta, procedencia, deriv al alta), perfil (agudo, subagudo, crónico), diagnóstico ingreso, patología asoc, sit funcional (previa, ingreso, alta), perfil nutricional, instrumentalización. Análisis descriptivo de la muestra y de la evolución funcional mediante comparación de medias y proporciones.
Resultados: E media: 81 años, 62,5% mujeres. Proc esencia (%): 70,4 serv hospitalarios (31,5 Traumat, 19,3 serv médicos, 9,2 otras Cirugías), 17,1 Urgencias, 10,5 primaria, 1,3 residencias. Alta (%): 53,3 domicilio, 21,7 residencia, 19,7 exitus. Est media: 30 días. Perfil (%): convalecencia 59,9, agudo 17,1, larga est 17,1, paliativo 3,9. Patología asoc: nº enf asociadas: 2,17; HTA 59,2, DM 26,3, HL 23,7, ICC 23,7, FA 23,7, enf cerebrovasc 22,4, ACV 18,4, EPOC 10,5, demencia 13,2. Al ingreso s. confusional 40,1%; inmovilidad 61,2%; UPP 25%; caídas 38,8%; depresión 25,7%; s vesical 23,7%; SNG 4,6%;

O2 20,4%, vía iv 28,3%. Sit funcional: BARTHEL prev/ing/alta: 70,62/16,86/ 50,7; mejoría func: 30,63; mejoría func ≥ 45: 27,6%. LAWTON prev/ing/alta: 2,7/ 0,19/ 0,56. Nutricional: alb ing /alta: 2,79/2,85; colest ing/alta: 183,7/185,6; linfoc ing /alta: 1712/ 1949. Análisis de comparación de medias/proporciones: dif significativas en: sit funcional (Barthel y Lawton) previo-ing-alta; sit nutricional (albúmina, linfoc) ing y alta. Más mejoría funcional en: pac de Trauma, con Barthel y Lawton previo mayor. Menos mejoría funcional en demencias, enf cerebrovasc, más edad, más nº enf asociadas. No dif significativas en mejoría funcional y estancia media.
Conclusiones: El paciente de nuestra URG es mujer de 81 a, con dos patologías asoc, remitida de otros hosp, 60% con perfil rehabilitador, y con cierto grado de instrumentalización. Se benefician más de la URG los que proceden de Trauma, con mejor sit funcional previa. Los pacientes con demencia, enf cerebrovasc o con varias enf crónicas se benefician menos desde el p de vista funcional.

FRACTURA DE CADERA EN ANCIANOS: IMPORTANCIA DE LA INTERVENCIÓN GERIÁTRICA

M. Herrera Abian, A. Palomo Lloro, E. Logroño Varela, A. González Ramírez, M. Lázaro del Nogal y J.M. Riera Casado
Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

Objetivos: Valorar la situación funcional, cognitiva, social y la asociación de síndromes geriátricos de los pacientes ingresados con fractura de cadera. Analizar la comorbilidad y las complicaciones postoperatorias. Estudiar los factores determinantes de la ubicación al alta.
Material y métodos: Estudio prospectivo. Periodo: enero-diciembre 2005. Se incluyen todos los pacientes mayores de 65 años ingresados en el Sº de Traumatología con diagnóstico de fractura de cadera. Protocolo de estudio: valoración geriátrica integral, complicaciones perioperatorias, destino al alta. Análisis estadístico: SPSS v. 12.0
Resultados: Se incluyeron 311 pacientes. 76% mujeres. Edad media 85 ± 7,6 años. Estancia media 26 ± 20 días. Tiempo medio de espera para cirugía 7 ± 8,2 días. S. funcional: Katz A-B 30%, Lawton 7-8 17%; Precisan ayuda técnica para la marcha 76%. S. social: 22% vive solo. Síndromes geriátricos: incontinencia 56%; > 2 caídas/año 68%; comorbilidad 44%. Tratamiento previo: nº fármacos 4,25 de media; Ansiolíticos 57%; Diuréticos 57%; antihipertensivos 53%; Ca y vit. D 11%. Complicaciones postoperatorias: infecciones 41%, metabólicas 33%; mayor incidencia en pacientes con mayor comorbilidad (p = 0,009). Destino al alta: centro rehabilitación 45%, domicilio 40%, exitus 4,2%. El alta a centro de RHB o residencia se produce con más frecuencia en mayores de 85 años, con mayor morbilidad, con Katz al ingreso de F-G, Lawton al ingreso 0-1 y con tiempo de espera quirúrgica mayor de 7 días (p < 0,05 en todos los casos). Deambulación al alta: 1 apoyo 29%, 2 apoyos 32%, andador 28%, no camina 11%. La deambulación con 1 ó 2 apoyos es más frecuente en menores de 85 años, Katz A-B y Lawton 7-8 (p < 0,05 en cada variable).
Conclusiones: La interconsulta geriátrica permite conocer la situación previa del paciente y la comorbilidad, para así realizar una intervención precoz que evite complicaciones, ajuste tratamiento y permita la adecuada ubicación al alta.

PREVENCIÓN DEL DETERIORO FUNCIONAL

P. Alcalde Tirado y M. García González
Hospital General de Granollers, Granollers.

Objetivo: Establecer el beneficio de la valoración multidisciplinar en una unidad de geriatría de agudos (UGA) en la indicación del tratamiento fisioterapéutico para prevenir el deterioro funcional.
Material y métodos Estudio prospectivo de cohortes constituido por un grupo de estudio (GE) de pacientes ingresados en una UGA durante los años 2004/05 con tratamiento fisioterapéutico, comparados con un grupo control (GC). Se indica la fisioterapia en aquellos con potencial rehabilitador. Se analizan las variables al ingreso y al alta hospitalaria.
Resultados: El GE está constituido por 194 pacientes (76 varones (39%), edad media 84 años). El GC 118 (34 varones (29%), edad media 84). No hay diferencias significativas en situación basal, excepto mayor autonomía en las transferencias (GE 128 (66%), GC 43 (36%); p < 0,001) y en deambulación (GE 131 (67%), GC 43 (36%); p < 0,001), (sesgo de selección). Al alta presentan las siguientes diferencias: autonomía en transferencias (GE 109 (60%), GC 26 (22%); p < 0,0001); deambulación (GE 101 (56%); GC 27 (23%); p < 0,0001). No objetivamos diferencias en las demás variables al alta. Al ingreso un 45% utilizaba alguna ayuda técnica, necesitándose al alta en un 55%. En el 32% se aconsejó algún tipo de recurso de rehabilitación al alta.
Conclusiones: Es una población con alta dependencia funcional, pudiéndose frenar su deterioro durante su estancia hospitalaria con una adecuada valoración que identifique aquellos pacientes subsidiarios de realizar fisioterapia durante su ingreso, y a los que pueden continuar mejorando después del alta. Además, la educación sanitaria podría incidir a largo plazo en disminuir dicho deterioro funcional.

RECUPERACIÓN FUNCIONAL DE FRACTURAS DE CADERA EN ANCIANOS EN EL C. HOSPITALARIO DE TOLEDO

F. Madruga Galán, A.J. Blanco Orenes, M.A. De la Torre Lanza, M.S. Amor Andrés, M.J. Led, B. Grandal Leirós, F. Tarazona Santabalbina, B. Cobos Antoranz, A. Cruz Santaella y J.M. Fernández Ibáñez
Servicio de Geriatría. Hospital Virgen del Valle. Toledo.

Introducción: La fractura de cadera es la complicación más importante de la osteoporosis en términos de morbimortalidad, generando un importante deterioro funcional y de incapacidad crónica. Es la fractura de mayor importancia en ancianos. Las Unidades de Recuperación Funcional (URF) son un eslabón fundamental en el tratamiento integral del que se benefician un grupo importante de ancianos, tendente a la recuperación de la funcionalidad y autonomía perdidas.
Objetivos: Analizar las características de los pacientes ingresados en una unidad de recuperación funcional (URF) de un hospital geriátrico durante un periodo de dos años
Material y métodos: Se realiza un estudio descriptivo mediante recogida de datos en historia clínica de pacientes ancianos con fractura de cadera del Área sanitaria de Toledo que son ingresados para tratamiento rehabilitador de la marcha durante el periodo 2004-2005. Se recogen, entre otras, las siguientes variables: Número total de pacientes, edad, sexo, tipo de fractura, pluripatología, estancia media, deterioro cognitivo previo, porcentaje de pacientes rehabilitados, pérdida funcional tras la fractura, ganancia funcional al alta y destino al alta.
Resultados: Se rehabilitaron 390 pacientes con fractura de cadera, el 84% son mujeres y el 16% varones. La edad media es de 85,5 años. Los tipos de fractura encontrados son: pertrocantéreas 202 casos (52%), subcapitales 164 casos (42%) y subtrocantéreas 24 (6%). Presentaban más de 4 enfermedades crónicas el 78,9% de los pacientes y deterioro cognitivo previo (CDR > 0,5: 31%). La selección de pacientes es realizada por un equipo de ortogeriatría que es el responsable directo del control clínico perioperatorio y de la derivación al nivel asistencial más adecuado. Se rehabilitaron el 61% de las fracturas de cadera del Área sanitaria (390 pacientes). La pérdida funcional tras la fractura (I. Barthel (IB) previo – I. Barthel al ingreso) fue de 60 puntos de Barthel. La ganancia funcional (IB Alta - IB al ingreso) media fue de 25 puntos de Barthel. La estancia media en Traumatología es de 4 días y en URF de 18 días. Destino al alta: Nueva Institucionalización: 15%, Domicilio habitual: 85%.
Conclusiones: En nuestra área son rehabilitados la mayoría de los ancianos con fractura de cadera, previa selección por el equipo de ortogeriatría. La existencia conjunta de un equipo de ortogeriatría y una URF son elementos claves para el manejo integral de la fractura de cadera en ancianos. Esta estructura asistencial permite un estrecho control clínico, una adecuada selección de pacientes, facilita la coordinación entre niveles así como una correcta optimización de los recursos y una mejora en la gestión de casos. La edad y la existencia de deterioro cognitivo moderado per se, no excluyen el ingreso en una URF, previa valoración geriátrica.

COMUNICACIONES LIBRES III

Sala Ciudadela 1
Jueves, 15 de junio, de 09:30 a 11:30 horas

Miscelánea clínica I

Modera:
Lourdes Gorricho
Gestión Asistencias, S.A.

PROCESOS AGUDOS INTERCURRENTES DURANTE LA ESTANCIA EN UN CENTRO SOCIOSANITARIO

M. Lacasa Cadena, F. Alaez, R. Iniesta, M. Aguas, A. Garrigos, L. Aisa y G. Valls
Sociosanitario Palau. Barcelona.

Objetivo: Identificar las patologías agudas que presentaron los pacientes durante su estancia en nuestro CSS.
Material y métodos: Estudio retrospectivo descriptivo de 340 pacientes dados de alta en el CSS Palau durante el segundo semestre del 2005. Se evaluaron las historias clínicas y se registraron las variables: sexo, edad, unidad de ingreso. Índice de Barthel previo, al ingreso y al alta, número de fármacos al ingreso y al alta, presencia de delirium, número de estancias, complicaciones y destino al alta. Los datos fueron registrados en una base Acces y procesados con el programa SPSS. v. 10.0.
Resultados: El 40% de los pacientes presentaron complicaciones, 21,3% fueron cuadros depresivos, 17,6% enfermedades genitourinarias (la más frecuente infección urinaria) y 15,4% procesos respiratorios. El sexo, la edad, IB previo, los fármacos al ingreso y la unidad no fueron variables predictivas de complicación. Los pacientes con complicaciones presentaron un IB al ingreso y al alta significativamente inferior al de aquellos que no presentaron complicaciones ($p = 0,015$ y $p = 0,002$). Los pacientes con delirium tuvieron más complicaciones ($p = 0,015$). La estancia fue superior ($p = 0,017$) y también el número de fármacos al alta ($p = 0,04$). Un 76% de pacientes que fallecieron presentaron alguna complicación.
Conclusiones: Un porcentaje elevado de pacientes presentan durante su ingreso alguna complicación, lo que provoca un mayor retraso en las altas. Asimismo, presentan al alta menor funcionalidad, más delirium, mayor número de fármacos al alta y mayor mortalidad. La patología más prevalerte fueron las depresiones, infecciones urinarias e infecciones respiratoria vías bajas.

ESTUDIO DE PREVALENCIA DE INFECCIÓN NOSOCOMIAL EN UNA UNIDAD DE LARGA ESTANCIA: CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES Y ANÁLISIS DE LOS FACTORES DE RIESGO

E. de Jaime Gil, C. Nogueras, C. Roquetas, R. Miralles y A.M. Cervera
Servicio de Geriatría del IMAS, Barcelona.

Introducción: La infección nosocomial (IN) es aquella que se adquiere durante el ingreso hospitalario. En los hospitales de agudos la IN ha sido muy bien estudiada y caracterizada, sin embargo en el entorno sociosanitario existen pocos estudios.
Objetivo: Conocer la prevalencia de IN en una unidad de larga estancia y analizar sus características y factores de riesgo.
Material y métodos: Se realizó un estudio transversal de IN en una unidad de larga estancia durante tres días de Febrero del 2006. Se realizó la recogida de datos mediante la encuesta EPINGER-2000 (departamento de Sanidad, Generalitat de Catalunya), que recoge datos demográficos, diagnósticos al ingreso, factores de riesgo intrínsecos (enfermedades asociadas, comorbilidad (Charlson), situación funcional (Barthel), presencia de úlceras y función cognitiva (Cruz Roja), factores de riesgo Extrínsecos (sondaje vesical, traqueostomía, sonda nasogástrica o gastrostomía) y fármacos (corticoides, antiácidos y antimicrobianos previos). Se registró también la localización de la IN, el microorganismo y el antibiótico pautado. Se diagnosticó IN según los criterios de Mc Geer (traducción/adaptación del grupo EPINGER 2000).
Resultados: Durante el estudio hubo 205 pacientes ingresados en la unidad, con una edad media de 78,6 ± 13,4 años (62% mujeres, 38% hombres). Las medias del índice de comorbilidad y del Barthel fueron 2,5 ± 1,6 y 35,3 ± 32,0 respectivamente. La prevalencia de IN fue del 11,2%. La localización fue: 8 infecciones respiratorias bajas (34,7%), 4 urinarias (17,3%), 3 de cavidad oral (13,0%), 2 de vías respiratorias altas (8,7%), 2 micosis (8,7%), 2 conjuntivitis (8,7%), 1 gripe (4,3%) y una de herida (4,3%). El antibiótico más utilizado fue la amoxicilina clavulánico (30,4%). De 29 pacientes con enfermedad cerebrovascular (ECV), 7 (24,1%) tenían IN, mientras que de los 176 sin ECV, sólo 16 (9,0%) la tenían ($p < 0,005$).De 16 pacientes con antecedentes de haber tomado antimicrobianos previamente, 7 (43,7%) tenían IN, mientras que los 189 que no los habían tomado, sólo 16 (8,4%) la tenían ($p < 0,005$). El resto de factores de riesgo analizados no mostraron relación significativa con la presencia de IN.
Conclusiones: *1.* La prevalencia de IN ha sido más alta que en estudios anteriores. *2.* Los factores de riesgo relacionados con la IN han sido el antecedente de ECV y la toma previa de antimicrobianos. *3.* Los factores de riesgo clásicamente relacionados con IN en los hospitales, no se han mostrado significativas en el entorno sociosanitario, posiblemente debido a los diferentes perfiles de pacientes y al reducido tamaño de la muestra con IN.

SUPERVIVENCIA TRAS ACCIDENTE VASCULAR CEREBRAL AGUDO EN PACIENTES CON SONDA NASOGÁSTRICA

R. León, C. Torres, A. Romero y E. Pérez
Hospital El Tomillar, Sevilla.

Introducción: Investigaciones recientes de alta calidad recomiendan el uso de sondas nasogástricas (SNG) precozmente en accidentes cerebrovasculares agudos (AVCA). En cambio, la impresión clínica en el ámbito de un Hospital de enfermos geriátricos y pluripatológicos sugiere que la nutrición por SNG no aporta beneficios en los primeros días tras este episodio, pudiendo ésta ser retrasada, dada la alta mortalidad.
Objetivos: Medir el tiempo de supervivencia tras la colocación de una SNG en pacientes con AVCA ingresados, a fin de orientar sobre la indicación de la misma en los primeros días tras el episodio agudo.
Material y métodos: Estudio observacional. Muestra de pacientes obtenida a través del CMBD, introduciendo los códigos CIE-9 específicos de AVCA y SNG, recogidos a partir de los informes de alta y fallecimiento. Periodo de reclutamiento: 30/11/2001 al 30/11/2003, con seguimiento de dos años para todos los pacientes incluidos. A través de revisión retrospectiva de informes clínicos, se recogieron para cada paciente incluido, variables demográficas, de situación funcional (índice de Katz) previa y posterior, y supervivencia; en caso de duda se realizó contacto telefónico para confirmar los datos.
Resultados: Se encontraron 305 pacientes con código de AVCA, de los cuales 52 presentaban además código de SNG. De ellos, 4 se excluyeron por datos insuficientes. Hubo 43 fallecimientos, de los cuales el 13,46% ocurrieron durante la 1ª semana y el 48,07% en las primeras 4. Al final de las 16 semanas habían fallecido el 69,23%. El 52% fueron dados de alta, todos con un índice de Katz G, menos uno. Sobrevivieron los dos años 5 pacientes.

Conclusiones: Nuestros resultados sugieren que pacientes que sufren AVCA severos y a los que se les ha indicado SNG, presentan una mortalidad en los primeros días apreciable. Habría que replantearse en nuestro centro la indicación de SNG precoz en este tipo de pacientes, atrasándola lo clínicamente posible.

SEGUIMIENTO DEL ANCIANO ANTICOAGULADO EN ATENCIÓN PRIMARIA

H. Aguirre, M.J. Lerena, M.A. Iñigo, J. Garayoa, M.J. Biurrun y L.M. Sucunza
Centro de Salud de Estella, Estella.

Objetivos: Conocer indicación, manejo y control de ACO (Anticoagulación Oral) en mayores de 75 años en Atención Primaria en 2005.
Material y métodos: *Tipo de estudio:* descriptivo transversal. *Ámbito de estudio:* ZBS urbana. *Sujetos:* 117 mayores de 75 años con ACO durante el año 2005 (1/01/05-31/12/05). *Mediciones:* Indicación, número de visitas para control, INR, modificación de dosis, administración de vitamina K?, derivación hospitalaria, número de hemorragias. *Intervenciones:* Excluimos 5 ancianos: 3 fallecieron durante el estudio, y 2 se trasladaron a otra ZBS.
Resultados: Las indicaciones fueron: Fibrilación Auricular 74,10% (83), TVP 10,64% (10), TEP 5,36% (6), Prótesis Valvular Mecánica 7,14% (8), Otras 3,48% (5). Las 1524 visitas realizadas registraron un INR en rango en 53,02% (808), INR entre 4 y 6 en 7,94% (121), e INR mayor de 6 en 1,44% (22). Con INR entre 4 y 6 se redujo la dosis al 100% de los pacientes. Con INR mayor de 6: al 68,18% (15) se modificó dosis, al 22,73% (5) se redujo dosis y administró vitamina K?, y al 9,09% (2) se remitió al hospital, es decir, al 0,13% del total. Se presentaron 3 hemorragias (2,68%), todas con INR en rango.
Conclusiones: Dada la edad en estudio no extraña que Fibrilación Auricular sea la indicación más frecuente, lo que nos sorprende y preocupa es que el 46,98% de nuestros ancianos está mal controlado (sólo 53,02% en rango frente al 70% considerado óptimo en la Guía de ACO en Atención Primaria de Osasunbidea). Curiosamente todas las hemorragias ocurrieron con INR en rango, dato que favorece la introducción de la ACO como profilaxis y tratamiento de afecciones tromboembólicas en enfermos que generalmente presentan pluripatología y en los que puede estar más indicado. Que sólo se derivara el 0,13% de las visitas atendidas creemos que refleja la disposición de Atención Primaria a manejar la ACO, lo que beneficia especialmente a la población anciana con mayor dificultad de acceso a otros niveles; aunque hemos de esforzarnos en mejorar su control. Con todo, pensamos que el seguimiento de ACO por parte del equipo de Atención Primaria puede aportar una mejora en la calidad de vida del anciano, lo que fue un motivo primordial en la implantación del programa de ACO en Atención Primaria.

APROXIMACIÓN CUALITATIVA AL TRATO DEL MAYOR RESIDENTE EN INSTITUCIONES SOCIOSANITARIAS DE GRANADA

F.J. Vinuesa Acosta[1], E. Vera Salmerón[1], J.A. Egea Velázquez[1], S. Martín Sances[2], F. Conti Cuesta[2] y M.J. Cabrera Castillo[2]
[1]Unidad de Atención a Residencias D. S. Metropolitano de Granda, Granada, [2]Distrito Sanitario Metropolitano de Granada, Granada.

Objetivos: *1.* Conocer la opinión de profesionales de enfermería de atención primaria sobre el trato que reciben los mayores institucionalizados en el ámbito del D. S. Metropolitano de Granada. *2.* Conocer si han detectado algún tipo de maltrato o práctica con mayores que pudiera identificarse como tal. *3.* Valorar las necesidades de intervención en este ámbito.
Material y métodos: Estudio cualitativo mediante técnica de grupo focal con enfermeros de atención primaria que estuvieron visitando y valorando ancianos institucionalizados en residencias de su zona básica de salud durante los meses de Noviembre y Diciembre de 2005.
Resultados: La mayoría de los enfermeros de atención primaria que participaron en el estudio no habían trabajado en residencias de ancianos, si lo hacían con ancianos en sus domicilios. Durante su estancia pudieron apreciar como dato más representativo la falta de personal, especialmente en los centros con mayor número de plazas. Respecto a la pregunta sobre si estaban bien atendidos se señalan opiniones del tipo "se puede mejorar", "están abandonados", "no los llevan al servicio porque no hay personal", "se me quedo grabada la imagen de cómo daban de comer a todo el comedor con una única jeringa". "las mismas posiciones, las mismas posturas, todos los días los mismos en los mismo sitios, rutina", "faltan actividades sociales". Alguno de los asistentes reconoció haber estado ante algún anciano maltratado. Pero que fundamentalmente son negligencias en los cuidados o sujeciones inadecuadas. Así mismo, reconocieron dificultades para manejar el maltrato, ausencia de protocolos, lentitud en los procedimientos, falta de implicación de los profesionales. Valoran como necesarias sesiones clínicas interdisciplinarias de formación. Establecimiento de protocolos de actuación y apoyo por parte de las instituciones, fiscalía, inspección o profesionales sanitarios especializados.
Conclusiones: El abordaje con metodología cualitativa nos pareció adecuado y enriquecedor para conocer el trato que reciben los mayores en nuestra zona del área metropolitana de Granada. Se aportaron opiniones y valoraciones de posibles maltratos que no se habían incluido o detectado en las valoraciones estandarizadas previamente realizadas. Se obtuvo un consenso sobre la necesidad de formación, intervención e implicación de las diferentes partes.

TIPIFICACIÓN DE LA PATOLOGÍA PSIQUIÁTRICA EN UN CENTRO RESIDENCIAL ASISTIDO DE CARÁCTER PÚBLICO

M.J. Rodríguez Barquero, C. Jiménez Blázquez, J. Gómez Lebrón, J.C. Arias Jiménez, A. Serrano Navarro y V. Blázquez Costa
Centro Residencial SAR Isdabe, Estepota.

Introducción: Estudios acerca de enfermedades mentales prevalentes en la población geriátrica sugieren que en el ámbito de las Residencias habitualmente no son cubiertas las necesidades de atención psiquiátrica. Para la AAGP son prioridades en investigación los casos en que coexiste la enfermedad mental con dos o más problemas médicos, así como las patologías graves (esquizofrenia, T. Delirante, T. Bipolar y Depresión grave recurrente o refractaria).
Objetivos: Tipificar la patología Psiquiátrica de los usuarios ingresados en este Centro Residencial SAR Isdabe desde el año 2000 hasta diciembre 2005. Analizar las características clínicas y sociales de la misma antes y durante la institucionalización.
Material y métodos: Análisis de los datos obtenidos a través de las valoración interdisciplinar al ingreso y de la evolución y seguimiento del usuario. Paquete estadístico SPSS.
Resultados: De una población de 215 ingresos, casi el 20% presenta Patología Psiquiátrica, Algo más de la mitad de los casos consisten en Trastorno afectivo grave y T. de la personalidad, estando el resto representado por Esquizofrenia, Retraso mental y Ansiedad generalizada. Un 41% de los casos presentan al menos dos diagnósticos médicos añadidos. La dependencia funcional al ingreso era en su mayoría leve. Han precisado seguimiento en consulta de Psiquiatría el 41% de ellos y hasta un 33% han tenido que ser derivados de forma urgente por episodio grave. Se consideró como causa de institucionalización una escasa red de apoyo familiar (42,8%) habiendo ingresado el 64.2% por plaza asistida y un 35,7% por plaza de Alzheimer. La patología psiquiátrica fue el diagnóstico principal en el 55% de los casos (Esquizofrenia, T. De la personalidad y retraso mental). Un 9,5% tuvo que ser trasladado a un Centro Psicogeriátrico.
Conclusiones: La prevalencia de enfermedades psiquiátricas graves es elevada en nuestra población. Pese a contar en el equipo con Geriatra y psicólogo, la necesidad de atención especializada y urgente por salud mental no ha sido despreciable sin que esto pudiera haber sido previsto en el momento del ingreso Pese a ello sólo un 9,5% han sido trasladados a plaza de psicogeriatría con una media de 8 meses de espera.

ESTUDIO DE LA INFECCIÓN URINARIA EN UN HOSPITAL DE APOYO

A.R. Expósito Blanco, A. Aguilera Zubizarreta, M. del Campo de Roig-Ibáñez, M.A. Gandarillas Valle, J.A. Martínez Ramírez, A. Noriega Ortiz y A.M. Rodríguez Valcarce
Hospital Santa Clotilde. Hermanos de San Juan de Dios, Santander.

Objetivos: Valorar la prevalencia de Infección del Tracto Urinario (ITU) en un Hospital Geriátrico de Apoyo, conocer los microorganismos causales y la frecuencia de resistencias a los antibióticos.

Material y métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de todos los urocultivos realizados en pacientes ingresados en todas las Unidades de Hospitalización, c on sospecha clínica de ITU en Hospital Santa Clotilde a lo largo de los años 2003, 2004 y 2005. Valoración de los antibiogramas realizados y perfil de resistencia a antibióticos.
Resultados: A lo largo de los 3 años, se ha atendido a un total de 1881 pacientes. Por sospecha clínica de I TU, se han realizado 1184 urocultivos, objetivándose Infección Urinaria (>100000 UFC/ml), en 828 (70%). 296 cultivos (25%), han sido negativos, y 60 muestras habían sido mal recogidas (5%). La prevalencia de ITU en los pacientes atendidos en el hospital ha sido de un 44%. Los microorganismos aislados con más frecuencia han sido: *E. coli* (39%), *P. Aeruginosa* (9%), otras enterobacterias (8,7%) y *proteus mirabilis* (6%). En los antibiogramas realizados en el 2003 para las cepas de *E. Coli*, se observa alta resistencia a Ampicilina (81,54%), CTMX (61,72%),
Norfloxacino (46,51%) y Amoxi/Clavulánico (46,1%), resistencia bajas a Cefuroxima, Nitrofurantoína y Fosfomicina y alta sensibilidad a cefalosporinas vía parenteral. Las cepas de *P. Aeruginosa* presentaron una sensibilidad del 100% a Ceftazidima parenteral.
Conclusiones: Elevada prevalencia de ITU en los pacientes atendidos en el hospital, que puede estar relacionada con las estancias prolongadas y el perfil de enfermos con importante deterioro funcional y comorbilidad, multitratados previamente en un hospital de tercer nivel. Los microorganismos más frecuentes *E. coli* y *P. Aeruginosa*, presentan elevada tasa de resistencias a los antibióticos de primera elección en un centro como el nuestro, lo que nos obliga a cambiar la terapia empírica inicial.

FACTORES DE RIESGO DE DECLIVE FUNCIONAL EN LA COHORTE NEDICES

F. Bermejo Pareja[1], F. Sánchez-Sánchez[1], S. Vega Quiroga[2], E. Carrillo[1], Juan Castilla[1] y J. Benito-León[3]
[1]Servicio de Neurología Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid. [2]Centro de Salud El Espinar, Segovia. [3]Servicio de Neurología Hospital General; Móstoles.

Introducción: Se analizan los factores de riesgo de declive funcional entre el corte basal (1994), para los participantes con declive funcional entre éste y el segundo corte (1997), en la cohorte de ancianos NEDICES (Neurological Disorders in Central Spain).
Material y métodos: NEDICES es una investigación poblacional en tres áreas (dos urbanas en Madrid) y una rural en 38 aldeas de Arévalo (Ávila) que evalúa en el primer corte más de 500 ítems de variables sociodemográficas y de encuestas y escalas salud, y más de 800 ítems en el segundo corte. La aparición de dependencia funcional mensurada por las escalas de Pfeffer y Katz en el segundo corte se relaciona con diversas variables del primer corte mediante un estudio de regresión logística binaria siguiendo un proceso de "inclusión condicional"
Resultados: El estado cognitivo clínico (ausencia de demencia versus demencia), la edad (baremada en grupos de cinco años), la salud percibida (mala versus mejor que mala), el consumo de fármacos (menos de cinco versus más de cinco), el número de enfermedades crónicas (menos de cuatro versus cuatro o más), el área de residencia y el tipo de convivencia, muestran significación estadística de riesgo. Se han quedado fuera del modelo las variables sexo, nivel educativo y estado civil.
Conclusiones: El rendimiento cognitivo cognitivo, la edad y el estado subjetivo y objetivo de salud son variables ligadas a la aparición de declive funcional en este estudio.
Estudio subvencionado por el SACYL 2004.

SITUACIÓN DE DEPENDENCIA Y SU RELACIÓN CON EL DETERIORO COGNITIVO EN UNA POBLACIÓN DE >80 AÑOS. DATOS DEL ESTUDIO POBLACIONAL COGMANLLEU

J.C. Rovira Pascual[1], A. Bartés[1], A. Moral[1] y E. Bufill[2]
[1]Hospital Sant Jaume, Manlleu. [2]Hospital General Vic, Vic.

Objetivos: Describir la situación de dependencia de una población muy anciana ("oldest old") en la Comunidad. Valorar la relación de la situación funcional con el deterioro cognitivo y EA.
Material y métodos: COGMANLLEU fue un estudio poblacional en el territorio ABS Manlleu (25000 hab) que incluía todos los ind. De >80 a. (890 indiv). 1ª fase protocolo; si sospecha deterior cognit pasan 2ª fase para diagn. Demencia. Aquí se analiza situación funcional en base a I Barthel, Blessed Dementia Rating Scale, Interview for deterioration in Daily Living Activities in Dementia (IDDD), Rapad Disability Rating Scale-2 (RDRS-2) y relación con det. Cognit (MEC, MMSE, GDS-Reisberg) recogidos en 1ª y 2ª fase.
Resultados: *1ª. Fase:* evaluada n = 583 con varones n = 193 y mujeres n = 390; Edad n = 286 (80-84 años) n = 224 (85-89 a.) n = 64 (90-94 a.) n = 9 (>95 a.); Déficit visual 43,6%, Déficit auditivo 37,5%; I. Barthel autónomo n = 237 (40,7%), dep. parcial n = 274 (47%), Dep. moderada n = 23 (3,9%), Dep. severa n = 17 (2,9%), Dep. Total n = 32 (5,5%); Percepción subjetiva pérdida memoria 54,4%; *1ª y 2ª Fase:* (n = 440) Prevalencia deterioro cognitivo 49% (IC 95% 44,3-53,7) Prev. Demencia 24,5% (IC 95% 20,5-28,5) Prev. EA 11,6% (IC 95% 6,6-14,6). Revisamos media y desviación típica puntuaciones tests funcionales por nivel de deterioro cognitivo recodificando en 3 grupos (n = 236): No deterioro (n = 44), Det. Cognitivo leve (n = 99), Demencia (n = 93). Encontramos relación puntuación de E. Blessed, IDDD, RDRS-2, $p < 0,001$ (ANOVA, Kruskal-Wallis). Si relacionamos con GDS Reisberg recod. 5 grupos (1-2, 3, 4, 5, 6-7) (n = 236) existe relación con puntuación de E. Blessed, IDDD, RDRS-2, $p < 0,001$ (ANOVA, Kruskal-Wallis). Revisamos Factores asociados a EA comparando Casos (EA) n = 51 y controles (GDS2) n = 49 muestra con E. Blessed ($p < 0,001$ test de Wald), I. Barthel ($p < 0,01$), MEC ($p < 0,001$ test de Wald), IDDD (recod. media) ($p < 0,001$), RDRS-2 ($p < 0,001$).
Conclusiones: El 40,7% de personas mayores de 80 a. de la población general estudiadas son autónomas y un 47% tienen dep. parcial. Tanto el I. Barthel como los otros instrumentos de valoración funcional utilizados (Blessed, IDDD, RDRS-2) se relacionan de manera significativa con el nivel de deterioro cognitivo, tanto si utilizamos el diagnóstico de demencia como si lo relacionamos con los estadios GDS-Reisberg.

VALOR PRONÓSTICO DE LA POLIFARMACIA EN UNA UNIDAD DE CONVALECENCIA Y REHABILITACION (UCR)

I. Bueno Martín, J.M. Navarro Martínez y P. Margalef Benaiges
Hospital Santa Creu, Tortosa.

Objetivos: Describir las características de los pacientes que sufren Polifarmacia al ingreso en UCR. Establecer asociaciones con variables al alta (estancia media, situación funcional previa al ingreso y al alta, número de complicaciones, mortalidad, fármacos al alta, destino al alta así como asociación con otros síndromes geriátricos).
Material y métodos: Se recogen mediante protocolo las siguientes variables: datos demográficos, funcionales, síndromes geriátricos, complicaciones y estancias medias en agudos y en UCR de 183 pacientes ingresados en UCR en un periodo de 11 meses. Se realiza estudio estadístico descriptivo, comparación de medias y proporciones, y análisis multivariante de regresión logística para identificar factores de riesgo con explotación de paquete estadístico SPSS.
Resultados: 183 pacientes que ingresan en UCR un 51% son varones, edad media de 81,3 ± 7,1 años. Barthel previo (Bp) 84,3 ± 15,5 pt, Barthel al ingreso (Bi) 25 ± 22 pt y Barthel al alta (Ba) 45 ± 30 pt. Número de complicaciones durante el ingreso 2,96 ± 1,5. Fármacos previos 5,4 ± 5,39 y al alta 7,45 ± 2,6. Estancia media en Agudos 12,75 ± 8,5 días y estancia media en UCR 54,9 ± 30 días. Número de Síndromes Geriátricos al ingreso (Nº SG) 4,54 ± 2. Procedencia 9,8% Urgencias, Medicina Interna 56,3%, PADES 5,5, COT-CIR 26,2%. La mortalidad global de la muestra es de 14,77%. Definimos Polifarmacia (PF) como > 4 fármacos previos al ingreso. De la muestra el 59,5% tiene PF. En el análisis multivariable se observa que los pacientes que presentan polifarmacia tienen mayor edad (p 0,003), el Barthel al alta es mayor (p 0,003), mayor autonomía en vestido (p 0,008), alimentación (p 0,000) y en el mayor numero de fármacos al alta (p 0,034). El 61% de los éxitus presentan PF previa. No se encuentran diferencias significativas en cuanto al sexo, nº de complicaciones, síndromes geriátricos ni en las estancias hospitalarias. Tras la regresión logística, los factores predictivos de PF son la edad con OR 1,062, el Barthel al alta con OR 1,011, la autonomía en el vestido con OR 0,386, el nº de fármacos al alta OR 1,460 y la mortalidad OR 2,815.
Conclusiones: Los pacientes de nuestro estudio que presentan más de cuatro fármacos antes de su ingreso en UCR, son más ancianos, con una mejor situación funcional al alta a expensas de ma-

yor autonomía en el vestido y la alimentación. Así mismo se asocia a una mayor polifarmacia al alta hospitalaria si bien presentan mayor mortalidad.

RESULTADOS OBTENIDOS EN POBLACIÓN GERIÁTRICA MEDIANTE LA MONITORIZACIÓN AMBULATORIA DE LA PRESIÓN ARTERIAL (MAPA) A LO LARGO DE DOS AÑOS

A. Blanco Orenes, F. Madruga Galán, F.J. Tarazona Santabalbina, R. Padilla Clemente, A. Cruz Santaella, M.A. de la Torre Lanza, B. Cobos Antoranz, J.L. Blázquez Carrasco, H. Gac Espínola y B. Grandal Leirós
Hospital Virgen del Valle, Toledo.

