SESIÓN PÓSTERS I

Terrazas
Jueves, 15 de junio

Área clínica

Moderan:
Primitivo Ramos
Presidente de la Sociedad Madrileña de Geriatría y Gerontología

Elvira Martínez Campos
Amma Argaray

CARACTERÍSTICAS CLÍNICO EVOLUTIVAS DE LOS PACIENTES CENTENARIOS ADMITIDOS EN UN HOSPITAL DE ÁREA

J. Marti[1], M. Lores[1], K. Ayerdi[2] y E. Anton[1]
[1]Hospital de Zumarraga, Zumarraga. [2]Osasunbidea.

Objetivo: Conocer las características de los pacientes centenarios que demandan asistencia en nuestro centro.
Material y métodos: Estudio retrospectivo de los pacientes mayores de 100 años atendido en nuestro hospital, entre 15-06-1996 al 15-01-2006, se han analizado datos demográficos, índice de Barthel, índice de Charlson, antecedentes, motivo de ingreso, diagnostico y evolución.
Resultados: Se estudian 9 pacientes, 6 eran mujeres y 3 hombres, con edades comprendidas entre 100-105 años (101,3 ± 1,5 años). Todos los pacientes residían en núcleo familiar y ninguno estaba institucionalizado. El índice de Barthel en 3 pacientes fue inferior a 65 siendo en los restante mayor de 70. La media de índice de Charlson fue de 6,5. Excepto 2 pacientes que no presentaban antecedentes de interés ni tomaban medicación. La HTA (71,5%), ECV (43%), Fibrilación auricular (28,5%), fueron los antecedentes principales. 6 pacientes ingresaron con patología medica (2 con IAM anterior extenso, 2 ACVA, 2 síndromes febriles) y 3 con patología quirúrgica. El tratamiento de los pacientes con patología médica fue acorde con su proceso, no practicando exploraciones ni tratamientos agresivos de acuerdo con la familia, los pacientes quirúrgicos excepto uno de ellos, fueron intervenidos. La estancia media de los pacientes fue de 7,85 ± 1,9 días. La mortalidad intrahospitalaria fue del 55,5%. De los 4 pacientes restantes uno falleció a los 6 meses del alta. Actualmente 1 vive y en 2 pacientes se perdió contacto.
Conclusiones: Nuestros pacientes centenarios presentan un buen estado de salud previo al ingreso. Destacamos una elevada mortalidad intrahospitalaria (55,5%).

ESTUDIO COMPARATIVO DEL TRATAMIENTO ANALGÉSICO EN PACIENTES INSTITUCIONALIZADOS

I. Olivares, V. Martínez, M.A. Garay, J. Torres, I. Llerena e I. Artaza Artabe
Residencia Orue, Amorebieta.

Objetivos: Analizar diferencias clínicas entre personas con y sin deterioro cognitivo que recibían analgesia.
Material y métodos: Estudio comparativo de 38 personas residentes que a 1 de Diciembre de 2005 recibían tratamiento analgésico. Se obtienen dos muestras: 27 personas con deterioro cognitivo (A) y 11 personas sin deterioro cognitivo (B). Revisamos las historias clínicas, estudiando las variables: edad, sexo, nivel de dependencia (Barthel), riesgo de úlceras por presión (Braden), deterioro cognitivo (MEC), pauta de tratamiento y motivo de prescripción.
Resultados: De las 113 personas residentes en Orue a 1 de Diciembre de 2005, 38 recibían tratamiento analgésico (32% de los pacientes con deterioro cognitivo y 38% de los que no lo tenían). Edad media de los pacientes con deterioro cognitivo era de 82 años (4 años más que los pacientes sin deterioro). Las mujeres eran mayoritarias (70,4% en el grupo A y 76,3% en el B). Los pacientes con alteración cognitiva presentaban un I. de Barthel medio de 43,5 puntos (37% dependencia leve, 7,5% moderada, 33,3% grave, 22,2% total), inferior en más de 12 puntos al de los pacientes sin deterioro (72,7% dependencia leve, 9,1% grave, 18,2% total). La mayoría de los pacientes no tenía riesgo de UPP (63% en la A y 72,7% en la B). Causas de prescripción en la muestra A (deterioro): artrosis (30%), dolor postraumático (26%), osteoporosis (18%). En la muestra B: osteoporosis (27,3%), lumbalgia (18,2%) y dolor postraumático (9,1%). El paracetamol era el analgésico más prescrito (52% en la A y 45% en la B). Un 37% de los pacientes con deterioro tomaban tramadol con o sin paracetamol frente al 27,5% del otro grupo y en el 11% del grupo A, el Sulfato de morfina era el analgésico pautado frente al 27,5% del grupo B.
Conclusiones: *1.* El dolor en los pacientes con deterioro cognitivo puede estar infravalorado dado que reciben menos tratamiento analgésico y de menor potencia a pesar de tener mas edad y mayor dependencia funcional. *2.* El sexo no influye en nuestro estudio en la prescripción de analgesia. *3.* Dado el exiguo riesgo de úlceras por presión en nuestros pacientes la prescripción de analgesia por este motivo resulta irrelevante. *4.* Quizás, la dificultad de expresión, el mayor deterioro funcional y el mayor riesgo de caídas hacen del dolor postraumático en los residentes con deterioro cognitivo el principal motivo de prescripción. Nos parece necesaria la validación de instrumentos o escalas observacionales para la correcta valoración del dolor en pacientes cognitivamente afectados.

UTILIZACIÓN DEL TRATAMIENTO ANTIDEPRESIVO EN PACIENTES INSTITUCIONALIZADOS CON DETERIORO COGNITIVO

I. Llerena, MA. Torres, J. Torres, V. Martínez, I. Olivares, I. Landeta e I. Artaza Artabe
Residencia Orue, Amorebieta.

Objetivos: Analizar las características clínicas de pacientes con deterioro cognitivo que tenían pautado tratamiento antidepresivo.
Material y métodos: Estudio descriptivo de 33 personas con deterioro cognitivo residentes en nuestro centro el 1 de Diciembre de 2005. Revisamos historias clínicas y pautas de tratamiento, estudiando las variables: edad, sexo, grado de deterioro cognitivo (MEC de Lobo), nivel de dependencia (I. Barthel), riesgo UPP (E. Braden), momento de prescripción y tipo de antidepresivo.
Resultados: De los 113 residentes a 1 de Diciembre de 2005, 84 presentaban deterioro cognitivo y de ellos un 39,3% tenían pautado

tratamiento antidepresivo. El 67% eran mujeres, siendo la edad media de 80,3 años (65-92). Un 46% tenía deterioro cognitivo leve, un 21% moderado y un 33% grave. Según el I. de Barthel un 33% presentaba dependencia leve, un 6% moderada, un 28% grave y un 33% total (Barthel medio 40 puntos). El 63,6% no presentaba riesgo de UPP, el 18,6% riesgo bajo, el 15% moderado y el 3,4% alto (Braden medio 18,7 puntos). La prescripción se realizó en un 30,3% previo al ingreso (10) y en un 69,7% durante el mismo (23), De estos últimos, en un 30,4% se realizó en los dos primeros meses del ingreso, el 34,8% durante el primer año, el 17,4% entre el 1º y 2º año y en otro 17,4% después del 2º año. Tipos de antidepresivo pautado: el 69,7% eran ISRS, el 12,1% eran ISNAS y el 18,2% otros.
Conclusiones: *1.* No hemos encontrado relación entre el grado de deterioro cognitivo y el trastorno afectivo, como describe la literatura. *2.* Tampoco hemos observado relación entre el nivel de deterioro funcional y la depresión, quizás por la pérdida del insight en este tipo de pacientes. *3.* La mayoría de residentes que toman antidepresivos no tienen riesgo de UPP. *4.* La institucionalización es un factor de riesgo de depresión. Así, la mayoría de antidepresivos se prescribieron durante el primer año de ingreso. *5.* Los ISRS son también el tratamiento de elección en pacientes con deterioro cognitivo *6.* Es necesario profundizar en el estudio de la depresión en pacientes con deterioro cognitivo, que, a nuestro juicio está infravalorado.

EVOLUCIÓN DE ASPECTOS CLÍNICOS DETERMINANTES TRAS 5 AÑOS DE INSTITUCIONALIZACIÓN

I. Artaza Artabe, E. Elgezua Uriarte e I. Artaza Artabe
Residencia Orue, Amorebieta.

La Residencia Orue es un Centro sociosanitario con una capacidad de 120 camas inaugurado en abril de 2001.
Objetivos: Analizar la evolución de una serie de aspectos clínicos determinantes de los pacientes que llevan 5 años institucionalizados en nuestro centro.
Material y métodos: Estudiamos una muestra de 37 personas institucionalizadas en Residencia Orue desde hace 5 años, revisando las variables: edad y procedencia al ingreso, grado de deterioro cognitivo (MEC de Lobo), nivel de dependencia (I. Barthel), depresión (GDS y Cornell), trastornos de comportamiento (NPI) y comorbilidad (E. Charlson).
Resultados: Las 37 personas que permanecen ingresadas en nuestro centro desde hace 5 años suponen un tercio de la población total de la residencia. El 67% de esta población son mujeres, siendo la edad media al ingreso de 76 años (62-98). Un 86% procedía de la vivienda particular y un 13% del hospital. El 51% tenía deterioro cognitivo al ingreso frente al 68% de la actualidad. El 44% de la muestra presentaba depresión al ingresar, mientras que en este momento es padecida por un 32%. Un 30% presentaba trastornos de comportamiento cuando ingresó, mientras que a día de hoy se observan en un 22%. Al ingreso el I. de Barthel medio era de 59 puntos (dependencia ligera) frente a los 35 puntos de la actualidad (dependencia grave). El 54% de los pacientes presentaba una comorbilidad alta (I. Charlson > 2) al ingreso, subiendo el porcentaje hasta el 73% 5 años después.
Conclusiones: *1.* Los trastornos de conducta son frecuentes al ingreso siendo uno de los motivos de institucionalización de pacientes que viven en su domicilio, tal y como se recoge en la literatura. *2.* La prevalencia de la depresión disminuye con el tiempo posiblemente por la adaptación al centro y la instauración de tratamiento. *3.* El paso del tiempo en institución aumenta la comorbilidad, si bien la calidad de los cuidados puede ser un factor que influya en la elevada supervivencia. *4.* La dependencia y el deterioro cognitivo, como era de esperar, aumentan significativamente en esta población con el paso del tiempo.

COMORBILIDAD CARDIOVASCULAR EN UNA UNIDAD DE MEDIA ESTANCIA DE ICTUS Y ORTOGERIATRÍA

L. Vich Martorell[1], A. Truyols Bonet[1], F. Albertí Homar[1], A. Galmés Truyols[2] y L. Feliu Mazaira[1]
[1]Hospital General de Mallorca, Mallorca. [2]Conselleria de Salut i Consum.

Objetivo: Evaluar la comorbilidad cardiovascular (CV) en los pacientes ingresados en una unidad de media estancia (UME), 2003-2005.
Material y métodos: Estudio cuadrado 3,4, p 0,64) y el 42,5% alguna otra patología CV (38,4% en ictus, 47,7% en OG; Ji cuadrado 3,7, p 0,53): insuficiencia cardiaca 14,5% (11,2% en ictus y 18,7% en OG), cardiopatía isquémica 21,1% (17,6% en ictus y 19,5% en OG), fibrilación auricular 19,5% (21,1% en ictus y 17,6% en OG) y valvulopatía 5,0% (7,8% en ictus y 6,2% en OG).
Conclusiones: La población geriátrica tiene alta incidencia de patología CV, siendo la HTA la más frecuente. Ello era previsible en el paciente con ictus, pero se recoge la alta incidencia en el grupo de pacientes de la unidad OG y cuyo motivo de ingreso no se relaciona con la enfermedad CV, de ahí la importancia de la valoración integral en todo paciente ingresado en una UME.

SARNA NORUEGA

I.J. Goicoechea Boyero y J.M. Careaga
Instituto Vasco de Investigación Gerontológico.

Introducción: La sarna o escabiosis es una enfermedad parasitaria de la piel producida por el ácaro *Scorptes scabiei*. El reservorio es el hombre y la transmisión se efectúa por contacto físico muy estrecho. El prurito intenso, la presencia de surcos acarinos, pápulas y excoriaciones son las principales manifestaciones clínicas. En personas inmunodeprimidas la facilidad para la multiplicación del ácaro produce engrosamiento y descamación de la piel, variedad conocida como sarna noruega, altamente contagiosa. El tratamiento con permetrina tópica e ivermectina vía oral, en los casos resistentes, son los tratamientos de elección.
Caso clínico: Presentamos, con imágenes, el caso de una mujer de 82 años, independiente para las AVD excepto para el aseo, que vive en residencia. En los antecedentes personales destaca una hipoacusia severa; reciente perforación del recto poryatrogenia; carcinoma indiferenciado de células grandes de pulmón estadio IV con tratamiento sintomático (morfina y amitriptilina) y herpes zoster torácico. Consulta por prurito generalizado día y noche, con pápulas y placas eritematosas en tronco, brazos y extremidades inferiores. Diagnosticada por el dermatólogo de eccema liqueinificado se le prescribe tratamiento con ebastina comprimidos, y corticoides por vía tópica (fuorato de memtasona); se le cita para revisión, a la que no puede acudir por estar ingresada en el hospital a consecuencia de la perforación del recto. Ocho meses después por picores y eritema en tronco, se prescribe el mismo corticoide tópico. Días más tarde, ingresa en el hospital ante la sospecha de sarna noruega, por presentar enrojecimiento de la piel en tronco y abdomen, pápulas abundantes en extremidades superiores e inferiores y costras, pequeñas, amarillentas, en espacios interdigitales de ambas manos. La visualización del ácaro por raspado cutáneo confirma el diagnóstico. Con medidas de aislamiento sanitario, ivermectina y la eliminación de escamas de la piel se consigue erradicar el parásito y desaparecer la sintomatología. Las personas institucionalizadas constituyen actualmente un grupo de riesgo para aparición de escabiosis, su sospecha clínica, con sintomatología larvada o enmascarada por pluripatología o polifarmacia, es fundamental para su control.

ICTUS EN UNA UNIDAD DE MEDIA ESTANCIA: EVALUACIÓN FUNCIONAL Y NEUROLÓGICA

A. Truyols Bonet[1], L. Vich Martorell[1], A. Galmés Truyols[2], F. Albertí Homar[1] y L. Feliu Mazaira[1]
[1]Hospital General de Mallorca. IBSalut, Mallorca. [2]Servei d'Epidemiologia. Conselleria de Salut.

Objetivos: Evaluar la evolución funcional y clínica de los enfermos con ictus incluidos en un programa de rehabilitación. *Criterios de inclusión:* estabilidad clínica, discapacidad potencialmente recuperable, sin demencia grave previa, sin comorbilidad grave.
Material y métodos: Estudio prospectivo sobre los pacientes incluidos en programa en el período 2003-2005. *Análisis:* estancia media, índice de Barthel previo (IBP), al ingreso (IBI) y al alta (IBI), ganancia funcional (IBA-IBI), índice Heinemann corregido (IHc) y evolución neurológica mediante la escala de NIH. Eficiencia de la unidad: IBA-IBI/estancia media.
Resultados: Cumplían criterios de inclusión 180 pacientes. Edad media: 74 años (rango 27-93 años). Estancia media: 38 días (mediana 33 días). Evolución funcional: IBP: 91; IBI: 26; IBA: 55; ganancia funcional: 29; IHc: 48%. Eficiencia: 1,2. Evolución neurológica: NIH ingreso: 8; NIH alta: 5. Déficit al ingreso: 8% grave/muy grave (NIH > 15), 52% moderado (NIH 5-15), leve 38% (NIH < 5). Déficit al alta: 4% grave/muy grave, 35%, moderados y 53% leves.

Conclusiones: Se objetiva una mejoría funcional mayor de 5 puntos semanales. Una ganancia de 20 puntos puede considerarse un punto de corte significativo de la eficacia de estas unidades, especialmente cuando se consigue en intervalos de dependencia moderada-severa (Barthel < 60). Nuestra ganancia funcional fue de 29 puntos. El IHc del 48% indica una buena recuperación funcional. Nuestra eficiencia, mayor de 1, representa una actividad rehabilitadora intensa. Se objetiva una mejoría neurológica que se evidencia en el NIH, cuya media al ingreso correspondía a afectación moderada y al alta a afectación ligera.

ICTUS Y DETERIORO COGNITIVO EN UNA UNIDAD DE MEDIA ESTANCIA: EVOLUCIÓN FUNCIONAL Y DESTINO AL ALTA

A. Truyols Bonet[1], L. Vich Martorell[1], A. Galmés Truyols[2], F. Albertí Homar[1] y L. Feliu Mazaira[1]
[1]Hospital General de Mallorca. IBSalut, Mallorca. [2]Servei d'Epidemiologia. Conselleria de Salut.

Objetivo: Los pacientes con deterioro cognitivo se asocian a un peor resultado funcional en la rehabilitación y a un mayor riesgo de institucionalización. Si el paciente conserva cierto grado de aprendizaje una ganancia de 10-15 puntos puede influir positivamente en el retorno a domicilio. Evaluamos la ganancia funcional en pacientes que han sufrido un ictus y que presentaban deterioro cognitivo previo, así como destino al alta, ingresados en una unidad de media estancia en el período 2003-2005.
Material y métodos: Estudio prospectivo sobre los pacientes ingresados entre el 1 de enero de 2003 y 31 de diciembre de 2005. Se analizan las siguientes variables: estancia media, ganancia funcional (índice Barthel) y valoración cognitiva (test Pfeiffer). Se registra si ha existido intervención social y cambio de ubicación al alta.
Resultado: De los 183 incluidos en programa de rehabilitación, presentaban deterioro 60, y de éstos, leve 33 casos (18%), moderado 19 (10,5%) y grave 8 (4,5%). La evolución funcional fue: pacientes con deterioro leve 26,6; moderado 22,1 y grave 10,6. La estancia media fue de 36 días. Se precisó intervención social en 18 pacientes (30%). Cambiaron de ubicación 10 pacientes (17%): cambiaron de domicilio 4 enfermos, fueron a residencia 5 y a larga estancia 1.
Conclusiones: La ganancia funcional de los pacientes con diverso grado de deterioro cognitivo ha permitido permanecer en su domicilio en un elevado porcentaje de casos, y en los que requirieron cambio de ubicación, la mitad pudieron evitar la institucionalización.

INFECCIÓN POR *STAPHYLOCOCCUS AUREUS* METICILIN-RESISTENTE EN LESIONES CUTÁNEAS EN ANCIANOS

M.N. Ugalde Lopetegui, B. Hernández García, N. Muguerza Pagola, M.C. Martín Montero, N. Irurita Erice y B. Amatriain Azofra
Casa Misericordia de Pamplona, Pamplona.

Objetivos: Conocer los parámetros que inf*luyen en la infección por SARM (*Staphylococcus aureus meticilin-resistente) y aplicar las medidas terapéuticas adecuadas en lesiones cutáneas de los ancianos institucionalizados.
Material y métodos: Se han recogido los datos de la historia clínica de cada residente, desde el 1-1-2003 hasta el 28-2-2006: identificación, grado de movilidad, enfermedades activas, causas de invalidez, lugar y tipo de escara, duración de la infección, numero de lesiones y tratamiento. En todos los casos se ha realizado el protocolo establecido en la Casa Misericordia, recogida de muestras, envío al laboratorio de microbiología del General Solchaga.
Resultados: Del estudio realizado son los siguientes: numero de personas infectadas, 35; numero de casos de infección, 36 (recidiva de la infección de una misma persona); 17 hombre/18 mujeres con una media de edad de 85 años. De los 36 casos estudiados, 4 son validos y 32 son asistidos. El lugar mas frecuente de la lesión es el sacro, seguido del talón con 7. La lesión con más casos de infección es la úlcera por presión. El tratamiento oral utilizado en la mayoría de los casos es la trimetropina sulfametoxazol, mientras que el tratamiento tópico diario es con ácido fusilito.
Conclusiones: Con nuestra experiencia consideramos que toda lesión cutánea de evolución torpida en ancianos de centros asistenciales, se debe realizar cultivo para la búsqueda de SARM y la aplicación de un protocolo con medidas terapéuticas. Esto puede llevar a la erradicación completa del germen. Son los ancianos con invalidez los susceptibles a presentar esta infección.

FRAGILIDAD EN NONAGENARIOS SECUNDARIA A FÁRMACOS

A. Moreno de Cisneros López, J.L. de Burgos Moreno, G. García Moyano y J.I. Bueno Escobar
Hospital Carlos Haya. Unidad de Geriatría, Málaga.

Objetivos: Conocer en ancianos frágiles por edad, si existe además una fragilidad 2ª a fármacos, según criterios del INSALUD, para minimizar la iatrogenia por fármacos al alta.
Material y métodos: Se han revisado las historias de los años 2003, 2004 y 2005, seleccionando a los nonagenarios.
Resultados: Durante el período referido ingresaron 97 pacientes nonagenarios (7,25% del total de ingresos que fue de 1337), con una edad media de 93 años; 60% mujeres y 40% varones. La estancia media fue de 17,4 días. El motivo de ingreso mas frecuente fue disnea (39,2%). 58 pacientes padecía algún síndrome geriátrico entre sus antecedentes personales, de un total de 74 síndromes geriátricos (1,2 síndrome/paciente). En los antecedentes personales se encontraron 312 patologías crónicas, lo que supone 3,2 procesos crónicos/paciente. Media de fármacos/enfermo previa al ingreso: 4,4. Media de fármacos que fragilizan al anciano/enfermo previa al ingreso: 1,8. Media de fármacos/paciente al alta: 4,1. Media de fármacos que fragilizan al anciano/paciente al alta: 1,4.
Conclusiones: El 60% de los pacientes padecía algún síndrome geriátrico. Media de pluripatología: 3,2 procesos/paciente. La mayor pluripatología en el ultimo año hace que las posibilidades de reducción de fármacos al alta haya hayan disminuido sensiblemente en ese año respecto de los dos anteriores. Tras el ingreso en la Unidad de Agudos de Geriatría no se consigue hacer desaparecer la fragilidad secundaria a fármacos, lo cual debe llamar nuestra atención ante los próximos ingresos, dado que al alta se añade otro factor de fragilidad como es el ingreso hospitalario.

UNA EXPERIENCIA DE FISIOTERAPIA EN LA RESIDENCIA SAR MONTE JARA

J.A. Durán Rey y M.L. Rodríguez Rivera
Centro Residencial SAR Monte Jara, Huelva.

Con el fin último de prestar la mejor atención fisioterapéutica posible a nuestros residentes, este Servicio implantó en el año 2005 un programa de atención cuyos Resultados han sido muy positivos. Esta comunicación pretende desarrollar la experiencia llevada a cabo por este Área y con este programa basado en la prevención y promoción de la salud dirigido a personas de la Tercera Edad y desarrollado en el Centro SAR Monte Jara, en Tharsis (Huelva). Como objetivo se persigue paliar y retrasar, en la medida de las posibilidades, el deterioro funcional y fisiológico de esta etapa vital, en la búsqueda de una mayor independencia del individuo. El material y método han sido, por un lado, la experiencia del día a día en nuestro centro a través de la puesta en marcha de diversos protocolos de Fisioterapia individual y Psicomotricidad grupal atendiendo a las patologías más frecuentes observadas y, por otro lado, la creación de una base de datos donde se registra el trabajo diario de nuestro Servicio. Desde su comienzo, este programa ha tenido buena aceptación por los residentes, siendo atendidos una media mensual durante el 2005 de 105 residentes de los 160 censados en el centro, lo que supone el 65% del total. Dichos usuarios se han visto beneficiados una vez incluidos en las distintas terapias, entre las que cabe señalar ejercicios de adaptación al esfuerzo, mecanoterapia, masoterapia + termoterapia superficial... Se reivindica, de esta forma, el importante papel que tiene la Fisioterapia en materia de prevención, tanto primaria como secundaria y terciaria, primordial en la Tercera Edad.

ELDER & LIFE. SERVICIO ORIENTADO A LA SALUD

T. Iriondo Astigarraga[1], F. Guijarro[2], F. Eulate[3], J. Ansola[4], L. San Sebastián[5], I. Loiarte[6], J.J. Miguel de la Huerta[7], Y. Carrasco[2] y C. Murillo[1]
[1]Gaia, San Sebastián [2]Bilbomatica, [3]GTS-Thaumat, [4]Teknobide, [5]Icavi-Bikain, [6]Com & Media, [7]Fundación EDE.

Es un sistema que permite en entornos de área reducida (tanto abiertos como cerrados), la localización personal por medio de sistemas portátiles y la transmisión de señales vitales del portador. Así mismo, está localización se completa con el sistema de telealarma que detecta la activación de alarma de pánico, y la captación de medidas de parámetros médicos (tensión arterial, temperatura, ritmo cardíaco) mediante la adaptación de sensores disponibles en mercado. Los datos son al-

macenados en una Base de Datos que guarda y reporta información sobre el mantenimiento de pacientes, mantenimiento de usuarios, datos de la tensión arterial y coordenadas de la posición del individuo.
Aplicaciones: O módulo del aplicativo o módulo de pacientes o módulo de localización o módulo de visor de tensión arterial o módulo de mantenimiento de usuarios o módulo de gestor de alarmas o módulo de control de alarmas o módulo de generación y extracción de informes. Centro de Control (Call Center): *1)* Monitorización remota de parámetros continuos (posición, pulso) y discretos (captación de medidas). *2)* Recepción de alarmas (geográficas, sensoriales, botón de pánico...). *3)* Análisis de las constantes vitales y asociación a las pautas de comportamiento del paciente Dispositivo portátil. *4)* Localización en exteriores (GPS) y en Interiores (Bluetooth). *5)* Comunicación de datos (GSM/GPRS) y de voz (Manos Libres). *6)* Comunicación de alarmas (pánico, alarma zonal, umbrales) y medidas de sensores externos (tensión, temperatura...).
Innovación y características: *Localización: 1)* Localización y posicionamiento geográfico a través de receptor GPS satelital con antena incorporada y microprocesador integrado. *2)* Posicionador satelital diferencial que proporcione precisión en el posicionamiento del orden de 1-2 metros. *3)* Antena omnidireccional. *4)* Microprocesador responsable de la gestión de los parámetros de entrada y la transmisión de información estructurada. Testea y valida en funcionamiento del sistema. Comunicación *5)* Sistema de radio transceptor a través de frecuencia sin requisito de licencia para potencias de emisión reducida. *6)* Módulo de telefonía móvil GSM/GPRS para transmisión de voz y datos. *7)* Tecnologías de comunicación inalámbricas de corta distancia (bluetooth). Adquisición de datos: *8)* Receptor de impulsos cardiacos, pulsómetro EC/ECG. *9)* Sensor de aceleración del movimiento en dos dimensiones, acelerómetro. *10)* Sensor de zancada con detección de pisada o paso, podómetro. *Accesorios: 1)* Baterías recargables de ion de litio. *2)* Pantallas alfanuméricas de cristal líquido LCD.

PROGRAMA DE CONTINUIDAD ASISTENCIAL

M. Garreta Burrel[1], M. Claret[2], M. Pifigueras Valls[1], O. Sabartes Fortuny[1], M. Forner Baschide[2], E. Brunat Gilabert[2] y A.M Cervera Alemany[2]
[1]Hospital del Mar. (UFIS Geriatría) IMAS, IAGS, Barcelona [2]Hospital del Mar. IMAS, Barcelona.

Objetivo: Garantizar una atención integral y continuada a los pacientes dados de alta de Hospital que necesitan atención sanitaria en su domicilio. Comunicar a los referentes de primaria la situación sanitaria y funcional del paciente durante el ingreso, así como la previsión de alta mediante llamada telefónica y elaboración de un informe las 24/48 horas previas al alta.
Material y métodos: A los pacientes que cumplen criterios de inclusión se recogen los siguientes datos: situación funcional previa mediante Índice de Barthel e Índice de Lawton, presencia de deterioro cognitivo, antecedentes patológicos y motivo de ingreso. Previamente al alta se valora el Índice de Barthel, Escala de Norton, presencia de cuidador y las necesidades sanitarias del paciente. Estos datos junto con el proceso y la evolución durante el ingreso son registradas en el informe prealta que se transmite al equipo de salud de Atención Primaria.
Resultados: Del total de 886 pacientes valorados por UFIS de Geriatría el año 2005, 95 (10,7%) casos cumplen criterios de inclusión en el programa. La media de edad es de 72,6 años. Por sexo 48 hombres y 47 mujeres. La demanda por servicios es: M. Interna 10 (10,5%), Cirugía 7 (7,3%), C. Vascular 34 (35,7%), Neumología 17 (17,8%), UGA 13 (13,6%), Otros 14 (14,7%). La situación funcional previa al ingreso: I. de Barthel 76/100. I. de Lawton 3,48. Al alta: I. de Barthel 55/100, Escala de Norton 14. 19 pacientes (20%) presentan alteración cognitiva. Disponen de cuidador al alta 79 (83,1%) pacientes. Destino al alta: domicilio 94 (98,9%). En todos los casos, 95 (100%) se envía informe prealta vía e-mail o fax a la oficina de enlace les 24 horas previas al alta.

CORRELACIÓN DE SÍNTOMAS CLÍNICOS Y ANÁLISIS POSTUROLÓGICO

A. Palomo Lloro, A. González Ramírez, C. Zaragoza Brehcist, M. Herrera Abián, M. Lázaro del Nogal y J.M. Ribera Casado
Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

Objetivos: Analizar los déficits sensoriales y el control postural de pacientes que presentan inestabilidad sin caídas, caídas de repetición o ausencia de caídas.
Material y métodos: Se estudió la respuesta postural de tres grupos de pacientes (A: control; B: inestabilidad sin caída; C: caedores de repetición) mediante el test de evaluación clínica modificada de la interacción sensorial en el equilibrio (test mCTSIB) del posturógrafo Balance Master de Neurocom. *Análisis estadístico:* Chi-cuadrado. SPSS v11.0.
Resultados: 122 pacientes (A: 43; B: 34; C: 45) A: no déficit 41,9%, déficit somático 16,3%, déficit visual 25,6%, déficit vestibular 34,9%. B: no déficit 17,2%, déficit somático 30,3%, déficit visual 58,1%, déficit vestibular 51,7%. C: no déficit 26,5%, déficit somático 37,8%, déficit visual 68,3%, déficit vestibular 58,8%; Significación estadística del déficit visual detectado entre A y B: $p = 0,005$ (r esto de análisis $p > 0,05$). Realización de mCTSIB [mediana (RIQ) grados/seg]: OAL (ojos abiertos sobre superficie lisa): A: 0,20 (0,10-0,30); B: 0,30 (0,20-0,52); C: 0,40 (0,20-0,45); OCL (ojos cerrados superficie lisa): A: 0,30 (0,20-0,40); B: 0,50 (0,25-0,80); C: 0,50 (0,30-0,95); OAA (ojos abiertos sobre superficie almohadillada): A: 0,90 (0, 60-1,20); B: 1,20 (0,90-1,80) C: 1,40 (1, 10-2,10); Evento caída en la realización del mCTSIB A: 0%; B: 14,7%; C: 24,4%. Análisis entre no caedores e inestables: OAL: $p = 0,007$; OCL: $p = 0,002$; OAA $p = 0,012$.
Conclusiones: Se hallaron diferencias estadísticamente significativas en los Resultados del mCTSIB realizados por pacientes inestables frente a no caedores, y no así entre caedores e inestables. Entre los pacientes inestables, se encuentra un mayor número de déficits visuales con respecto a nuestro grupo control, sin evidenciar diferencias entre estos dos grupos en cuanto a déficits somatosensoriales ni vestibulares. En pacientes inestables que acuden a nuestras consultas sin historial de caídas, debemos tener prestar especial atención a los déficits visuales dada la influencia de estos en su control postural.

PREVALENCIA Y TIPOS DE INCONTINENCIA URINARIA EN UNA UNIDAD DE CONVALECENCIA GERIÁTRICA

B. Fernández-Matamoros Carrey, P. Gonález, C. León, T. Prat, A. Roig, I. Rius, A. Esperanza, P. Gili y R. Miralles
Hospital de la Esperanza, IMAS, Barcelona.

Objetivo: Analizar la prevalencia, tipos y características de incontinencia urinaria.
Material y métodos: 61 pacientes. Variables: sexo, edad, Índice de Barthel y Lawton previos, vivir solo e incontinencia previa. Al ingreso: Barthel, comorbilidad (Charlson), Minimental (Folstein), incontinencia, problemas de movilidad, programa de fisioterapia y diagnósticos de enfermería, clasificados en: grupo 1: (Trastorno de la movilidad r/c deterioro neuromuscular), grupo 2: (Trastorno de la movilidad r/c deterioro músculo esquelético), grupo 3: (Deterioro de la integridad cutánea) y grupo 4: (Déficit de autocuidado).
Resultados: Hombres 19 (31,1%); mujeres 42 (68,8%); edad media 74,4 ± 12,4; vivían solos 19 (31,1%) Situación previa: media de Barthel 88,3 ± 16,0, Lawton 4,0 ± 3,4. Incontinentes 11 (18,0%). Al ingreso: Media de Barthel 37,9 ± 22,1; de Minimental 20,0 ± 8,7 y de Charlson 2,3 ± 1,5. Incontinentes 43 (70,4%). De los 56 con problemas de movilidad 42 (75%) eran incontinentes; de los 5 sin problemas de movilidad, sólo 1 incontinente (20%) ($p < 0,005$). Hacían fisioterapia 45 (73,7%). De los 43 incontinentes 35 (81,3%) tenían incontinencia funcional, 5 mixta (11,6%), 2 no catalogadas (4,6%) y 1 (2,3%) de urgencia. Respecto a los diagnósticos de enfermería el número de incontinentes fue: grupo 1, 11 (25,5%), el 2, 20 (46,5%), el 3, 2 (4,6%) y el 4, 10 (23,2%); mientras que los continentes fueron: 2 (11,1%); 8 (44,4%): 6 (33,6%) y 2 (11,1%) respectivamente ($p < 0,02$).
Conclusiones: *1.* En el grupo diagnóstico 2 hubo mayor número de incontinentes. *2.* El tipo de incontinencia más frecuente fue la funcional, relacionándose significativamente con el trastorno de la movilidad.

SÍNDROME DE LEMIERRE EN EL ANCIANO: UNA PRESENTACIÓN INUSUAL DE LA "ENFERMEDAD OLVIDADA"

E. Anton Aranda
Hospital de Zumárraga, Guipúzcoa.

Introducción: El síndrome de Lemierre (SL) es una complicación rara, pero potencialmente letal, de una faringoamigdalitis aguda seguida por tromboflebitis séptica de la vena yugular interna (VYI) y septicemia. El cuadro incide, principalmente, en personas Jóvenes sanas, debido a (90% de casos) un anaerobio gramnegativo *(Fusobacterium*

necrophorum). Un SL causado por *S. pyogenes* en un paciente anciano constituye una absoluta rareza.
Descripción del caso: Varón de 80 años de edad, que ingresó por fiebre elevada, sudoración, escalofríos, y malestar general de 24 horas de evolución, así como cervicalgia derecha, odinofagia y disfagia los días previos. El paciente era hipertenso, con cardiopatía isquémica crónica. Examen: paciente sudoroso, afectado, temp. 40ºC, empastamiento y dolor en la región laterocervical derecha. Laboratorio: leucocitosis (17,7 x 10^9/L), neutrofilia (4 cayados, 94 segmentados). Se inició tratamiento endovenoso con antibiótico de amplio espectro y fluidoterapia. Hemocultivos (2) positivos a *S. pyogenes*. TC cervical: extensa trombosis de la VYI derecha, a nivel laterocervical inferior, asociándose enoxaparina.
Evolución: Remisión febril en 48 h con mejoría de los síntomas/signos cervicales. En el día 14º sufrió, bruscamente, pérdida de conciencia y deterioro hemodinámico, sin respuesta a medidas de RCP, falleciendo. La autopsia fue rechazada.
Comentarios: El amplio uso de antibióticos en las infecciones orofaríngeas agudas ha reducido, drásticamente, la incidencia del SL (< 1/106 población general) ocasionando una importante falta de familiaridad con este cuadro ("enfermedad olvidada") y, frecuentemente, un retraso diagnóstico. Aunque el SL puede presentarse con manifestaciones clínico-radiológicas inespecíficas, el contexto de fiebre alta, malestar general y dolor cervical siguiendo a un proceso anginoso agudo, asociado a trombosis de la VYI (TC) y focos sépticos (principalmente pulmonares) tienen alto valor diagnóstico. Este caso debería ayudar a familiarizarse con el SL y, además, recordar que la edad y el agente causal pueden diferir de los clásicamente descritos.

CONSECUENCIAS RETIRADA MELERIL EN UNA UNIDAD PSICOGERIÁTRICA

M.A. Varona Alonso
Hospital San Juan de Dios, Madrid.

Objetivos: Evaluar los efectos y consecuencias de la retirada del Meleril (Tioridazida) en pacientes psicogeriátricos.
Material y métodos: 19 pacientes con características de: -Edad Media: 75 años. / Media Hospitalización: 38 años/Media años toma Meleril: 26 /Diagnósticos: Esquizofrenia Residual (13), Retraso Mental (2), TOC (2), Otros (2). /Dosis media de Meleril al inicio retirada: 191 mgr/día. /Pacientes con Otros Psicotropos al inicio retirada: 13. Se hace análisis, basado en la Hist. Clínica, de la evolución clínica desde inicio de la retirada, así como de reajustes y/o nuevas prescripciones farmacológicas. Principales variables clínicas analizadas: Descompensaciones, Síntomas (NPI). Repercusión conductual. A los 6 meses de retirada: Nivel de alerta, Funcionalidad, Impresión clínica global.
Resultados: *1)* El 79% sufrió algún tipo de Descompensación sintomática, siendo los síntomas más frecuentes aquellos de perfil "activador": irritabilidad, disforia, ansiedad, agitación,... *2)* Las Descompensaciones presentaron una mayor incidencia en aquellos pacientes que tomaban Meleril en monoterapia. *3)* El 83% de las No Descompensaciones tomaban Meleril asociado a otros psicotropos. *4)* Las No Descompensaciones mostraron diferencias no significativas en el sentido de minorización en cuanto edad, años de hospitalización, años de toma, dosis media. *5)* Al 74% de los pacientes en estudio fue necesario la prescripción de nuevos psicotropos: 42% N. Típicos (perfil sedante), 42% N. Atípicos (perfil sedante). *6)* El 37% no tuvo una repercusión conductual negativa significativa durante la retirada. *7)* En la evaluación a los 6 meses de la retirada se observó: -Funcionalidad: El 32% mejoró en el desarrollo de las ABVD, -Nivel de Alerta: El 37% mejoró en el nivel de alerta-Impresión Clínica Global: 21% mejoró, 5% empeoró, 74% presentaba una situación clínica similar a la de preretirada.
Conclusiones: A la vista de los Resultados obtenidos se podría concluir que en nuestra población psicogeriátrica con las características arriba mencionadas, el Meleril ejercía una acción de control de los síntomas psicológicos y conductuales de perfil "activador": (irritabilidad, ansiedad, disforia, agitación, alteración del sueño,...) independientemente de la toma asociada a otros psicotropos. En un alto porcentaje de estos pacientes, fue necesario un reajuste y/o prescripción de nuevas moléculas psicotropas, siendo las más eficaces aquellas de perfil sedante. Con todo, y a pesar de estos reajustes y/o prescripción de nuevos psicotropos, el 37% de los pacientes afectados mejoró en el nivel de alerta, el 32% en la funcionalidad y el 21% en la impresión clínica global.

VALORACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL EN UNA UNIDAD DE PSICOGERIATRÍA DE LARGA ESTANCIA

M.A. Varona Alonso, C. Urcelay, S. Juarista, B. Echezarreta, I. Madina y D.A. Aguirregomezcorta
Hospital San Juan de Dios, Madrid.

Objetivos: Evaluación y seguimiento del estado nutricional en los pacientes hospitalizados en una Unidad de Psicogeriatría de Larga Estancia (87 camas), utilizando el MNA y parámetros bioquímicos estándar de fácil adquisición.
Material y métodos: Pacientes con características de: -Edad Media: 74 años/Media Hospitalización: 35 años/Diagnósticos: Procesos psiquiátricos crónicos (85%), Síndromes demenciales, Retrasos Mentales. Utilización de manera integrada del Mini Nutritional Assessment, (MNA) con resultado según puntación de: Estado Nutricional Satisfactorio (ENS); Estado de Riesgo Nutricional (ERN); Estado de Desnutrición. (ED) y Método Ulíbarri que analiza los parámetros bioquímicos: Colesterol, Linfocitos y Albúmina, dando como resultado (según puntuación obtenida): No Déficit Nutricional (NDN), Déficit Nutricional Leve (DNL); Déficit Nutricional Moderado (DNM); Déficit Nutricional Severo (DNS) La Valoración del Estado Nutricional (VEN) es el resultado de interrelacionar ambos instrumentos según la siguiente relación:
Resultados: I - No Desnutrición (ND) – ENS + NDN II - Riesgo de Desnutrición (RD) – ENS + DNL / ERN + NDN / ERN + DNL II - Desnutrición Leve (DL) – ENS + DNM / ERN + DNM / ED + NDN IV - Desnutrición Moderada (DM) –ENS + DNS / ERN + DNS /ED + DNL V - Desnutrición Importante DI) – ED + DNM / ED + DNS RESULTADOS: MNA ULIBARRI Nº pac. ENS ERN ED NDN DNL DNM DNS Abr-04 87 26 51 10 Abr-04 48 36 30 Oct-04 88 14 65 9 Oct-04 34 47 70 May-05 87 27 51 9 May-05 43 39 50 Nov-05 82 26 46 10 Nov-05 42 36 40 V.E.N. I II III IV V I II III IV V Abr-04: 21 53 8 5 0 May-05: 18 57 7 4 1 Oct-04: 12 62 8 4 2 Nov-05: 16 53 8 4 1
Conclusiones: Según nuestros Resultados podemos concluir que, en la población psicogeriátrica institucionalizada, la integración de los dos instrumentos mencionados de valoración nutricional, aumenta tanto la sensibilidad como la especificidad del MNA en la detección de estados establecidos de desnutrición, permitiendo además el conocimiento cualitativo y cuantitativo de los posibles estados de desnutrición.

"SE VA DE CABEZA... LO NORMAL PARA SU EDAD"

A.C. Sanjoaquín Romero[1], A. de Val Lafaja[2] y P. Mesa Lampré[2]
[1]Hospital de Barbastro, Huesca, [2]Hospital Geriátrico San Jorge, Zaragoza.

Objetivos: Describir incidencia del deterioro cognitivo desconocido/no tratado, perfil del paciente y estrategias diagnósticas/terapéuticas aplicadas.
Material y métodos: Estudio descriptivo prospectivo de una muestra de pacientes en UGA desde 15/11/2005 a 15/02/2006. *Variables:* sexo, edad, domicilio, cuidador principal, motivo ingreso, factores de riesgo vascular, síntomas funcionales/cognitivos/conductuales, Barthel, Pfeiffer, MEC, pruebas complementarias, fármacos, motivo de no tratamiento de demencia, tratamiento propuesto al alta. Análisis estadístico SPSS 10.0. *Criterios inclusión:* DCL (Petersen), demencia DSM-IV-R. *Criterios exclusión:* no deterioro cognitivo, deterioro tratado con IACEs / memantina, terminalidad.
Resultados: 151 pacientes, 64,24% con demencia (63 sin diagnosticar y sin tratamiento 83). Incluidos en estudio: 63 pacientes (64,95%): 42 mujeres, edad media 84,56, 79,4% en domicilio, cuidador principal: hijos 39,7%. Motivo de ingreso: 49,2% infección, 14,3% neurológico, 12,7% trastornos conductuales, 3,2% estudio de demencia. Riesgo vascular: DM 31,7%, HTA 65,1%, Cisquémica 22,2%, ACV 28.6%, ACxFA 20,6%. Síntomas cognitivos: 95,2%, funcionales: 62,9%, conductuales 48,4%. Barthel < 60:73%, Pfeiffer 5-10: 90,5%, MEC < 15:54%. Motivo de no tratamiento: desconocimiento del problema 85,7%, intolerancia a fármacos 4,8%. Tratamientos farmacológicos propuestos: IACEs 8,1%, memantina 8,1%, neurolépticos 17,7%. Tratamientos no farmacológicos: consejos familiares 100%, estimulación cognitiva 48,4%, AFEDA 12,9%, Centro de día 11,3%, residencia 16,1%, ayuda domiciliaria 9,7%.
Conclusión: A pesar de la elevada prevalencia de pacientes con demencia sin diagnosticar y la alta concienciación de los investigadores, la mala situación funcional impide la instauración de tratamiento adecuado, por lo que creemos que hay que seguir insistiendo en la formación de médicos y familiares con el objetivo de la detección y tratamientos precoces.

ESTUDIO EVOLUTIVO DEL MANTENIMIENTO DE LAS FUNCIONES COGNITIVAS EN UNIDAD DE HOSPITAL DE DÍA DE UN CENTRO SOCIO SANITARIO

J.I. Benages Navarro, X. Soria Badia, E. Bruix, R. García, C. de la Haba y L. Trapero
Centro Socio-Sanitario Palau (Grupo Alianza), Barcelona.

Objetivo: Comprobar si el nivel cognitivo de los pacientes de nuestra unidad se mantiene a los 6-8 meses.
Material y métodos: *1)* exploración neuropsicológica a los pacientes (n = 82), a la semana del ingreso, para valorar el nivel de las func. superiores (atención, memoria, praxis, gnosis, lenguaje y funciones frontales). *2)* Se clasifican en 10 grupos. *3)* Decidimos las func. cognitivas a trabajar en cada paciente y el mejor grupo para cada uno. *4)* Determinar el nivel funcional. *5)* Exploración de control tras 6 a 8 meses del ingreso (n = 30). 6) Análisis con estadísticos no paramétricos.
Resultados: Se mantienen las func. cognitivas, con ligera tendencia al deterioro. En la muestra (n = 30) hay pacientes con Deterioro T. Alzheimer (DTA), vascular (DCV) y mixto (DCM). Hay dif. significativas, entre los diagnósticos en la 1ra y 2da exploración. Algunas se mantienen, otras desaparecen y otras aparecen solo en la 2da exploración. En el grupo de seguimiento existen dif. significativas entre los pacientes que toman anticolinest. (n = 7) y los que no (n = 23). No hay dif. significativas a nivel funcional.
Conclusiones: Hay mayoría de pacientes con DCV y DCM seguidos de DTA, DC Leve y el resto. Los pacientes mantienen su nivel cognitivo a los 6-8 meses con leve tendencia al deterioro. No hay grupo control y no podemos atribuir los Resultados por entero o en parte a la psicoestimulación. Dif. significativas entre los pacientes que además de la psicoestimulación toman anticolinest. y los que no los toman, a favor de los primeros. A nivel funcional se mantienen.