Introducción: La monitorización ambulatoria de la presión arterial (MAPA) ha demostrado ser una técnica eficaz para el control de las variaciones de la presión arterial en pacientes geriátricos. Población en la que se ha evidenciado un aumento significativo de patrones no reductores nocturnos de la presión arterial. Conocer la cronobiología de los pacientes facilita una adecuada cronoterapia.
Objetivo: Realizar un análisis descriptivo de los MAPA realizados en las consultas geriátricas del Hospital Virgen del Valle de Toledo durante 24 meses.
Material y métodos: Se analizaron las mediciones obtenidas mediante la técnica de la MAPA a un total de 257 pacientes mayores de 75 años diagnosticadas previamente de hipertensión arterial.
Resultados: De los 257 MAPA realizados fueron válidos 184 (71,6%), 110 mujeres, 64 hombres. De los 184, el 65% presentaba más del 70% de las lecturas programadas, el 30% tenían una calidad aceptable y sólo el 5% eran de calidad inaceptable. Los motivos principales de petición de la realización de la MAPA fueron: estudio del patrón circadiano 43% y estudio de la eficacia del tratamiento en el 28%. El 30% de los pacientes tomaba únicamente un fármaco antihipertensivo, el 36% tomaba dos fármacos, el 20% tomaba 3 ó más fármacos y un 14% no tomaba ninguna medicación antihipertensiva. El riesgo cardiovascular estimado fue: basal en 7% de los casos, bajo en 15%, moderado en el 17%, alto en el 21% y muy alto en el 40%. El perfil circadiano fue: riser en el 49% de los casos, no dipper en el 34%, 13% dipper y 4% extreme dipper.
Conclusiones: La MAPA es una técnica sencilla y útil en el control de la HTA en el paciente geriátrico. Su empleo puede ayudar a mejorar el control terapéutico de las cifras tensionales al permitir conocer su ritmo circadiano y, en población geriátrica, a reducir el riesgo de eventos cardiovasculares mediante un mejor control terapéutico individualizado (cronoterapia).

COMUNICACIONES LIBRES IV

Sala Ciudadela 1
Jueves, 15 de junio, de 16:00 a 18:00 horas

Demencias

Modera:
Enrique Santo
Presidente de la Sociedad Murciana de Geriatría y Gerontología

INTERVENCIÓN COGNITIVO-CONDUCTUAL A PACIENTES INGRESADOS EN HOSPITAL DE DÍA PSICOGERIATRICO

M. Reguant Duart, Caballero
Hosp. Sagrat Cor de Martorell, Martorell.

Introducción: La intervención cognoscitiva es un conjunto de actividades programadas, métodos y estrategias que pretenden optimizar o maximizar la eficacia de las funciones cognitivas residuales
Objetivos: Estudiar la eficacia de la intervención cognitivo-conductual en el mantenimiento y/o mejora de las capacidades cognitivas, el rendimiento funcional y la autonomía personal, en evitar la desconexión del entorno y disminuir el estrés del cuidador durante un periodo de doce meses, a pacientes ingresados en el Hospital de día
Material y métodos: Se estudian 37 pacientes, 29 mujeres (78%) y 8 varones (22%) de edades comprendidas entre 65 y 92 años. Se agrupan según MEC inicial, nivel de escolarización y áreas afectadas. Se trabaja en grupo: orientación temporo-espacial, memoria, funciones ejecutivas, lectoescritura, cálculo, atención, praxias y lenguaje. Se excluye a los pacientes a los que se ha modificado o introducido tratamiento farmacológico durante el último año. La eficacia terapéutica de la intervención no farmacológica se valora con bacterias especificas de control evolutivo cognitivo y funcional. Tratamiento estadístico: Prueba de comparación de medias de medidas repetidas entre MEC1 y MEC3 (inicio y al año)
Resultados: *1)* Los pacientes con deterioro cognitivo tratados con psicoestimulación integral (PPI), presentan a los doce meses de seguimiento, un rendimiento igual o superior al inicial en los tests cognitivos (P = < 0,05) *2)* Por áreas, prevalece la orientación y atención sobre la memoria que no se modifica pero tampoco empeora.
Conclusiones: La intervención cognitivo conductual puede ser muy eficaz en el mantenimiento de las capacidades cognitivas, rendimiento funcional y autonomía en pacientes de edad avanzada con deterioro cognitivo.

PARÁMETROS NO COGNITIVOS, DEMENCIA VASCULAR VERSUS DEGENERATIVA

A. Besga Basterra, Ll. Morón Pedregal, A. Vitoria Jiménez, A. Rodríguez Calvo, R. Yubero Pancorbo, FJ. Martín Sánchez, P. Gil Gregorio y J.M. Ribera Casado
Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

Objetivos: Conocer las manifestaciones funcional y conductuales en Demencia degenerativa tipo Alzheimer (EA), Demencia vascular (DV) y Demencia degenerativa tipo Alzheimer con patrón de lesión vascular asociado (EAV).
Material y métodos: Estudio prospectivo observacional de tres años de seguimiento de pacientes con criterios clínicos de EA NINCDS-ADRDA, DV según criterios NINCDS-AIREN y EA con patrón asociado de lesión vascular en técnica de neuroimagen. Se incluyeron un total de 140 pacientes, en un GDS IV (edad media 77,8 ± 6,4). Se recogen las siguientes variables: edad, género, valoración conductual mediante NPI, y escala de depresión de Cornell, valoración funcional mediante Lawton, Katz y Blessed. Análisis estadístico con una significación de 95% en el programa SPSS 12.0. Análisis Kruskal-Wallis para las variables no paramétricas y Post-hoc para las que siguen una distribución normal.
Resultados: Tipo EA: 62, Tipo EA con lesión vascular asociada: 67 y Demencia Vascular: 11. Los datos sobre las manifestaciones funcionales y conductuales se presentan en la siguiente tabla.

	EA	EA con lesión vascular asociada	DV	P
NPI	14,7 ± 6,5	17,7 ± 10,7	30,2 ± 11	,009*
Cornell	7,2 ± 4,9	7,1 ± 5,8	12,6 ± 8,8	,06
Blessed	3,6 ± 1,2	4,8 ± 1,6	2,8 ± 2	,003*
Lawton	6,2 ± 0,2	5,8 ± 1,4	5,4 ± 1,4	,002*
Katz	2,3 ± 1,2	1,7 ± 0,7	2,8 ± 1,2	,003*

Conclusión: *1.* Existen diferencias significativas entre los grupos en las pruebas: Lawton, Katz, NPI y Blessed. *2.* Las diferencias en valoración de depresión no son estadísticamente significativas, pero sí son clínicamente significativas.

PATRÓN DIFERENCIAL NEUROPSICOLÓGICO EN DETERIORO COGNITIVO LEVE

Ll. Morón Pedregal, R. Yubero Pancorbo, P. Gil Gregorio, F.J. Martín Sánchez, A. Besga Basterra, A. Rodríguez Calvo y J.M. Ribera Casado
Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

Objetivos: Determinar los perfiles neuropsicológicos entre los diferentes subtipos clínicos del Deterioro Cognitivo Leve (DCL).
Material y métodos: Estudio prospectivo observacional de tres años de seguimiento de pacientes con criterios clínicos de Petersen modificados de DCL. Se incluyeron un total de 147 pacientes (edad media 76,8 ± 6,6 años). Se recogieron variables demográficas, tiempo de evolución y tipología del DCL (amnesia, multidominio y vascular). El perfil neuropsicológico se estableció con los siguientes instrumentos: MMSE, Textos 1 y 2, Dibujos 1 y 2, Stroop, DD, DI, FAS, Fluencia verbal semántica, BNT abreviado Cambio de cartas, Praxias de Luria. Análisis estadístico con una significación de 95% en el programa estadístico SPSS 12.0. Para analizar si existe correlación entre los diferentes grupos de estudio se llevo un análisis de Kruskal-wallis.
Resultados: Tipo amnésico: 14, multidominios: 85 y vascular: 48. Los datos sobre perfil neuropsicologico se exponen en la tabla:

	DCL mnésico	DCL mnésico múltiples dominios	DCL vascular	P
MMSE	26,8±1,9	23,4±3,7	23,6±3,9	,01*
Atención y cálculo	4,6±	2,7±	2,5±	,00*
Dibujos I	46,8±19,7	32,2±12,9	30,2±15	,05*
Dibujos II	18,6±14	12,8±11,3	5,2±8,8	,00*
DD	5,5±1,5	4,3±0,9	4,4±1,1,	04*
DI	4±1,1	3,2±0,7	3,2±0,8	,08
Stroop	–12,6±7,2	–8,2±7,7	–6,3±7,8	,07
FF	8,4±3,5	6,3±3,4	5,8±3,5	,07
FS	11±1,8	9,5±2,6	8,2±3,5	,00*
Cartas	2,3±1,5	1,2±0,8	1,5±1,1	,01*

Conclusión: *1.* El test que obtiene un mayor nivel discriminativo entre los diferentes grupos de estudio es el test de Fluencia verbal Semántica. *2.* Existen diferencias significativas entre los grupos en las pruebas: MMSE, Dibujos I y II, DD y DI, Fluencia verbal semántica, cambio de cartas y praxias Ideomotoras y de Coordinación de secuencias. *3.* Existen diferencias, no estadísticamente significativas pero con relevancia clínica, en pruebas neuropsicológicas, como el Stroop, DI y FAS.

RELACIÓN CLÍNICO-PATOLÓGICA EN DEMENCIA VASCULAR (DV)

F. Iturralde García-Diego[1], I. Francés Román[2], L. Moreno Eguinoa[2], M. Zandio Zorrilla[2] y T. Tuñón Alvarez[3]
[1]Hospital Sagrado Corazón de Jesús, Huesca [2]Clínica Psicogeriátrica "Josefina Arregui" (Alsasua), [3]Servicio de Anatomía patológica, Hospital de Navarra, Pamplona.

Objetivos: *1)* Valorar concordancia entre diagnóstico definitivo de DV y diagnóstico clínico. *2)* Establecer r elación existente entre pruebas de neuroimagen y hallazgos anatomopatológicos en pacientes con diagnóstico definitivo de Demencia Vascular *3)* Determinar localización de lesiones cerebrales en DV
Material y métodos: Estudio retrospectivo sobre todos los paciente con diagnóstico definitivo de demencia vascular. Muestra: Se realiza una revisión de una serie clínico-patológica procedente de la clínica psicogeriátrica "Josefina Arregui" de Alsasua (Navarra) de la que se seleccionaron los pacientes con diagnóstico definitivo de Demencia Vascular o Demencia Mixta. Entre los datos que se recogen se incluyen: Sexo, edad, tiempo de evolución al fallecimiento, síntomas neurológicos focales, diagnóstico clínico, descripción de los estudios de neuroimagen (T.C. craneal), localización de lesiones en estudio necrópsico.
Resultados: De la serie clínico-patológica (37 estudios necrópsicos realizados desde 1-6-1999 hasta el 11-11-2005), 13 de ellos tienen diagnóstico definitivo de DV o Demencia Mixta lo que supone un 35% de frecuencia de este tipo de demencia sobre el total, en nuestra serie. De los 13 pacientes incluidos en el estudio: 9 eran mujeres. La edad media en el momento del fallecimiento fue de 87 años. El tiempo medio de evolución 3,6 años. - 4 pacientes no tenían antecedentes previos de ACV ni síntomas focales en el momento del diagnóstico (en todos el deterioro cognitivo tenía características corticales, añadiéndose subcorticalidad en 4. - 6 no habían sido diagnosticado clínicamente de DV Enfermedad de Alzheimer (4 casos) Enfermedad por cuerpos de Lewy (1 caso) Demencia sin filiar (1 caso) - Los 7 restantes habían sido diagnosticados de DV, luego la concordancia clínico-patológica es del 53.8%. - Los hallazgos de neuroimagen más comunes fueron la atrofia y la leucoaraiosis. Sólo en 2 casos la neuroimagen no detectó infartos lacunares hallados en la necropsia. - Sobre los estudios anatomopatológicos: De los 6 pacientes etiquetados de demencia mixta, 3 tenían lesiones tipo Alzheimer en estadio IV y V de Braak y los otros 3 en estadio I y II y todos excepto 1, tenían lesiones lacunares en ganglios basales. De los 6 etiquetados como DV pura uno correspondía a una encefalopatía hipóxica, 3 a demencia multiinfarto (infartos corticales) y 3 a demencia subcortical.
Conclusiones: La concordancia entre el diagnóstico de sospecha y el definitivo es baja. - En más de la mitad de los casos coexistían lesiones vasculares con lesiones de tipo degenerativo. La relación entre localización de lesiones en pruebas de neuroimagen y de las encontradas en estudios post-mortem es alta

UNIDAD DE MEMORIA INTERDISCIPLINAR ENTRE NEUROLOGÍA Y GERIATRÍA: UN PROYECTO EN COMÚN

D.A. Pérez Martínez[1], B. Anaya Caravaca[1], M. Gonzalez[2], D. Sepúlveda[2], J. Porta-Etessam[1] e I. Ruipérez[2]
[1]Unidad de Neurología. Hospital Central Cruz Roja, Madrid [2]Servicio de Geriatría. Hospital Central Cruz Roja, Madrid

Objetivos: Descripción del proyecto de la unidad de memoria y enfermedades neurológicas.
Material y métodos: Descripción del funcionamiento de una unidad interdisciplinar de memoria entre distintos profesionales: Geriatra, neurólogo, neuropsicólogo. Exposición del plan asistencial, desarrollo de líneas de investigación y del programa docente.
Resultados: La unidad está constituida por dos especialistas en geriatría, dos especialistas en neurología, enfermera formada y un neuropsicólogo. La línea asistencial implica la valoración integral y conjunta del paciente por parte de geriatría y neurología. Se realizará una historia clínica informatizada única que permitirá la valoración en conjunto de los diagnósticos y la toma de decisiones con r especto al tratamiento y necesidades. Todos los pacientes forman parte de una base de datos que permita evaluar de manera longitudinal a cada paciente y es el sustrato de posibles estudios y actividades docentes. Con carácter semanal se realiza una sesión clínica en la que se presentarán los casos problema con la colaboración activa de todos los componentes de la unidad, estando invitados el resto de personal del Hospital Central de la Cruz Roja. Existe un programa de formación teórico-práctico específico en el área de neurogeriatría para residentes, médicos de atención primaria y personal sanitario.
Conclusiones: La valoración multidisciplinar del paciente con problemas neurogeriátricos implica un claro beneficio asistencial, de investigación y docente. Permite la valoración integral del sujeto y aporta a los profesionales implicados una oportunidad para la investigación y docencia

RELACIÓN ENTRE CAPACIDAD FUNCIONAL Y COGNITIVA EN UNA COHORTE DE ANCIANOS. DATOS DEL CORTE BASAL DEL ESTUDIO NEDICES

S. Vega Quiroga1, J. Castilla[2], F. Bermejo[2], F. Sánchez-Sánchez[2], O. Vega Valderrama[3] y T. Jiménez[4]
[1]Centro de Salud El Espinar, Segovia, [2]Servicio de Neurología Hospital 12 de Octubre, Madrid, [3]Centro de Salud El Espinar, Segovia, [4]Servicio de Neurología Hospital 12 de Octubre, Madrid.

Objetivos: Se explora la relación entre capacidad funcional y cognitiva en un estudio poblacional de ancianos, la cohorte NEDICES (Neurological Disorders in Central Spain).
Material y métodos: El estudio NEDICES es una investigación en la población anciana de tres áreas (dos urbanas en Madrid) y una rural en 38 aldeas de Arévalo (Ávila) sobre el estado de salud y la prevalencia e incidencia de varias enfermedades neurológicas crónicas en 5.278 participantes de 65 y más años En 4.019 participantes se pudo evaluar el rendimiento cognitivo mediante un MMSE de 37 puntos y las actividades instrumentales de la vida diaria con la escala de Pfeffer
Resultados: En 3.215 participantes calificados como independientes en su capacidad funcional, la puntuación en el MMSE fue de M = 29,95 (DE = 4,85); en 229 con limitación aislada de su capacidad funcional el MMSE puntuó M = 26,84 (DE = 4,64); en 160 con limitación múltiple, el MMSE arrojó M = 24,90 (DE = 5,42); y en los 417 participantes con limitación funcional generalizada, M = 19,98 (DE = 8,21) puntos en el MMSE. (p<.001 mediante ANCOVA entre todos los grupos). La relación fue también estadísticamente significativa entre capacidad funcional y rendimiento cognitivo, utilizando la calificación clínica de éste en: demencia, demencia cuestionable y ausencia de demencia
Conclusiones: El nivel cognitivo y la capacidad funcional se hallan fuertemente asociadas en este estudio poblacional. Estos hallazgos son acordes a los obtenidos en otros estudios poblacionales
Estudio subvencionado por el SACYL 2004.

PREVENCIÓN DEL DETERIORO DE CAPACIDADES VISOCONSTRUCTIVAS A TRAVÉS DE UN PROGRAMA NO FARMACOLÓGICO DE REHABILITACIÓN COGNITIVA EN DEMENCIA

J.J. Yanguas, C. Buiza, I. Etxebarria, N. Galdona, M.F. Gónzalez y E. Urdaneta
Fundación Instituto Gerontológico Matia (INGEMA), Donosita.

Objetivo: Investigar la efectividad de un nuevo programa de intervención cognitiva consistente en ejercicios de construcción de figuras tridimensionales dirigido a personas con y sin deterioro cognitivo.
Material y métodos: *Muestra:* 149 sujetos con y sin deterioro cognitivo y distribuidos de manera aleatoria a tres condiciones de tratamiento experimental, control y placebo. *Medición pre-post intervención:* submuestras de envejecimiento normal y deterioro leve-moderado: Cubos del WAIS-I II, MEC de Lobo, Dibujo del reloj, Copia de figuras, Trail making test parte A, Secuencias motoras de Luria, Sujetos con

deterioro grave: Severe Cognitive Impairment Profile. *Material:* figuras tridimensionales de madera de diferentes colores. *Programa de intervención:* la presentación de los ejercicios se realizó con un nivel de dificultad ascendente: en la primera fase se solicitó a los participantes la reproducción de la figura con el modelo delante, en una segunda fase se requirió realizar la construcción fijándose en un modelo impreso en una lámina y en la última fase reproducción de la figura construyendo la figura y ocultándola después de forma que tuvieran que realizarla de forma diferida. La intervención se llevó a cabo durante 6 meses con una periodicidad de dos sesiones semanales con una duración de una hora.
Resultados: Envejecimiento normal: se observan diferencias (p<.05) en praxis constructiva y coordinación visomotora en el grupo control. Estos resultados señalan un descenso de las puntuaciones en la valoración post-intervención con respecto al grupo experimental y placebo. Deterioro cognitivo leve: se observan diferencias estadísticamente significativas en el grupo experimental en planificación y secuenciación. Estos resultados muestran puntuaciones más altas en la valoración post intervención. Con respecto a la variable velocidad vasomotora existen diferencias significativas señalando las puntuaciones un descenso en el tiempo que tardan en completar las tareas en la valoración post-intervención en los grupos experimental y placebo. Deterioro cognitivo grave: no se han observado diferencias estadísticamente significativas.
Conclusión: Esta intervención ha demostrado ser efectiva sobre todo en el grupo de envejecimiento normal y deterioro cognitivo leve por lo que este programa de intervención engrosa el corpus de las intervenciones cognitivas para sujetos con o sin deterioro cognitivo.

LA REPRESENTACIÓN A ESCALA DE LOS MAPAS COGNITIVOS

M.A. Álvarez González
Centro de Día Sisae, Pontevedra.

Objetivos: *1.* Diseñar una técnica que haga posible externalizar la imagen interna que posee el sujeto sobre la ciudad en la que reside. *2.* Estudiar las distancias percibidas entre distintos lugares conocidos en una muestra de personas mayores de distintas edades y condiciones, para representar, a escala, los mapas cognitivos de los sujetos participantes y, posteriormente, obtener una visión clara de la percepción y cognición espaciales que estas personas tienen de su entorno. *3.* Observar estos mapas así obtenidos comparándolos con los mapas elaborados de las distancias reales para poder deducir relaciones de causalidad entre sus cogniciones ambientales y la realidad para corregir sus percepciones erróneas.
Material y métodos: Para la captación, cribaje y selección de la muestra (144 sujetos), hemos tenido en cuenta dos criterios: *1.* La edad de los participantes se ha situado a partir de 60 años porque no existe un declive asociado a la edad en la memoria episódica de localizaciones espaciales más que a partir de los sesenta años de edad, tal y como se desprende de Uttl y Graf (1993). *2.* No haber detectado en la persona signos manifiestos de enfermedad neuropsiquiátrica o neurológica; para ello se sometieron a un cribaje mediante el GDS de Yesavage y el MEC de Lobo. Superado el cribaje previsto, solicitamos a cada uno de los participantes la distancia en metros de los distintos tramos diseñados para la realización del estudio (AB, BF, etc.), por medio de la pregunta: ¿A qué distancia (en metros) está tal punto con respecto a tal, etc.? Solicitándole que respondiese a las 21 distancias solicitadas.
Resultados: Nuestra medida ha sido el error cometido en los juicios de estimación de las distancias comparándolas con la estimación real. De los resultados obtenidos se desprende que sólo un 22,08% de las representaciones de los mapas cognitivos de los participantes en este estudio son muy similares a la exposición que se obtiene con las distancias reales. Todas las correlaciones entre distancias reales y percibidas son significativas p < 0,05.
Conclusiones: Como conclusión más destacada y para poder comprender que un 77,92% de las respuestas, acerca de las distancias consideradas, se corresponde con un error, es decir, es mínima la relación que existe entre el mapa cognitivo y el mapa de distancias euclidiano, podemos postular que los resultados adquiridos nos sugieren que los mapas cognitivos tienen la función de facilitar la localización y el movimiento dentro del espacio físico, independientemente de cómo sea la representación, el "dibujo", que cada uno de los sujetos que ha intervenido en el estudio tenga de la ciudad en la que reside.

PERCEPCIÓN DE LOS NIETOS ACERCA DEL CUIDADO FAMILIAR HACIA SUS ABUELOS CON DEMENCIA

M. Celdrán Castro y C. Triadó Tur
Universidad de Barcelona, Departamento de Psicología Evolutiva, Barcelona.

Objetivos: Se ofrece la visión de nietos adolescentes hacia el cuidado familiar de sus abuelos con demencia. Se quieren explorar tres variables: - la percepción del nivel de salud subjetivo de su abuelo/a enfermo/a, - la visión del cuidado de la persona con demencia (cuidador principal y su estrés y la implicación del nieto/a en los cuidados), y - los cambios que el nieto/a percibe en su vida a raíz de la demencia.
Material y métodos: Para ello, 140 nietos contestaron un cuestionario. Dos variables fueron abordadas con preguntas de opción Likert, mientras la tercera fue estudiada mediante una pregunta abierta en la que los nietos explicaban si su vida era diferente por el hecho de tener a un abuelo con demencia. Los análisis se realizaron mediante el paquete estadístico SPSS y un análisis de contenido.
Resultados y conclusiones: Los resultados muestran diferencias en cuanto a la atribución del cuidador principal y su nivel de estrés según la residencia de su abuelo/a (comunidad vs. residencia). Este factor, junto con el sexo del nieto, se observa que también influyen en el rol de cuidador auxiliar de estos nietos. Aspectos como la comparación social con sus amigos o las limitaciones familiares que comporta la enfermedad son los dos aspectos más mencionados en sus narraciones sobre cambios en sus vidas. Las implicaciones de este estudio se contemplarán desde la transmisión de responsabilidad familiar en el cuidado y de teorías sistémicas.
Este trabajo ha contado con la ayuda del Ministerio de Ciencia y Tecnología (BSO2002-02604).

QUEJA DE MEMORIA SUBJETIVA (QMS) Y QUEJA DE MEMORIA OBJETIVA (QMO); INDICADORES DE DETERIORO COGNITIVO MÍNIMO (DCM) Y DEMENCIA EN PACIENTES ANCIANOS

M. Schapira, L. Bellomo, J. Benchimol, F. Giber, M. Sassano y D. Seinhart
Hospital Italiano, Buenos Aires.

Contexto: No queda claro si la QMS es un predictor útil de deterioro cognitivo. Además, la QMO, falla de memoria detectada por el médico o por un informante, podría ser un mejor predictor de Demencia.
Objetivo: Registrar la capacidad de la fuente de queja de memoria para predecir el diagnóstico de DCM o demencia en ancianos ambulatorios derivados a nuestra Unidad de Evaluación Funcional del Anciano (UEFA).
Material y métodos: Estudio prospectivo de cada paciente derivado a nuestra UEFA. Grupo demencia (GD): 63 pacientes dementes. Grupo DCM: 65 pacientes con diagnóstico de DCM. Un equipo de geriatría evaluó las características demográficas, las comorbilidades, la medicación crónica y el estado funcional y cognitivo.
Resultados: El análisis univariado mostró diferencias significativas entre el GDy el grupo DCM en las siguientes variables: Edad promedio 79 vs 77, OR 1.1 (95% IC 1-1.2); años educación 57% vs. 30%, OR 3 (95% IC = 1.3-6.63); QMS 25% vs. 54%, OR 0.29 (95% CI = 0.13-0.66); QMO 74% vs. 25% OR 3.43 (95% CI = 1.52-7.78). El análisis multivariado mostró diferencias significativas en: QMS y QMO para los grupos de DCM y demencia, OR 3.4 95% CI 1.5-7.94 y OR 3.2 (95% CI 1.3-6.42) respectivamente.
Conclusión: *1)* La QMS se asoció fuertemente con el diagnóstico final de DCM. *2)* La QMO se asoció estadísticamente con el diagnóstico final de Demencia, sugiriendo que la fuente de queja de memoria es un indicador valioso para detectar sujetos en riesgo de DCM o Demencia.

CONSTRUCCIÓN DIDÁCTICA DE UN TALLER PARA CUIDADORES DE PERSONAS CON DEMENCIA

M. González Salvia, L. Policastro, M. Negri, M. Saenz, A. Dawidowski y L. Cámera
Hospital Italiano, Buenos Aires.

Introducción: Los cuidadores de enfermos con demencia tienen alto riesgo de agotamiento físico, psíquico y económico. Existe evidencia publicada sobre talleres educativos para cuidadores de personas con demencia que muestran beneficio.
Objetivos: *1)* Evaluar perfil de cuidadores que concurre a los talleres. *2)* Disminuir agotamiento y mejorar calidad de vida de estos cuidado-

res. *3)* Factibilidad de desarrollar un taller educativo adaptado a nuestra cultura.
Material y métodos: *1)* búsqueda de información sobre enfermedad y medidas educativas *2)* evidencia publicada del impacto de intervenciones en cuidadores *3)* observación de grupos de autoayuda para familiares. *Establecimiento de problemas prioritarios: 1)* entrevistas semiestructuradas a médicos de cabecera y cuidadores *2)* evidencia publicada. Planteamiento de objetivos. Conformación de organigrama (dinámica del taller) Ámbito de trabajo: Unidad Evaluación Funcional del Anciano: geriatras, licenciadas: en comunicación, en ciencias de educación y cuidadoras.
Resultados: Se registraron datos de 19 cuidadores intervenidos (año 2005). 84% fueron mujeres, 85 % familiares y 15% cuidadores contratados entre 41 y 80 años, (57% ancianos). 38% mostraban valores de sobrecarga intensa en Escala de Zarit. 78% de los pacientes tenían Demencia Tipo Alzheimer. 84% de los cuidadores completaron el taller. Actualmente el taller educativo forma parte de una de un ensayo clínico randomizado en un Programa para la Demencia.
Conclusiones: Con los datos analizados concluimos que: *1)* El perfil de los cuidadores que concurrieron al taller es similar al descrito en los trabajos. *2)* Generamos un espacio donde brindar información, contención y enseñar estrategias para el manejo de principales problemas cotidianos.

DETERIORO COGNITIVO AMNÉSICO EN PERSONAS MAYORES: UNA APROXIMACIÓN CON REDES BAYESIANAS

J. Sepulcre Bernad, C. Díaz y H. Peraita
Dpto. Psicología Básica I. Facultad De Psicología UNED, Madrid.

Objetivo: Estudiar el perfil cognitivo y deterioro amnésico de personas mayores de 60 años sin demencia desde una perspectiva multimodal y multivariante. En concreto, analizar las relaciones entre la alteración de memoria, entendido como un fenómeno complejo no parcelado, y otros dominios cognitivos a partir de los 60 años de edad.
Material y métodos: Un total de 140 sujetos mayores de 60 años y sin demencia (M/H: 107/33; edad media (DE): 70,34 (8,16); educación media (DE): 9, 2 (6)) de una muestra ambulatoria fueron incluidos en este estudio. Todos los sujetos fueron evaluados con una batería neuropsicológica que incluía los siguientes test: TAVEC, Trail Making, figura de Rey, test de apraxias y fluidez verbal. Para el análisis se dividió la muestra, utilizando los valores normativizados para población hispano-parlante del TAVEC, en cuatro subgrupos: controles sanos sin alteraciones de memoria, sujetos con predominancia de alteración en memoria inmediata, a corto plazo o a largo plazo. El análisis de interrelación de variables neuropsicológicas y antecedentes personales se realizó utilizando una aproximación de redes bayesianas (BayesiaLab 3.2 sofware; aproximación Taboo order), con previa categorización de las variables a través de un algoritmo K medias en SPSS 11.0. Las redes resultantes fueron evaluadas tanto desde sus características cualitativas como cuantitativas.
Resultados: Los sujetos sanos tuvieron un grafo que reveló la existencia de dos redes independientes y bien definidas, en concreto una red de memoria verbal y otra de función ejecutiva. Sin embargo, los grupos con alteración de memoria presentaron un empobrecimiento significativo de ambas redes, llegando incluso a la desaparición de la red de función ejecutiva. No encontramos interacción entre los otros dominios cognitivos estudiados y la alteración de memoria.
Conclusión: La desestructuración de la memoria en las personas mayores de 60 años se acompaña además de una alteración o desaparición de la red cognitiva asociada a la función ejecutiva. Este estudio también destaca la utilidad de técnicas multivariantes para el estudio de fenómenos complejos como el deterioro cognitivo en las personas mayores.

COMUNICACIONES LIBRES V

Sala Ciudadela 2
Jueves, 15 de junio, de 09:30 a 11:30 horas

Miscelánea clínica II

Modera:
Miguel Angel Arizcuren
Residencia Landazabal

OBJETIVOS TERAPÉUTICOS DE UNA UNIDAD DE MEDIA ESTANCIA

T. Casanova Querol, B. Fontecha, M.J. Juanes, M. Fernández, L. Reig Puig y P. Sánchez Ferrín
Hospital Sociosanitari de L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona.

Objetivos: Análisis descriptivo de pacientes ingresados en Unidad de Media Estancia y de los resultados terapéuticos.
Material y métodos: *Pacientes ingresados y dados de alta:* período enero 2001-diciembre 2004. Datos sociodemográficos. *Datos clínicos:* tipología paciente, diagnósticos, estancia media, valoración geriátrica: Barthel (IB), Pfeiffer, nº fármacos, IMC, UPP, Charlson, ganancia funcional (IB alta- IB ingreso) y destino alta. *Análisis estadístico:* t de Student variables continuas y test McNemar variables dicotómicas.
Resultados: 998 pacientes, edad media 78,7 años (mín 32-máx 100), 58% mujeres, 65% barreras arquitectónicas. *Procedencia:* 81% hospital agudos y 19% domicilio. *Tipología:* 32% ortogeriátrico, 21% neurológico, 47% patología médica y curas. *Diagnósticos más frecuentes:* Accidente vascular cerebral 205 (20,5%), Fractura fémur 190 (19%), Insuficiencia cardiaca 83 (8,3%) y EPOC 52 (5,2%). *Estancia media:* 37,9 ± 25 días. Valoración geriátrica: ingreso alta p Barthel 39 (± 24) 61 (± 29) <0,05 Pfeiffer 2,8 (± 2,9) 2,3 (± 2,7) <0,05. Nº fármacos 5,4 (± 3) 4,9 (± 3) <0,05. Continencia: Urinaria 457 (46%) 636 (64%) <0,05 Fecal 475 (48%) 670 (67%) <0,05 IMC (24-29,9) 87% 85,9% 0,230 Charlson: media 2,2 ± 1,8. Ganancia funcional: 22,3 ± 5 Destino alta: 67% domicilio, 13% larga estancia, 7,6% residencia, 7,5% hospital agudos, 4% éxitus. Los pacientes con barreras arquitectónicas y menor ganancia funcional se institucionalizan más y en ambos casos las diferencias alcanzan significación estadística.
Conclusiones: La recuperación funcional se ha conseguido de manera estadísticamente significativa. *Otros objetivos alcanzados:* mejoría de la continencia, de la situación cognitiva y de las UPP; disminuir prescripción de fármacos y conservación del estado nutricional.

INCONTINENCIA URINARIA DE APARICIÓN RECIENTE. ANÁLISIS DE FACTORES RELACIONADOS

A. Roig Campi, B. Fernández Matamoros, P. González, T. Prats, C. León, R. Miralles Basseda y A.M. Cervera Alemany
Servicio de Geriatría IMAS. H. de la Esperanza, Barcelona.

Objetivos: Ver los factores que se relacionan con incontinencia reciente en una unidad geriátrica de convalecencia (UCO).
Material y métodos: Se evaluaron 50 pacientes ingresados en UCO sin incontinencia previa (34 mujeres y 16 hombres), media de edad: 72,5 ± 12,6. *Se registró:* diagnóstico médico; continencia, Minimental de Folstein (MMSE) y Barthel al ingreso; la presencia de infección urinaria (ITU), diabetes mal controlada, fármacos predisponentes, síndrome confusional, impactación fecal y problemas de movilidad.
Resultados: Hubo 32 incontinentes y 18 continentes con edades medias 76,2 ± 10,8 y 65,9 ± 13,2 respectivamente (p < 0,05). Los incontinentes tenían una puntuación media de Barthel 28,3±16,7 y los continentes de 59,5 ± 18,7 (p < 0,001) y de MMSE 18,5 ± 8,8 y 24,2 ± 5,7 (p < 0,05). La ITU estuvo presente en 7 pacientes incontinentes y en ninguno de los continentes (100% vs. 0%) (p < 0,05), el síndrome confusional en 13 y 0 (100% vs. 0%) (p < 0,05), la impactación fecal en 1 y 0 (100% vs. 0%) (p = ns), los problemas de movilidad en 32 y 4 (88,8% vs. 11,1%) (p < 0,05) y la toma de fármacos predisponentes en 12 y 5 (70,5% vs. 29,4%) (p = ns), respectivamente. En ningún grupo hubo pacientes con diabetes mal controlada. Los grupos diagnósticos más frecuentes en incontinentes fueron los neurológicos en 17 (53,1%) y las fracturas en 9 (28,1%) y en los continentes fueron 2 (11,1%) y 6 (33,3%) respectivamente (p < 0,05).
Conclusiones: En el presente estudio se ha encontrado que la incontinencia reciente se relaciona de manera estadísticamente significativa con mayor edad, menor MMSE y Barthel, problemas de movilidad, infección urinaria y síndrome confusional.

PREVALENCIA DE INSOMNIO PRIMARIO EN POBLACIÓN MAYOR DE 65 AÑOS

C. Boix Gras[1], J. López-Torres Hidalgo[1], Y. David García[2], A. Villena Ferrer[3], J.M. del Campo del Campo[4] y M.J. Simarro Herraez[1]
[1]Unidad Docente Medicina Familiar y Comunitaria, Albacete, [2]Centro de Salud Zona VII, Albacete, [3]Centro de Salud Zona V-B, Albacete, [4]Centro de Salud de Ossa de Montiel, Albacete.

Objetivos: Establecer la prevalencia y características del insomnio en los mayores que residen en la comunidad, y su asociación con los hábitos higiénicos y la situación socio-sanitaria.
Material y métodos: Estudio de prevalencia y asociación cruzada para estimar la frecuencia de insomnio en una muestra de 424 mayores de 65 años. Entrevista semiestructurada administrada por personal sanitario. Se diagnosticó insomnio primario (IP) con criterios DSM-IV e insomnio no orgánico (INO) con CIE-10.
Resultados: Declararon problemas para dormir 145 (34,2%). En el 95,7% la alteración era crónica. La repercusión más frecuente: sensación de descanso nocturno insuficiente (62,1%) y cansancio o somnolencia diurna (52,2%). El 20,3% (86 casos) (IC 95%: 16,5-24,1) cumplía criterios de IP y el 11,1% (47 casos) (IC 95%: 8,1-14,1) de INO. El insomnio fue significativamente superior en el sexo femenino y en los que tenían horarios irregulares e insatisfacción con las condiciones ambientales del dormitorio. Consumían de forma habitual psicofármacos 114 (26,9%) (IC 95%: 22,7-31,1). El número medio de problemas de salud fue superior en los afectados (2,4 ± 1,6 frente a 1,7 ± 1,5, p < 0,001). Mediante regresión logística, el sexo femenino (OR: 2,8; IC 95%: 1,6-4,8) y la existencia de dos o más problemas de salud (OR: 2,0; IC 95%: 1,2 – 3,4) mostraron su asociación con el IP.
Conclusiones: Elevada prevalencia de insomnio en mayores de 65 años. *Posibles determinantes:* el sexo femenino y la presencia de problemas de salud crónicos. Repercusión del trastorno en la actividad diaria e insuficientes los hábitos higiénicos del sueño.

DELIRIUM COMO MARCADOR DE FRAGILIDAD EN EL ANCIANO HOSPITALIZADO

C. Fernández Alonso, C. de Pablos, C. Zaragoza, C. Rodríguez, J. Mora y J.M. Ribera
Servicio Geriatría. Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

Objetivos: *1)* Describir la prevalencia de delirium en una muestra de pacientes hospitalizados en una Unidad de Agudos de Geriatría (UAG) y *2)* Analizar la asociación de éste con fragilidad posthospitalización.

Material y métodos: Cohorte de ancianos dados de alta de una UAG durante tres meses, registrando la presencia o no de Delirium como diagnóstico al alta (criterios DSM-IV). Se recogen variables demográficas, clínicas, funcionales (índice Katz, Barthel y Cruz Roja Física; CRF) y psicosociales. A los 6 meses se realizó seguimiento telefónico recogiendo datos funcionales, reingresos, mortalidad y situación social. *Análisis estadístico:* comparación de medias y proporciones, nivel de confianza 95%. SPSS 11.0.
Resultados: n = 182. Edad 85,4 años (DE 6,0); 61,0% mujeres. Prevalencia de delirium 46,1%, sin diferencias por edad. El grupo con delirium presentó: *1) Más complicaciones hospitalarias:* infección nosocomial (67,8% frente a 29,6%, p < 0,001), reinfección hospitalaria (17,8% frente a 4,1%, p < 0,05), diarrea nosocomial (29,7% frente a 7,1%, p < 0,01) y mayor tasa de mortalidad hospitalaria (38,0% frente a 8,1%, p < 0,001). Además, fueron más frecuentes neumonía, ictus, infección de orina y síndromes geriátricos, aunque sin significación estadística. *2) Mayor dependencia basal:* (Katz>D 75,0% frente a 36,7%, p < 0,001; Barthel <60: 58,3% frente a 27,5%, p < 0,05; y CRF>3: 63,0% frente a 31,6%, p < 0,05) y mayor impacto funcional al alta (86,9% frente a 11,2%, p < 0,001). *3)* Demencia más frecuente (85,7% frente a 30,6%) y necesidad de un cuidador (92,8% frente a 46,9%), ambos con p < 0,001. También se observó tendencia a peor estado de ánimo y más empleo de recursos sociales. Seguimiento a 6 meses: mayor tasa de reingresos (80,7% frente a 33,3%, p < 0,001), mayor dependencia (Katz>D 50,0% frente a 25,3% y CRF>3: 42,3% frente a 21,1%, p < 0,05), mayor mortalidad extrahospitalaria (44,2% frente a 17,7%) y tendencia a mayor impacto funcional.
Conclusiones: El delirium es muy prevalente en esta muestra y se asocia con importantes complicaciones intrahospitalarias y un peor pronóstico funcional y clínico tras el alta. Una atención protocolizada al mismo en Unidades de Agudos, que identifique los pacientes en riesgo, parece una medida obligada ante los resultados obtenidos.

MORTALIDAD A CORTO PLAZO EN PACIENTES ANCIANOS INGRESADOS EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI)

F. Masanés Torán[1], E. Sacanella Meseguer[1], J.M. Nicolás Arfelis[2], M. Navarro López[1], I. Rodríguez Montoliu[1] y A. López Soto[1]
[1]Unidad de Geriatría, [2]Área Vigilancia Intensiva. Hospital Clinic. Barcelona.

Objetivos: Analizar la mortalidad de una cohorte de pacientes ancianos ingresados de forma no electiva en una UCI general.
Material y métodos: Estudio prospectivo longitudinal de pacientes mayores de 65 años que ingresan en la UCI para evaluar la mortalidad. Se excluyeron aquellos pacientes con un estado funcional basal deteriorado (Índice de Barthel (IB) < 60), aquellos que ingresaron de forma electiva tras realización de procedimientos invasivos o tras presentar un paro cardio-respiratorio y aquellos con un pronóstico vital inferior a 1año. Se realizó una valoración geriátrica integral valorando aspectos funcionales (IB e índice de Lawton (IL) y de comorbilidad (índice de Chalson (ICh). También se evaluó la gravedad de la enfermedad aguda (escala APACHE II y SOFA) y la intensidad terapéutica aplicada (OMEGA). Se analizó la mortalidad intra UCI, intrahospitalaria y en los 3 meses tras el alta hospitalaria. Se dividió a los pacientes en dos grupos según la edad: A (65-74 a.) y B (>75 a.).
Resultados: De un total de 246 pacientes mayores de 65 años ingresados en la UCI durante un periodo de 22 meses, 111 pacientes (grupo A: 53 – grupo B: 58) cumplían los criterios de inclusión descritos. No se observaron diferencias significativas entre ambos grupos en los siguientes parámetros evaluados al ingreso: IB, IL, ICh, APACHE, OMEGA, SOFA, estancia UCI. La mortalidad a los 3 meses del grupo global fue del 40,56% (n = 43), siendo más marcada en el grupo B (53,70% vs. 26,92% p < 0,05). Del total de pacientes fallecidos un 18,6% (8 pacientes) fallecieron durante su ingreso en la UCI, un 48,8% (21) fallecieron durante el ingreso hospitalario post UCI y el 32,5% (14 pacientes) tras el alta hospitalaria en los 3 meses siguientes (en 3 casos por causas no relacionadas con el motivo de ingreso en UCI). Los pacientes fallecidos en el hospital en ambos grupos tenían de forma significativa estancias en UCI mas prolongadas y recibieron una mayor intensidad terapéutica (p < 0,05).
Conclusiones: *1.* La mortalidad hospitalaria de los ancianos que requieren ingreso no electivo en una UCI es alta, especialmente en el grupo de más edad, *2.* La mortalidad se produce fundamentalmente (50%) de forma diferida en el hospital tras el alta de la UCI, *3.* Los pacientes fallecidos, independientemente de la edad, presentan estancias en UCI más prolongadas y reciben mayor intensidad terapéutica.
Financiado por beca FIS (03/0329).

ABORDAJE TERAPÉUTICO DE LA EPILEPSIA EN ANCIANOS

B. Fuertes de Gilbert Rivera[1], R. López Gutiérrez[2], A. Rivera Fuertes, P. Gil Gregorio[1], J.M. Pérez Serrano[2] y J.M. Ribera Casado[1]
[1]Servicio de Geriatría, [2]Servicio de Neurofisio. Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

Objetivo: Valorar perfil clínico, tipología y causas de crisis comiciales en pacientes >65años ingresados en S. Geriatría y describir la actitud terapéutica en este grupo etario, a propósito de las últimas publicaciones.
Material y métodos: Estudio descriptivo retrospectivo años 2002-2004. Pacientes >65ª ingresados en S. Geriatría de Hospital terciario con diagnóstico de crisis comicial o epilepsia. Variables demográficas, funcionales, tipo de crisis, causas, patologías concomitantes, pruebas diagnósticas y tratamiento prescrito. Revisión Pubmed 2002-2005 (Epilepsia, crisis comicial y anciano).
Resultados: N = 69. *Edad media:* 82,6ª (DS 4,6). 56% mujeres. *Comorbilidad:* 68% FRCV; 20,3% demencia degenerativa; 33,3% otras demencias; 46,4% enfermedad cerebrovascular; 43,5% arritmia-cardiopatía; 15,9% I. renal; 11,5% hepatopatía. Tipo de crisis comicial: 47,8% CTCG; 33,4% CPC; 13% CPSG; 2,4% CPS; 2,3% Status. 54% 1 única crisis. *Etiología:* 34% epilepsia conocida. 52,2% crisis sintomática aguda, 46% sintomática remota. 95,6% causa filiada. 40,6% causa cerebrovascular, 20,3% metabólica, 11,6% LOES, 6% demencia degenerativa, 6% dosis alterados FAE, 6% hemorragia cerebral, 3% TCE. En CTCG más frecuente causa metabólica (30%), en CP origen vascular (50%). *Tratamiento prescrito:* Tratamiento previo 29%; tratamiento en situación aguda 56,5% (Fenitoina 56%, valproico38%, BDZ 18%,); tratamiento al alta 63,7% (Fenitoina 45,5%, valproico 32%, gabapentina 11%, carbamacepina 9%, fenobarbital 6%, lamotrigina 2%). 91% monoterapia. *Tratamiento a largo plazo:* 40% de crisis de causa vascular, 3% causa metabólica, 80% sintomáticas remota, 19% sintomática aguda, 80% CP, 45% CGTC. 11% tratamiento tras 1 crisis, de ellos 75% lesión estructural. 33% pacientes con arritmia-cardiopatía tratamiento con fenitoína. 9,4% pacientes con criterios de epilepsia tenían dicho diagnóstico al alta. Reingresos por crisis 24,6%.
Conclusiones: *1.* El tratamiento en ancianos es complejo por su mayor comorbilidad y aumento de riesgo de recurrencia de crisis. En nuestra muestra son más utilizados los FAES clásicos, de ellos la fenitoina, a pesar de las recomendaciones recientes sobre los nuevos FAES, igualmente eficaces pero con perfil más seguro en ancianos. *2.* Son más frecuentes las crisis sintomáticas agudas, pero reciben tratamiento principalmente las sintomáticas remotas, parciales y aquellas con lesión vascular o estructural. *3.* Se debe ser preciso en la indicación, elección de tratamiento y diagnóstico al alta.

ALTERACIONES ANALÍTICAS EN ANCIANOS EN TRATAMIENTO CON HEPARINA DE BAJO PESO MOLECULAR A DOSIS PROFILÁCTICAS

O.H. Torres Bonafonte, N. Hernández de Sosa, E. Francia Santamaría, M. Barceló y D. Ruiz Hidalgo
Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona.

Objetivo: Estudiar las alteraciones analíticas observadas en pacientes ingresados que siguen tratamiento con bemiparina a dosis profilácticas.
Material y métodos: Se incluyeron consecutivamente entre Enero 05 y Agosto 05 los pacientes ≥ 65 años con patología médica o fractura de fémur que iniciaban tratamiento con bemiparina (dosis: 2500 o 3500 ui). Fueron excluidos los pacientes con potasio (K) sérico>5. 5 mmol/l y los que recibían aportes de K. Se analizaron antes del tratamiento y a los 5-8 días: sodio (Na), K, plaquetas, GOT y GPT.
Resultados: Se estudiaron 228 pacientes (55% mujeres, edad: 83,1 ± 7,8) con un aclaramiento de creatinina: 48,8 ± 20,3. Los principales diagnósticos fueron: fractura de fémur (39,5%), patología infecciosa (34,3%) y patología cardiovascular (10,5%). Las comorbilidades más frecuentes fueron: HTA (45,2%), neumopatía (25%) y la demencia (24,6%). El 49,6% recibían dieta hiposódica, el 37,7% IECAs o ARA

II, el 5,7% diuréticos ahorradores de K y el 40,8% otros diuréticos. Un 14,9% estaban deshidratados y el 8,3% presentaban tercer espacio. Los valores analíticos basales (bl) y de control (c) fueron: Kbl 4,1 ± 0,5 – Kc 4,3 ± 0,5 (p < 0,001), Nabl 138,9 ± 5,2 - Nac 138,3 ± 4,1 (p = 0,062), GOTbl 29,9 ± 29,5 – GOTc 28 ± 28,3 (p = 0, 133), GPTbl 30,5 ± 31,8 –GPTc 28,3 ± 25,3 (p = 0,267), plaquetas bl 264552 ± 108625 – plaquetas c 274270 ± 107400 (p = 0,001). Durante todo el ingreso se detectaron 3 casos de hiperpotasemia (K >5,5 mmol/l) asintomática en el 3º, 7º y 8º días de tratamiento. Desarrollaron hiponatremia (Na<135) 12 pacientes (5,3%). Todos los casos de plaquetopenia < 100000 en la analítica de control presentaban plaquetopenia en la analítica basal. No se detectó ningún caso de transaminitis significativa.
Conclusiones: En los pacientes en tratamiento con bemiparina a dosis profilácticas se observa un discreto aumento de los niveles de K y una tendencia a presentar disminución en los niveles de Na. La presencia de hiperpotasemia se detectó en el 1,3%. No se observaron alteraciones significativas de plaquetas o transaminasas.

POSIBLE ASOCIACIÓN ENTRE HIPERTROFIA BENIGNA DE PRÓSTATA E ICTUS

E. Fernández de la Puente Rodríguez[1], M. López-Diéguez Puerta[2], A. Rodríguez Molinero[1] e I. Ruipérez Cantera
[1]Hospital Central Cruz Roja, [2]Hospital Universitario la Paz.

Objetivos: Estudiar si existe asociación entre eventos cardiovasculares recogidos en los informes de alta del servicio de geriatría de El Hospital Central de Cruz Roja (HCCR) y el antecedente de hipertrofia prostática benigna (HBP).
Material y métodos: Se estudiaron los informes de alta de 428 varones mayores de 65 años dados de alta del servicio de geriatría. Se recogieron el diagnóstico principal y los siguientes antecedentes personales: hipertensión arterial, diabetes mellitus, dislipemia, insuficiencia renal crónica, fibrilación auricular, valvulopatía, insuficiencia cardiaca, ictus, cardiopatía isquémica, arteriopatía periférica e HBP. Se seleccionó un grupo de informes de pacientes con antecedente HBP (n = 159) y otro sin antecedente de HBP(n = 269) y se comparó la prevalencia de factores de riesgo cardiovascular (FRCV) y de eventos cardiovasculares (EC) mediante el estadístico chi-cuadrado y la realización de un análisis de regresión logística binaria (Wald).
Resultados: No se encontraron diferencias significativas en los grupos de informes en cuanto a edad o FRCV a excepción de un menor uso de tabaco (p < 0,05) y de alcohol (p < 0,05) en los pacientes con HBP. Una vez ajustados los resultados por el consumo de tabaco y alcohol se encontró asociación significativa entre HBP e ICTUS (p < 0,05). Dado que los pacientes con ICTUS presentan retenciones urinarias con frecuencia y ello puede desencadenar un estudio prostático, se sospechó la presencia de un sesgo por exceso de diagnóstico de HBP en pacientes con ICTUS. Para evitar este sesgo se repitió el análisis incluyendo únicamente informes de pacientes cuyo diagnóstico principal fue un primer episodio de ICTUS (n = 43) y se encontró asociación significativa con la presencia de HBP diagnosticada con antelación (p < 0,05).
Conclusiones: En los informes de alta estudiados el antecedente de HBP aparece asociado con los casos nuevos de ICTUS de manera independiente de los FRCV estudiados. Dada la riqueza en prostaglandinas del tejido prostático y la influencia del sistema adrenérgico en la HBP, nos parece que la asociación es plausible y son necesarios nuevos estudios para confirmar este hallazgo. Fue necesario ajustar los resultados por consumo de alcohol y tabaco, puesto que se asociaron inversamente a la presencia de HBP, este es un hallazgo previamente reportado en la literatura.

VALORACIÓN DE LA DENSIDAD MINERAL ÓSEA (DMO) EN ANCIANOS INGRESADOS EN UN ÁREA DE PSICOGERIATRÍA

F. Escabia Rodríguez, P. Regalado Doña, M.J. Macarro, E. Vílchez, A. Bartomeus Puchulutegui y C. Almenar Monfort
Área de Psicogeriatría CASM Benito Menni. Sant Boi de Llobregat.

Introducción: La osteoporosis y la osteopenia son prevalentes en los pacientes ancianos. En muchas ocasiones, se pone de manifiesto a raíz de una caída con consecuencia de una fractura osteoporótica, siendo la fractura de fémur la más frecuente, con importante morbimortalidad asociada. La institucionalización, la inmovilidad, las carencias nutricionales y los trastornos cognitivos son factores de riesgo en esta población, en la cuál, las fracturas no son un hecho aislado. La osteoporosis está infradiagnosticada e infratratada en esta población, no existiendo estudios que valoren su densidad mineral ósea.
Objetivos: Estudio de la densidad mineral ósea en una población de pacientes psicogeriátricos institucionalizados.
Material y métodos: N = 210 pacientes institucionalizados. Se realizaron n =204 densitometrías, n = 6 no fue posible. Las densitometrías se han realizado con sistema accuDEXA (Absorciometría fotónica dual por rayos X). Se dispone de base de datos tipo Acces y análisis de datos mediante programa informático Statistica®.
Resultados: Comparando los resultados según la Tscore: Normal >1 Tscore; -1 n = 35 pacientes; representando el 17,16% de la muestra, con edad media de 70,4 años. Osteopenia -1> Tscore > -2,5 n = 74 pacientes, representando el 36,27% de la muestra, con edad media de 73,03 años. Osteoporosis Tscore 2,5 n = 95 pacientes 79, representando el 46,57% de la muestra, con edad media de 78,31 años.
Conclusiones: Alta prevalencia de osteoporosis, la cuál aumenta con la edad. Importancia de estudiar una población específica, para detección y tratamiento más adecuado.

HIPODERMOCLISIS: UNA ENCUESTA HOSPITALARIA

D. Salgado, G. Bujan Pereira, M.C. Méndez de León, M.A. Gestoso, M.J. Rancaño y A. Vilches Moraga
Seccion de Geriatría, Hospital do Meixoeiro, Nigran.

Introducción: La administración de fluidos por vía subcutánea (Hipodermoclisis) es una sencilla técnica utilizada con el objetivo de reemplazar los líquidos que se han perdido o utilizado en individuos que están demasiado enfermos para tomar suficiente agua o para comer suficiente comida, o donde la administración de fluidos por vía intravenosa no es posible. Mientras que existe amplia evidencia clínica que avala a la Hipodermoclisis (H) como un arma terapéutica útil en el manejo de determinados pacientes geriátricos el nivel del conocimiento teórico de esta técnica entre enfermeras no ha sido antes estudiado.
Objetivos: El objetivo de este estudio es valorar el conocimiento y uso que facultativos y enfermeras de diversas especialidades médicas de un hospital universitario hacen de la Hipodermoclisis.
Material y métodos: Enfermeras pertenecientes a diversas especialidades médicas que de forma sistemática reciben ingresos de pacientes geriátricos en nuestro centro rellenaron una encuesta concerniente a las indicaciones, riesgos, beneficios y técnica de administración de fluidos por vía subcutánea. A continuación recibieron información verbal y escrita sobre esta materia y sus dudas fueron respondidas, respondiendo a un nuevo cuestionario tres meses después.
Resultados: Las 60 enfermeras y los 20 facultativos pertenecientes a diferentes especialidades médicas que respondieron el cuestionario inicial mostraron un desconocimiento significativo de la materia que fue mejorado considerablemente tras recibir información verbal y escrita sobre la Hipodermoclisis.
Conclusiones: Este estudio ha demostrado que nuestras enfermeras carecían inicialmente de los conocimientos teóricos necesarios para administrar fluidos por vía subcutánea, pero su competencia en la materia fue significativamente mejorada mediante una sencilla sesión educativa y la adherencia a protocolos locales.

MEJORÍA DEL ESTADO NUTRICIONAL EN UNA POBLACIÓN SOMETIDA A UNA ACTUACIÓN PROTOCOLIZADA

P. Serrano Garito, M.C. Tena Dávila Mata, R. Romero Chaparro, C. Martín Díez, J. Zancada González y A.M. Martínez Simancas
Dirección General de Mayores. Ayuntamiento de Madrid, Madrid.

Objetivo: Con el fin de detectar la malnutrición e intervenir en el estado nutricional de las personas mayores se realizó un protocolo de intervención de aplicación en diversos niveles asistenciales, tanto sociales (Centros de día) como sanitarios (consulta externa y hospital de día).
Material y método: Se aplica el protocolo a las personas que acuden a la consulta de geriatría basado en la valoración geriátrica integral, con el MNA como instrumento central, y protocolización de diversas actuaciones (fisioterapia, Terapia ocupacional, Trabajo Social, EpS, seguimiento de problemas e ingreso en HD en caso necesario). Se alcanza una cobertura alta, que permite estudiar de manera prospec-

tiva a 465 sujetos con edad media 78 años, en su mayoría mujeres (346). En más de la mitad (252) se hace seguimiento del estado nutricional según lo establecido en el protocolo. Los datos se analizan con SPSS, mediante prueba T para muestras apareadas y Chi2.
Resultados: Los datos corresponden a los casos en los que se ha realizado seguimiento. El MNA basal es de 27 puntos de media, (DS 4,3), consiguiendo una puntuación de 29 tras las distintas actuaciones (DS 3,6). El número de personas en riesgo o con mal estado nutricional (40, 15,8%) descendió en más del 50% (19, 7,5%).Así mismo mejoraron los parámetros bioquímicos (albúmina, linfocitos, colesterol) y el índice de Barthel. El análisis pormenorizado de los diferentes ítems muestra que, aunque las mayores diferencias se aprecian en la pérdida de peso, el estrés, la pérdida de apetito o el estado subjetivo de salud, contribuyen también en la mejoría.
Comentarios: Al ser la malnutrición un síndrome multifactorial, es necesario actuar en las diferentes esferas modificables, siendo deseable protocolizar las actuaciones a fin de que estas se conviertan en rutinarias. La mejoría experimentada por este grupo de pacientes, nos anima a considerar como acertado el preconizado por nosotros.

FACTORES DE RIESGO DE MORTALIDAD DE LOS PACIENTES INGRESADOS EN UNA UNIDAD DE GERIATRÍA DE AGUDOS

O. Sabartés, M.A. Márquez, M. Pi-Figueras, C. González, C. Roqueta y A.M. Cervera
Unidad Geriátrica de Agudos (UGA). Hospital del Mar. Institut d'Atenció Geriàtrica i Sociosanitària (IAGS). Institut d'Asistencia Sanitaria (IMAS), Barcelona.

Objetivos: Describir las características y los diagnósticos de los pacientes que fallecen durante el ingreso en una Unidad de Geriatría de Agudos (UGA) y analizar las variables asociadas a la mortalidad.

Material y método: Estudio retrospectivo de pacientes fallecidos en la Unidad de Geriatría de Agudos durante dos años consecutivos (2004-2005). Se describe edad, estancia media, capacidad funcional medida por el índice de Barthel (IB) y el índice de Lawton (IL), situación cognitiva medida por el test de Peiffer(TP), comorbilidad medida por el índice de Charlson, presencia de síndromes geriátricos y diagnósticos prevalentes.
Resultados: Se analizan 1549 pacientes, de los cuales 260 (16,8%) fueron éxitus. La edad media fue de 85.1 años y la estancia media de 9 días. EIB al ingreso era d e38, al ingresote 4, el IL previo de 0,8 y la puntuación del TP de 6,6 errores. El índice de comorbilidad de Charlson fue de 2,4. Los diagnósticos más prevalentes fueron: insuficiencia cardíaca descompensada (20,4%), neumonía (17,7%), EPOC descompensado (16,5%), infección bronquial (14,2%), infección urinaria (6,5%), otras causas de insuficiencia respiratoria (4,6%), enfermedad neurológica (4,6%), trastorno hidroelectrolítico (4,6%) y otros diagnósticos (10,8%). Ni la presencia de antecedentes patológicos (EPOC, DM, HTA, cardiopatía, insuficiencia renal crónica, AVC) ni la comorbilidad se asociaron de forma significativa con la mortalidad. La situación funcional previa y la situación cognitiva se asociaron de forma significativa con la mortalidad con ($p < 0,01$) tanto en el 2004 como en el 2005. La parición de inmovilidad durante el ingreso también se asoció de forma significativa en los dos años (2004 $p < 0,01$ y 2005 $p < 0,05$).
Conclusiones: Los pacientes ingresados en la UGA durante el período analizado presentaron como factores de riesgo de mortalidad la situación funcional y la existencia de deterioro cognitivo. El empeoramiento funcional con aparición de síndrome de inmovilidad se correlacionó así mismo con el riesgo de mortalidad. No parecen existir diferencias significativas en la tipología de pacientes ingresados durante estos dos años y con riesgo elevado mortalidad.

COMUNICACIONES LIBRES VI

Sala Ciudadela 2
Jueves, 15 de junio, de 16:00 a 18:00 horas

Valoración geriátrica II

Modera:
Fernando Perlado
Director de la Gaceta de la SEGG

MALTRATO EN EL PACIENTE ANCIANO. A PROPÓSITO DE TRES CASOS CLÍNICOS

P. Margalef Benaiges, C. Muñoz Romero, I. Ferré Peñart, I. Moliner Marcen y E. Martínez Almazan
Hospital de la Santa Creu, Tortosa.

Objetivo: Mostrar a partir de tres casos clínicos, diferentes ejemplos de maltrato en el anciano: por negligencia, por maltrato físico y por abuso sexual.
Material y métodos: Recogida de datos clínicos de las historias de tres pacientes de nuestro centro con antecedente o sospecha de maltrato por parte de sus familias.
Resultados: *Caso clínico 1:* Hombre de 77 años que presenta síndrome de inmovilidad progresiva en el contexto de caídas de 4 semanas de evolución. Trastorno de la marcha de un año y medio de evolución en relación con gonalgia. *Exploración:* mala higiene corporal, bradicardia a 40 lpm, paraparesia de MMII i semiología de derrame pleural izquierdo. Remitido a hospital de agudos para estudio. *Situación social:* Soltero, vive con una hermana. Regular soporte y manejo. No fue valorado médicamente hasta el momento de la inmovilidad. *Caso clínico 2:* Mujer de 72 años con antecedentes de ACV con hemiparesia derecha, disfasia y demencia vascular moderada. Sufre caída con fractura de cadera motivo por el cual se remite a Hospital de Día para rehabilitación. *Situación social:* Viuda, vive con una hija y la familia de ésta. Deja de acudir a Hospital de Día por abuso sexual por parte del yerno que convive con la paciente. Una de las hijas interpone denuncia judicial. Ingreso preventivo de la paciente en Larga Estancia de nuestro centro. *Caso clínico 3:* Hombre de 82 años valorada por equipo domiciliario por inmovilidad aguda secundaria a impotencia funcional de miembro inferior izquierdo. Antecedente de demencia degenerativa primaria en estadio avanzado. *Situación social:* Vive con la esposa (cuidadora principal). Dos hijas que ofrecen soporte. En la valoración, una de las hijas expresa mal manejo conductual por parte de la madre (personalidad autoritaria con problemas de control emocional), quien habría podido producir lesiones físicas en el paciente. Se deriva el paciente a urgencias para descartar fractura de cadera.
Conclusión: En general los casos de maltrato que se observan en ancianos de la comunidad, se producen en un contexto de gran dependencia física y demencia asociada. Un ingreso preventivo en centro sociosanitario puede ser una de los recursos más rápidos y adecuados en este tipo de situaciones para planear desde aquí soluciones futuras. Se tendrían que plantear sistemas de detección precoz de casos de riesgo de maltrato en la población anciana que vive en la comunidad.

REPRESENTACIÓN DE LAS PRINCIPALES ÁREAS DE CAPACIDAD COGNITIVA Y FUNCIONAL EN LAS PRINCIPALES ESCALAS DE VALORACIÓN GERIÁTRICA EN EL MEDIO RESIDENCIAL

I. Pérez de Mendiguren Ruiz de Olalla y C. Hernández Muñoz
Fundación Matia, Donostia.

Objetivo: Identificar la representación que las áreas habitualmente aceptadas como indicadoras de funcionamiento cognitivo y funcional tienen en las principales herramientas de valoración universalmente utilizadas en el medio residencial geriátrico.
Material y métodos: Inicialmente se identifican diez áreas representativas de funcionamiento cognitivo: orientación, atención/concentración, memoria, funciones ejecutivas, lenguaje, calculo, praxias, habilidad constructiva, habilidad visuo-espacial y gnosias, y las diferentes herramientas de valoración cognitiva mas habitualmente utilizadas: mec de lobo, mmse de folstein, escala cognitiva de blessed, escala cognitiva de pfeiffer, test de los 7 minutos y rai. de la misma manera se identifican otras diez áreas de valoración de capacidad funcional: actividades de autocuidado, movilidad, comunicación, función sistema digestivo, función sistema urinario, actividades domesticas, actividades avanzadas, relaciones personales y utilización de ayudas técnicas, en las siguientes escalas de valoración funcional: rai, sakontzen, barthel, lawton, karnofsky y cruz roja.
Resultados: Ninguna de las escalas, tanto de valoración cognitiva como funcional, recoge la totalidad de las áreas estudiadas en el apartado cognitivo el mec de lobo es la herramienta en que mas áreas están representadas y en el índice de barthel en el área funcional.
Conclusión: Se considera necesario la elaboración de un sistema de valoración que integre las áreas anteriormente citadas complementadas con una valoración social.

PERFIL NEUROPSICOLÓGICO DEL ENVEJECIMIENTO NORMAL EN POBLACIÓN ESPAÑOLA

R. Yubero Pancorbo, L. Morón Pedregal, F.J. Martín Sánchez, P. Gil Gregorio, F. Maeztu y J.M. Ribera Casdo
Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

Objetivos: Determinar el patrón cognitivo normal del envejecimiento con éxito en población española.
Material y métodos: estudio prospectivo de seis meses de evolución. Se incluyeron sujetos normales mayores de 60 años, que no manifestaran quejas de memoria, cuyos familiares corroboraran que realmente no existían quejas de memoria ni tampoco pérdida de funcionalidad en actividades de la vida diaria. Todos los pacientes cumplían como criterio de inclusión GDS = 2 y MMSE > 26. Se recogieron variables demográficas (edad, género y nivel educacional). La batería neuropsicológica está compuesta por las siguientes pruebas: Test de Recuerdo Selectivo (TRS), Test de Retención Visual de Benton (TRVB), Dígitos directos e Inversos de WAIS, Secuencias Directas e Inversas de WAIS, Letras y Números de WAIS, n-Back de forma y posición, Torre de Hanoi, Trail Making Test (TMT) A y B, Test de Stroop, Mapa del Zoo y Cambio de Cartas de BADS, Fluencia verbal fonética y semántica, Cubos de WAIS, Praxias ideomotoras, Siluetas de VOSP. Análisis estadístico con una significación de 95% en el programa estadístico SPSS 11.0.
Resultados: la muestra consta de 16 pacientes con una edad media de: 72,8 años (DS: 6,67). Rango de edad: 62-85. Mujeres: 62,5%. Con un nivel educacional medio de 10 años (Rango: 0-20 años). Se obtienen puntuaciones medias por debajo de la media de la población adulta normal en las siguientes variables: CLTR de TRS = 25; recuerdo demorado en LTR = 5; TRVB = 3; Test de Stroop = -7,84; Fluencia fonética = 10; Fluencia semántica = 15; Letras y Números = 6; tiempo de ejecución en TMT-A= 68 sg; tiempo de ejecución en TMT-B = 216 sg; Torre de Hanoi de 4 fichas = un 63% la ejecuta correctamente, en un tiempo medio de ejecución = 252 sg con 35 movimientos; Cambio de Cartas = 3; Mapa del Zoo = 2, con tiempo en Zoo 1 = 224 sg y en Zoo 2 = 102 sg.

Conclusión: *1.* En el envejecimiento normal se manifiestan cambios cognitivos respecto a la edad adulta. *2.* Estos cambios en la cognición parecen estar relacionados fundamentalmente con el rendimiento en pruebas de memoria y de funciones ejecutivas. *3.* Los cambios manifestados en test de memoria declarativa parecen relacionarse con un déficit de codificación (relacionado con el córtex prefrontal izquierdo y con regiones temporales) que se completaría con un déficit de recuperación (relacionado con un déficit de activación en córtex prefrontal derecho). *4.* El enlentecimiento en el procesamiento de la información es un rasgo característico del envejecimiento normal que se hace patente en el rendimiento de todas las pruebas.

VALORACIÓN DEL CONTROL POSTURAL MEDIANTE POSTUROGRAFIA EN CAEDORES DE REPETICIÓN

A. González Ramírez, M. Lázaro del Nogal, C. de Pablos Hernández, C. Zaragoza Brehcist, C. Fernández Alonso y J.M. Ribera Casado
Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

Objetivos: Describir los resultados más relevantes de los test posturográficos habituales realizados en pacientes con caídas de repetición. Valorar la influencia de la acumulación de déficits sensoriales asociados en el desplazamiento y control de su centro de gravedad de los caedores.
Material y métodos: Pacientes remitidos a una Unidad de Caídas durante 2 años. Se les realizó los siguientes tests posturográficos (posturógrafo Balance Master de Neurocom): control motor (test RWS) de izquierda a derecha (I -D) y anteroposterior (A-P), control sensorial (test mCTSIB), bipedestación desde la posición de sentado (test STS), velocidad de la marcha (test WS), Subir y bajar escalones (test SUO). Análisis estadístico: SPSS v. 12.0
Resultados: N =109 (edad media 78 ± 5,3 años; 85,3% mujeres, 14,7% hombres). RWS (media ± desviación típica): control direccional (%) D-I 74,37 ± 16,80; A-P 55,98 ± 19,33; velocidad del centro de gravedad ante desplazamientos rápidos (grados/seg) D-I 7,88 ± 3,52; A-P 2,62 ± 1,29. mCTSIB [mediana(RIQ) en grados/seg]: OAL (ojos abiertos superficie lisa): 0,30 (0,20-0,50); OCL (ojos cerrados superficie lisa): 0,40 (0,30-0,67); OAA (ojos abiertos superficie almohadillada): 1,40 (1,02-1,97); OCA (ojos cerrados superficie almohadillada): 2,75 (2,07-6,00). Déficits sensoriales 87,9% (1 déficit 51,7%; 2 déficits 25,3%; 3 déficits 11,1%): somatosensorial 6,6%; vestibular 17,6%; visual 27,5% STS [mediana (RIQ) en seg] velocidad de transferencia: 3,40 (2,07-4,70). WS [mediana (RIQ) en cm/seg]: 34,05 (20,47-50,02).
Conclusiones: El análisis posturográfico aporta información sensible acerca del control estático y dinámico del centro de gravedad, los posibles déficits sensoriales y la destreza del paciente a la hora de realizar actividades de la vida diaria. En nuestra muestra, la alteración visual es la más frecuente. La identificación del déficit y la rehabilitación es fundamental en este grupo de pacientes.

VALORACIÓN DE LA DEPENDENCIA EN EL CENTRO GERONTOLÓGICO AMMA MUTILVA

J. Cermeño Maraña, I. Vergara Berbera, Y. Ezcurra Restituto, J.J. Roldán Larreta, A.M. Beltrán Cornago y S. Garde Iriarte
Centro Gerontológico Amma Mutilva, Navarra.

Objetivos: Valorar los niveles de dependencia en Amma Mutilva. Describir los cambios que en Navarra se han producido relacionados con la dependencia en Centros Geriátricos. Señalar los nuevos perfiles de los usuarios. Establecer planes y recursos para estos perfiles de ancianos.
Material y métodos: La muestra la compone 180 personas ingresadas en Amma Mutilva. Se utiliza el Barthel, Delta, MEC, Yesavage, Tinetti, y Escala de Deterioro Global. Se recogen los datos anuales desde el año 2000 hasta el 2006. Y mensualmente los niveles de dependencia del año 2006 hasta junio. Se establecen comparaciones con los datos disponibles en Navarra desde los años 70 hasta la actualidad.
Resultados: Los ancianos actuales poco tienen que ver con los de hace años. Nos encontramos con grandes asistidos, y niveles de dependencia física cercanos al 85%, y 70% de dependencia cognitiva. El 5% viven en residencias, y hay poblaciones con casi 25% de ancianos.
Conclusiones: La situación actual requiere servicios individualizados, modulares e integrales, adaptados a niveles de dependencia inexistentes hacen unos años. Una red de recursos coordinados ofrecería una atención integral.

VALORACIÓN DEL RIESGO TROMBOEMBÓLICO VENOSO (RTEV) EN EL ÁMBITO RESIDENCIAL

J. Castrodeza Sanz[1], R. López Mongil[2], S. Marbán García[2], S. Jáñez Rodríguez[2], M. García García[2] y J.L. Elguero Angulo[2]
[1]Dpto. Medicina Preventiva. Facultad de Medicina. Univ. De Valladolid, [2]Centro Asistencial Dr. Villacián, Valladolid.