PREVALENCIA DE DISFUNCIÓN TIROIDEA EN PACIENTES ANCIANOS HOSPITALIZADOS

P. Iglesias, A. Muñoz Pascual, F. Prado, M.C. Macías, M.T. Guerrero y V. Hernández
Hospital General, Segovia.

Objetivo: Estudiar la prevalencia de disfunción tiroidea conocida y no conocida y de autoinmunidad tiroidea en pacientes ancianos hospitalizados.
Material y métodos: Se estudiaron los pacientes ancianos mayores de 65 años que ingresaron en nuestro Servicio en los últimos 8 meses. En cada paciente se estimó la función tiroidea mediante la determinación de tirotropina (TSH), tiroxina (T4) libre y triodotironina (T3) libre.
Resultados: Se evaluaron 262 pacientes [163 mujeres (66,4%), edad media ± DS 86,0 ± 6,2 años y 96 varones (36,6%), 83,7 ± 6,6 años] ingresados por patología aguda. Doce pacientes (4,6%, 11 mujeres) presentaron disfunción tiroidea previamente conocida: 7 hipertiroidismo (3 franco y 4 subclínico) y 5 hipotiroidismo (4 franco y 1 subclínico). Tras excluir los pacientes con disfunción tiroidea conocida, el 76,0% (n = 190, 117 mujeres) presentó alguna alteración hormonal tiroidea: 166 (66,4%) síndrome de T3 baja, 9 (3,6%) hipertiroidismo (2 franco y 7 subclínico) y 15 (6,0%) hipotiroidismo (3 franco y 12 subclínico). La autoinmunidad tiroidea fue positiva en el 4,2% y, tras excluir los pacientes con patología tiroidea conocida, se redujo al 3,6%. La prevalencia de disfunción tiroidea total sin considerar el síndrome de T3 baja fue del 13,7% [7,6% hipotiroidismo (2,6% franco y 5,0% subclínico) y 6,1% hipertiroidismo (1,9% franco y 4,2% subclínico)].
Conclusión: Más de las tres cuartas partes de los ancianos hospitalizados presenta alteración de las hormonas tiroideas. La prevalencia total (hiper e hipofunción) es también elevada (~14%) y mayor en mujeres. Por último, la prevalencia de autoinmunidad tiroidea es baja (< 5%)

INTERVENCIÓN NUTRICIONAL EN ANCIANOS HOSPITALIZADOS: RESULTADOS PRELIMINARES

C. Cánovas Pareja[1], A.C. Sanjoaquín Romero [2], A. Zamora Mur[1] y A. de Val Lafaja[1]
[1]Hospital San Jorge, Zaragoza, [2]Hospital de Barbastro, Huesca.

Objetivos: *1.* Describir el estado nutricional del anciano hospitalizado. *2.* Analizar los factores de riesgo de desnutrición. *3.* Realizar una intervención nutricional precoz en ancianos desnutridos. *4.* Seguimiento evolutivo.
Material y métodos: Estudio prospectivo, descriptivo y analítico de pacientes al ingreso desde 1/11/2004 hasta 1/11/2005. Variables: sexo, edad, domicilio, factores de riesgo, MNA, bioquímica (albúmina < 2,7, colesterol < 150, linfocitos < 1200), tipo de dieta e intervención nutricional, Barthel, estancia media, mortalidad. Seguimiento al mes, 3, 6 y 12 m. SPSS 10.0
Resultados: 526 pacientes, edad media 84,43, mujeres 375 (71%). Viven en domicilio 387 (49 solos). Desnutridos 106 (20,2%), en riesgo desnutrición 279 (52,9%). MNA < 17: 232 (43,5%); MNA 17-23,5: 214 (40,7%). Barthel medio: 40,13. Barthel en desnutridos 15 ($p < 0,05$). Estancia media: 12,52 días, estancia-MNA < 17 ($p < 0,05$). Factores de riesgo: Déficit visual 237, edentulismo 251 (85 prótesis dental), candidiasis oral 92. Sd geriátricos ($p < 0,05$): demencia 301, inmovilidad 234, UPP 89, disfagia 134. Comorbilidad ($p > 0,05$): depresión 124, ACV 139, Parkinson 42, cáncer 58. Media de fármacos: 5,7. Dieta: oral 511 (triturado 205), SNG 6, PEG 6. Albúmina media: 3,09, colesterol medio 159,71, linfocitos medio 1736. Intervención nutricional: consejos dietéticos, espesantes 133, suplementos proteicos 109. Mortalidad: 85 (16,2%) ($p < 0,05$). Al mes: fallecen 41 (7,8%) ($p < 0,05$), reingresan 40 (7,6%).
Conclusiones: *1.* La elevada prevalencia de ancianos desnutridos obliga a una identificación precoz de factores de riesgo. *2.* La desnutrición se relaciona con la presencia de sd geriátricos y una elevada mortalidad. *3.* Necesidad de valoración nutricional con intervención precoz y seguimiento ambulatorio en ancianos desnutridos.

¿LA DESNUTRICIÓN EN EL ANCIANO, ES UN PREDICTOR DE MORTALIDAD?

A. Zamora Mur[1], A. de Val Lafaja[1], A.C. Sanjoaquín Romero[2] y C. Cánovas Pareja[1]
[1]Hospital San Jorge, Zaragoza, [2]Hospital de Barbastro, Huesca.

Objetivos: *1.* Describir estado nutricional del anciano en el Hospital. *2.* Estudiar prevalencia de desnutrición en fallecidos. *3.* Analizar factores de riesgo de desnutrición. *4.* Evaluar mortalidad durante el ingreso y al mes post alta tras intervención nutricional.
Material y métodos: Estudio prospectivo descriptivo analítico de pacientes al ingreso desde 1/11/2004 a 1/11/2005. Variables: sexo, edad, domicilio, factores de riesgo, MNA, bioquímica (albúmina < 2,7, colesterol < 150, linfocitos < 1200), dieta e intervención nutricional, Barthel, estancia media, mortalidad. Seguimiento al mes. SPSS 10.0
Resultados: 526 pacientes, edad media 84,43. Barthel medio 40. Desnutridos 106 (20,2%), en riesgo 279 (52,9%). MNA < 17: 232 (44,1%). Intervención nutricional: consejos dietéticos, espesantes (133) y suplementos proteicos (109). Fallecidos 85 (16,2%): desnutridos 38 (44,7%), en riesgo desnutrición 37(43,5%), MNA < 17: 66 (77,6%) ($p < 0,05$) Motivo de ingreso: infeccioso 35%, cardiorespiratorio 13%, neurológico 13%. Factores riesgo: déficit visual 41, edentulismo 52, candidiasis 18. Sd geriátricos ($p < 0,05$): demencia 55, inmovilidad 48, UPP 20. Comorbilidad ($p > 0,05$): depresión 13, ACV 19, Parkinson 4, cáncer 18, disfagia 40, estreñimiento 50. Media fármacos: 5,7. Dieta: oral 81 (triturado 55), SNG 2, PEG 2. Albúmina media: 2,98, colesterol medio 148 ($p < 0,05$), linfocitos medio 1852. Barthel medio: 13. Barthel en desnutridos 6 ($p < 0,05$). Dependencia en ingesta 57. Estancia media: 13,45 días. Fallecidos al mes: 7,8% ($p < 0,05$).
Conclusiones: *1.* La desnutrición en ancianos se relaciona con elevada mortalidad durante al ingreso y al mes post alta hospitalaria. *2.* La elevada prevalencia de desnutrición en ancianos fallecidos, obliga a una identificación precoz de factores de riesgo. *3.* La intervención nutricional en ancianos desnutridos puede tener influencia sobre la prevalencia de mortalidad.

EL DELIRIUM EN EL PACIENTE GERIÁTRICO ¿ES EVITABLE?

J. Alarcón Corominas[1], A Zamora Mur[1], A.C. Sanjoaquín Romero[2], C. Cánovas Pareja[1] y E. García-Arilla Calvo[1]
[1]Hospital San Jorge, Zaragoza [2]Hospital de Barbastro, Huesca.

Objetivos: *1.* Estudiar la incidencia de delirium en ancianos hospitalizados. *2.* Analizar factores precipitantes y predisponentes. *3.* Describir tratamiento utilizado. *4.* Conocer la evolución del anciano en el primer mes tras el alta.
Material y métodos: Estudio prospectivo y descriptivo de pacientes en un Hospital geriátrico desde el 1/9/2005 hasta el 1/2/2006. Variables: edad, sexo, presencia de delirium (CAM), etiología, momento de

presentación y tratamiento, factores predisponentes y precipitantes, demencia, Barthel, estancia media y mortalidad, evolución al mes.
Resultados: 147 pacientes, delirium 56 (38%). Edad media 84,64. Sexo mujer 64,8%. Estancia media 15,2 (p < 0,05). Barthel medio 22,55 (p < 0,05). Demencia 61,22% (p < 0,05). Motivo de ingreso infeccioso 35,7%, neurológico 19,6%, psiquiátrico 16,1%, cardio-respiratorio 8,9% Inicio: 17 previo, 39 en ingreso (28 nocturno). Hipoactivo 5,6%. Factores predisponentes: polifarmacia 71,4%, HTA 42,9%, Insuficiencia renal 12,5%, I respiratoria 37,5%, I cardiaca 16,1%, hipoacusia 37,5% (p < 0,05), déficit visual 42,4%, malnutrición 44,6%. Factores precipitantes: caída 14,3%, impacto fecal 62,5% (p < 0,05), retención urinaria 19,6% (p < 0,05), dolor 41,1% (p < 0, 05), vía venosa 62,5%, episodios previos 44,6%. Tratamiento: neurolépticos típicos (haloperidol 25%), atípicos (risperidona 28,6%, quetiapina 8,9%), benzodiazepinas 14,3%, medidas contención 16,1%. Fallecen 11 (19,64%). Delirium al mes 28,57% (p < 0,05).
Conclusiones: La alta incidencia de delirium en ancianos hospitalizados obliga a una identificación y actuación precoz sobre factores de riesgo. El deterioro de las esferas cognitiva y funcional predispone al delirium durante la hospitalización. La mayor frecuencia de delirium tras el alta, si ha existido un episodio previo, obliga al seguimiento cercano de su evolución ambulatoria.

ENFERMEDADES NEURODEGENERATIVAS EN UN HOSPITAL DE MEDIA ESTANCIA EN MALLORCA

L. Feliu Mazaira, F. Albertí Homar, A. Truyols Bonet y L. Vich Martorell
Hospital General de Mallorca, Mallorca.

Objetivos: Comunicar datos recogidos sobre enfermedades neurodegenerativas y su evolución en los tres primeros años de funcionamiento de un hospital Sociosanitario de media estancia.
Material y métodos: Estudio retrospectivo sobre pacientes ingresados en una Unidad Hospitalaria del Hospital General de Mallorca entre los años 2003-2005. Hemos revisado altas (3257) los pacientes en los que consta como primer o segundo diagnóstico "enfermedad neurológica".
Resultados: Hemos localizado 442 (14%) que cumplían los requisitos. Destacando los siguientes datos: Edad Media: 81 años, relación mujer/varón 277/165 (63/37), Estancia Media: 23 días, Barthel ingreso: 24, Barthel alta: 36, Altas a domicilio: 285 (64%), Mortalidad: 108 (24%), Altas a residencia: 30 (7%), Traslados a Hospitales de Agudos: 13 (2,9%).
Conclusiones: *1.* Unas 3.000 personas en Mallorca padecen demencia avanzada, que ocasionalmente presentan patología intercurrente que precisa atención hospitalaria. *2.* Un porcentaje valorable (14%) de los ingresos de una Unidad de Media Estancia, procedentes de Hospitales de Agudos, son enfermos con patologías neurodegenerativas. Destacando la edad media (81 años), elevada mortalidad (24%), elevado porcentaje de reintegro a su lugar habitual de residencia (64% domicilio y 7% a Residencia), un contenido porcentage de derivaciones a Hospitales de Agudos (2,9%). La discreta mejoría fucional (12 puntos) la interpretamos como consecuencia del elevado deterioro cognítivo y funcional previo. *3.* Los pacientes con enfermedades neurodegenerativas son tributarios de cuidados específicos para prevenir mayor comorbilidad, por lo que creemos en la idoneidad de ser atendidos en Unidades específicas, con menores recursos, menor coste y una asistencia multidisciplinar con especial atención a la prevención de complicaciones y recuperación funcional.

GANANCIA FUNCIONAL EN UNA UNIDAD DE CONVALECENCIA GERIÁTRICA

M. Gimenez López[1], AB. Esteban Gimeno[2], T. Villar San Pío[2], C. Ortiz Domingo[1], E. González Pérez[1] y C. Marco Liarte[1]
[1]Hospital San Juan de Dios, Zaragoza, [2]Hospital Geriátrico San Jorge, Zaragoza.

Objetivos: Analizar la ganacia funcional conseguida con el ingreso en una unidad de convalecencia geriátrica con rehabilitación y su relación con distintas variables.
Material y métodos: Estudio descriptivo analítico retrospectivo. Muestra: Pacientes ingresados en 2005 en unidad de convalecencia geriátrica con rehabilitación. Criterios de exclusión: Fallecidos, < 65 años y paliativos. Variables: Procedencia, sexo, edad, comorbilidad, S. Geriátricos, Barthel ingreso y alta, ganancia funcional (GF), tipo de RHB, complicaciones, diagnósticos y fármacos al alta. SPSS 10.0
Resultados: 226 pacientes. 93% de hospital general. 65% mujeres (p > 0,05). Edad media 80. Mayor edad, menor GF (p < 0,05). Media de antecedentes por paciente 4,76. Menor GF los pacientes con demencia (p < 0,05). S. Geriátricos: inmovilidad (57%), incontinencia (47%), inestabilidad (28%), delirium (7%). Inmovilidad y delirium menor GF (p < 0,05). Barthel medio al ingreso 12, al alta 46 y GF media 33. Mayor Barthel al ingreso implica mayor GF (p < 0,05). Estancia media 80,65 (p > 0,05). Tipo de RHB: Cinesiterapia en habitación 75% y 71% en gimnasio (mayor GF, p < 0,05). Hospital de Día al alta 19%. Complicaciones intrahospitalarias: infección 41% (menor GF p < 0,05), delirium 13% y upp 12%. Media de diagnósticos al alta 4: neurológicos 50% y traumatológico 36% (mayor GF, p < 0,05). Pacientes con tratamiento de psicofármacos tienen menor GF (p < 0,05).
Conclusiones: *1.* El ingreso en una unidad de convalecencia geriátrica genera ganancia funcional disminuyendo la dependencia. *2.* La edad, la demencia, inmovilidad y delirium limitan la ganancia funcional sin ser por ello criterios de exclusión de tratamiento RHB. *3.* La estancia hospitalaria para tratamiento rehabilitador depende de las características de cada paciente.

EL EUROTEST COMO INSTRUMENTO FUNCIONAL EN PERSONAS MAYORES

T. González Pérez[1], R. Correia Delgado[2], C. Pérez Hernández[1], A. Nieto Barco[2] y J. Barroso Ribal[2]
[1]Servicio Canario Salud, La Laguna. [2]Facultad Psicología. ULL.

Objetivos: La valoración funcional tiene un papel central en la evaluación de personas mayores. Pretendemos estudiar el rendimiento en algunos tests clásicos de valoración cognitiva y funcional.
Material y métodos: Muestra constituida por 30 sujetos mayores de 70 años (rango 70-92 años), con una mayor proporción de mujeres (76,7%) y un nivel educativo bajo. Los instrumentos utilizados para la evaluación cognitiva fueron el Eurotest, el MMSE y el Test de los 7 Minutos (T7M) y para la funcional el FAQ.
Resultados: Los septuagenarios presentaron un rendimiento significativamente mejor que los octogenarios en el T7M (F (1,19) = 5,569; p < 0,05) y el Eurotest (F (1,19)= 4,60; p < 0,05). Las diferencias en el T7M se deben a una mayor afectación de la orientación temporal (F (1,19) = 7,281; p < 0,05) y fluidez verbal (F (1,19)= 7,203; p < 0, 05). En el Eurotest las diferencias se encuentran en los ítems "cambio de monedas" (F (1, 19) = 10,537; p < 0,01) y "reparto de monedas en dos montones" (F (1,19)= 5,515; p < 0,05). No se encontró diferencias entre ambos grupos de edad en el MMSE. El Eurotest presentó mayor correlación con tests de valoración cognitiva (MMSE r =.469 p<.01; T7M r =.501 p < 0,01) que el FAQ (MMSE r = -.436 p < 0,05; T7M r = -.417 p < 0,05). Asimismo, encontramos una correlación negativa significativa entre el Eurotest y el FAQ (r = -.646; p < 0,01).
Conclusiones: Nuestros octogenarios presentaron mayor afectación en la orientación temporal, fluidez verbal y cálculo que los septuagenarios. El T7M y el Eurotest parecen ser más sensibles a estos cambios cognitivos. El Eurotest presentó buena relación con medidas de actividad funcional.

ANOREXIA, PÉRDIDA DE PESO Y ESTADO NUTRICIONAL EN LAS PERSONAS MAYORES: CONSECUENCIAS SOBRE LA CAPACIDAD FUNCIONAL

M. Serra Prat[1], E. Burdoy[1], I. Cadena[1], I. Falcón[1], J. Sanahuja[1] y M. Puig-Domingo[2]
[1]Hospital de Mataró, Mataró. Consorci Sanitari del Marésme, Mataró [2]Hospital Clínic de Barcelona, Barcelona.

Objetivo: Conocer la prevalencia de anorexia y su relación con el estado nutricional y la capacidad funcional en ancianos > 70 años.
Material y métodos: estudio de cohortes de base poblacional de una muestra aleatoria de población anciana no institucionalizada. Participaron en el control de seguimiento de los 3 años 236 personas (112 hombres y 124 mujeres) con una edad media de 79 años. Se valoró: el apetito, el peso, el estado nutricional, la capacidad funcional y la fuerza muscular.
Resultados: En los hombres se observó una prevalencia de anorexia del 17,9% y en las mujeres del 37,1% (p = 0,001). Entre los hombres, habían perdido peso un 30,0% de los que presentaban anorexia respecto a un 10,0% de los que no presentaban anorexia (p = 0,018) y, en las mujeres, este porcentaje fue de 27,9% y 16,2%, respectiva-

mente (p = 0,131). Se observó una posible malnutrición en el 41,5% de las personas con anorexia respecto a un 27,5% de las personas sin anorexia (p = 0,039). La fuerza de agarre se asoció de forma significativa con la anorexia en ambos sexos. En los hombres con anorexia se observó un Barthel suboptimo (< 95 puntos) en un 25,0% respecto a un 6,5% en los hombres sin anorexia (p = 0,012).
Conclusiones: La anorexia presenta una elevada prevalencia entre las personas mayores que viven en la comunidad, muy especialmente entre las mujeres. La anorexia puede determinar la pérdida de peso, el estado nutricional, la fuerza muscular y la capacidad funcional de las personas mayores.

VALORACIÓN DE PARÁMETROS NUTRICIONALES COMO PREDICTORES DE MORTALIDAD EN UN SOCIOSANITARIO DE 105 CAMAS

J. Palma Ordóñez, E. Viñuelas Torrico, M.R. Cano Castellá, M. Rosich Estragó y M. Escuer Ros
Residencia Monterols, Reus.

Objetivo: *1)* Valor predictivo de los parámetros nutricionales albúmina, linfocitos, transferrina y colesterol. *2)* Prevalencia de enfermedades y fármacos implicadas en trastorno de la nutrición en la muestra estudiada.
Material y método: Muestra de 84 pacientes exitus en los que se valoró la edad, sexo, analítica con parámetros alterados, estancia en días desde analítica alterada, enfermedades y fármacos implicados en desnutrición.
Resultados: Estancia media de pacientes con afectación leve de albúmina (30-35 gr/l) fue 249 días. Estancia de pacientes con afectación moderada de albúmina (25-30 gr/l) fue 175,5 días. Estancia de pacientes con afectación grave de albúmina (25 gr/l) fue 3,75 días. Estancia de pacientes con afectación leve de línfocitos (1.000-1.499/mm^3) fue 116,46 días. Estancia de pacientes con afectación grave de linfocitos (750/mm^3) fue 2,5 días. Estancia de pacientes con afectación leve de transferían (150-200 mg/dl) fue 94,1. Estancia de pacientes con afectación moderada de transferrina (100-150 mg/dl) fue 97,75). Estancia de pacientes con afectación grave de transferrina (100 mg/dl) fue 202. Estancia de pacientes con afectación de colesterol (160 mg/dl) fue 209,12. Estancia de pacientes con dos parámetros alterados 138,03 días. Estancia de pacientes con tres parámetros alterados 65,56. estancia media de pacientes con los cuatro parámetros alterados 67 días. Enfermedades prevalentes en la muestra: Cardiovasculares, demencia, psiquiátricas. Fármacos prevalentes en la muestra: Antibióticos, antisecretores y diuréticos.

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]Hospital de Mataró. 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 y 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 del resultado: 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 grupo control (2). Grupo 1, 15 exitus (13,4%), 24 incomparecencia (21,4%) y grupo 2, 12 exitus (10,5%) y 25 incomparecencia (21,9%). Grupo 1 se observó un incremento de peso de 0,86 Kg (DT 3,7) y grupo 2 un decreemento 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.

TIPIFICACIÓN DE LOS PACIENTES MAYORES DE 74 AÑOS INGRESADOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DE UN HOSPITAL COMARCAL

J. Aligué Capsada, O. El Boutrouki, A. Otero Fernández, M.J. Pinazo Delgado, M. Sánchez Fernández, C. Morales Coca, J. Herms Berenguer y F. Ramos Soria
Fundación Althaia, Manresa

Objetivos: Analizar los pacientes mayores de 74 años ingresados en el Servicio de Medicina Interna de un hospital comarcal durante 7 días de junio de 2005, valorando: motivos de ingreso, grado de dependencia funcional previa, comorbilidad y deterioro cognitivo.
Material y métodos: Estudio transversal. Se incluyen los ancianos mayores de 74 años ingresados durante 7 días consecutivos en el Servicio de Medicina Interna de la Fundación Althaia. Se analizó: edad, sexo, motivo de ingreso, grado de dependencia funcional previo (índice de Barthel), comorbilidad (índice de Charlson) y deterioro cognitivo (test de Pfeiffer).
Resultados: n =54 pacientes (70,12% de los ingresos). Edad media 82,61. Mujeres 55,55%. Motivos de ingreso: sobreinfección respiratoria (18,51%), insuficiencia cardiaca (14,81%), neumonía (12,96%), infección urinaria (12,96%), AVC (9,25%), anemia (9,25%), GEA (3,70%), deshidratación (3,70%), resto (14,81%). Índice de Barthel: 31,48% independencia funcional (100), 29,62% dependencia leve (60-95), 11,11% dependencia moderada (45-55), 12,96% dependencia grave (20-40), 14,81% dependencia total (< 20). Índice de comorbilidad de Charlson: media de 1,98. Test de Pfeiffer: 31,48% sin deterioro cognitivo (0-2 errores), 12,96% deterioro cognitivo leve (3-4 error es), 55,55% deterioro cognitivo moderado-grave (5 o más errores).
Conclusiones: *1)* El 70,12% de los pacientes ingresados tenían más de 74 años. *2)* La causa de ingreso más frecuente fue la sobreinfección respiratoria (18,51%). *3)* Alta prevalencia de pacientes con deterioro cognitivo moderado-grave (55,55%). *4)* Existe un 40,73% de pacientes con dependencia ligera o moderada, tributarios a medidas preventivas durante el ingreso para evitar un deterioro del estado funcional.

PREVALENCIA DE INCONTINENCIA URINARIA Y VEJIGA HIPERACTIVA EN MAYORES DE 65 AÑOS INSTITUCIONALIZADOS

L. Gómez Pérez[1], J.L. Ruiz-Cerdá[1], S. Armengol[2], I.L. Expósito Martín[3] y E. Martínez-Agulló[1]
[1]Servicio de Urología, Hospital Universitario La Fe, Alcobendas [2]Unidad Médica [3]Unidad Médica.

Objetivos: Determinar la prevalencia de incontinencia urinaria y vejiga hiperactiva en mayores de 65 años institucionalizados.
Material y métodos: Entrevista personal a una muestra de 1000 mayores de 65 años, con capacidad cognitiva conservada, institucionalizados en 28 residencias geriátricas de las provincias de Valencia y Albacete. El tamaño muestral se calculó para obtener el valor de la variable principal con una seguridad del 95% y un intervalo de confianza no superior a ± 3%. Se ha determinado la prevalencia de incontinencia urinaria y vejiga hiperactiva, así como su relación con la edad, sexo, comorbilidad médica y utilización de material absorbente.
Resultados: De las mil personas encuestadas, 44 fueron excluidas por no disponer de información relativa a la edad y/o sexo. La distribución por sexo fue: 28,14% varones y 71,86% mujeres y la edad media fue de 81,88 años. Respecto al estado civil, el 52,3% estaban viudos, 27,72% solteros, 14,54% casados y 4,18% divorciados. Presentaban trastornos crónicos el 37,6% y trastornos de la movilidad casi el 30%. Aproximadamente la mitad de la población encuestada presentaba incontinencia urinaria (45,82%) y el 68,10% síntomas de vejiga hiperactiva. Respecto a la utilización de material absorbente, el 37,1% utilizaba pañal, 16,6% compresa y sólo el 1,6% salva slip.
Conclusiones: La vejiga hiperactiva y/o incontinencia urinaria, es una patología con alta prevalencia en los pacientes institucionalizados. Su incidencia se incrementa con la edad y con la limitación de la movilidad del sujeto.
Este estudio ha sido posible gracias a la financiación de Almirall y Pfizer España.

PROGRAMA DE REEDUCACIÓN DE LAS TRANSFERENCIASBÁSICAS

V. Gascon Fernández, E. Coronado Liébana y L. Rovira Canudas
Residencia Sant Vicenç de Castellet, Sant Vicenç del Castellet.

Objetivos: Conocer la utilidad de un programa de reeducación de transferencias en una residencia de personas mayores para: *a)* Mejorar las transferencias básicas de la vida diaria, *b)* Evitar caídas, llevando a cabo una transferencia más segura, *c)* Realizar una buena praxis del personal ya que permite prevenir accidentes laborales, *d)* Aumentar la autonomía, con lo cual se incrementa el sentimiento de utilidad y/o autoestima del residente.
Material y métodos: *1)* formación/información /soporte al personal gerocultor. *2)* creación de unos criterios de inclusión y de un registro específico para el seguimiento del programa. *3)* reeducación del control de tronco. *4)* reentrenamiento de las transferencias con/sin ayudas técnica. El programa consta de: *a)* 1 sesión semanal de 20 minutos de duración por paciente en la sala de rehabilitación, *b)* entrenamiento diario in situ. El programa ha sido llevado a cabo por el servicio de fisioterapia, terapia ocupacional y enfermería. El material utilizado son los datos de la valoración geriátrica integral (Barthel, Tinetti y Lobo).
Resultado: Se ha podido apreciar una mejora de las transferencias desde el inicio del programa, reflejándose un cambio en el resultado de escalas como el Barthel y el Tinetti. También se ha observado una disminución de las bajas laborales.
Conclusión: Después de analizar los Resultados obtenidos creemos la importancia de aplicar un programa de este tipo en un centro de personas mayores, siempre y cuando existan unos criterios de inclusión bien definidos.

HIPODERMOCLISIS EN PACIENTES FRÁGILES PSICOGERIÁTRICOS. VALORACIÓN RIESGO/BENEFICIO

M. Llanos Mira Garcia-Gutierrez, D.A. Corominas Verdaguer
y S. Benades Teixidor
Hospital Sagrat Cor, Martorell.

Objetivos: Evaluar la aparición de complicaciones de la hipodermoclisis (HDC) administrada a pacientes psicogeriatricos frágiles con riesgo de deshidratación por procesos agudos o con deshidratación moderada.
Material y métodos: Estudio prospectivo descriptivo de 6 meses de duración realizado en las unidades de psicogeriatría. Se incluyeron todos los pacientes tratados con HDC.
Resultados: 22 pacientes recibieron 41 tratamientos. Edad media 82 años. 72% mujeres. El 90% con dependencia severa o total. El 68% tenían deterioro cognitivo severo y el 23% moderado, medido con MMSE. Se administró un volumen diario de 1 a 2 litros de suero fisiológico por vía subcutánea en abdomen, muslo y espalda, una media de 2,8 días. El 50% de las indicaciones fue por deshidratación asociada a infección, 15% por negativa a la ingesta. Se registraron complicaciones locales, coincidiendo con el punto de perfusión en muslo: 4,8% edema-dolor y 2,4% hematoma. La mejoría clínica se correlacionó con parámetros analíticos como urea y creatinina en sangre.
Conclusiones: Aunque la mayoría de datos disponibles sobre esta técnica evidencian una buena tolerancia y mínimas complicaciones, creí amos necesario evaluar objetivamente la aparición de estas. Este estudio confirmó que la HDC es una buena alternativa de tratamiento en la deshidratación. Los Resultados muestran que es una técnica de fácil aplicación en pacientes psicogeriátricos con trastornos de conducta y que presenta pocas complicaciones locales. Los parámetros analíticos de función renal corroboran que la infusión de 1 a 2 litros /día y la duración de 1 a 5 días son suficientes para la hidratación.

EFICACIA Y TOLERANCIA DE UN SUPLEMENTO NUTRICIONAL COMPLETO, ESPECÍFICO Y DE TEXTURA CREMA EN PACIENTES ANCIANOS DIABÉTICOS

C. Vázquez, B. Bou y M. Bagaria
Centro Sociosanitario L'Estada, Sant Andreu de Llavaneres.

Los pacientes ancianos representan un colectivo de elevado riesgo nutricional por diversas causas. Las dificultades en la deglución y las alteraciones en el metabolismo de la glucosa son trastornos frecuentes en los ancianos que pueden limitar su alimentación, comprometiendo su estado nutricional y su evolución clínica. La administración de un suplemento completo, específico par a pacientes diabéticos y en textura crema podría representar una alternativa eficaz en el manejo nutricional y glicémico de estos pacientes.
Objetivos: Evaluar en ancianos diabéticos si el uso de un suplemento completo y específico en textura crema (Resource® Diabet Crema), favorece un mejor control sobre la glicemia posprandial que el uso de un suplemento estándar.
Material y métodos: Se realizó un estudio cruzado, doble ciego en 24 pacientes (7 hombres, 17 mujeres) mayores de 65 años (81,5 ± 7,8 años) con diabetes tipo 2 bajo diferentes tratamientos (33,3% dieta, 20,9% antidiabéticos, 45,8% insulina) ingresados en una residencia geriátrica. Los pacientes recibieron dos tipos de suplementos: un suplemento específico (24P/46CH/30G con 2,7 g MUFA, libre de sacarosa, con fructosa, almidón y 6,1 g de fibra soluble) y un suplemento estándar (30P/45CH/25G, con sacarosa, maltodextrina y sin fibra), ambos de textura crema. Los suplementos fueron administrados con 10 días de diferencia entre ambos, en orden aleatorio y en forma de merienda. El resto de la dieta del día se estandarizó entre ambas intervenciones. Se determinó la glicemia capilar antes de la toma de cada suplemento, y al cabo de 60 y 120 minutos tras su consumo y se calculó el área bajo la curva de glicemia posprandial (AUC). La tolerancia gastrointestinal y la aceptación organoléptica fueron también estudiadas.
Resultados: No se observaron diferencias en los niveles basales de glicemia entre ambas intervenciones (138,7 ± 11,4 mg/dL vs 136,1 ± 12,4 mg/dL; NS). Los niveles de glicemia fueron significativamente más bajos para el suplemento específico que para el estándar tanto a los 60 min (146,5 ± 9,8 mg/dL vs 165,3 ± 12,3 mg/dL; p = 0,001) como a los 120 min (130,3 ± 10,4 mg/dL vs 146,0 ± 10,8 mg/dL; p = 0,031). El AUC de glicemia posprandial fue un 9% inferior tras el consumo del suplemento específico (279,7 ± 20,2 mg/dL vs 307,6 ± 21,9 mg/dL; p =0,006). La tolerancia digestiva y la aceptación fueron buenas en ambos casos.
Conclusiones: En ancianos con diabetes tipo 2, el uso de un suplemento específico con textura crema (Resource® Diabet Crema) favorece un mejor control glicémico posprandial con óptima tolerancia digestiva y excelente aceptación.

REEDUCACIÓN FISIOTERAPÉUTICA DE LAS ALTERACIONES DE LA MARCHA

E. Bermúdez Gómez, M. Machuca Lleveria, J.L. Ramírez Civera,
R. Cano Castellà y M. Rosich
Centro Sociosanitario Monterols (Institut Pere Mata), Reus, Tarragona.

Objetivos: En el servicio de fisioterapia los trastornos de la marcha causados por la edad o por situaciones patológicas representan un alto porcentaje de los tratamientos. La marcha está alterada cuando no existe el sincronismo movilidad-estabilidad y no se reduce la oscilación del centro de gravedad, determinados por la rotación e inclinación pélvicas, flexión de rodilla, movimientos del tobillo, ascenso del talón con flexión de rodilla y desplazamiento lateral de la pelvis y del centro de gravedad. La fisioterapia realiza una reeducación para alcanzar el principio de economía.
Material y métodos: En primer lugar realizamos un estudio detallado de la postura y de la marcha mediante análisis de la bipedestación, inicio y longitud del paso, separación pie-suelo, balanceo de los miembros superiores, equilibrio y un examen del balance articular y muscular, de la coordinación y de la estabilidad del tronco. Posteriormente nos planteamos una marcha estable, con una biomecánica apropiada y eficaz. A partir de los objetivos planteados desarrollamos el plan terapéutico, constituido por tonificación muscular, ejercicios estabilizadores del tronco, bipedestación disminuyendo la base de sustentación, trabajo de coordinación y equilibrio, ejercicios de marcha progresivamente más autónoma, propioceptivos y circuito con obstáculos. Si persiste un déficit residual podemos recurrir a medios auxiliares de la marcha.
Resultados: Los resultados del tratamiento fisioterapéutico variarán según la alteración que provoque las disfunciones analizadas.
Conclusiones: El tratamiento fisioterapéutico es importante para conseguir una marcha estable y eficaz, minimizar el riesgo de caída, aumentar la autonomía en las AVDs y mejorar la calidad de vida.

HIPERPARATIRODISMO PRIMARIO CON HIPERCALCEMIA SEVERA EN PACIENTE ASINTOMÁTICO

B. Grandal Leiros, F. Madruga Galán, A. Blanco Orenes, M.A. de La Torre Lanza, F.J. Tarazona Santabalbina, J.L. Blazquez Carrasco, M. Mareque Ortega, R. Padilla Clemente, A. Cruz Santaella y B. Cobos Antoranz
Hospital Virgen del Valle, Toledo.

Varón de 76 años que consulta por cuadro de dos años de evolución de dolor a la masticación tras extracción dentaria, esto le obliga a alimentación por dieta turmix y le ha ocasionado la pérdida de 15 Kg. de peso. El paciente ha sido valorado por especialistas en Odontología, Neurología y Cirugía Maxilofacial con persistencia del dolor a pesar de la analgesia pautada. En los últimos 15 días refiere dorsalgia intensa así como astenia e hiporexia. En una analítica de rutina, realizada dos años antes, se objetivó calcemia de 12,8 mg/dl, estando el paciente asintomático y sin realización de estudios etiológicos. Los antecedentes personales incluyen fibrilación auricular crónica, espondiloartrosis y litiasis renal. En la exploración física destaca hábito asténico, cifoescoliosis y aumento del tamaño del tiroides. En la analítica de rutina destaca: calcio de 16,6 mg/dl, proteínas totales normales, fosforemia 2,3 mg/dl y PTH intacta 827,7. La gammagrafía muestra una hipercaptación en ambas paratiroides inferiores. Ante la sospecha de un hiperparatiroidismo primario se pauta tratamiento con bifofonatos intravenosos disminuyendo la calcemia hasta 9,8 mg/dl. Dada la estabilidad clínica se trata con diuréticos y analgésicos y se deriva a consultas de cirugía.
Conclusión: Se define hipercalcemia como la existencia de cifras de calcio en sangre superiores a los valores de referencia. El hiperparatiroidismo primario y las neoplasias malignas causan el 90% de las hipercalcemias. La afectación clínica está en relación con los niveles de calcio en sangre, pero no hay una correspondencia entre la sintomatología y los valores de calcemia.

PREVALENCIA Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A COLONIZACIÓN POR MARSA EN 4 CENTROS SOCIOSANITARIOS Y UN HOSPITAL DE AGUDOS

A. Llopis Calvo[1], J. Cor nudell[2], A. Robledo[3], C. Vazquez[4], P. Barrufet[5], M. Serra-Prat[5], E. Vendrell[5], L. Force[5], G. Sauca[5] y J.A. Capdevila[5]
[1]Antic Hospital Sant Jaume, Mataró, [2]Casal de Vilassar de Mar, [3]Centre Geriàtric del Maresme, [4]L'Estada de Llavaneres, [5]Hospital de Mataró.

Objetivos: *1.* Conocer la prevalencia de MARSA en el Hospital de Mataró (HM) y 4 Centros Sociosanitarios (CSS). *2.* Identificar los factores de riesgo asociados al MARSA.
Material y métodos: Estudio transversal de prevalencia de MARSA realizando cultivo de fosas nasales (FN) y úlceras a los pacientes ingresados y registro de una serie de variables para detectar factores de riesgo.
Resultados: 699 pacientes, 286 en el HM, 413 en los CSS. Edad media HM: 66,3 años (50,3% mujeres) y CSS 76,6 años (63,4% mujeres). Prevalencia de MARSA: 7,3% en el HM y 22,5% en los CSS. Análisis bivariante, factores de riesgo (FR) en el HM: proceder de una residencia/CSS (OR 6,75), úlceras (OR 5.67), Barthel <60 (OR 3,19) y ser varón (OR 2,72). En los CSS los FR fueron: sonda urinaria (OR 7,18), colonización previa (OR 4,67), Úlceras (OR 4,28), otras lesiones cutáneas (OR 3,5), antibióticos previos (OR 2,65), SNG (OR 7,13) y Barthel < 15 (OR 1,5). Análisis multivariante, FR en el HM: proceder de un CSS o residencia (OR 4,84), úlceras (OR 4,37), y ser varón (OR 5,21). En los CSS los FR fueron: sonda urinaria (OR 3,53), lesiones cutáneas (OR 2,64), úlceras (OR 2,44) y la toma previa de antibióticos (OR 2,23).
Conclusiones: *1.* La prevalencia de MARSA en los CSS es elevada. *2.* En los CSS los FR son ser portador de sonda urinaria, tener úlceras o lesiones cutáneas y haber tomado antibióticos los últimos 6 meses. *3.* En el HM son FR son proceder de una residencia o CSS y tener úlceras.

¿TRATAMOS ALEATORIAMENTE NUESTRAS DEMENCIAS? ¿SEGUIMOS CRITERIOS? ¿QUÉ CRITERIOS?

M. Antón Jiménez
Hospital Nuestra Señora de la Montaña, Cáceres.

Objetivo: De cara a un progresivo afinamiento terapéutico, resulta básico analizar, además del propio estadío evolutivo, qué factores ambientales u orgánicos influyen en la elección del fármaco como terapia inicial. Nos planteamos identificar qué criterios se siguieron en nuestra muestra y si son equiparable a los seguidos en otros estudios.
Material y métodos: En una muestra homogénea de 228 pacientes se decide un tratamiento farmacológico inicial con galantamina (GAL), rivastigmina (RIV), donepezilo (DON) o memantina (MEM). Se realiza un estudio retrospectivo de cohorte, analizando individualmente factores de riesgo vascular (FRV) y Hachinski, factores epidemiológicos (edad, sexo, institucionalización, procedencia, escolarización y medicación previa), clasificación evolutiva según escala GDS, valoración inicial cognitiva (MMSE), funcional (Blessed A y B) y conductual (Blessed C). Posteriormente, se analiza si existe correlación significativa bivariada de los factores mencionados (Coef. Pearson: $p < 0,01$) en relación con el fármaco escogido utilizando el paquete estadístico SPSS 11,5.
Resultados: Los factores epidemiológicos no correlacionaron con la elección del fármaco. Los cuatro fármacos correlacionaron con la puntuación global GDS, MMSE y Hachinski. La elección de GAL correlacionó significativamente con dos FRV y con una puntuación de Hachinski > 7. DON correlacionó con una puntuación de Hachinski 4. Tres fármacos (GAL, DON y MEM) correlacionaron con Blessed A, mientras que sólo dos fármacos (DON y MEM) lo hicieron Blessed B. Tan sólo MEM correlacionó con Blessed Total y Blessed C. Por último, los perfiles conductuales positivos (agresividad, desinhibición y wondering) correlacionaron con la elección de RIV; por el contrario, los negativos (depresión y apatía) lo hicieron con DON y MEM.
Conclusiones: *a)* Los factores epidemiológicos no influyeron en la elección del fármaco. *b)* El estadío evolutivo (GDS), la valoración cognitiva y la situación funcional previa fueron los criterios determinantes para elegir "a priori" un acetilcolinesterásico (IACh) o MEM. *c)* En relación con los IACh, los FRV, la puntuación en la escala de Hachinski y la sintomatología conductual predominante (positiva-negativa) implicaron la selección del fármaco.

¿MEDIMOS IGUAL LOS FACTORES DE RIESGO VASCULAR EN DEMENCIA? ¿TIENEN CORRELACIÓN PRONÓSTICA?

M. Antón Jiménez
Hospital Nuestra Señora de la Montaña, Cáceres.

Introducción: Parece probado que son precisamente la aparición de factores de riesgo vascular los que determinan que se exprese o no clínicamente una demencia.
Objetivo: Analizar si existe correlación entre el número de factores de riesgo (FRV), la puntuación en la escala de Hachinski y el deterioro cognitivo, funcional o conductual. Posteriormente, si existe correlato bivariado entre estos parámetros y los perfiles de conducta, para valorar si siempre nos referimos a lo mismo cuando hablamos de los FRV y su repercusión pronóstica.
Material y métodos: En una muestra homogénea de pacientes en tratamiento farmacológico, se recogen los antecedentes de hipertensión arterial (HTA), diabetes (DM), hiperlipemia (HLP), fibrilación auricular (FA) y déficit de B12-fólico. Además, se obtienen las puntuaciones del test de Hachinski. Por otra parte, se realiza la valoración cognitiva con el test de MMSE, la valoración funcional con la puntuación en los apartados A y B de la escala de Blessed y la valoración conductual con el apartado C de la misma. Se analiza si existe correlación bivariante (coeficiente de Pearson) y su significación estadística, utilizando el paquete SPSS 11,5.
Resultados: Casi el 20% de nuestra muestra no presentaba FRV. Se encontró correlación entre HTA, HLP y la puntación en MMSE; sin embargo, no se correlacionó ni con el Blessed total ni con sus apartados A, B o C. Por contra, la puntuación en el test de Hachinsk se correlacionó con la puntuación global del Blessed y con sus 3 apartados, siendo mayor en el de hábitos (B) y en el conductual (C). La asociación de FRV no correlacionó con MMSE ni con Blessed.
Conclusiones: *a)* Los factor es de riesgo vascular de más peso fueron HTA, HLP y DM. *b)* Los factores de riesgo vascular correlacionaron con declinar cognitivo, pero no con deterioro funcional ni conductual. *c)* Por contra, la puntuación de Hachinski correlacionó más con declinar funcional y conductual. *d)* Probablemente, no medimos de forma uniforme los FRV en demencia. La valoración sistematizada y concomitante de estos 2 parámetros (FRV y Hachinski) parecen resultar de gran importancia pronóstica, de cara al tratamiento de estos pacientes.

LAS DEMENCIAS QUE TRATAMOS ¿SON TODAS EQUIPARABLES?

M. Antón Jiménez
Hospital Nuestra Señora de la Montaña, Cáceres.

Objetivo: Generalmente, se realizan estudios de intervención terapéutica comparando muy diferentes grupos muestrales. Nos proponemos deslindar las características peculiares (extrínsecas al propio proceso degenerativo) y establecer cuál es el perfil real de nuestra población de actuación a nivel epidemiológico, cognitivo, funcional, conductual y social. Además, valoramos si existen rasgos idiosincrásicos en relación con otros grupos poblacionales.
Material y métodos: Estudio descriptivo observacional de los pacientes actualmente en tratamiento farmacológico en nuestra Unidad. De una muestra inicial de 228 sujetos se analizan: *a)* datos demográficos (edad, sexo, escolarización, procedencia e institucionalización). *b)* Factores de riesgo vascular (FRV) y Hachinski *c)* Valoración global GDS *d)* MMSE *e)* Blessed *f)* medicación previa. Estas variables son tratadas estadísticamente con el paquete SPSS 11.5
Resultados: La edad media es de 79.5 (65-96) con predominio de mujeres (73,68%). Un 62,7% tiene estudios primarios y hasta el 25% son analfabetos. Casi un 54% viven en la ciudad y tan sólo el 12% está institucionalizado. La mitad tiene uno o dos FRV y más de 1/5 de la muestra no presenta ninguno. La puntuación de Hachinski, en un 54%, es 4 mientras un 23% es > 7. La media del GDS es de 4,8 (3-7) con un MMSE de 14,8 y un Blessed de 10,54 (A = 4,5; B = 1,82; C = 4,26). En el apartado conductual el 7% presenta desinhibición, el 24% depresión y el 29% agresividad. Los más frecuentes son wondering (30,4%) y apatía (60,5%). Presentan delirios el 20,6% y alucinaciones el 21,1% con fuerte asociación mutua. Un 38,6% toma benzodiacepinas, un 30% neurolépticos y un 44,7% antidepresivos
Conclusiones: Destacamos como rasgos peculiares de nuestra muestra el alto porcentaje de analfabetismo, la baja tasa de institucionalización, el alto porcentaje de pacientes sin FRV (corroborado con la puntuación de Hachinski,), el elevado consumo de medicación psicotropa y con apatía como alteración conductual concomitante. El perfil real de nuestros pacientes es una mujer de 80 años con muy bajo nivel de escolarización, que vive en domicilio, con pocos FRV y deterioro cognitivo moderado (GDS 5), independiente para actividades básicas pero no para las instrumentales, con apatía predominante y alto consumo de fármacos psicotropos.

ESTUDIO DE INTERVENCIÓN FARMACOLÓGICA EN DEMENCIA: ¿EXISTEN PERFILES DE OPTIMIZACIÓN?