Introducción: La inmovilidad predispone al tromboembolismo venoso (TEV), existiendo una especial incidencia en el ámbito residencial, siendo responsable de una considerable mortalidad, la mayoría de forma súbita, de ahí su importancia y la inquietud para realizar este estudio.
Objetivos: Analizar en ancianos del medio institucional situaciones que predisponen al TEV: insuficiencia cardiaca congestiva, IAM, accidente cerebrovascular (ACV), obesidad, venas varicosas, factores asociados a hipercoagulabilidad: HTA, hiperlipemias, neoplasias… Clasificar el riesgo en Bajo, (1-5), Moderado (6-11) y Alto (mayor ó igual a 12), según una escala clásica de ponderación del RTEV (Gómez Alonso A, Lozano Sánchez F. Enfermedad tromboembólica venosa (ETV). Hospital 12 de Octubre. Monografía 1991).
Material y método: Se han valorado el RTEV a 97 residentes procesando los datos con SPSS versión 11,5, licencia UVA. Se comparan los datos mediante Chi cuadrado y t-Student Fisher.
Resultados: En 97 pacientes se ha evaluado parámetros de RTEV. Edad media: 83,72 + 7,38 años, predominando las mujeres (64,9%), varones (35,1%). El tiempo de permanencia en el centro desde menos de un año hasta 12 (media = 6,5 años). Rango de puntuación de RTEV: 5 y 23 puntos (valor medio de 8,26 + 3,08, riesgo Moderado). No se han observado diferencias significativas de RTEV, ni con la edad, ni el sexo, ni en la permanencia en el centro. Relación entre la puntuación de RTEV y ACV con la finalidad de verificar si la categorización del riesgo (bajo, moderado, alto) proporcionaba una información útil y en todos nuestros casos, con independencia del sexo, sólo se produjeron los citados eventos en pacientes con valores de RTEV igual a 9 o superiores.
Conclusiones: El rango del riesgo moderado, implicaría la recomendación de realizar una profilaxis tromboembólica con heparinas de bajo peso molecular hasta que desaparezca el RTEV. La inmovilización juega un papel determinante en padecer TEV, por lo que se plantea la conveniencia de realizar una detección precoz del problema (RTEV). Es necesario mejorar los métodos de categorización del RTEV con el fin de hacer más efectivas nuestras decisiones terapéuticas.

ACTIVIDAD ASISTENCIAL DE LA UNIDAD DE HOSPITAL DE DÍA EN UN HOSPITAL GERIÁTRICO EN UN PERIODO DE 18 MESES

B. Cobos Antoranz, A. Cruz Santaella, F. Tarazona Santabalbina, A. Blanco Orenes, R. Padilla Clemente, M.A. Carbonell Rabanal, C. Yera Bergua, M.T. Fernández Dorado, N. Arias Martínez y M.A. de la Torre Lanza
Hospital Virgen del Valle, Toledo.

Introducción: La Unidad de Hospital de día del Hospital Geriátrico Virgen del Valle de Toledo se caracteriza por la atención de pacientes que necesitan tratamiento rehabilitador por diversas patologías (ACV, fractura de cadera, síndrome de inmovilidad como ejemplos más frecuentes). Los pacientes atendidos presentan un importante grado de dependencia y, en ocasiones, una problemática social asociada que dificulta la terapia rehabilitador ambulatoria.
Objetivo: Se diseñó un estudio descriptivo transversal de la actividad en la Unidad de Hospital de Día durante un período de 18 meses comprendido entre septiembre de 2004 hasta febrero de 2006.
Material y métodos: Se recogieron 83 historias clínicas que cumplían los criterios de inclusión. Se analizaron las siguientes variables: sexo, edad, factores de riesgo cardiovascular, número de fármacos, puntuación en la escala de Barthel previa, la ingreso y al alta, reingresos en unidad de agudos y la duración del ingreso en la Unidad de Hospital de Día.
Resultados: La edad media de los pacientes fue de 81,26 ± 7,14 años, la mayor parte, el 64,35%, de los pacientes fueron mujeres. Respecto a sus antecedentes personales: El 61,36% de los pacientes era hipertenso, el 26,87% de los pacientes fueron diabéticos, el 22,64% fueron dislipémicos, el 16,29% de los pacientes habían padecido algún evento cardiovascular, el 67,12% de los pacientes presentaban signos de artrosis en al menos una articulación de miembros in-

feriores, el 27, 80% de los pacientes había sido diagnosticado de enfermedad cerebrovascular y el 7,83% de los pacientes había sido diagnosticado de enfermedad de Parkinson. La media de fármacos que los pacientes tomaban al ingreso era de 6,38 ± 1,55 mientras que al alta esta cifra se reducía a 4,03 ± 2,31, diferencia estadísticamente significativa con una p < 0,05 mediante la técnica de t de Student para datos apareados. La media de la puntuación de la escala de Barthel previa al evento que provocó el ingreso en la Unidad de Hospital de Día fue de 90,57 ± 9,29, al ingreso de 41,69 ± 12,46 y al alta de 77,63 ± 14,51, con una diferencia estadísticamente significativa entre las puntuaciones al ingreso y al alta (p < 0,001) mediante el análisis con la técnica de la t de Student para datos apareados. La procedencia de los pacientes fue en un 43,28% procedían de la Unidad de Media Estancia, el 28,16% procedía del Servicio de Traumatología, 7,58% procedía de Centros de Atención Primaria, el 4,31% del Servicio de Neurología, el 3,71% procedían de residencias de tercera edad y el 12,96% procedía de otros servicios como Medicina Interna, Neurocirugía o Cirugía General. El motivo de ingreso fue fractura de cadera en el 48,05% de los casos, accidente cerebrovascular en el 36,82% de los casos y síndrome de inmovilidad en el 15,13%. La estancia media fue de 39,82 ± 18,13 días y la tasa de reingreso fue del 7,98%.
Conclusiones: El tratamiento rehabilitador de los pacientes ingresados en la Unidad de Hospital de Día proporciona una mejora significativa en la puntuación de la escala de Barthel contribuyendo a preservar la independencia de estos pacientes y disminuyendo el riesgo de sobrecarga de los cuidadores.

CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES INGRESADOS EN UNA UNIDAD DE MEDIA ESTANCIA DEL HOSPITAL GENERAL DE MALLORCA

F. Alberti Homar, L. Feliu Mazaira, L. Vich Martorell, A. Truyols Bonet y J.A. Parra Ropero
Hospital General de Mallorca, Mallorca.

Objetivo: La atención a pacientes crónicos cada vez es más frecuente en los hospitales de agudos. Muchos son derivados a centros de media estancia para realizar su tratamiento. Interesa conocer la evolución de estos pacientes.
Material y métodos: Estudio retrospectivo de pacientes ingresados en la unidad entre 1/1/03 al 31/12/2005. Se analizan las patologías, evolución funcional, estancia media y mortalidad. Comparación con Hospitales de agudos.
Resultado: *Ingresados:* 1.795 pacientes. *Promedio de edad:* 81,2 años. *Estancia media:* 14,6 días. Barthel ingreso 49 y al alta de 65,2. *Patologías:* Enfermedades respiratorias crónicas 878 (48%), enfermedades cardíovasculares 320 (18%), infecciosas 172 (10%) y neurológicas 162 (9%). 1329 pacientes (73%) fueron alta, 333 éxitus (19%), 53 derivados a hospitales de agudos (3%) 52 a residencias (3%) 28 a larga estancia (2%).
Conclusiones: Los resultados obtenidos en cuanto a grupos de enfermedades, estancia media y porcentaje de éxitos es superponible a las publicadas recientemente por hospitales de agudos. La ganancia funcional es mayor en nuestro centro probablemente por la rehabilitación precoz. Los pacientes trasladados a centros de agudos es muy bajo 52 (3%) Los centros de media estancia permiten un manejo óptimo y superponible a los centros de agudos en este tipo de población y con coste claramente inferior. Es necesario profundizar en el tipo de patologías que atendemos en estos centros así como en la rehabilitación precoz.

UTILIDAD DE UN NUEVO ÍNDICE PRONÓSTICO DE MORTALIDAD POSTHOSPITALIZACIÓN EN PACIENTES MAYORES DE 70 AÑOS

M.C. Pérez Bocanegra[1], E. Villegas[2], A. Guallar[3], A. San José[1] y M. Vilardell[1]
[1]Hospital Vall d'Hebron. Barcelona, [2]Centre Sanitari Integral Barcelona. Barcelona, [3]Hospital Sant Joan de Deu. Martorell, [4]H. Esperit Sant, Santa Coloma de Gramanet.

Fundamento y objetivo: Recientemente Walter et al desarrollaron y validaron un índice de pronóstico de mortalidad al año del alta hospitalaria en pacientes mayores. El objetivo de nuestro estudio fue determinar la utilidad del índice de Walter en nuestra población y compararlo con el índice de Charlson y el índice de Barthel.
Material y métodos: Se incluyeron 455 pacientes (224 varones y 231 mujeres) con una edad media de 81,4 años (70-99) que fueron dados de alta de unidades de hospitalización de cuatro hospitales de Barcelona. En el momento del alta se puntuaron el índice de Barthel, el índice de Charlson y el índice de Walter.
Resultados: La mortalidad al año del alta hospitalaria fue del 40,66%. La puntuación media del índice de Barthel fue 64,42 (35,66), del de Charlson de 3,07 (1,87), y del índice de Walter de 5,34 (2,97). Se calcularon las curvas ROC para los tres índices, y el que mostró un área mayor fue el índice de W alter (0,691)
Conclusiones: Se ha comprobado la utilidad del índice de Walter para el pronóstico de mortalidad al año del alta hospitalaria en pacientes mayores que ingresan en hospitales de nuestro entorno, lo que podría ser útil para ajustar el plan de cuidados y los objetivos terapéuticos.

VARIABILIDAD DEL ÍNDICE DE BARTHEL TRAS LA INSTITUCIONALIZACIÓN DEL MAYOR

C.N. Lucena Fajardo, M.I. López de Oyarzábal, V.M. Cózar Panal, T. Uceda Vega, M.I. Jurado Godoy y F.J. Moreno Holgado
Centro Residencial SAR Isdabe, Málaga.

El Índice Barthel es el instrumento más utilizado para la evaluación de la capacidad funcional del individuo así coma para detectar los cambios en el desempeño de las actividades básicas de la vida diaria en el tiempo. El siguiente estudio tratará de identificar los cambios en el desempeño funcional en usuarios de la "Residencia para personas mayores SAR-ISDABE", tomando como referencia las diferentes puntuaciones en el Índice de Barthel: *Al ingreso:* De forma oral con el residente, o en su defecto, con la familia o cuidador principal. *Al mes:* con la valoración del equipo de enfermería (enfermero, auxiliar y terapeuta ocupacional).
Objetivos: Constatar si se dan diferencias significativas entre las escalas. Indagar en los motivos, factores y circunstancias relacionadas.
Material y métodos: Análisis de los datos obtenidos a través del programa informático en la puntuación de la escala de Barthel al ingreso y al mes; y otros datos de filiación relacionados con antecedentes sociales y clínicos que aparecen tanto en la historia como en el programa informático.
Resultados: Diferencia en el índice de Barthel inicial y al mes en un 78% de los usuarios. Los ítems en los que hay mayor variación son: vestido (48%), aseo (59%), transferencias (31%) y escaleras (34%). Los factores más relacionados con la variación en los índices de Barthel son: dentro de motivo de ingreso, los problemas de salud del cuidador (88.9%) y ausencia de familia (85%); acompañante, ausencia del mismo (100%) y familiar y cuidador (90%); y procedencia, domicilio de un familiar (100%) y otra residencia (92%).
Conclusiones: Existe una diferencia significativa en el índice de Barthel inicial y al mes. No es significativa la variación hacia arriba o hacia abajo, ya que se da en un 50% de los casos aproximadamente. Tampoco hay relación expresa con el sexo ni con la existencia o no de demencia. Los factores más relacionados con la variación en los índices de Barthel son: dentro de motivo de ingreso, los problemas de salud del cuidador y ausencia de familia; acompañante, ausencia del mismo y familiar y cuidador; y procedencia, domicilio de un familiar y otra residencia.

CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES INGRESADOS EN UNA UNIDAD DE AGUDOS PROCEDENTES DE SU DOMICILIO DESPUÉS DE VALORACIÓN Y/O SEGUIMIENTO POR EL EQUIPO DE ASISTENCIA GERIÁTRICA DOMICILIARIA

G. Domínguez de Pablos, L. Narvaiza Grau, M. Isach Comallonga, M. González Becerra e I. Ruipérez Cantera
Hospital Central Cruz Roja, Madrid.

Objetivos: Describir las características de los pacientes que han ingresado directamente desde su domicilio en una Unidad de Agudos de Geriatría (UGA) tras valoración por un equipo de Atención Geriátrica Domiciliaria (AGD).
Material y métodos: Estudio descriptivo en el que se recogen las características demográficas (edad, sexo, procedencia), clínicas (motivo de consulta, de incapacidad y de ingreso en UGA, comorbilidad con Índice de Charlson), funcionales con Cruz Roja Físico (CRF) y el Índice de Barthel (IB), mentales con Cruz Roja Mental (CRM), y asisten-

ciales de los pacientes ingresados durante el año 2005 en la UGA del Hospital Central de Cruz Roja (Madrid) derivados desde el equipo de AGD de dicho hospital.

Resultados: De un total de 88 pacientes ingresados durante 2005, se pudieron recoger datos de 73, siendo la edad media 84,5 años; el 72,6% fueron mujeres. Los pacientes presentaban un deterioro funcional moderado – severo, con un CRF previo de 2,97 y al ingreso 4,07 y un IB previo de 53,97 y al ingreso 27,26. Respecto a la situación mental, presentaban un CRM previo de 1,11 y al ingreso 1,77. El motivo principal de incapacidad del paciente en domicilio fueron cardiopatía y demencia, ambos en el 21,91% de los casos. El motivo principal de consulta al equipo de AGD fue control clínico (49,3%), procediendo en su mayoría de Atención Primaria, precisando en el 32,9% de los casos ingresar en UGA tras la primera visita. El principal motivo por el que ingresaron los pacientes fue por patología respiratoria (23,28%) seguidos de ITU (13,6%), ICC (12,32%) y deterioro funcional (12,32%). Durante el ingreso fallecieron el 12,32% de los pacientes. Los pacientes fueron dados de alta tras una estancia media de 11 días en UGA, con una media al alta de CRF de 3,74, IB 33 y CRM 1,99. Tras el alta, se realizó un seguimiento de nuevo por el equipo de AGD de forma conjunta con Atención Primaria en el 45,2% de los pacientes.

Conclusiones: El aumento progresivo de pacientes que ingresan directamente desde su domicilio, fundamentalmente por patología respiratoria, nos hace reflexionar sobre nuevos objetivos asistenciales de un equipo de AGD, al detectarse de forma precoz patologías agudas subsidiarias de un ingreso hospitalario adecuado.

COMUNICACIONES LIBRES VII

Sala Ciudadela 1
Jueves, 15 de junio, de 18:30 a 19:30 horas

Miscelánea clínica III

Modera:
José Ramón Varo
Vicepresidente de la SNGG

RESIDENTE CON IMPORTANTE DETERIORO COGNITIVO ASOCIADO A UN SÍNDROME DE INMOVILISMO QUE PRESENTA ÚLCERAS VASCULARES EN EXTREMIDADES INFERIORES CON PRONÓSTICO DE AMPUTACIÓN

A. Muñoz Villillas, L. Moreno Bermejo, S. García Hernández, E. Martínez Pereda, S. Chocarro Arroniz y C. González Marco
Amma Mutilva, Navarra.

Objetivos: Atención Integral: *1. Atención al residente:* actuaciones encaminadas a conseguir un nivel adecuado de calidad de vida: Curar úlceras presentes. Control del dolor. Prevención de aparición de nuevas úlceras. *2. Atención a la familia:* Información continuada de tratamiento y evolución. Apoyo emocional.
Material y métodos: *Aplicación de tratamientos:* Tópico (pomadas: enzimas, granulantes, alginato de plata...). Oral (suplementos nutricionales, atb,...). *Pruebas analíticas:* Cultivo de exudado. *Analítica de sangre:* Consulta en cirugía vascular. Dieta hiperproteica. *Atención individualizada diaria:* Ducha diaria. Cambios posturales. Utilización de medios físicos: Colchón de presión alternante, patucos, cojín antiescaras. Pañales antialérgicos. Cura mañana y tarde (vendaje compresivo).
Resultados: Curación de extremidades inferiores. Importancia del trabajo en equipo para conseguir el resultado deseado. Constancia y lucha por un objetivo que creíamos factible. Mantener calidad de vida adecuada.

EFECTOS DE LA MELATONINA SOBRE LA EXPRESIÓN DE LA INOS Y EL FALLO MULTIORGÁNICO EN LA SEPSIS DURANTE EL ENVEJECIMIENTO

G. Escames, V. Tapias, M.I. Rodríguez, A.B. Hitos, M. Carretero y D. Acuña Castroviejo
Universidad de Granada, Instituto de Biotecnología, Granada.

Objetivos: La melatonina inhibe la expresión de la iNOS y contrarresta el fallo multiorgánico en la sepsis experimental en ratas jóvenes, aunque se desconoce su efecto sobre la sepsis inducida en animales senescentes. En este trabajo se evalúan los efectos de la melatonina en la sepsis experimental en ratas viejas.
Material y métodos: Se han usado ratas Wistar de 3 y 18 meses de edad. La sepsis se indujo por la administración intravenosa de lipopolisacáridos de *E. coli* (LPS, 10/ mg kg), mientras que la melatonina (60 mg/kg) se administró vía intraperitoneal. A las 6 horas de la inyección de LPS se sacrificaron los animales, obteniéndose rápidamente el hígado y pulmones. Dichos tejidos se homogenizan y se congelan en alícuotas a -80° C, hasta la determinación de peróxidos lipídicos (LPO), nitritos+nitratos (NOx), y la actividad y expresión de la iNOS. Además, se midieron marcadores plasmáticos de función renal, hepática, y metabólica.
Resultados: La sepsis se asoció a una alteración significativamente mayor en los animales viejos. En éstos, la expresión y actividad de la iNOS, así como los niveles de LPO y NOx, fueron mucho mayores que en las ratas jóvenes. Estas diferencias del efecto de la sepsis con la edad también se reflejaron en los marcadores de función hepática, renal y metabólica La administración de melatonina contrarrestó en ambos grupos de edad los efectos de la sepsis, contrarrestando el fallo multiorgánico, aunque en general, el efecto de la melatonina fue mayor en los animales viejos que en los jóvenes.
Conclusión: Si bien los animales viejos son más sensibles a los efectos de la sepsis, la misma dosis de melatonina es capaz de contrarrestar todas las manifestaciones del mismo en ambos grupos de edad de los animales estudiados. Los animales viejos son más sensibles al efecto de la melatonina exógena, lo que puede deberse a que dichos animales tienen una producción endógena de melatonina menor. Ya que la melatonina se está utilizando actualmente en el tratamiento de la sepsis en recién nacidos, estos resultados avalan también su uso en tratamiento de la sepsis en adultos.

LA RESTRICCIÓN DE LA MIETONINA EN LA DIETA DISMINUYE EL ESTRÉS OXIDATIVO EN MITOCONDRIAS DE CORAZÓN

P. Caro Martín
Facultad De Ciencias Biológicas. Universidad Complutense de Madrid, Madrid.

Se sabe que la restricción calórica (RC) disminuye la tasa de generación de especies reactivas derivadas del oxígeno (ROS) y el daño oxidativo al ADN mitocondrial (ADNmt), y que desciende la velocidad de envejecimiento en roedores. Sin embargo se desconoce qué factores de la dieta disminuyen el estrés oxidativo mitocondrial durante la RC. Nuestro grupo ha encontrado que la restricción proteica (RP) también produce tal descenso independientemente de la calorica. Estudios recientes han encontrado que la restricción de metionina en la dieta (MetR) sin RC también aumenta la longevidad máxima, como la RC y la RP. Por todo esto hemos hipotetizado que la MetR es la responsable del descenso en la producción mitocondrial de ROS y del estrés oxidativo durante la RC y la RP. En el presente trabajo se sometieron ratas Wistar macho al mismo protocolo dietético de MetR que se sabe que aumenta la longevidad. Hemos encontrado, por vez primera, que la MetR disminuye muy acusadamente la producción de ROS de las mitocondrias cardiacas (exclusivamente en el complejo I), la fuga porcentual de ROS en la cadena respiratoria (aumento de eficiencia redox) y el daño oxidativo al ADNmt, y que tiende a aumentar el consumo de oxígeno mitocondrial. Estos cambios son extraordinariamente similares a los que se observan en la RC, sugiriendo que la MetR es responsable del descenso en la producción de ROS y en el estrés oxidativo mitocondrial, y posiblemente de parte del descenso en la velocidad de envejecimiento que ocurre durante la RC.
Apoyado por MEC (BFU2005-02584).

EPIDEMIOLOGÍA DE LAS DEMENCIAS EN RESIDENCIAS. ESTUDIO MULTICÉNTRICO RESYDEM

R. López Mongil[1], J.A. López Trigo[2], J. Castrodeza Sanz[3], T. León Colombo[4], G. de la Cruz González[1] y Grupo Colaborador RESYDEM[5]
[1]Centro Asistencial Dr. Villacián, Valladolid, [2]Centro Municipal Tercera Edad, Málaga, [3]Universidad de Valladolid, [4]Dpto. Médico Pfizer, [5]Multicéntrico.

Objetivos: Determinar prevalencia de demencia/deterioro cognitivo en residencias en España. Determinar grado de diagnóstico y tratamiento frente a análisis descriptivo previo al estudio RESYDEM.
Material y métodos: Estudio multicéntrico, transversal, observacional para detectar y cuantificar deterioro cognitivo/demencia. Realizado en abril 2005.Participaron 55 residencias representativas de 18 Comunidades Autónomas Españolas. Los residentes fueron randomi-

zados y evaluados con historia clínica, exploración y complementarias, MMSE-Folstein (validado en castellano, ajustado por edad y nivel educacional), AMT de Hodkinson, fluencia verbal con control cada 15 segundos, NPI de Cummings versión para residencias de ancianos. Gradación de demencia por CDR. Criterios DSM IV para demencia. Estudio aprobado por CÉIC de la UVA. Avalado por la SEGG.
Resultados: Sobre 1037 residentes reclutados, randomizados 852 (51,6% residencias públicas), 74,1% mujeres, edad media 84,27 a. 526 pacientes se diagnosticaron de demencia (prevalencia 61,7%), de ellos 69,8% mujeres (p < 0,0001). Enfermedad de Alzheimer fue diagnosticada en un 27,4%,se relacionó más con mujeres (32,9% frente a 10,5 en hombres, p < 0,0001). Demencia vascular más frecuente en hombres (20,3% frente a 8,8% mujeres, p < 0,0001). Distribución de demencia por estadios: CDR1 15%, CDR2 31,1%, CDR3 53,8%). Distribución por grupos de edad: < 80 a 50%, entre 80 y 90 a 62,7%, en >90 a 73,9%. En el análisis multivariante los factores asociados a la demencia con más significación fueron desnutrición*, analfabetismo vs estudios superiores*, deterioro de capacidad funcional*, presencia de apatía/indiferencia**, conducta motora anómala** (*p < 0,0001, **p 0,0011). Tasa de infradiagnóstico respecto a previo de 36,4%. Un 15% de los pacientes con demencia recibían tratamiento específico. En el 64,3% de demencias hubo síntomas psicológicos y conductuales. La demencia fue más prevalente en Galicia (78,6%) y Canarias (73,0%) y menos prevalente en Baleares (40,5%) y Aragón (42,3%).
Conclusiones: La demencia presenta alta prevalencia en residencias españolas y se acompaña en muy alto porcentaje de síntomas psicológicos y conductuales. Existe alta tasa de infradiagnóstico e infratratamiento. Hay diferencias significativas, en cuanto a prevalencia, entre las diferentes Comunidades Autónomas.

ELECCIÓN DE INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN COGNITIVA EN LA EXPLORACIÓN DE LA DEMENCIA: ESTUDIO RESYDEM

J.A. López Trigo[1], R. López Mongil[2], J. Castroddeza Sanz[3], T. León Colombo[4], J.L. Elguero Angulo[1] y Grupo Colaborador RESYDEM[5]
[1]Centro Municipal Tercera Edad, Málaga, [2]Centro Asistencial Dr. Villalción, Valladolid, [3]Universidad de Valladolid, [4]Dpt.Médico Neurociencias Pffizer, [5]Multicéntrico.

Objetivos: Determinar perfil cognitivo de la población española en residencias de ancianos. Conocer la correlación entre los test aplicados en evaluación cognitiva y diagnóstico de demencia. Determinar si hay correlación entre nivel cognitivo, edad nivel educacional y otros en esta población.
Material y métodos: Se analizó la cohorte RESYDEM, 1037 ancianos en 55 residencias representativas del estado español. Estudio multicéntrico, transversal realizado en abril de 2005. Para evaluar cognición se usaron: MMSE de Folstein, ajustado por nivel educacional y edad, AMT de Hodkinson y fluencia verbal con control cada 15 segundos. Diagnóstico de demencia según DSM IV. Análisis estadístico, regresión logística y análisis uni y multivariante con paquete SSPS 11.5. El CÉIC de la UVA aprobó el proyecto. La SEGG lo avaló.
Resultados: Se han registrado resultados de 992 AMT de Hodkinson (media 4,63, DE 3,46, >3 patológico) con 57,8% de test con resultado patológico. Se evaluó la fluencia verbal en 975 casos (media de 8,40 palabras citadas en un minuto, DE 5,72, patológico ≤ 9).Este test ofreció resultados patológicos en un 61,8%. Obtuvimos datos sobre 1004 MMSE (Punto de corte ≤ 24). Patológicos 69,1% en prueba ajustada y 76,3% en no ajustada. La puntuación media fue, respectivamente, 19,10 (DE 8,66) y 17,61 (DE 8,59). En los casos que no pudieron realizarse los test se categorizaron como no aplicables. La correlación de Spearman fue positiva y estadísticamente significativa para bajas puntuaciones de MMSE (ajustado y no), diagnóstico de demencia y edad (p < 0,0001). El bajo nivel educacional obtuvo correlación positiva con la demencia (p < 0,0001). El ajuste en regresión logística multivariante entre bajo nivel educacional vs. alto nivel obtuvo una odds ratio de 62.878 (p < 0,0001). Por grupos de edad y ajuste de diagnóstico de demencia, ésta obtuvo prevalencias de 37,8% en <70 a, 49,3% entre 70-74 a, 64,7% entre 75-79 a, 68,4% entre 80-84 a, 76,9% entre 85-89 a y 85,2% en >90 a.
Conclusiones: El uso de estos 3 test de evaluación cognitiva ha sido útil y puede ser de ayuda para completar el diagnóstico de demencia en residencias por sus características de simplicidad y precisar poco tiempo para aplicarse. La prevalencia de demencia aumenta en los residentes de mayor edad y menor nivel educacional.

PROCESO DIAGNÓSTICO NECESARIO EN LA DEMENCIA: EXPLORACIÓN DE LOS SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS Y CONDUCTUALES EN EL ESTUDIO RESYDEM

J.A. López Trigo[1], R. López Mongil[2], J. Castrodeza Sanz[3], T. León Colombo[4] y Grupo colaborador RESYDEM[5]
[1]Centro Municipal Tercera Edad, Málaga, [2]Centro Asistencial Dr. Villalción, Valladolid, [3]Universidad de Valladolid, [4]Dpto. Médico Neurociencias Pffizer, [5]Multicéntrico.

Objetivos: Como objetivo secundario del estudio RESYDEM (Identificación de deterioro cognitivo y demencia en residencias españolas) se analizaron síntomas psicológicos y conductuales (SPC) en pacientes de éste. Se analizaron los tratamientos utilizados.
Material y métodos: Estudio multicéntrico, transversal, observacional. Realizado en 2005. Participaron 55 residencias. La muestra se obtuvo por aleatorización de población de las residencias. Los pacientes se evaluaron por NPI (Neuropsychyatric Inventory de Cumminngs, versión NH para residencias de ancianos). El CÉIC de la UVA aprobó este estudio. La SEGG lo avaló.
Resultados: Sobre 1037 sujetos reclutados se aleatorizaron 852, de ellos, 526 (61,7%) tuvieron diagnóstico de demencia y 123 (14,3%) diagnóstico de deterioro cognitivo leve (DCL). Un 64,3% de los pacientes con demencia tuvo SPC. Algún tipo de estos síntomas apareció en 39,6% de los DCL. En ambos grupos fueron más frecuentes las alteraciones del sueño (41,9% en demencias vs. 41,5% en DCL). Agitación/agresividad, depresión, ansiedad y apatía/indiferencia se situaron sobre el 30% del grupo demencia. En DCL resultaron significativamente más frecuentes ansiedad (35,8%), depresión (28,3%) e irritabilidad (20,8%). Por grupos de edad en demencia destacaron: apatía/indiferencia (38,2% en <80 a y 35,5% en >90 a, p 0,0099 en ambos). La desinhibición fue significativa en el grupo de menor edad (<80 a, 23,76% con p 0,0019). En análisis por sexos: ansiedad se asoció a mujeres (34,3%, p 0,0049) y desinhibición a hombres (19,3%, p 0,002). En análisis por tipos de demencia las correlaciones fueron significativas para agitación/agresividad e irritabilidad en E. Alzheimer (45,7%, p < 0,0001 y 31,8%, p 0,00234, respectivamente). En análisis multivariante: agitación, apatía, desinhibición y conducta motora anómala correlacionaron con diagnóstico de demencia. Un 49,5% de los pacientes recibía, al menos, un fármaco para estos síntomas. Los fármacos más usados fueron principalmente: benzodiazepinas (28,8%), antidepresivos (21,7%), neurolépticos clásicos (5,9%) y neurolépticos atípicos (24,4%).
Conclusiones: Los ancianos españoles institucionalizados con demencia y DCL presentan alta prevalencia de SPC. Las alteraciones más frecuentes son las del sueño. Muchos de los fármacos usados para tratarlos pueden, potencialmente, producir toxicidad.

VALORACIÓN DEL RIESGO TROMBOEMBÓLICO VENOSO (RTEV) EN EL ÁMBITO RESIDENCIAL

J. Castrodeza Sanz[1], R. López Mongil[2], S. Marbán García[2], S. Jáñez Rodríguez[2], M. García García[2] y J.L. Elguero Angulo[2]
[1]Dpto. Medicina Preventiva. Facultad de Medicina. Universidad de Valladolid, [2]Centro Asistencial Dr. Villalción. Valladolid.

Introducción: La inmovilidad predispone al tromboembolismo venoso (TEV), existiendo una especial incidencia en el ámbito residencial, siendo responsable de una considerable mortalidad, la mayoría de forma súbita, de ahí su importancia y la inquietud para realizar este estudio.
Objetivos: Analizar en ancianos del medio institucional situaciones que predisponen al TEV: insuficiencia cardiaca congestiva, IAM, accidente cerebrovascular (ACV), obesidad, venas varicosas, factores asociados a hipercoagulabilidad: HTA, hiperlipemias, neoplasias. Clasificar el riesgo en Bajo (1-5), Moderado (6-11) y Alto (mayor ó igual a 12), según una escala clásica de ponderación del RTVE. ((1) Gómez Alonso A, Lozano Sánchez F. Enfermedad tromboembólica venosa (ETV). Hospital 12 de Octubre. Monografía 1991).
Material y métodos: Se han valorado el RTEV a 97 residentes procesando los datos con SPSS versión 11,5, licencia UVA. Se comparan los datos mediante Chi cuadrado y t-Student Fisher.
Resultados: En 97 pacientes se ha evaluado parámetros de RTEV. Edad media: 83,72 + 7,38 años, predominando las mujeres (64,9%), varones (35,1%). El tiempo de permanencia en el centro desde menos de un año hasta 12 (media = 6,5 años). Rango de puntuación de RTEV: 5 y 23 puntos (valor medio de 8,26 + 3,08, riesgo Moderado).

No se han observado diferencias significativas de RTEV, ni con la edad, ni el sexo, ni en la permanencia en el centro. Relación entre la puntuación de RTEV y ACV con la finalidad de verificar si la categorización del riesgo (bajo, moderado, alto) proporcionaba una información útil y en todos nuestros casos, con independencia del sexo, sólo se produjeron los citados eventos en pacientes con valores de RTEV igual a 9 o superiores.
Conclusiones: El rango del riesgo moderado, implicaría la recomendación de realizar una profilaxis tromboembólica con heparinas de bajo peso molecular hasta que desaparezca el RTEV. La inmovilización juega un papel determinante en padecer TEV, por lo que se plantea la conveniencia de realizar una detección precoz del problema (RTEV). Es necesario mejorar los métodos de categorización del RTEV con el fin de hacer más efectivas nuestras decisiones terapéuticas.

EPIDEMIOLOGÍA DEL INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO EN POBLACIÓN MAYOR DE 65 AÑOS. ESTUDIO EPICARDAN

S. Vega Quiroga[1], B. Novella[2], R. Gabriel Sánchez[3], C. Suárez[4], L.M. Vega Valderrama[5] y F. Rodríguez Salvanes[4]
[1]Centro de Salud El Espinar, Segovia, [2]DGF. Agencia Lain Entralgo, Madrid, [3]Hospital La Paz, Madrid, [4]Hospital Universitario La Princesa, Madrid, [5]EAP El Espinar, Segovia.

La población española es una de las que presenta un menor índice de enfermedad coronaria en Europa. Según los datos de proyecto MONICA uno de los índices más bajos del mundo. Sin embargo no se dispone de muchos datos en la población mayor de 64 años.
Objetivo: Estimar la tasa de incidencia de infarto de miocardio fatal y no fatal según edad y sexo en población anciana, y estimar la incidencia acumulada de IAM en 7,7 años de seguimiento.
Material y métodos: Estudio EPICARDIAN- Estudio de cohortes en población mayor de 65 años elegida al azar según el censo de población de 1994, en dos fase. En la primera fase se entrevisto a una muestra en su domicilio mediante entrevistadores entrenados. Los supervivientes fueron reevaluados en 1997 y en 2004. En la primera fase, de selección se realizo un primer cuestionario en el que se incluía en cuestionario de Rose. En la fase 2 se confirmó o descarto IAM en los que en la primera fase habían sido positivos o de los que se carecía de información. Se utilizo en método MONICA, información clínica criterios electrocardiográficos y enzimáticos en las unidades coronarias, médicos de Atención primaria, historias hospitalarias contactando con lo sujetos o sus familiares. La mortalidad se obtuvo a través de los certificados de defunción y mediante contacto con el medico que hizo el certificado
Resultados: En 1994 se entrevistaron a 1297 sujetos, con un rango de edad entre 65 y 102 años (media de edad 75,01 (± 0,39)); 75,02 (± 0,50) para las mujeres y 74,99 (± 0,63) para los hombres. La media de seguimiento fue de 7 años y 7 meses. El 75,5% (982) de los sujetos incluidos completaron el seguimiento. La incidencia acumulada de IAM definitivo (definitivo y posible) en 7,7 años fue del 9% /7,52-10,71). La incidencia acumulada por sexo de IAM (definitivo y posible) en 7,7 años fue del 11,8% (9,12-14,91 en hombres y de 7,2% (5,52-9,27) en mujeres ($p < 0,05$). La densidad de incidencia en IAM definitivo (fatales y no fatales) fue de 710,91 (555,6-895,9) casos por 100.000 habitantes y año de seguimiento.
Conclusiones: La incidencia de IAM en la población estudiada (mayores de 65 años) es mayor que en los sujetos de mediana edad El aumento con la edad es mayor en el hombre que en la mujer.
Estudio subvencionado por el SACYL 2004

BROTE EPIDÉMICO DE GASTROENTERITIS POR NOROVIRUS EN UNA RESIDENCIA DE MAYORES EN ATARFE (GRANADA)

D. Almagro Nievas[1], F.J. Vinuesa Acosta[2], E. Vera Salmerón[2], G. de Andrés Argente[1], J. Rubiño Hódar[3] e I. Castillo Durán[4]
[1]Distrito Sanitario Metropolitano Granada, [2]Unidad De Atención A Residencias. D.S. Metropolitano Granada, Residencia [3]Entrealamos Atarfe (Granada), [4]Equipo Básico de Atención Primaria Atarfe (Granada).

Objetivo: Analizar las causas y factores predisponentes del origen y transmisión de un brote de gastroenteritis aguda dado en una residencia de mayores.
Material y métodos: Diseño de estudio descriptivo y de cohorte retrospectivo. Emplazamiento en residencia de ancianos de la localidad de Atarfe de Granada. La población de estudio fue 210 residentes de los que han enfermado 84 y de 136 trabajadores 19 afectados. *Intervenciones realizadas:* Mediante encuesta epidemiológica se investiga la relación entre la enfermedad y distintas variables independientes: características personales (edad, género) tiempo (día de inicio de síntomas y turno) y lugar (ala, tipo de habitación, planta, ubicación de la habitación, mesa y comedor). Se realiza tasas de ataque y el cálculo de RR (IC 95%).
Resultados: La tasa de ataque entre los residentes fue de 55,8% y de las trabajadoras 13,96%. Los síntomas más importantes fueron diarrea y vómitos. La tasa de ataque en habitaciones simples fue 35,5% y compartidas 40,8%, sin ser esta relación significativa estadísticamente (RR = 0,87; IC95% 0,65-1,27). La curva epidémica refleja un comienzo y final de transmisión de persona a persona. La duración de la enfermedad fue entre 24-48 horas. Los coprocultivos fueron negativos a bacterias enteropatógenas y 4 positivos a norovirus.
Conclusiones: Desde el punto de vista clínico, evolución de los enfermos, curva epidémica y el aislamiento en heces de virus, hacen confirmar una gastroenteritis con posible mecanismo de transmisión de persona a persona y de etiología confirmada por norovirus sin encontrar factores predisponentes a la enfermedad

INSUFICIENCIA CARDÍACA EN UNA UNIDAD DE GERIATRÍA DE AGUDOS

O. Sabartés, M.A. Márquez, M. Pi-Figueras, C. Roqueta, C. González y A.M. Cervera
Unidad geriátrica de Agudos (UGA). Hospital del Mar. Institut d'Atenció Geriàtrica i Sociosanitària (IAGS), Institut d'Asistencia Sanitaria (IMAS), Barcelona.

Objetivos: Describir las características de los pacientes ingresados en una Unidad de Geriatría de Agudos (UGA) cuyo diagnóstico principal es la descompensación de la insuficiencia cardiaca y analizar los factores asociados a la mortalidad durante el ingreso y a la institucionalización al alta.
Material y método: Análisis retrospectivo de los pacientes con edad ≥ 75 años ingresados en la UGA, de forma consecutiva, con el diagnóstico principal de IC descompensada. Se describen edad, sexo, estancia media, capacidad funcional medida por el índice de Barthel (IB) y el índice de Lawton (IL), situación cognitiva medida por el test de Pfeiffer (TP), comorbilidad medida por el índice de Charlson, presencia de síndromes geriátricos, riesgo de institucionalización medido con la escala de Díaz Gijón, mortalidad durante el ingreso y destino al alta.
Resultados: Se incluyeron 212 pacientes (72,6% mujeres y 27,4% hombres) con una edad media de 85,1 ± 5,7 años. La estancia media fue de 10,9 días. El IB previo al ingreso era de 60,3 ± 29,2, la pérdida media de IB durante el ingreso fue de 17,3, el IL previo era 2 ± 2,3 y la puntuación del TP fue de 3,9 errores. El 40,6% de los pacientes tenía un índice de Charlson >2. El 48,6% de los pacientes presentaba >3 síndromes geriátricos previo al ingreso y la aparición de inmovilidad durante el mismo fue de 12,7%. La puntuación media de la escala Díaz Gijón fue de 7,9. El destino al alta fue: 77,3% retorno a origen, 2,4% Unidad de Media Estancia, 0,5% Unidad de Cuidados Paliativos, 5,2% nuevas institucionalizaciones (1,9% residencia y 3,3% Unidad de Larga Estancia) y 14,6% éxitus. La institucionalización se asoció de manera significativa con la puntuación de la escala Díaz Gijón (7,6 vs. 11; $p < 0,01$), con la estancia media (10,6 vs. 19,2; $p < 0,001$) y con la puntuación del TP (3,7 vs. 6,1; $p < 0,05$). La aparición de inmovilidad durante el ingreso mostró tendencia a la institucionalización sin alcanzar significación estadística ($p = 0,06$). La mortalidad únicamente mostró relación estadísticamente significativa con el IB previo (62 vs. 49,5; $p < 0,05$).
Conclusiones: *1.* Los pacientes que ingresan por IC descompensada presentan elevada comorbilidad y alta prevalencia de síndromes geriátricos. *2.* El ingreso por descompensación de la IC no supone una gran pérdida funcional. *3.* El riesgo de institucionalización es intermedio según la escala de Díaz Gijón. La institucionalización se relaciona con el escaso soporte social y el deterioro cognitivo. *4.* Los pacientes que requieren una institucionalización presentan mayor estancia media. *5.* La descompensación de la IC presenta elevada mortalidad hospitalaria. *6.* La mortalidad se relaciona con la dependencia funcional previa.

SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS Y CONDUCTUALES EN ANCIANOS CON DEMENCIA Y DETERIORO COGNITIVO LEVE

E. López Jiménez, L. Romero Rizos, B. López Ramos, A. Lozares Sánchez, G. Paterna Mellinas y P. Abizanda Soler
Hospital Perpetuo Socorro, Albacete.

Objetivo: Analizar la distribución de los síntomas psicológicos y conductuales de la demencia (SPCD) en mayores con enfermedad de Alzheimer (EA) y deterioro cognitivo leve (DCL) en una unidad geriátrica de memoria.
Métodos: 188 mayores con DCL (Petersen) o EA (NINCDS/ADRDA) estadio GDS 4-5, atendidos en una unidad geriátrica de memoria. *Mediciones:* anamnesis, valoración neuropsicológica, SPCD con NPI. RNM cerebral clasificando las lesiones isquémicas de sustancia blanca (LISB) con la escala Wahlund.
Resultados: 188 pacientes. DCL 92, EA 95. GDS 3 = 92, 4 = 67 y 5 = 29. Mujeres 122. Mayores de 75 años 109. Analfabetos o estudios primarios incompletos 134. MMSE < 20 = 76. Wahlund 2-3 52 (28%), DCL 26% y EA 30%. De los EA, 89 (92,7%) presentaron SPCD y 69 (75%) de los DCL (p < 0,01). Número SPCD de los DCL 2,1 (DE 1,8) y de los EA 3,4 (DE 2,1), diferencia 1,3 (IC95% 0,7 a 1,8; $p < 0,001$). Los SPCD asociados independientemente con presentar EA fueron los delirios (OR 4,7; IC95% 1,4-15,6; $p < 0,05$), agitación (OR 2,5; IC95% 1,2-5,4; $p < 0,05$), apatía (OR 2,4; IC95% 1,3-4,6 $p < 0,01$), desinhibición (OR 3,4; IC95% 1,7-6,9; $p < 0,05$), irritabilidad (OR 2,2; IC95% 1,1-4,3; $p < 0,05$), conductas motoras sin finalidad (OR 8,4; IC95% 2,2-31,5; $p < 0,01$). El presentar SPCD supuso en la muestra un riesgo 3,8 veces mayor de padecer EA (IC95% 1,5-10; $p < 0,01$) ajustado por edad, sexo, MMSE, LISB y nivel educativo.
Conclusiones: Los SPCD son más frecuentes en mayores con EA que con DCL y pueden servir para diagnosticar con mayor fiabilidad a los pacientes.

SIGNIFICACIÓN DE LAS LESIONES ISQUÉMICAS DE SUSTANCIA BLANCA PERIVENTRICULAR EN MAYORES CON ENFERMEDAD DE ALZHEIMER Y DETERIORO COGNITIVO LEVE

J. de Dios Estrella Cazalla, P. M. Sánchez Jurado, J.L. Navarro López, C. Luengo Márquez, M.I. García Tomás y P. Abizanda Soler
Hospital Perpetuo Socorro, Albacete.

Objetivo: Analizar diferencias en comorbilidad, cognición, comportamiento y signos motores en pacientes mayores con enfermedad de Alzheimer (EA) y deterioro cognitivo leve (DCL) con o sin lesiones isquémicas de sustancia blanca periventricular (LISBP).
Métodos: 186 mayores con DCL (Petersen) o EA (NINCDS/ADRDA) estadio GDS 4-5, atendidos en una unidad geriátrica de memoria. *Mediciones:* anamnesis, valoración neuropsicológica, RNM cerebral clasificando las LISBP con escala ARWMC. Comparación entre ARWMC 0-1 (sin lesiones o focales) frente a 2-3 (confluentes o difusas).
Resultados: 186 pacientes. DCL 91, EA 95. Mujeres 120. ≥ 75 años 58%. MMSE < 20 = 40%. FRCV 79%. ARWMC 2-3 52 (28%). LISBP se asociaron con número de comorbilidades (4 vs. 3,3; IC95% 0,1-1,3; $p < 0,05$), FRCV (90,4% vs. 73,9%; $p < 0,05$), HTA (76,9% vs. 56%; $p < 0,01$), SPCD (92,3% vs. 80,6%; $p < 0,05$), depresión (75% vs. 54,5%; p < 0,01), parkinsonismo (17,3% vs. 7,5%; $p < 0,05$), test cancelación (no cancelan 53,8% vs. 27,1%; $p < 0,01$), claves de números (6,5 vs. 9,7; IC95% 1,1-5,5; $p < 0,001$), TMTA (163 vs. 125; IC95% 12-65; $p < 0,01$), dígitos inversos (2,4 vs. 2,8; IC95% 0,03-0,7; $p < 0,05$), FAS semántico (8,2 vs. 9,4; IC95% 0,3-2; $p < 0,01$), posturas bilaterales (3,2 vs. 3,6; IC95% 0,1-0,6; $p < 0,01$). Los pacientes con DCL asocian las LISBP con factores de riesgo cardiovascular y SPCD mientras que los EA lo hacen con test de funciones ejecutivas y parkinsonismo predominantemente.
Conclusiones: Las lesiones isquémicas de sustancia blanca periventricular se asocian con factores de riesgo cardiovascular, síntomas psicológicos y conductuales, test de funciones ejecutivas y parkinsonismo en mayores con DCL y EA.

COMUNICACIONES LIBRES VIII

Sala Ciudadela 2
Jueves, 15 de junio, de 18:30 a 19:30 horas

Nutrición y fármacos

Modera:
Francisco Luis Jiménez
Presidente de la Sociedad del Principado de Asturias de Geriatría y Gerontología.

EFICACIA DE UNA INTERVENCIÓN NUTRICIONAL EN PACIENTES ANCIANOS DESPUÉS DEL ALTA HOSPITALARIA. ENSAYO CLÍNICO CONTROLADO Y ALEATORIZADO

M. Cabré Roure[1], D. Salat Foix[1], J. Fernández Fernández[1], C. Ferreiro Cassinello[2], E. Palomera Fanegas[3] y M. Serra-Prat[3]
[1]Unidad Geriátrica de Agudos. Servicio Medicina Interna, Mataró, [2]Unidad de Dietética y Nutrición, [3]Unidad de Investigación. Consorcio Sanitario.

Objetivo: Conocer el efecto de una intervención nutricional personalizada durante los 3 meses posteriores al alta hospitalaria en ancianos ingresados en una Unidad Geriátrica de Agudos (UGA).
Material y métodos: Ensayo clínico controlado y aleatorizado con dos ramas de intervención paralelas. Se realizó a todos los pacientes una valoración nutricional para garantizar el aporte calórico, proteico e hídrico adecuado con adaptación de la textura y al alta un informe nutricional. En el grupo intervención se realizaron, controles a los 15 días, 1 mes, 2 meses, 3 meses del alta. Se pautó suplementos si la ingesta oral era <60% de la calculada. *Medidas de resultados:* peso, estado nutricional según Mini Nutritional Assessment, albúmina, colesterol y linfocitos, fuerza muscular de la mano, capacidad funcional (índice de Barthel), reingresos y mortalidad.
Resultados: Se reclutaron 226 pacientes; 112 en grupo intervención (1) y 114 grupos control (2). Grupo 1, 15 éxitus (13,4%), 24 incomparecencia (21,4%) y grupo 2, 12 éxitus (10%) y 25 incomparecencia (21,9%). Grupo 1 se observó un incremento de peso de 0,86 Kg (DT 3,7) y grupo 2 un decremento de –0,19 Kg (DT 5,18) (p = 0,2). No se observaron diferencias entre grupos en la mejoría del IMC, los niveles de albúmina, colesterol y linfocitos, estado funcional, reingresos, delirium, ni en la fuerza muscular.
Conclusión: La intervención nutricional personalizada en los pacientes ancianos hospitalizados en una UGA no ha demostrado mejorar el estado nutricional y la capacidad funcional de estos pacientes a los tres meses del alta.

DISPARIDAD DE CRITERIOS EN EL TRATAMIENTO DE LA OSTEOPOROSIS DENTRO DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE ARAGÓN

E. Ubis[1], M. Clerencia[1], P. Mesa[2], V. Canales[3], M. Forcano[4] y P. Montero[4]
[1]Hospital Sagrado Corazón de Jesús, Huesca, [2]Hospital San Jorge, [3]Hospital Miguel Servet.

Objetivos: Detectar diferencias en el comportamiento de la osteoporosis y tratamiento en Huesca (H), Zaragoza (Z) y Teruel (T).
Material y métodos: estudio prospectivo y comparativo de tres poblaciones analizando incidencia de fracturas, factores de riesgo y tratamiento de osteoporosis en pacientes de consultas externas de geriatría en Aragón.
Resultados: N = 249: 44,6% (Z), 33,9% (H), 21,5% (T); 75,7% mujeres, mayor edad en Z 81,49 años (p < 0,001); 10,8% procedían de residencia frecuente en Z. 70,1% de medio urbano, mas en Z 84,7% (p < 0,001). En T mas sedentarismo (92,3%). Baja ingesta de lácteos y pescado mas en H (p < ,001), hábitos tóxicos similares excepto mas café en Z 22% (p < 0,001). Mas caídas en Z 49,9% aunque habituales en H 24,7% (p < 0,001); más fracturas por fragilidad en H 38,8% (p < 0,031), mas frecuentes fémur, radio y húmero. Mejor situación funcional IB = 100 en H48% (p < 0,001). Mayor consumo de ACO en T 22,7% (p < 0,001). Un 25,9% reciben tratamiento mas frecuente H 35,29% (p < 0,05), calcio: 31,1% H, 24% T, 15,1% Z, vitD: 22,3% H; 5,5% T; bifosfonatos: 18,82% H; 12,9% T; 2,6% Z (p < 0,005); abandonándolo 38,8%.
Conclusiones: *1.* Los pacientes geriátricos aragoneses presentan un porcentaje elevado de FR de osteoporosis y caídas, por lo que son frecuentes las fracturas por fragilidad. *2.* A pesar de mayor tratamiento y menos caídas y abandono de tratamiento en Huesca, se observa mayor número de fracturas, probablemente por los hábitos alimenticios; a pesar de ello mejor situación funcional. *3.* El porcentaje de personas tratadas no se corresponde con la prevalencia de osteoporosis esperada, existiendo disparidad en los criterios utilizados entre las tres provincias. *4.* Deberíamos iniciar prevención y tratamiento consensuado en esta población geriátrica y valorar los efectos a largo plazo.

DETECCIÓN Y SEGUIMIENTO DE LAS ALTERACIONES SENSORIALES DE LOS PACIENTES EN UNA CONSULTA DE GERIATRÍA

P. Serrano Garito, M.C. Tena Dávila, R. Romero Chaparro, C. Martín Díez, J. Zancada González y A.M. Martínez Simancas
Dirección General de Mayores. Ayuntamiento de Madrid, Madrid.

Objetivo: Dadas las repercusiones que las alteraciones sensoriales comportan en la vida personal y de relación y su reconocida contribución como factor de riesgo a múltiples síndromes geriátricos, en el Centro Municipal Geriátrico se protocolizó su valoración con la doble finalidad de alertar del riesgo inherente al proceso y actuar como detectores de problemas desconocidos. El presente trabajo es el resultado del proceso de detección, derivación y seguimiento de los casos.
Material y métodos: El protocolo se aplica a 449 personas de la consulta de geriatría con Barthel medio de 84 y Lawton de 5. Se realiza una anamnesis dirigida (A.V., tonometría, campo visual central y test de la voz cuchicheada). Los casos se clasifican en normales, conocidos y controlados, conocidos y mal controlados y desconocidos, indicando derivación al especialista en los dos últimos grupos. El seguimiento se realiza en las consultas sucesivas.
Resultados: Se derivan al oftalmólogo 188 personas y 121 al ORL, en ambos casos por defectos desconocidos mayoritariamente (2/3). Existe constancia de que han sido vistos 138 y 60 casos respectivamente. La mitad de los casos no vistos fueron por motivos relacionados con un aparente desinterés personal. Tras los diversos tratamientos empleados, la situación parece encontrarse estable en la mayoría de los casos, siendo más los que mejoran (19+9) que los que empeoran (9+4).
Comentarios: Aunque el número de pérdidas es razonable, sería deseable conseguir una mayor rentabilidad del proceso y posiblemente el personal sanitario que detecta el caso tiene que incrementar su poder de convicción e informar de la importancia de la visita al especialista. El hecho de que las perdidas sean menores entre los enviados al oftalmólogo (26,5% frente al 50% en el caso del ORL) hace sospechar una mayor sensibilización frente al problema visual.

GASTO FARMACÉUTICO EN ANCIANOS INSTITUCIONALIZADOS

P. Ramos Cordero, D. Trinidad Trinidad, J. Romero Vadillo, J.P. Gómez Fernández, J.G. Alastruey Ruíz, J.A. García Rueda, M. López Martínez y C. Galán Cabello
Servicio Regional de Bienestar Social, Madrid.

Objetivos: Analizar el gasto farmacéutico de los ancianos institucionalizados por Grupos y Subgrupos Terapéuticos.
Material y métodos: Se analiza el gasto farmacéutico de 6273 usuarios institucionalizados en centros públicos gestionados por el Servicio Regional de Bienestar Social de la Comunidad de Madrid. Se estudia el gasto de los 48 Facultativos que prestan asistencia a las 25 residencias públicas del S.R.B.S. Se realiza un estudio descriptivo de la prescripción a lo largo de UN AÑO (2003-2004) siguiendo la Clasificación Anatómica de Medicamentos Oficial de España por Grupos y Subgrupos Terapéuticos, así como los Grandes Grupos Clínicos. La base de datos viene definida por el Programa Informático de la Dirección Gral. de Farmacia(Servicio de Gasto Farmacéutico), analizando la prescripción a través del Modelo P.3/1(Receta Médica Oficial Autorizada). *Criterios de inclusión:* Haber sido prescriptor mediante CIAS autorizado, durante el período (2003-2004).
Resultados: Se analiza el perfil de 48 facultativos, que atienden a 6273 residentes con una Edad Media de 84,56 (61-107) años, de los cuales el 75% es mayor de 80 años. El 71% Mujeres y 29% Hombres. El 35% son Autónomos, el 25,40% Dependencia Leve a Moderada y el 39,50% Dependencia Moderada a Severa en A.B.V.D. El 80% cumple criterios de Anciano Frágil o Vulnerable. El consumo total es de 451.121 recetas/año que supone 72 recetas/usuario/año y 6 recetas/usuario/mes. El importe total de la prescripción es de 5.737.158 Euros. El coste por usuario asciende a 915 Euros/año y 76 Euros/mes. El coste medio por receta o envase es de 12,70 Euros frente a los 14,77 Euros de media por receta de pensionista para todo el Sistema Nacional de Salud en 2004. El importe de la prescripción por Grupos Terapéuticos se distribuye: N (Nervioso) 20%, C (Cardiovascular) 18,5%, A (Alimentario-Metabolismo) 16,5%, B (Sangre-Hematopoyético) 6%, R (Respiatorio) 6% Y (Efectos-Accesorios) 6%, J (Antibióticos) 5%, M (Musculoesquelético) 3%. El importe por Subgrupos Terapéuticoses: A (Inhibidores Bomba Protones) 8%, V (Dietoterapia) 8%, Y (Efectos-Accesorios) 6%, N (IRSS) 4,5%, B (Antiagregantes) 3%, C (Inhibidores HGM CoA Reductasa) 2,5%, C (IECAs), C (Dihidropiridinas), N (Neurolépticos) y N (Anilinas) 2%. Los Grandes Grupos Clínicos más determinantes del consumo son: C (Antihipertensivos) 11,7%, N (Psicofármacos) 11%, A (Antiulcerosos) 10,5%, Y (Efectos-Accesorios) 6%, B (Anticoagulantes+Antiagregantes) 5%, N (Analgésicos) 4,7%, R (Antiasmáticos) 4,5 % y J (Antibióticos) 4,5%. El perfil del gasto es similar al de estudios llevados a cabo en ámbito institucional, no así con el ámbito comunitario en el que el Grupo C, es el de mayor coste. EL consumo de ciertos Subgrupos Terapéuticos como A (Inhibidores Bomba Protones), V (Dietoterapia) e Y (Efectos-Accesorios), es superior en el ámbito institucional que en el comunitario.
Conclusiones: *1)* El coste medio por receta es de 12,70 Euros, cifra sostenible, moderadamente inferior a los 14,77 Euros de recetas de pensionista del SNS en 2004. *2)* El 55% del gasto farmacéutico es a expensas de tres grupos terapéuticos: N (Nervioso) 20%, C (Cardiovascular) 18,5% y A (Alimentario-Metabolismo) 16,5%. *3)* El 80% del gasto farmacéutico corresponde a siete grupos terapéuticos (N, C, A, B, R, Y, J). *4)* Existen Grupos Clínicos con una relación Importe/Consumo muy baja como: V (Dietoterapia) 8% Importe/0,4% Consumo, A (Antiulcerosos) 10,5% Importe/9% Consumo y N (Psicofármacos) 11% Importe / 9,5% Consumo. Éstos condicionan el gasto farmacéutico total.

CONSUMO DE PSICOFÁRMACOS EN ANCIANOS INSTITUCIONALIZADOS: CIERTAS IMPRECISIONES

P. Ramos Cordero, D. Trinidad Trinidad, J. Romero Vadillo, J.P. Gómez Fernández, J.G. Alastruey Ruíz, J.A. López Gil, C. Mediano Pérez y A. Cruz Martos
Servicio Regional de Bienestar Social, Madrid.

Objetivos: Analizar con exactitud el consumo de éste grupo clínico en ancianos institucionalizados. Conocer la distribución de los distintos Subgrupos Terapéuticos.
Material y métodos: Se analiza el consumo e importe del Grupo N (Nervioso) de 6273 usuarios institucionalizados en centros públicos gestionados por el Servicio Regional de Bienestar Social de la Comunidad de Madrid. Se estudia el consumo e importe de los 48 Facultativos que prestan asistencia a las 25 residencias públicas del S.R.B.S. Se realiza un estudio descriptivo de la prescripción a lo largo de un año (2003-2004) siguiendo la Clasificación Anatómica de Medicamentos Oficial de España por Grupos y Subgrupos Terapéuticos, así como los Grandes Grupos Clínicos. La base de datos viene definida por el Programa Informático de la Dirección Gral. de Farmacia (Servicio de Gasto Farmacéutico), analizando la prescripción a través del Modelo P.3/1 (Receta Médica Oficial Autorizada). *Criterios de inclusión:* Haber sido prescriptor mediante CIAS autorizado, durante el período (2003-2004).
Resultados: Se analiza el perfil de 48 facultativos, que atienden a 6273 residentes con una Edad Media de 84,56 (61-107) años, de los cuales el 75% es mayor de 80 años. El 71% Mujeres y 29% Hombres. El 35% son Autónomos, el 25,40% Dependencia Leve a Moderada y el 39,50% Dependencia Moderada a Severa en A.B.V.D. El 80% cumple criterios de Anciano Frágil o Vulnerable. El 25-30% de los usuarios presentan algún Déficit Cognitivo hasta Demencia franca y un 22% disturbios Psicoafectivos. El Grupo N (Nervioso) es el más consumido con un 25% (112.780 prescripciones/año) y el de mayor importe 20% (1.147.431 Euros). El importe medio por envase es de 10 Euros, moderadamente inferior a la media del importe por envase-receta de 12,70 Euros. La distribución del consumo por Grupos Clínicos del Grupo N (Nervioso) es: Analgésicos N01 y N02 (13%), Antiepilépticos N03 (0,47%), Antiparkinsonianos N04 (0,63%), Antidemencia N06 y N07 (1,18%), Otros o Asociaciones (0,26%) y Psicoofármacos N05 y N06 (9,5%). La prescripción de Psicofármacos N05 y N06 representa realmente el 9,5% de total y un 12,30% del importe total. Al analizar el consumo por Subgrupos Terapéuticos es: Neurolépticos 1,46%, Ansiolíticos+Hipnóticos 5,93%, Antidepresivos 2,16% y Miscelánea 0,51%. El importe por Subgrupos Terapéuticos es: Neurolépticos 4,1%, Ansiolíticos+Hipnóticos 1,35%, Antidepresivos 5,48% y Miscelánea 1,37%. El perfil de prescripción coincide con el de estudios llevados a cabo en ámbito institucional, no así cuando se compara con el ámbito comunitario en el que el Grupo C, es el más consumido. Existe imprecisión-ligereza en afirmaciones que arrojan que el 30-50% de la prescripción corresponde a Psicofármacos. El Grupo N, no sólo abarca Psicofármacos sino Analgésicos, Antiparkinsonianos, Antiepilépticos, Antimigrañosos, etc.
Conclusiones: *1)* El consumo medio es de 6 recetas/usuario/mes. *2)* El Grupo Terapéutico más consumido es el N 25% de la prescripción (Analgésicos, Psicofármacos, Antiparkinsonianos, Antimigraña). *3)* Dentro del Grupo N, los Analgésicos suponen el 13% de la prescripción (Anilinas 9% + Pirazolonas 3% + Otras). *4)* Los Psicofármacos suponen el 9,5% de la prescripción (Benzodiacepinas 4% + Hipnóticos 1,93% + Antidepresivos 2,16% + Neurolépticos 1,46%). *5)* El Grupo A 19% y el C 18% son los siguientes Grupos en consumo. *6)* El 62% de la prescripción corresponde a tres grupos (N, A y C).

DESNUTRICIÓN EN PACIENTES GERIÁTRICOS HOSPITALIZADOS ¿GRUPOS DE RIESGO?

E. Ubis, M. Clemencia y L. Morlans
Hospital Sagrado Corazón de Jesús, Huesca.

Objetivo: Evaluar la situación nutricional de los pacientes geriátricos hospitalizados y valorar la correlación de desnutrición con factores de riesgo, para definir el grupo de mayor riesgo.
Material y métodos: Estudio prospectivo de 148 pacientes en S. Geriatría. Recogieron variables epidemiológicas y valoración nutricional. Desnutrición: parámetro antropométrico <percentil40 y CONUT≥2.
Resultados: N = 148, 84 mujeres y 64 hombres, edad media 83,01 años. Procedían de residencia 29,7%. El 25% independientes AVDBs y dependencia severa 26,4%. 52,1% deterioro cognoscitivo. *Diagnósticos más frecuentes:* infecciones respiratorias (19,6%), ACV (18,9%) y fracturas de cadera (13,5%). *Ingresaron:* 31,8% UGA, 54,1% RHB y 14,2% U. Convalecencia. Estancia media 20,24 días. Fallecieron 16,9%. Polifarmacia 63,7%. *Dieta previa:* 26,8% triturada, en ingreso 34,5%. *Parámetros antropométricos:* Peso medio: 62,64; IMC: 25,75; PCT: 13,33, CMB: 20,53. 69,6% desnutrición (leve: 20,3%; moderada: 29,7% y severa: 19,6%). 16,4% reciben suplementos nutricionales. Comparando evaluación nutricional con variables epidemiológicas encontramos diferencias estadísticamente significativas: deterioro cognoscitivo y unidad de ingreso (RHB y U. convalecencia) con mas desnutrición ($p < 0,005$).

Conclusiones: *1.* Elevada incidencia de desnutrición en población geriátrica hospitalizada por factores de riesgo: polifarmacia, aumento de necesidades nutricionales y dependencia funcional en relación con patología al ingreso, y dietas durante el ingreso. *2.* Deterioro cognoscitivo condiciona mayor riesgo de desnutrición por lo que en esta población está indicado una valoración e intervención nutricional. *3.* La duración de la estancia hospitalaria está relacionada con la incidencia de desnutrición, por lo que cuando se prevea una estancia prolongada, se debe iniciar intervención nutricional precoz. *4.* A pesar de la evidencia, un escaso porcentaje recibe intervención nutricional. *5.* Deberíamos iniciar prevención y tratamiento precoz en esta.

ANÁLISIS DE LA DIETA BASAL ENTERA EN RESIDENCIAS

P. Ramos Cordero[1], D. Trinidad Trinidad[1], J.P. Gómez Fernández[1], J.G. Alustrey Ruíz[1], C. Galán Cabello[1], S. Prada Masilla[1], A. Ruíz Rios[1] y Martínez Álvarez[2]
[1]Servicio Regional De Bienestar Social, [2]Universidad Complutense de Madrid.

Objetivos: Conocer la estructura de la dieta basal no modificada (entera) en centros residenciales. Analizar el valor calórico y la proporción de los macronutrientes de la misma. Aplicar un proceso de mejora en función de los resultados obtenidos.
Material y métodos: Para la selección de la muestra se ha partido de la población total institucionalizada en centros públicos de la Comunidad de Madrid, gestionados por el Servicio Regional de Bienestar Social. Se ha seleccionado con un margen de error del 2% y con un intervalo de confianza del 95% un tamaño muestral de 1772 residentes a los que se incrementa en un 10% para compensar pérdidas durante el estudio. Tras un muestreo polietápico resultan seleccionados 9 Centros como representativos para llevar a cabo el estudio, en los que residen 1941 usuarios. Se procede a analizar el menú durante un mes valorando su estructura, composición en gramos de los diferentes alimentos. Cálculo del valor calórico total así como la proporción de macronutrientes mediante el Programa Alimentador.
Resultados: No existe un gramaje estandarizado de los alimentos que conforman la dieta diaria, bien definido. El valor calórico en consecuencia presenta grandes oscilaciones entre centros. Existen factores externos a la institución que modifican el valor nutricional de la dieta ofertada como son: *1.* Ingesta Parcial de la Dieta. *2.* Ingestión Alimentaría en Bares y Cafetería y *3.* Ingestión de Alimentos Comprados por el Residente. Resaltar que estos efectos acontecen incluso en usuarios sometidos a Dietas Especiales (Diabetes, Protección Renal,...). Pese a encontrar una prescripción de Dieta Hiposódica del 30-35%, existen saleros en mesas o los introduce el usuario en comedores (AUTONOMÍA DECISORIA). Los Menús en general son monótonos, en algunos casos siguiendo las preferencias de los propios usuarios. Los desayunos son poco variados, con tendencia a sobrecargar con productos de bollería y mantequilla, con alto contenido en grasas saturadas. El valor calórico medio ofertado, se encuentra entre 2200-2500 Kilocalorías/día, presentando oscilaciones importantes con centros que ofertan > 3200 Kilocalorías/día y otros con 1800 Kilocalorías/día. La proporción de macronutrientes en el aporte energético es la siguiente: Hidratos de Carbono 42%, Lípidos 37,35% y Proteínas 20,65%. Estos efectos observados son comunes en centros residenciales en los que la institución actúa como "su propio domicilio". Las preferencias en cuanto a menús por parte de los usuarios resultan monótonas y repetitivas y en ocasiones poco saludables. El gramaje de la dieta presenta grandes oscilaciones y es poco preciso en todos los estudios consultados.
Conclusiones: *1)* Es necesario establecer un gramaje de la dieta o ficha técnica de cada plato que determine con mayor exactitud el valor calórico y estructura de los macronutrientes de la dieta. *2)* Evitar preparaciones alimentarías excedentes por el riesgo de reutilización y toxoinfección alimentaría. *3)* Es preciso controlar los factores externos que distorsionan el valor nutritivo de la dieta como ingestión de productos no institucionales en algunos casos de dudosa conservación. *4)* Es deseable una mayor cumplimentación de las Dietas Especiales. *5)* Los menús en general son monótonos, en especial los Desayunos con tendencia a la bollería rica en grasas saturadas. *6)* Existe una tendencia general hacia una oferta Hipercalórica en torno a 2200-2500 Kilocalorías/día. Es necesario ajustar el contenido calórico según edad, sexo, actividad física, etc. *7)* En general la dieta presenta desequilibrios en cuanto a macronutrientes siendo Hiperproteica 20,65% e Hiperlipídica 37,35% y ello a expensas de los Carbohidratos que han de enriquecerse con predominio de los complejos 90% frente a los simples 10%.

ANÁLISIS BROMATOLÓGICO DE LA DIETA TRITURADA EN RESIDENCIAS

P. Ramos Cordero[1], D. Trinidad Trinidad[1], J.P. Gómez Fernández[1], J.G. Alustrey Ruíz[1], C. Galán Cabello[1], S. Ruíz Grima, R. Martín García y J.R. Martínez Álvarez[2]
[1]Servicio Regional De Bienestar Social, [2]Universidad Complutense de Madrid.

Objetivos: Conocer la composición y estructura de la dieta basal sometida a modificaciones en densidad (Triturada) en residencias. Analizar el valor calórico y la proporción de los macronutrientes de la misma. Aplicar un proceso de mejora en función de los resultados obtenidos.
Material y métodos: Se ha procedido a efectuar un análisis bromatológico de la dieta triturada de las residencias públicas de la Comunidad de Madrid, gestionados por el Servicio Regional de Bienestar Social. Se han estudiado 25 residencias que atienden a 6273 usuarios con una edad media de 84,56 (61-107) años. El 75% > 80 años. Se analizan un mínimo de CUATRO muestras entre CARNES y PESCADOS, del menú en vigor durante un mes, sin aviso previo a los centros. Se analiza el valor calórico así como el contenido en macronutrientes. Se lleva a cabo una estimación de las necesidades calóricas a cubrir mediante las dietas trituradas de comida y cena.
Resultados: La dieta modificada en densidad o textura es seguida por un 23% de los residentes. No existe un gramaje estandarizado en la ración ofertada a los residentes en cada comida o ingesta, oscilando entre 200-785 gr./ración. La ración media es de unos 416 gr./ración. El valor calórico presenta oscilaciones entre 115-555 Kilocalo- rías/ración. El valor calórico medio es de 285 Kilocalorías / ración. La densidad calórica (Kilocalorías / 100 gr. de ración Triturada) oscila entre 48,25-90,24 Kilocalorías/100 gr., con un promedio de 66,78 Kilocal. / 100 gr. La estimación llevada a cabo a expensas de las raciones trituradas de comida y cena, excluyendo postres, ha de aportar el 60% del valor calórico de la dieta, es decir 750 Kilocalorías. Para asegurar las 750 Kilocalorías a expensas de dieta triturada, se precisan raciones que van desde los 416 gr. hasta los 775 gr. en función de la densidad calórica obtenida por cada centro. La ración media precisa para asegurar 750 Kilocal. A expensas de dieta triturada, se sitúa en torno a los 500 gr./ración. La proporción de macronutrientes en el aporte energético es muy desequilibrada: Hidratos de Carbono 37%, Lípidos 38% y Proteínas 25%. No existen diferencias significativas en la densidad calórica entre centros que trabajan con productos exclusivamente naturales frente a los que utilizan productos o complementos comerciales. Los Menús en general son monótonos y los desayunos, meriendas y postres son poco variados, con tendencia a sobrecargar con productos de bollería y mantequilla, con alto contenido en grasas saturadas. No existen estudios similares en el ámbito residencial. Existen estudios similares en el ámbito Hospitalario (Miguel Servet de Zaragoza) con unos resultados muy similares.
Conclusiones: *1)* Es necesario establecer dietas con procedimientos de elaboración alternativos (semitriturada, semiblanda, etc.) que eviten la tendencia dicotómica Entera / Triturada. *2)* Es imprescindible establecer un gramaje de la ración que se oferta e ingiere que determine el contenido calórico y estructura de los macronutrientes de la dieta triturada. *3)* La ración media debe situarse en torno a los 500 gr./ ración. *4)* Es preciso revisar y establecer unos procedimientos de elaboración que mejoren la densidad calórica (Kilocalorías / 100 gr.) para sí poder conseguir un aporte adecuado con raciones en torno a 400-500 gr. *5)* Los procedimientos de elaboración tienen más importancia en sí mismo, que el tipo de dieta (natural/comercial). Tanto un tipo como otro pueden dar aportes adecuados e inadecuados. *6)* La dieta presenta desequilibrios en macronutrientes siendo Hiperproteica 25% e Hiperlipídica 38% y ello a expensas de los Carbohidratos 37%. *7)* La corrección de estos desequilibrios ha de ser cautelosa en cuanto a proteínas, pues pese a suponer el 25% del aporte energético, no pueden descender por debajo de los 28-30 gr/día en la ración de dieta triturada de la comida y cena.