M. Antón Jiménez, L. Burriel Lobo, R. Esteban Saiz y J.L. González Guerrero,
Hospital Ntra. Sra. de la Montaña, Cáceres.

Objetivo: La diversidad de fármacos utilizados en demencia, la peculiaridad de sus mecanismos de acción y su traducción clínica hacen que sea importante caracterizar a la población diana más sensible a cada fármaco para obtener la mayor eficacia terapéutica. Intentamos establecer si existen perfiles de pacientes que se correlacionen con mejor resultado tanto a nivel cognitivo, conductual como funcional, tras la intervención farmacológica con anticolinesterásicos (I ACh) o memantina (MEM).
Material y métodos: De una muestra inicial de 228 pacientes tratados durante 6 meses con IACh como galantamina (GAL), rivastigmina (RIV), donepezilo (DON) o MEM. Se analiza: *a)* la eficacia de la intervención a nivel cognitivo, funcional o conductual; *b)* Si existe correlato significativo con la situación basal (según escalas GDS, MMSE y Blessed); *c)* Si existe eficacia específica en algún perfil conductual para cada fármaco. El tratamiento estadístico se realiza a través del paquete SPSS 11,5
Resultados: *a)* GAL mejoró en más de un punto la puntuación del Blessed Total que se significó en todos los apartados (A, B y C). RIV y DON presentaron discreta mejoría cognitiva pero no funcional y los tratados con MEM, menor empeoramiento funcional que cognitivo. *b)* DON no correlacionó con MMSE ni con Blessed Total, pero si negativamente con Hábitos (Blessed B). RIV es el que más correlaciona positivamente con MMSE pero no con Blessed. GAL si correlaciona positivamente con MMSE y negativamente con Blessed A, B y C. MEM correlaciona negativamente con MMSE y positivamente con Blessed. *c)* GAL fue más eficaz en perfiles depresivos, apáticos y con "wondering". RIV y MEM fueron eficaces en "wondering", mientras que DON fue mucho más eficaz en apatía, pero no en el resto.
Conclusiones: *a)* La intervención farmacológica a los 6 meses fue eficaz aún en estadíos avanzados. Todos los IACh obtuvieron mejoría cognitiva pero sólo galantamina consiguió mejoría funcional (Blessed A y B) y conductual (Blessed C) *b)* Quizás un perfil de predominio funcional y conductual en estadíos moderados orienten hacia la utilización de galantamina. En cambio, un perfil más cognitivo, al que puede añadirse "wondering", sería idóneo para el uso de rivastigmina. El predominio de apatía decantaría más la elección hacia donepezilo. Por último, en estadíos avanzados con predominio de sintomatología positiva (desinhibición, agresividad y wondering) memantina revela mayor utilidad.

ESTADO FUNCIONAL DE LOS PACIENTES INGRESADES EN UN CENTRO SOCIOSANITARIO DE LARGA ESTADA

S. García, G. Ruíz, S. Canalda, P. Solano, A. Cortiella y M. Alsasà
Centro Sociosanitario Ciutat de Reus, Reus.

Introducción: El Centro Socio Sanitario Ciutat de Reus es una entidad incluida dentro del Grupo empresarial STS. Consta de 52 plazas concertadas de larga estancia y soporte familiar, de 33 plazas privadas sociosanitarias y de 20 plazas concertadas de Hospital de día. Nos planteamos el realizar un estudio del estado funcional de los pacientes ingresados.
Objetivos: *1.* Evaluar el estado funcional en un momento determinado. *2.* Comparar con el estado funcional del ingreso. *3.* Valorar estado funcional dependiendo del sexo y patología.
Material y métodos: Se realizará un estudio descriptivo transversal en un momento determinado en un centro de larga estancia. Se trabaja con una muestra 52 pacientes. Se estudia sexo, deterioro cognitivo, estado funcional y patología al ingreso A todos los ingresados se le realiza un Barthel (Comer, higiene, vestirse, control anal/vesical, uso W. C., transferencia de silla, deambulación, subir / bajar escaleras). Se compara los Resultados según sexo, diagnóstico y Barthel desde el ingreso hasta el día del estudio.
Resultados: Del total ingresados, según sexo; 37,7% hombres y 62,3% mujeres. La población que muestra deterioro cognitivo es 37,7%, y no deterioro, 62,2%. Según Escala Barthel desde ingreso hasta estudio; 35,8% ha aumentado, 35,8% ha diminuido y el 28,3% se ha mantenido. Según el sexo: En mujeres; 34,3% ha aumentado, 34.3% ha diminuido y el 31,25% se ha mantenido. En hombres; 42,8% ha aumentado, 33,3% ha diminuido y el 23,8% se ha mantenido. Según el estado cognitivo. De los pacientes con deterioro cognitivo: 15% ha aumentado, 60% ha diminuido y el 25% se ha mantenido. De los pacientes sin deterioro cognitivo; 17% ha aumentado, 18,1% ha diminuido y el 30,3% se ha mantenido.
Conclusiones: Se ha realizado la escala de Barthel en el 100% de los pacientes ingresados en nuestro centro. Más del 50% de los pacientes ingresados mantienen o aumentan su estado funcional. En los pacientes de sexo masculino se observa una mayor autonomía que en el sexo femenino. A peor estado cognitivo resulta más difícil la recuperación funcional.

ESTADO NUTRICIONAL DE LOS PACIENTES INGRESADOS EN UN CENTRO SOCIOSANITARIO DE LARGA ESTANCIA

C. Pérez, A. Cortiella, P. Solano, B. Gallerini, L. Vallinoto y M. Alsasà
Centro Sociosanitario Ciutat de Reus, Reus.

Objetivos: *1.* Instaurar registro de estado nutricional en todos los pacientes ingresados en nuestro centro de larga estancia. *2.* Valorar el estado nutricional de los pacientes ingresados. *3.* Comparar el estado nutricional de nuestros pacientes relacionándolo con el estado cognitivo y el estado funcional.
Material y métodos: Se realiza un estudio descriptivo transversal en un momento determinado en un centro de larga estancia. Se trabaja con una muestra de 53 pacientes. A todos los ingresados se realiza A/S con los parámetros nutricionales (albúmina y proteínas totales), exploración física con peso y talla incluidos y entre otras valoraciones se realiza el MNA. Se compara los Resultados según edad, sexo y diagnóstico. Se valora el estado cognitivo con el GDS y el estado funcional con el Barthel.
Resultados: Se ha realizado el test del MNA en el 100% de pacientes ingresados en nuestro centro. Del total el 37,7% son hombres y el 62,3% mujeres. Observamos que un 43,5% (23) de los pacientes no presentan riesgo de desnutrición, un 41,5% (22) presentan riesgo de

malnutrición y un 15% (8) presentan malnutrición. Si agrupamos pacientes con malnutrición y riesgo de malnutrición (56,5% = 30 pacientes) y lo relacionamos con el estado cognitivo obtenemos: un 20% (6) no presentan deterioro cognitivo, un 20% (6) deterioro cognitivo leve, un 33,3% (10) deterioro cognitivo moderado y un 30% (9) deterioro cognitivo severo. Según el estado funcional de los pacientes con riesgo de malnutrición o de malnutrición un 16,6% (5) presentan dependencia leve, un 36,6% (11) presentan dependencia moderada y un 46,6% (14) presentan dependencia severa. Se ha determinado el nivel de albúmina en el 85% (45) de los pacientes. Sólo en el 37,5% (3) de los casos con malnutrición y un 40,9% (7) de los casos con riesgo de malnutrición se relaciona con hipoalbuminemia.
Conclusiones: *1.* Ha habido un cumplimiento del 100% de los MNA. *2.* El 43,5% de los pacientes ingresados tienen un buen estado nutricional. *3.* Hay una relación entre el deterioro cognitivo y el estado nutricional. *4.* A más dependencia funcional peor estado nutricional. *5.* Se iniciará suplemento nutricional y se valorará la posibilidad de repetir el estudio a los 6 meses para evaluar los Resultados.

PERFIL DE LOS PACIENTES INGRESADOS EN HOSPITAL DE DÍA

P. Solano, R. Franco, L. Prats, J. Valls, A. Cortiella y M. Alsasà
Centro Sociosanitario Ciutat de Reus, Reus.

Introducción: El Centro Socio Sanitario Ciutat de Reus es una entidad incluida dentro del Grupo empresarial STS. Consta de 52 plazas de larga estancia y soporte familiar, de 33 plazas privadas socio-sanitarias y de 20 plazas concertadas de Hospital de Día. El equipo profesional de hospital de día está formado por: médico, enfermera, auxiliar de enfermería, fisioterapeuta, animadora socio-cultural, psicóloga y trabajadora social. El horario es de lunes a viernes de 9 a 17 horas.
Objetivos: *1.* Analizar el perfil de los usuarios de Hospital de día. *2.* Evaluar el trabajo realizado en Hospital de Día por parte de los diferentes profesionales. *3.* Estudiar las necesidades de los pacientes ingresados y los que se dan de Alta.
Material y métodos: Se realiza un estudio descriptivo retrospectivo durante el período del 1/01/05 al 31/12/05. Se estudiará: edad, sexo, procedencia, destino al alta, motivo de ingreso, diagnóstico, necesidades de cada usuario en relación a curas de enfermería, fisioterapia y estimulación cognitiva.
Resultados: Se ha analizado el 100% de pacientes ingresados en hospital de día en el 2005. Según edad y sexo la distribución es la siguiente: 46,4% son hombres y 53,6% mujeres; 14,3% < de 65 años, 67,8% entre 65-85 a., y 17,8% >85 a. Respecto al motivo de ingreso: 17,8% precisaban curas de enfermería, 57,1% rehabilitación funcional y 25% estimulación cognitiva. En relación a la procedencia de los usuarios ingresados durante el año: el 78,5% procedían del domicilio. Respecto al destino al alta: 61% al domicilio, 14% a hospital de agudos, 7% son exitus y 5% son alta voluntaria. "En relación al diagnóstico de los pacientes: 49% demencia y 61% son enfermedades a nivel físico.
Conclusiones: *1.* Se han estudiado el 100% de los pacientes ingresados en Hospital de día durante el año 2005. *2.* El perfil de la persona ingresada es: mujer, entre 65-85 años, con patología física que precisa rehabilitación. *3.* El principal motivo de ingreso es para realizar recuperación funcional, seguida de estimulación cognitiva y, por último, necesidades de enfermería. *4.* El principal destino al alta es a domicilio y, también, la mayoría de los ingresados durante este año procedían de domicilio.

IMPLANTACIÓN DE UN SERVICIO DE FARMACIA EN LA CASA DE MISERICORDIA DE PAMPLONA

R. Ramírez Ponferrada[1], I. Fernández Llodio[2], M. Berasategui Garmendia[2], O. Goñi Zamarbide[2] y M.J. Gozalo García[2]
[1]Atepharma, Logroño [2]Casa de Misericordia, Pamplona.

Objetivo: Implantación del Servicio de Farmacia por farmacéuticos autónomos de Atepharma.
Material y métodos: Se realizó un diagnóstico de la situación inicial del centro para determinar los recursos humanos y materiales. Se utilizaron un Manual de Procedimientos y unos Protocolos para conseguir el cambio de una dispensación a través de la farmacia a un Servicio de Farmacia, formado por farmacéuticas y auxiliares de farmacia. Al año, se volvió a realizar la evaluación.
Resultados: Unificación de la medicación existente en un único lugar, implantando un sistema de control de caducidades. Preparación de los Sistemas Personalizados de Dosificación. Informatización de las historias farmacoterapéuticas. Elaboración de una Guía Farmacoterapéutica, consensuada con los médicos y adaptación de los tratamientos a ésta. Comienzo de la compra directa, con la autorización por parte de la administración de este Servicio de Farmacia.
Conclusiones: Una evaluación inicial y otra al año, demostraron la mejora en la calidad del servicio farmacéutico. El apoyo de la Dirección, del equipo médico, enfermería, auxiliares y demás personal del centro ha sido imprescindible. Se ha conseguido: *1)* Informatizar las historias farmacoterapéuticas; *2)* Preparar semanalmente los SPDs; *3)* Reducir el gasto farmacéutico al controlar y unificar en un stock común todas las existencias; *4)* Mejorar la relación entre los distintos profesionales con protocolos de comunicación; *5)* Autorización del Servicio de Farmacia y realizar compras directas.

VALORACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL DE LOS ANCIANOS INGRESADOS EN EL CENTRO GERONTOLÓGICO AMMA MUTILVA

A.M. Beltrán Cornago, A. Lozano, J.J. Roldán, E. Rincón, S. García y C. González
Centro Gerontológico Amma Mutilva, Navarra.

Objetivo: Valorar estado nutricional de ancianos de Amma Mutilva, mediante parámetros antropométricos y bioquímicos.
Material y métodos: Estudio trasversal durante dos meses del 2005 y tres 2006 en Amma Mutilva. 170 ancianos evaluados. Variables antropométricas: peso, talla, altura talón rodilla, pliegue tricipital, circunferencia braquial, IMC, MNA. *Laboratorio:* Recuento lifocitario, hemoglobina, hematocrito, transferrina, albúmina, y colesterol. *Equipo informático:* Los datos presentaron una distribución normal. Los valores se expresan como media y desviación estándar para cada variable. Para la comparación de medias se utilizó la prueba T de Student, y el tet de Anova. Se utilizó Chi cuadrado para comparar más de dos grupos. La significación estadística se fija para una T menor de 0,05. Los datos se trataron con el paquete estadístico SPSS.
Resultados: Los ancianos estudiados han sido 80% mujeres y 20% hombres. Las pruebas antropométricas demuestran un deterioro del estado nutricional en función del grado de dependencia, llegando hasta un 23,5%, existiendo también un 10% de obesidad.
Conclusiones: La desnutrición se asocia con sarcopenia, infecciones, úlceras, trastornos de la marcha, caídas, alteraciones inmunológicas, y aumento de la mortalidad. Como preventivistas debemos actuar desde el ingreso, con una valoración que determine los estados de desnutrición evidentes y subclínicos. Debemos intervenir con aporte nutricional, y favoreciendo el ejercicio físico como condicionante de un déficit de apetito y de deterioro nutricional en el anciano

EXPERIENCIA DE UN EQUIPO DE ATENCIÓN DOMICILIARIA EN EL CONTROL Y SEGUIMIENTO DE PERSONAS PORTADORAS DE SONDA DE GASTROSTOMÍA

F. Aroca Martinez, N. Collell Domenech, N. de Alfonso Santiago, A. Doz Modrego, G. Diestre Ortín y A. Ramírez González
Corporación Sanitaria Parc Tauli, Sabadell.

Objetivo: Describir las características de los pacientes portadores de gastrostomía como técnica de nutrición artificial enteral.
Material y métodos: Estudio retrospectivo, observacional y descriptivo. *Criterio de inclusión:* Pacientes atendidos por el PADES desde junio de 1997 hasta diciembre de 2005 portadores de gastrostomía, gastroyeyunostomia o yeyunostomía.
Resultados: De 141 pacientes estudiados, 28 son prevalentes a 31 de Diciembre de 2005. En 5 pacientes pudo retirarse la sonda de gastrostomía. El 78% vivían en sus domicilios. En el 35,5%, el cuidador principal era el conyugue, en el 30% algún hijo, en el 22% personal de residencias y en el 12,5% otros. Los diagnósticos más frecuentes fueron: AVC (37,6%), Neoplasia (28,2%), Demencia (43,71%), Parkinson (15,51%), ELA (11,28%) y otros (25,38%). Se hicieron 784 visitas al domicilio, 523 (66,7%) programadas y 261 (33,3%) urgentes. La visita programada fue motivada por el recambio de la sonda y/o valoración nutricional. Los motivos de las visitas urgentes fueron: dislocación (47,5%), obstrucción (13,7%), problemas de conexión (8,4%), estoma (6,1%) y otras (24,1%) Destino al alta: -fallecieron 91

pacientes (64,5%), el 30,5% en su domicilio,-alta a centro sociosanitario (6,4%), - alta a consulta externa (5%), - alta a EAP (3,5%).
Conclusiones: La gastrostomía es una técnica segura que puede ser controlada en el domicilio. Las complicaciones tardías son fáciles de resolver. El mayor beneficio probablemente lo obtienen los pacientes, que no deben trasladarse al hospital, y sus familias, que pueden recibir soporte y educación sanitaria en el propio domicilio y de manera regular.

UTILIZACIÓN DE ANTICOAGULANTES ORALES EN CENTROS SOCIOSANITARIOS

R. Mas Frigola[1], MªR. Vidal Martí[2], M. Aguas Compaired[3], M. Barba Boada[4], MªT. Bros Carbonell[5], I. Caro Aragonés[6] y O. Santos Marín[7]
[1]Sar - Centro Regina, Barcelona [2]Hospital Evangèlic, [3]Socio Sanitari Palau, [4]MUTUAM, [5]L'Estada Centre Socio sanitari, [6]Centre Residencial d'Estades Temporals, Diputació., [7]Nuestra Sra. de Guadalupe.

Objetivos: Analizar los tratamientos con anticoagulantes orales (ACO) en una población de pacientes ancianos institucionalizados
Material y métodos: Se realizó un estudio transversal en enero de 2006 con 960 pacientes de 7 centros sociosanitarios pertenecientes a programas de larga estancia (LA), convalecencia y psicogeriatría, recogiendo aquellos en tratamiento con ACO. De estos se recogieron: edad, sexo, ACO prescrito y dosis, indicación, INR, número de fármacos totales e interacciones graves según las bases de datos consultadas (Micromedex®).
Resultados: Un 7,1% de los 960 pacientes tenía pautado un ACO. La media de edad de los pacientes tratados fue de 78,4 años. Un 75% fueron hombres. Según el tipo de programa: de psicogeriatria un 3,3% recibía ACO, de LA un 6,2% y de convalecencia un 11%. La media de INR fue de 2,89 (DE:1,2). Un 76,5% recibía acenocumarol y un 23,5% warfarina. Las dosis media semanales fueron: Acenocumarol 10,7 mg (DE 4,6) y warfarina 22,5 mg (DE 10,9). La media de fármacos en pacientes tratados con ACO fue de 8,6 (DE: 3,11). Las patologías más frecuentes fueron: fibrilación auricular (36,8%), AVC (19,1%) y prótesis valvulares (11,8%). 4 pacientes (5,8%) presentaron una interacción potencialmente grave.
Conclusiones: El estudio muestra un perfil de paciente tratado con ACO: varón, polimedicado, tratado con acenocumarol, con fibrilación auricular como patología más prevalente y con un INR dentro del rango terapéutico recomendado. El número de interacciones potencialmente graves fue pequeño, aunque debe controlarse su posible aparición al adicionar o suprimir un fármaco a un paciente tratado con ACO, teniendo en cuenta la frecuente polimedicacion.

EFICACIA DE LA SUPLEMENTACIÓN ENTERAL EN PACIENTES GERIÁTRICOS INSTITUCIONALIZADOS E IMPACTO EN EL CONTROL GLUCÉMICO EN DIABÉTICOS. EFICACIA DE LA SUPLEMENTACIÓN ENTERAL EN PACIENTES GERIÁTRICOS INSTITUCIONALIZADOS E IMPACTO EN EL CONTROL GLUCÉMICO EN DIABÉTICOS

A. Puertas[1], A. Sainz-Paris[2], J.L. Gascón[1], P. Perera[1], E. Fernández[1] y S. Suñer[1]
[1]Residencia Mayores Romareda, Zaragoza. [2]Hospital Miguel Servet.

Objetivos: Valorar los efectos de la suplementación oral en pacientes geriátricos con diagnóstico de malnutrición y demencia y su impacto sobre el control glucémico en diabéticos.
Material y métodos: Realizamos un estudio prospectivo, controlado e intervencionista, en 76 ancianos institucionalizados (23 diabéticos), valorando su estado nutricional, funcional y cognitivo (MNA, Barthel y Pfeiffer) al inicio y a los 6 meses del aporte diario de un suplemento nutricional líquido, para ver si el estado funcional determina la respuesta a dicha suplementación, Análisis estadístico: T de Wilcoxon, Correlación ordinal de Spearman y Chi-cuadrado.
Resultados: La mortalidad fue mayor en diabéticos (21,7%: p = 0,04) y en aquéllos con dependencia severa. Aumentaron el peso corporal (p = 0,003) y la albúmina sérica (p = 0,02), sin diferencias entre diabéticos y no diabéticos. Los pacientes con dependencia moderada (Barthel > 45) al inicio del estudio mostraron mejor respuesta en el peso corporal (p = 0,01), albúmina plasmática (p = 0,03) e I. de Barthel (p = 0,04), sin mejoría en su estado mental. En los diabéticos, las glucemias permanecieron en rango óptimo, con buen control a largo plazo (HbA1c < 7%).
Conclusiones: A diferencia de estudios previos, observamos mejoría significativa del estado nutricional y funcional en ancianos malnutridos con dependencia moderada, mediante suplementación oral. En los diabéticos pueden alcanzarse los mismos Objetivos, sin afectar su control glucémico, utilizando fórmulas específicas ricas en ácidos grasos monoinsaturados.

PERFIL DE LOS ENFERMOS ATENDIDOS POR UN EQUIPO DE EVALUCIÓN GERIÁTRICA EN EL HOSPITAL DE AGUDOS DURANTE EL AÑO 2005

I. Crespo Núñez y A. Llopis
Consorcio Sanitario del Maresme, Mataró.

Objetivos: Descripción de las características de la población atendida, de los recursos utilizados y del sistema de coordinación de las altas hospitalarias
Material y métodos: Estudio descriptivo de los pacientes valorados durante el año 2005. Se recogen datos demográficos (edad, sexo, estado civil), estada media hospitalaria, estada media de atención por el equipo. Se hace una Valoración Geriátrica a todos los pacientes que visita la UFISS (Equipo de Valoración Geriátrica). Motivo de ingreso, valoración funcional de las actividades básicas (Barthel), valoración cognitiva (Peiffer), valoración social, historia de caídas, visión audición, riesgo de ulceras por decúbito, nutrición, complicaciones geriátricas durante el ingreso (infecciones nosocomiales, delirium, caídas, etc) pronóstico funcional, valoración del recurso al alta y coordinación con otros niveles asistenciales.
Resultados: Barthel previo: < 40 =48; 40-60 = 64; 65-80 = 122; > 80 = 324. Barthel durante el ingreso: <40 = 319; 40-60 = 136; 65-80 = 57; > 80 = 43. Núcleo de convivencia: 182 personas vivían en pareja, 137 con los hijos, 30 con la pareja y algún hijo, 150 solos, 33 en residencia y 70 vivían con personas que no tenían parentesco de primer grado. Destino al alta: domicilio 94; U. de convalecencia: 242; U. de larga estancia: 142; U. de psicogeriatría: 65; Curas paliativas: 12; H de día: 3; res. Privadas 23, otros: 24.
Conclusiones: Edad avanzada. Alta comorbilidad. Importante pérdida funcional durante el ingreso. Porcentaje elevado de personas con bajo soporte social. Un número importante de personas necesitan recursos al alta hospitalaria.

EVALUACIÓN DE LA EFECTIVIDAD DE LA INGESTA DE LECHE Y COMPLEJO POLIVITAMÍNICO EN LA MEJORA DEL ESTADO NUTRICIONAL DE MAYORES CON DESNUTRICIÓN LEVE EN UNA RESIDENCIA GERIÁTRICA

J. Baleztena Gurrea[1], A.J. Conde Zubillaga[1], M. García-Mina Freire[1], I. Ruiz de Zárate Viana[1], J.L. Salsamendi Pérez[2] y J.J. Beloqui Lizaso[1]
[1]Servicio Médico Residencia La Vaguada, Pamplona [1]Servicio Farmacia Hospital de Navarra.

Objetivo: Valorar la mejora de parámetros nutricionales al suplementar con leche y complejo polivitamínico con minerales la dieta de mayores ingresados en residencia, con parámetros analíticos de desnutrición leve y que no cumplan los criterios requeridos para la financiación de dieta enteral completa.
Material y métodos: Seleccionamos 26 mayores de 70, con Albúmina en sangre entre 2,7 y 3,6 g/dL y /o proteínas menores de 6.6. Administramos diariamente durante 3 meses 400 ml de leche en 2 tomas y 1 ml de complejo polivitamínico con minerales (Dayamineral®). Tras 3 meses realizamos nueva analítica y comparamos peso y cifras de Linfocitos, Transferrina, Albúmina y Proteínas. 9 sujetos llevaban dieta turmix por trastornos deglutorios y 17 no.
Resultados: 3 abandonaron el estudio por exitus, intolerancia gástrica a la leche e ingreso hospitalario. Retiramos otro por falta de analíticas fiables. Parámetros iniciales: Albúmina media 3,5 g/dL (rango 3,2 a 4,3), Proteínas medias 5,94 g/dL (5,3 a 6,8). 3 meses después la albúmina aumentó una media de 0,14 g/ dL [IC 95% (0,03-0, 25)] y las proteínas una media de 0,4 g/dL [IC 95% (0,23-0,57)]. No encontramos diferencias significativas en Linfocitos y Transferrina. Estos incrementos pueden considerarse indicador de mejora en nutrición. Sería conveniente realizar estudios más amplios.
Conclusiones: El estudio sugiere que suplementar con leche y complejo polivitamínico la dieta de mayores en residencias levemente desnutridos, es efectivo en incrementar parámetros nutricionales (Al-

búmina, proteínas). Así aumenta la calidad de la atención, la prevención y la mejoría de patologías relacionadas con la desnutrición, con bajo gasto económico.

GESTIÓN CLÍNICA: CRÓNICA 2005; BUSCANDO EL BENCHMARKING

A.B. Esteban Gimeno, J. Alarcón Corominas y E. García-Arilla Calvo
Hospital Geriátrico San Jorge, Zaragoza.

Objetivo: Describir la casuística de la población atendida en la cartera de servicios durante el año 2005.
Material y métodos: *Diseño:* Estudio descriptivo retrospectivo. *Ámbito:* Servicio Geriatría Hospital San Jorge Zaragoza (hospitalización, área recuperación funcional, consulta externa y hospital de día). *Sujetos:* Pacientes de los distintos niveles asistenciales. Cartera de servicios: paciente geriátrico con enfermedad médica aguda, convalecencia y tributario de cuidados paliativos. *Mediciones:* Ingresos, estancia media (EM), procedencia, índice de ocupación (IO), índice de rotación (IR), número de consultas, estancias, diagnósticos (GRD), mortalidad y reingresos. Programa informático File Maker Pro 5.0.
Resultados: Hospitalización: 1.542 pacientes (75,19% urgentes y 24,81% programados) 38% hombres y 62% mujeres. EM: 13,57 días. IO: 81,89%. IR: 22. Mortalidad 22%. Reingreso precoz: 3,3%. GRDs más frecuentes: 89 (neumonía simple con cc), 127 (insuficiencia cardiaca), 429 (alteraciones orgánicas y retraso mental), 320 (infecciones del riñón y tracto urinario), 541 (trastornos respiratorios excepto bronquitis y asma con cc) 14 (trastornos cerebrovasculares específicos), 88 (EPOC), 79 (infecciones e inflamaciones respiratorias con cc), 395 (trastornos de los hematíes) y 15 (AIT), Media de diagnósticos por paciente: 4,57. Recuperación Funcional: 204 valoraciones. Hospital de Día: 126 pacientes nuevos y 2707 estancias Consultas Externas: 4203 (1220 primeras consultas, 1025 de Atención Primaria) Demora primera consulta: 10 días.
Conclusiones: *1.* Predominio de pacientes con patología aguda procedentes de urgencias en hospitalización, *2.* Casi dos terceras partes de los pacientes hospitalizados se agrupan en 25 GRDs, *3.* Importante actividad derivada de interconsulta programada desde Atención Primaria.

POLIFARMACIA Y OTROS FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS CON LA PRESENCIA DE DESNUTRICIÓN EN UNA UNIDAD DE CONVALESCENCIA

N. Cañameras Viñas, E. Betancor Santana, M. Mas Bergas, A. Digon Llop, P. Serrano Bajo, E. Gil Justo, R. Miralles Basseda y A.M. Cervera Alemany
Servicio de Geriatria del IMAS. Hospital de la Esperanza, Barcelona.

Objetivo: Analizar la relación entre polifarmacia y otros factores de riesgo con el estado nutricional en ancianos ingresados en convalescencia.
Material y métodos: 61 pacientes, edad media 73,19 ± 13,42, 21 varones, 40 mujeres. Variables estudiadas: edad, sexo, diagnóstico principal (médico, quirúrgico, traumatológico, cerebrovascular, amputación), nº síndromes geriátricos, Barthel previo y al ingreso, Charlson, polifarmacia (>/=7), fármacos anorexígenos, depresión (GDS), deterioro cognitivo (MMSE), Lawton, Gijón. Estado nutricional valorado según criterios de Reuben (American Institute of Nutrition): Estadío I y II (riesgo), II I y IV (desnutrición)
Resultados: De los 61 pacientes, 33 (54,1%) estaban en riesgo y 28 (45,9%) desnutridos. Media de edad de los desnutridos 77,4 ± 13,3 y los de riesgo 69,7 ± 12,7 ($p < 0,05$). De los 40 pacientes con polifarmacia hubo 22 (55%) con desnutrición, mientras que de los 21 restantes, sólo 6 (28,6%) ($p < 0, 05$). La media del nº de sd geriátricos fue 5,3 ± 2,1 en pacientes desnutridos y 3,7 ± 2,2 en pacientes con riesgo ($p < 0,01$). No se halló relación significativa entre el resto de factores estudiados y desnutrición, aunque el grupo de desnutridos presentó menor puntuación en Lawton y Barthel previos ($p = 0,07$, $p = 0,06$).
Conclusiones: La polifarmacia, el número de síndromes geriátricos y la edad se relacionaron con peor estado nutricional. El reducido tamaño de la muestra, y el hecho de tratarse de una población muy homogénea, no ha hecho posible hallar asociación significativa entre algunos factores de riesgo habituales y desnutrición.

NUESTRA EXPERIENCIA EN PACIENTES AFECTOS DE ICTUS

C. Olle, M.D. Galarza, M.J. Labrada y M.P. del Moral
Fundación Sanitaria Sant Josep, Igualada.

Objetivo: Valorar los Resultados del tratamiento rehabilitador integral en pacientes afectos de ICTUS que han seguido tratamiento terapéutico y rehabilitador por un equipo interdisciplinar en r ambulatorio y de atención diurna en un hospital de día socio-sanitario de ámbito comarcal. Se han valorado un total de 163 pacientes con antecedentes de AVC con secuelas que han pasado por nuestro servicio entre 2001 y 2005.
Material y métodos: Recogida de datos demográficos, antecedentes patológicos, grado de afectación, escalas de valoración funcionales y cognitivas, terapias aplicadas y Resultados durante la permanencia en el servicio, tiempo de estancia y destino, y recursos al alta.
Resultados y conclusiones: Se demuestra la eficacia del hospital de día en la mejoría física y psíquica de la mayoría de pacientes, una mejor adaptación de paciente y familia a las nuevas circunstancias y un buen soporte emocional. Se consigue también una mayor contención del paciente en domicilio al obtener respuesta inmediata a sus dudas y problemas. Así mismo se produce una mejor coordinación y optimización de los diversos recursos asistenciales

DELIRIUM: CARACTERÍSTICAS Y EVOLUCIÓN

C. Arango Salazar y C. Alastuey Giménez
Hospital Insular de Lanzarote, Lanzarote.

Objetivo: Determinar las características y evolución de los pacientes con Delirium en el Hospital Insular de Lanzarote.
Material y métodos: Estudio prospectivo, descriptivo de 137 pacientes ingresados en unidad de agudos y media estancia, desde agosto a diciembre de 2005. Recogemos edad, sexo, procedencia, destino al alta, estancia, situación psico-funcional, antecedentes, parámetros nutricionales y motivo de ingreso. A todos aplicamos el CAM (cofusion assessment method) y los que cumplían criterios, se registro la medicación y evolución a los tres meses, mediante entrevista telefónica. Comparamos ambos grupos.
Resultados: El 67,88% presentaron delirium, 48,88% hombres ($p: 0,02$). Edad media: 80 años en ambos grupos. Estancia media: 33 días para los que tenían delirium y 20 para los que no ($p: 0,066$). Urgencias fue el sitio de procedencia mas frecuente en ambos grupos. El 52,55% tenían deterioro cognitivo y el 23,36% de ellos, presento delirium ($p: 0,0017$). El Barthel medio al ingreso y alta fue similar en ambos grupos. El 12,41% de los pacientes con delirium y el 6,57% del otro grupo usaban neurolépticos previamente ($p:<0,0001$). El motivo de ingreso más frecuente en ambos grupos fueron las infecciones. EL 22,23% del total, ingresaron por cáncer. El 90,51% de pacientes con delirium se trataron con Benzodiacepinas y el 75,18% con Neurolépticos. A los tres meses desaparecieron los síntomas en el 15,33% y continuaron en el 3,65%.
Conclusiones: El deterioro cognitivo y el mayor tiempo de estancia condicionan la presencia de delirium en nuestros pacientes. Creemos que el elevado porcentaje de pacientes paliativos por cáncer sesgan el estudio.

PERFILES DE PACIENTES ANCIANOS SEGÚN SU NIVEL DE TOLERANCIA POTENCIAL A LA INTENSIDAD DE TRATAMIENTO REHABILITADOR EN UNA UNIDAD DE CONVALECENCIA

M.A. Mas Bergas, A. Esperanza Sanjuán, N. Cañameras Viñas, I. Rius Codina, R. Miralles Basseda y A.M. Cervera Alemany
Servicio de Geriatria del IMAS. Hospital, Barcelona.

Objetivo: Definir tolerancia potencial al tratamiento rehabilitador (TP) en convalescencia y comprobar su adaptación a la intensidad terapéutica recibida (IT).
Material y métodos: N = 72 pacientes. Variables: edad, Lawton, diagnóstico, cognición (MMSE), comorbilidad (Charlson) al ingreso. Según TP: alta (Lawton > 4, MMSE ≥ 21, Charlson 0-2), media (Lawton 1-4 / MMSE entre 10-20 / Charlson 3/no incluidos en los extremos) y baja (Lawton 0 y MMSE < 1/no aplicable y Charlson > 3). Diagnósticos: grupo I (cerebrovascular), grupo II (traumatológico/amputación), grupo III (encamamiento) comparando en cada perfil la IT recibida (minutos /día).
Resultados: Grupo I: n =20 (71,3 ± 11,3 años); TP alta en 3 (15%), media en 16 (80%) y baja en 1 (5%), la media de IT 160,0 ± 34,6,

105,0 ± 67,5 y 0 minutos respectivamente (p ns). Grupo II: n = 32 (79,6 ± 9,2 años); TP alta en 10 (31,2%), media en 22 (68,7%) y baja en 0, la media de IT 54,0 ± 18,9, 54,5 ± 17,6 y 0 minutos respectivamente (p ns). Grupo III: n = 20 (68,6 ± 15,9 años); TP alta en 6 (30%), media en 12 (60%) y baja en 2 (10%), la media de IT 50,0 ± 45,1, 55,0 ± 47,5 y 30,0 ± 42,4 minutos respectivamente.
Conclusiones: La mayoría de pacientes tienen nivel medio de TP a la IT, resultando adecuado en esta unidad. En el grupo I la IT se adapta a la TP (p ns por reducido tamaño muestral). En los grupos II y I II los perfiles alto y bajo reciben tiempo de terapia similar, ya que en estas patologías la IT no está tan bien estandarizada

PADECEN NUESTROS ANCIANOS LAS MISMAS ENFERMEDADES SI VIVEN EN LA CIUDAD O EN UNA ZONA RURAL?

R. Casas*, J. Loscos**, J. Llaona*, M. Masip*, C. Romero*, L. Bruni***
**EAP Sant Antoni-Barcelona. ** EAP Agramunt-Lleida. ***SAP Eixample.*

Objetivos: Valorar si existen diferencias significativas en la prevalencia de enfermedades en dos poblaciones ancianas equiparables de una zona de salud rural respecto a una urbana.
Material y métodos: Estudio observacional y transversal de pacientes ≥ 75 años adscritos a dos médicos de familia hasta 31/12/2005. Revisión de enfermedades registradas y codificadas mediante CIM 10 de la historia clínica informatizada. Realizamos análisis estadístico (SPSS 11,1) bivariante, χ^2 para variables categóricas y T de Student para cuantitativas, p < 0,05.
Resultados: De los 581 (307 ciudad); 61,7% mujeres, edad media 81,5 (DE 5,6), 22,5% ≥ 85 años. La prevalencia de enfermedades : HTA 58,2%; artrosis invalidante 30,8%; insuficiencia venosa 23,2%; DM 21,9%; obesidad 21,7%; neoplasias 16,2%; insuficiencia cardiaca 15% ; osteoporosis 14,6%; trastornos ansioso-depresivos 14,6%; ACxFA 13,4%; incontinencia 12,7; fracturas 11,8%; ulcus/gastritis 11,7%; EPOC 11,7; AVC 11,6%, E. Parkinson 11,5%; coronariopatías 10,8%; demencias 8,1%; arteriopatía periférica 4,3%; asma 4,1%; glaucoma 3,6%; enfermedades tiroideas 3,4% y hepatopatía crónica 3,1%. Encontramos diferencias significativas entre las dos poblaciones en: fracturas, artrosis invalidante, insuficiencia venosa y obesidad son más prevalentes en la zona rural; asma, demencias, osteoporosis, glaucoma y síndrome ansioso-depresivo más prevalentes en la urbana.
Conclusiones: HTA, insuficiencia venosa, artrosis, DM, depresión, incontinencia y obesidad han sido las enfermedades más prevalentes de nuestro estudio. La mayor existencia de artrosis invalidante y fracturas en zona rural lo atribuimos a la mayor posibilidad de movilidad de esta población. La osteoporosis y glaucoma más prevalentes en zona urbana se atribuyen al mayor acceso de esta población a las pruebas diagnosticas.

ESTUDIO COMPARATIVO DE LA VALORACIÓN GERIÁTRICA GLOBAL, DEL RIESGO SOCIAL Y DEL CONSUMO DE FÁRMACOS DE DOS POBLACIONES DE ANCIANOS EN ATENCIÓN PRIMARIA

R. Casas*, J. Loscos**, J. Llaona*, M. Masip*, Pere Cortés***
y M. Zubiría*
**EAP Sant Antoni-BCN. ** EAP Agramunt-Lleida. ***SAP Eixample-BCN*

Objetivos: Comparar la valoración geriátrica global, el riesgo social y el consumo de fármacos en la población anciana atendida en una zona urbana respecto a la de una zona rural.
Material y métodos: Estudio observacional y transversal de pacientes ≥ 75a., equiparables en edad y sexo, atendidos por dos equipos de Atención Primaria, uno rural y otro urbano. Seleccionamos una muestra estadísticamente significativa que incluye 60 pacientes. Revisamos las historias clínicas y realizamos una visita médica en consulta y domiciliaria. Utilizamos el Test de Barthel, Escala Lawton, Miniexamen Cognoscitivo (adaptación de Lobo), Yessavage para depresión (GDS-5), GetUp&Go para movilidad, valoración función auditiva y visual (susurro, Jaeger), Test de Barber (fragilidad anciano) y valoración social de García et al.
Resultados: Consumo medio de fármacos 4.79 (DE 3.03); 46.6% polimedicados (≥5 fármacos), sedantes-hipnóticos 34.4%; antidepresivos15%; neurolépticos 4.5% y AINES 9.6%. Presentan dificultades severas auditivas 21.7% y visuales 18.3%.
ABVD 6,7% dependencia moderada- total (Barthel < 60), AIVD 13% severa-total (Lawton < 3 o <1 varones), 11,5% trastorno cognitivo grave (MEC < 20), probables depresivos (GDS-5) 48.3%, movilidad normal-poco alterada 78,3%, riesgo/ problema social 30%.
Tienen barreras arquitectónicas 23,3% de viviendas. El análisis estadístico sólo ha encontrado diferencias significativas en valoración social apareciendo más ancianos con riesgo social (p = 0,003) así como más barreras arquitectónicas (p = 0,015) en la ciudad.
Conclusiones: Es necesaria la revisión del tratamiento de nuestros ancianos, principalmente del uso de sedantes, la corrección de déficits visuales y auditivos y eliminar las barreras arquitectónicas.
Los ancianos que viven en el pueblo tienen un mayor soporte social.

PUESTA EN FUNCIONAMIENTO DE UNA UNIDAD DE ENFERMERÍA PARA TRATAMIENTOS AGUDOS Y ESTABILIZACIÓN DE PROCESOS CRÓNICOS EN UNA RESIDENCIA GERIÁTRICA

M.J. de Juan García, J.A. De Antonio Veira, C. Pagan Pomar, E. Villar Redondo y C. Pou Soler
Residencia Geriátrica "Llar dels Ancians", Palma de Mallorca.

Objetivos: Al introducir la terapia intravenosa: *A)* Evaluar la disminución del número de derivaciones hospitalarias, *B)* Valorar número de ingresos, ocupación, estancia media y resultado al alta. *C)* Conocer las patologías causantes de ingreso y los tratamientos intravenosos más frecuentes.
Material y métodos: Estudio descriptivo longitudinal Población: 380 residentes, 72% mujeres 28% hombres, edad media 83 años, dependencia: 38% válidos, 62% asistidos Seguimiento de ingresos durante los 10 primeros meses en las cuatro camas habilitadas. Elaboración de Hoja de Recogida de datos diaria por residente (identificando paciente, motivo de ingreso, tratamiento, evolución y resultado al alta)
Resultados: 157 pacientes ingresados en 10 meses. Media mensual 16. Estancia media 5 días. Ocupación media 2,5 camas/día. Resultado al alta: 88% alta por curación o mejoría de su proceso, 8% exitus, 4% derivación al hospital de referencia. Patologías de ingreso: 43% respiratorio, 21% infección tracto urinario, 9% cardiovascular, 8% deshidratación, 4% descompensación diabética. Tratamiento antibiótico intravenoso: 69% de ingresados (44% amoxicilina/clavulánico, 28% levofloxacino, 18% ciprofloxacino).
Conclusiones: Se consigue una disminución importante de las derivaciones al hospital de referencia. Supone un ahorro económico importante para el sistema de salud evitando un elevado número de traslados y ocupación de camas de agudos. Repercute favorablemente sobre el residente, evitando complicaciones y mejorando su calidad de vida. Por sus Resultados esta unidad es eficaz y eficiente desde el punto de vista de los Resultados y del binomio coste-beneficio. Debería potenciarse la creación de unidades con este perfil dotándolas de recursos humanos y de infraestructura adecuada.

PERFIL DE COMORBILIDAD EN LOS PACIENTES ANCIANOS CON DEMENCIA

I. Fort Albiñana[1], F. Formiga[2], M.C. Espinosa[3] y H. Barranco[4]
[1]Centre Sociosanitari El Carme, Badalona [2]Hospital Universitari de Bellvitge, [3]Antic Hospital de Sant Jaime, [4]Hospital General de Granollers.

Objetivos: El objetivo del estudio es identificar en una población de pacientes que cumplan criterios de demencia, de cualquier etiología, la comorbilidad añadida a la enfermedad de base.
Material y métodos: Se estudiaron en 120 pacientes con demencia, evaluados consecutivamente en 4 centros, las características sociodemográficas, tipo y tratamiento de la demencia. Se recogió el Índice de Barthel (IB) el Índice de Lawton (IL), el Mini mental (MMSE) el Índice de Charlson (ICh), el número total de medicamentos, así como los antecedentes de hipertensión (HTA), diabetes (DM), dislipemia (DL), insuficiencia cardíaca (IC), enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y neoplasia.
Resultados: Se trataba de 88 mujeres (73%), y 32 varones, con una edad media de 80,5 (7) años. El 54% estaban casados, 43,5% viudos y el resto solteros. El 5% estaba institucionalizado. El IB era de 73,9 (25), el IL 1,3 (2) y el MMSE 15,5 (6). Según el tipo de demencia: 50% Alzheimer, 15% vascular, 32,5% mixta, y el resto otros tipos. El diagnostico previo de demencia fue 23,2 (20) meses antes. El 25% recibían tratamiento con donepezilo, el 28,3% con galantamina, el 6,6% con

rivastigmina, el 14,1% memantina, el 10,8% combinado y 15 sin tratamiento especifico. El 40,8% tomaba algún neuroléptico. El número total de medicamentos fue de 5,9 (2,1) (72,5% con 5 o más fármacos. La media del ICH fue de 2 (1,3), Existía: 55% HTA, 25% DM, 26,6% DL, 15,8% IC, 10,8% EPOC y 5,8% algún tipo de neoplasia.
Conclusiones: Los pacientes ancianos con demencia tienen una alta comorbilidad, destacando un importante porcentaje de pacientes con polifarmacia. El manejo de estos pacientes debe ser obligatoriamente global.

CAÍDAS, EQUILIBRIO Y EJERCICIO. CONOCER PARA PREVENIR EN ATENCIÓN PRIMARIA

R. Martin Álvarez[1], L. Martinez Pallí[1], E. Pages Bolibar[2], J. Sanchez Raya[2], M. Parer Farell[1], M. Payan Cruz[1], M. García Fuentes[1], R. Corral Anton[1], E. Llaurado Sanclement[1] y C. Bravo Mateo[1]
[1]Cap Vallcarca- Sant Gervasi, Barcelona. [2]Servicio Rehabilitación Hospital Vall d'Hebron, Barcelona.

Objetivo: Valorar en una población mayor de 65 años si las caídas están relacionadas con los hábitos de ejercicio físico y su situación biomecánica.
Material y métodos: Cohorte de 130 pacientes > 65 años independientes para las ABVD, sin caídas de repetición, y representativa de la población atendida en un centro urbano de Atención Primaria. *Variables:* Práctica de ejercicio físico y régimen de actividad. Caídas en el último año. Valoración del equilibrio estático y dinámico mediante la plataforma dinamométrica, valoración de la velocidad de la marcha sobre pista, y de la fuerza con mediciones isométricas del músculo cuadriceps. *Método:* chi cuadrado.
Resultados: Edad media de edad 72,1 años (DS 5,7), siendo el 65% mujeres. Barthell 100-80 (100%). En el pasado el 26% nunca había realizado ejercicio físico. En el último año un 26% no realiza ejercicio frente al 48% que realiza ejercicio ligero (caminar) y un 23% que practica deporte. En la valoración biomecánica el 19% presenta una marcha lenta, y un 64% disminución en la fuerza. La estabilidad dinámica se haya alterada en un 88% frente al 3% cuando se valora la estática. El 37% se ha caído alguna vez en el último año, relacionado con la alteración en la fuerza (p = 0,014). La práctica de ejercicio físico no disminuye las caídas (P = 0,44), ni mejora el equilibrio dinámico (P =0,13).
Conclusiones: Con el fin de prevenir las caídas en la población de edad avanzada se debe incidir sobre la actividad física, haciendo especial hincapié en las técnicas de reeducación del equilibrio (taichi).

EFECTOS DE UN PROGRAMA DE EJERCICIO FÍSICO SOBRE EL ÍNDICE DE MASA CORPORAL, EL EQUILIBRIO Y LA MOVILIDAD EN PERSONAS MAYORES AUTÓNOMAS NO INSTITUCIONALIZADAS

V. Zamora Conesa[1], P.M. Montoya González[1], J. Ríos[1], J.D. Avilés Hernández[1], J.M. Luján[1], E. Santo Medina[1], R. Cayuela[2], D. Zamora[1], R. Pérez[1] y F. Buendía[1]
[1]Universidad Católica San Antonio, Murcia, [2]ISSORM.

Objetivos: La Obesidad y la pérdida de equilibrio son dos importantes factores de riesgo en las personas mayores, relacionados directamente con un aumento de la morbilidad y mortalidad en dicha población. Por ello hemos querido valorar en este trabajo de investigación cuasiexperimental los efectos de un programa preventivo de fisioterapia sobre dichos factores.
Material y métodos: Estudio cuasiexperimenta sin grupo control prospectivo sobre una población de 136 individuos de edad media 66,2 años (DE 5,43), independientes en la Escala de Barthel, mayores de 60 años, sin patologías que supongan contraindicación del ejercicio físico. El método llevado a cabo consistió en registro de patologías (diabetes, HTA y otras), la medición del índice de masa corporal, equilibrio estático (mediante el test de Estación Unipodal), y la movilidad y equilibrio dinámico (mediante un test de marcha previamente validado), la realización de un programa fisioterápico de ejercicios específicos) y finalmente una segunda medición a los dos meses para la comprobación de Resultados. Para el análisis estadístico, se aplicó el test t de Student para muestras relacionadas (I.C. 95%) con el que se compararon las diferentes variables pre y post y se calculó el coeficiente de correlación de Pearson (I.C. 95%) para determinar el grado de correlación lineal entre las diferentes variables estudiadas. para ninguna de las variables (I.C. 95%). Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre MC pre: 31,6 (DE: 3,45) e IMC post: 29,4 (DE 2,59) con p = 0,000, entre E.U. pre.: 6,1 (DE 3,70) y E.U post.: 7,4 (DE 3,70) con p = 0,000 y entre CIRCUITO DE MARCHA pre: 48,7 (DE 12,73), y CIRCUITO MARCHA post: 43,6 (DE 12,73) con p = 0,00. Aparecieron correlaciones significativas entre las variables I.M.C pre. y E.U. pre (r = -0,258) con p = 0,002, entre I.M.C. pre y CIRCUITO DE MARCHA pre (r = 0,219) con p = 0,01, entre E.U. pre y CIRCUITO DE MARCHA pre (r = -0, 752) con p = 0,000
Conclusiones: En este estudio, los individuos con mayor índice de masa corporal presentaban peor equilibrio estático, y peor movilidad y equilibrio dinámico en función de los tests empleados. Con este programa de ejercicios se ha conseguido una disminución del IMC en aquellas personas con sobrepeso u obesidad, así como mejorar el equilibrio y la movilidad en personas mayores.

PROGRAMA FARMACÉUTICO HOSPITALARIO EN UNA RESIDENCIA SOCIOSANITARIA. UN AÑO DE SEGUIMIENTO

E. Rodríguez Jiménez[1], M.S. Amor Andrés[1], M. Martínez Camacho[1], D. García Marco[2] y C. Fernández Shaw-Toda[2]
[1]Hospital Virgen del Valle, Toledo. [2]Hospital Nacional de Parapléjicos.

Objetivos: *1.* Evaluar el ahorro en el gasto económico del consumo de medicamentos, apósitos y nutrición enteral en una residencia sociosanitaria de 120 residentes, llevado a cabo por un farmacéutico especialista en Farmacia Hospitalaria. *2.* Analizar la adaptación de los tratamientos a la Guía Farmacoterapeútica Sociosanitaria.
Material y métodos: Para el primer objetivo, se compara el coste de la compra directa al laboratorio con el coste que hubiera generado a Precio Venta al Público, en el período de un año. Para el segundo objetivo se calcula el porcentaje de adhesión a la guía farmacoterapéutica del hospital. En el estudio se incluyeron los siguientes grupos terapéuticos: Antidiabéticos orales; Combinación de Calcio; Inhibidor es de la Angiotensiona convertasa, Antagonistas de la Angiotensina II; Hipolipemiantes y Fibratos; Antiinflamatorios; Ansiolíticos y Mucolíticos. Durante nueve meses se analiza la prescripción de los médicos de la residencia por el sistema de gestión del consumo por principios activos.
Resultados: Desde la implantación del programa se constató un ahorro de 46,94% (80.706,71 euros) en medicamentos; 74,74% (2.526,72 euros) en apósitos y 49,55% (5.173,02 euros) en nutrición enteral. Con r especto a la adhesión a la Guía Farmacoterapéutica Sociosanitaria se obtuvo un 91% de adhesión a los principios activos de la guía.
Conclusiones: El programa de atención farmacéutica en los centros sociosanitarios supone una reducción del coste de los tratamientos farmacológicos, debido a la adecuación de la prescripción médica a la Guía Farmacoterapéutica Sociosanitaria y al sistema de gestión de compras directamente al laboratorio.

ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES EN UNA UNIDAD DE AGUDOS EN UN HOSPITAL GENERAL

A. Muñoz Pascual, E. Ridruejo Gutiérrez de la Cámara, F. Prado Esteban, M.T. Guerrero Díaz, M.V. Hernández Jiménez y M.C. Macías Montero
Hospital General de Segovia, Segovia.

Objetivo: Conocer la incidencia de las enfermedades de riesgo cardiovascular más prevalentes sobre una población geriátrica de agudos y el tratamiento aplicado previo al ingreso.
Material y métodos: Estudio descriptivo realizado en el Hospital General de Segovia. Incluyendo a todos los pacientes ingresados en el servicio de geriatría durante nueve meses. Excluyendo a aquellos que han sido éxitus precoces. Se elaboró una hoja de recogida de datos con los siguientes parámetros: sexo, edad, lugar de residencia, talla, peso, tensión arterial, Barthel al ingreso y al alta, antecedentes de cardiopatía, enfermedades conicidades de riesgo cardiovascular y tratamiento anterior al ingreso.
Resultados: Muestra de 331 pacientes, con edad media 85.2 años. 62,8% mujeres, el resto varones. Presentaban HTA el 58,3%: tratados con diuréticos el 52,85%, con IECAS el 27,46%, con ARA II el 11,4%. DM 26,6%: tratados con insulina el 33% y con ADO el 27,27%. Dislipemias: 17,52%: en tratamiento con estatinas el 31% y con fibratos el 7%. Fumadores el 2,1%, con hábito enólico el 0,9%. Tenían antecedente de cardiopatía el 32%: el 59,4% insuficiencia cardiaca, 27% tipo IAM y el 13,5% tipo angina, un 17% usaban β-Bloqueantes. El 25,7% tenían antecedente o habían ingresado por ACV. Con arritmias el 32%, de los cuales 36.8% estaban anticoagulados y 32% antiagregados.

Conclusiones: El antihipertensivo más usado dentro de nuestra población es el diurético. Estaban tratados más pacientes diabéticos con insulina que con ADO. En una proporción importante de cardiópatas se habían usado β-Bloqueantes. Más pacientes con arritmias estaban anticoagulados que antiagregados.

LA INCONTINENCIA URINARIA EN EL PACIENTE GERIATRA

C. Rentero Herrezuelo y L. Arteaga Manzano
Centro Residencial SAR Monte Jara, Huelva.

Hasta el año 2005 la incontinencia urinaria en Centro SAR Monte Jara era abordada desde una visión global, utilizando prácticamente el mismo método de control en todos los residentes incontinentes. Nuestro objetivo ese mismo año, fue el estudio de esta patología, con el fin de desarrollar un programa de cuidados integrales y específicos a cada residente con incontinencia. Para ello, el Equipo de Enfermería planteó un estudio descriptivo en el que se incluyó a 123 residentes atendidos en nuestro centro. Por cada residente se cumplimentó una escala de valoración basada en los patrones funcionales de M. Gordon, para detectar posibles incontinencias y su tipología. Una vez analizados los Resultados, se pudieron observar tres tipos de incontinencias: - I. Funcional: que se correspondía con el 79,67% de los residentes. - I. De urgencia: que la padecían el 15,44% de los residentes. - I. De esfuerzo: presentándola solamente el 4,87%. Sobre esta base, el Equipo de Enfermería del Centro SAR Monte Jara, desarrolló un programa de control de la incontinencia con el objetivo de proporcionar a los residentes métodos adecuados a sus condiciones físicas y psicológicas. Los Resultados obtenidos reflejan un mantenimiento o mejora de la independencia de los usuarios favoreciendo su interacción social en el centro. La visión holística y/ o integral empleada permite optimizar los recursos interdisciplinares, implicar al personal de base y favorecer las estrategias de afrontamiento de los residentes.

DATOS NORMATIVOS EN EL TEST DEL TRAZO DE UNA MUESTRA DE PERSONAS DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE MADRID CON MÁS DE 60 AÑOS

M.C. Díaz Mardomingo, J. Sepulcre Bernad y H. Peraita Adrados
Departamento de Psicología Básica I. Facultad de Psicología, Madrid.

El Test del Trazo o Trail Making Test procede de la Army Individual Test Battery (1944) es un instrumento de evaluación neuropsicológica que es utilizado para evaluar entre otras habilidades cognitivas la atención, la organización visoespacial y la flexibilidad cognitiva. En las investigaciones y práctica clínica cotidiana con personas mayores de 60/65 años se manejan baremos normativos de muestras no españolas, en los que no se recogen los datos de los mayores de 75 años. Por ello, proponemos aportar datos que permitan la estandarización de este test (pruebas A y B) en una muestra española con personas mayores de 60 años intacta cognitivamente y con distintos niveles educativos. Este estudio forma parte de una investigación*, sobre la detección precoz del DCL en una muestra de 140 personas mayores de 60 años de la CAM. Se obtuvieron los datos normativos del test en el grupo de personas sin deterioro amnésico ni problemas en la función ejecutiva. Presentamos la estadística descriptiva y datos normativos para cada prueba estratificando en función de la edad y del nivel educativo. Se utilizaron modelos de regresión lineal múltiple (método pasos sucesivos; p de entrada 0,05 y salida 0,10) con el programa SPSS 11.0 (SPSS Inc. Chicago, Illinois) para analizar la influencia de las variables demográficas en el test. Los datos normativos obtenidos en esta muestra de sujetos cognitivamente normales pueden ser de utilidad para su aplicación en investigaciones con población española.

**Proyecto financiado por el Ministerio de Educación y Ciencia Ref. SEJ2004-04233/PSIC*

EVALUACIÓN DE LA INGESTA MEDIANTE OBSERVACIÓN DIRECTA: ¿SUFICIENTE PARA DETECTAR DESNUTRICIÓN?

A. Digon Llop, P. Serrano, A. Martín, N. Cañameras, E. Betancor, I. Garcia, A. Esperanza, P. Pili y R. Miralles
Hospital de La Esperanza, Barcelona.

Introducción: Las personas mayores tienen riesgo de mal nutrición por inactividad, pérdida de autonomía, polifarmacia, enfermedades crónicas y disminución del apetito.

Objetivo: Analizar la relación entre ingesta observada y estado nutricional en pacientes geriátricos ingresados en una unidad de convalecencia.
Material y métodos: Analizados 61 pacientes. Variables: edad, sexo, capacidad funcional previa (Lawton, Barthel). Al ingreso, comorbilidad (Charlson), función cognitiva (Folstein), Barthel. Diagnósticos de Enfermería. Estado nutricional según criterios de Reuben (American Institut of nutrition) estadios I y II (riesgo); III y IV (desnutrición). Cantidad de ingesta: observación directa durante dos días, definida como: come bien (los tres platos) 2 puntos; come regular (deja la mitad) 1 punto; come mal (deja casi todo) 0 puntos; puntuación máxima 16.
Resultados: Media edad 73,1 ± 13,4; hombres 21 (34,4%); diagnósticos de enfermería más frecuentes: trastorno de la movilidad y deterioro de la integridad cutánea. Puntuaciones medias previas al ingreso: Barthel 89,3 ± 16; Lawton 5,0 ± 3,1; y al ingreso fueron: Barthel 35,9 ± 21,7; Mimimental 22,7 ± 6,0; Charlson 2,52 ± 1,61. La media de puntuación de ingesta de todos los pacientes estudiados fue elevada (14,2 ± 2,1): 28 pacientes desnutridos tenían una media de 13,7 ± 2,2 puntos y los 33 en riesgo, tenían una media de 15,2 ± 1,1 ($p < 0,002$). En cuanto a la ingesta, no se obtuvieron diferencias significativas en relación a los diagnósticos de enfermería.
Conclusiones: *1.* A pesar de que la ingesta observada es correcta, el 46% presentan desnutrición. *2.* Aun siendo la ingesta buena se debe realizar un estrecho seguimiento del estado nutricional.

CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES DIABÉTICOS QUE HAN SUFRIDO UNA ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR

E. García Carreño, E. San Cristobal Velasco, M. Martínez Rivera, M.A. Rodríguez Piñera, M. Fernández Fernández y J.J. Solano Jaurrieta
Hospital Monte Naranco, Oviedo.

Objetivo: Conocer las características sociodemográficas, clínicas y asistenciales de los pacientes con antecedentes de Diabetes Mellitus (DM) que han sufrido una enfermedad Cerebrovascular (ECV).
Material y método: Se analizan los pacientes diabéticos ingresados en nuestra unidad desde 1-9-2005 al 31-12-2006.
Resultados: Durante el período de estudio ingresaron en la unidad 368 pacientes. La prevalencia de DM fue de 27,2% (n: 100, 62,2% mujeres, edad: 80,4 ± 6,7). Un 37% estaban con tratamiento dietético solamente, 38,4% con antidiabéticos orales y 25,3% con insulina. Un 74,7% presentaban HTA, un 23% dislipemia, el 51,9% cardiopatía y ECV previa en el 42,9% de los casos. El índice de Charlson > 1 fue del 75,5%. Los pacientes sufrieron una ECV isquémica en el 93,9%, siendo hemisférica izquierda el 48%. Los déficits mas frecuentes fueron hemiparesia braquial (81,6%) y crural (72,4%), hipoalgesia (33,7%), afasia (28,6%), disfagia (39,8%), hemineglígencia (41,8%), hemianopsia homónima (38,8%) e incontinencia urinaria (66,3%). La mayoría de pacientes se clasifican en un ictus severo (48,9%). El 17,3% fallecieron y las complicaciones mas frecuentes fueron: Neumonía (19,4%), ITU (11,2%), retención urinaria 15,3% y depresión (18,4%). El 46,9% comenzaron fisioterapia, el 13,3% terapia ocupacional y 4,1% foniatría. El índice de Barthel al alta fue de 52,9 ± 34,5, siendo el 61,7% > 55 puntos. Requiriendo institucionalización un 11,1%. La estancia media fue de 17,3 ± 11 días.
Conclusiones: Los pacientes diabéticos que sufren una ACV tienen una alta prevalencia de factores de riesgo vascular y comorbilidad previa. El ictus es severo en un alto porcentaje, siendo las complicaciones frecuentes.

COMORBILIDAD EN LOS PACIENTES CON ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR. ÍNDICE DE CHARLSON ¿PREDICE RESULTADO?

M.A. Rodriguez Piñera, E. San Cristobal Velasco, M. Fernández Fernández, E. Delgado Parada, J.M. Arche Coto y J.J. Solano Jaurrieta
Hospital Monte Naranco, Oviedo.

Objetivo: Determinar los factores de riesgo vascular y comorbilidad de los pacientes que ingresan tras sufrir una Enfermedad Cerebrovascular (ECV). Estudiamos el índice de Chalson (Ich) para predecir los principales indicadores de resultado.
Material y métodos: Se realiza un estudio entre los pacientes de nuestra Unidad de Ictus, durante el año 2005 (n: 275; 64% mujeres;

edad 81 ± 6,6). Se recogen los factores de riesgo (HTA, DM, hiperlipemia, FA) y enfermedades previas. Como indicadores de resultado estudiamos la mortalidad, la situación funcional al alta mediante el Índice de Barthel (IB) y cambio de ubicación al alta.
Resultados: Los pacientes presentaban como antecedentes: HTA (63,6%), DM (25,1%), hiperlipemia (13,8%), FA (34,9%), ECV (36,7%), Cardiopatía (34,5%), enfermedad arterial periférica (11,3%), patología osteoarticular incapacitante (12,8%), demencia (26,2%), EPOC (20%), cirugía (14,9%), neoplasias (13,1%), depresión (8%) y miscelánea (23,6%). La puntuación media en el Ich fue de 1,64 ± 1,57 y el 45,1% de los pacientes tiene > 2 puntos, el 28,7% un punto y el 26,2% tiene 0.
Utilizando el ICh como variable explicativa de la mortalidad, la clasificación que predice el modelo fue correcta en el 89,8% y el OR fue de 1,367 (1,102-1,696); p: 0,005. El Ich no explicaría el IB al alta (R2:0,003; p: 0,390). Con el cambio de ubicación al alta, el modelo predice el 72,6% de los casos de forma correcta con una OR de 0,758 (0,606-0,948); p: 0,015.
Conclusiones: Los pacientes ingresados tras sufrir una ECV presentan una alta tasa de comorbilidad. El ICh no es un buen predictor de resultado, siendo inadecuado para predecir la función.

ANÁLISIS DE LAS CARACTERÍSTICAS DE LOS INGRESADOS POR INFECCIÓN RESPIRATORIA EN UNA UNIDAD DE AGUDOS

M.C. Macías Montero, MªT. Guerrero Díaz, F. Prado Esteban, M.V. Hernández Jiménez, A. Muñoz Pascual y E. Ridruejo Gutiérrez de la Cámara
Hospital General de Segovia, Segovia.

Objetivo: Conocer las características de los ingresos codificados como GRD 541 y establecer diferencias entre los episodios con estancia mayor y menor de10 días.
Material y método: Se procesan mediante SPSS los datos de todos los episodios codificados como GRD 541 en el año 2004 de la sección de Geriatría del Hospital de Segovia
Resultados: 66 episodios, 696 estancias de un total de estancias anuales de 1700, 54,54% varones, 18% exitus (4 =33% en menos de 48 horas), 31,71% reingresos, 24% proceden de residencias, 46% de altas realizadas por médicos a tiempo parcial. 56% con insuficiencia respiratoria global, 56% con alteración renal, 53% BNCO, 31% con fracaso del tratamiento antibiótico inicial, 45% neumonía, 45% anemia, 42% oxigenoterapia al alta, 38% insuficiencia cardiaca, 38% alteraciones electrolíticas, 33% fibrilación auricular, 32% diabetes, 29% demencia, 25% alteración hepática, 23% infección urinaria, 20% cáncer, 15% aspiración pulmonar, 15% úlceras por presión. Estancias prolongadas se asocian con edad más avanzada, mayor incapacidad, procedencia de residencia, alta vivos, cáncer, insuficiencia respiratoria global, fibrilación auricular, demencia e infección urinaria, alcanzando significación estadística solamente la asociación con infección urinaria ó con insuficiencia cardiaca en BNCO (corpulmonale).
Conclusiones: El GRD 541 incluye a un grupo heterogéneo de pacientes con infección respiratoria y comorbilidad, más frecuente y de mayor peso que los GRD clásicos de neumonía ó BNCO. La asociación de incapacidad, complicaciones y pluripatología muchas veces obliga a prolongar el ingreso para estudio y tratamiento de patologías potencialmente ambulatorias (infección urinaria).

GRADO DE CUMPLIMENTACIÓN DE LA VALORACIÓN GERIÁTRICA EN LOS INFORMES DE ALTA DE LA UNIDAD DE AGUDOS Y MEDIA ESTANCIA DE SEGOVIA

M.C. Macías Montero, M.V. Hernández Jiménez, F. Prado Esteban, M.T. Guerrero Díaz, A. Muñoz Pascual y E. Ridruejo Gutiérrez de la Cámara
Hospital General de Segovia, Segovia.

Objetivo: Conocer el grado de cumplimentación del protocolo de valoración geriátrica en los informes de alta.
Material y métodos: De las 600 altas del año 2005 se extrajo una muestra aleatoria de 60 informes y se valoró la presencia de datos de valoración funcional, psíquica y social, procesando los datos mediante EXCEL.
Resultados: Se obtuvieron datos de 60 pacientes.20 varones 33,33%. Edad: media: 84,60 años desviación estándar: 6,36, rango:66-96 Estancias: media 12,15 días desviación estándar: 7,33, rango 2-33 Situación al ingreso: Funcional:30 crf 0-1, 10 crf 2-3, 17 crf 4-5, 2 no sabe 3, conocido en 57 = 95%, Barthel en 14 = 23% Psíquico: 34 crm 0-1, 13 crm 2-3, 8 crm 4-5, no sabe 5, conocido en 55 = 91,66% Social: 22 = 36% residencia, 13 = 2% hijos, 12=20% cónyuge, 6 = 10% rotante, 6 = 0% solo, 1= 2% no sabe, conocido en 58 = 96,6% Situación al alta: Exitus: 12 (22%) Valoración funcional en 46= 76% Valoración mental en 48 = 80%. Pfeiffer en 1paciente Aumento de incapacidad: funcional 6, mental 2, ambas 7, total 15 = 25% Cambio de ubicación al alta: 5 = 8,33% de la muestra (20% de los de riesgo social)

PROTOCOLO DE PREVENCIÓN DE CAIDAS. ESTUDIO COMPARATIVO

A. Amillano, M.J. Barriga Muñoz, P. Fernández, F. Palacios, E. Ruíz Pérez, C. Marcos Claver, M.J. Zubelzu Echarri y S. Cid Merino
Clínica Psicogeriátrica Josefina Arregui.

Objetivo: Prevenir las caídas y sus consecuencias.
Método: Se está realizando un estudio comparativo entre los períodos comprendidos del 6 de febrero al 6 de mayo del año 2006, antes y después de la modificación del protocolo de prevención de caídas ya existentes.
Resultados esperados: Disminución del número de caídas en los pacientes hospitalizados
Estudio cuyo plazo concluye en mayo-2006 y cuyos resultados están pendientes de procesar.

USO DEL SF-12 HEALTH SURVEY PARA EVALUAR LA CALIDAD DE VIDA EN POBLACIÓN GERIÁTRICA HOSPITALIZADA

A. Lozano, N. Parra, M. Gassol, N. Nuño, M. Sánchez y M. Turón
Hospital Universitari Sagrat Cor, Barcelona.

Objetivo: Los cuestionarios que evalúan calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) no son habituales en las baterías de valoración geriátrica integral. Describimos la CVRS mediante el SF-12 Health Survey en población mayor de 71 años hospitalizada.
Material y métodos: Estudio de serie de casos en un hospital universitario sobre 65 pacientes con: a) 71 años o superior, b) residencia en Barcelona ciudad, c) ingreso en Medicina Interna, Cirugía Ortopédica y Traumatología o en la Unidad de Hospitalización a Domicilio, d) ausencia de deterioro cognitivo diagnosticado. A las 48 horas post-ingreso se practicó una batería de valoración geriátrica integral en la que además de variables clínicas y sociodemográficas básicas, se evaluaba la CVRS mediante el SF-12 Health Survey validado en español a través de entrevista personal. Los datos se procesaron mediante SPSS 12.0.
Resultados: La distribución de las variables sociodemográficas fue la siguiente: 80,88 años de media (6,0), 64,6% hombres (42 pacientes), 67,7% con 4 o más años de escolarización (44 pacientes), 44,6% (29 en total) ingresados en Medicina Interna, con una media de 4,98 fármacos/paciente (2,93). La puntuación media del Índice Físico SF 12 fue de 35,68 (10,35) mientras que la del Índice Mental SF-12 fue de 46,41 (11,68).
Conclusiones: La CVRS de las personas con edad de 71 años o superior hospitalizadas es inferior a la mediana poblacional. Se precisan estudios que maticen si la peor percepción de una CVRS se concibe sólo por el hecho de estar hospitalizado o si el envejecimiento contribuye a esta diferencia.

IMPORTANCIA DE LA EDAD SOBRE LA PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA EN POBLACIÓN GERIÁTRICA HOSPITALIZADA

E. Carral, N. Parra, M. Gassol, N. Nuño, M. Sánchez y M. Turón
Hospital Universitari Sagrat Cor, Barcelona.

Objetivo: Analizar el papel de la edad sobre la percepción de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en población geriátrica hospitalizada.
Material y métodos: Estudio de serie de casos en un hospital universitario sobre 65 pacientes con: a) 71 años o superior, b) residencia en Barcelona ciudad, c) ingreso en Medicina Interna, Cirugía Ortopédica y Traumatología o en la Unidad de Hospitalización a Domicilio, d) ausencia de deterioro cognitivo diagnosticado. A las 48 horas se evaluó el

Índice de Barthel, Índice de Charlson, Mortality Probability Model II, Escala de valoración sociofamiliar de Gijón, Test de los 7 Minutos, Global Depression Scale VE- 15 (GDS) y SF-12 Health Survey. Los datos se procesaron mediante regresión lineal múltiple utilizando SPSS 12.0.
Resultados: La media de edad fue de 80,88 años (6.0). La puntuación media conseguida fue: Barthel 84,15 (24,3), Gijón 10,45 (2,4), Charlson 1,55 (2,2), MPM II 0,14 (0,12), 7 Minutos 40,82 (26,2), GDS 3,64 (3,0), Índice Físico SF-12 35,69 (10,3), Índice Mental SF-12 46,41 (11,7). Al integrar estos Resultados mediante regresión lineal, el Barthel fue lo único correlacionado significativamente con el Índice Físico SF-12 (Beta =0,53, p < 0,05), mientras que sólo el GDS-VE lo fue para el Mental (Beta =-0,48, p < 0,05).
Conclusiones: La edad no influye en la percepción de la CVRS de las personas de 71 años o más hospitalizadas. El Índice Físico SF-12 se incrementa en 5,3 unidades por cada 10 de aumento del Índice de Barthel, mientras que el Mental decrece en 4,8 por cada 10 de aumento en GDS.

INTRODUCCIÓN DE LA SEGURIDAD CLÍNICA COMO INSTRUMENTO DE MEJORA EN LA ATENCIÓN GERIÁTRICA

M. Domínguez, C. Balaguer, M. Brull, M. Cubí, C. González, E. Martínez y N. Ortí
Hospital de la Santa Creu, Tortosa.

Introducción: Lograr que las actuaciones de los profesionales sanitarios no ocasionen daños al enfermo es una obligación del sistema sanitario y el objetivo de la Seguridad Clínica como disciplina.
Objetivos: *1.* Crear una cultura de seguridad clínica en el personal sanitario de un centro socio-sanitario de 355 camas. *2.* Desarrollo de actividades concretas de mejora de la seguridad en la prescripción de fármacos.
Material y métodos: *1.* Creación de un comité multidisciplinar destinado a iniciar actividades de mejora en la seguridad. Formación en conceptos básicos de seguridad clínica a sus componentes (causas del error y métodos para su abordaje y prevención). *2.* Registro de errores en la trascripción de órdenes médicas realizado mediante corte trasversal una vez al mes durante dos meses consecutivos, en todas las unidades de hospitalización del centro. Los errores se clasificaron en: *A:* producidos por trascripción inadecuada de la orden médica a la hoja de enfermería. *B:* error en la trascripción del tratamiento al realizar cambio en la hoja de enfermería. *C:* error en la retirada de fármacos con fecha pautada de final. *D:* otros errores. *3.* Análisis de los Resultados por el comité para inicio de medidas destinadas a disminuir el número de errores.
Resultados: *1.* Errores A (1º registro-2º registro): convalecencia 0-1; larga estancia 5-8; residencia asistida 2-0. Errores B (1º registro-2º registro): convalecencia 3-9; larga estancia 17- 27; residencia asistida 3-0. Errores C y D: 0. *2.* Inicio de proyecto piloto de prescripción informatizada en una unidad de 16 enfermos para intentar evitar la trascripción de órdenes médicas a las hojas de enfermería.
Conclusiones: *1.* La creación de la comisión de Seguridad Clínica es una herramienta válida para el abordaje de los errores de prescripción. *2.* Los errores de prescripción que llegan al enfermo son numerosos. *3.* Los errores más frecuentes de prescripción se producen al transcribir la orden médica a la hoja de enfermería. *4.* La cuantificación de los errores permite valorar las medidas más adecuadas para evitarlos.

ELABORACIÓN DE UN PLAN DE CUIDADOS INDIVIDUALIZADO Y MULTIDISCIPLINAR PARA PACIENTES GERIÁTRICOS

A. Somoza Argibay y J.L. Valiño Castedo
Centro Terapéutico Gerontológico A Veiga, Láncara.

Introducción: La gran variabilidad en el grado de dependencia entre los pacientes geriátricos conlleva la necesidad de un plan de cuidados personalizado. La adecuada elaboración y exposición de estos planes individualizados permite a los profesionales que trabajan con mayores mejorar su atención directa y la calidad asistencial.
Objetivos: Elaboración de un plan de cuidados que permita proporcionar a todos los profesionales de manera práctica, eficiente e inmediata desde el ingreso del residente, la información necesaria acerca de los cuidados que debe recibir el paciente.
Material y métodos: En septiembre del 2005 todos los profesionales nos hemos sentado a elaborar una ficha de cuidados multidisciplinar que nos permitiese recibir visualmente y claramente la información necesaria y prioritaria sobre cada residente que ingresa. El procedimiento de cumplimentación de la ficha se realiza el primer día de ingreso del residente. Todos los profesionales cumplimentan su parte del Plan de Cuidados. Esta ficha se coloca en el cabecero de la cama del nuevo ingreso para que todo el personal de base tenga una información lo más completa y clara posible que le permita ofrecer calidad en el servicio desde el primer día.
Resultados: Mejor y más personalizada atención desde el primer día reduciéndose de forma notoria las equivocaciones, pérdida de datos y errores en la comunicación.
Conclusiones: Adecuada comunicación entre departamentos y la mejora asistencial.

INGRESOS EN UNA UNIDAD GERIÁTRICA DE AGUDOS PROCEDENTES DE CENTROS RESIDENCIALES

M. Llonch Masriera[1], D. Cubí Montanyà[1], A. Arnau Bartés[2], J. Amblàs Novellas[1] y J. Espaulella Panicot[1]
[1]Hospital de la Santa Creu, Tortosa [2]Hospital General de Vic, Vic.

Objetivos: Los ancianos que viven en una residencia son un grupo de pacientes con fragilidad importante y con grandes repercusiones posthospitalización. Por estos motivos nos planteamos describir la situación funcional y la morbimortalidad de una serie de pacientes ingresados en una unidad geriátrica de agudos (UGA) procedentes de centros residenciales.
Material y métodos: Se incluyeron todos los pacientes procedentes de residencia que habían ingresado en la UGA durante el 2005. Se recogieron distintas variables sociodemográficas (edad, sexo,...) datos de la situación basal (índice de Barthel previo (IB), estado cognitivo,...) motivo de ingreso, síndromes geriátricos y destino al alta (retorno a residencia, ingreso en unidad de media estancia o defunción). Se definió deterioro funcional como la pérdida al alta de 15 o más puntos en el Índice de Barthel respecto a la situación pre-ingreso.
Resultados: La muestra fue de 64 pacientes con una edad media de 86,6 años, 69,8% mujeres. La situación basal muestra un IB medio de 42,3 y un 75% tienen deterioro cognitivo o demencia. El principal motivo de ingreso fue por patología cardiorrespiratoria (57%). Durante la hospitalización el 44,4% presentaron delirium. El destino fue mayoritariamente de retorno a su residencia (68%), se trasladaron a una unidad de media estancia el 9,5% y fallecieron el 22%. El 49% de los pacientes presentaron deterioro funcional posthospitalización. Se observa una tendencia a tener peor situación funcional previa los pacientes que fallecieron (IB 31,1 versus IB 45,5), sin alcanzar significación estadística. Todos los fallecidos excepto uno llevaban tratamiento de confort. No se han detectado diferencias significativas entre pacientes nonagenarios y el resto respecto a la situación funcional y la mortalidad.
Conclusiones: Los pacientes que proceden de residencias presentan discapacidad moderada-severa y deterioro cognitivo/demencia previos. La hospitalización de estos pacientes causa deterioro funcional y elevada mortalidad. El abordaje de la patología aguda en estos pacientes debe basarse en la valoración e intervención geriátricas pero la gran morbimortalidad observada plantea si deberíamos valorar alternativas a la hospitalización convencional para atender a estos pacientes.

PREVALENCIA DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN EN LA ÚLTIMA DÉCADA EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO

S.J. Santaeugenia González[1], C. Blasco García[1], S. Altimir Losada[1], L. Barrancos Simal[1], A. Urrutia de Diego[2], J. Santesmases[2] y R. Castellsagué[3]
[1]UFISS Geriatria Hospital Universitari Germans Trias, Badalona [2]Unidad de Geriátricos Agudos. Servicio de Medicina, [3]Adjunta de Enfermería de Calidad Asistencial.

Objetivos: Evaluar si la prevalencia de las Úlceras por presión en nuestro medio en la última década ha diminuido al introducir material antiescaras.
Material y métodos: Desde 1996 se han realizado dos cortes transversales anuales de la población mayor de 65 años ingresada en nuestro centro (630 camas) excluyendo los servicios de pediatría, ginecología y obstetricia. Se ha analizado el número total de enfermos con UPP, el nº total de úlceras por enfermo, el % de los diferentes tipos y el origen intra o extrahospitalario de las mismas.

Resultados: Por termino medio, se estudiaron 498 pacientes en cada corte. De estos, una media de 27 presentaban ulceras por presión sumando un total de 42 ulceras. En esta última década la prevalencia de las UPP se ha mantenido estable alrededor del 5,46%. El número de úlceras por paciente (media = 1,55) y el % del tipo de úlceras también permanece invariable a lo largo del tiempo. Así, un 28,57% fueron de grado 1, el 40% de grado 2, el 7,33 de grado 3 y el 5.16% de grado 4. El 75% de las UPP se inician durante el ingreso del paciente coincidiendo con su mayor punto de fragilidad.
Conclusiones: *1.* La prevalencia de UPP se mantiene estable a pesar de la implantación de medidas de prevención universales a los pacientes de elevado riesgo. *2.* Las medidas de prevención no hacen disminuir la prevalencia. *3.* Probablemente la prevalencia se mantenga estable a pesar de lo anterior por un incremento de la fragilidad de la población atendida (mayor edad, mayor comorbilidad, mayor prevalencia de desnutrición, mayor agresividad en las intervenciones realizadas a este grupo de edad, sexo,...)

CARACTERÍSTICAS DE LAS INFECCIONES HOSPITALARIAS EN UNA UNIDAD DE GERIATRÍA

J.L. González Guerrero, P. Stoduto, R. Esteban, M. Bobillo, R. Ortés y N. García Mayolín
Complejo Hospitalario de Cáceres, Cáceres.

Objetivo: Conocer las características y aspectos relacionados con las infecciones hospitalarias en pacientes geriátricos ingresados en una Unidad Geriátrica de Agudos (UGA).
Material y métodos: Estudio observacional descriptivo realizado durante 5 años (2001-05). Se recogieron datos de los pacientes ingresados en la UGA durante al menos 24 h: edad, sexo, días de estancia, riesgo de base, situación funcional, diagnóstico principal y factores de riesgo para infección.
Resultados: Se incluyeron 3091 pacientes (62,9% de mujeres), con edad media 84,5 años, estancia media 12,5 días y mortalidad 18,3%. Los diagnósticos principales más frecuentes resultaron las enfermedades circulatorias (35%) y respiratorias (33%). Los factores de riesgo intrínseco más prevalentes fueron: diabetes, insuficiencia renal, hipoalbuminemia, UPP, EPOC, y coma; y los extrínsecos: catéter venoso periférico y sondaje urinario. Un 70% de los pacientes tuvo infección, con origen comunitario 78,4%, nosocomial 21% y por ingreso previo 0,6%. El uso de antibióticos fue empírico en el 82% de los casos, y según antibiograma en el 17%. La incidencia de infecciones nosocomiales (IN) fue del 19,7% y la de pacientes con IN del 15,3%. La localización más frecuente fue en las vías urinarias (37,3%) donde la incidencia de infecciones urinarias asociadas a sondaje fue del 12,3% y la de pacientes con ITU asociada a sondaje del 10,7%.
Conclusiones: Los datos obtenidos permiten tener una referencia para evaluar la infección hospitalaria en nuestra Unidad y hacer un análisis comparativo con otras unidades o centros con vistas a mejorar la asistencia y la gestión de la calidad.

CARACTERÍSTICAS DEL DOLOR PERSISTENTE EN PERSONAS MAYORES EN ATENCIÓN PRIMARIA

L. Rexach Cano[1], J. Innerárity Martínez[1], M.A. Salinero Fort[2], M.F. Consuegra Díez[1], M. Gutiérrez Cabanas[1] y A. Cruz Jentoft[1]
[1]Hospital Ramón y Cajal, Madrid [2]Coordinación Atención Primaria Área 4 Madrid.

Objetivos: *1.* Estimar la prevalencia del dolor persistente en personas mayores que viven en la comunidad. *2.* Describir los tipos de dolor más frecuentes y su localización. *3.* Medir la intensidad de este dolor. *4.* Conocer los tratamientos prescritos más frecuentemente. *5.* Conocer la prevalencia del autotratamiento analgésico y los fármacos utilizados. *6.* Conocer el grado de consulta médica por el dolor de esta población. *7.* Conocer el grado de registro del dolor en la historia clínica (OMI).
Material y métodos: aleatoriamente una muestra de 82 pacientes pertenecientes a dos centros de salud, aunque el objetivo es una población diana mínima de 200 pacientes. Se realizó una entrevista telefónica, complementada con una revisión de la historia clínica de atención primaria. Se recogieron las siguientes variables: Edad, sexo, presencia o no de dolor persistente, puntuación del dolor en una escala de 0 a 10, tipo y localización del dolor, tratamientos prescritos por el médico y automedicación si la hubo, consulta médica por dolor y registro de la misma en la historia clínica.
Resultados: La prevalencia de dolor persistente fue del 67,1%. De los pacientes con dolor, el 90,9% había consultado por el dolor a su médico de familia, quedando registrado el episodio en la historia clínica en sólo el 45,3% de los casos. El tipo de dolor más frecuente fue el somático (80%), seguido del neuropático (10,9%) y del visceral (5,5%). Las localizaciones más frecuentes fueron esqueleto axial (27,3%) y las rodillas (25,5%). La intensidad media del dolor en el momento de la entrevista fue de 6,51/10. De los 55 pacientes con dolor un 74,5% recibía tratamiento médico, siendo los fármacos más utilizados el paracetamol (55,6% de los pacientes), los AINES (20,4%), los opioides menores (9,3%) y el metamizol (7,4%). Un 20% de los pacientes se autotrataron el dolor, siendo el paracetamol el fármaco más consumido (45,4%) con este objeto.
Conclusiones: El dolor es un problema muy prevalente en los pacientes mayores que viven en la comunidad. Generalmente es infravalorado e infrarregistrado en la consulta de atención primaria. La elevada intensidad del dolor pese al tratamiento, el importante infrarregistro del mismo y la baja prescripción de opioides, inferior incluso a la de AINES, sugiere que las posibilidades de mejorar el tratamiento del dolor en estos enfermos son aún muy elevadas.

ATENCIÓN URGENTE POR ESTREÑIMIENTO EN PACIENTES ONCOLÓGICOS ANCIANOS

S.M. Fons Gosalbez, F.J. Pascual, R. Bosca, J.J. Ferrando, S. Peñaranda y E. García
Instituto Valenciano de Oncología, Valencia.

Introducción: El estreñimiento es la deposición de materia dura, con escasa frecuencia (menos de deposiciones a la semana) y tenesmo rectal. Supone la alteración intestinal más frecuente en los pacientes oncológicos ancianos, afectando hasta el 40% con enfermedad avanzada y aumentando al 90% si están en tratamiento con opiáceos.
Objetivos: Conocer las patologías que provocan el estreñimiento, su control y tratamiento y el motivo que les hace acudir a urgencias por este motivo.
Material y métodos: Se trata de un estudio descriptivo y prospectivo realizado entre enero y diciembre de 2005 en el servicio de urgencias del IVO. Se atendió a un total de pacientes de los que el % lo hicieron por estreñimiento. Las manifestaciones clínicas fueron: disminución y alteración de la cantidad de heces, dolor abdominal, diarrea paradójica, nauseas y vómitos, anorexia y distensión abdominal. A todos los pacientes se les realizó una exploración física completa para evaluar el estreñimiento e identificar posibles signos de confusión, que son frecuentes en el anciano con estreñimiento, signos neurológicos y exploración anorectal. Se realizó una radiografía de abdomen y una analítica hemática.
Resultados: Las causas más frecuentes fueron: secundario a fármacos (opiáceos y con actividad anticolinérgica como antidepresivos, antipsicoticos, antiespasmodicos y antiácidos), deshidratación, obstrucción intestinal, hipercalcemia, hipopotasemia, tumores pélvicos y postradioterapia, compresión medular y del plexo sacro y transtornos hidroelectrolíticos secundarios a enfermedades sistémicas (diabetes, hipotiroidismo y uremia). Precisaron ingreso hospitalario. Al alta a los pacientes, se les informo sobre la prevención, la corrección del factor/factores causales y sobre el uso racional de laxantes y enemas.
Conclusiones: El estreñimiento es una afectación muy prevalerte en los pacientes ancianos oncológicos, al que hay que prestar especial atención para mejorar su calidad de vida y evitar las complicaciones que presenta.

PROTOCOLO DE ACTUACIÓN EN HERIDAS Y/O ÚLCERAS POR PRESIÓN. A PROPÓSITO DE UN CASO EN CENTRO GERIÁTRICO DE DÍA "ALDEBARAN"

S.M. Fons Gosalbez[1,2], F.J. Pascual Pla[1], S. Peñaranda[1,2], R. Bosca[1], J.J. Ferrando Pastor[1] y S. Martin Utrilla[1]
[1]Instituto Valenciano Oncologia, Valencia [2]Centro Geriátrico de Dia "Aldebaran"

Introducción: La problemática de las ulceras por presión es de suma importancia dentro del paciente geriátrico por las consecuencias que conlleva de cara a su calidad de vida y por las secuelas y complicaciones que produce.
Método y resultados: A propósito de un caso en paciente anciano (100 años) que se produce lesión por rascado, a consecuencia de prurito, dejando al descubierto TCS, vasos sanguíneos, aponeurosis

y dermis (se dispone de fotografías siguiendo el curso evolutivo). Se aplicó el protocolo de UPP utilizado en el Centro Geriátrico de Día "Aldebaran", resolviéndose en un mes.
Este consiste en: 1º Limpieza lecho herida; 2º Iruxol Neo cubriendo toda la herida; 3º Orbenin 500 mg/6 h; 4º Dieta hiperproteica con Vegenat-Med; 5º Linitul gasa para cubrir; 6º Vendaje compresivo; 7º Varihesive gel; 8º Lofton ampollas sobre el lecho de la herida. (Estos dos últimos apartados se aplicaron una vez saneada la herida, favoreciendo el proceso de cicatrización).

EVOLUCIÓN DE LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER

A.I. Hormigo Sánchez, M. Ruíz Ruíz, C. Rodríguez González, M.A. Milán Vegas, B. Fuertes de Gilbert Ribera, P. Gil Gregorio y J.M. Ribero Casdo
Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

Objetivos: Conocer la evolución cognitiva, funcional, psicológica-conductual y social de pacientes con demencia tipo Alzheimer en tratamiento con inhibidores de Acetil-Colinesterasa (IACE).
Material y métodos: Estudio prospectivo observacional de dos años de seguimiento de pacientes en tratamiento con IACES. Los datos corresponden al Proyecto ICTUS (Impact of Cholinergic Treatment Use) encuadrado en el programa de investigación de la European Alzheimer´s Disease Consortium. Pacientes con enfermedad de Alzheimer con MMSE entre 10-24 puntos y en tratamiento con IACES (n: 46 edad media: 78,9 ± 6,5). Se recogen las siguientes variables: edad, genero, antecedentesas, valoración cognitiva (MMSE, ADAS-Cog), funcional (Katz, Lawton), conductual (NPI), sobrecarga cuidador (Zarit), efectos secundarios de los IACE. Se utiliza paqueta estadístico SPSS 11.0, nivel significación del 95%
Resultados: N. 46 (mujeres: 67,4%) En la tabla se muestran las diferencias en las escalas de valoración de los pacientes en la visita inicial con respecto a la visita de los dos años:
Media MME Media ADAS Indep. Básicas% Indep. Avanza% Delirios % Alucin. % Agitac. % Depres. % Ansied % Deshi %
1ª visita 20,5 24,7 87 40 32,6 23,9 39,1 45,72 6,1 13
Visita 2 años 18 31 19,6 6,5 10,9 6,5 23,9 21,71 9,6 6,5 Irrit % Alt. Motor % Alt Sueño % Euforia % Apatía % Alt. Apetit % Zarit Nº horas de ayuda Antide. % BZD %
1ª visita 41,3 23,9 17,4 13 47,8 8,7 20 6 19.66. 5
Visita 2 años 21,7 6,5 10,9 4,3 34,8 13 26,4 10 8,7 13
Todos los síntomas psicológicos y conductuales asociados a la demencia disminuyen durante el período de seguimiento excepto el apetito que aumenta, con una $p < 0,05$ en todos los casos. También disminuyen las puntuaciones en las escalas cognitivas. Aumenta la sobrecarga del cuidador con la evolución de la enfermedad, así como el número de horas que el cuidador emplea en el cuidado del paciente y la dependencia del mismo.
Conclusiones: *1.* Se objetiva un deterioro funcional y cognitivo en el seguimiento a 2 años de pacientes con enfermedad de Alzheimer que es independiente del tipo de IACE usado. *2.* Se objetiva una disminución de los trastornos conductuales y una mayor dependencia. *3.* Con la evolución los pacientes son más tratados con benzodiacepinas, menos con antidepresivos y no hay cambios respecto al tratamiento con neurolépticos.

CÁNCER PREVALENTE EN LOS MAYORES DE GUADALAJARA

J.R. Urbina Torija[1], J.M. Alonso Gordo[2], C. Santiago Gonzalez[3], D. Jimenez del Val[4] y A. Barcena Marugan[3]
[1]Centro De Salud Azuqueca, Guadalajara, [2]Centro de Salud Guadalajara Sur, [3]Gerencia de Atención Primaria Sescam, [4]Centro de Salud de Alcolea del Pinar-Guadalajara.