COMUNICACIONES LIBRES IX

Sala Ciudadela 3
Jueves, 15 de junio, de 18:30 a 19:30 horas

Bioética y el final de la vida

Modera:
Miguel Ángel Elizalde
Vocal de la SNGG

MALOS TRATOS A MAYORES. EXPERIENCIA CON UN PROTOCOLO DE DETECCIÓN DE CASOS

M.T. Cubí, A. Altadill, C. Muñoz, M.O. Domínguez, P. Margalef y E. Martínez
Hospital de La Santa Creu, Tarragona.

Introducción: Nuestro hospital es un centro sociosanitario de 355 plazas situado en Tortosa (Tarragona). En el año 1999 un equipo multidisciplinar elaboró un protocolo para la detección y actuación en los casos de maltratos a los pacientes. En el año 2000 se puso en marcha el protocolo.
Objetivos: *1)* Conocer y definir todas las posibles formas de malos tratos en el anciano, así como identificar los signos y síntomas clínicos más significativos para realizar un despistaje precoz e identificar las situaciones de alto riesgo de malos tratos en el anciano. *2)* Elaborar un protocolo de actuación ante el maltrato en el anciano por un equipo multidisciplinar del centro acorde con la legislación vigente. *3)* Describir y analizar los casos detectados en nuestro centro a raíz de la puesta en marcha del protocolo.
Material y métodos: Recopilación de los casos detectados desde el año 2000 mediante la revisión de las historias clínicas y el registro de comunicados a la dirección y al juzgado.
Resultados: Desde la puesta en marcha del protocolo en enero 2000 hasta diciembre 2005 se han detectado 17casos de malos tratos que han derivado en un proceso judicial, ya sea civil (procesos de incapacitación y tutela) o penal. En el trabajo se presentan siete casos relevantes, en los que se aglutinan las principales situaciones de alto riesgo de maltrato: Situaciones de estrés social y aislamiento. Alcoholismo y drogodependencia. Violencia doméstica. Trastorno psiquiátrico o emocional del cuidador. Situación de dependencia de la víctima. Dinámica familiar alterada.
Conclusiones: El protocolo ha ayudado a aumentar la concienciación de la responsabilidad de los profesionales en la detección de malos tratos. La información privilegiada a la que tenemos acceso los profesionales sanitarios nos obliga a mantener un alto índice de sospecha para detectar y denunciar nuevos casos. La protocolización del circuito para detectar y denunciar los malos tratos ha ayudado a hacer un seguimiento, pero es patente la necesidad de una mayor coordinación con otros niveles sanitarios, servicios sociales de base y judiciales.

EL PROBLEMA DE LOS MALOS TRATOS EN LAS PERSONAS MAYORES

B. Clavijo Juaneda y J. Conde Morala
AFAL, Madrid.

Reconoce la Constitución Española el derecho a la libertad, a no sufrir un trato degradante, a la protección de la salud, al honor, a la intimidad. En el caso de las personas mayores dependientes, estos derechos deben estar enmarcados en un pliego de protección superior, pues son personas que por sus propias circunstancias y capacidades restringidas no pueden garantizarlos personalmente y de forma plena. Son lo que podríamos definir como un sector de la población vulnerable a posibles agresiones, que normalmente tendrán su origen en su entorno más próximo. Actualmente se reconoce en el contexto científico internacional, que los ancianos constituyen una población susceptible de recibir malos tratos y se considera un grave problema social (se da en un 20% de las personas que viven en residencias y en un 5 % de las personas que viven con sus familias). Se pueden considerar malos tratos hacia las personas mayores cualquier acción u omisión, realizada intencionada o negligentemente, que no suele tener carácter de accidentalidad, y hace referencia a daños físicos, psíquicos o económicos. El uso de restricciones físicas y químicas supone una forma clara de maltrato físico y psicológico. La única justificación de estos mecanismos debe ser la terapéutica y solo podrá ser prescrita por un médico, consultándolo previamente con la familia. Las consecuencias del mal uso de estas técnicas pueden ser muy perjudiciales para el mayor (incremento de la agresividad, lesiones nerviosas, miedo, depresión, apatía y múltiples trastornos de tipo físico) y en algunos casos sancionables penalmente.

PERSPECTIVAS DE LOS MÉDICOS SOBRE LA DISCUSIÓN DE DIRECTIVAS ANTICIPADAS EN PACIENTES DEMENTES

M. Mattiussi, J. Restibo, J. Pollán, A. Dawidowski, L. Pezzano y L. Cámera
Hospital Italiano. Buenos Aires.

Introducción: Las directivas anticipadas (DA) permitirían al paciente ejercer su autonomía, en acuerdo con sus familiares y médicos.
Objetivo: Conocer las perspectivas de los médicos sobre la implementamentación de DA en pacientes dementes.
Material y métodos: Investigación cualitativa en grupos foco (n = 10 grupos, 48 participantes) y entrevistas individuales (n = 4) a médicos de atención primaria geriátrica, con muestreo intencional y agrupación homogénea por años de experiencia y jerarquía profesional. Entrevistas guiadas por viñetas de diferentes estadíos de enfermedad.
Resultados: Surgen barreras para DA: percepción que la información es dañina innecesaria o compleja; incapacidad del paciente para decidir; acuerdos tácitos que colocan al familiar o al médico como subrrogantes, pobre definición de terminalidad y capacitación para dar malas noticias; escasa demanda de DA; falta de legislación y apoyo institucional. A favor DA: respeto del derecho del paciente a tener información, ejercer autonomía, facilitar la toma de decisiones a familiares y experiencias con familiares de los entrevistados. Si bien hay barreras en todas las entrevistas, en los grupos con participantes mayores, se revela una mayor dificultad para la discusión e implementación de DA. La falta de capacitación surge en los grupos con participantes más jóvenes, donde también se evidencia mayor aceptación de las DA. Para todos, la principal barrera es la falta de apoyo institucional
Conclusión: *1)* De las entrevistas surgen tanto barreras como facilita dotes para la discusión de DA, diferenciados según la edad y jerarquía de los entrevistados. *2)* Las preferencias de los médicos y al apoyo institucional son prioritarios al contemplarse un proyecto de DA.

MORIR EN EL HOSPITAL POR ENFERMEDAD TERMINAL NO ONCOLÓGICA A LOS 90 AÑOS

M. Navarro, F. Formiga, A. López Soto, V. Vivanco, C. Olmedo y R. Pujol
Ufiss Geriatría Hospital Clínico Barcelona, Barcelona.

Objetivos: Evaluar la toma de decisiones paliativas en personas nonagenarias fallecidas en dos hospitales de agudos por insuficiencia cardiaca o demencia en fase terminal. Un segundo objetivo fue com-

parar dichas decisiones con las de un grupo control de personas más jóvenes (65-74 años).
Material y métodos: Se estudiaron 80 nonagenarios y 52 controles fallecidos consecutivamente por demencia e insuficiencia cardiaca en fase terminal. Se investigó la existencia de órdenes escritas en la historia clínica sobre reanimación cardiopulmonar (RCP), graduación de actuaciones, información dada a la familia, retirada de la medicación habitual e inicio de tratamiento farmacológico paliativo.
Resultados: Se incluyeron 54 mujeres (67,5%), con una edad media de 92 (2) años, 34 (42,5%) tenían demencia y 46 (57,5%) insuficiencia cardiaca. En el 56% de los nonagenarios existían ordenes sobre RCP, en el 35% graduación de actuaciones, y en el 61 % información a la familia. En el 66% se retiró la medicación habitual y en el 69% se inicio tratamiento paliativo una media de 1,4 (1,5) días antes del fallecimiento. No existían diferencias en el trato según la enfermedad de base. En el nonagenario respecto al grupo control de pacientes más jóvenes existía un mayor porcentaje de órdenes sobre RCP ($p = 0,02$) y de graduación de actuaciones ($p = 0,02$).
Conclusiones: Aunque debe mejorarse la identificación y el tratamiento paliativo de los pacientes nonagenarios afectos de una enfermedad crónica no oncológica en fase terminal ingresados en hospitales de agudos, la toma de decisiones paliativas esta mejor reflejada en la historia clínica que en los pacientes más jóvenes.

EL FINAL DE LA VIDA EN PACIENTES HOSPITALIZADOS EN UN SERVICIO DE GERIATRÍA: ACTITUD DIAGNÓSTICA Y TERAPÉUTICA

A. Palomo Lloro, M. Herrera Abian y J.M. Ribera Casado
Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

Objetivo: Conocer el empleo de órdenes de no RCP y de priorizar medidas de confort. Analizar las medidas tomadas cuando existen estas órdenes y el tratamiento en el momento del fallecimiento. Comparar los resultados en función de la situación funcional previa.

Material y métodos: Estudio descriptivo mediante revisión de historias clínicas de los pacientes fallecidos en el Servicio de Geriatría del Hospital Clínico San Carlos, en las unidades de agudos y de media estancia, durante los primeros 8 meses de 2005. Quedan excluidos los pacientes fallecidos en los 2 primeros días de ingreso. Se revisaron evolutivos médicos, comentarios de enfermería y el último tratamiento prescrito.
Resultados: De 1 de enero a 1 de septiembre de 2005 fallecieron 102 pacientes, cumpliendo criterios de inclusión 87. Edad media 86,83 años. 64% eran mujeres. Duración media del ingreso en conjunto de las dos unidades fue de 22 días. El 60% eran totalmente dependientes al ingreso, el 62% presentaban incapacidad física, y el 48% incapacidad psíquica. Existía orden de no RCP en el 89%, en mayor proporción en pacientes con incapacidad psíquica moderada severa ($p < 0,05$). Estaba escrita sólo en el evolutivo médico en el 44% y en evolutivo y tratamiento de enfermería conjuntamente en el 51%. Existía orden de priori zar confort en el 83,3%. El 56% en el evolutivo y el 44% en el evolutivo y en tratamiento de enfermería. En un 79% existe registro en la historia de que la familia ha sido informada. De los pacientes con orden de priorizar confort, al 39% se realizaron analíticas, al 33% se colocaron nuevas vías periféricas, al 22% se realizaron controles glucémicos y al 8% se extrajeron hemocultivos. La media del número de fármacos en el momento de la muerte fue 6,9. El 30% recibían menos de 6 fármacos y el 11% más de 10. En el 39% de los casos, el paciente recibía un tratamiento esencialmente paliativo, y un 17% recibió un tratamiento principalmente curativo. Las vías de administración más frecuentes fueron la intravenosa (91%) y la subcutánea (65%). En pacientes con incapacidad psíquica moderada-severa, el número total de fármacos y el número de fármacos no paliativos era menor ($p < 0,05$).
Conclusiones: La mayoría de los pacientes fallecidos contaban con orden de no RCP y de priorizar medidas de confort. En cambio, en muchos casos se mantiene una actividad diagnostica y terapéutica intensa, persistiendo acciones que vulneran el confort del paciente y manteniendo tratamiento médico a pesar de la terminalidad. Esto ocurre en menor grado en pacientes con deterioro cognitivo de moderado a severo.

COMUNICACIONES LIBRES X

Sala Ciudadela 2
Viernes, 16 de junio, de 16:00 a 18:00 horas

Sociales y recursos

Modera:
Inmaculada Rández
Servicio de Planificación, Evaluación de Calidad e Inspección de la Dirección General de Bienestar Social.

FORMAS DE CONVIVENCIA Y FAMILIA EN EL CONTEXTO DE LA CALIDAD DE VIDA DE LA POBLACIÓN MAYOR

B. León-Salas, F. Rojo-Pérez, G. Fernández-Mayoralas
y M.E. Prieto-Flores
Instituto de Economía y Geografía (CSIC), Madrid.

Objetivo: Formas de convivencia y familia constituyen un importante factor en el contexto de la perspectiva emocional y física de los mayores, así como un atributo altamente valorado por esta población como componente de su Calidad de Vida (en adelante CdV). Esta comunicación analiza las formas de vida entre los mayores con el objetivo de establecer tipologías, su posible asociación con factores de carácter sociodemográfico e influencia en su CdV.
Material y métodos: La fuente de datos es una encuesta sobre Cdv a mayores de 65 y más años, residentes en vivienda familiar en la Comunidad de Madrid (CadeViMa), realizada en 2005 por los autores en el contexto de sus proyectos de investigación. Técnicas estadísticas univariantes y multivariantes serán aplicadas para explorar las relaciones entre los posibles factores explicativos de la forma de vida de los mayores.
Resultados: Se esperan obtener resultados sobre la forma de vida y la importancia que diversas características objetivas (edad, sexo, estado civil, clase social, estructura y tamaño del hogar, lugar de residencia, relaciones familiares) y subjetivas (satisfacción con respecto a la forma de vivir y la red familiar) podrían tener sobre este componente de la CdV de los mayores.

PROVISIÓN DE ASISTENCIA SOCIAL Y SANITARIA INTEGRADA A LAS PERSONAS MAYORES EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA: UNA SOLUCIÓN A LOS PROBLEMAS DE CONTINUIDAD

J. Corral Fernández
Centro de Reeducación de Inválidos, Madrid.

Objetivos: Este trabajo pretende exponer los beneficios, tanto en términos de satisfacción de los usuarios como de ahorro de costes para las arcas públicas, que pueden derivarse de la provisión de una asistencia sanitaria y social integrada a las personas mayores que se encuentran en situación de dependencia.
Material y métodos: Se analizaron distintas experiencias de integración de servicios sociales y sanitarios para personas mayores frágiles y con bajos ingresos llevadas a cabo en el contexto internacional (Canadá, EE.UU. Países nórdicos,...). Como es conocido, las personas mayores en situación de dependencia constituyen un segmento especialmente vulnerable de la población; el retrato-robot de una persona mayor frágil o vulnerable se caracteriza por: *a)* tener una edad avanzada (generalmente, mayor de 75 años); *b)* padecer problemas de salud complejos, agudos y crónicos, e incapacidades funcionales relacionadas con el cuidado personal y el mantenimiento del entorno; y *c)* su red de apoyo social, o no existe, o se encuentra en vías de agotamiento. Se sabe, además, que la pérdida de autonomía entraña en la persona mayor y su entorno un aumento de la demanda en términos de evaluación, asistencia, rehabilitación y apoyo psicosocial, así como de otras ayudas imprescindibles para envejecer con dignidad en su entorno (en la comunidad), que es, no lo olvidemos, la opción preferida por la inmensa mayoría de las personas mayores, siempre que cuenten con los apoyos necesarios. En la mayoría de los países estudiados, los cuantiosos recursos asignados en los últimos años por los gobiernos a este segmento de la población, no se habían distribuido de una manera racional y equilibrada - priorizándose la atención residencial en detrimento de la atención comunitaria- contribuyendo a generar cuantiosos problemas y enormes desequilibrios territoriales en la asistencia dispensada a este colectivo. Así, entre los problemas más relevantes, destacaban: La existencia de múltiples puntos de entrada al sistema asistencial. La prestación de servicios supeditada al recurso solicitado más que a la necesidad del usuario. La deficiente coordinación entre la atención primaria y especializada de salud, y aún más entre los servicios sociales y sanitarios. La multiplicidad de valoraciones de los pacientes debido a la falta de instrumentos de evaluación estandarizados. La utilización inapropiada de recursos costosos (sobreutilización de recursos hospitalarios y de servicios de urgencia, etc). Las excesivas demoras en la obtención de servicios diagnósticos y tratamientos quirúrgicos. La transmisión inadecuada de información entre los distintos profesionales y ni veles del sistema. La respuesta parcial y fragmentada a las necesidades de los usuarios. Estas deficiencias estructurales y de asignación de recursos, unidas al incesante envejecimiento demográfico y a los crecientes problemas de financiación que presenta la sanidad en todos los países desarrollados, cuestionan no sólo la hospitalización tradicional sino también la institucionalización, al tiempo que realzan la importancia de la atención primaria de salud y de la continuidad en la prestación de cuidados de larga duración como las mejores opciones estratégicas para garantizar una atención integral, integrada, eficiente y de calidad a los colectivos más vulnerables de la sociedad. Como reconocen todos los expertos, los sistemas sanitarios de los países desarrollados no están actualmente preparados para ofrecer respuestas adecuadas (integradas) a las múltiples y complejas necesidades asistenciales que presentan las personas mayores en situación de dependencia. Ni el diseño, ni la organización, ni los mecanismos para la provisión de cuidados de larga duración resultan los más apropiados para garantizar una atención integrada que permita satisfacer las crecientes demandas asistenciales de este segmento de la población cada día más heterogéneo y exigente. En tan sólo unas décadas, unos sistemas sanitarios diseñados para atender a usuarios con patologías agudas – y, por tanto, "equipados" para curar enfermedades- se ven incapaces hoy de dar una respuesta coordinada a una mayoría de usuarios con unas necesidades asistenciales completamente diferentes (personas mayores y muy mayores que presentan pluripatología y dependencia); unos sistemas sanitarios, diseñados exclusivamente para la curación, se enfrentan ahora a personas con enfermedades tratables pero no curables, y no disponen de los "recursos" necesarios (equipamientos, habilidades y destrezas profesionales,…) par a llevar a cabo aquellas intervenciones más beneficiosas para la mejora del bienestar y la autonomía de este tipo de pacientes como son la prevención de la dependencia, la capacitación del usuario ("empowerment"), los cuidados continuados, la rehabilitación, la adaptación del entorno, el apoyo a las familias cuidadoras, etc. Al mismo tiempo, la falta de respuestas coordinadas tanto a nivel de los servicios formales domiciliarios y, de la relación entre estos y los prestados por otros agentes (hospitales, instituciones, voluntariado, familia, etc.), como del cuidado prestado a la propia persona en situación de dependencia - es decir, a nivel de las necesidades de esta y del cuidador- hace que, con

demasiada frecuencia, los distintos organismos que intervienen se contemplen (o se traten) como competidores, con el consiguiente riesgo de convertir a la persona en su objeto de cuidado. Todo ello ha derivado en que la mayoría de los países occidentales han tenido que plantearse la necesidad imperiosa de articular un nuevo sistema de prestación de servicios en el que todos los organismos y entidades implicadas en la atención a las personas mayores en situación de dependencia deben trabajar necesariamente en un marco asistencial más integrador y convenientemente articulado e interconectado, para poder garantizar la continuidad en la prestación de servicios. Los modelos asistenciales de esta naturaleza existentes en el ámbito internacional (programas SIPA y PRISMA en Canadá, programa PACE en EE.UU., reforma ADEL en Suecia, programas Community Options en Australia, proyecto ROVERETO en Italia, etc), debe reunir las siguientes características: Un sistema de servicios integrados de ámbito comunitario que ofrece asistencia social y sanitaria de primer y segundo nivel, y comprende cuidados agudos y de larga duración ofertados en la comunidad y en instituciones. Responsabilidad de los cuidados y servicios de una población definida. Modelo asistencial basado en la gestión de casos. Financiación mediante prepago por capitación y responsabilidad financiera del conjunto de servicios ofertados. Gestión del sistema que respete los principios de universalidad, equidad en el acceso y financiación y provisión mayoritariamente públicas. Aunque el término "integración" posee muchos significados e interpretaciones, en el ámbito que nos ocupa, la atención integrada podría definirse como un conjunto de servicios y procesos asistenciales bien planificados y bien organizados dirigidos a las necesidades y los problemas multidimensionales de un usuario particular, o de una categoría de personas que comparten unas necesidades/problemas similares.

Resultados: Del análisis de las distintas experiencias llevadas a cabo en los países citados, se pueden extraer los siguientes resultados: Las ventajas de la redes de cuidados integrados residen a priori en su capacidad para organizar los servicios en función de las necesidades del paciente, más bien que en función de las necesidades del sistema. Permiten garantizar, además, una continuidad en los servicios prestados, una mejor utilización de los recursos disponibles, así como una mejora de los vínculos entre los distintos proveedores de cuidados. Los modelos de servicios integrados fundamentan su práctica asistencial en la atención primaria e integran los servicios sociales y de salud que la persona mayor precisa, garantizando la continuidad y la coherencia de la labor de los diferentes profesionales, organismos y establecimientos de las redes comunitaria, hospitalaria e institucional. Este tipo de modelos favorece la integración de los profesionales en la planificación de los servicios y el desarrollo de cuidados en función de las necesidades expresadas por los pacientes, al basar su práctica asistencial en el desarrollo de equipos de cuidados interdisciplinares. En el terreno operativo, esta propuesta implica cambios político-administrativos en el ámbito de la Atención Primaria, que se traducen en la necesidad de articular un marco asistencial nucleado en torno a la existencia de Áreas Sociosanitarias en lugar de la estructuración basada en Áreas de Salud y Áreas de Servicios Sociales, situación que favorece, como es bien notorio, la fragmentación y descoordinación del sistema y la imposibilidad de llevar a cabo programas y actuaciones integradas, beneficiosas para los usuarios y sus familias, y al mismo tiempo menos costosas para el conjunto del sistema. Además de esta nueva configuración del primer nivel asistencial estructurado en Áreas Sociosanitarias, los sistemas de servicios integrados para ser eficaces, ágiles y eficientes, precisan del concurso de Equipos Interdisciplinares Comunitarios integrados, al menos, por médico de familia, geriatra, enfermero/a, trabajador social, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional y psicólogo. Estos equipos comunitarios suelen contar también con médico rehabilitador y dietista, y disponen de asesoramiento permanente por parte de un psicogeriatra y un farmacéutico. Los Equipos Interdisciplinares Comunitarios, con base en los Centros de Salud, se coordinan con el resto de servicios comunitarios y de segundo nivel ubicados en su Área Sociosanitaria, así como con todos los agentes públicos y privados relacionados con la asistencia a las personas mayores en situación de dependencia. Finalmente, todas las evaluaciones de los programas de atención integrada que se han realizado hasta ahora, muestran: Una disminución de las tasas de institucionalización. Una menor frecuentación de las urgencias hospitalarias. Una gestión más eficaz y eficiente de los recursos humanos y financieros. Una coordinación más ágil en la prestación de cuidados sociosanitarios, al garantizar la continuidad en la provisión de servicios. Una mayor satisfacción de los usuarios y sus familias cuidadoras. En definitiva, una disminución notable de los costes presupuestarios.

Conclusiones: En un contexto de escasez de recursos y ante la evidencia del incesante envejecimiento demográfico y de una creciente e ilimitada demanda de asistencia por parte de la población, es indispensable garantizar que los servicios sociales y de salud respondan adecuadamente a las necesidades específicas de cada usuario, evitando la duplicidad de recursos y asegurando que su cometido se lleva a cabo de la forma más eficiente posible. Los modelos de asistencia integrada para colectivos en situación de dependencia (personas mayores, discapacitados, enfermos mentales, etc), como nos muestran las distintas experiencias que se están desarrollando en el ámbito internacional, garantizan una mayor calidad asistencial y accesibilidad a los servicios, una disminución notable de los costes presupuestarios y una mayor satisfacción de los usuarios y sus cuidadores. Estamos seguros que la futura Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en situación de Dependencia marcará el inicio de una nueva y apasionante etapa que nos permitirá equiparar nos en un breve plazo de tiempo al nivel de prestaciones existentes en los países más avanzados del entorno occidental. Y todo ello, para que las personas mayores en situación de dependencia puedan disfrutar de un mayor bienestar, autonomía, dignidad y calidad de vida el tiempo que les queda por vivir. El esfuerzo de toda la sociedad en este crucial desafío, bien merece la pena.

LA UBICOPATÍA

P. Alcalde Tirado, S. de las Cuevas y E. Almansa
Hospital General de Granollers, Granollers.

Objetivo: Conocer la carga que conlleva el grupo de pacientes que no aceptan el alta hospitalaria tras ser propuesta por su equipo asistencial, y las circunstancias que influyen en esta decisión.

Material y métodos: Seguimiento prospectivo de pacientes (GE) ingresados en el servicio de traumatología del Hospital General de Granollers durante un período de 3 meses (octubre/diciembre 2005) que rechazan el día propuesto de alta hospitalaria por el equipo asistencial al alcanzar los objetivos. A todos los pacientes se les efectúa una valoración geriátrica integral por el equipo de geriatría (UFISS). Se comparan con un grupo control (GC) de pacientes atendidos en la misma fecha y servicio que no plantean problemas de ubicación al alta.

Resultados: Se incluyen 88 pacientes (33 en el GE, 55 en GC, 22 varones, edad media 80 años). De las distintas variables analizadas en el GE objetivamos diferencias significativas en la situación del cuidador, en la deambulación al alta del paciente, y en la derivación a centros sociosanitarios, con respecto al GC (todas ellas con $p < 0,001$). También requieren una mayor dedicación de la asistente social (chi cuadrado 28,79, $p < 0,001$). La estancia media supone una demora de 3,05 días en el GE.

Conclusiones: La población que rechaza el alta hospitalaria se asocia a una mayor estancia hospitalaria, mas carga de los servicios sociales, y aumento en la utilización de otros recursos sociosanitarios. Dicha demora se atribuye a una decisión del cuidador por su propia situación social y a una limitación funcional del paciente.

AVANCES EN LA VALORACIÓN SOCIAL: LA PARAMETRIZACIÓN DE LOS DATOS Y SUS RETOS

I. Ancizu García y D. Fontanals
Fundación SAR, Barcelona.

Antecedentes: En el ámbito residencial, el registro de los datos sociales se ha realizado tradicionalmente en formato papel. El avance actual se dirige a la parametrización de dichos datos a través de sistemas de información asistencial que permitan su gestión, sin obstaculizar la dinámica diaria del centro. En esta línea, el registro informático de datos sobre las relaciones familiares y sociales previas al ingreso es importante a la hora de establecer planes de cuidado específicos adaptados a las necesidades de los residentes.

Objetivo: Examinar la significación de las variables sociales tipo de relación dentro del núcleo de convivencia y fuera del núcleo de convivencia en la elaboración de planes terapéuticos individualizados.

Material y métodos: A través de la valoración inicial, se obtiene toda la información social relevante que alimenta las bases de datos de los catorce centros incluidos. Se utiliza, por tanto, la primera valoración y

todas las terapias establecidas en los tres primeros meses después del ingreso, registradas por el profesional correspondiente en el Sistema de Gestión Asistencial. Se emplean técnicas descriptivas y el test exacto de Fisher para comparar proporciones.
Resultados: La mayoría de los residentes ingresan por dificultades para seguir el tratamiento en el domicilio y cubrir las AVD (39%) o por descarga familiar (31%) (n = 2,288). Se obtienen diferencias estadísticamente significativas en la prescripción de terapias psicológicas entre los grupos de individuos con relaciones satisfactorias o conflictivas dentro del núcleo familiar (p = 0,034) (n = 107). Por otro lado, la asignación de terapias sociales es estadísticamente diferente entre los individuos con relaciones satisfactorias o conflictivas fuera del núcleo familiar (p = 0,033) (n = 261). No se han encontrado diferencias significativas entre los grupos en lo que respecta a terapias funcionales, de trastornos de conducta o de apoyo a la familia.
Conclusión: El análisis presentado forma parte de una estrategia global de control de calidad con un doble objetivo, ser una herramienta de análisis para los equipos de los centros, ya que permite evaluar la adecuación de los planes en función de las valoraciones y también para los servicios centrales de la Fundación, donde se realizan estudios generales para analizar la evolución de los servicios y elaborar índice adores por procesos.

INTERVENCIÓN COMUNITARIA A CUIDADORES DE PERSONAS CON DEPENDENCIA

R.M. Torres Allepuz, C. Mayer Piulachs, M.B. Muntané Rodríguez, A. Oliver Olius, R. López y M. Gamiz de Grado
Centro de Atención Primaria Larrard, Barcelona.

Introducción: Las personas mayores dependientes que viven con su familia precisan cuidados que recaen en algún familiar: el "cuidador principal". El perfil es de una mujer de mediana edad que realiza múltiples tareas. Cuidar puede repercutir sobre la calidad de vida de la persona. Desde el Programa de Atención Domiciliaria se proporcionan cuidados sanitarios y apoyo al cuidador para detectar los signos de claudicación. Se gestiona la demanda, de forma individualizada, enlazando (si se precisa) con otros niveles asistenciales. Para cubrir las necesidades detectadas se creo un taller específico para cuidadores.
Objetivo: *1.* Proporcionar herramientas útiles a través de la formación que faciliten el autocuidado y el cuidado de las personas dependientes. *2.* Crear un espacio para el intercambio de experiencias derivadas del hecho de cuidar.
Material y métodos: Esta iniciativa se estructura en una fase de estudio y diseño de la intervención grupal, con una prueba piloto de 25 cuidadoras. La siguiente fase de mejora y consolidación a través de los datos obtenidos del análisis de la experiencia por parte de los participantes y los profesionales. Y la última fase de expansión de la iniciativa y alianzas. La duración del taller es de 15 horas repartidas en una sesión semanal durante tres meses. El programa se desarrolla a través de sesiones teórico prácticas y roll playing. El equipo docente es interdisciplinario: siete enfermeras, una geriatra y una trabajadora social.
Resultados y conclusiones: Los cuidadores a través de la encuesta de satisfacción expresaron la pertinencia y la ayuda obtenida para cuidar. Así mismo fue una oportunidad para los profesionales de focalizar su atención en el cuidador.

VALOR DE LOS SÍNDROMES GERIÁTRICOS EN LA PREDICCIÓN DE LA NECESIDAD DE RECURSO ASISTENCIAL AL ALTA EN UNA UNIDAD GERIÁTRICA DE AGUDOS (UGA)

J. Santesmases, A. Urrutia, L. Mateu, S. Altimir, S. Santaeugenia, P. de Pedro y C. Rey-Joly,
Hospital Universitari Germans Trias I Pujol, Badalona.

Objetivo: Estudiar diferentes parámetros para valorar la necesidad de recurso sociosanitario al alta en pacientes ingresados en una UGA.
Pacientes y método: Se ha correlacionado la necesidad de recursos sociosanitarios al alta con parámetros clínicos, bioquímicos y funcionales. Las variables cualitativas fueron comparadas mediante la prueba PP2 y las cuantitativas mediante la t de Student o el test de KW. Con las variables con significación estadística se realizó un análisis multivariante.
Resultados: 326 pacientes (168 varones), con edad 83 ± 5,5 años, índice de Barthel previo de 68,7 ± 33,9, Barthel al ingreso de 42,9 ± 41,1, Pfeiffer de 3,4 ± 3,4 y Emina de 4,3 ± 3,7. 134 pacientes no tenían síndrome geriátrico alguno, 84 tenía al menos uno y 108 tenían dos ó mas. 45 pacientes requirieron un recurso sociosanitario (13,3%), 24 fallecieron (7,4%) y 257 (78,7%) volvieron a domicilio. En el univariante el recurso estaba relacionado con peores índices de: Barthel previo [55 vs. 70 p < 0,05, especialmente <25], Barthel ingreso [17 vs. 47 p < 0,001, especialmente <25], Pfeiffer (4,9 vs. 3,2 p < 0,02) y Emina [6,59 vs. 4, p < 0,001, especialmente 5 a 10] así como con la presencia de enfermedad neurológica como diagnóstico principal (53% vs. 14%, p < 0,01) y 2 síndromes geriátricos (26,8% vs. 7,69% p < 0,0001). En el multivariante se relacionó con: Barthel al ingreso, presencia de dos síndromes geriátricos y enfermedad neurológica.
Conclusiones: Entre los parámetros relacionados con la necesidad de recurso destaca el Barthel al ingreso, la presencia de 2 síndromes geriátricos y la enfermedad neurológica.

ASOCIACIONES Y CLUBS DE PERSONAS MAYORES "APRENDIENDO A ENVEJECER"

C. Aguirre y M. Iñarra
Instituto Navarro de Bienestar Social, Pamplona.

Objetivo: Estudiar la evolución de las Asociaciones y Clubs de Personas Mayores de la Comunidad Foral de Navarra, haciendo especial hincapié en el estudio de las actividades que han desarrollado estas entidades en el período 2000 – 2004.
Material y métodos: Para plasmar la evolución y características de las entidades se ha contado con los datos del Registro de entidades de Bienestar Social, del IMSERSO y del Instituto Navarro de Bienestar Social. Para el estudio de las actividades se han tomado datos de las valoraciones de subvención de los años 2000 a 2004. El número de entidades ha sido de 907, correspondientes 166 al año 2000, 186 al año 2001, 184 al año 2002, 188 al año 2003 y 183 al año 2004, con un total de 98.344 socios.
Resultados: De entre todas las entidades relacionadas con Servicios Sociales, el 73,13% tienen alguna vinculación con la Sección de Voluntariado, Asociacionismo y Programas. De estas, el 80% pertenecen al Área de Tercera Edad, siendo Asociaciones y Clubs un 95%. Navarra cuenta con una Asociación o Clubs de Jubilados por cada 3.087,84 habitantes, destacando que el 88,88% de ellas está gestionada por las propias Personas Mayores. La primera Asociación en Navarra data del año 1969. Entre los años 1984 y 1987 comenzó el crecimiento de las Asociaciones de Jubilados, dándose el mayor incremento durante los años 1992 a 1995, consolidándose como un gran movimiento asociativo en el período 1996-2002. El 52,81 de estas entidades cuentan con menos de 300 socios y pagan entre 6 y 9 euros de cuota anual. Sus presidentes son en un 23% mujeres. Pamplona y su Comarca agrupan el 29,37% de estas Asociaciones y Clubs, seguido de la zona de Estella, con el 21,46% Han realizado 10.169 actividades en los años estudiados, con un incremento de las Socio Comunitario Culturales respecto de las Recreativas, de Ocio y Tiempo Libre. Destaca la realización de 1.378 cursos y el aumento de actividades de voluntariado, intergeneracionales y en coordinación con otras entidades.
Conclusiones: Movimiento asociativo con un fuerte crecimiento en número de asociaciones y clubs, socios, actividades y calidad de las mismas, que han evolucionado del baile y mus a los cursos y actividades de voluntariado, fomentando de esta forma un envejecimiento saludable que retrasa la aparición de la dependencia.

EL COMPROMISO SOCIAL CORPORATIVO EN MATIA FUNDAZIOA

L. Santamaria Goiburu, C. Sannino Menicucci, F.J. Leturia Arrazola y C. Hernández Muñoz
Matia Fundazioa, Donostia.

Actividad de Matia Fundazioa: 547 plazas en centros gerontológicos. 155 plazas en centros de día. 5698 diagnósticos en 7 centros de rehabilitación ambulatoria. 103 plazas en hospital geriátrico de media-larga estancia. 15 plazas en la unidad de cuidados paliativos. 58 plazas en la unidad de discapacitados graves. Plan de intervención psicosocial. 26 colegios, 690 niños y 183 mayores en programas intergeneracionales. 139 voluntarios y 151 beneficiarios en el progra-

ma de voluntariado. 199 asociaciones colaboradoras, 535 actividades culturales, 1419 actividades lúdicas y 268 actividades festivas en el programa de integración sociocomunitaria.
Gestión de personas: 380 trabajadores de Matia Fundazioa y 235 trabajadores subcontratados. 246 de trabajadores a jornada completa. 16 trabajadores con algún tipo de discapacidad. Tendencia ascendente en política de género: 285 de mujeres en plantilla y 50% de mujeres en Comité de Dirección. Convenio Laboral propio. Conciliación vida familiar-laboral: 24 nacimientos y 9 personas con reducciones de jornada por cuidados familiares. 179 alumnos formados en los centros. Análisis del síndrome Burnout, desde perspectiva psicosocial.
Medioambiente: Certificación ISO 14001 desde 2003. Mantenimiento del recursos hídrico "estable". Uso de termómetros digitales, recogida de pastillas y recogida selectiva de residuos.
Gestión del conocimiento "INGEMA": Gestión del conocimiento. I+D. Transferencia de conocimiento.
Transmisión de valores: Comisión Ética Jurídica, Comité de Ética asistencial, Comité de Bioética, Proyectos de Investigación. Teoría ética de la responsabilidad social: Partiendo de la no uniformidad de la edad y las personas mayores y del ajuste a las necesidades sociales y a los cambios.
Servicio de atención al usuario: Encuestas de satisfacción anuales e implantación de mejoras adoptadas en base a las Quejas, sugerencias, reclamación e incidencias.
Distinciones sociales de Matia Fundazioa: 12 Reconocimientos (varios) y 6 certificaciones de calidad: Q de plata de euskalit, Accesit, Premio José Luis Pérez de
Responsabilidad Social Corporativa (Re. Capital Humano y U. Deusto), Premio Infanta Cristina, Premio Caja Madrid, Premio Dolores Ibarburi del Gobierno Vasco.
Acciones de impacto social: Mecenazgo/participación sociocomunitaria / escuela de la experiencia.
Conclusiones: *Fortalezas de Matia Fundazioa:* Ser una organización histórica. El ser una empresa socialmente comprometida, supone hacer las cosas bien. Se dispone de un capital humano, comprometido. Se esta sensibilizado con la comunidad y sociedad. Se dispone de servicios que responden a las necesidades sociales. *Oportunidades de Matia Fundazioa:* El compromiso social es más accesible para las instituciones sin ánimo de lucro. Permite tener una cobertura social mayor (ajustado a las necesidades sociales).