Objetivos: Definir la prevalencia de Cáncer en los mayores de 65 años del Área Sanitaria de Guadalajara y establecer cuales son las formas de presentación más frecuentes.
Material y métodos: Estudio Descriptivo Transversal de los mayores de 64 años residentes en el Área, vivos y diagnosticados de Cáncer en la fecha 01/06/1999. Se encuestaron las posibles Fuentes de Información Secundarias en donde pudiera registrarse el diagnóstico de Cáncer: Historia Clínica del Centro de Salud y de Hospitales, Registro Provincial de Tumores, Instituciones de crónicos y de ancianos y órdenes de traslado Interprovinciales. Las variables registradas demográficas, de diagnóstico, actividad y tratamiento tumoral y de situación funcional del paciente fueron tratadas informáticamente para poder obtener mediante el análisis estadístico y epidemiológico la comparación entre medias y proporciones. (p-valor = 0,05).
Resultados: El análisis de los datos nos aporta un total d 1853 tumores en pacientes ancianos en el momento del estudio (74% del total de canceres), tasa de prevalencia 5790/100.000. Más hombres que mujeres, 60,9% (I.C: 58.7-63,2) y una edad media de 75,2 años sin diferencias significativas entre sexos. Las localizaciones mas prevalentes fueron: Colon-Recto (14,6% con diferencias entre mujeres 15,8% hombres 13,9), Próstata (14,5%, el 23,6 de los canceres en hombres), Mama (13,3%, el 34,3% de los de la mujer), vejiga (13,2%, con diferencias entre hombres 18,6 vs mujeres 4,7) y Estomago (6,1%, hombres 6% vs mujeres 6,2%). Los pacientes más jóvenes fueron los de Cáncer de Laringe (edad 71 años I.C: 69,8-72,3) y los más mayores los de Cáncer de próstata (Edad 77,4 I.C: 76,6-78,2).
Conclusiones: La mayoría de enfermos de Cáncer son mayores de 65 años (3 de cada 4) y presentan tumores que también son prevalentes en la edad adulta con una distribución porcentual similar a la de los estudios de incidencia y mortalidad. Los paciente más jóvenes son los enfermos de Cáncer de Laringe.

PREVENCIÓN DE LA FRACTURA OSTEOPORÓTICA EN EL ANCIANO

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

Objetivos: Valorar los factores de riesgo de caídas (FRC) y medir la Densidad Mineral Ósea (DMO) en pacientes con fractura osteoporótica (FO) y compararlos con ancianos caedores sin fractura.
Material y métodos: Estudio descriptivo, prospectivo. Se ha realizado a todos los pacientes un protocolo que incluye variables demográficas, clínicas y diagnósticas. Técnica: Ultrasonografía cuantitativa del calcaneo (Lunar Pixi). Análisis estadístico: SPSS.v.11.0
Resultados: n = 333; Edad media: 73,5 + 9,8; 93,7% mujeres. 39,9% con FO y 60% no Fractura. Factores de riesgo de caídas en pacientes con fractura osteoporótica (FO) y sin fractura (NF): Pobre capacidad para visual: 50,4% (FO) 54% (NF); dificultad para levantarse de una silla: 35,3% (FO) 37% (NF); uso de benzodiacepinas: 17,3% (FO) 17% (NF).Uso de psicotropos: 5,3% (FO), 3,5% (NF) p ns. T-Score en pacientes con FO y sin fractura (NF): no diferencias significativas. Factores de riesgo de caídas y T- score en pacientes con fractura: 1FRC: -1,4 + 1; 2 FRC: 1,5 + 1,4; 3 FRC: -1,5 + 1,4 p ns Factores de riesgo de caídas y T-Score en pacientes sin fractura: 1 FRC T-score: -1,2 + 1,4, 2 FRC: -1,6 + 1,1; > 3 FRC: -1.4 + 0,9 p (< 0,01)
Conclusiones: La identificación y prevención de los factores de riesgo de caídas y el tratamiento de los pacientes con osteoporosis es la clave para la prevención de la fractura osteoporótica.

DIFERENCIAS ASOCIADAS A LA EDAD EN LA PREDICCIÓN DE LA ANSIEDAD MEDIANTE ESTRATEGIAS DE REGULACIÓN EMOCIONAL

I. Montorio, M. Márquez, M. Izal, R. Nuevo y A. Losada
Universidad Autónoma de Madrid, Madrid.

Introducción: Una línea de investigación emergente se centra en cómo las personas mayores, en comparación con otros grupos de edad, regulan las emociones que experimentan en la vida diaria y su posible influencia en el bienestar emocional.
Objetivo: Realizar un estudio de diferencias asociadas a la edad para contrastar si las estrategias de regulación emocional rumiación, supresión, selección de situaciones y reevaluación cognitiva predicen de forma diferencial la ansiedad.
Material y métodos: La muestra está compuesta por 50 personas jóvenes, 51 de mediana edad y 54 mayores de 60 años. A todos los participantes se les administraron diferentes ítems y subescalas del Cuestionario de Regulación Emocional (Gross y John, 2001), Cuestionario de Estilos de Respuesta a la Tristeza (Nolen-Hoeksema y Morrow, 1991) y de la Escala de Control Emocional (Roger y Najarian, 1989), a fin de evaluar diferentes dimensiones de regulación emocional. La ansiedad fue evaluada mediante el STAI-R ((Spielbergeretal., 1970).

Resultados: Las personas de más edad emplean más estrategias de supresión emocional que los otros dos grupos de edad, así como más estrategias de selección de situaciones que los jóvenes. Las personas de mediana edad emplean más estrategias de reevaluación cognitiva y selección de situaciones que los jóvenes. No se encuentran diferencias en la estrategia de rumiación Tres análisis de regresión (por pasos sucesivos) de predicción de la ansiedad utilizando los cuatro tipo de estrategias como variables predictoras muestran que únicamente la rumiación es una variable predictora de la ansiedad, significativa en los tres grupos de edad, siendo el r2 =.28 para los jóvenes, r2 =.45 para los de mediana edad y r2 =.52 para las personas de más edad.
Conclusión: Las estrategias de regulación emocional analizadas difieren en los tres grupos de edad, a excepción de la estrategia de rumiación. En cuanto a cómo estas estrategias se asocian con el grado de ansiedad, se encuentra que entre los adultos, especialmente, en los de más edad, la estrategia de rumiación se asocia con un mayor grado de ansiedad; esto es, la rumiación, estrategia centrada en la modificación de la respuesta emocional, que se caracteriza por un mantenimiento de la actividad cognitiva de valencia negativa y una focalización pasiva y repetitiva de las propias emociones negativas, está relacionada con la experiencia de ansiedad en cualquier edad y, particularmente, en la edad avanzada.

IDEACIÓN SUICIDA EN CUIDADORES DE PERSONAS MAYORES DEPENDIENTES

J. Lopez[1], Mª Crespo[2], J.M. López Arrieta[3], G. Torrijos Barbero[3], R. López de la Torre Martin[3] y C. Hornillos[2]
[1]Departamento de Psicología, Facultad de Humanidades, Madrid
[2]Departamento de Clínica, Facultad de Psicología UC, [3]Unidad de Memoria y Demencias. Hospital Universitario.

Objetivo: Cuando se habla de conductas suicidas no solo nos referimos al suicidio consumado sino también a la ideación suicida y a las amenazas más o menos firmes de llevarlo a cabo. La ideación suicida, primer eslabón del suicidio, tiene una alta prevalencia en los países desarrollados. Es importante determinar los factores de riesgo de esta ideación suicida, entre los cuales la literatura científica incluye con claridad la presencia de trastornos del estado de ánimo pero no la presencia de ansiedad. El propósito de este trabajo es identificar si ansiedad y depresión son factores de riesgo de ideación suicida entre los cuidadores de personas mayores dependientes.
Material y métodos: Se analiza la ideación suicida en 205 cuidadores de personas mayores dependientes, así como la presencia de depresión medida a través del Beck Depression Inventory y la presencia de ansiedad medida a través de la subescala de ansiedad del Hospital Anxiety and Depression Scale.
Resultados: El 11,2% de los cuidadores manifestaban "a veces pensar en suicidarse pero no lo harían" (ideación suicida), el 1% "desear suicidarse" (intencionalidad suicida moderada) y el 0,5% "se suicidarían si tuviesen la oportunidad" (intencionalidad suicida grave). En el 87.3% restante estaba ausente la ideación suicida. Los cuidadores con ideación o intencionalidad suicida no muestran mayores niveles de ansiedad ($F(1, 203) = 1,359$; $p < 0,245$), pero sí de depresión ($F(1,203) = 56,428$, $p < 0,001$) que quienes no muestran ideación suicida. De hecho la probabilidad de encontrar ideación o intencionalidad suicida es 8 veces mayor entre quienes presentan problemas de depresión (OR (95% IC)= 8,68 (3,55-21,21), mientras que es 0,6 veces mayor entre quienes presentan problemas de ansiedad (OR (95% IC)= 0,66 (0,29-1,52). Dada la alta comorbilidad de ambos trastornos se calculó el riesgo de presentar ideas o intenciones suicidas presentando ambos trastornos y se observó un riesgo cuatro veces mayor que entre quienes no presentaban tan solo uno de estos trastornos o ninguno de ellos (OR (95% IC)= 4,21 (1,66-10,69).
Conclusiones: La presencia de depresión es por sí sola un factor de riesgo para la ideación o intencionalidad suicida. Este dato confirma la ideación suicida como un síntoma de la depresión entre quienes cuidan a mayores dependientes en el hogar. Por otro lado, únicamente la presencia de ansiedad no es un factor de riesgo para la aparición de ideas de suicidio pero sí cuando está asociada a la depresión. Por lo tanto, conviene que los profesionales de la salud consideren tanto la depresión por sí sola, como esta asociada a problemas de ansiedad, como factores de riesgo de la ideación o intencionalidad suicida.

LA DETECCIÓN DE DEMENCIA OCULTA EN POBLACIÓN MAYOR EN RESIDENCIA

R. López de la Torre Martin[1], G. Torrijos Barbero[1], D. Santos Puebla[2], J. Lopez[3], J. López Arrieta[1] y P. Bartolome Martinez[1]
[1]Unidad de Memoria y Demencias (UMD), Hospital Univ., Madrid [2]Residencia González Bueno. Madrid., [3]Dpto. de Psicología. Facultad de Humanidades.

Objetivos: Conocer la prevalencia real de demencia en una residencia de ancianos. Determinar el porcentaje de pacientes con los diferentes grados de demencia. Saber la frecuencia de dementes institucionalizados tratados con fármacos antidemencia.
Material y métodos: *Diseño:* Estudio transversal en dos etapas de todos los residentes de en uno de los tres pabellones de una residencia de mayores. *Principales variables de estudio:* Pfeiffer, Yesavage-5, escala de supervivencia (ES), Cruz Roja funcional (CRF) y mental (CRM), puntuación isquémica de Rosen, en la primera fase o de cribado. El test MIS, Test del Reloj e índice de Barthel (IB) en la segunda fase o de confirmación diagnóstica. Los criterios de inclusión para la segunda fase fueron: (SPMSQ ≥ 3) y de exclusión: mayor de 90 años, ≥ 21 subescala AVD de ES, CRF (≥ 3) y CRM (≥ 3). *Criterios diagnósticos:* DSM-IV de demencia y NINCDS-ADRDA de enfermedad de Alzheimer. Seguimiento a los 6 meses.
Resultados: El número de sujetos evaluados fue de 122 pacientes, de ellos 82 mujeres. La edad media de las mujeres fue de 89,31 y la de los hombres 84,80. Solo 8 (7%) pacientes no presentaron deterioro cognitivo en la fase de cribado. Tenían diagnóstico previo de demencia 8 sujetos, la mitad de ellos con anticolinesterásicos, pero 25 (22,3%) estaban en tratamiento con neurolépticos. Se revaluaron 25 sujetos en los que se confirmó el diagnóstico previo. La tercera parte se encontraban con CDR 1 y repartidos en partes iguales (20%) en el resto de los estadios CDR. A los 6 meses habían fallecido 14 (12,5%) de los sujetos con deterioro cognoscitivo.
Conclusiones: *1.* La prevalencia de demencia en esta población institucionalizada es extremadamente alta. *2.* La mayoría de los ancianos con demencia en este estudio no tenían diagnóstico previo de demencia. *3.* Una proporción muy baja de los enfermos dementes reciben tratamiento farmacológico para la demencia.

EXAMEN NEUROPSICOLÓGICO EN PACIENTES CON DETERIORO COGNOSCITIVO Y DÉFICIT VISUAL

G. Torrijos Barbero[1], R. Lopez de la Torre Martin[1], J. Lopez[2], P. Bartolome Martinez[1] J.M. López Arrieta[1] y M. Beltran de la Ascensión[3]
[1]Unidad de Memoria y Demencias (UMD) Hospital Univ., Madrid
[2]Dpto de Psicología. Facultad de Humanidades y Ciencias,
[3]Servicio de Geriatría Hospital Universitario La Paz

Objetivos: Evaluar el grado de interferencia del déficit visual sobre el rendimiento cognitivo en sujetos mayores. Elaborar una versión del MMSE (vMMSE) para la exploración cognoscitiva de personas con déficit visual. Determinar la correlación entre la puntuación total del MMSE y la del vMMSE en sujetos controles, sin déficit sensorial.
Material y métodos: N = 40, 30 controles (sin déficit sensorial) y 10 sujetos con déficit sensorial evaluados de enero 2005 a febrero 2006 de forma consecutiva. La capacidad visual se graduó mediante entrevista estructurada atendiendo a la siguiente escala: - Visión normal con gafas o sin ellas. - Déficit visual leve (puede leer con mucho esfuerzo y los titulares sin esfuerzo). - Déficit visual moderado (puede distinguir objetos y leer con lupa). - Déficit visual intenso (ceguera completa o parcial: sólo distingue sombras o es capaz de distinguir la luz de la oscuridad) A los controles se les administró el MMSE y a los sujetos con déficit visual la versión adaptada vMMSE. Esta versión resulta de eliminar del MMSE los 8 puntos involucrados en el proceso visual. Para interpretar los Resultados del vMMSE se hizo la transformación lineal consistente en multiplicar la puntuación total por 1.36, constante que proviene del cociente 30/22 (puntuación máxima del MMSE/puntuación máxima del vMMSE)
Resultados: De la muestra utilizada el 55,26% eran mujeres. La mayor parte de los sujetos tenían estudios primarios. La mayoría de los déficits visuales eran de grado leve. El rendimiento cognoscitivo fue similar en los sujetos con déficit visual y en los controles. La correlación entre las puntuaciones totales MMSE y MMSE modificado fue muy buena.
Conclusiones: *1.* Los sujetos con déficit visual atendidos en la Unidad de Memoria mostraron una función mental similar a los sujetos sin déficit según la puntuación en el vMMSE. *2.* La versión vMMSE es

un buen instrumento para evaluar el rendimiento cognoscitivo de sujetos con déficit visual al correlacionar bien ambas puntuaciones en pacientes controles.

UTILIDAD DE UNA ESCALA DE SUPERVIVENCIA PARA PREDECIR EL PRONÓSTICO DE PACIENTES INSTITUCIONALIZADOS CON DEMENCIA AVANZADA

D. Santos Puebla[3], G. Torrijos Barbero[1], R. López de la Torre Martín[1], J. López[2], P. Bartolomé Martínez[1], J.M. López Arrieta[1] y M. Beltrán de la Ascensión[4]

[1]Unidad de Memoria y Demencias (UMD), Hospital Univ., Madrid [2]Dpto. de Psicología. Facultad de Humanidades y Ciencias, [3]Residencia de mayores Dr. González Bueno, Madrid, [4]Servicio de Geriatría Hospital Universitario La Paz

Objetivos: *1.* Identificar los factores asociados a la mortalidad a los seis meses en población institucionalizada con demencia. *2.* Determinar la utilidad de una puntuación de riesgo para predecir la mortalidad de sujetos con demencia en residencia.
Material y métodos: *Diseño:* Estudio de cohorte en una residencia de mayores. *Principales variables de estudio:* Cognoscitivas: Pffeiffer, Cruz Roja Mental (CRM); *Funcionales:* Cruz Roja funcional (CRF); *Clínicas:* factores de riesgo vascular, inestabilidad clínica; Escala de Supervivencia (ES), Yesavage-5, Edad, y Sexo. *Seguimiento:* 6 meses, de junio a diciembre de 2005. *Variable resultado principal:* Mortalidad a los seis meses.
Resultados: El número de sujetos evaluados fue de 122 pacientes, de ellos 82 mujeres. La edad media de las mujeres fue de 89,31 y la de los hombres 84,80. Aunque sólo 8 (7%) tenían un diagnóstico previo de demencia, se detectó deterioro cognoscitivo en la mayoría 87,5% (98/112) y 25 de ellos estaban previamente con neurolépticos. La tercer a parte de los sujetos con demencia se encontraban en fase CDR 1 (36/98) y el resto de los dementes se encontraban repartidos en partes iguales (20%) en el resto de los estadios CDR. La mortalidad a los 6 meses fue 14,3% (14/ 98). No se encontró asociación con ninguna de las variables estudiadas y la Escala de Supervivencia no predijo el pronóstico fatal de estos sujetos con demencia.
Conclusiones: *1.* La mortalidad a los seis meses entre los pacientes con demencia no se asocia con ninguna de las variables cognoscitivas, funcionales ni clínicas estudiadas. *2.* La escala de supervivencia diseñada para predecir el pronóstico de pacientes institucionalizados no ha resultado de utilidad en este estudio de cohortes.

CARACTERÍSTICAS HOSPITALARIAS DE LOS PACIENTES CENTENARIOS INGRESADOS EN UNA UGA

C. Bermejo, V. Baños, E. Fernández, A. Socorro, D. López, J. Rodríguez, J. Gómez-Pavón e I. Ruipérez

Servicio de Geriatría. Hospital Central de la Cruz Roja, Madrid.

Objetivo: Analizar las características de los pacientes centenarios durante el ingreso hospitalario en una Unidad Geriátrica de Agudos (UGA).
Material y método: Análisis retrospectivo de los pacientes ingresados en la UGA del H. Cruz Roja de Madrid de edad ≥ 100 años desde 1-1-00 al 1-9-05. Parámetros descriptivos analizados: sexo, comorbilidad, situación funcional y mental, causa de ingreso, estancia, mortalidad, complicaciones intrahospitalarias (infecciones, caídas, síndrome confusional agudo, reacciones adversas) y analítica de ingreso. Análisis estadístico: χ^2 para variables categóricas con exacta de Fisher para no paramétricas y T de Student, para cuantitativas. Nivel Significación e intervalo de confianza, del 95%.
Resultados: N = 49 (40 mujeres, edad media 101,57 ± 1,63 años). Los pacientes centenarios presentaron al ingreso, deterioro funcional moderado (CRF 3,24 ± 1,49 e IB 46,24 ± 32,34) y deterioro cognitivo leve (CRM 1,45 ± 1,292, ningún pacientes con demencia severa). Proceden en su mayoría del domicilio (79,6%), La causa más frecuente de ingreso fue la infecciosa (46,9%) (respiratoria 40,8% y urinaria 6,1%), le siguió la ICC (26,5%) y el ACVA (8,2%). Las complicaciones intrahospitalarias más frecuentes fueron el sd. confusional agudo (36,7%) y la infección nosocomial (30,6%), destacando la urinaria (12,2%) frente a la respiratoria (10,2%). Al alta se institucionalizaron 10,2, reingresaron 9 (18,4%) en los tres siguientes meses y fallecieron 3 (6,1%) durante el ingreso. Presentaban baja comorbilidad con I. Charlson 2,41 ± 1,59 y parámetros analíticos de malnutrición leve, albúmina 3,01 ± 0,35 mg/dl. Aquellos con diagnóstico de demencia (leve.moderada, CRM previo ≥ 3), presentaron peor situación funcional previa, al ingreso y al alta, medida por CRF e IB ($p < 0,05$), asociándose con mayor comorbilidad ($p < 0,05$), sin correlacionarse con valores analíticos, complicaciones durante el ingreso, estancia media o institucionalización.
Conclusiones: Los pacientes centenarios que ingresan en nuestra UGA presentan un deterioro funcional moderado y una aceptable situación mental, alta tasa de complicaciones intrahospitalarias sobre todo infecciones nosocomiales y sd confusional agudo. En esos pacientes la demencia sería el principal factor condicionante de una mayor pérdida funcional durante el ingreso.

VALORACIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR Y REPERCUSIÓN CARDÍACA EN ANCIANOS JUBILADOS

M.D. Sánchez, M. Lázaro y J.M. Ribera

Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

Objetivos: Identificar los factores de riesgo cardiovascular y su repercusión en una cohorte de ancianos jubilados y sus cónyuges que residen en la comunidad en función de la edad y el sexo.
Material y métodos: Estudio trasversal de una cohorte de 190 jubilados y sus cónyuges. El protocolo incluye anamnesis, exploración física y MMSE. Se realizaron ECG, radiografía de tórax, ecocardiograma y holter. Se consideraron como factores de riesgo cardiovascular HTA, DM, hipercolesterolemia, tabaquismo y sedentarismo; se compararon los parámetros obtenidos en función del número de factores de riesgo presentados mediante test χ^2 y T de Student (SE: $p < 0,05$). Las variables cualitativas se expresaron por distribución de frecuencias (IC: 95%); las cuantitativas con desviación estándar y media.
Resultados: n = 190. Edad media: 77,7 DE (6,2). 62,4% mujeres. Presentan: HTA: 57,6%; Hipercolesterolemia: 39,9%; Diabetes: 8,7%; Hábito tabáquico: 32,2% e inactividad física: 38,7%. El grupo de hombres entre 65 y 75 años es el que con mayor frecuencia (66,7%) presentan un factor de riesgo aislado o dos asociados (78,9%). La asociación de tres factores es la más frecuente en la misma franja etaria tanto en hombres (76,9%) como en mujeres (68,4%). Las alteraciones de la repolarización, aumento del índice cardiotorácico, disminución de la fracción de eyección y las anomalías en el Holter se relacionan con el número de factores de riesgo ($p < 0,05$).
Conclusiones: La presencia y asociación de factores de riesgo cardiovascular es muy elevada en esta muestra. La repercusión cardiaca se relaciona con el número de factores de riesgo presentes. La prevención cardiovascular es fundamental en este grupo etario.

SITUACIÓN FUNCIONAL Y FUNCIÓN MUSCULAR EN ANCIANOS CON DEMENCIA

A. Alfaro Acha, J.A. Mellado Gutiérrez, A.M. Cruz Santaella, B. Cobos Antoranz y A. Murciano Rosado

Hospital Virgen del Valle, Toledo.

Objetivo: Evaluar la situación funcional y función muscular en ancianos con demencia y analizar si existen diferencias según el grado y tipo de demencia.
Material y métodos: *Diseño:* Estudio descriptivo transversal. *Población:* Se seleccionaron los sujetos a través de las consultas externas incluyendo los mayores de 70 años que cumplían los criterios de demencia (DSM-IV) en un estadio leve (GDS 2-3) o moderado (GDS 4-5). *Variables:* Socio-demográficas, comorbilidad, MMSE, GDS, situación funcional (Katz, FAQ, ejercicio actual) y función muscular (Handgrip, test de "Up and Go" y levantarse de una silla sin manos).
Resultados: Fueron entrevistados 53 sujetos, 69% mujeres y edad media de 81 años (69-93). Según el tipo de demencia: 49,1% Alzheimer, 28,3% vascular, 17% mixta, 3,8% por cuerpos de Lewy y 1,9% frontotemporal. Según el grado de demencia, 43,4% leve y 56,6% moderada. Se objetivó que un 81,1% presentaban un Katz A o B, y sólo un 28,3% tenían un FAQ no patológico. Al comparar la situación funcional según el grado de demencia se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el Katz (Katz A 60,9% vs 16,7% en demencia leve vs moderada, p =0, 001) y en el FAQ (FAQ no patológico 47,8% vs 13,3% en demencia leve vs moderada, p = 0,012). En el Handgrip se objetivaron diferencias clínicas (Handgrip 20,13 ± 6,7 vs 16,68 ± 6,7 Kg en demencia leve vs moderada, p =0, 056). Cuando analizamos las diferencias según el tipo de demencia no encontramos diferencias estadísticamente significativas.
Conclusiones: Los pacientes con demencia moderada tienen una peor situación funcional y función muscular que aquellos con demencia leve.

SESIÓN PÓSTERS II

Terrazas
Jueves, 15 de junio

Área ciencias sociales

Moderan:
Nina Mielgo
Colegio de Psicólogos de Madrid. Comité Técnico de la SEGG

Mª Montaña Román
Vocal de la SEGG por Extremadura

PROTOCOLO DE VALORACIÓN DE LAS CONDICIONES DE VIDA APLICADO AL NUEVO PERFIL DEL JUBILADO

I. Lizaso Elgarresta, M. Sánchez de Miguel y L. Reizabal
Facultad de Psicología, Upv/ehu, Donosita.

Introducción: Los constantes cambios que se producen en la actual sociedad, inciden de manera importante en el colectivo de personas de más edad. Se percibe progresivamente un mejor estado de salud, un mayor nivel educativo, un mejor estatus socio-económico, y unido a ello, un aumento de la esperanza de vida que ocasiona un envejecimiento de la población.
Objetivos: Analizar la relación de aquellas variables que serían características del nuevo perfil de jubilado.
Material y métodos: Entrevista semiestructurada: 161 (80 mujeres y 81 hombres) personas jubiladas mayores de 55 años (x- = 66 años, SD = 6,35, rango = 55-88 años). Datos sociodemográficos y psicosociales: SPMSQ –screening-, versión adaptada del cuestionario de actividades de tiempo de Ocio (Berjano y Llopis, 1996), GADS –screening-, GDS/30, HAS, PGC, Autoconcepto, Inventario de recursos sociales y COOP-WONCA.
Resultados: Casados (71,4%); estudios primarios (33,5%); trabajador cualificado (34,5%); edad de jubilación x- = 60 años (SD = 5,13); tipo de jubilación "prejubilado" (34,5%); tiempo que lleva jubilado x-=6,5 años (S = 4,85); ingresos > 1.077 euros (49,1%). Un análisis factorial confirmatorio sugiere que el autoconcepto y los sentimientos negativos, el nivel de actividad y relaciones sociales, el estado de salud física y psíquica, y el nivel de satisfacción vital podrían ser los indicadores del nuevo perfil del jubilado.
Conclusiones: Como respuesta a las nuevas demandas sociales y a la nueva realidad socio-demográfica se propone un protocolo de valoración que recoge las variables de mayor significación en torno a la aparición del nuevo perfil del jubilado

EL PAPEL DEL APRENDIZAJE Y LA FORMACIÓN EN LA CAPACITACIÓN DE PROFESIONALES EN EL ÁMBITO DE LA GERONTOLOGÍA Y PSICOGERIATRÍA

F.J. Leturia Arrazola[1] y N. Etxaniz Urtiaga[2]
[1]MATIA FUNDAZIOA/INGEMA, Donostia, [2]INGEMA (Instituto Gerontológico Matia), Donostia.

Objetivos: Analizar modelo y programas formativos de INGEMA. Plantear el programa formativo de INGEMA (Instituto Gerontológico Matia), dirigido a diferentes grados formativos: especialización, formación continua, formación in company, formación a familias, voluntarios y aprendizaje a lo largo de la vida, desde el modelo de gestión por competencias.
Material y métodos: Analizar los resultados obtenidos a lo largo de los últimos seis años, a partir del modelo de Gestión por competencias, el modelo EFQM (European Foundaion of Quality Management) de excelencia y la gestión del conocimiento, en cuanto a la capacitación de profesionales en el ámbito de la gerontología y psicogeriatría. Analizar de la misma manera, los resultados obtenidos en la formación a la red de apoyo informal (familiares y voluntarios) en los seis Centros Gerontológicos, 4 Centros de día y un Centro de Atención Residencial Especializada CARE para discapacitados adultos en los últimos años.
Resultados: Los resultados obtenidos se miden en base a los siguientes índices de valoración. Nº de programas formativos llevados a cabo en los últimos seis años. Porcentaje de profesionales formados en Matia Fundazioa. Porcentaje de familiares que han recibido formación en Matia Fundazioa. Porcentaje de voluntarios que han recibido formación en Matia Fundazioa. Nº de personas mayores de 55 años que han recibido formación en los últimos años en el ámbito de Guipúzcoa, a través de las Escuelas de la Experiencia: Satisfacción sobre la formación teórica recibida. /10 Satisfacción sobre la formación práctica recibida. /10. Índices de asistencia. Porcentajes de inserción laboral. Perfil de profesionales formados. Proyectos llevados a cabo en diferentes Centros Gerontológico en el ámbito del País Vasco. Proyectos llevados a cabo en la comunidad.
Nº de profesionales formados fuera de la Comunidad Autónoma Vasca Indicadores de Matia Fundazioa de formación y aprendizaje interno.
Conclusiones: La mayor complejidad en los perfiles de personas a las que se atiende en Centros Gerontológicos y Centros de Día, y de perfiles profesionales, implica la necesidad de una mejor capacitación y aprendizaje interno. El alto índice de participación y satisfacción en los programas formativos evidencia de la necesidad de capacitación, formación y cualificación en el ámbito de la gerontología y la psicogeriatría.

IMPORTANCIA DE LA IMPLANTACIÓN DE PROGRAMAS INTERGENERACIONALES EN CENTROS GERONTOLÓGICOS Y ANÁLISIS DEL IMPACTO EN LA PERCEPCIÓN ENTRE NIÑOS, JÓVENES Y MAYORES

F.J. Leturia Arrazola[1] y N. Etxaniz Urtiaga[2]
[1]MATIA FUNDAZIOA/INGEMA, Donostia, [2]INGEMA (Instituto Gerontológico Matia), Donostia.

Objetivos: Analizar la evolución de la implantación de programas intergeneracionales en los seis Centros Gerontológico gestionados por Fundación Matia en Guipúzcoa. Analizar el impacto y los resultados obtenidos en el estudio sobre la imagen que niños y jóvenes tienen sobre las personas mayores y viceversa y presentar la creación de un Seminario Permanente sobre Relaciones Intergeneracionales, así como la metodología y objetivos del mismo en el marco de los proyectos de Aprendizaje Permanente a lo largo de la vida financiado por el departamento de Educación del Gobierno Vasco.

Material y métodos: Analizar los programas intergeneracionales llevados a cabo en seis Centros Gerontológicos y 14 Centros Educativos de Guipúzcoa, entre los últimos seis años, con 1.510 niños y jóvenes, y 949 mayores. Analizar el proceso de implantación de estos programas y su evolución a lo largo de los años ampliando en calidad y cantidad los contenidos de los mismos, así como el porcentaje de participación de personas mayores, niños y jóvenes en programas intergeneracionales. Analizar la imagen que niños y jóvenes tienen de las personas mayores y viceversa, a través de un estudio llevado a cabo a los largo de los últimos 4 años. Analizar la satisfacción de los niños y jóvenes participantes en estos programas intergeneracionales. Analizar la satisfacción de los mayores participantes en programas intergeneracionales y residentes en Centros Gerontológicos.
Resultados: Nº de programas intergeneracionales llevados a cabo en Guipúzcoa en los últimos años en los 6 Centros Gerontológico gestionados por Matia Fundazioa. Nº de mayores residentes en seis Centros Gerontológico participantes en programas intergeneracionales: 949 Nº de niños y jóvenes participantes en programas intergeneracionales: 1510 niños. Creación del Seminario Permanente sobre relaciones intergeneracionales.
Conclusiones: El aumento progresivo de participantes tanto jóvenes como mayores, evidencia la necesidad de la presencia de este tipo de programas en Centros Gerontológicos. Las actividades llevadas a cabo a lo largo de los últimos años promueven la educación como medio para vencer los estereotipos y prejuicios asociados a la edad. Las relaciones entre las diferentes generaciones participantes en estos programas se van ampliando en calidad y cantidad contribuyendo al desarrollo de la persona

AYUDAS PARA LA ATENCIÓN DE SERVICIOS PERSONALES EN DOMICILIO

C. Aguirre Hernández
Instituto Navarro de Bienestar Social, Pamplona.

Objetivo: Estudiar las características de los beneficiarios de Ayudas para la Atención de Servicios Personales en domicilio, con el fin des establecer un perfil y futuras pautas de actuación.
Material y métodos: Se han tomado tres muestras de beneficiarios de estas ayudas correspondientes a los años 2004, 2005 y 2006, en los meses de octubre, agosto y febrero respectivamente. El número de beneficiarios ha sido de 4.975, correspondientes 1.676 al año 2004, 1.605 al año 2005 y 1.694 al año 2006. Se ha tenido en cuenta las variables: Edad, sexo, estado civil, importe de la ayuda, renta y situación de convivencia.
Resultados: La edad media de los beneficiarios se sitúa en 82 años en todo el periodo, encontrándose en el tramo entre 76 y 85 años el mayor número de personas: 654 en 2004, 658 en 2005 y 697 en 2006. Las personas que superan los 85 años van incrementándose, contabilizando 722 personas en 2006, lo que supone un 42% del total de beneficiarios. El sexo predominante es el femenino en un porcentaje medio de 75% - 25%, respecto a los hombres. Este porcentaje se eleva en 2006, pasando las mujeres a un 78,82%. Un 44,03% son personas viudas, seguidas de los casados con un 40,73% y solteros con un 9,44%. Respecto a la zona de origen, Pamplona lógicamente presenta un mayor número de beneficiarios, alcanzando la cifra de 739 personas. Destaca en los que a Servicios Sociales de Base se refiere el elevado número de beneficiarios de Cascante (424) Peralta (320) y Tudela (272). Entre las unidades de barrio de Pamplona destacan San Juan (156) y Chantrea (150). La ayuda media va desde 340,67 euros en 2004, 351,86 en 2005 y 349,23 en 2006. La ayuda interanual se sitúa entre 200 y 300 euros, seguida del tramo entre 300 y 400 euros, suponiendo entre ambos un 29% de las ayudas. La renta per cápita se sitúa en el tramo comprendido entre 4.000 y 6.000 euros anuales, lo que supone un 31,74%, seguido muy cerca por las personas comprendidas en el tramo entre 6.000 y 8.000 euros, con un 31,52%. De los 4.945 casos estudiados, un 60,78% viven en compañía de familiares, bien de otro anciano o de familia más joven, que en ambos casos ejercen funciones de cuidadores.
Conclusiones: Población notablemente envejecida, con un elevado número de personas que superan los 85 años, suponiendo un reto a futuro la atención, por una parte de las personas ancianas que viven solas y por otra la necesidad de adecuar estas ayudas a la realidad actual de las familias con miembros dependientes, apoyando económicamente a las mismas.

INFERENCIAS SOBRE LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN TAREAS DE RECUERDO Y RECONOCIMIENTO EN ENVEJECIMIENTO Y DCL. UN ACERCAMIENTO PARAMÉTRICO Y NO PARAMÉTRICO

H. Peraita Adrados[1], AJ. Garriga-Trillo[2] y J. Sepulcre[3]
[1]Dpto. De Psicología Básica. UNED., Madrid [2]Dpto. de Metodología. UNED, Madrid [3]CIMA Y UNAV.

Introducción y objetivos: Dos recientes trabajos, Estes y Maddox (2005) y Crawford, Garthwaite, Azzalini, Howell y Laws (2005) analizan datos de tareas de memoria y señalan los problemas que acarrea el tener que hacer inferencias a partir de los datos de muestras pequeñas. En nuestra investigación se plantea una problemática semejante, pues se trata de determinar qué sujetos padecen un DCL que podría evolucionar hacia la demencia.
Material y métodos: Para subsanar las críticas metodológicas planteadas por Estes y Maddox (2005) consideramos una muestra "grande", de 140 sujetos con edades entre 58 y 90 años de edad y utilizamos varias pruebas del TAVEC. Los objetivos fueron: 1º cuál es el mejor ajuste de cada una de las distribuciones de las puntuaciones considerando una serie de modelos teóricos, 2º si existen diferencias significativas entre las medias de las distribuciones empíricas y 3º si existen diferencias significativas entre las distribuciones empíricas de cada par de pruebas. Utilizamos así dos tipos de pruebas no paramétricas y una paramétrica y modelos no complejos.
Resultados: *1)* los mejores ajustes a cada distribución son diferentes, *2)* existen diferencias significativas entre las medias de las distintas distribuciones; *3)* a pesar de que los mejores ajustes son distintos en cada distribución, no existen diferencias significativas entre las distribuciones empíricas, excepto con el contraste de Wald-Wolfowitz.
Conclusiones: Considerando lo postulado por Estes y Maddox (2005), y modificando sus condiciones iniciales -simplificación de los modelos y aumento del tamaño de la muestra- concluimos que ni los enfoques paramétricos ni los no paramétricos producen resultados totalmente negativos o sesgados.

CUADERNOS MAYOR: MATERIAL DE ESTIMULACIÓN COGNITIVA

L. Pérez del Tío y A. Chaminade Bautista
Iubilate Psicologos, Madrid.

Esta colección es el resultado de un largo trabajo de análisis de las necesidades de las personas mayores con alteraciones cognitivas, diseño de tareas adecuadas para estimular las diferentes funciones intelectuales afectadas, y comprobación, con las propias personas mayores, de la adecuación, o no, de cada tarea para el propósito para el que fue diseñada. El objetivo de esta colección es ofrecer materiales de estimulación cognitiva, que ayuden a potenciar las capacidades intelectuales y a mejorar la calidad de vida de las personas con alteraciones de las funciones superiores, propias de las enfermedades cerebrales, fundamentalmente demencias y otros trastornos neurológicos afines. Este material esta diseñado para ser utilizado en unidades de estimulación cognitiva, centros de Día, residencias, hospitales de día, así como en el domicilio particular de cada persona. Cada cuaderno esta indicado para un grado de capacidad diferente, de tal manera que cada persona encuentre la estimulación que necesita. El hecho de que las tareas tengan una dificultad creciente permite avanzar al paciente, incrementando paulatinamente el grado de dificultad, así como seguir siendo estimulado, cuando el deterioro orgánico se acentúa, mediante la elección de tareas más sencillas. Cada tarea propuesta ha sido diseñada y probada por profesionales de la psicología gerontológica, por lo que deben ser utilizadas con conocimiento y asesoramiento profesional, teniendo siempre en cuenta las características socioculturales y los intereses de la persona a la que se quiere estimular, con el objetivo de evitar reacciones de frustración ante tareas no adecuadas a las capacidades de la persona mayor.

MOTIVOS DE INGRESO DE PERSONAS VÁLIDAS EN UNA RESIDENCIA

N. Flores Peña y C. Aizcorbe Urroz
Casa Misericordia, Pamplona.

Introducción: La Casa Misericordia de Pamplona, es una residencia de fundación municipal dedicada a la atención integral de las perso-

nas mayores. En la actualidad cuenta con capacidad para 555 personas distribuidas en 380 plazas válidas y 175 plazas asistidas.
Objetivo: Conocer los principales motivos de ingreso de las personas válidas en este centro.
Material y métodos: Para este trabajo tomamos como muestra los residentes válidos que han ingresado en los años 2004/ 2005. La recogida de la información se ha tomado mediante entrevistas. Las categorías de la variable motivos de ingreso son: salud, vivienda, soledad, aspectos familiares, elección de residencia y otros.
Resultados: La muestra cuenta con un número de 148 ingresos que se dividen en partes iguales para hombres y mujeres. Los motivos más destacados son los relacionados con: la salud (23% hombres y 36,5% mujeres), los aspectos familiares (24,3% hombres y 21,6% mujeres, y otros (20,3% hombres y 14,9% mujeres).
Conclusiones: Destacamos que el motivo de ingreso es diferente según el sexo, valorando más las mujeres el tema de salud y los hombres los aspectos familiares.

ALCANCE DE OBJETIVOS ASISTENCIALES Y ADECUACIÓN DE ESTANCIA HOSPITALARIA

M. Álvarez de Arcaya, L. Alkorta, J. Centeno, E. Fernández Arín, R. González y J.L. González Oliveras
Hospital Ricardo Berminghan, Donosita.

Objetivos: *1)* Conocer los objetivos asistenciales propuestos al ingreso. *2)* Valorar la consecución de dichos objetivos. *3)* Valorar la concordancia entre el tiempo de estancia estimado necesario y el real.
Material y métodos: Estudio observacional prospectivo de los pacientes que han cursado ingreso y alta en un Hospital de Media Estancia de diciembre de 2005 a mayo de 2006. Tras valoración multidisciplinar el equipo plantea unos objetivos asistenciales y estima el tiempo necesario para su alcance. Al alta se evalúa la consecución de objetivos y el tiempo de estancia real.
Resultados: (A 15- 2-06). Se han valorado 92 pacientes. Su distribución por grupos funcionales al alta ha sido 36 convalecencias, 23 rehabilitación y 33 cuidados paliativos (16 oncológicos y 17 no oncológicos). El objetivo estabilidad clínica se planteó en 48 pacientes (52,2%), ganancia funcional y búsqueda de apoyo sociales 39 respectivamente (42,4%), cuidados paliativos en 35 (38%), simplificación de tratamiento en 1 (13%), apoyo psicológico en (8,6%), mejora cognitiva en (6,5%) y mejora nutricional en (4,3%). El tiempo estimado necesario para su alcance fue 30 días en convalecencia y 37 en rehabilitación. Estabilidad clínica se alcanzó en 28pacientes (58,3%), ganancia funcional en 29 (74,3%), apoyo social en 31 (79,5%), simplificación de tratamiento en 4 (33,3%) y mejora cognitiva en 3 (50%). Se aplicaron cuidados paliativos y apoyo psicológico en todos los pacientes en que estos objetivos fueron planteados. La estancia media fue de 26,5 días en convalecencia y de 29,9 en rehabilitación.
Conclusiones: *1)* La estabilidad clínica, ganancia funcional, apoyo social y cuidados paliativos son los objetivos asistenciales propuestos con mayor frecuencia. *2)* Ganancia funcional y apoyo social son objetivos que se alcanzan en un elevado porcentaje de pacientes. *3)* El objetivo estabilidad clínica es sustituido con frecuencia por cuidados paliativos a lo largo de la evolución. *4)* La estancia media al alta se ajusta mucho a la estimada al ingreso por el equipo.

INTERVENCIÓN DEL SERVICIO DE FARMACIA EN EL CONSUMO DE SUPLEMENTOS NUTRICIONALES

E. Bresme, M.T. Sauque, A. Calderón de la Barce, M. Aguas y T. Suesa
Socio Sanitario Palau, Barcelona.

Objetivo: Evaluar la utilización de suplementos nutricionales orales en una población geriátrica institucionalizada.
Material y métodos: Estudio realizado en un Centro Sociosanitario de 260 plazas, que cuenta con pacientes de convalecencia, psicogeriatría y larga estancia. El estudio consta de dos fases: 1º Estudio longitudinal y retrospectivo del consumo del número de suplementos enterales. Para estudiar la evolución del consumo se estudió el número de unidades de suplementos consumidas por cada 100 estancias desde enero 2005 a octubre 2005. 2º El Servicio de Farmacia notifica quincenalmente la duración de cada tratamiento al médico responsable del paciente, con el fin de intentar reducir su duración. Esta notificación se realizó desde octubre 2005 a enero de inclusive.
Resultados: Durante la primera fase se obtuvo un aumento estadísticamente significativo del consumo de suplementos nutricionales ya que la media durante los 6 primeros meses fue de 9,13 (DE 1,31) suplementos nutricionales cada 100 estancias y pasó a 13,90 (DE 1,46) en los 4 meses siguientes ($p = 0,001$). En la segunda fase tras el envío de la notificación a los médicos del número de tratamientos que tenían prescritos y de su duración, se obtuvo que el consumo de suplementos nutricionales disminuyó a 11,34 (DE 0,91) suplementos nutricionales cada 100 estancias en los 3 meses siguientes. Esta disminución en el consumo de suplementos aunque no fue significativa, mostró una tendencia a la significación ($p = 0,081$).
Conclusiones: La notificación de los tratamientos prescritos con su duración, parase ser un método eficaz para disminuir el consumo de suplementos nutricionales.

FACTORES SOCIALES QUE DETERMINAN EL DESTINO DE LOS PACIENTE AL ALTA

M.C. Valero Clares, M. Aguas Compaired, F. Robles García y T. Suesa García
Socio Sanitario Palau, Barcelona.

Objetivo: Comprobar si la ubicación al alta de los pacientes de Convalecencia obedece a algún factor social/familiar.
Material y métodos: Estudio retrospectivo de 3 años, de los pacientes en que la T. Social intervino directamente. Variables estudiadas: edad, sexo, convivencia, e. civil, nº hijos, cuidador principal, estancia y destino al alta.
Resultados: Estudiados 307 pacientes de 340 altas, (se descartan éxitus y reingresos en hospital). 40,5% fueron a domicilio y 48,3% a residencia o CSS (RS); 42,7% vivían solos, 23,8% en pareja, 17,6% con hijos; un 22,1% eran solteros, 27% casados, 46,6% viudos y 4,2% separados; 38,8% se cuidaban ellos mismos, 21,5% el cónyuge, 21,5% el hijo. Los motivos que podían influir en la decisión entre domicilio y RS, vemos que no hay diferencias significativas en la edad ($p = 0,784$); sexo ($p = 0,301$); nº de hijos ($p = 0,563$); e. civil ($p = 0,688$). El cuidador principal tiende a significación ($p = 0,075$) el 50,8% que son cuidados por el cónyuge o por si mismo van a RS; y los que son cuidados por otros familiares, el 59.8% a RS. Hay diferencias ($p = 0,003$) entre las estancias de los que van a domicilio, 79.5 días, de los que son institucionalizados, 96.5 días.
Conclusiones: Es el cuidador principal la variable social que decide la ubicación al alta por: La edad, posiblemente, es la misma entre cuidador y paciente. La soledad, en el caso de los que se cuidan a si mismos, pesa mucho cuando se está enfermo/convaleciente. Los institucionalizados hacen más estancias, por ser un paso difícil el ir a una residencia.

DESTINACIÓN DE LOS PACIENTES FRÁGILES QUE REQUIEREN LA INTERVENCIÓN DEL SERVICIO DE TRABAJO SOCIAL

J. Aligué Capsada, T. Codinach Moncunill, A. Rius Roses, F. Ramos Soria, J. Herms Berenguer, C. Morales Coca, R. Pérez Vidal y J.M. Marcos Bruguera
Fundación Althaia Manresa, Barcelona.

Objetivos: Analizar el destino al alta de los pacientes etiquetados de frágiles (según los criterios de fragilidad de la OMS) que han requerido la intervención de las trabajadoras sociales durante el año 2005 en la Fundación Althaia, así como determinar las causas y los días de ingreso.
Material y métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de todos los pacientes frágiles valorados por el Servicio de Trabajo Social durante el año 2005, analizando: edad, sexo, motivo de ingreso, estancia media, mortalidad y destinación al alta.
Resultados: n = 99. Edad media 83,05. 50 varones (50,50%), 49 mujeres (49,50%). Motivos de ingreso más frecuentes: 44,44% sobreinfección respiratoria y/ o EPOC, 12,12% AVC, 11,11% infección urinaria, 7,07% neumonía, 5,05% GEA. Estancia hospitalaria media: 16,27 días. 10,10% mortalidad intrahospitalaria, 29,29% mortalidad durante el año 2005-enero 2006. Destinación al alta: 36 pacientes trasladados a centros sociosanitarios (25 a Unidad de Convalescencia, 6 a Unidad de Larga Estancia, 3 a Unidad de Curas Paliativas, 2 a Unidad de Psicogeriatría), 16 pacientes ingresados en Residencia Geriátrica, 37 pacientes derivados a domicilio (6 con ayudas a domicilio, 4 a centros diurnos).

Conclusiones: La presencia de trabajadoras sociales en los equipos multidisciplinarios tiene especial relevancia, ya que ayuda a detectar de forma precoz las dificultades de cuidados de los pacientes con cierto grado de dependencia y alta comorbilidad y mortalidad.

APORTACIONES DE LA ASOCIACIÓN "CUÍDOME-CUÍDAME" A LA VALORACIÓN INTEGRAL Y CALIDAD ASISTENCIAL DE LAS PERSONAS MAYORES Y CUIDADORES DE SU ÁMBITO TERRITORIAL

Y. Cotiello Cueria
Consultorio de Venta Las Ranas, Gijón.

Objetivos: Describir la participación de la asociación en el equipo interdisciplinar responsable de la atención sociosanitaria a las personas mayores y cuidadores correlacionar las intervenciones de la asociación con la calidad asistencial de las personas mayores y cuidadores determinar las aportaciones de la asociación a la valoración integral de las personas mayores y cuidadores.
Material y métodos: Los miembros de la junta directiva en su que hacer diario recogen las demandas de la población, planifican y desarrollan diversas actividades contribuyendo al cumplimiento de sus fines.
Resultados: La asociación constituye un claro referente para la fampa, el sespa los cuidados que prestan los servicios sanitarios del concejo cada vez son mas preventivos, progresivos e integrados.
Conclusiones: Dado que la valoración geriátrica integral y la interdisciplinariedad permiten garantizar el tipo y calidad de los cuidados preventivos, progresivos, integrados y continuados a las personas mayores y cuidadores en la comunidad, la asociación para el cumplimiento de sus fines ha de integrarse en un equipo interdisciplinar y participar en la valoración integral de las personas mayores y cuidadores.

ANÁLISIS PREVIO A LA IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA DE CALIDAD EN UNA ASOCIACIÓN DE VOLUNTARIADO EN GERIATRÍA

M.L. Rios García[2], P. Ochoa Calvo[1], P. Mesa Lampré[1] y M. Obis[2]
[1]Hospital Geriátrico San Jorge, Zaragoza [2]Asociación Voluntariado en Geriatría de Zaragoza.

Objetivos: Valorar necesidad de implantar sistema de calidad que permita emprender acciones de mejora. Conocer opinión/postura del voluntario respecto a su actividad y variables de calidad. Preferencias para cambio del logotipo.
Material y métodos: Cuestionario con 16 preguntas autocumplimentables durante 2 semanas de enero de 2006. Variables de calidad: programa/actividad que realiza, actividades ofertadas, objetivos, formación, adecuación del tiempo, trabajo en equipo, respuesta a sugerencias/quejas; Variables de satisfacción: satisfacción subjetiva, agrado de las personas atendidas, animar a otra persona; Variables de imagen: percepción de la atención inicial recibida, localización, publicidad y logotipo.
Resultados: Voluntarios: mujeres 72%, mayores de 65 a. 20%. Porcentaje de respuesta: 60%. Variables de imagen: 82,2% encontraron fácilmente la dirección, atención recibida bien valorada: 86,7%, cambiarían el logotipo: 86,7%: anciano y voluntario a la misma altura: 62,2%. Variables de satisfacción: satisfechos: 95,5%, piensan que su actividad agrada: 88,9%, animaría a otro: 95,5%. Variables de calidad: no especifica su programa o actividad: 35,6%, no valora la formación: 17,8%, no conoce los objetivos: 22,2%, no siente trabajar en equipo 40%, no contesta el ítem de atención a sugerencias/quejas 44,4%.
Conclusiones: Implantar un sistema de calidad mejoraría la integración del voluntario, permitiendo conocer mejor programas, objetivos y equipos. El voluntario se siente valorado y satisfecho de su actividad. La imagen de la asociación es bien valorada y se acepta el cambio de logotipo pre-elegido por la misma. Parece prioritario comenzar por la definición de objetivos y programas de cada voluntario.

ESTUDIO PILOTO SOBRE LA APLICACIÓN DE UN INSTRUMENTO DE MEDIDA DE CALIDAD DE VIDA INDIVIDUAL (SEIQOL-DW) EN POBLACIÓN MAYOR

P. Martínez-Martín[1], B. Frades[1], Mª Joao Forjaz[1], C. García-Izaguirre[1], F. Rojo-Pérez[2] y G. Fernández-Mayoralas[2]
[1]Instituto de Salud Carlos III, Centro Nacional, Madrid [2]Instituto de Economía y Geografía, Consejo Superior, Madrid.

Objetivos: *1)* Comprobar la aplicabilidad del instrumento de medida de CdV individual SEIQoL-DW en población mayor en España; *2)* Obtener información preliminar sobre las dimensiones de calidad de vida (CdV) más importantes en la población diana; *3)* Determinar la importancia de la salud percibida como componente de la CdV.
Material y métodos: Se incluyeron sujetos de 60 años o más, residentes no institucionalizados (n = 63) o institucionalizados (n = 4), de ambos sexos, sin deterioro cognitivo. Se recogieron datos demográficos y socioeconómicos básicos, comorbilidad (CIRS-G), discapacidad (Barthel), EuroQoL y SEIQoL-DW.
Resultados: 85% de la muestra pudo identificar las 5 dimensiones requeridas, ponderar su grado de satisfacción con las mismas y valorar su importancia r elativa. El tiempo empleado en esta tarea fue de 38,11 ± 8,92 min. (rango: 20 – 60), con moderada dificultad. Las 5 dimensiones identificadas como más importantes fueron: red familiar (n = 64); salud (n = 63); ocio y cultura (n = 56); red social (n = 49) y religión y espiritualidad (n = 25), con un nivel de satisfacción promedio de 80/100. El índice SEIQoL-DW fue 84,7 ± 11,7 (38,6 – 100). Su correlación con las otras variables fue de –0,04 (edad) a 0,23 (ingresos económicos) (N.S.). No hubo diferencias significativas por género.
Conclusiones: *1)* El SEIQoL-DW es utilizable en población mayor, con una inversión moderada en tiempo y dificultad; *2)* Las tres dimensiones más importantes fueron red familiar, salud y ocio/cultura; *3)* No hubo asociación significativa entre las variables de salud y el índice SEIQoL-DW.

POBLACIÓN MAYOR Y DISCAPACIDAD. ¿QUIÉN REQUIERE Y QUIÉN SUMINISTRA LOS CUIDADOS?

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

Una de las mayores preocupaciones que está generando el proceso de envejecimiento demográfico y el importante aumento del número absoluto de personas mayores es el relativo a la creciente demanda de servicios relacionados con la atención y cuidados orientados a la población mayor con problemas de discapacidad. El objetivo de este póster es el de mostrar, a través del estudio de la Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud de 1999 elaborado por el INE, por un lado, el alcance de la demanda de cuidados por parte de las personas que sufriendo alguna discapacidad permanecen en sus hogares, y por otro, la importancia de las mismas personas mayores en la labor de suministrar cuidados a dichas personas. Los resultados obtenidos en torno a la población con discapacidad y sus cuidadores principales hacen pensar que la consecuencia más importante de la evolución de estos fenómenos vaya a ser la insostenibilidad de la ayuda facilitada por los miembros (femeninos) de la familia. Esta consideración, sin embargo, no tiene en cuenta otros factores que podrían influir en la situación futura, tales como edad de los cuidadores o la mejora de la esperanza de vida en salud de la población en general.

OCUPACIÓN SIGNIFICATIVA DEL TIEMPO LIBRE PARA LA INTERRELACIÓN

M. Hernando Pina y B. Tardío Martínez
Casa Misericordia, Pamplona.

Descripción: Proyecto interdisciplinar basado en la experiencia del "Taller de Teatro" realizado en la Casa Misericordia de Pamplona (residencia mixta de ancianos) de marzo a noviembre de 2004, según el Modelo de Ocupación Humana de Gary Kielhofner.
Objetivos: Mejorar la participación, socialización e interrelación de los residentes; Proporcionar a los residentes un recurso importante para su desarrollo personal y social, contribuyendo a mejorar su calidad de vida.
Material y métodos: Reuniones del equipo interdisciplinar para la configuración y revisión del proyecto. Trabajo directo con residentes.
Resultados y conclusiones: El anciano dispone de muchas horas de tiempo libre. Saber utilizarlo significativamente depende en gran medida de sus habilidades cognitivas, motoras y sociales; así como de su biografía, valores e intereses. Durante la experiencia del teatro se pudo observar cómo residentes con necesidades, capacidades y destrezas tan diferentes, pueden participar conjuntamente en la consecución de un objetivo común. En los 9 meses del programa, no se produjeron bajas voluntarias ni por procesos mórbidos destacables; quizás atribuibles al elevado grado de bienestar y de compromiso hacia la actividad. El Taller se convirtió en un encuentro intergeneracional ya que se incorporaron al programa jóvenes voluntarios cuya colaboración fue determinante en la culminación exitosa de la representación. La actividad propició un clima agradable de trabajo que permitió la autorrealización tanto individualmente como en grupo.

CUIDADORES ANTES Y AHORA. AYUDAS DE AYER Y HOY

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

Objetivos: Determinar perfil del cuidador, apoyo social percibido y real y satisfacción con los mismos comparándolo con datos obtenidos en trabajo previo (1994).
Material y métodos: Estudio descriptivo analítico prospectivo de 6 meses. Variables: cuestionario James Davis, filiación de pacientes y cuidadores principales, Barthel, tratamiento farmacológico del paciente y cuidador, ayudas recibidas. SPSS 10.0. Muestra: Cuidadores de pacientes con demencia hace más de un año, en domicilio.
Resultados: 89 pacientes (58,4% mujeres, edad media 83,91, Barthel < 40: 65,2% de pacientes). Cuidador: edad media: 63,82, 82% mujeres, 87,7% familiares primer grado. Contratados: 7,9%. 83% conviviendo. Tratamiento con IACEs/memantina: 23,6%, neurolépticos (43,8%), el 36% de cuidadores toma psicofármacos. 39% ayuda domiciliaria (excluyendo contratadas internas), teleasistencia, centro de día. De estos: 80% tienen ayuda domiciliaria, 25,7% teleasistencia, y 14,3% centro de día. Satisfacción: 23% de los que tiene ayuda domiciliaria les parece suficiente, 55% con teleasistencia les parece eficaz, 39,3% le parece útil el Centro de Día. El apoyo social (humano/recursos) y tratamiento de los pacientes con IACEs/memantina/neurolépticos no están relacionados estadísticamente con la toma de psicofármacos del cuidador ($p < 0,05$).
Conclusión: Percibían mayor apoyo humano en 1994 y se relacionaba más con estado de ánimo. La aparición de recursos sociales y nuevas medicaciones no se relaciona con menor consumo de psicofármacos en cuidadores, pudiendo estar influido por escasa utilización de recursos en la muestra. La baja satisfacción ante los recursos hace crear hipótesis sobre su deficiencia o el aumento de exigencia poblacional. Serían precisos más trabajos.

NONAGENARIOS, SOLOS Y EN PALIATIVOS: CLIENTES DISTINGUIDOS

T. Villar San Pío, M.I. Hernández Ercilla y E. García-Arilla Calvo
Hospital Geriátrico San Jorge, Zaragoza.

Objetivo: Analizar características de los pacientes hospitalizados incidiendo en determinados grupos específicos.
Material y métodos: *Diseño:* estudio analítico retrospectivo Ámbito: Área de hospitalización del Hospital Geriátrico San Jorge de Zaragoza. *Sujetos:* Pacientes hospitalizados durante el año 2005. Descripción de tres grupos: Mayores de 90 años, viven solos y tributarios de paliativos. *Mediciones:* ingresos, sexo, edad media, situación funcional (Barthel), situación cognitiva (SPMSQ), comorbilidad, fármacos al alta, acontecimientos adversos durante el ingreso: infección hospitalaria (IH), caídas y úlceras por presión (UPP), y destino al alta. *Análisis estadístico:* Distribución de chi cuadrado para comparar el número de fármacos en función del destino al alta.
Resultados: 1.542 ingresos, 62% mujeres y 38% hombres. Edad media: 84,75 años. 38% Barthel < 20. 61% SPMSQ > 3. Comorbilidades más frecuentes: HTA (48%), diabetes (22%), ACV (20%), insuficiencia cardiaca (20%), demencia (40%) Menor número de fármacos al alta en destino residencia ($p < 0,05$) Acontecimientos adversos: IH 14,3%, caídas 3,86%, UPP 5,02%. Destino al alta: Domicilio (72%) y residencia (28%) Mayores de 90 años: 25% (71% mujeres, Barthel < 20: 41%, comorbilidad demencia 33%, mortalidad 30%) Viven solos: 5,3% (81% mujeres, edad media 83 años, Barthel > 65: 66%, comorbilidad demencia 11%, mortalidad 11%) Paliativos: 13% (edad media 85,7, Barthel < 20: 67%, comorbilidad demencia 48,5%).
Conclusiones: Creciente número de nonagenarios en la casuística de pacientes hospitalizados con dependencia avanzada La proporción de pacientes que viven solos puede estar influida por la frecuencia de la comorbilidad demencia Introducción paulatina de criterios de paliativos en la población atendida.

TENDENCIAS DE LA DISCAPACIDAD EN PERSONAS MAYORES, 1993-2004

A. Abellán García, M.D. Puga González y C. Esparza Catalán
CSIC, Madrid.

Objetivo: Señalar las tendencias recientes de la discapacidad entre las personas de edad, medida como necesidad de ayuda para la realización de actividades básicas de la vida diaria.

Material y método: - Se utilizan dos encuestas sobre personas mayores: *a)* Imserso-CIS: Ayuda informal (1ª fase), 1993, n = 2.499; *b)* Imserso: condiciones de vida, 2004, n = 2007. Población entrevistada en viviendas familiares, dejando fuera de observación las personas institucionalizadas. Selección de seis actividades básicas de la vida diaria, idénticas en ambas encuestas: comer, utilizar el retrete, levantarse, vestirse, asearse, bañarse. Clasificación de la severidad según número de problemas (grave: 2 ó más; moderada: 1; leve: ninguna AVD y alguna AIVD). Cálculo de la incidencia (casos nuevos sobre población no afectada) con la información de edad de entrada en discapacidad. Análisis de supervivencia con la construcción de tabla de mortalidad, con el evento entrada en discapacidad en vez de muerte, para la probabilidad de entrada en discapacidad, y cálculo de tiempo vivido antes de entrada en discapacidad para una cohorte hipotética en ambos años. Cómputo de tasas de prevalencia de discapacidad estandarizadas por edad (población de referencia de 1993).
Resultados y conclusiones: Las tendencias de la discapacidad, entre 1993 y 2004, para la población mayor se resumen en cuatro aspectos: *a)* calendario de entrada en discapacidad: retraso del calendario; descenso de la probabilidad (menor incidencia) a todas las edades, especialmente a los 85 años; ralentización del proceso de entrada en 2004 en torno a los 80-85 años; máxima entrada a los 85-90 años en ambos años; 60-65 años, edad destacable de inicio en discapacidad; descenso de la incidencia entre 55-60 años, perspectiva de menores tasas futuras de discapacidad. *b)* Población afectada: descenso de las tasas de prevalencia; declive anual medio de 0,3%; mayor discapacidad a mayor edad en ambos años, pero envejecimiento del patrón o distribución por edad (más discapacidad proporcionalmente en edades más avanzadas en 2004). *c)* Severidad: descenso de la proporción de casos moderados y aumento de los leves. *d)* Tiempo vivido antes de discapacidad: ganancia de vida a la discapacidad entre ambos años, mayor cuanto más elevada es la edad de los individuos; se gana 0,71 años a los 65 años, y 1,32 a los 85.

PERFIL DE USUARIO Y CUIDADOR PRINCIPAL DE UNIDAD DE ESTANCIA DIURNA DE CENTRO RESIDENCIAL SAR ISDABE

J.C. Arias Jiménez, C. Jiménez Blázquez, J. Gómez Lebrón, M. Sánchez Sánchez, S. Martínez Vílchez y M. López Oyarzabal
Centro Residencial SAR Isdabe, Estepota.

Objetivos: Describir el perfil del usuario atendido en el año 2005 y el perfil del cuidador principal unidad de estancia diurna de Centro Residencial SAR Isdabe
Material y métodos: Análisis de los datos a través del programa informático de valoración interdisciplinar
Resultados: *Usuarios*: Edad 82,5 años, 83% mujeres y un 17% hombres; 76% viudos y el 24% casado. Un 30% estudios primarios, 59% sabe leer y escribir y el 9% es analfabeto. El 70% viven en circunstancias ajustadas y 30% con económica suficiente. A nivel funcional 75% es independiente y un 12,5% son dependientes moderados. El 67% deterioro cognitivo moderado-severo, diagnóstico EA en 57,5% y problemas conductuales un 35%. *Cuidador:* Un 78% son mujeres edad de 40 a 59 años, un 67% hija/o y un 22% cónyuge, un 74% conviven con su familiar y tienen un estado de salud aceptable en un 63%. 77% según escala Zarit sobrecarga intensa, en un 64% el motivo de ingreso fue la descarga familiar. Los motivos de alta son un 35% por ingreso en otro recurso.
Conclusiones: Atendemos a mujer de edad media 82 años, viuda que procede de Marbella y San Pedro de Alcántara, con nivel económico ajustado. Independiente con deterioro cognitivo moderado- grave y diagnóstico de demencia que son atendidos por su hija con edad media de 40 a 59 años, que presenta una sobrecarga intensa y motivo por el que ingresa a su familiar es por descarga familiar.

ENFERMERÍA DE ENLACE: SISTEMA DE COORDINACIÓN ENTRE NIVELES ASISTENCIALES

D. Lozano Moreno[1], N. Maíz Nogueroles[1], A. Rodríguez Sánchez[1], L. Sabán Corte[2], M. Ruiz Fernández[2], V. Vilamajor Blanco[2] y L. Reig Puig[1]
[1]Hospital General de L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona [2]Hospital Sociosanitario de L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona

Introducción: Enfermería de Enlace (2001- 2005) Perfil de pacientes: *1.* Derivados a Atención Primaria (AP): Continuidad de curas, dependencia moderada/grave, reingresos frecuentes, alta dos en espe-

ra de recurso o alta Comorbilidad. *2.* Pacientes remitidos de (AP): Desbridar UPP infectadas de forma ambulatoria, transfusiones sanguíneas, visitas de especialistas. En el 2006, el PREALT, pretende formalizar el circuito. Requisitos: aviso de 48 h antes del alta hospitalaria y cuidador principal.
Objetivos: Analizar la actividad de enlace de un Hospital de agudos (HA) de 2º nivel (2001 - 2005).
Material y métodos: Estudio descriptivo retrospectivo, revisando la b. datos (2001 a 2005). Variables: sexo. E. media, servicios procedente, diagnósticos (médicos o GRD) ingreso, motivo del enlace con AP y desde (AP) a (HA).
Resultados: De (HA) a (AP) 342 pacientes. Hombres 48,9%, mujeres 51,1%. E. media 76.11, < 35 años y > 97,6 años. % < 65: 53 pacientes (15,75), 65-75: 69 (19,5%), 75-85: 121 (40,75%) > 85: 89 (26,85%) El 70 % proceden: M. interna, Traumatología, C. Vascular - General. Motivos: Cura UPP: 121 (36,8%); Curas post IQ: 89 (29,2%); Comorbilidad: 69 (18,9%). Desde (AP) a (HA) 37 pacientes. Hombres 51,4%, mujeres 48,6%. E. media 81,68, < 50 años y > 101. % < 65 años: 4 pacientes (10,8%); 65-75 años: 5 (16,2%); 75-85 años: 13 (35,1%); > 85 años: 15 (40,5%). El 72,9 % proceden: Traumatología, Oncología y C. Vascular. Motivos: desbridamiento UPP: 8 pacientes (21,6%); Transfusión sanguíneas: 8 (21,6%); Visita a vascular: 7 (18,9%).
Conclusiones: Garantiza la continuidad asistencial e implicación familiar en el seguimiento de la enfermedad del paciente, consolidándose en un protocolo PREALT. Se mejora la comunicación, la colaboración entre profesionales.

RESIDENCIAS DE MAYORES Y RECURSOS SOCIALES EN LA GALICIA RURAL

S. Dorado Fernández y S. Costa González
Centro Terapéutico Gerontológico A Veiga, Láncara.

Introducción: Análisis de los recursos sociales de los residentes del Centro a Veiga.
Objetivos: Analizar los recursos sociales con el fin de demostrar las importantes diferencias que hay entre los residentes a nivel de recursos sociales en función de su procedencia.
Material y métodos: Test de recursos sociales OARS, entrevista con familias, con Trabajadoras sociales de procedencia.
Resultados y conclusiones: Poner de manifiesto la escasez de recursos sociales que presenta el rural gallego y la necesidad de focalizar recursos en esa zona que no se establece como prioritaria en las políticas sociales.

NIVEL DE APOYO SOCIAL Y SINTOMATOLOGÍA AFECTIVA EN UNA POBLACIÓN GERIÁTRICA URBANA

M.D. Díaz Palarea[1] y A. Peña González[2]
[1]Universidad de Las Palmas de Gran Canaria, Las Palmas de Gran Canaria
[2]CP Santidad.

Objetivos: *1.* Determinar el nivel de apoyo social. *2.* Estudiar la prevalencia de la sintomatología afectiva y su relación con el apoyo social en una población geriátrica urbana.
Material y métodos: Estudio transversal, descriptivo y correlacional en una muestra representativa (B = 0,06) de la Población mayor de 65 años de Las Palmas (n = 200). Instrumentos: E. abreviada Ansiedad y Depresión Golberg; E. Evaluación Estrés-Apoyo Social Dpto. Salud Mental California (Conde y Franch).
Resultados: Población de edad media de 72,7 años (65- 94), casada (54,1%) o viuda (31,9%) y nivel de instrucción básico (49,8%). El 32,95 vive en pareja el 24,2% con hijos y otro familiar, el 17,4% sólo con los hijos y el 18,8% solos. El 44,5% presenta síntomas de ansiedad y el 48,66% síntomas de depresión. El 72,6% de la muestra manifiesta vivir alguna situación o acontecimiento vital estresante, y casi la mitad (40,2%) de ellos se encuentran bajo la influencia de tres o más estresores simultáneamente. El nivel de apoyo social se distribuye entre moderado (48,47%), bajo (31,15%) y alto (20,38%). El bajo apoyo social se asocia con síntomas de ansiedad (61%) y de depresión (59%). El análisis factorial de los elementos relativos al apoyo social demostró que el aspecto más determinante de apoyo social en esta población es la relación con la pareja (coeficiente = 0,6449).
Conclusiones: *1.* El bajo apoyo social se relaciona con la presencia de sintomatología de ansiedad y depresión. *2.* El factor que proporciona mayor apoyo social es la relación de pareja.

HÁBITOS DE VIDA Y SALUD GENERAL PERCIBIDA EN UNA POBLACIÓN GERIÁTRICA URBANA

M.D. Díaz Palarea[1] y A. Peña González[2]
[1]Universidad de Las Palmas de Gran Canaria, Las Palmas de Gran Canaria
[2]CP Santidad

Objetivo: Determinar los hábitos de vida y la salud general percibida de una población geriátrica urbana.
Material y métodos: Estudio descriptivo transversal en una muestra representativa (B = 0,06) de la Población mayor de 65 años de Las Palmas (n = 207) donde se recogen variables sociodemográficas, enfermedades manifiestas, hábitos de vida y salud general percibida.
Resultados: Población de edad media de 72,7 años (65- 94), casada (54,1%) o viuda (31,9%) y nivel de instrucción básico (49,8%). Enfermedades manifiestas: órganos de los sentidos (81,2%), dolores reumáticos (76,3%), HTA (38,2%), dislipemia (30,4%), digestivas (29%), salud mental (25,6%), respiratorias (23,7%), cardiovasculares (23,2%), genitourinario (22,2%), DM (20,3%). Hábitos de vida: 22,2% consumo tabaco, el 30,9% consumo alcohol preferentemente vino (42,07%), cerveza (28,16%), whisky (17,15%) y ron (12,62%). El 30,2% consume diariamente y al 5% ha ocasionado problemas de salud y/o conflictos de relación. Respecto a la actividad física manifestada el 37,7% la califica "activa", el 26,6% "moderada" y el 7,7% "sedentaria", contrastando con la actividad física realizada donde el sólo el 16,4% realiza diariamente actividad física que requiera esfuerzo y sólo la mitad desarrolla actividad deportiva (8,7%). La salud percibida: regular (40,1%), buena (31,9%), el 11,6% lo percibe como malo o muy malo (1,4%), f rente a un 4,8% que lo califica de excelente o muy bueno (9,7%).
Conclusiones: *1.* Las enfermedades más prevalentes: órganos de los sentidos, sistema músculo esquelético e HTA. *2.* Se percibe subjetivamente una actividad física superior a la que se desarrolla objetivamente *3.* La percepción de salud oscila entre regular y buena.

DETERMINANTES DE LA SOLEDAD SOCIAL Y EMOCIONAL: UN ANÁLISIS DESDE LA SALUD Y LOS FACTORES SOCIALES

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

Objetivos: La soledad es el sentimiento negativo más experimentados por los mayores en nuestro país (IMSERSO, 2004). Su relación con la salud física y mental es alta, siendo incluso un predictor fiable de la recuperación de enfermedades. Nuestro objetivo es analizar las diferencias en soledad social y emocional según diversas variables de salud y sociodemográficas.
Material y métodos: Participaron 741 personas no institucionalizadas (60-95 años, 44% hombres, 56% mujeres). Entre otras, se usaron escalas de: Satisfacción con la vida, Depresión, Estado de ánimo y Soledad (Jong Gierveld y Van Tilburg, 1989).
Resultados: Aparecen relaciones positivas entre los dos tipos de soledad y la depresión y el estado de ánimo y, negativas, entre la soledad (ambas dimensiones) y la satisfacción con la vida ($p < 0,01$). Además, la experiencia de soledad social se muestra siempre mayor que la emocional, y las personas que más la experimentan son: los que están menos satisfechos con su salud y la valoran peor, los más mayores (75+), los que no tienen pareja, los que no pertenecen a asociaciones y los que viven solos ($p < 0,05$, en todos los casos).
Conclusiones: Se verifica la relación existente entre la salud física y mental y las dos dimensiones de la soledad. La experiencia de soledad aparece en aquellas personas que han sufrido una pérdida objetiva de relaciones significativas y que no se encuentran integrados en su comunidad. La peligrosa relación entre la soledad, el estado de ánimo y la salud, hace que su evaluación deba considerarse en la práctica clínica.

PERFIL SOCIAL DE LOS MAYORES INCLUIDOS EN UN PROGRAMA DE ATENCIÓN DOMICILIARIA EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

A. Peña Gonzalez[1] y M.D. Díaz Palarea[2]
[1]CP Santidad, Las Palmas de Gran Canaria [2]Universidad de Las Palmas de Gran Canaria.

Objetivos: *1.* Identificar el perfil sociodemográfico de los pacientes incluidos en un Programa de AD *2.* Determinar las características del cuidador principal *3.* Valorar la utilización de recursos sociales.

Material y métodos: Estudio descriptivo transversal en una población rural > 65 años del Municipio de Arucas (Gran Canaria) distribuida en nueve cupos médicos de AP (N = 2.045). Se entrevista a los cuidadores principales de las personas incluidas en el Programa de AD (n = 64) y se recogen las distintas variables demográficas y sociales (T. Zarit).
Resultados: La población > 65 años (14,9%) el 3,12% está incluido en el Programa de AD. Población con una edad media de 84,3 años (+ 6,39), femenina (70,3%), viuda (67,18%) y que vive con su familia (82,97%). Todos presentan algún grado de dependencia en las AVD y precisan de cuidados. La hija (54, 68%) y/o cónyuge (15,62%) son los cuidadores principales (37,5% sobrecarga), el 84,3% dispone de otros cuidadores secundarios (70,31% familiares) y el 14,06% de cuidador formal. El 14,07% recibe ayuda social (60,55% aseo personal, hogar 22,2%, teleasistencia 11%, económica 6,25%).
Conclusiones: La familia rural canaria proporciona un importante apoyo familiar, fundamentalmente dispensado por las hijas, y que está posibilitando la permanencia del mayor dependiente en su domicilio. La escasa ayuda social es destinada prioritariamente al aseo personal, no superando las tres horas/sem. Se hace prioritario el desarrollo de recursos para la atención de los mayores en domicilio y de apoyo a la familia, estructura que cambia de forma inexorable.

FACTORES DE DEPENDENCIA DE LOS MAYORES INCLUIDOS EN UN PROGRAMA DE ATENCIÓN DOMICILIARIA EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

M.D. Díaz Palarea[1] y A. Peña González[2]
[1]Universidad de Las Palmas de Gran Canaria, Las Palmas de Gran Canaria
[2]CP Santidad, Las Palmas de Gran Canaria.

Objetivo: Identificar los factores clínicos, funcionales y psíquicos de dependencia.
Material y métodos: Estudio descriptivo transversal en una población rural > 65 años del Municipio de Arucas (N = 2.045) en los pacientes incluidos en el Programa de AD (n = 64). Se recogen variables demográficas y cínicas, funcionalidad (Katz-Lawton), estado cognitivo (T. Pfeiffer) y sintomatología afectiva (T. Golberg).
Resultados: El Programa de AD ofrece cobertura al 3,12% de la población > 65 años (14,9%). Población de 84,3 años de edad media, femenina (70,3%) y viuda (67,18%). Todos presentan algún grado de dependencia en las AVDB (leve 37%, moderada 50% y 13% total) y en las AVDI (sólo el 20,06% utiliza el teléfono y/o realiza tareas domésticas ligeras). La incontinencia (54,68%), el estreñimiento (46,87%), el inmovilismo (31,25%) y las caídas (28,12%) son los síndromes geriátricos predominantes. El consumo de fármacos medio es de 5,33 medicamentos. El 53,2% presenta algún grado de deterioro cognitivo (31,9% grave). El 10,93% manifiestan sintomatología de ansiedad y el 20,31% de depresión. La autopercepción de salud referida preponderante fue de "regular" (51,56%).
Conclusiones: *1.* El ámbito de actuación de la AP en el domicilio aún está limitado a un escaso número personas dependientes. *2.* Los principales factores de dependencia son la edad avanzada, deterioro cognitivo, incontinencia, e inmovilismo. *3.* El alto grado de dependencia no se corresponde con la autopercepción de salud y la baja incidencia de sintomatología afectiva, probablemente relacionado con el gran apoyo familiar de que estos mayores disponen.

ACTITUDES DE LOS PROFESIONALES DE UNA RESIDENCIA FRENTE A LAS RELACIONES ÍNTIMAS ENTRE ANCIANOS

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

Introducción: Las relaciones íntimas entre ancianos de una residencia son un hecho conocido pero no abordado suficientemente en nuestro entorno. Los conflictos éticos que generan entre profesionales y familiares en los casos de residentes no competentes han motivado este estudio. El objetivo es analizar las actitudes de los profesionales ante las relaciones íntimas de los residentes.
Material y métodos: Encuesta anónima postal realizada en diciembre de 2005 al personal fijo de enfermería de una Residencia de 105 camas. Se recogen sus opiniones y actitudes ante las relaciones íntimas de los residentes.
Resultados: Todos respondieron (n = 25). El 88% conoce la existencia de relaciones sexuales de los residentes. El 59% de los casos por observación personal, 27,3% a través de un compañero, y 22,7% por los propios residentes. La actitud tomada ante la observación directa ha sido: la comunicación al responsable 43,5%, intentar mantener su intimidad el 30,4% y actitud nihilista en el 26% de los casos. El 81% de los trabajadores encuentra normal que los residentes mantengan relaciones sexuales en el centro, el 9,5% no lo considera bien, y al 9,5% les parecen bien siempre y cuando no estén afectadas las capacidades mentales de los ancianos. Al 74% del personal les parece bien el que los residentes mantengan relaciones con personas ajenas al centro. El 39% propone ubicar en la misma habitación a las parejas que se forman en el centro. El 84% de los trabajadores consideran conveniente realizar sesiones formativas colectivas sobre educación sexual, derechos y deberes de los residentes y los familiares; un 4% de los trabajadores no estaría de acuerdo con la realización de las mismas y un 12% no contesta.
Conclusiones: Las relaciones sentimentales y sexuales son conocidas por los profesionales, y en más de la mitad de los casos, presenciadas por los mismos. Mayoritariamente las relaciones son vistas con normalidad pero consideran que ocasionan problemas a los compañeros de habitación. El elevado número de relaciones íntimas presenciadas por terceros refleja la necesidad de nuevas fórmulas estructurales en el diseño de las residencias para respetar la intimidad del residente.

VALORACIÓN E INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL EN MATIA FUNDAZIOA 1998-2005

C. Hernández Muñoz[1], E. Abad Oliva[2], L. Santamaría Goiburu[1], C. Sannino Menicucci[1] y F.J. Leturia Arrazola[1]
[1]Matia Fundazioa, Donostia [2]Gerozerlan

Introducción y objetivos: La Valoración Psicosocial es parte de la Valoración Integral de la persona y está procedimentada dentro del Proceso de Valoración de Matia Fundazioa. Incluye la exploración del área cognitiva, funciones psicoafectivas, comportamiento y calidad de vida. Los Programas de Intervención Psicosocial están procedimentados dentro del proceso de Gestión del Conocimiento, y abarcan las siguientes áreas: cognitiva, psicoafectiva, salud física, relaciones sociales, ocio y tiempo libre, integración comunitaria y ambiente.
Resultado: Valoraciones: Se aprecia una disminución de personas con situación cognitiva normal en todos los centros; Disminución en la mayoría de los centros de personas con depresión; Mantenimiento o disminución en los niveles de ansiedad; Buena percepción sobre la calidad de vida; En cuanto a trastorno del comportamiento, no existen cambios significativos a lo largo de estos años. Programas: En el Área cognitiva el numero de programas ha sufrido un gran incremento con el tiempo, pasando de 10 en los años 1998/99 a 35 en el 2005; En el Área psicoafectiva también se ha producido un gran cambio, pasándose de 2 programas en el 98 a 27 en el 2005; En el Área de salud física pasamos de 9 programas en el 98 a 33 en el 2005; En el Área de ocio y tiempo libre sin cambios a lo largo de estos años; En el Área de relaciones sociales la intervención comenzó en el 2002; En el Área de ambientes en el 2005 se realiza el SERA en cuatro de los centros de Matia Fundazioa; La media de participación en programas es muy alta en todos los centros (78.18% en el 2005).
Conclusiones: El área psicosocial en Matia Fundazioa ha sufrido una evolución importante en los últimos años, a partir de la implantación del nuevo modelo de Atención e Intervención Psicosocial. Los datos han sido obtenidos con mucha dificultad de las memorias de los centros, habiéndose estructurado un sistema de información único multicentro para los 6 centros gerontológicos y los cuatro centros de día. Con respecto a las valoraciones, destacar que esta es una batería de pruebas de screaning, no diagnóstica, y destacar también la dificultad de tener una batería estandarizada para valorar a todos los usuarios, por su elevado nivel de deterioro. Tanto los programas de intervención como la participación han sufrido un gran incremento en los últimos años.

LONGEVIDAD Y FACTORES BIOPSICOSOCIALES

P.J. Castañeda García
Facultad de Psicología, Universidad de La Laguna., La Laguna.

Objetivos: Estudiar a 152 participantes con edades comprendidas entre 90 y los 105 años, de ambos sexos, que viven en la isla de La Palma (Canarias), con el objetivo de conocer cuáles son algunos fac-

tores biopsicosociales asociados a su longevidad y en lo posible determinar un patrón de envejecimiento saludable.
Material y métodos: Para medir lo físico, lo psicológico y la social se han incluido tres tipos de instrumentos: *1)* cuestionarios relacionados con patrones nutricionales, antecedentes longevos y actividades de la vida cotidiana, que midan su nivel de autonomía e independencia funcional; *2)* cuestionarios de funcionamiento mental y emocional, que nos muestran sus niveles de ejecución cognitiva y grado de bienestar subjetivo, y *3)* cuestionarios sociales, que miden cómo es la red personal y familiar. Para la parte contextual del hábitat, cuestionarios medioambientales.
Resultados: Los resultados muestran que estas personas mayores tienen antecedentes longevos, presentan unos niveles medios de independencia funcional (AVD: 69,9%), bajo rendimiento cognitivo en el MMSE (25,7%), bajos índices tanto de depresión establecida (GDS: 2,9%) como de insatisfacción personal (Filadelfia: 26,9%) y, socialmente, tienen, unos recursos básicos de apoyo tanto formal como informal (OARs: 83,6%); además, la mayoría reside en zonas sin contaminación ambiental (93%). La relación múltiple entre factores físicos, psicológicos y sociales resultó estadísticamente significativa ($p \leq 05$: $p \leq 001$)
Conclusiones: Por los datos obtenidos podemos concluir que hay una cierta relación entre longevidad y envejecimiento saludable y que el proceso de vivir más años se explicaría mejor desde un enfoque que integra lo biológico, lo psicológico y lo social que desde el modelo reduccionista y opuesto herencia-medio.

ANÁLISIS DE LA DEMANDA DE RECURSOS SOCIALES EN NONAGENARIOS QUE PRECISAN ATENCIÓN GERIÁTRICA

C. Merino, M.A. Maganto, M. Espejo, J. Mora y J.M. Ribera
Servicio Geriatría. Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

Objetivos: *1)* Describir la demanda de recursos sociales en pacientes nonagenarios atendidos por un Servicio de Geriatría. *2)* Analizar la influencia que los factores socio-demográficos tienen en dicha demanda.
Material y métodos: Estudio descriptivo de pacientes atendidos en el Servicio de Geriatría: ingresados (Agudos, Unidad de Media Estancia) o en régimen ambulatorio (Consulta Externa, Hospital de Día, Atención a Domicilio). Periodo 1994-2005. Criterios inclusión: Demanda social en ancianos que sufren enfermedad aguda y/o precisan evaluación geriátrica. Se recogen las variables: edad, sexo, situación de convivencia, ámbito geográfico y tipo y número de recursos sociales solicitados por los mayores y menores de 90 años. Análisis estadístico: Comparación de proporciones y medias con nivel de confianza 95%. SPSS 11.0.
Resultados: n = 2.929 ancianos. Mayores de 90 años: 768 (70,1% mujeres; viven solos: 20,7%). A más edad, se observa un mayor % de mujeres atendidas ($p < 0,001$), de pacientes procedentes de centro urbano frente a la periferia ($p < 0,001$) y un menor % de los que viven solos frente a otras formas de convivencia ($p = 0,052$). La proporción de > 90 años atendidos por la Unidad de Trabajo Social crece un 0,5% anual en el periodo observado ($p < 0,001$). Los recursos más solicitados por los > 90 años frente al resto fueron: Ayuda a Domicilio Pública ($p = 0,007$) y Residencia Temporal ($p = 0,019$); en cambio solicitaron menos Centro de Día ($p < 0,001$), Trámites Jurídicos (incapacitación e institucionalización involuntaria) ($p = 0,036$), Teleasistencia ($p < 0,001$), Voluntariado ($p = 0,004$) y Larga Estancia ($p = 0,048$), no encontrando diferencias respecto a solicitud de Residencia Definitiva. Los > 90 años solicitan en promedio menos recursos que el resto (2,15 frente a 2,31; $p = 0,003$), excepto si son varones o viven solos.
Conclusiones: La proporción de los nonagenarios atendidos en nuestro Servicio se encuentra en una fase creciente en la última década. La solicitud de recursos sociales por parte de éstos no viene determinada solamente por la edad, sino por otros condicionantes socio-demográficos (forma de convivencia, sexo).

LA OTRA CARA DE LA VALORACIÓN

J.M. Caballín Yarnoz[1], A. Vergara[1], F. Lafuente[1] y M. Sanzol[2]
[1]Hospital San Juan de Dios, Pamplona, [2]Hospital de Navarra, Pamplona.

Objetivos: ¿El trabajo diario de los profesionales sanitarios da una respuesta satisfactoria a las necesidades, expectativas y deseos del paciente hospitalizado de edad avanzada? ¿Contribuye el conocimiento geriátrico a un cambio de actitud asistencial?
Material y métodos: Reflexión retrospectiva sobre 9 años de trabajo en una unidad hospitalaria de recuperación funcional y 1.980 pacientes de los que una cuarta parte son mayores de 85 años.
Resultados: Con respecto a las necesidades detectadas en los pacientes de edad avanzada, con los habituales instrumentos de valoración, sigue habiendo diferencias en la intensidad de respuesta asistencial a lo cuantificable frente a lo percibido. La dicotomía médico - social sigue desconcertando al paciente que deposita en nosotros su confianza como persona. Se aprecia una necesidad progresiva de ampliación de respuestas profesionales a necesidades cambiantes de pacientes, familiares y cuidadores en relación a sus propias situaciones de enfermedad.
Conclusiones: La información y asesoramiento al paciente y a la familia en el manejo de la situación de enfermedad es una obligación asistencial. El desarrollo de habilidades en la comunicación y la mejora de actitudes en relación con costumbres, valores, déficits y toma de decisiones, son imprescindibles en una buena praxis hospitalaria. El trabajo en equipo no debe disgregar responsabilidades sino responder a un único objetivo: curación, adaptación a una nueva situación, alivio, confort, bienestar, o a todos ellos, durante la hospitalización y tras el alta.

SESIÓN POSTERS III

Terrazas
Viernes, 16 de junio

Área clínica

Moderan:
Juan Rodríguez Solís
Hospital de Guadalajara. Comité Técnico SEGG

Ignacio Toranzo
Presidente de la Sociedad de Castilla y León de Geriatría y Gerontología

ENVEJECIMIENTO OCULAR, CATEGORÍAS BÁSICAS E INTERPRETACIÓN DE CÓDIGOS CROMÁTICOS EN PERSONAS MAYORES

J.A. Lillo Jover[1], H. Moreira Villegas[2], L. Pérez del Tio[3] y A. Chaminade Bautista[3]
[1]Facultad de Psicología. U. Complutense de Madrid, Madrid [2]Universidad Cardenal Cisneros, Madrid, [3]Iubilate-Psicólogos, Madrid.

Objetivos: De la presente investigación fueron: (1) Evaluar la utilización de las categorías cromáticas básicas (CCBs) en las personas mayores (comunes, tritanómalas, afáquicas). (2) Proyectar colorí métricamente tal uso en la homologación de señales de seguridad especificada en el Real Decreto 485/1997 (señalización visual sobre un peligro, una obligación, una prohibición, material relacionado con la seguridad, etc.).
Material y método: Participaron en la investigación treinta personas mayores con edades comprendidas entre los 71 y 83 años de edad (media = 83,1). De ellas 15 fueron tritanómalas en función de las puntuaciones obtenidas en el test de Lantony y en el CUCVT (City University Colour Vision Test). En un primer estudio, los mayores, y un grupo de jóvenes controles efectuaron dos tareas de búsqueda visual (de prototipos y de estímulos compatibles) y una de ajuste de claridades (técnica AMLA). En un segundo estudio se proyectaron los resultados del primero al código de señales homologado en el real decreto 485/1997 (señalización de seguridad).
Resultados y conclusiones: Las principales conclusiones alcanzadas fueron las siguientes. Los resultados proporcionados por la técnica AMLA indicaron que muchos mayores ven más oscuras las estimulaciones que acumulan energía en el extremo corto del espectro (violetas y azules) y más claras las que lo hacen en el largo (naranjas y rojos). Sin embargo, las personas mayores parecen desarrollar algún tipo de mecanismo compensatorio en el uso de las Categorías Cromáticas Básicas que les permite efectuar denominaciones cromáticas mejores que las que tendría una persona joven con un sistema ocular similar al suyo. Gracias a ello, no deben esperarse grandes problemas en los mayores relacionados con el uso de señales homologadas de seguridad bien conservadas si estas son de tipo panel. Los problemas si se esperan con señales mal conservadas y en las señalizaciones carentes de contexto.

TRASTORNOS DE LA MARCHA: RECUPERACIÓN FUNCIONAL EN UN HOSPITAL DE DÍA

A. Milan Vegas, C. Zaragoza Brehcist, B. Fuertes de Gilbert Rivera, C. Pablos Hernández, M. Lázaro y J.M. Rivera Casado
Hospital Clínico San Carlos. Servicio de Geriatría, Madrid.

Objetivos: *1.* Describir el perfil médico, funcional y social de los pacientes con trastorno de la marcha incluidos en el Hospital de Día del Servicio de Geriatría de un hospital terciario. *2.* Valorar la etiología del trastorno de la marcha y la evolución funcional de dichos pacientes. *3.* Analizar factores pronósticos de recuperación funcional.
Material y métodos: Estudio observacional retrospectivo. Se incluyen a aquellos pacientes con trastorno de la marcha valorados en el Hospital de Día durante los años 2004-2005, que realizan terapia ocupacional. Se recogieron datos demográficos, sociales, tratamiento habitual, antecedentes personales, síndromes geriátricos, situación funcional al ingreso y al alta, etiología del trastorno de la marcha y ubicación y seguimiento al alta. Análisis estadístico SPSS 12.0 ($p < 0,05$).
Resultados: n = 80,52, 6% mujeres. Edad media 81,06 (DE 6). Procedencia: 46,6% consulta de geriatría, 21,9% consulta de neurología, 31,5 otros servicios. Patologías asociadas: 64,6% HTA, 50,6% artrosis, 43% enfermedad cerebrovascular, 32% Parkinson. Síndromes geriátricos: 57% caídas, 46% demencia, 46% depresión, deprivación sensorial 25%. 50% tomaban más de 3 fármacos (Antihipertensivos 60,3%, BDZ 37%).87, 3% viven acompañados, la mayoría no tenían ayuda social. Situación funcional al ingreso: Barthel medio 73,95 (DE 19,70), Tinetti < 22: 84,9%. Situación funcional al alta: Barthel medio 80,84% (DE 18,54), Tinetti < 22 64,4%. MEC medio 26(DE 4).Causas de trastorno de la marcha: Neurológica 43,1% (con mayor frecuencia patología vascular 27,9%), osteoarticular 8,9% (Más frecuente fracturas óseas 7,6%), multifactorial 30,4%, síndrome poscaída 12,7%. Estancia media 3 meses (2-4). Seguimiento al alta: 73,7% consulta de geriatría, 10,5% neurología. 98,7% ubicación al alta en su domicilio habitual. En cuanto a la recuperación funcional según la escala de Barthel, mejoraban más los pacientes con síndrome poscaída y fracturas óseas. No se encontró ningún factor de los analizados que influyera de forma estadísticamente significativa en la recuperación.
Conclusiones: *1.* La inclusión en un Hospital de Día mejora la capacidad funcional de los pacientes con trastorno de la marcha, sobre todo en el síndrome poscaída y en las fracturas óseas, sin que hallamos demostrado que ningún factor influya de forma decisiva en esta recuperación. *2.* Es fundamental el manejo multidisciplinar en estos pacientes dada la importante comorbilidad.