RECURSOS ASISTENCIALES PARA PERSONAS MAYORES CON DEMENCIA EN GUIPÚZCOA: UNIDADES PSICOGERIÁTRICAS EN CENTROS RESIDENCIALES

C. Sannino Menicucci, C. Hernández Muñoz, L. Santamaría Goiburu y F.J. Leturia Arrazola
Matia Fundazioa, Donostia.

Objetivos: Definir un ambiente "físico-estructural" adecuado, que responda a las necesidades de seguridad, control, confort y facilitación del cuidado. Disminuir la elevada distorsión que provocan en la convivencia comportamientos no adecuados, siendo particularmente difícil controlarlos en una estructura mixta. Prestar una adecuada asistencia en el marco integrador y globalizador del modelo de atención sociosanitario y psicosocial, donde se hace necesaria la protección de derechos y de seguridad de la persona incapaz de autocuidado y autogobierno.
Material y métodos: Partiendo de las características y necesidades biopsicosociales de las personas afectadas de demencias y de sus familias, y analizando la necesidad de recursos asistenciales tanto en ámbito Comunitario como Institucional, se propone la implementación de Unidades Psicogeriátricas en Centro Gerontológico, definidas en base a un Modelo Integral específico de atención y de gestión, teniendo en cuenta las siguientes cuestiones: Definición del perfil psicogeriátrico destinatario de las unidades, y necesidades de intervención con las personas atendidas y sus familias. Características ambientales y funcionales. Características del personal. Modelo de Gestión dentro del modelo de Gestión Integral por procesos.
Resultados y conclusiones: A la hora de diseñar e implementar un servicio asistencial para PM dependientes y en este caso, afectadas de demencia, es importante definir de forma clara tanto el Modelo de Atención como el Modelo de Gestión. La Gestión tiene que responder a un Modelo de Gestión que integra el Modelo Asistencial con la calidad de sus servicios, definiendo claramente el Proceso de Atención y estableciendo de forma específica los indicadores de Calidad asistencial. En relación al Modelo de Atención es importante tener presente que: *1.* Las UPG tienen que atender a las necesidades básicas y psicosociosanitarias de las personas afectadas de demencia en grado moderado/grave para asegurar la mejor calidad de atención y de vida a las mismas y sus familias. *2.* Es necesaria la clara definición de una cartera de servicios especializados, donde se definan los programas de intervención psicosociosanitarios que puedan cubrir de forma adecuada y satisfactoria las diferentes necesidades asistenciales. *3.* En relación al personal, este tiene que ser competente tanto por conocimientos como por aptitud y actitud. Su característica será la multidisciplinariedad profesional y su metodología será el trabajo en equipo y la interdisciplinariedad. *4.* El ambiente tiene que ser diseñado según criterios de accesibilidad, seguridad, adaptabilidad, confort, modulación funcional, para prestar una adecuada Calidad Asistencial y contribuir a la mejora de la Calidad de Vida tanto de las personas con demencias como de sus familiares. *5.* Es fundamental prestar un modelo de atención abierto a la participación familiar (tutores informales o formales).

FRAGILIDAD SOCIAL TRAS HOSPITALIZACIÓN EN UNIDADES DE AGUDOS: NECESIDAD DE NUEVOS RECURSOS SOCIALES EN DOCE MESES DE SEGUIMIENTO

C. Rodríguez, J. Mora, L.J. Silveira, C. Fernández, C. Merino y M.A. Maganto
Servicio de Geriatría. Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

Objetivo: Describir la demanda de nuevos recursos sociales tras el alta de una Unidad de Agudos de Geriatría (UGA), en relación con factores clínicos, funcionales y psicosociales, basales y del seguimiento.
Material y métodos: Pacientes ingresados durante 6 meses en UGA, no institucionalizados previamente. Valoración clínica, funcional, psíquica y social (índice de Katz, Barthel, Cruz Roja Física, presencia de demencia, forma de convivencia y cuidador). *Datos del ingreso:* complicaciones, impacto funcional. Seguimiento al año: Datos de mortalidad y comorbilidad (Charlson, ICh). Se divide la muestra según la necesidad o no de nuevos recursos domiciliarios o residenciales tras un año de seguimiento, en relación con las variables basales y del ingreso. *Análisis estadístico:* Comparación de medias y proporciones mediante chi-cuadrado, t de Student y ANOVA de un factor. Regresión logística. Intervalo de confianza 95%.
Resultados: 301 pacientes (edad 85,7 años. DE 6,7); 60,1% mujeres. GRD principal 541. *Datos basales:* demencia avanzada 36,5%, dependencia en >3 actividades básicas 41,7%, movilidad restringida 44,9%. Viven solos 16,8%, cuidador cónyuge mayor 17,8%. *Datos del ingreso:* impacto funcional 21,1%, mortalidad 22,6%. *Seguimiento:* pérdidas 5,3%. Al año fallecen 93 pacientes más (total 159; 52,8%). Comorbilidad ICh 3,7 (DE 2,1). Se indicó nuevo recurso domiciliario en el 30,7% de los casos y residencial en el 23,9%. Los factores asociados a nuevo recurso domiciliario fueron sufrir demencia moderada o grave (60,7% frente a <40%, $p < 0,05$), vivir solo (37,5% frente a 29,4%, $p < 0,05$), cuidador mayor (55,9% frente a <45%, $p < 0,05$) y dependencia funcional (47,7% frente a 30,8%, $p < 0,05$). Idénticos factores se asociaron a nuevo recurso residencial (todos con $p < 0,05$). En el análisis de regresión logística, únicamente padecer demencia (OR 9,27, $p = 0,002$) y vivir solo (OR 5,1, $p = 0,024$) fueron predictores de nuevo recurso domiciliario, siendo aún mayor en el caso de la demencia para recurso residencial (OR 17,5, $p < 0,001$).
Conclusión: La necesidad de nuevos recursos sociales tras un año después de la hospitalización en UGA parece depender de las circunstancias psicosociales y, en menor medida, de otras variables clínicas, funcionales y demográficas fácilmente identificables.

ANÁLISIS DE LA DIMENSIÓN EDUCATIVA EN LAS PERSONAS MAYORES

M.D. García Campos
Universidad de Alcalá, Azuqueca de Henares.

Objetivos: El principal propósito de este estudio es contribuir al discurso y a la praxis educativa con personas mayores, reforzando, desde una orientación crítica, las bases de la Gerontagogía con el fin de promover el desarrollo de respuestas educativas basadas en las necesidades educativas de este sector de población mayor.

Material y métodos: La investigación, de naturaleza etnográfica, se propone conocer la realidad educativa de las personas mayores. Para ello se utiliza la complementación de diversas técnicas: *1.* Revisión documental con la que se pretende describir las condiciones en las que se encuentra la educación con mayores en estos momentos, relativas al desarrollo disciplinar la Gerontagogía, los recursos educativos actuales para mayores, la contribución a la educación procedente de otras disciplinas relacionadas con la vejez, la persona mayor como sujeto de aprendizaje y el papel de la educación en la política y en los recursos sociales para mayores. *2.* Estudio de campo, una incursión interpretativa en la realidad del mayor en la que, a través de la triangulación de las interpretaciones que hacen del tema éstos y los profesionales que trabajan con ellos, se pretende conocer la realidad educativa de los mayores. La estrategia para la recogida de la información es una entrevista semiestructurada. Las técnicas para la interpretación de los datos son dos: el análisis de contenido y el de frecuencias. Par a tratar los datos se ha recurrido al programa informático NVivo 2.0 y al SPSS12.0.1 respectivamente.
Resultados: La educación de las personas mayores contribuye a mejorar las condiciones de vida en las que se desarrolla la vejez. Proporciona a la persona competencias personales y sociales que determinan la posición desde la que acceder al aprendizaje en la vejez, para afrontar con plenitud esta etapa de la vida. La escasa e inadecuada oferta educativa actual exige respuestas urgentes que acaben con las condiciones de desatención educativa en las que se encuentra el sector de población mayor. Para dar respuesta a las necesidades educativas de los mayores es necesario avanzar en la reflexión crítica del conocimiento generado por la acción gerontagógica.
Conclusiones: La educación constituye una necesidad básica en la vejez. Entendida como medio para la transformación social, la educación se propone colocar al mayor en el lugar que le corresponde promoviendo su incorporación como miembro activo y partícipe del entramado social. Para que se produzca esta profunda transformación social, con la que ganamos todos, es necesario articular medidas políticas y educativas que converjan en encauzar los deseos de inclusión de la persona mayor.

EFECTIVIDAD DE UN PROGRAMA DE RELAJACIÓN EN HOGARES DE JUBILADOS

I. Lizaso Elgarresta[1], A. García Mostajo[2], S. Camio Montalvo[2] y M. Sánchez de Miguel[1]
[1]Facultad de Psicología, Upv/ehu, Donostia, [2]Hogares Municipales de Jubilados/as de Donosita, Donostia.

Introducción: La presencia de diferentes factores asociados al proceso de envejecimiento pueden provocar en ocasiones alteraciones emocionales en las personas mayores. En este sentido, los programas de relajación pueden ayudar a manejar situaciones ansiógenas y mejorar el estado emocional. En este estudio, se presentan los resultados de la aplicación de un programa de relajación desarrollado en cinco hogares municipales de jubilados en Donostia.
Objetivos: Describir el perfil sociodemográfico. Conocer los efectos de un programa de relajación ante sintomatología ansiógena y/o depresiva.
Material y métodos: Entrevista semiestructurada: 89 (81 mujeres y 8 hombres) personas jubiladas (x- = 72 años, SD = 6,32, rango = 53 - 86 años). Se recogieron datos sociodemográficos y psicosociales: Cuestionario sobre ansiedad y depresión –GADS screening-; Escala de depresión geriátrica -GDS/15- e Inventario de indicadores de tensión y ansiedad -Cautela, 1977-; Calidad de vida relacionada con la salud -COOP-WONCA-.
Resultados: Variables sociodemográficas: c asados (55,1%); estudios primarios (71,9%); nacidos fuera de la C.A.P.V. (73%); viven con la pareja (43,8%); mayoritariamente han realizado labores domésticas (55,5%). Tras la aplicación del programa de relajación se redujeron (pre-post) significativamente las puntuaciones en: ansiedad y depresión (GADS), y depresión (GDS), no así en: tensión-ansiedad (Cautela, 1977) y Calidad de Vida relacionada con la Salud (COOP-WONCA).
Conclusiones: Los programas de relajación parecen ser eficaces para reducir la ansiedad y mejorar el estado de ánimo, generando un cambio en la percepción de las personas de su calidad de vida. Habría que fomentar una mayor participación para aquellas personas mayores con sintomatología ansiógena y depresiva.

COMUNICACIONES LIBRES XI

Sala Ciudadela 1
Viernes, 16 de junio, de 16:00 a 18:00 horas

Caídas

Modera:
Teresa Marcellán
Vocal de la SNGG.

VALORACIÓN DE CAÍDAS EN EL ADULTO MAYOR INSTITUCIONALIZADO

M. Torres[1], Q. Tsu[1], M.G. Martínez[1], Z. Mavárez[1], W. Sánchez[1] y N. Segui[2]
[1]Residencia Socio Asistencial EL LOGRO, Caracas, [2]Instituto Nacional de Geriatría y Gerontología.

Objetivos: Evaluar las caídas en adultos mayores institucionalizados en la Residencia Socio Asistencial EL LOGRO de Caracas Venezuela en el año 2005, relacionar el riesgo determinado según test de Tinetti con frecuencia y tipo de caída, factores asociados, comorbilidad, polifarmacia y complicaciones.
Material y métodos: Estudio no experimental, longitudinal y descriptivo en 46 institucionalizados en RSA EL LOGRO que presentaron caídas entre enero 2005 y enero 2006, se utilizo la escala de valoración de marcha y equilibrio de Tinetti y la encuesta de caídas de la OMS aplicada al momento de la caída. Para el procesamiento de datos se utilizo Excel versión 9.0, haciendo un análisis descriptivo y comparativo de los datos.
Resultados: El 67% del total de pacientes tenían riesgo de caída según Tinetti y 39% (18) presentaron caídas, todos ellos tenían riesgo. Las mujeres sufrieron 2 veces más caídas que los hombres ($p < 0,025$). En 18 pacientes 44% sufrieron caídas al levantarse en la mañana, 11% tenía polifarmacia. Comorbilidad 1/3 de los pacientes presento TMO, 1/3 demencia y 1/3 trastornos psiquiátricos. El 67% de los casos fue accidental, solamente 11% reportaron "tropiezos con objeto", en 56% no hubo lesiones, 22% contusión y/o heridas superficiales y un paciente TCE mortal.
Conclusiones: A pesar del alto riesgo de Caídas según el índice de Tinetti, el porcentaje de ocurrencia fue moderado, siendo el grupo más afectado mujeres de 70 a 79 años, con polifarmacia en 11% y en la mayoría de los casos no hubo precipitantes de la caída ni lesiones significativas.

¿CAÍDAS?, ¡NO GRACIAS!

J.A. López Villada
Centro Sociosanitario Ciutat de Reus. Tarragona.

Introducción: Las caídas forman parte de los grandes síndromes geriátricos. De origen multifactorial son causantes de una gran morbimortalidad en la vejez, constituyendo la causa más frecuente de fracturas, y a medio largo plazo del temido síndrome de inmovilidad, con toda la cascada de problemas que ello comporta.
Objetivos: Se plantea como objetivo el diseño y aplicación de un programa de detección, prevención y rehabilitación de pacientes con riesgo de caídas en el centro socio-sanitario Ciutat de Reus, para detectar los factores de riesgo implicados y establecer las medidas preventivas y rehabilitadoras más adecuadas.
Material y métodos: Elaboración de programa de detección, y estrategias de prevención primaria: detección de los pacientes de riesgo (test de Dowton); secundaria: evaluación del riesgo y tratamiento de los pacientes (elaboración de una propuesta de reprogramación motora); y de prevención terciaria: rehabilitación de la marcha en síndrome poscaída (propuesta de reprogramación motora).
Resultados: De un total de 26 pacientes con capacidad de marcha el 92,3% presentan en mayor o menor grado riesgo de caídas. De éstos son seleccionados 9 para incluirlos en el programa de reprogramación motora, mejorando en todos los casos su capacidad funcional (evaluada con test Tinetti). Se dan 2 casos de caídas que requieren mantener la reprogramación en curso.
Conclusiones: Debido a las graves consecuencias de las caídas se hace indispensable un abordaje que vaya desde la prevención hasta el tratamiento. El programa de detección, rehabilitación y prevención del riesgo de caídas ha demostrado ser útil en todos los pacientes incluidos, mejorando su autonomía y minimizando el riesgo a sufrir una caída. La sistematización de un programa de estas características facilita las líneas de actuación en cada caso.

ÍNDICE DE COMORBILIDAD DE CHARLSON: UTILIDAD EN GERIATRÍA AMBULATORIA

J.J. Montero Alía[1], M.M. Jiménez[2], R. Miralles[3], C. Molina[1], N. Montellà[1] y L. Pulido
[1]ABS Ronda Prim. Mataró, [2]ABS Premià de Mar, [3]Unidad de Geriatría. Hospital de la Esperanza, Barcelona.

Introducción: EL Índice de Comorbilidad de Charlson (IC) se aplica de forma sencilla y rápida en la valoración inicial de cualquier ingreso hospitalario, sobre todo en geriatría. No hay experiencia de su utilización en atención primaria.
Objetivo: Conocer la relación entre el IC y la mortalidad en la población geriátrica visitada en atención primaria.
Material y métodos: Estudio de cohortes prospectivo multicéntrico. Se incluyeron pacientes mayores de 65 años asistidos por cualquier motivo durante el periodo 2003-2004. Se recogieron variables sociodemográficas y la presencia de cualquiera de las 19 patologías que incluye el índice. Al año se comprobó el estado vital de los pacientes mediante contacto telefónico. Se calculó la media de puntuación para el total y se estudiaron las diferencias según el estado vital mediante la comparación de medias.
Resultados: Se incluyeron 613 pacientes (58% mujeres) con edad media de 75ª (D.E. 6,7). La puntuación media del IC fue de de 0,9 (D.E. 1,1; mediana = 1, intervalo = 0-7). Al año de seguimiento murieron 14 personas (2,3%, IC95%: 1-3)) el 35% eran mujeres. La tasa de mortalidad al año según puntuación del IC fue: 0% si 0 puntos; 2,3% si 1-2 puntos; 12,2% si 3-4 puntos i 28% si >ó = 5puntos. Se encontraron diferencias significativas en la media del IC según el estado vital (éxitos = 2,79; vivos = 0,86, p = 0, 01).

ESTUDIO SOBRE PREVENCIÓN DE CAÍDAS EN PERSONAS MAYORES

R. López-Cuervo Derqui[1], J. Andreu[2], L. Alarcón Martínez[1] y F. del Moral[3]
[1]Fundación IAVANTE, Armilla, [2]Facultad de Sociología, [3]Fundación PFIZER.

El estudio llevado a cabo por un equipo de investigadores, se ha realizado entre un total de 1.500 personas mayores a los que se les ha preguntado sobre aspectos sociodemográficos, de movilidad, recursos sociales, medicación, elementos ambientales de su entorno, mobiliario urbano, entre otros. De los resultados se desprende que casi la cuarta parte de los encuestados había sufrido una caí da en los seis meses anteriores y de estos, uno de cada tres lo había hecho en

mas de una ocasión. El 73% de los que se habían caído, manifiestan su miedo a volver a caerse. Por regla general, las mujeres se caen mas que los hombres y la edad es una variable muy significativa, a edad más avanzada, mayor es el índice de caídas, aunque en los segmentos más elevados vuelve a disminuir, probablemente por la disminución de la movilidad a estas edades y el especial cuidado que reciben. La actividad cotidiana y las relaciones sociales se manifiestan en el índice de caídas como factores que disminuyen las caídas, ya que mantienen a las personas activas, ágiles y con buen estado de ánimo. Un dato llamativo es el referente al lugar donde se producen estos accidentes, que en el 70% de los casos es el domicilio. Dentro de la casa, el salón, dormitorio y escaleras son las estancias donde se concentran mayor índice de caídas.

PREDICCIÓN DEL RIESGO DE CAÍDAS EN PERSONAS MAYORES NO INSTITUCIONALIZADAS

V. Zamora Conesa[1], P.M. Montoya González[1], J.D. Avilés Hernández[1], J.M. Luján[1], E. Santo[1], J. Ríos[1], D. Balas[2], D. Zamora Conesa[1] y R. Cayuela[3]
[1]Universidad Católica San Antonio, Murcia, [2]Facultad de Medicina Universidad de Niza, [3]ISSORM.

Introducción: Las caídas en la persona mayor cobran gran importancia por su incidencia, morbilidad y mortalidad y además guardan una estrecha relación con el envejecimiento de la marcha y el equilibrio por lo que estas alteraciones deberían formar parte de la evaluación para una prevención primaria o secundaria.
Objetivos: Evaluar la incidencia de caídas en esta población, estudiar la relación entre el equilibrio y las caídas y analizar el valor predictivo de un nuevo test de marcha y equilibrio dinámico cuantitativo y cualitativo para determinar el riesgo de caídas en personas mayores independientes.
Material y métodos: Estudio longitudinal retrospectivo y descriptivo sobre una población de 136 personas no institucionalizadas, independientes en la Escala de Barthel de entre 60 y 90 años, edad media 66,2 (DE: 5,43) con registro de patologías, registro de caídas de origen no sincopal de los dos últimos años, y evaluación del equilibrio y de la marcha usando diferentes test como estación unipodal (EU), o el "Circuito de marcha" (CM) propuesto entre otros.
Resultados: Sin diferencias estadísticamente significativas para caídas respecto al sexo (I.C. 95%). El 71% caen entre 1 y 4 veces. Correlación significativa entre número de caídas y EU (r = -0,543) con p = 0,000, entre número de caídas y CM (r = 0,740) con P = 0,000. Correlación significativa entre CM y EU (r = -0,752) con P = 0,000.
Conclusiones: Existe una estrecha relación de las caídas con las alteraciones del equilibrio estático, pero aún más importante con la marcha y el equilibrio dinámico. El test "Circuito de Marcha" podría ser una herramienta útil para la evaluación del riesgo de caídas en personas mayores.

CAUSAS DE CAÍDA QUE COMPORTA FRACTURA DE FÉMUR EN 105 PACIENTES NONAGENARIOS

M. Navarro, F. Formiga, E. Duaso, D. Chivite, J.M. Pérez Castejón y D. Ruíz
Ufiss Geriatría Hospital Clínico, Barcelona.

Objetivo: Identificar las circunstancias asociadas a las caídas que provocan fractura de fémur en los pacientes nonagenarios y compararlas con un grupo control de pacientes con edad comprendida entre 65-79 años.
Material y métodos: Se estudiaron las características de las caídas responsables de la fractura de fémur en 105 nonagenarios y 221 controles atendidos consecutivamente en 6 centros del área de Barcelona (Hospital Universitari de Bellvitge, Hospital de San Pau, Hospital Clinic de Barcelona, Hospital Mutua de Terrassa, Hospital de Viladecans y Clínica Barceloneta) durante el periodo de dos años 2004-2005.
Resultados: Se trataba de 78 mujeres (74%), con una edad media de 92,2 (2) años. La mayoría vivía en la comunidad excepto 8 que estaban institucionalizados. El promedio de caídas durante los 12 meses previos fue de 1,5. En el 22% de los casos se documentaron caídas de repetición (más de dos caídas) en el año previo. La caída aconteció en el domicilio en el 70% de los casos y en el 64% de los casos fue diurna (8-20 horas). En el 37% de los pacientes se consideró que la caída tuvo una causa intrínseca, en el 35% extrínseca y en el 28% combinada. Al evaluar diferencias en el nonagenario respecto al grupo control los valores del IB eran menores, existía un menor porcentaje de caídas diurnas y de toma de hipnóticos no benzodiacepinos, y un mayor porcentaje de toma de diuréticos y benzodiacepinas.
Conclusiones: Las caídas responsables de fractura de fémur en el nonagenario son mayoritariamente diurnas y en el domicilio. Un importante porcentaje de pacientes había caído previamente.

FRACTURAS EN ANCIANOS DE LA COMUNIDAD. ENSAYO CLÍNICO ALEATORIZADO

D. Ruiz Hidalgo[1], N.R. Moreno Martínez[1], F. Formiga[2] y G. Vázquez Mata[3]
[1]Hospital de Sant Pau, Barcelona, [2]Hospital de Bellvitge, Barcelona, [3]Parque Tecnológico Granada.

Objetivos: Evaluar la eficacia de una intervención multifactorial en la prevención primaria de caídas y fracturas en ancianos de la comunidad.
Material y métodos: Ensayo clínico aleatorizado a doble ciego (mayores de 75 años, sin caídas previas, Índice de Barthel 100). Seguimiento 12 meses. Entraron en el ensayo 152 sujetos (pérdidas 13,57%). Grupo intervención (69) y control (63). No hubo diferencias de edad, sexo, comorbilidad, polifarmacia, estado cognitivo, afectivo, sensorial, índice de masa corporal ni calidad de vida. La intervención es la descrita por ME Tinetti (NEJM 1994; 331:821-7). Las variables finales fueron caídas, fracturas y ingreso en residencia. Las diferencias entre los dos grupos se realizaron mediante los tests al uso. Se calculó la reducción del riesgo relativo (RRR), la reducción del riesgo absoluto (RRA) y el número de pacientes necesarios a tratar (NNT).
Resultados: Las caídas fueron de 26 (37,7%) vs. 26 (43,3%). La RRR fue del 12,93%, la RRA de 5,6% y el NNT de 17,85 (IC 95% 17,69-18,02). Las fracturas fueron de 2 (7,1%) vs. 8 (28,6%). La RRR fue del 75,17%, la RRA de 21,5% y el NNT de 4,65 (IC 95% 3,63-5,65. Ningún paciente ingresó en residencias.
Conclusiones: La intervención multifactorial para la prevención primaria de caídas y fracturas en ancianos que viven en la comunidad ha sido eficaz. El NNT tan bajo y el poco coste de la intervención preventiva creemos que apoya el uso de esta intervención en todos los ancianos de la comunidad que no han caído.

ANÁLISIS DE LA INTEGRIDAD DE LOS SISTEMAS DE CONTROL POSTURAL EN PACIENTES CAEDORES

A. González Ramírez, M. Lázaro del Nogal, C. Zaragoza Brehcist, C. de Pablos Hernández, C. Fernández Alonso y J.M. Ribera Casado
Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

Objetivos: Valorar la influencia de los sistemas visual, vestibular y somatosensorial en el control postural de pacientes mayores de 65 años con y sin caídas.
Material y métodos: Se estudió la respuesta postural de dos grupos de pacientes (grupo A: caedores de repetición; grupo B: no caedores) mediante el test posturológico de evaluación clínica modificada de la interacción sensorial en el equilibrio (test mCTSIB) del posturógrafo Balance Master de Neurocom. Análisis estadístico: Chi-cuadrado de Pearson. SPSS v11.0.
Resultados: 88 pacientes (45 caedores, 43 controles) con edades medias de 77,35 y 74,97, respectivamente. Grupo A vs. B: déficit somático 37,8% vs. 16,3% (p = 0,024), visual 68,3% vs. 25,6% (p < 0,001), vestibular 58,8% vs. 34,9% (p = 0,036). Nº déficits Grupo A: sin déficits 8,8%; 1 déficit 41,2%; 2 déficits 41,2%; 3 déficits 8,8% Grupo B: sin déficits 41,9%; 1 déficit 44,2%; 2 déficits 9,3%; 3 déficits 4,7%; (p global < 0,001). Realización de mCTSIB [mediana (RIQ) en grados/seg]: OAL (ojos abiertos sobre superficie lisa): grupo A 0,40 (0,20-0,45); grupo B 0,20 (0,10-0,30) p = 0,01; OCL (ojos cerrados superficie lisa): grupo A 0,50 (0,30-0,95); grupo B 0,30 (0,20-0,40) p < 0,001; OAA (ojos abiertos sobre superficie almohadillada): grupo A: 1,40 (1,10-2,10); grupo B: 0,90 (0,60-1,20) p < 0,001. OCA (ojos cerrados sobre superficie almohadillada): evento caída grupo A: 24,4%; Grupo B 0%.
Conclusiones: Existe en nuestra muestra un porcentaje significativamente mayor de alteraciones somatosensoriales, vestibulares y visuales en los pacientes caedores que en los no caedores. Igualmente se aprecia una mayor asociación de deprivación múltiple entre los caedores frente al grupo control. La valoración exhaustiva y tratamiento de las alteraciones a nivel sensorial es parte esencial del abordaje y manejo de los pacientes con caídas de repetición.

COMUNICACIONES LIBRES XII

Sala Ciudadela 1
Viernes, 16 de junio, de 18:30 a 19:30 horas

Sociales y recursos II

Modera:
Milagros Urzainki
Atención Sociosanitaria. INBS

LISTAS DE ESPERA QUIRÚRGICA. REGISTRO DE PERCEPCIÓN ENTRE LA POBLACIÓN DE MAYORES DE MEDIO COMUNITARIO URBANO DE LA CIUDAD DE SALAMANCA

D. Bernardini Zambrini, J. Macias Núñez y J. Álvarez Gregori
Departamento de Medicina, Facultad de Medicina, Univ. Salamanca, Salamanca.

Objetivo: Evaluar la percepción de las listas de espera quirúrgicas en mayores de medio comunitario urbano.
Material y métodos: Mayores de 65 años, que decidiera en forma voluntaria contestaran la encuesta. El cuestionario de preguntas abiertas y cerradas, consideró aspectos cuantitativos y cualitativos. La recolección de datos fue 07 de Mayo de 2005. La estadística se realizó con SPSS 11.5.
Resultados: La muestra fue de 188 personas mayores de 65 años, de las cuales 148 (78,7%) fueron varones y 40 (21,3%) mujeres. Separamos la muestra en tres grupos según edades, de manera que 85 personas (45,2%) tenían 65 y 74 años cumplidos al momento de la encuesta, 86 (45,7%) entre 74 y 84 años y 17 (9%) eran mayores de 85 años. hombres y 5 mujeres. Del total, 140 (74,5%) utilizaban a la seguridad social como seguro medico, 29 (15,4%) de ellas tenían cobertura sanitaria privada y 18 (9,6%) poseían ambos tipos de seguro sanitario. Del total de personas, 96 (51,1%) habían estado en algún momento de su vida en lista de espera quirúrgica, mientras que 90 (47,9%) nunca habían estado en esta situación. De los que estuvieron alguna vez en lista de espera quirúrgica, 78 eran hombres, y 18 mujeres. El tiempo de espera que sufrieron aquellas que manifestaron haber esperado por una intervención quirúrgica, 5,9 lo hicieron menos de 15 días, 11,2 entre 15 días y un mes, 11,2% entre 1 y 3 meses, 11,2% entre 3 y 6 meses, 6,9% entre 6 meses y un año y 20 10,6% esperaron mas de un año en ser operados. 3 personas no supieron contestar a esta pregunta. ¿Cuál seria el tiempo ideal de espera, ante una intervención quirúrgica?, 47 (25%) contesto menos de 15 días, 58 (30,9%) entre 15 días y un mes, 36 (19,1%) entre 1 y tres meses, 8 (4,3%) entre 3 y 6 meses; solo un apersona menciono un periodo de mayor a 6 meses. 38 (20,2%) no supieron contestar a esta pregunta. Si las listas de espera eran una situación solucionable o mejorable, 179 (95,2%) contesto que SI, 7 (3,7%) contesto que NO, y solo 2 (1,1%) no contestaron. Si estaban de acuerdo en pagar 1euro por consulta como forma de ayuda a acortar los tiempos de demora quirúrgica, 132 (70,2%) contestaron que SI pagarían, mientras que 56 (29,8%) personas contestaron que NO.
Conclusiones: Consideramos este estudio nos da base confiable a la hora de planificar las políticas de salud sobre la situación y la impronta en una muestra de mayores de medio comunitario urbano.

VALORACIÓN DEL POTENCIAL DE APRENDIZAJE

J.A. Alonso Bravo[1], R. López Mongil[1], J. Castrodeza Sanz[3], L. Alonso Rodríguez[2] y J.L. Elguero Angulo[1]
[1]Centro Asistencial Dr. Villalón, [2]Residencia Cardenal Marcelo de la Diputación de Valladolid, [3]Facultad de Medicina de la Universidad de Valladolid, Valladolid.

Investigación que busca establecer la eficacia de la medición de la capacidad de modificación cognitiva (Potencial de Aprendizaje) para predecir el deterioro cognitivo asociado a la demencia. Entendido el Potencial de Aprendizaje como la amplitud con la que una persona puede mejorar su rendimiento en una tarea, tras ser entrenada en las operaciones de resolución de dicha tarea. Diferencias en la plasticidad cognitiva de las personas mayores reflejan diferencias en el desarrollo del envejecimiento: normal, inicio del deterioro cognitivo o situación de riesgo de padecer demencia. El presente estudio tiene como finalidad establecer diferencias entre las personas con un envejecimiento 'normal', las que presentan Deterioro Cognitivo (DC) y aquellas con riesgo a padecer una demencia. Para ello construimos una Escala de Demencias (RESYCOG), Escala de Evaluación como Sistema de Medidas. En la elaboración de la batería, se seleccionaron y adaptaron cinco pruebas que evalúan funciones relacionadas con la demencia y el potencial de aprendizaje: Memoria Inmediata – Memoria Reciente; Test de Conceptos Básicos Ergonómico; MIS (Memory Impairment Screen, de Buschke); Test de Orientación Temporal y el Test de Fluidez Verbal (semántica). Metodológicamente, la investigación se ha planteado en dos fases: *La primera*, aplicación de diversas pruebas a pacientes de dos Residencias de Mayores, una de asistidos y otra mixta (además de las antes mencionadas, el MMSE, el T7M y el Test del Reloj). *La segunda*, seguimiento desde hace 4 años, cada seis meses de estos residentes, y observar la utilidad del Potencial de Aprendizaje, evaluado con el RESYCOG para predecir el riesgo a padecer demencias. Residentes Evaluados en Residencia de asistidos, n = 108 Residentes Evaluados en Residencia mixta, n = 124. El resultado obtenido, en este estudio longitudinal, a través de 650 evaluaciones nos permite determinar la incidencia de los diferentes tratamientos administrados, la evolución del envejecimiento en los residentes teniendo en cuenta los posibles impedimentos sensoriales y/o trastornos, así como de qué manera son determinantes en los resultados de la Valoración. A través del Seguimiento de cada residente producto de las Evaluaciones semestrales, podemos determinar la capacidad de modificación cognitiva (Potencial de Aprendizaje) para predecir el deterioro cognitivo asociado a la demencia, por lo que el n de la Residencia de asistidos con valoración cognitiva dentro de lo Normal sería 12; con sospecha de Deterioro Cognitivo Leve 24 y con sospecha de Demencia 72. En la Residencia mixta el n dentro de lo Normal sería 36; con sospecha de Deterioro Cognitivo Leve 38 y con sospecha de Demencia 50.

DESARROLLO DE UN PROYECTO DE ANIMACIÓN SOCIO-CULTURAL EN EL HOSPITAL SAN JOSÉ DE TERUEL: UN COMPRIMIDO DE ANIMACIÓN

I. Caulín, M. Forcano, N. Zamora, M. Díaz, P. González y B. Asensio
Hospital San José, Teruel.

Objetivo: Mejorar la calidad de vida y situación anímica de los pacientes ingresados en una unidad de convalecencia, mediante la aplicación de un programa de animación y acompañamiento.
Material y métodos: Estudio retrospectivo de los pacientes ingresados en el Hospital San José de Teruel, que participaron en los talleres de animación y acompañamiento desarrollados en el proyecto "un comprimido de animación", entre noviembre 05 y marzo del 06. Desarrollo de convenio de colaboración entre el Hospital San José y Ayuntamiento de Teruel, creándose un grupo de 20 voluntarios para trabajar en el proyecto, con apoyo de 3 estudiantes en prácticas de monitor de tiempo libre. Inicio y desarrollo de talleres de animación socio- cul-

tural: orientación a la realidad, laborterapia, músicoterapia, técnicas de reminiscencia, pintura, taller de psicomotricidad, globofexia, talleres culturales, aromoterapia, refranes y adivinanzas… Datos demográficos del paciente y cuidador, patología principal, situación anímica, valoración funcional y encuesta de satisfacción.
Resultados: Han participado en el programa 48 pacientes, con predomino de mujeres (59%). La edad media fue de 76 años. Un 73% procedían del medio rural y hasta el 90% vivía en su domicilio. La estancia media hospitalaria de los pacientes ha sido de 54 días. El 25% eran analfabetos. Los hobbies principales eran la cocina, costura, lectura, música y pasear. El 69% tenían cuidador (siendo en el 34% el cónyuge) y hasta el 21% vivían solos. Las principales patologías fueron: ACV (11), fractura de cadera (8), insuficiencia cardiaca (6), enfermedad oncológica (5), demencia (4) y otras (14). En cuanto a la situación anímica, se detectó un 59% de depresión. Se realizaron un total de 90 talleres, con una media de 14 por paciente. El 100% de los pacientes y 99% de los cuidadores, valoraron como óptimo el programa. Mostraban sobrecarga el 46% de los cuidadores. Presentaban problema social un 50%, siendo muy severo en el 23%. Al ingreso, la dependencia funcional y mental era importante (Barthel medio 52/100, Norton medio 15 y Pfeiffer 5), con mejoría de la situación al finalizar el programa (Barthel medio 60/100, Norton medio 22 y Pfeiffer 2). La mayoría reflejó en la encuesta, mejora anímica y relacional, tras realizar el programa.
Conclusiones: *1)* La situación de enfermedad y vejez, no son impedimento para la participación activa en talleres de animación, mejorando la percepción subjetiva del estado anímico y calidad de vida del paciente. *2)* Es un reto sanitario ofrecer al paciente mayor los beneficios derivados de las actividades de relación y recreativas, en unidades de convalecencia.