TRASTORNOS DEL SUEÑO Y CONSUMO DE PSICOFÁRMACOS EN UNA CONSULTA EXTERNA DE GERIATRÍA

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

Objetivos: *1.* Describir los síntomas o quejas de sueño más frecuentes en los pacientes que acuden a una consulta externa de geriatría de un hospital terciario. *2.* Analizar el consumo de psicofármacos de esta población. Valorar su frecuencia y describir el perfil de pacientes que los consumen y con que motivo.
Materiales y métodos: Estudio observacional transversal. Se incluyeron pacientes > 65 años que consumieran psicofármacos, que refirieran alteraciones del sueño o ambos, valorados en una consulta de geriatría durante un periodo de 60 días. Se recogieron datos demográficos, funcionales, cognitivos, sociales, comorbilidad, hábitos tóxi-

cos, síntomas relacionados con el sueño y tratamiento con psicofármacos. Análisis estadístico SPSS 12.0 (p < 0,05).
Resultados: 61% de pacientes vistos en ese periodo en Consulta cumplían criterios de inclusión (N = 180).Edad media: 81ª (DE 5.9). 75% mujeres. Patologías asociadas: FRCV 80%, demencia 59%, depresión 46%, caídas 26%, parkinsonismo 16%. Situación funcional basal: KATZ B 42%, CRF 0-1/5 58%; sobrecarga cuidador 23%. Tratamiento: El 54% de todos los pacientes vistos en consultas tomaban psicofármacos (52% BDZ, 30% antidepresivos, 18% IACES, 12% neurolépticos, 9,5% hipnóticos no BDZ), 50% > 2 psicofármacos, 90% > 6 meses de tratamiento. Síntomas relacionados con sueño: 45% Fragmentación sueño, 42% Despertar precoz, 9% Insomnio de conciliación, 38% somnolencia diurna, 23% inversión ritmo sueño-vigilia, 18% Ronquido-apnea, 18% quejas subjetivas, 8% movimientos anormales. Los pacientes con depresión presentan en mayor medida I. conciliación, despertar precoz y fragmentación, mientras que aquellos con demencia tienen con mayor Frecuencia inversión de ritmo, vagabundeo y agitación psicomotriz, más aún en demencia vascular, y los parkinsonismos más somnolencia y fragmentación del sueño. 98% de los pacientes deprimidos tenía quejas de sueño y 93% tomaba psicofármacos (p < 0,05). Asociación de FRCV, demencia vascular y parkinsonismo (p < 0,05). La ingesta de psicofármacos, sobretodo BDZ, se relaciona con somnolencia diurna y caídas (p < 0,05). 90% pacientes con quejas subjetivas de sueño consumen psicofármacos.
Conclusiones: *1.* La patología del sueño es una de las principales quejas de la población anciana. *2.* El consumo de psicofármacos es muy elevado en esta población. *3.* El trastorno de sueño más frecuente es el Insomnio, tanto de conciliación como de mantenimiento. *4.* La frecuencia y tipología de los trastornos del sueño varía según la patología de base, en especial en pacientes con demencia, depresión y Parkinson. *5.* La depresión presenta una incidencia elevada, asociándose en mayor medida con trastornos del sueño y mayor consumo de psicofármacos.

EPILEPSIA EN ANCIANOS: ENFOQUE DIAGNÓSTICO

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

Objetivo: Valorar características clínicas, tipología y causas de crisis comiciales en > 65 a ingresados en S. Geriatría y describir el proceso diagnóstico en este grupo etario, a propósito de las últimas publicaciones. Utilidad diagnóstica de la electroencefalografía.
Material y métodos: Estudio descriptivo retrospectivo. Pacientes > 65 años ingresados en S. Geriatría de Hospital terciario con diagnóstico al alta de crisis comicial o epilepsia durante años 2002-2004. Variables demográficas, comorbilidad, tipo de crisis, causas, patología durante el ingreso y pruebas diagnósticas realizadas. Revisión artículos Pubmed 2002-2005, palabras clave epilepsia, EEG, pruebas imagen, ancianos.
Resultados: N = 69. Edad media: 82,6 años (DS4.6). 56, 5% mujeres. Comorbilidad: 68,1% FRCV; 53,6% demencia; 46,4% enfermedad cerebrovascular. Tipo de crisis comicial: 47,8% CTCG; 33,3% CPC; 13% CPSG; 2,9% Status; 2,9% CPS. 53,6% una única crisis. Etiología: 95,6% causa filiada; 52,2% crisis sintomática aguda, 46% sintomática remota; 34% epilepsia conocida. 40,6% causa vascular (Enf. cerebrovascular 30,4%, ACV agudo 10%); 20,3% metabólica; 11,6% LOES; 6% demencia degenerativa; 6% dosis FAE; 6% hemorragia cerebral; 3% TCE; 6% otras. En CTCG más frecuente causa metabólica (30,3%), en CP origen vascular (50%). Pruebas diagnósticas: 100% analítica, 82,6% CTcraneal, 10,1% RM cerebral, 44,9% EEG, 27,5% otras. 40% niveles FAE alterados. Hallazgos EEG: 61,3% afectación cortical difusa, en 48% EEG valor localizador (más en ACV y LOES), 16,12% de EEG con características imitativas. 2.8% se realizan EEG seriados. Hallazgos CT: 26,3% Enfermedad pequeño vaso, 21% ACV, 7% hemorragia. Se realizan más EEG a pacientes con crisis parciales (68%) y sintomáticas remotas (56%). Concordancia hallazgos EEG y CT en 22,2%. 29,6% CT normal y EEG alterado.
Conclusiones: *1.* EEG y RM son pruebas aún poco realizadas en ancianos a pesar de las actuales recomendaciones. *2.* Se confirma el valor localizador del EEG y su utilidad como herramienta diagnóstica, mayor si se realiza de forma seriada. *3.* En ancianos son mayoritarias las crisis sintomáticas agudas y son frecuentes las alteraciones metabólicas y cerebrovasculares subyacentes.

IMPLANTACIÓN DE UN PROGRAMA DE DETECCIÓN Y PREVENCIÓN DE INTERACCIONES MEDICAMENTOSAS (IM) EN UN CENTRO SOCIOSANITARIO

M. Vaqueiro Subirats[1], E. Antón Nieto[1], J. Güell Manzanares[1], E. Andreu i Casañas[1], G. Martínez-Gonzalvo[2] y M. García Pelaez[2]
[1]Centre Sociosanitari Albada. Corporació Sanitària, [2]Servicio de Farmacia. Corporació Sanitària Parc Taulí, Sabadell.

Objetivos: *1.* Diseñar e implantar un programa de detección y prevención de IM en nuestro centro. *2.* Elaborar un listado de IM clínicamente relevantes e integrarlo como sistema experto de ayuda, en la prescripción electrónica de medicamentos. *3.* Evaluar su impacto clínico y económico.
Material y métodos: Estudio observacional, descriptivo y prospectivo llevado a cabo en el Centre Sociosanitari Albada (CSPT, Sabadell) que dispones de 219 camas: Psicogeriatría 40, Larga Estancia Geriátrica 140, Jóvenes con Discapacidad Neurológica 39. Diseño del programa: Documentación bibliográfica de IM clínicamente relevantes, considerando únicamente las de grado 1 y 2 (Drug Interaction Facts 2005. Hansten and Horn. "Managing Clinically Important Drug Interactions 2005"). Elaboración de una base de datos en programa Acces de las IM (Estudio realizado gracias a la Beca otorgada por el Colegio Oficial de Farmacéuticos de Barcelona. 2005). Detección de la IM: Identificación diaria de los pacientes con IM al cruzar los datos de la medicación de los pacientes que aporta el sistema informático de unidosis (SDMDU) (Sistema de distribución de medicamentos en dosis unitaria) con la base de datos elaborada para tal fin. Intervención: Propuestas de medidas a tomar según las recomendaciones bibliográficas. Revisión del curso clínico y del perfil terapéutico del paciente. Seguimiento: Valoración clínica y consecuencia de la intervención. Revisión periódica a través de un proceso de "peer review". Análisis de los datos: Número de IM detectadas, procedimientos realizados y pautas terapéuticas modificadas. Correlación entre el número de fármacos prescritos y la frecuencia de aparición de IM. Fármacos con mayor frecuencia de IM. Clasificación de las IM según su repercusión clínica. Evaluación del impacto clínico: Clasificación de las RAM (reacción adversa medicamentosa) evitadas según la gravedad. Idoneidad de la intervención evaluada mediante la escala adaptada de Brown BL (Brown BL, Williamson SE. A system for documentation of pharmacist interventions with incorporation into performance and quality improvement plans. Hosp Pharm 1993). Consecuencia clínica según criterios de Pulliam CC et al (Pulliam CC. Evaluating therapeutics accomplishments. Am J Hosp Pharm 1974; 31:880-3). Evaluación del impacto económico: Costes directos derivados de la intervención, pruebas complementarias utilizadas y costes evitados. Costes indirectos potencialmente evitados, a través del cálculo de los costes asociados a los Grupos Relacionados con el Diagnóstico.
Resultados y conclusiones: La implantación del programa permitirá: *1.* Crear un sistema ágil de detección de las IM; *2.* Disminuir el número de RAM por IM y la yatrogenia secundaria; *3.* Integrar el programa como sistema experto de ayuda a la prescripción electrónica.

EXPERIENCIA EN LA IMPLANTACIÓN DE UN PROGRAMA DE DETECCIÓN Y PREVENCIÓN DE INTERACCIONES MEDICAMENTOSAS (IM) EN UN CENTRO SOCIOSANITARIO. RESULTADOS PRELIMINARES

E. Antón Nieto[1], M. Vaqueiro Subirats[1], E. Andreu i Casañas[1], J. Güell Manzanares[1], E. Ardanza[2] y M. Masip[2]
[1]Centre Sociosanitari Albada, Sabadell [2]Servicio de Farmacia.

Objetivos: *1.* Descripción de las IM con grado de importancia I y II detectadas y los procedimientos realizados durante las 5 primeras semanas de implantación de un programa de detección de IM. *2.* Evaluación preliminar del impacto clínico en los pacientes con IM.
Material y métodos: Estudio descriptivo, observacional y prospectivo llevado a cabo en el Centre Sociosanitari Albada de 219 camas (Corporació Parc Taulí. Sabadell). El periodo de estudio fue del 30 de enero al 3 de marzo de 2006. Se procedió a: *1.* Identificación diaria de las IM. *2.* Revisión del curso clínico y del perfil terapéutico de cada paciente. *3.* Seguimiento clínico. *4.* Petición de pruebas complementarias y/o controles a seguir. *5.* Decisión terapéutica realizada según las recomendaciones bibliográficas y el contexto clínico del paciente. *6.* Análisis del impacto clínico de la intervención.
Resultados: Se han detectado 60 IM (5,1% de todos los fármacos prescritos) en 43 pacientes (19,6%). Se ha realizado algún tipo de in-

tervención en el 40% de ellas. Las IM detectadas con mayor frecuencia fueron: *1.* Ácido acetilsalicílico (AAS) y antihipertensivos (IECAS, beta-bloqueantes) (27); *2.* AAS e ibuprofeno (4); *3.* Par acetamol y fenitoína (4); *4.* Acenocumarol y paracetamol (4); *5.* Acenocumarol y amiodarona (2); *6.* AAS y acetazolamida (2); *7.* Midazolam y fluconazol (2). Se realizaron los siguientes controles: monitorización de la tensión arterial en 25 pacientes, seguimiento clínico en 10, control del INR en 10, de la función hepática en 7, niveles de fármacos en 3, y control de la función renal en 1. El 8,3% de las interacciones han producido una alteración clínica y/o analítica: elevación de la tensión arterial en 2 pacientes, alteración de la función hepática en 2 y hemorragia conjuntival en 1. Se suspendieron 10 fármacos y las pérdidas de seguimiento fueron 8 (6 altas hospitalarias y 2 éxitus).
Conclusiones: Los resultados preliminares indican que la implantación de este programa permite detectar precozmente IM y poder evitar las potenciales reacciones adversas de los medicamentos implicados. Las IM detectadas han resultado de escasa repercusión clínica. Un seguimiento más prolongado nos permitirá conocer la importancia de la aplicación de un programa de estas características.

PROGRAMA DE EDUCACIÓN PARA GEROCULTORAS DE RESIDENCIAS GERIÁTRICAS DESDE UN EQUIPO DE ATENCIÓN PRIMARIA

J.M. Leyva Moral, C. Caixal Mata, C. Campmajó Almodóvar y E. Parra Aresté
EAP Dreta de L'Eixample, Barcelona.

El aumento de la esperanza de vida y la cronificación de muchas patologías, así como un cambio en la realidad social de la población general, ha llevado a un aumento en la demanda de institucionalización de personas con un cierto grado de dependencia de las AVD. Esto reafirma la necesidad de formación por parte de las gerocultoras. Se propone la implantación de un Programa de Educación para la Salud (Método PRECEDE) con la intención de mejorar la formación de las gerocultoras para aumentar su seguridad a la hora de aplicar cuidados de salud. A su vez, este programa educativo persigue establecer lazos entre el equipo de una Unidad Geriátrica de Atención Primaria como consultora y el personal auxiliar de las residencias geriátricas. Se dispone de una muestra formada por el personal auxiliar de 51 residencias geriátricas en el barrio Dreta de l'Eixample de Barcelona (300 gerocultoras aproximadamente). Se realizarán charlas mensuales de 50' de duración en el aula de formación del EAP Dreta de l'Eixample de Barcelona. El contenido de las sesiones, duración, horario y periodicidad fue pactado previamente con las gerocultoras para lograr así mayor asistencia. Este programa educativo se iniciará en marzo de 2006 y finalizará en diciembre de 2006. Las conclusiones de este trabajo serán presentadas el próximo año. De antemano se prevé que este programa educativo puede mejorar tanto la realización personal como la profesional de las gerocultoras y, en consecuencia, los cuidados de salud proporcionados.

IMPORTANCIA DE LA FIEBRE EN LA TOMA DE DECISIONES DIAGNÓSTICO-TERAPÉUTICAS EN EL PACIENTE GERIÁTRICO

A. Piñeiro Acción, O. Gutierrez Duque, S. Barros Cerviño, R. Malfeito Jiménez, J. Vidal López y F. Veiga Fernández
Hospital Xeral Calde, Lugo.

Objetivo: Determinar la importancia del síntoma fiebre en la valoración y tratamiento de los pacientes geriátricos ingresados en una unidad de agudos.
Material y métodos: Se incluyen de manera prospectiva pacientes consecutivos ingresados en la Unidad de Agudos de Geriatría desde enero a junio de 2005. Se realiza valoración geriátrica exhaustiva y seguimiento hospitalario a todos los pacientes. Desde el momento del ingreso se procede a la medición de la temperatura (axilar, con termómetro de mercurio) cada 12 horas.
Resultados: Estudiados 100 pacientes, con edad media de 82,56 años (68-97), el 58% varones, con aceptable situación funcional (Katz A-C en el 62%) y cognitiva (normal en el 47%). El 54% tenían síndrome de inmovilidad y el 85% polifarmacia. Los diagnósticos mas frecuentes han sido la neumonía y la infección respiratoria (31% en conjunto) y la insuficiencia cardíaca (25%). La mayoría procedían del Servicio de Urgencias (85%). El 48% de los pacientes no habían medido la temperatura en el domicilio. En el momento del ingreso solamente el 19% de los pacientes tenían fiebre. La causa de la fiebre ha sido infecciosa en el 80% de los casos. Los gérmenes aislados con más frecuencia han sido los bacilos Gram negativos, seguidos de los cocos Gram positivos. Casi la mitad de los pacientes del estudio (49%) han recibido tratamiento antibiótico durante el ingreso, la mayoría penicilinas. Se han identificado factores que influyen significativamente en la utilización empírica de antibióticos: el deterioro funcional medido como Índice de Katz D o mayor (P = 0,04), el haber recibido tratamiento antibiótico previo al ingreso (P = 0,01), y el origen pulmonar/respiratorio de los síntomas (P = 0,0001).
Conclusiones: La fiebre es un síntoma frecuente que acompaña al ingreso al paciente geriátrico. Generalmente es de causa infecciosa, y supone la utilización empírica de antibióticos, sobre todo en los pacientes con importante deterioro funcional.

PERFIL DE USUARIO Y CUIDADOR PRINCIPAL DE UNIDAD DE ESTANCIA DIURNA CENTRO RESIDENCIAL SAR ISDABE

J.C. Arias Jiménez, C. Jiménez Blázquez, J. Gómez Lebron, M. Sánchez Sánchez, S. Martínez Vílchez y M. López Oyarzabal
Centro Residencial SAR Isdabe, Estepota.

Unidad de estancia diurna nace del decreto 137/2002 de 30 de abril de apoyo a las familias andaluzas, va dirigido a proporcionar apoyo a la familia cuidadora de una persona dependiente
Objetivos: Describir el perfil del usuario atendido en el año 2005 y el perfil del cuidador principal.
Material y métodos: Análisis de los datos a través del programa informático de valoración interdisciplinar al ingreso y seguimiento.
Resultados: Edad media 82,5 años, sexo: predominio de mujeres en un 83% y un 17% hombres; estado civil un 76% viudos y el 24% restante casado. Un 21,2% reside en estepona, 39,4% en san pedro de alcántara y 39,4% marbella. Un 30% estudios primarios, 59% sabe leer y escribir y el 9% es analfabeto. En el 97% la vivienda es propiedad del mayor ubicada en casco urbano considerada como aceptable y con barreras arquitectónicas. El 70% viven en circunstancias ajustadas y 30% con económica suficiente. A nivel funcional 75% es independiente y un 12,5% son dependientes moderados. El 67% presenta deterioro cognitivo moderado- severo, con diagnóstico de Alzheimer en 57,5% y problemas conductuales un 35%. CUIDADOR: Un 78% son mujeres con una edad de 40 a 59 años, un 67% hija/o y un 22% cónyuge, un 74% conviven con su familiar y tienen un estado de salud aceptable en un 63%.Un 77% según escala Zarit presenta una sobrecarga intensa frente a un 22% que experimenta sobrecarga leve, por ello en un 64% el motivo de ingreso fue la descarga familiar. En un 73% el ingreso es decidido por otros, un 18% voluntario y un 9% obligado por las circunstancias. En cuanto a los motivos de alta en el servicio un 35% por ingreso en otro recurso, un 28% cambio de estado de salud, un 20% alta voluntaria y un 8% exitus.
Conclusiones: Extrapolando los datos tenemos un perfil de usuario y cuidador: mujer de edad media 82 años, viuda que procede de marbella y San pedro de Alcántara, con nivel económico ajustado. A nivel funcional independiente con deterioro cognitivo moderado-grave y diagnóstico de demencia. Son atendidos por su hija con edad media de 40 a 59 años, convive con su familiar, presenta una sobrecarga intensa y motivo por el que ingresa a su familiar es por descarga familiar.

LA INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN EL PROCESO DE REHABILITACIÓN EN UNA UNIDAD DE ORTOGERIATRÍA

M. Guirao Gené, A.M. Díaz Plana y M.V. Fontboté Goicoechea
Hospital Sabadell Corporació Parc Taulí, Sabadell.

Introducción: El incremento de la esperanza de vida y la pluripatología, que presenta la población mayor de 65 años, requiere un abordaje interdisciplinar. Enfermería en sus funciones de valoración, diagnóstico y planificación de los cuidados adquiere un protagonismo creciente. Nuestro trabajo específico en el campo de la ortogeriatría se basa en proporcionar elementos de readaptación a las ABVD o a la adaptación a las nuevas limitaciones con el fin de buscar los recursos personales, familiares y de la comunidad que permitan mejorar la calidad de vida en la población longeva. La alta incidencia de patología osteoarticular en la población geriátrica conlleva una alteración en la autonomía funcional, agravada, en ocasiones, por alteraciones cognitivas. Esto supondrá, por parte del equipo interdisciplinar, la realización de un plan de cuidados personalizado, implicando al paciente y cuidador principal en todo el proceso rehabilitador.

Objetivos: Describir el papel de enfermería en la planificación integral de los cuidados ortogeriatricos.
Material y método: Estudio descriptivo basado en la experiencia de enfermería de la unidad de ortogeriatría del Hospital de Sabadell. Los pacientes que ingresan en nuestra unidad proceden de la planta de agudos de traumatología cumpliendo los criterios de ingreso previamente establecidos. Se valora la salud-autonomía/dependencia del paciente, previa al ingreso, al ingreso en la unidad y al alta. Se realiza el plan de cuidados de enfermería con el objetivo de readaptación a las ABVD, incluyendo paciente y cuidador principal como agentes activos. Se realiza informe de enfermería al alta con la finalidad de facilitar el seguimiento a nivel domiciliario.
Resultados y conclusiones: La valoración por parte de enfermería de las necesidades globales del paciente geriátrico que presenta patología osteoarticular facilitará el proceso de rehabilitación en las ABVD y en especial en su autonomía funcional, haciéndole participe conjuntamente con el soporte del cuidador principal en el proceso de rehabilitación. La planificación de los cuidados por parte del equipo interdisciplinar valorando la evolución del estado de salud del paciente, previo al ingreso, durante su estancia hospitalaria y las expectativas en su entorno domiciliario y comunitario, requiere de unos estándares de actuación asistencial por parte del personal de enfermería, trabajando en un contexto de cuidados geriátricos en el que el objetivo principal es potenciar la autonomía, la reeducación/estimulación intentado llegar al nivel máximo de independencia. La realización del alta de enfermería es el instrumento que permitirá establecer las interconexiones entre los diferentes niveles de atención sanitaria, facilitando el seguimiento del paciente geriátrico, con la finalidad de mantener unos óptimos niveles de calidad de vida.

UNIDAD DE MEMORIA DE GERIATRÍA: ACTIVIDAD ASISTENCIAL

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

Objetivo: Establecer la actividad asistencial diagnostica de una Unidad de Memoria de Geriatría (UMG) en un Hospital Terciario.
Material y método: Estudio descriptivo de la actividad asistencial de una UMG durante el periodo 2004-2005 (n: 510 edad media 79,1 ± 6,3. Se recogen variables sociodemográficas, clínicas, neuropsicológicas, funcionales, neuroimagen estructural y funcional y perfil bioquímico. En función de la valoración se adjudica diagnóstico según sistema de clasificación Pittsburg modificado. Análisis estadístico con significación de 95% mediante paquete estadístico SPSS 12.0.
Resultados:

Tipo	Número	Edad	Mujeres (%)	Evolución (meses)
EA probable	77	78,8 ± 5,3	67,5	29,1 ± 16
EA probable y lesión vascular	35	81,4 ± 4,6	82,9	24,3 ± 16,4
EA posible	40	79,5 ± 5,2	67,5	23,2 ± 16,1
EA posible y enf. cerebrovascular	70	80,6 ± 5,4	70	29,3 ± 17,1
EA posible y depresión	23	79,3 ± 5,6	91,7	27,3 ± 11,9
D. Vascular probable	7	78,6 ± 4,9	57,1	29 ± 22,2
D. Vascular posible	15	81 ± 4,1	66,7	40,2 ± 20,1
D.C.L. multidominios	85	76,8 ± 6,7	68,2	27,5 ± 15,9
DCL vascular	48	79,1 ± 6,3	50	28,6 ± 21,4
DCL mnésico	14	76,1 ± 7,9	64,3	27 ± 8,5

Conclusiones: *1.* Existe una gran heterogeneidad diagnóstica en pacientes que acuden a la Unidad de Memoria. *2.* La aplicación de un sistema de clasificación diagnóstica estandarizado permite una mejor clasificación patogénica de la demencia 3. La demencia vascular es una entidad con poca representación en nuestro grupo de estudio.

NONAGENARIOS EN UNA UNIDAD DE MEDIA ESTANCIA

P. von Beck, L. Espinosa Serralta, C. Martorell Castillo, C. Mayordomo Lacambra, T. Molins Vara y J.J. Peret Martínez
Parc Sanitari Pere Virgili, Barcelona.

Objetivo: Estudiar las características clínicas (índice de comorbilidad) y funcionales así como el destino al alta de los pacientes de 90 o más años de edad ingresados en un centro sociosanitario durante un año natural.
Material y métodos: El período de estudio abarca todo el año 2005. Se incluyeron todos los pacientes de 90 o más años de edad, siguiendo un protocolo informatizado. En todos ellos se registró la procedencia, el motivo de ingreso, el índice de Charlson, el índice de Barthel de ingreso y alta, el número de fármacos indicados al ingreso y el destino al alta.
Resultados: Durante el período de estudio ingresaron un total de 948 pacientes de los que 43 (4,54%) tenían 90 o más años cumplidos en el momento del ingreso. De los 37 incluidos, 27 (72,98%) eran mujeres y 10 (27,02%) hombres. La edad media fue de 93,03 años (90-99). Fueron clasificados en los siguientes grupos diagnósticos: Médicos n = 12, 7H y 5M, I. Charlson 2,82 ± 2,48 (mediana 2), nº de fármacos 8,27 ± 3,9 (mediana 9); Barthel de ingreso/alta 46,73/53,64 (mediana 35/60). Al alta: 8 a domicilio, 0 traslados, 2 traslados a otro centro sociosanitario y 2 exitus. Estancia media 35,91 ± 24. Vasculares n = 2, 1H y 1M, I. Charlson 3 (mediana 3), nº de fármacos 5 ± 1,41 (mediana 5); Barthel de ingreso/alta 25/42,5. Destino al alta: 1 a domicilio, 1 traslado a otro centro sociosanitario. Estancia media 77,5. Traumatológicos n = 16, 1H y 15M, I. Charlson 1,125 ± 1,1 (mediana 1), nº de fármacos 6,81 ± 2,28 (mediana 7); Barthel de ingreso/alta 36,85/58,75 (mediana 37,5/77,5). Al alta: 11 a domicilio, 1 traslado, 2 traslados a otro centro sociosanitario y 2 exitus. Estancia media 50,13 ± 35,5. Neurológicos n =7, 4H y 3M, I. Charlson 1,57 ± 0,98 (mediana 2), nº de fármacos 5,14 ± 2,48 (mediana 5); Barthel de ingreso/alta 3,6/10 (mediana 0/0). Al alta: 2 a domicilio, 2 traslados, 0 traslados a otro centro sociosanitario y 3 exitus. Estancia media 36,86 ± 22,81.
Conclusiones: *1.* El grupo de pacientes médicos presentaba al ingreso un Índice de Charlson superior al del resto de los grupos. *2.* Funcionalmente los pacientes traumatológicos ingresaron con peor IB y mostraron la mayor mejoría. *3.* El destino a domicilio fue similar en ambos grupos. *4.* El grupo de pacientes neurológicos presentó un mayor número de éxitus que el resto. *5.* La estancia media fue similar en todos los grupos. *6.* Destaca el hallazgo de polifarmacia en todos los grupos, especialmente en el médico.

ANTECEDENTES DEPRESIVOS EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE DEMENCIA

L. Moreno[1], M. Zandio[1], B. Salmón[1], F. Iturralde[2] e I. Francés[1]
[1]Centro Psicogeriátrico Josefina Arregui, Alsasua, [2]Hospital Sagrado Corazón de Jesús, Huesca.

Objetivos: Determinar la presencia de antecedentes de depresión en pacientes con demencia.
Material y métodos: Estudio retrospectivo de las historias clínicas de los pacientes diagnosticados de demencia en nuestro centro durante el año 2005, recogiendo los antecedentes afectivos y otros datos como edad, sexo, escolaridad, factores de riesgo vascular, tipo de demencia y tipo de depresión (episodio depresivo mayor, trastorno depresivo recurrente, trastorno bipolar y otros trastornos depresivos del espectro neurótico).
Resultados: Se obtuvo una muestra de 105 sujetos diagnosticados de demencia, siendo la edad media de 79, 5 años y el 56,2% mujeres. El 52% tenía el diagnóstico de Enfermedad de Alzheimer, 18% Demencia vascular, 8% Demencia Mixta, 6% Demencia por Cuerpos de Lewy, 3% Demencia Frontotemporal, y 13% otros tipos o demencias no filiada. El 70,9% de los pacientes con Enfermedad de Alzheimer eran mujeres, no objetivando diferencias entre sexo en el resto de diagnósticos. En cuanto a los trastornos afectivos, un 21,9% de la muestra presentaba antecedentes previos a la aparición del cuadro de demencia (11% de la muestra total con historia de distimia o trastornos de tipo neurótico, 7% con episodio depresivo único y 4% con depresión recurrente). De entre los que presentaban antecedentes depresivos, un 73,91% eran mujeres (n = 17), y un 26,08 hombres (n = 6), con una prevalencia significativamente mayor de antecedentes de distimia y depresiones neuróticas en mujeres (el 83,3% de los pacientes con este tipo de cuadro eran mujeres). Respecto a los diagnósticos de demencia, la mayor presencia de antecedentes depresivos fue en Enfermedad por Cuerpos de Lewy (50%), seguida de Enfermedad de Alzheimer (25,5%) y Demencia Vascular (21, 5%). No se encontraron diferencias significativas en la prevalencia de factores de riesgo vascular entre los grupos con o sin antecedentes depresivos.
Conclusiones: Apreciamos una incidencia elevada de antecedentes depresivos en pacientes con demencia, en relación a la población general. Se objetivan diferencias en la presencia de antecedentes

afectivos según el tipo de demencia. El diseño de este estudio no permite establecer el trastorno depresivo como factor de riesgo de demencia.

FRACTURA DE CADERA EN MAYORES DE 65 AÑOS EN UN AREA DE SALUD. SEGUIMIENTO DURANTE CINCO AÑOS

A. Casas Herrero, E. García Gómez, M. Budinich Villouta, V. Hugo Carrasco, R. Petidier y F. Guillén Llera
Hospital de Getafe, Getafe.

Objetivo: Evaluar, tras cinco años de seguimiento, la situación clínica, funcional y social de pacientes que han sufrido una fractura de cadera.
Material y métodos: Estudio prospectivo de los pacientes mayores de 65 años ingresados por fractura de cadera en el Hospital Universitario de Getafe durante el periodo un año (12-1999 a 11-2000). Evaluación anual de mortalidad, situación funcional (escala Cruz Roja, Barthel y Lawton), eventos clínicos y modo de convivencia.
Resultados: Se siguieron 162 pacientes, con una edad media 82,6 años; 81,6% mujeres. Existió caída en un 93%, mayoritariamente en domicilio, existiendo antecedente de caída previa en el 52% de los casos. Se establecieron los siguientes factores favorecedores: deterioro funcional previo en el 50% de los casos, antecendente de caídas 57%, alteraciones visión 56%, inestabilidad 17%, demencia 15%, uso de psicofármacos 25% y vivir en medio residencial 18%. La mortalidad intrahospitalaria fue 6%; a los 12 meses 30%, 24 meses 47,6%, 36 meses 60%, 48 meses 68% y a los 60 meses del 77%. De los 37 pacientes vivos a los 5 años un 22% estaban inmovilizados, hasta un 43% presentaba deterioro funcional severo y sólo un 20% podía caminar más de 30 minutos. A los cinco años un 9% vive solo, 19% con esposa, 44% con hijos, un 22% en instituciones y un 4% en otros modos de convivencia. En un 47% de los supervivientes se registró al menos un ingreso hospitalario en el último año
Conclusiones: *1.* La tasa de fracturas fue 660/ 100.000 > 65 años. *2.* Existió caída en el 93% de casos. *3.* Principales factores de riesgo fueron deterioro funcional previo, antecedente de caída, polifarmacia, de privación sensorial y modo de convivencia residencial. *4.* La mortalidad intrahospitalaria fue del 6,67% y del 77% a 60 meses. *5.* El deterioro funcional severo alcanza a los 5 años casi a 1 de cada 2 pacientes. *6.* Apenas un 15% de pacientes reciben tratamiento para osteoporosis y son muy frecuentes los reingresos hospitalarios. *7.* A la vista de estos datos es imprescindible poner en marcha protocolos de control de osteoporosis y prevención de caídas.

EVOLUCIÓN DE LA MEDICACIÓN PRESCRITA A LOS RESIDENTES DE UNA INSTITUCIÓN GERIÁTRICA, EN EL TRANSCURSO DEL PRIMER AÑO DE INGRESO

F. Cía Elía[1], M.D. Redín Areta[2] y M.L. Sainz Suberviola[2]
[1]Casa De Misericordia, Pamplona [2]Departamento Ciencias de la Salud. Universidad Pública de Navarra, Navarra.

Introducción: El progresivo envejecimiento de la población resulta innegable. En Navarra, la población mayor de 65 años ha pasado del 11% en 1975 al 18% en 2001, con repercusiones en aspectos sanitarios tales como el consumo de fármacos. Se estima que el 81,9% de mayores de 75 años utiliza habitualmente, al menos, un medicamento.
Objetivo: El presente estudio pretende: - Analizar la evolución del número de medicamentos prescrito en ancianos, así como su relación con las variables: edad, sexo y dependencia, en el transcurso del primer año de ingreso en una institución geriátrica.
Material y métodos: Se diseñó un estudio descriptivo, longitudinal y retrospectivo. En población residente en la Casa de Misericordia de Pamplona, se efectuó un muestreo aleatorio en función del sexo y validez. A partir de la Historia Clínica, se registraron 4 visitas (en el ingreso, al mes, a los seis meses y al año del mismo), obteniendo las variables: edad, sexo, validez, diagnósticos y medicamentos prescritos. El grado de validez se determinó por aplicación del Test Delta. El procesamiento de datos se realizó mediante el programa estadístico SPSS V11.
Resultados: Se estudiaron 223 casos, de los que 96 correspondían a hombres (58,3% válidos), cuya edad media alcanzaba 78,0 años. En las mujeres participantes (edad media = 81,7 años), la proporción de asistidas ascendió a 37,8%. Los hombres válidos presentaban el valor mínimo de enfermedades crónicas (2,3), con elevada prevalencia de patologías digestivas (46,4%). Por el contrario, los hombres asistidos registraban el mayor promedio de procesos crónicos (4,8), destacando demencias (60%) y patologías cerebro-vasculares (52,5%). Respecto a la evolución de los medicamentos prescritos, en el momento del ingreso, varones y mujeres recibían un número similar (3,61 vs. 3,64). Un año después, la cifra aumentó en ambos grupos, si bien de manera significativa en mujeres (3,95 vs. 4,56). Considerando la variable dependencia, los pacientes válidos utilizaban menos medicamentos en el ingreso (3,19 vs. 3,67), pero su consumo se igualó con los asistidos al año del mismo (4,25 vs. 4,34). En relación con la edad, a partir de los seis meses del ingreso, se incrementó notablemente la proporción de residentes mayores de 79 años que recibían más de 4 medicamentos. Cabría destacar la utilización predominante de psicofármacos (50,9%) y terapia cardiovascular (65,7%).
Conclusión: La prescripción farmacológica entraña gran complejidad en población geriátrica institucionalizada, dada la pluripatología y polifarmacia que la caracterizan. El manejo de guías de prescripción, la coordinación entre niveles asistenciales y una adecuada educación sanitaria podrían favorecer la efectividad de tratamientos, disminuyendo sus interacciones y reacciones adversas.

VALIDACIÓN DE LA ESCALA DE CONTENCION PARA PREVENIR LAS CAIDAS DE LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS EN LA CLINICA PSICOGERIATRICA JOSEFINA ARREGUI

M.J. Barriga Muñoz, A. Amillano Azurmendi, F. Jorge Palacios, P. Fernandez de Barrena Sarasola, C. Marcos Claver, E. Ruiz Perez de Ciriza, M.J. Zubelzu Echarri y S. Cid Merino
Clínica Psicogeriatrica Josefina Arregui, Alsasua.

Introducción y objetivos: En nuestra clínica, desde hace seis años, se aplica una escala de contención a todos los pacientes que ingresan, para prevenir las caídas y mejorar su autonomía. La escala existente, era muy subjetiva y, variaba la contención a aplicar dependiendo del observador. Tras una puesta en común del personal de enfermería, se unificaron criterios para definir cada parámetro de la escala, con el objetivo de reducir la subjetividad y de que las medidas de contención a aplicar sean las mismas independientemente del observador.
Material y métodos: *1.* Aplicación de la escala de contención por todo el personal de enfermería a todos los pacientes ingresados en el periodo comprendido entre el seis de febrero y el seis de mayo del 2006. *2.* Puesta en común del equipo de enfermería de las medidas de contención a aplicar a todos los pacientes ingresados en el mismo periodo, y comprobar que la medida aplicada, sea la misma independientemente del observador. *3.* Estudio pendiente de resultados hasta mayo del 2006, mediante la formula de Kendal.

CIRUGÍA CARDÍACA EN PACIENTES GERIÁTRICOS

M. Ruíz Ruíz, J. Rodríguez y J.M. Ribera
Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

Objetivos: Describir las características de los mayores de 80 años sometidos intervenidos de una cirugía y compararlos con pacientes menores de 80 años intervenidos de las mismas patologías.
Material y métodos: Estudio descriptivo retrospectivo. Recogemos datos demográficos (edad, sexo, estado civil), antecedentes personales (diabetes mellitus, hipertensión arterial, etc), situación funcional y social antes y tras la cirugía, tipo de cirugía, complicaciones intrahospitalarias y exitus tras el alta de todos los pacientes mayores de 70 años intervenidos en el Servicio de Cirugía Cardíaca de enero a junio del 2004. El análisis estadístico se llevó a cabo mediante el paquete estadístico SPSS 11.0.
Resultados: 14% mayores de 80 años, entre 76 y 80 años el 30% y 56% entre 70 y 75 años. Media de edad 75,03 años, DE 3.989. 39,6% mujeres. El 69,8% tenían hipertensión arterial, 59,7% cardiopatía isquémica, diabetes 21,5%. No hay diferencias significativas en el tipo de cirugía en relación a la edad.

Edad	Recambio aórtico	Pacientes recambio mitral	Recambio de más de una válvula	Cirugía coronaria	Cirugía coronaria + recambio valvular
70-75	17	9	8	35	14
76-80	9	4	6	17	8
>80	5	2	1	8	2

La muerte extrahospitalaria es más frecuente en mayores de 80 años (p < 0,031) sin encontrar más diferencias significativas en las complicaciones intrahospitalarias con la edad. Consideramos KATZ A, B y C independientes en actividades básicas, KATZ D, E, F y G dependientes. CRF 0 – 2 independientes en actividades físicas. CRF 3 - 5 dependientes. CRP 0 -2 mantienen las funciones cognitivas, CRP > 3 deterioro cognitivo. Lawton 0 -4 independientes en actividades instrumentales. Lawton > 4 dependiente Situación funcional 70-75 años (pacientes independientes) 76-79 años ≥ 80 años P KATZ precirugía KATZ poscirugía 100% 96,6% 97,1% 97,1% 100% 100% 0,703 CRF precirugía CRF postcirugía 98,3% 98,3% 100% 97,1% 100% 100% 0.741 CRP precirugía CRP postcirugía 100% 100% 100% 100% 100% 100% 0.236 Lawton precirugía Lawton postcirugía 36,2% 36,2% 29,4% 38,2% 54,5% 39,8% 0,701
Una mayor edad no determina un peor estado funcional tras la cirugía. La complicación postoperatoria más frecuente son las arritmias (10.7%) sin existir diferencias en función de la edad. El 5,9% fallece durante el ingreso. La muerte extrahospitalaria es más frecuente en mayores de 80 años con una p < 0,031. No existen diferencias en la necesidad de ayudas sociales en los distintos grupos de edad. No hay diferencias significativas en la mortalidad con respecto al tipo de cirugía, el número de válvulas
Conclusiones: *1)* La edad no influye en la existencia de complicaciones en los pacientes intervenidos de cualquier tipo de cirugía cardiaca. *2)* La edad no predispone a una peor funcionalidad postoperatoria. *3)* La mortalidad extrahospitalaria es mayor en los pacientes mayores de 80 años. *4)* La edad no debe ser el único factor a tener en cuenta en el momento de decidir la cirugía cardiaca en el anciano.

ESCALA DE DEPRESIÓN PARA PERSONAS MAYORES. UNA NUEVA VERSIÓN DE LA GDS

M. Izal Fernández de Trocóniz, I. Montorio Cerrato, R. Nuevo y G. Pérez Rojo
Universidad Autónoma de Madrid, Madrid.

Objetivo: El objetivo de este trabajo fue analizar la capacidad de la versión española de la GDS para detectar casos de depresión en personas mayores, así como comparar la eficacia de las diferentes versiones usualmente empleadas (GDS-30, GDS-15 y GDS-5). Asimismo, se pretendía proponer una nueva versión de la escala basándose en criterios empíricos y validar con una muestra diferente y representativa la eficacia de la escala propuesta como instrumento de screening de la depresión.
Material y métodos: El estudio se realizó en dos fases. En la primera participaron 128 personas mayores reclutadas a través de un Hospital de Día. La edad media fue de 75,6 años (D.T. = 9,6; 77,3% de mujeres). La segunda muestra constó de 105 personas seleccionadas aleatoriamente a partir del censo de una localidad urbana cercana a Madrid; su edad media fue de 72,9 años (D.T. = 5,7) y el 58,1% fueron mujeres.
Resultados: El análisis de las curvas COR en la primera muestra indicó que las versiones de 15 y 5 ítems funcionaban notablemente peor que la versión de 30 ítems en la detección de la depresión. A continuación, se realizó una regresión logística binaria por pasos (método hacia atrás) en la que inicialmente se introdujeron los 30 ítems de la GDS para predecir la presencia de depresión. Se alcanzó una solución óptima de 11 ítems que clasificaba correctamente el 100% de los casos (R2 de Nagelkerke = 1.0). Seguidamente, se empleó la segunda muestra como muestra de validación cruzada, y se analizó en ella la sensibilidad y especificidad para la detección de la depresión de esta versión de 11 ítems en comparación con las de 5, 15 y 30. La nueva GDS-11 presentó un área bajo la curva muy elevada (.981; p <.001) y superior al resto de versiones, así como una alta sensibilidad y especificidad (100% y 92,7%, respectivamente, para un punto de corte de 5).
Conclusión: La nueva escala propuesta (GDS-11) parece mejorar significativamente la sensibilidad y especificidad para la detección de la depresión en personas mayores respecto a otras versiones abreviadas que se han propuesto y funcionar al menos igual de bien que la versión original de 30 ítems. El procedimiento empírico empleado para la selección de los ítems y el uso de una muestra de validación cruzada permiten proponer esta nueva versión –y los puntos de corte ofrecidos– como un instrumento sencillo y rápido para el cribaje de posibles casos de depresión en personas mayores.

PROGRAMA DE INTERVENCIÓN CONJUNTO FAMILIAR-PACIENTE CON DETERIORO COGNITIVO GRAVE BASADO EN LAS ACTIVIDADES DEL MÉTODO MONTESSORI

I. Etxeberria Arritxabal[1], JJ. Yanguas Lezaun[1], C. Buiza Bueno[1], A. Zulaica Cardoso[2], N. Galdona Erquicia[1] y M.F. González Pérez[1]
[1]Fundación Instituto Gerontológico Matia (Ingema), [2]Unidad de Memoria y Alzheimer. Fundación Matia, Donosita.

La satisfactoria experiencia de implementación y validación del Programa Montessori para la psicoestimulación de pacientes con deterioro cognitivo grave, durante los años 2003-2004 impulsó al mismo equipo a afrontar un nuevo reto en el ámbito de la psicoestimulación de pacientes con deterioro cognitivo grave.
Objetivo: Mediante esta intervención cognitiva se pretende establecer una mayor implicación de los familiares en el proceso de psicoestimulación del paciente y mejorar la calidad de vida (operativizada a través de las variables: reducción de alteraciones de conducta, mejora de la autonomía del paciente y mejora de la relación paciente-cuidador) de los sujetos con deterioro cognitivo grave.
Material y métodos: Muestra: en el estudio participaron 50 sujetos, de los cuales 25 son enfermos afectados de demencia grave institucionalizados y sus respectivos cuidadores. Instrumentos de valoración: Neuropsychiatric Inventory (NPI-NH), Severe Cognitive Impairment Profile (SCIP), índice de Barthel, Escala de Satisfacción creada al efecto. Se valoró a los pacientes antes y después de la intervención con los instrumentos anteriormente mencionados, asimismo los cuidadores cumplimentaron pre-post intervención unas escalas de satisfacción creadas al efecto. Las sesiones paciente-cuidador basadas en el método Montessori y dirigidas por un profesional cualificado, se desarrollaron a razón de 2 por semana con una duración aproximada de una hora y en un periodo de tiempo comprendido de 6 meses.
Resultados: Se observan diferencias estadísticamente significativas (p<.05) en el grupo experimental en conceptualización, lenguaje, capacidad visuoespacial y puntuación total de la prueba. Estos resultados señalan un aumento en la puntuación en estas variables en la valoración post intervención. Asimismo se han observado diferencias (p<.05 en las alteraciones de conducta de los pacientes, señalando un descenso en la frecuencia y severidad de esos comportamientos post intervención.
Conclusión: La intervención conjunta mejora la calidad de vida del binomio paciente-cuidador señalando la importancia de introducir la figura del cuidador en futuras intervenciones con pacientes con demencia grave.

MONITORIZACIÓN DE LA ACTIVIDAD CINEMÁTICA Y DETECCIÓN AUTOMÁTICA DE CAIDAS: PRESENTACIÓN DE UN PROTOTIPO

I. Etxeberria[1], G. Pérolle[2], J.J. Yanguas[1], P. Fraisse[3], M. Mavros[4] y C. Buiza[1]
[1]Fundación Instituto Gerontológico Matia (Ingema), Donostia [2]Fundación Fatronik, [3]Lirmm Francia, [4]Zenon Grecia.