EVALUACIÓN DEL RECURSO HUMANO QUE TRABAJA EN ESTABLECIMIENTOS DE LARGA ESTADÍA DE LA REGIÓN DE VALPARAÍSO. CHILE

D. Sequeira Daza
Universidad de Valparaíso, Playa Ancha.

Objetivo: Describir Procesos de Gestión de la Organización y del Recurso Humano.
Material y métodos: Estudio descriptivo realizado en tres áreas de la Región. La muestra estuvo constituida por 20 ELE autorizados por el Servicio de Salud, sus directores y personal de atención directa. Se utilizó la Escala de Firevicius modificada para describir la planta física y se elaboró una encuesta para evaluar el proceso de gestión de la institución y del recurso humano. Como criterio de exclusión se consideró el rechazo manifiesto a participar en el estudio.
Resultados: Se aplicaron los instrumentos a 16 directores y 76 funcionarios: 16 manipuladoras de alimentos, 9 auxiliares de servicio, 11 auxiliares de enfermería, 40 cuidadores de enfermos. *Planta Física:* el 50% de los ELE tiene sala de entrevista, el 63% no tiene zona de circulación habilitadas para el desplazamiento de silla de ruedas; faltan pasamanos en los accesos; el 93% tiene zonas de recreación para los residentes; 80% del personal dice conocer el plan de evacuación y saber utilizar los extintores, pero no que hacer en caso de emergencia; la mayoría de los dormitorios tiene 1 a 3 camas, mobiliario mínimo; no tienen baño ni vestidor para el personal. *Gestión del ELE:* el 90% cuenta con un profesional como Director Técnico, sin horario de atención. La administración es conducida por personal no profesional en 60% de los casos; el 90% no cuenta con manual administrativo y de procedimientos, el equipo de atención está conformado mayoritariamente por cuidadores de formación diversa, un 20% de ellos sin estudios; el médico acude sólo de llamada; el 50% de los ELE no cuenta con paramédico y enfermera. Ninguno de los funcionarios cuenta con capacitación gerontológica. *Gestión del personal:* reclutamiento a través de conocidos, selección por entrevista y período de prueba; 50% del personal con programa de orientación, no existe por escrito descripción de funciones y evaluación del desempeño. El 40% tiene beneficios extras, no existen programas de capacitación para el personal, el 50% de los Directores hace seguimiento de su personal.
Discusión: La calidad de la atención otorgada a los residentes depende en gran medida de la calificación y capacitación que tenga el personal para desarrollar actividades que tiendan a fomentar la autonomía del residente, la falta de personal en cuanto a número y calificación determina que no se realicen actividades de rehabilitación y mantenimiento de las funciones biosicosociales. Ante la discordancia entre los recursos disponibles y los requerimientos de los ELE, es necesario revisar tanto los procesos de gestión del personal como su funcionamiento.

GRADO DE CONOCIMIENTO DE LOS PROFESIONALES SOCIOSANITARIOS DE RESIDENCIAS DE PERSONAS MAYORES PRIVADAS DE LA CAM SOBRE LA TERAPIA OCUPACIONAL

C. Gómez Calero, I. Cuñado, M.I. García, C. Gómez, B López y R. Matilla
Grupo de Investigación de Terapia en Psicogeriatria, Madrid.

Objetivo: Evaluar el grado de conocimiento existente acerca de la profesión del Terapeuta Ocupacional entre los distintos profesionales que componen los equipos en el ámbito de residencias de tercer a edad.
Material y métodos: Se realizó un estudio descriptivo mediante un cuestionario de preguntas cerradas diseñado exclusivamente para este fin y dirigido a una muestra de 65 sujetos que desempeñan su labor asistencial en centros privados de la Comunidad de Madrid compuesta por: 6 directores, 1 subdirector, 8 médicos, 2 psicólogos, 5 gobernantes, 7 enfermeros, 10 fisioterapeutas, 2 trabajadores sociales y 24 auxiliares de enfermería/gerocultores.
Resultados: Analizando el total de la muestra se observa que existe un nivel medio de conocimiento respecto a la Terapia Ocupacional; situándose en los extremos la figura del psicólogo como la de mayor conocimiento y la del subdirector como la de menor. No existen diferencias significativas en el grado de conocimiento sobre dicha disciplina analizando este en función del cargo. Analizando las preguntas por categorías existe un nivel bueno en: conocimiento general, ideas erróneas y situación actual; mientras que en conocimiento específico de la profesión existe un nivel medio.
Conclusiones: El alto grado de conocimiento sobre la profesión no se correlaciona con la realidad laboral actual del terapeuta ocupacional. Consideramos necesario para estudios posteriores profundizar en otros factores influyentes como: predisposición de evaluación negativa sobre nuestras funciones, económicos y organizativos del centro, condiciones laborales poco gratificantes social y económicamente, actitud negativa al cambio, baja cualificación de determinados cargos debido a la gran demanda en el mercado laboral. Otras propuestas para futuras investigaciones consistirán en la contrastación de los datos obtenidos en residencias públicas de la Comunidad de Madrid.

CRITERIOS DE BUENA PRÁCTICA PARA EL DISEÑO E IMPLEMENTACIÓN DE INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN ESPECÍFICOS DEL FAMILIAR CUIDADOR

J.J. Miguel de La Huerta
Suspergintza Elkartea, Bilbao.

Según avalan recientes estudios (IMSERSO 2004), la familia continúa siendo la principal proveedora de cuidados a personas mayores dependientes. La creciente preocupación por el cuidado del cuidador se concreta en el desarrollo de diversos programas de apoyo y la proliferación de estudios de investigación. La evaluación, tanto para la detección de necesidades como para el seguimiento de los programas, absorbe un importante número de recursos y constituye un elemento clave en el diseño de políticas y planes de actuación. Tras revisar los trabajos publicados en nuestro país con la finalidad de inventariar los instrumentos de evaluación del cuidador disponibles y valorar su calidad, se han identificado algunas deficiencias y limitaciones. Por un lado, las herramientas disponibles son escasas y por otro, su utilización no se ajusta a unos criterios de buena práctica que garanticen su validez y fiabilidad, así como la posibilidad de compartir información y establecer comparaciones. En la misma línea, se requieren instrumentos sensibles al cambio que permitan evaluar los resultados de los programas de intervención. Como paso previo al necesario trabajo de creación, adaptación y validación de nuevos instrumentos de detección y seguimiento de necesidades, se presenta una guía que recoge veinte criterios de buena práctica para el desarrollo e implementación de un sistema de evaluación del cuidador para profesionales que trabajan con familiares cuidadores. Por último, se apuntan algunas orientaciones prácticas para su aplicación en contextos clínicos.

COMUNICACIONES LIBRES XIII

Sala Corona
Sábado, 17 de junio, de 09:30 a 11:30 horas

Miscelánea social

Modera:
Santiago Garde
Residencia Amma Mutilva

LA POBLACIÓN MAYOR CON DISCAPACIDAD A TRAVÉS DE LA ENCUESTA SOBRE DISCAPACIDADES, DEFICIENCIAS Y ESTADO DE SALUD DE 1999. APLICACIÓN EN EL PAÍS VASCO

A. Alustiza Galarza
Centre d'Estudis Demogràfics. Bellaterra.

Las fuentes estadísticas relativas al estado de salud en general y de los efectos de sus deficiencias en particular han sido desarrollados recientemente. El hogar constituye el lugar elegido por la gran mayoría de las personas que presentan problemas funcionales y la familia sigue siendo la institución que proporciona en mayor medida la atención y los cuidados requeridos por las personas que presentan problemas de salud y de discapacidad. En este sentido, la Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud (EDDES) realizada por el INE en 1999 constituye una de las primeras operaciones de estadística de gran envergadura que estudia la relación entre los problemas de salud y las funciones a las que afectan. Es además la única fuente de datos que proporciona información sobre el estado de la población que convive en su propio hogar y sobre los cuidados que se proporcionan en él. Teniendo en cuenta estas consideraciones, la comunicación que presento tiene como objetivo mostrar el potencial de dicha Encuesta como fuente de información para realizar valoraciones al respecto así como algunos de los resultados obtenidos para el País Vasco.

ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA: INTERNET COMO PUNTO DE ENCUENTRO ENTRE FAMILIARES, PROFESIONALES Y EMPRESAS

J. Colina Torralva[1] y J.M. Ros Clavell[2]
[1]Universidad de Barcelona, Barcelona. [2]Grupo Intercom.

Introducción: La sociedad actual se enfrenta con el importante reto de dar respuesta a la nueva realidad demográfica caracterizada por: La evolución de la pirámide poblacional y su consecuente aumento de las enfermedades degenerativas. El recambio generacional de los cuidadores informales, cuya actividad laboral hace difícil la dedicación al cuidado de sus mayores. La migración de las personas mayores del norte de Europa a España, provoca el aumento continuado de la demanda de asistencia. En este contexto, Internet se erige como el vehículo ideal para mantener actualizada la ingente cantidad de información derivada de la continua creación de nuevas empresas y servicios. El Grupo Intercom tiene una larga experiencia el desarrollo de portales temáticos en Internet.
Objetivos: Proporcionar una herramienta útil y eficaz a aquellas personas que deben afrontar la búsqueda de ayuda para el cuidado de sus mayores. Proveer a las empresas, cuya actividad está relacionada con la Demanda anterior, del escaparate adecuado para que puedan llegar de forma eficiente a sus futuros clientes. Crear un punto de encuentro entre los cuidadores informales (familiares) de las personas mayores, con sus futuros cuidadores profesionales: Médicos, Enfermeras, Trabajadores sociales, Fisioterapeutas,...
Conclusiones: Internet ha alcanzado un nivel de difusión social y de madurez técnica que lo convierte en la herramienta perfecta tanto para los Familiares de los mayores como para los Profesionales.

LOS CUIDADORES DE HOY ¿SON MENOS TOLERANTES?

A.B. Esteban Gimeno y T. Villar San Pío
Hospital Geriátrico San Jorge, Zaragoza.

Objetivos: Analizar problemas y tolerancia de cuidadores de enfermos con demencia en domicilio y comparar con resultados de estudio previo (1994)
Material y métodos: Estudio descriptivo prospectivo de 6 meses. *Variables:* problemas, factores de alivio y tolerancia (escala de Sanford), filiación de pacientes y cuidadores Barthel. *Muestra:* Cuidadores de pacientes con demencia de más de un año en domicilio. SPSS 10.0.
Resultados: 89 pacientes (58,4% mujeres, edad media 83,91, Barthel <40: 65,2%). Cuidador principal: edad media: 63,82, 82% mujeres: 87,7%, familiares primer grado, contratados: 7,9%. 83% conviviendo. Problemas más frecuentes: grupo I (derivados de enfermedad): incontinencia urinaria 84,3%, grupo II (derivados del cuidador): falta de fuerzas para manejar al paciente (67,4%), grupo III (derivados de condiciones ambientales): imposibilidad de dejar paciente más de 1 hora: 61,8%. Alivio: grupo I: imposibilidad de levantarse de la cama sin ayuda (55,1%), grupo II: falta de fuerzas para levantar al paciente (46,1%), grupo III: imposibilidad de dejar al paciente más de una hora solo (42,7%). Media problema por paciente: 13,37. Factores de alivio: 408 (4,5 media). Peor tolerados: imposibilidad de acostar al paciente (17,85%). Mejor tolerado: imposibilidad de comer sin ayuda (91,52%). Media factores de alivio grupo 1: 2,91, grupo II: 0,68, grupo III: 0,88 (estudio previo, 1,46/0,64/1,07).
Conclusión: menor prevalencia problemas derivados de conducta con respecto a estudio anterior (tolerancia peor ahora). La línea es buena tolerancia por cuidadores ante cuidados del paciente manteniéndose mala tolerancia a imposibilidad de dejarlo solo más de una hora. Surgen como peor tolerados los referidos a transferencias y movilización.

HACIA INTERVENCIONES DE CALIDAD: ASPECTOS METODOLÓGICOS

S. Sanduvete Chaves, S. Chacón Moscoso y D. Alarcón Rubio
Universidad de Sevilla, Sevilla.

Objetivo general: Describir aspectos que potencian la eficacia de intervenciones en personas mayores.
Material y métodos: *Procedimiento:* Se realizaron dos pasos: *a)* elaboración de una escala para medir la calidad de las intervenciones (Chacón, Sanduvete y Alarcón, 2005). *b)* estudio de la validez de contenido de dicha escala (Osterlind, 1998). *Muestra:* para el primer paso, la muestra fueron todos los artículos encontrados referidos a la evaluación de la calidad de estudios primarios (por ejemplo, Sánchez-Meca et al, 1998); en el segundo paso, se recogió la opinión de 30 expertos. *Instrumentos:* en el primer paso, se utilizaron artículos referidos a calidad; en el segundo paso, la escala previamente elaborada de 43 ítems.
Resultados: Entre las características consideradas como más influyentes por los expertos consultados, se encuentran los criterios de inclusión y exclusión de los participantes en el programa, los criterios asignación de éstos a las distintas condiciones del programa, el tipo de diseño y los momentos de medida.

Conclusiones: Se proponen posibles formas de potenciar aspectos que optimicen los resultados de las intervenciones en personas mayores.

EVALUACIÓN DEL ACOMPAÑAMIENTO VOLUNTARIO A ANCIANOS

M,T. Font, J,L. Guijarro y A. Huarte
Voluntariado Geriátrico, Pamplona.

Objetivo: Determinar el beneficio que la acción voluntaria de acompañamiento produce en los ancianos asistidos.
Material y métodos: Durante seis meses, de Abril a Octubre del 2004, de las 104 personas asistidas por 209 voluntarios del Voluntariado Geriátrico de Pamplona, se han estudio 98 ancianos y 83 voluntarios. Por cada persona entrevistada se abre una ficha con los datos básicos y con los parámetros de análisis del beneficio de la acción voluntaria. Se practica a todos ellos una entrevista inicial para obtener la información necesaria y se lleva a cabo un seguimiento telefónico. De las personas asistidas en 39 casos la información la facilitaron los familiares o cuidadores asalariados.
Resultados: El 90% de la muestra elegida tiene más de 75 años y predominan las mujeres, 68 frente a 30 varones. También son más las viudas, 63%, pero el 20% son casados y el 16% solteros. Son dependientes el 57% de los que viven en residencias y el 16% de los que lo hacen en sus domicilios. El sentimiento de soledad es de un 90% en la muestra, mientras en la población general mayor de 65 años es solo del 33%. El grado de satisfacción para las personas asistidas es muy alto para el 61%, alto para el 26% y escaso para el 9%. El nivel de satisfacción para los voluntarios es para el 40% muy alto, alto para el 41% y ligero, para el 19%. Para los ancianos los aspectos más importantes del beneficio de este acompañamiento son el hablar con alguien de lo que les importa, tener más ilusión y sentirse acompañados. Para el voluntario el ajuste con la persona asistida ha sido muy bueno en el 23% de los casos, bueno en el 62% y discreto o deficiente en el 15%.
Conclusiones: La acción voluntaria de acompañamiento es una ayuda evidente para las personas ancianas que padecen sentimiento de soledad. Es necesario llevar a cabo un proceso de ajuste entre anciano y voluntario para lograr que esta actividad relacional alcance los mejores resultados.

RELACIONES ÍNTIMAS EN UNA RESIDENCIA DE ANCIANOS: REALIDAD IGNORADA

A. Altadill Ardit, M. Romero, C. Cubí y M. Almazán
Hospital de La Santa Creu, Tortosa.

Introducción: Las relaciones íntimas en una residencia son un hecho poco abordado en nuestro entorno.
Objetivo: Conocer las actitudes de los ancianos ante las relaciones íntimas en el centro.
Material y métodos: Encuesta realizada en noviembre de 2005 a 20 residentes (19% de la población diana) seleccionados por números aleatorios del listado de ingresados, mediante entrevista personal con la trabajadora social en clima de confianza. Se recogieron datos demográficos e información en relación a: *1)* opinión sobre relaciones sentimentales y sexuales de los demás residentes, *2)* necesidades estructurales del centro en relación a este tema, *3)* sus experiencias sentimentales y sexuales durante la estancia en residencia.
Resultados: n = 20. Edad media 82,4 años (67-93), 50% hombres. Medias: Barthel 70; MNT Lobo 25; Yesavage 5, estado civil: 40% solteros, 40% viudos, 10% separados, 10% casados. El 90% ha tenido alguna relación de pareja previa al ingreso. El 80% conoce la existencia de relaciones en el centro (75 % por observación directa, 5% por compañeros), al 55% les es indiferente, al 20% les parece bien y 5% no contesta. Al 20% restante les molesta por: tener que compartir habitación, por establecerse con pacientes con discapacidad mental a pesar de ser consentidas, por producirse en espacios comunes. Al 80% no le importa que vengan parejas de fuera, al 15% le parece bien, y sólo a un caso le parece mal por principios religiosos. El 65% de los encuestados ha tenido alguna relación sentimental con residentes del centro (20% relaciones sexuales), ninguna es conocida por la familia. Par a mejorar la intimidad, la mitad propone habitaciones individuales, el 5% cierre de la habitación, 5% pactar tiempo de intimidad con el compañero de habitación. El 95% de los encuestados se siente respetado por el personal y por los residentes.
Conclusiones: La relaciones sentimentales y sexuales son un hecho conocido por los residentes. En general, se sienten respetados en sus relaciones por los profesionales y compañeros. Serían necesarios cambios estructurales en las residencias para mejorar la intimidad.

CONCORDANCIA INTEROBSERVADOR DE LA ESCALA SOCIOFAMILIAR DE GIJÓN ABREVIADA (VERSIÓN BARCELONA)

C. Roqueta[1], O. Sabartés[1], M.A. Márquez[1], C. Gónzalez[1], M. Pi-Figueras[1], E. de Jaime[1], R. Miralles[2] y A.M. Cervera[3]
[1]IMAS-Hospital del Mar-IAGS, Barcelona, [2]IMAS-Hospital de la Esperanza–IAGS, Barcelona, [3]IMAS-Centro Forum-IAGS, Barcelona.

Introducción: La Escala Sociofamiliar de Gijón abreviada (versión Barcelona) (ESFGA) ha sido validada para la predicción del riesgo de institucionalización.
Objetivo: Evaluar la concordancia entre dos observadores de la ESFGA.
Material y métodos: Sesenta pacientes (43 mujeres), edad media 84,3 ± 6,2 años, ingresados en una unidad de geriatría de agudos. *Parámetros evaluados:* índice de Barthel al ingreso (IBI), al alta (IBA), índice de Lawton (IL), índice de comorbilidad de Charlson (ICCh), Pfeiffer, diagnósticos principales agrupados y el destino al alta. Se realizó ESFGA por parte de dos médicos geriatras.
Resultados: Medias de los parámetros: IBI 11,2 ± 21,7; IBA 30,3 ± 27,9; IL 1,3 ± 2,5; ICCh 2,2 ± 1,3; Pfeiffer 5,2 ± 3,7. Frecuencias de los diagnósticos principales agrupados: 21 (35%) respiratorio, 17 (28,3%) urinario, 22 (36,7%) otros. Destinos al alta: 37 (61,7%) domicilio, 14 (23,3%) residencia, 5 (8,3%) centro sociosanitario, 3 (5%) éxitus y 1 (1,7%) otros. Media de ESFGA del observador 1 fue 8,8 ± 2,3 y del 2 de 9,5 ± 2,3 (p = 0,003). Medias de puntuaciones de subapartados de ESFGA: observador 1: situación familiar (1) 2,3 ± 1,3; relaciones y contactos sociales (2) 3,3 ± 1,1; apoyos en la red social (3) 3,2 ± 1,1 y para observador 2: 2,6 ± 1,3 (p = 0,006); 3,2 ± 1,3 (p = 0,2) y 3,7 ± 1,1 (p = 0, 001) respectivamente. Existió correlación entre las puntuaciones totales de la escala entre los dos observadores (r = 0,53; p<0, 01). Las correlaciones entre los subapartados fueron: (1) r = 0,55 (p < 0,02); (2) r = 0,73 (p < 0,001); (3) r = 0,46 (p < 0,001).
Conclusiones: *1.* A pesar de que hubo diferencias entre las puntuaciones medias obtenidas por los distintos observadores, globalmente existió una buena correlación interobservador de la ESFGA (r = 0,53). *2.* La mayor correlación corresponde a los ítems de relación y contactos sociales, probablemente porque son los más objetivos.

ADAPTACIÓN DE LA PERSONA MAYOR INSTITUCIONALIZADA EN RELACIÓN A LA CANTIDAD Y CALIDAD DE VISITAS FAMILIARES

M.A. Ruiz Carabias, M. Alcoceba Santamaría, C. González Suárez, B. González Lahera, P. Morán Colmenar y F. Castaño Alameda
Amma Gerogestión, Alcorcón.

Introducción: El apoyo social es una importante herramienta de salud y adaptación en los centros residenciales de la tercera edad, para las personas mayores. Numerosos estudios confirman la idea de que un apoyo social positivo correlaciona con una mayor adaptación en tiempo y forma de los residentes de los centros de mayores.
Objetivos: Introducir en una organización gerontológico indicadores de apoyo social, como las visitas de familiares, como herramienta de ayuda para la adaptación de la persona mayor a la vida en una institución.
Material y métodos: Etapa previa de recogida de datos a través de sistema informático Gresiplus. Diagnóstico inicial de la organización conforme al número de visitas y grado de parentesco de las mismas a las personas del centro, así como tipo de plaza que ocupan en el centro. Encuestas de satisfacción de clientes y escala OARS.
Resultados: El número de visitas se incrementa en los meses donde existen fiestas vinculadas a la familia en un 5%. Las personas mayores con plaza privada reciben un 13% más de visitas que las personas con plaza pública. El cuidador en la institución o apoyo familiar más frecuente es el cónyuge en un 53% y el hijo en un 36%. Cabe resaltar que en la muestra estudiada, las visitas de sobrinos doblan en numero a la de lo nietos de los residentes estudiados.
Conclusiones: Entendiendo la adaptación a una institución como el grado de satisfacción en el mismo y la cantidad y calidad de relaciones sociales de la persona, las personas institucionalizadas en la

muestra estudiada presentan una mejor adaptación al implicarse la familia activamente en su vida en el centro, ayudándoles en la toma de decisiones, siendo el perfil del cuidador el de un varón cónyuge u hijo en la mayor parte de los casos. En las plazas públicas, la adaptación es ligeramente inferior debido fundamentalmente a la menor implicación de la familia en la vida del residente.

LAS DIMENSIONES DE LA CALIDAD DE VIDA NOMINADAS Y AUTO-EVALUADAS POR LOS MAYORES MEDIANTE EL INSTRUMENTO SEIQOL-DW

G. Fernández-Mayoralas[1], F. Rojo-Pérez[1], M.E. Prieto-Flores[1], B. León-Salas[1], P. Martínez-Martín[2] y B Frades-Payo[2]
[1]Instituto de Economía y Geografía, Madrid, [2]Centro Nacional de Epidemiología, Instituto de Salud, Madrid.

Objetivo: Identificar las dimensiones más relevantes de la Calidad de Vida (CdV) individual, su importancia y peso relativo, así como los factores sociodemográficos y de nivel de competencia que estructuran la CdV de los mayores.
Material y métodos: Los datos proceden de una encuesta presencial sobre CdV en población de 65 y más años residente en vivienda familiar en la Comunidad de Madrid (Encuesta CadeViMa, 2005). Se utilizan tablas de contingencia y Modelo Lineal General para explorar las relaciones entre los factores sociodemográficos (edad, género, clase social) y de nivel de competencia (índice de discapacidad de Barthel, enfermedades diagnosticadas e índice de comorbilidad adaptado a partir de la escala CIRS-G, subescala de depresión de la escala HAD y estado de salud de la EVA/EQ-5D) con el nivel de CdV medido a partir del índice SEIQoL.
Resultados: Las dimensiones más importantes en la CdV son salud, red familiar, situación económica, red social y actividades de ocio, con frecuencias de mención de 96%, 82%, 76%, 57% y 38% de la población, respectivamente. La red familiar y la salud alcanzan la máxima satisfacción (77 y 71 sobre un máximo de 100), mientras que la situación económica, el ocio y la red social obtienen 60, 60 y 66, respectivamente. La media del índice SEIQoL global es de 71 ± 12, con un rango de 31 - 96. El índice SEIQoL se asocia con los factores edad ($p \leq 0,05$), clase social ($p \leq 0,005$), autovaloración de la posición económica del hogar ($p \leq 0,01$), autovaloración del estado de salud EVA/EQ-5D ($p \leq 0,005$) y subescala de depresión de la escala HAD ($p \leq 0,05$). No se encuentra asociación estadística con el género, la discapacidad según el índice Barthel, el número de enfermedades y el índice de comorbilidad.
Conclusiones: Los aspectos más importantes de la CdV de los mayores de Madrid son la salud y la red familiar, y sus principales determinantes son la edad, clase social, percepción del estado de salud y depresión. Las variables de salud subjetiva parecen desempeñar un papel destacado, junto con factores sociodemográficos, en la CdV de la población mayor.

COMUNICACIONES LIBRES XIV

Sala Gola
Sábado, 17 de junio, de 09:30 a 11:30 horas

Cardiovascular

Modera:
Ana Fernández-Torija
Presidenta de la Sociedad Riojana de Geriatría y Gerontología.

TRATAMOS ADECUADAMENTE LOS FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN PACIENTES MUY ANCIANOS

J. Martí, E. Antón y K. Ayerdi
Hospital de Zumaraga, Zumarraga.

Objetivo: Conocer si tratamos adecuadamente los factores de riesgo cardiovascular en pacientes muy ancianos.
Material y métodos: Se ha estudiado una cohorte de pacientes mayores de 80 años ingresados por eventos cardiovasculares. Enfermedad cerebro vascular (ACVA y TIA) e IAM, entre 1-1-1996-31-12-2005 para analizar sin la presencia en ellos de factores de riego cardiovascular (FRCV) eran tratados adecuadamente previamente a su ingreso.
Resultados: Se han analizado un total de 140 pacientes, 58 varones y 82 mujeres con edades comprendidas entre 80-105 años. *Motivo ingreso:* Enfermedad Cerebro Vascular 86 pacientes e IAM 54 pacientes. Los FRCV detectados fueron: HTA (58%). Fibrilación Auricular (33%). Diabetes Mellitus (21%). Dislipemia (7%). Cardiopatías (17%).Patología vascular cerebral previa (16%), tabaquismo (4%). Un 44% de los pacientes presentaba 2 o más factores de riesgo. Un 16% no presentaba FRCV. Todos los factores de riegos estaban tratados farmacológicamente de manera adecuada, excepto la F. Auricular que únicamente estaba tratada con anticoagulantes orales, en un 58% de los pacientes con TIA, en un 16% de los pacientes con IAM. Ningún paciente que desarrolló un ACVA estaba tratado con anticoagulantes orales. El resto de pacientes no estaban tratados o lo estaban con antiagregantes plaquetarios.
Conclusiones: La HTA es el FRCV predominante, estos son tratados adecuadamente en pacientes muy ancianos, con excepción de la F. Auricular. Creemos que es el miedo a los efectos adversos de los dicumarínicos, lo que puede dificultar su empleo, suponemos que el ximegalatran nuevo anticoagulanteoral, permitiría un adecuado tratamiento a estos pacientes.

PROGRAMA DE HOSPITALIZACIÓN DE PACIENTES ANCIANOS CON INSUFICIENCIA CARDÍACA DESCOMPENSADA EN UNA UNIDAD DE CORTA ESTANCIA DE URGENCIAS: ESTUDIO COMPARATIVO CON LA HOSPITALIZACIÓN CONVENCIONAL

D. Chivite Guillen[1], R. Pujol[1], A. Salazar[1] y J. Alonso[2]
[1]Hospital Universitari de Bellvitge, Barcelona, [2]Institut Municipal d'Investigació Mèdica.

Introducción: Las Unidades de Corta Estancia de Urgencias (UCEU) son un complemento a la Hospitalización Convencional en los Servicios de Medicina Interna (HC-SMI) para pacientes con Insuficiencia Cardíaca Descompensada (ICD). Sin embargo, se desconoce si esta modalidad tipo de ingreso puede condicionar un aumento del riesgo posterior de mortalidad, reingreso o peor control de la enfermedad.
Objetivo: Comparar el proceso de atención hospitalaria y la evolución posterior de pacientes ancianos atendidos por ICD en una UCEU con relación a pacientes de las mismas características atendidos en HC-SMI.
Material y métodos: Estudio observacional aleatorizado. Los pacientes de > 65 años atendidos en Urgencias con clínica de ICD y criterios de ingreso en UCEU (cardiopatía no complicada, estabilidad clínica, comorbilidad y discapacidad moderadas, bajo riesgo social) fueron distribuidos al ingreso entre la UCEU y el SMI. Se recogieron los datos basales de los pacientes y los del proceso asistencial, y posteriormente se efectuó un seguimiento evolutivo a lo largo de un año, evaluando la morbimortalidad, la situación funcional, la capacidad de esfuerzo, la calidad de vida y el grado de control y conocimiento de la enfermedad. Se analizó también el gasto asociado (ingreso índice y seguimiento).
Resultados: En un periodo de 10 meses 140 pacientes (UCEU = 70, HC-SMI = 69) fueron incluidos en el estudio; no existían diferencias significativas relevantes en su situación basal ni en las características del episodio de ICD a excepción de un mayor número de exploraciones en los pacientes ingresados en el SMI. Al alta la estancia media de los pacientes UCEU era significativamente inferior a la observada en el SMI (4,04 vs. 8,97 días, $p < 0,05$), así como el coste de la estancia (633,48 vs. 2081,28, $p < 0,05$). En el seguimiento posterior se constató una mayor tendencia no significativa al reingreso, en los pacientes atendidos previamente en la UCEU (pacientes con ≥ 1 reingreso: 16% a los 28 días, 29% a los 3 meses, 41% a los 6 meses y 46% al año vs. 10, 23, 30 y 39% en el HCSMI, respectivamente), sin diferencias significativas en la mortalidad extrahopitalaria, calidad de vida, situación funcional, capacidad de esfuerzo, adecuación del tratamiento, especialidad encargada del control, conocimiento por parte del paciente de la enfermedad, o gasto sanitario a lo largo del seguimiento.
Conclusiones: a igualdad de condiciones (pacientes con ICD no complicada y situación sociosanitaria no compleja), el ingreso de los pacientes ancianos con ICD en la UCEU se muestra segura y coste – efectiva, y puede considerarse un complemento válido al ingreso en HC – SMI.

IMPLANTACIÓN DE UN PROGRAMA DE GESTIÓN DE ENFERMEDADES PARA PACIENTES ANCIANOS CON INSUFICIENCIA CARDIACA

A. Vilches Moraga, C. Rodríguez Pascual, M. Olcoz, J.M. Vega, M. Magariños y D. Salgado
Sección de Geriatría, Hospital do Meixoeiro, Nigran. Vigo.

Introducción: La Insuficiencia Cardiaca Crónica (ICC) es una enfermedad frecuente (10% en mayores de 70 años) que representa la primera causa de hospitalización y la tercera causa de muerte cardiovascular en mayores de 65 años. Los costes derivados de esta enfermedad suponen entre el 1,8 y el 3,1% del gasto sanitario global (70% debido a costes de hospitalización). A pesar de la existencia de guías de práctica clínica para su prevención y tratamiento el manejo clínico de la ICC es subóptimo y no existen programas específicos u orientados al paciente geriátrico.
Material y métodos: Nuestro propósito es mostrar los pilares de nuestro programa de gestión de enfermedades (PGE's) para la ICC haciendo especial hincapié en los componentes individuales para los que existe evidencia clínica y los pacientes diana que más se pueden beneficiar de su implantación.
Resultados: Los programas de gestión de enfermedades en ICC proporcionan continuidad de cuidados entre atención primaria y especializada y una coordinación eficaz entre enfermos, cuidadores y profesionales de la salud. Como resultado de su establecimiento es posible obtener una mejoría en la supervivencia y calidad de vida de los pacientes, reducción de los reingresos hospitalarios, acortamiento de la estancia y reducción del coste de las hospitalizaciones.

Conclusiones: Existe evidencia clínica para la implantación de programas de gestión de enfermedades en ICC que deberían ser implantados en todos los servicios de geriatría.

COMPENSACIÓN DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y DIABETES MELLITUS 2 EN ANCIANOS DE UN PROGRAMA DE PREVENCIÓN CARDIOVASCULAR EN SANTIAGO DE CHILE

E. Gallegos Chávez[1], J. Velasco Peñafiel[1], F. Guapizaca Juca[2], M. Budinich[1] y L. Ahumada Tucas[1]
[1]Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente, La Florida, [2]Unidad Docente de Geriatría Universidad de Santiago, Santiago de Compostela.

Objetivos: La Hipertensión Arterial (HTA) y Diabetes Mellitus 2 (DM) son patologías crónicas de alta prevalencia en ancianos y reconocidos factores de riesgo de enfermedad y mortalidad cardiovascular. En Chile se han incorporado a un programa de control integral de manejo de riesgo cardiovascular. El presente reporte tiene como objetivo cuantificar el grado de compensación de ambas enfermedades en la población bajo control comparado con el grupo más joven (20 a 64 años).
Material y métodos: Análisis de los niveles de HTA y Hemoglobina Glicosilada (HbA1c) alcanzados por el total de pacientes que se encuentran en el programa durante el año 2005. El área estudiada corresponde al Sur Oriente de Santiago. Los datos recolectados cor responden al último control al cual ha asistido el paciente activo en el programa. Se considera compensación de HTA, cifras menores a 130/85 y de DM2 una HbA1c < 8%.
Resultados: Se obtienen registros de 54.317 pacientes bajo control de HTA (61,7% > 65 años). El 37% de los ancianos tiene cifras < 130/85 versus el 44% del grupo de 20 a 64 años. Al analizar los resultados por Centros de Salud, la mediana de compensación en > 65 años es de 40,1%, (rango 12 a 58%). En el caso de la DM2 27.009 pacientes están bajo control (38,9% > 65 años) 30% de ancianos tiene HbA1c < 8 versus 31% del grupo 20 – 64 años. La mediana es 28% de compensación (rango 7,4 a 66,5%).
Conclusiones: Es reconocido el bajo nivel de compensación de los pacientes del programa de HTA y DM2, existiendo reportes contradictorios respecto a logros de mejores niveles de compensación en los ancianos versus los más jóvenes. En nuestro análisis se demuestra un bajo % de compensación global y gran disparidad en los niveles entre centros de salud de una misma área geográfica. Existen peores cifras de compensación para HTA en ancianos. En el caso de la DM2 ambos grupos tiene porcentajes de compensación similares. Los resultados orientan hacia problemas de cumplimiento de los protocolos de atención entre los diferentes centros de salud y parecen necesarios nuevos modelos de manejo y cumplimiento terapéutico (por los bajos niveles de compensación global) en población de alto riesgo cardiovascular.

RESULTADOS DE LA CIRUGÍA CARDIACA A LOS DIECIOCHO MESES EN PACIENTES MAYORES DE 80 AÑOS

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

Objetivo: Valorar la supervivencia y recuperación funcional a los 18 meses una vez superada la mortalidad precoz tras la cirugía cardiaca en pacientes mayores de 80 años.
Material y métodos: Análisis retrospectivo de todos los pacientes mayores de 80 años intervenidos desde el 1 de Enero de 2003 al 31 de Diciembre de 2005. Se define mortalidad precoz a la intrahospitalaria más la que ocurre en los 30 primeros días de la cirugía fuera del hospital. Se analizaron factores de riesgo preoperatorios, procedimiento quirúrgico y complicaciones postoperatorias. El seguimiento se hizo por contacto telefónico realizado siempre por la misma persona. En caso de fallecimiento se determinó la fecha y su causa cuando fue posible. La situación clínica se valoró según criterios de la NYHA y el estado psíquico según el grado de autopercepción (bueno-regular-malo). *Análisis estadístico:* Las variables cuantitativas se expresan mediante media (desviación estándar [DS]) o mediana (rango intercuartílico [RIQ]) y las cualitativas mediante porcentaje. Para las variables continuas se usó el test de Mann-Whitney o test de la mediana. Para las categóricas se utilizó el test chi cuadrado. La supervivencia se calculó mediante el método de Kaplan Meier.
Resultados: Durante el periodo de estudio se operaron 127 pacientes mayores de 80 años (edad media 82), de los que el 58% eran hombres. La mortalidad hospitalaria fue del 14,1%. En los 30 primeros días de alta fallecieron 5 pacientes (3,9%). Durante el periodo de seguimiento (mediana 16 meses) fueron perdidos 16 pacientes (15,4%) y fallecieron 9 (8,7%). No hubo relación entre mortalidad y factores preoperatorios, tipo de cirugía o complicaciones posquirúrgicas. La situación clínica mejoró, permaneciendo un 70% libres de síntomas. La función psíquica fue buena en el 47%, regular en el 43% y mala en el 10%. Un 56% volverían a ser operados del corazón.
Conclusiones: La cirugía cardiaca a partir de los 80 años es de alto riesgo. En el grupo de pacientes que superan la cirugía, tanto la recuperación de la clase funcional como la supervivencia a 18 meses son buenas.