Objetivo: Desarrollar un dispositivo que registre y monitorice la actividad cinemática de las personas mayores, además de detectar de forma automática una caída.
Material y métodos: Se analizaron los dispositivos existentes en el mercado cuya función principal era la detección de caídas dentro del domicilio. La conclusión principal de ese análisis revelaba la necesidad de desarrollar un dispositivo que mejorara las opciones existentes y además incorporara nuevas funcionalidades. El prototipo que se presenta permite la detección automática de una caída, el registro y monitorización de la actividad cinemática de un sujeto, la localización vía GPS del usuario así como el envío de una señal de emergencia a un centro de llamadas. El sistema está compuesto por un módulo móvil (del tamaño de un teléfono móvil), que el sujeto lleva encima y un centro de llamadas que recibe y gestiona toda la información que se envía desde el módulo móvil. Para permitir que el dispositivo funcione tanto dentro como fuera del domicilio se ha incorporado tecnología GPRS/GPS con pila TCP/IP para el envío de datos entre ese módulo móvil y el centro de llamadas. Para la localización del sujeto el sistema incorpora un recibidor de GPS. El dispositivo funciona de forma autónoma sin necesidad de que el sujeto intervenga. El módulo móvil envía información de la actividad que realiza el sujeto para ser analizada. En caso de emitir una señal de

alarma, bien en aquellos casos en los que se produce un cambio acorde con las costumbres del sujeto (permanecer más tiempo del habitual en la cama por ejemplo) o bien porque se ha producido una caída, la señal, es recibida en el centro de llamadas y se toman las medidas oportunas. Este dispositivo ofrece además la posibilidad de anular o activar voluntariamente una llamada de emergencia mediante la presión de un botón. Se considera prioritario el desarrollo de dispositivos que permitan a las personas mayores monitorizar su actividad cinemática y detectar las caí das lo antes posible por constituir una de las causas más frecuentes de morbilidad/mortalidad entre los mayores.

ESTUDIO DEL CAMBIO A NIVEL COGNITIVO EN POBLACIÓN RESIDENCIAL DE 85 A 90 AÑOS

A. Villegas Sordo[1], E. Rubio Mier[1] y M.T. Villegas Sordo[2]
[1]Residencia Caja Cantabria-Ecoplar, Santander [2]Universidad de Zaragoza. Facultad Medicina, Zaragoza.

Introducción: Nuestro estudio está centrado en la valoración y análisis de los resultados del Mini-Examen Cognoscitivo (MEC). Dentro de la posible pérdida de función cognitiva en los muy ancianos parece importante determinar si es una consecuencia de la edad o existen factores intercurrentes. Para ello se analizan ancianos entre los 85 y 90 años durante el periodo 2000-2005. Se evalúa si el cambio es progresivo y relacionado con la edad o es más brusco y por tanto secundario a la presencia de comorbilidad (ACVA, tumores, cirugía, etc.).
Objetivos: Determinar en nuestro colectivo el número de casos en los que el deterioro cognitivo es consecuencia de la edad y los que se producen de manera repentina. Analizar y comparar el resultado del MEC de cada persona a lo largo de estos años (2000-2005) y la influencia del sexo, nivel de estudios y enfermedad.
Material y métodos: De los 387 ancianos de la Residencia de personas mayores Caja Cantabria-Ecoplar en Santander seleccionamos una muestra de 136 residentes (46 hombres y 90 mujeres) que cumplen los criterios de inclusión de nuestro estudio mediante la aplicación de dicho test y la utilización de las historias clínicas de los residentes. Es un estudio de carácter retrospectivo en el que se analiza la puntuación obtenida en el MEC en los últimos cinco años (2000-2005) en relación con los parámetros siguientes: enfermedad, sexo y nivel de estudios.
Resultados: De los 136 residentes completan el estudio 73 (24 hombres y 49 mujeres), 52 residentes sufrieron cambio progresivo (15 hombres y 37 mujeres) y 21 cambio brusco (9 hombres y 12 mujeres). Los pacientes perdidos se deben a: fallecimiento, baja voluntaria e imposibilidad de ser valorado/a en la fecha correspondiente. Comparamos los resultados del MEC en los casos de cambio progresivo y brusco del año 2000 y 2005 mediante los procedimientos estadísticos habituales (media aritmética). 2000 2005 C. PROGRESIVO 27.6 26.3 C. BRUSCO 27.7 10.9 El nivel de estudios es: elementales (26), primarios (37) y superiores (10).
Conclusiones: Los datos obtenidos del presente estudio indican que en este colectivo el número de casos de deterioro cognitivo asociado a la edad es ostensiblemente mayor que los producidos por los otros factores valorados (ACVA, tumores, cirugía…). Tras el análisis de la muestra de ancianos con deterioro cognitivo brusco de acuerdo al resultado de la aplicación del test y a las historias clínicas correspondientes, podemos concluir que el factor de comorbilidad que con mayor frecuencia origina cambios cognitivos es el ACVA.

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

J.J. Yanguas Lezaun, C. Buiza Bueno, I. Etxeberria Arritxabal, N. Galdona Erquicia y M.F. González
Fundación Instituto Gerontológico Matia (Ingema), Donostia

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. 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 r especto 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.

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

J.J. Yanguas Lezaun, C. Buiza Bueno, I. Etxeberria Arritxabal, N. Galdona Erquicia, M.F. González Pérez y E. Urdaneta Artola
Fundación Instituto Gerontológico Matia (Ingema), Donostia.

La constatación de cada vez un mayor número de personas que presentan alguna forma de limitación física o psíquica que precisan intervenciones que tienen que ver con su salud es una realidad. Es por ello, que se convierte en un tema vital la valoración de la capacidad de obrar que las personas tienen cuando deben afrontar la necesidad de tomas decisiones sobre su salud.
Objetivo: Definición y construcción de un protocolo de actuación orientado a ayudar a calibrar la capacidad o incapacidad de un persona con alguna forma de deterioro cognitivo para tomar decisiones que implique decisiones acerca de su salud.
Material y métodos: Muestra: 60 sujetos de los cuales 26 no presentaban signos de deterioro cognitivo y 14 sujetos con deterioro cognitivo leve o enfermedad de Alzheimer en estadio leve. Medición: Mac CAT-T (Grisso & Appelbaum, 1998), Dígitos directos e inversos de la WMS-R, Fluidez verbal FAS y por categoría semántica, MEC de Lobo, Dibujo del reloj (a la orden), Trail making test parte A y B, Secuencias motoras de Luria, Semejanzas del WAIS-III, Refranes, Test del zoo, Stroop, Test de utilización inhabitual de objetos. Se realizó una valoración de las funciones cognitivas del sujeto así como de su capacidad de toma decisiones relacionadas con su salud mediante la enunciación de dos supuestos. El primero de los ficticios (caso hipotético de colocación de una sonda nasogástrica al sujeto valorado) y el segundo un caso real abordando directamente la cardiopatía de los participantes en el estudio. Estos supuestos fueron valorados mediante la escala Mac Cat-T.
Resultados: En la submuestra de pacientes con envejecimiento normal existe una correlación positiva ($p<.05$) entre la prueba que mide la competencia y capacidad de los sujetos para la toma de decisiones relacionadas con la salud y el rendimiento en funciones cognitivas. En cambio en los pacientes con deterioro cognitivo se observa una correlación negativa entre estas mismas variables.
Conclusiones: La valoración de la capacidad y competencia de las personas mayores para la toma de decisiones relacionadas con la salud debe realizarse al mismo tiempo que una correcta valoración neuropsicológica con objeto de establecer un protocolo de actuación.

IMPORTANCIA DE LA MEDICION DE LA DENSIDAD MINERAL ÓSEA (DMO) EN PACIENTES CON ALTO RIESGO DE CAÍDAS

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

Objetivos: *1.* Identificar factores de riesgo de caídas y osteoporosis en pacientes que acuden a una Unidad de caídas. *2.* Medir la DMO y pautar tratamiento.
Material y métodos: Estudio descriptivo. Población diana: Pacientes > 65 años remitidos a una Unidad de caídas. Se realiza protocolo que incluye variables demográficas, clínicas, diagnósticas y terapéuticas. Técnica diagnóstica: Ultrasonografía del calcáneo (Lunar Pixi). Análisis estadístico: SPSS v11.0
Resultados: N = 333. Edad media: 73.5+ 9. 1.93.7% mujeres. *a)* Hábitos de vida, patologías y uso de fármacos favorecedores de osteoporosis: 6,4% fumadores. Sedentarismo: 33,9%. Menopausia precoz: 4,8%. Hipertiroidismo: 4,2%. Uso de esteroides: 5,7%; antiepilépticos: 2,1%; *b)* Factores de riesgo de caídas (FRC): Pobre capacidad visual: 52,6%, dificultad para levantarse de una silla: 36.3%, uso actual de benzodiacepinas: 17,1%, uso actual de psicotrópicos: 4,2%. Presentaban 2 FRC de caídas el 22,5%; 3FRC: 8,7% y > 3FRC 1,8%. *c)* Medición de la DMO: DMO normal (T-score > 0,6 DE): 26,7%; Osteopenia (-0,6 a -1,6 DE): 21,6% y Osteoporosis (< 1,6 DE): 50,8%. T-score en función de la edad: < 75 años:-0,9+1,2; 75-84 años: -1,3+ 1,1; > 84: -1,9+1,2 P < 0,001. T-score en función del número de FRC: 1FRC: -1,3+ 1,2; 2 FRC:-1.5+1.2; 3 FRC: -1,5+1. p < 0,006. c) Tratamiento: Osteopenia: Calcio+Vit D: 52,1%; Bi fosfonatos+suplementos: 36,8; OP: Bifosfonatos + suplementos: 41,9%; Suplementos de calcio y vitamina D: 58,1%
Conclusiones: *a)* Es fundamental identificar factores de riesgo de osteoporosis y caídas en población de alto riesgo. *b)* A mayor edad peores resultados en la DMO y el tratamiento de la osteoporosis debe realizarse también en este grupo de pacientes. *c)* La suma de FRC y alteración en la DMO (osteoporosis) favorece el riesgo de fractura osteoporótica. La prevención de caídas y el tratamiento de la osteoporosis es la clave.

EXPLORACIÓN NEUROPSICCOLÓGICA EN UNA UNIDAD DE DEMENCIAS DEPENDIENTE DE UNA UNIDAD DE GERIATRÍA

S. Altimir Losada, J. Devi Bastida, S. Santaeugenia González, A. Urrutia de Diego, J. Santesmases, M. Bret Garriga y T. Salas
Hospital Universitari Germans Trias I Pujol, Badalona.

Introducción y objetivos: La neuropsicología es una disciplina imprescindible para la evaluación de las personas ancianas que acuden a la consulta por problemas relacionados con la función cognitiva. En la Unidad de Geriatría, se realizan anualmente más de 200 consultas por este motivo. En muchos casos, la anamnesia, la exploración clínica y las pruebas complementarias permiten un diagnóstico clínico acertado, no solo de la existencia de una demencia sino, también, de la causa etiológica de la misma. Pero en otras ocasiones, se impone la necesidad de una exploración neuropsicológica dirigida para determinar la existencia de una enfermedad del área cognitiva y su naturaleza. Ello es especialmente necesario en trastornos muy leves o en procesos neurodegenerativos de presentación o evolución atípica. También cuando la clínica se presenta con alteraciones de la esfera emocional.
Material y método: En el presente estudio se presentan algunos de los resultados más relevantes de las exploraciones realizadas en nuestra unidad durante los años 2004 y 2005. Todas las exploraciones las realizó un neuropsicólogo experto.
Resultados: Se realizaron un total de 141 exploraciones en el periodo estudiado. La edad media de los pacientes fue de 73,4 años (43 – 89). El 65% fueron mujeres. Un 8% eran analfabetos, un 63% no habían completado estudios primarios, un 19% tenían la graduación primaria, un 3% media y un 7% habían completado estudios universitarios. El 58% usaba el castellano como lengua vehicular principal y el 42% el catalán. En relación a las escalas administradas, las puntuaciones medias obtenidas fueron: CAMCOG: 67,71 (43-89); Mini Examen Cognitivo (MEC): 22.75 (1-35); Test del Reloj: 4.85 (0-9); Blessed: 7.44 (0-21,5); Escala Ansiedad de Hamilton: 4,79 (0-9); Escala Depresión de Hamilton: 3.94 (0-9); Escala BRIEF: 30.58 (11-59) En relación a los diagnósticos neuropsicológicos: Deterioro cognitivo leve: 24% Alzheimer: 21% Demencia fronto-temporal: 11% Demencia vascular: 10% Depresión: 9% Enfermedad por Cuerpos de Lewy: 7% Demencia mixta: 6% Demencia alcohólica: 1% Demencia frontal: 1% Otras demencias: 1% Ausencia de enfermedad: 8%
Conclusiones: La frecuencia de diagnósticos no coincide con los que habitualmente se ven en una clínica de demencias o trastornos de la memoria. Ello se debe a que solo son derivados para una exploración neuropsicológica aquellos casos más dudosos o con presentación atípica.

IDENTIFICACIÓN DE FACTORES DE RIESGO DE CAÍDAS EN PACIENTES CON FRACTURA DE COLLES

C. de Pablos Hernández, C. Fernández Alonso, C. Zaragoza Brehcist y A. Gonz
Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

Objetivos: Valorar los factores de riesgo de caídas (anamnesis, tests clínicos y velocidad de la marcha) y determinar la Densidad Mineral Ósea en pacientes > 65 años con fractura de Colles.
Material y métodos: Pacientes > 65 años con fractura de colles que acudieron a la Unidad de Caídas del Servicio de Geriatría. A todos los pacientes se les realizó un protocolo que incluía: *a)* datos demográficos, patologías, tratamiento y anamnesis sobre factores de riesgo de caídas; *b)* tests clínicos (Test de Tinetti, Test timed up and go, Test de estación unipodal); *c)* DMO mediante ultrasonografía del calcáneo (Lunar Pixi) y *d)* velocidad de la marcha (Posturografo Balance Master). Análisis estadístico: sps 11.0
Resultados: n = 44; Edad: 75,9 + 7,01; 86,3% mujeres; Nº de patologías crónicas: 2+1,3; Nº de medicamentos: 2,9+ 2,2; Actividad física (horas): 6,5 + 3,1. Presentaron algún factor de riesgo de caída (FRC) el 86,4% de los pacientes (dificultad para levantarse de una silla: 90.9%; déficit visual: 56,8%; síndrome postcaída: 52,3%; alteración de la percepción: 36,4%; consumo de benzodiacepinas: 29.5%. El 50% de los pacientes tenían más de 3 FRC. Tests clínicos: Tinetti < 22 puntos: 20,5%; Timed and go > 20 sg: 9,1%. Test estación unipodal < 10 sg: 68,2%. Presentaban osteopenia en la DMO (t-score -0,5) el 27,3% y osteoporosis (t-score <-1. 6) el 38,6%. La velocidad de la marcha fue < 40 cm/sg en el 38,6% de los pacientes. Los pacientes con > 3 FRC presentaban osteoporosis el 70,6% (p < 0,007). La velocidad de la marcha (> 40 cm/sg) se correlacionó con el test de estación unipodal alterado (> 10 sg) (p < 0,02).
Conclusiones: *1.* La identificación de factores de riesgo de caídas mediante una exhaustiva historia clínica y la medición de la DMO es fundamental en pacientes con fractura osteoporótica para prevenir nuevas fracturas. *2.* El test de estación unipodal se correlacionó con la velocidad de la marcha y con el riesgo de caídas. Es un test rápido, sencillo y útil en atención primaria para detectar pacientes con alto riesgo de caídas y fractura osteoporotica.

FACTORES ASOCIADOS A DETERIORO FUNCIONAL DURANTE EL INGRESO POR ENFERMEDAD AGUDA

B. Montero Errasquín, E. Sánchez García, M. Alonso Armesto, A. Martínez de la Casa, J.A. Serra Rexach, J. Ortiz Alonso y M. Vidán Astiz
Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid.

Objetivo: Estudiar los factores que se asocian a pérdida de capacidad funcional en ancianos que ingresan en el Hospital por enfermedad aguda.
Material y métodos: Estudio observacional prospectivo de los pacientes ingresados en la Unidad de Agudos del Servicio de Geriatría del Hospital Gregorio Marañón desde Julio del 2005. Se excluyeron aquellos con demencia severa, dependencia funcional total o ingreso hospitalario en los 3 meses previos. Se analizaron factores sociodemográficos, comorbilidad (índice Charlson), gravedad al ingreso (Apache II), tiempo en urgencias, desarrollo de síndrome confusional (criterios CAM) y procedimientos hospitalarios. Se evaluaron las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria y la independencia para la marcha (Escala Holden) basalmente y al alta. Se definió deterioro funcional como la pérdida de autonomía para una de las actividades básicas o de un grado en la escala funcional de la marcha.
Resultados: estudiamos 110 pacientes, edad media de 84,7 ± 10,7 años. Basalmente, el 29% era independiente para las AVD básicas, sólo el 7,3% para las instrumentales y el 58% para la marcha, siendo independientes en la calle el 45%. Las causas más frecuentes de in-

greso fueron infecciones (34%) y patología cardiovascular (26%), con una estancia media de 9,3 ± 6,8 días y una tasa de exitus de 7,3%. El 56,4% presentó deterioro funcional durante el ingreso. Los factores asociados a dicho deterioro fueron: encamamiento mayor de 48 horas, sueroterapia más de 48 horas, sondaje vesical, restricciones mecánicas, tratamiento previo con psicofármacos y desarrollo de síndrome confusional (en el 34,5%). Estos dos últimos se asociaron a deterioro funcional independientemente de la causa de ingreso, la gravedad, la edad, la comorbilidad y la situación funcional previa.
Conclusiones: un alto porcentaje de pacientes ancianos se deteriora funcionalmente al ingresar por enfermedad aguda. Determinados procedimientos hospitalarios, no siempre imprescindibles, se asocian a dicho deterioro. Los pacientes en tratamiento con psicofármacos y los que desarrollan síndrome confusional son de especial riesgo.

ETIOLOGÍA DE LAS NEUMONÍAS ADQUIRIDAS EN LA COMUNIDAD EN POBLACIÓN MUY ANCIANA. ESTUDIO PROSPECTIVO

M.J. Led Dominguez[1], J. González Moraleja[2], MªS. Amor Andrés[1], S. Carmona Lambooy[1], C. Grau Jimenez[1] y F. Madruga Galán[1]
[1]Hospital Virgen del Valle, Toledo [2]Hospital Virgen de la Salud, Toledo.

Objetivos: Descubrir la etiología de las neumonías adquiridas en la comunidad en los pacientes mayores de 75 años atendidos en el Complejo Hospitalario de Toledo.
Material y métodos: Desde el 1-1-04 al 30-9- 05 se realizó un estudio observacional prospectivo. Los criterios diagnósticos de neumonía fueron los comúnmente aceptados. Para el diagnóstico etiológico se siguieron los criterios utilizados por Fang. Se realizaron los siguientes estudios microbiológicos: hemocultivos, examen del esputo, serología en fase aguda y de convalecencia (*C. pneumoniae, L. pneumophila*, *M. pneumoniae* y *C. burnetii*) y detección de antígenos bacterianos en orina (*S. pneumoniae* y *L. pneumophila*). El análisis estadístico se realizó con el paquete estadístico SPSS (versión 10. Chicago).
Resultados: Se reclutaron 156 pacientes de los que 17 fueron excluidos. La edad media fue de 84,5 ± 5,3 años con una mediana de 84 años. Se logró un diagnóstico etiológico en 66 pacientes (46,8%). En 3 (2,12% del total) la etiología fue polimicrobiana. El germen más frecuentemente encontrado fue Streptococcus pneumoniae en 46 casos (32,6%). Pseudomonas aeruginosa con 8 casos (5, 6%) fue el segundo germen más frecuente. En tercer lugar se encontró Legionella pneumophila con 5 casos (3,5%), seguido por *H. influenzae, Klebsiella pneumoniae, E. coli* y *Staphylococcus aureus*, con 2 casos cada uno (1,4%). Micrococcus sp se identificó en un caso (0,7%).
Conclusiones: El *Streptococcus pneumoniae* fue el germen responsable más frecuente con 46 casos (32,6%) seguido por las enterobacterias que ocasionaron 14 casos (10%).

FACTORES PREDISPONENTES Y MORTALIDAD EN LAS NEUMONÍAS ADQUIRIDAS EN LA COMUNIDAD EN POBLACIÓN MUY ANCIANA. ESTUDIO PROSPECTIVO

M.J. Led Dominguez[1], J. Gonzalez Moraleja[2], S. Carmona Lambooy[1], M.S. Amor Andrés[1], C. Grau Jiménez y F. Madruga Galán[1]
[1]Hospital Virgen del Valle, Toledo [2]Hospital Virgen de la Salud, Toledo.

Objetivos: *1.* Conocer las enfermedades y factores predisponentes de las neumonías adquiridas en la comunidad en los pacientes mayores de 75 años atendidos en el Complejo Hospitalario de Toledo. *2.* Estudiar la mortalidad y compararla con los distintos grupos de riesgo de Fine.
Material y métodos: Desde el 1-1-04 al 30-9-05 se realizó un estudio observacional prospectivo. Se recogieron 140 variables referidas a la anamnesis, exploración física, datos radiológicos, analíticos, de tratamiento recibido y evolutivo y se clasificaron según el Pneumonia Severity Index (PSI).
Resultados: La edad media fue de 84.5+5. 3 años con una mediana de 84 años, de los cuales, 47,4% fumaban o habían fumado, 19,8% son diabéticos, 40,5% EPOC, 18,3% tenían insuficiencia cardiaca y 19,8% enfermedad neoplásica, 9,5% diagnosticados previamente de Insuficiencia renal crónica y 9,5% ACV previo. La mortalidad de la muestra fue de 11,5%. De los pacientes incluidos en los grupos de riesgo IV y V de Fine fallecieron el 8,7% y el 15,2% respectivamente.
Conclusiones: La nuestra es una de las series con pacientes de mayor edad y con más pluripatología descritas en la literatura. Los factores predisponentes más frecuentes son haber fumador y padecer de EPOC, seguidos de la diabetes mellitus, insuficiencia cardiaca y neoplasias. La mortalidad estimada para el grupo de riesgo IV de Fine fue similar a la de nuestra serie, mientras que en el grupo V obtuvimos menor porcentaje

TALLERES PARA CUIDADORES PRINCIPALES

I. Ródenas Iruela, M. Triviño, I. León, S. de la Higuera y J. García Molleó
Hospital de San Rafael, Granada.

Introducción y objetivos: Ante la sobrecarga de los cuidadores de los pacientes de nuestro centro (Hospital de media y larga estancia) y de cara a facilitar la ubicación en domicilio tras el alta, organizamos una serie de talleres interdisciplinares dirigidos a dichos cuidador es. Como Objetivos fundamentales nos planteamos: *1:* Ofrecer información técnica de tipo sanitario, psicológico y social para los cuidadores; *2:* Entrenamiento en el autocuidado y técnicas de afrontamiento; *3:* Facilitar la expresión de sentimientos y la comunicación de los cuidadores; *4:* determinar el perfil del cuidador principal en nuestro centro; 5 fundar un grupo de autoayuda.
Material y métodos: Se lleva a cabo 5 sesión es, una por semana de dos horas de duración, cada una de ellas termina con una sesión de relajación. Imparten los talleres una enfermera, un auxiliar de clínica, una psicóloga, una trabajadora social, un terapeuta ocupacional y un médico geriatra. Se recogieron datos sobre el propio cuidador y sobre la persona cuidad. Se usó el cuestionario de carga del cuidador de Zárit y al finalizar los talleres, una encuesta de satisfacción.
Resultados: Participan 19 cuidadores, de los cuales la mayoría son mujeres con edad media 58 años, con nivel de estudios primarios, un 40% hijas y un 20% esposas de la persona cuidada. Un 63% puntúa como "sobrecarga intensa" en el test de Zárit y un 18% como "sobrecarga ligera". La mayoría de los pacientes presentan una dependencia grave con media de 3/5 en escala de Cruz Roja Funcional y todos puntúan por debajo de 45 en Escala Barthel. Se presentarán los resultados de la encuesta de satisfacción al término de los talleres.
Conclusiones: Los participantes se muestran con mayor conocimiento y más participativos en las tareas del cuidado del enfermo y con menos nivel de estrés. Un 60% manifiesta su intención de llevar a cabo los cuidados en el domicilio propio. Todos definen como "muy necesaria" la formación del cuidador principal y manifiestan su intención de continuar con reuniones periódicas entra ellos.

IMPORTANCIA DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS EN EL ANCIANO

P. Pérez-Medrano, C. Rodriguez Arrendó, M. García Rudiez, M. León y B. Barcenas
Fundación Rioja Salud, Logroño.

Introducción: Los pacientes ancianos terminales constituyen un grupo importante presentando éstos, además de su enfermedad terminal de base, pluripatología, problemas cognoscitivos y de comunicación, socioeconómicos, etc. Los cuidados paliativos en el paciente geriátrico irán encaminados a proporcionar calidad de vida teniendo en cuenta tanto los factores físicos, psíquicos, sociales, ambientales y espirituales.
Objetivos: Describir el número de pacientes atendidos por la Unidad de cuidados paliativos domiciliarios de la Rioja en el año 2005 por grupos de edad. Obtener datos sobre los grupos de edad en relación a la enfermedad terminal. Confirmar la necesidad de un equipo de cuidados paliativos multidisciplinar con formación específica para ofrecer calidad de vida al anciano en su domicilio.
Material y método: Estudio de la actividad realizada por los equipos de Cuidados Paliativos Domiciliarios de La Rioja en el año 2005. Clasificación de los pacientes por grupos de edad.
Resultados: En el año 2005 fueron atendidos por la unidad 358 pacientes de los cuales 63 tenían más de 65 años, 94 tenían entre 65 y 74 años, 158 tenían entre 75 y 84 años y 43 eran mayores de 85 años. Del total, 21 eran no oncológicos y 337 oncológicos. De los fallecidos menores de 65 años, el 54% lo hicieron en domicilio y el 46% en hospital. De los fallecidos entre 65 y 74 años, el 77,5% lo hizo en domicilio y el 22,5% en hospital. De los fallecidos entre 75 y 84 años, el 77,1% lo hizo en domicilio y el 22,9% en hospital. De los fallecidos mayores de 85 años, el 59% lo hizo en domicilio y el 41% en hospital. El 82% de los pacientes atendidos tenía más de 65 años, y el 54%,

tenía entre 75 y 84 años. De los pacientes fallecidos en domicilio el 25,3% tenía menos de 65 años frente 74,7% mayores de 65 años.
Conclusiones: Observamos que es importante la atención domiciliaria de los pacientes geriátricos terminales y la existencia de equipos multidisciplinares de cuidados paliativos con formación específica tanto en enfermedades terminales como en geriatría. Llama la atención que un 94% eran pacientes oncológicos frente a un 6% con enfermedad terminal no oncológica. Dentro de las diversas explicaciones que se pueden dar a este resultado cabe destacar que actualmente no están muy claros los criterios de derivación de pacientes con enfermedad terminal. La atención del paciente geriátrico en su domicilio facilita un ambiente adecuado respetando su intimidad. Así mismo la familia siente una mayor satisfacción por la participación activa en los cuidados.

CARACTERÍSTICAS DE LAS CAÍDAS CON FRACTURAS EN UNA RESIDENCIA ASISTIDA

J.P. Ruano, M. Esbrí, A. Cardo, P. Picazo, M.C. García, M.D. García, M. Ruiz, D. Selva, J.J. Moreno y J. Segovia

Objetivo: Conocer la incidencia, características y consecuencias de las caídas que se acompañan de fracturas que ocurren en el centro, dotado con 221 camas así como de los factores asociados.
Material y métodos: Se utiliza un protocolo de valoración, evaluación y prevención de caídas que incluye un registro de caídas. Este registro se realiza con la valoración del personal de enfermería y médico. Se cumplimenta un modelo que se almacena en una base de datos diseñada con la aplicación Epi Info 3.3.2. Se han estudiado las caídas de los 27 primeros meses de funcionamiento del registro. Se realiza estudio descriptivo y análisis bivariante con el grupo de caídas sin fracturas.
Resultados: Se han analizado 29 caídas con fracturas: incidencia de 5,83 fracturas/ 100 camas/año. El 75,9% eran mujeres, la media de edad de 83,8 (DT 7,7) años y estancia media de 44,4 (DT 37,6) meses. Por turnos de trabajo, las fracturas ocurrieron: 29,6% mañana, 25,9% tarde y 44,4% noche. Las enfermedades prevalentes eran: artrosis 65,5%, HTA 65,5%, fract. Previas 51,7%, demencia 44,8%, cardiopat. 44,8%, DM 34,5%, oncológica 24,1%, ACV 20%. El nº medio de fármacos era 7,62: analgés. menores 55,2%, benzodiacep. 51,7%, antiHTA 41,4%, ADO 27,6%. neurolép. 24,1%. El 41,4% usaban ayudas técnicas. Lugar de caída: habitación 68,9%, aseo 13,8%, sala 6,9%. En el 21,4% había barreras arquitectónicas. El 20,7% presentaban enf. aguda. Los tipos de fracturas fueron: cadera 44,8%, Colles 13,8% húmero 10,3%, otras 17,9%. En el estudio bivariante se encontraron diferencias estadísticamente significativas con el grupo de caídas sin fracturas en las variables: presencia de HTA, de artrosis y fracturas previas distintas a fémur, Colles, húmero y vertebrales.
Conclusiones: Los pacientes que sufren fracturas: *a)* presentan alta comorbilidad y polifarmacia; *b)* asocian dependencia de ayudas técnicas para la deambulación; *c)* la fractura aparece frecuentemente en el contexto de una enfermedad aguda *d)* sufren las caídas en los momentos y lugares con menos vigilancia por parte del personal. Los residentes con presencia de HTA, artrosis y otras fracturas tienen un mayor riesgo de presentar fracturas.

DEMENCIA EN UNA UNIDAD DE REHABILITACIÓN GERIÁTRICA

B. González Glaría, M. Gonzalo Lázaro, C. Echeberria y M. Cruz Ibero
Hospital San Juan de Dios. Pamplona.

Objetivos: El 40-70% de personas con demencia no acuden a los servicios sanitarios o no son diagnosticadas cuando ingresan por otros motivos. Objetivo: valorar la presencia de demencia no diagnosticada en nuestros pacientes, analizar las diferencias.
Material y métodos: De los 152 pacientes incluidos en la unidad en el año 2005 se recogen datos demográficos, diagnóstico ingreso y otros, al ingreso SCA, inmovilidad, UPP; s. funcional prev / ingr / alta (BARTHEL, LAWTON); s. nutricional ingr/alta (albúmina, colesterol, linfocitos); nº fármacos prev / ingr / alta; BZD, neurolépticos, antidepresivos; sonda vesicalnasogástrica, vía intravenosa y O2 ingr. Valoración cognitiva para establecer diagnóstico de demencia y perfil sindrómico. Se realiza descripción de la muestra y analizan diferencias (t-student/Chi-cuadrado).
Resultados: Edad media 81, 62,5% mujeres. 70,4% proceden de unidades de Hospitalización (31,5 traumatología; 19,3 scios médicos; 9,2 scios quirúrgicos). Alta (%) domicilio 53,3, 21,7 residencia, 19, 7 exitus. Estancia media 30 d. Dgtco derivación (%) traumatológico 38,3, infeccioso 19,6, neurológico 16,1. Diagnósticos (%): HTA 59,2; DM 26,3; DL 23,7; ICC 23,7; FA 23,7; enf. Cerebrovascular 22,4; ACV 18, 4; EPOC10, 5; Al ingreso (%): s. confusional agudo 40,1; s. inmovilidad 61,2; UPP 25; caídas 38,8; depresión 25,7. S. funcional: BARTHEL prev 70,62/ ingr 16,86/ alta 51,13; LAWTON prev 2,7/ ingr 0,19/ alta 0,56. Al ingreso (%) sonda vesical 23,7; SNG 4,6; O2 20,4, vía iv 28,3. Diagnóstico previo demencia 13,2%, criterios clínicos demencia 44,7%. FAST previo ingreso (%) 6:43,3, 5:25; 7:16,6, 4:13,35; 2:1,76 Los pacientes con demencia presentaban con más frecuencia ($p < 0,05$) caídas, peor situación funcional prev; dgtco ICC y enf. cerebrovascular; al ingreso s.confusional agudo, inmovilidad, UPP, menor albúmina, colesterol y linfocitos. Tto con neurolépticos y menos BZD; peor evolución funcional, mayor mortalidad y menor estancia media. Los pacientes con diagnóstico previo de demencia compartían las características del grupo anterior y presentaban con más frecuencia sonda urinaria o vía intravenosa al ingreso y eran institucionalizados.
Conclusiones: *1*. La demencia de nuestros pacientes está infradiagnosticada a pesar del estadio funcional avanzado. *2*. Los pacientes con demencia presentan: *1*- mayor frecuencia de historia de caídas, enf. cerebrovascular e ICC. *2*- Mayor probabilidad de SCA, inmovilidad y UPP al ingreso. *3*- Peor situación funcional y nutricional. *4*- Peor evolución funcional, mayor mortalidad y menor estancia media. *5*- Los que presentaban diagnóstico de demencia previo tenían más instrumentalización al ingreso y eran institucionalizados con más frecuencia.

INSTRUMENTALIZACIÓN Y ÚLCERAS POR PRESIÓN. ¿PERFIL DE PACIENTE PARA UNA UNIDAD DE REHABILITACIÓN GERIÁTRICA?

M.J. Arizcuren, B. González Glaría, M. Gonzalo Lázaro, K. Echeverria, P. Regaño y M.C. Ibero
Hospital San Juan de Dios, Pamplona.

Nuestra unidad tiene 1 año escaso de vida. A pesar de que el perfil de paciente se ha ido adecuando, no todos cumplen criterios de ingreso. Esto supone un porcentaje de ellos cuyas necesidades asistenciales responden más al perfil de Agudos y de Larga Estancia
Objetivos: Valorar si la presencia de algún tipo de instrumentalización y UPP pueden estar definiendo un perfil de paciente no adecuado para ingreso.
Material y métodos: De los 152 pacientes en 2005 datos demográficos, dgtco ingreso- previos, al ingreso: SCA, inmovilidad-UPP, instrumentalización, s. funcional prev/ ingr / alta; s. nutricional ingr / alta; nº fármacos prev / ingr / alta. Estudio descriptivo, análisis de factores asociados a instrumentalización y UPP (t-student, Chi-Cuadrado).
Resultados Edad media 81 a, 62,5% mujeres. (%) 70,4 de U. Hospitalización, 17,1urgencias, 10,5 domicilio, 1,3 residencia. Alta (%), 53,3 domicilio, 21,7 residencia, 19,7 exitus. Estancia media 30d. Dgtco derivación (%) traumat 38,3, infec 19,6, neuro 16,1. Dgtcos previos (%): HTA 59,2; DM 26,3; DL 23,7; ICC 23,7; FA 23,7; Enf. Cerebrovascular 22,4; ACV 18,4 EPOC 10,5; demencia 13,2; Ingreso (%) SCA 40,1; s. inmovilidad 61,2; UPP 25; caídas 38,8; S funcional: BARTHEL prev 70,62/ ingr 16,86/alta 51,13. S. nutricional: albúmina ingr 2,79/alta 2,85; colesterol ingr 183,7/alta 185,6; linfocitos ingr 1712,7/alta 1949. Nº fármacos prev. 5,06/ingr 6,63/alta 5,42; BZD ingr 36,2 / alta 15,1; neurolép ingr 22,4 / alta 16,4; antidepr ingr 20,4 / alta 30,9. Instrumentalización ingr 44,7%: sonda vesical 23,7; SNG 4,6; O2 20,4, vía iv 28,3 (1 de ellos 21,7; 2-15,8%; 3-7,2%; 4-0,7%). Se obtuvo ($p < 0,05$): 1-Instrumentalización: mujeres, mayor edad, de urgencias (vía intravenosa y O2 de urgencias y SNG de neurología), dgtco previo EPOC y demencia. Al ingreso SCA e inmovilidad. Peor s. funcional previa y peor evolución funcional, baja albúmina, colesterol y linfocitos, mayor nº fármacos. Se morían más, su estancia media era menor.2-UPP.de mayor edad, de traumatología, con demencia e historia de caídas previas, SCA al ingreso, neurolépticos ingr / alta, peor s. funcional prev ingr / alta, peor s. nutricional y menos fármacos prev / ing / alta. Estancia media mayor y se morían más.
Conclusiones: *1*. Alto % de pacientes con instrumentalización y UPP. *2*. Instrumentalizados: mujeres, mayor edad, diagnóstico previo de EPOC y demencia, peor s. funcional, provienen de urgencias y al ingreso presentan SCA, inmovilidad y peor s. nutricional. Alta mortalidad y menor estancia media. *3*. UPP: mayor edad, diagnóstico previo de demencia e historia de caídas, peor s. funcional, provienen de traumatología, al ingreso presenta SCA en tratamiento con neurolépticos y

peor s. nutricional. La estancia media y mortalidad es mayor. *4.* La instrumentalización y la presencia de UPP con su peor evolución funcional y alta mortalidad (la de los primeros precoz) pueden ser dos factores de identificación de un tipo de paciente no subsidiario de ingreso en una unidad de rehabilitación por presentar más un perfil agudo (los instrumentalizados) y crónico avanzado (los que presentan UPP)

MORTALIDAD EN UNA UNIDAD DE REHABILITACIÓN GERIÁTRICA

J. Uriz, M. Gonzalo Lázaro, B. González Glaría, M.R. Ruiz de Erenchun y M. Cruz Ibero
Hospital San Juan de Díos, Pamplona.

Nuestra tiene un año escaso de vida. A pesar de que el perfil de paciente se ha ido adecuando, no todos cumplen criterios de ingreso. Esto supone un porcentaje de ellos cuyas necesidades asistenciales responden más al perfil de Agudos y de Larga Estancia.
Objetivos: Describir la mortalidad de la unidad y analizar factores asociados.
Material y métodos: Se recogen datos de los 152 pacientes incluidos en 2005. Datos demográficos, diagnóstico de ingreso y previos, al ingreso s. confusional agudo, demencia, inmovilidad; s. funcional prev / ingr / alta (BARTHEL LAWTON); s. nutricional ingr / alta (albúmina, colesterol, linfocitos); nº fármacos prev / ingr / alta; BZD, neurolépticos, antidepresivos ingr / alta; UPP, sonda vesicalnasogástrica, vía intravenosa, O_2 ingr / alta. Se realiza análisis descriptivo de la muestra y comparación de medias y proporciones.
Resultados: Edad media 81, 62,5% mujeres. Procedían (%) 70,4 unidades Hospitalización, 17,1 urgencias, 10,5 domicilio, 1,3 residencia. Alta (%), 53,3 domicilio, 21,7 residencia, 19,7 exitus. Estancia media 30 d. Dgtco derivación (%) traumatológico 38,3, infeccioso 19,6, neurológico 16,1. Dgtcos previos (%): HTA 59,2; DM 26,3; DL 23,7; ICC 23,7; FA 23,7; Enf. Cerebrovascular 22,4; ACV 18,4 EPOC 10,5; demencia 13,2; Al ingreso (%) SCA 40,1; inmovilidad 61,2; UPP 25; caídas 38,8; depresión 25,7. Instrumentalización ingr 44,7%: sonda vesical 23,7; SNG 4,6; O_2 20,4, vía iv 28,3; S. funcional: BARTHEL prev 70,62/ ingr 16,86/alta 51,13; LAWTON prev 2,7/ ingr 0,19/ alta 0,56. S. nutricional: albúmina ingr 2,79/alta 2,85; colesterol ingr 183,7/alta 185,6; linfocitos ingr 1712,7/ alta 1949. Nº fármacos prev 5,06 / ingr 6,63/alta 5,42; BZD ingr36,2 /alta 15,1; neurolép ingr 22,4/alta16,4; antidepresivos ingr 20,4/alta 30,9. Tras realizar análisis de proporciones y medias se obtuvo ($p < 0,05$) que los pacientes que fallecían eran los de mayor edad que previamente al ingreso presentaban: *1-* diagnóstico de FA, enf. cerebrovascular, EPOC y demencia; *2-* peor s. funcional; *3-* mayor número de fármacos. Al ingreso presentaban: *1-* SCA, inmovilidad y UPP; *2-* menores cifras de albúmina, colesterol, linfocitos; *3-* sonda vesical, nasogástrica, vía intravenosa y oxigenoterapia; *4-* peor s. funcional. Tenían menor estancia media y provenían de servicios de urgencias.
Conclusiones: *1.* El perfil de paciente que fallece (19,7) en nuestra unidad responde a paciente mujer de edad avanzada con diagnóstico previo de FA, enfermedad cerebrovascular, demencia, EPOC con mala situación funcional y alto número de fármacos que es derivada desde urgencias. Al ingreso presenta síndrome confusional agudo, inmovilidad y UPP así como peor situación nutricional (parámetros analíticos) y funcional y con frecuencia lleva algún tipo de sonda, vía o O_2. *2.* La mortalidad de éstos es precoz. *3.* El porcentaje de fallecimientos puede estar justificado por el perfil de paciente que ingresa, que corresponde con cierta frecuencia con un paciente en fase aguda o crónica avanzada.

HIPERTIROIDISMO SUBCLÍNICO EN PACIENTES ANCIANOS. EXPERIENCIA DE UNA UNIDAD DE GERIATRÍA

C. Blanco, A. Leiro, M. Magariños, J.M. Vega, D. Salgado y A. Vilches Moraga
Sección de Geriatría, Hospital do Meixoeiro, Nigran.

Introducción: El hipertiroidismo subclínico (HerS) es frecuente en el anciano, puede progresar a hipertiroidismo franco o producir alteraciones clínicas propias que disminuyen la calidad de vida del paciente y aumentan su morbilidad y mortalidad. El HerS consiste en concentraciones de TSH por debajo del limite de referencia (< 0,45 mIU/L) en ausencia de elevaciones de T3 y T4 libre. Existen guías de práctica clínica para su prevención y tratamiento.
Objetivos: El objetivo de este estudio es estimar la prevalencia de HerS en pacientes tratados por nuestro servicio de geriatría, describir sus características clínico-funcionales y valorar la adecuación a guías clínicas actualizadas del manejo de pacientes caracterizados por su pluripatología y polimedicación.
Material y métodos: Se revisaron las historias clínicas de 92 pacientes (20 varones y 72 hembras) mayores de 65 años con valores de TSH < 0,45 mIU/L y determinaciones normales de T4L (0,80-1,80 ng/dl) y T3L (2,30-4,30 ng/dl) tratados por el Servicio de Geriatría entre el 1 de octubre de 2003 y el 1 de octubre de 2005. Fueron recogidos datos sobre su morbi-mortalidad, ajuste terapéutico y seguimiento por nuestro servicio de geriatría.
Resultados: En nuestra serie la prevalencia HerS fue del 2,77% para valores de TSH menores de 0,45 mIU/L y 1,67% con valores inferiores a 0,1 mIU/L, siendo la principal causa la ingesta excesiva de hormona tiroidea. En el HerS se demuestra una mayor presencia de síntomas característicos de tirotoxicosis y alteraciones del aparato cardiovascular.
Conclusiones: El HerS es frecuente en población mayor de 65 años, se asocia frecuentemente a sintomatología clínica y responde a tratamiento, lo cual aconseja el cumplimiento de guías clínicas actualizadas para su prevención y tratamiento.

HIPOTIROIDISMO SUBCLÍNICO EN PACIENTES ANCIANOS. EXPERIENCIA DE UNA UNIDAD DE GERIATRÍA

M. Magariños, A. Leiro, C. Blanco, J.M. Vega, D. Salgado y A. Vilches Moraga
Sección de Geriatría, Hospital do Meixoeiro, Nigran.

Introducción: El hipotiroidismo subclínico (HoS) es frecuente en el anciano, puede progresar a hipotiroidismo franco o producir alteraciones clínicas propias que disminuyen la calidad de vida del paciente y aumentan su morbilidad y mortalidad. El HoS consiste en concentraciones de TSH por encima del límite de referencia (> 5 mIU/L) en ausencia de alteraciones de T3 y T4 libre. Existen guías de práctica clínica para su prevención y tratamiento.
Objetivos: El objetivo de este estudio es estimar la prevalencia de HoS en pacientes tratados por nuestro servicio de geriatría, describir sus características clínico-funcionales y valorar la adecuación a guías clínicas actualizadas del manejo de pacientes caracterizados por su pluripatología y polimedicación.
Material y métodos: Se revisaron las historias clínicas de 100 pacientes (30 varones y 70 hembras) mayores de 65 años con valores de TSH mayores de 5 mIU/L y determinaciones normales de T4L (0,80-1,80 ng/dl) y T3L (2,30-4,30 ng/dl) tratados por el Servicio de Geriatría entre el 1 de octubre de 2003 y el 1 de octubre de 2005. Fueron recogidos datos sobre su morbi-mortalidad, ajuste terapéutico y seguimiento por nuestro servicio de geriatría.
Resultados: En nuestra serie la prevalencia HoS fue del 3.6% siendo la principal causa la ingestión insuficiente de hormona tiroidea en pacientes hipotiroideos. En el HoS se demuestra una mayor presencia de síntomas característicos de hipotiroidismo leve.
Conclusiones: El HoS es frecuente en población mayor de 65 años, se asocia frecuentemente a sintomatología clínica y responde a tratamiento, lo cual aconseja el cumplimiento de guías clínicas actualizadas para su prevención y tratamiento.

HIPODERMOCLISIS: LA GRAN DESCONOCIDA

G. Bujan Pereira, M. Sigueira Álvarez, J. Pino Garcia, C. Álvarez Prieto, A.B. Pazo Alonso y A. Vilches Moraga
Sección de Geriatría, Hospital do Meixoeiro, Nigran.

Introducción: La Hipodermoclisis es una técnica usada en la administración de volúmenes de fluido y electrolitos 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. Presentamos la guía práctica multidisciplinar desarrollada por nuestro servicio de geriatría.
Objetivos: El objetivo de este póster es exponer las circunstancias en que la Hipodermoclisis puede estar indicada, sus contraindicaciones relativas y absolutas, los beneficios y complicaciones, revelar los requerimientos fundamentales y mostrar la técnica.
Material y métodos, **resultados**: Se presentan casos clínicos de pacientes que han recibido Hipodermoclisis en nuestra unidad de

agudos con el fin de ilustrar elementos a tener en cuenta cuando consideremos utilizar infusiones subcutáneas de líquidos y electrolitos.
Conclusiones: La administración de fluidos por vía subcutánea (Hipodermoclisis) es una sencilla técnica que puede resultar útil como arma terapéutica en el manejo de determinados pacientes geriátricos.

PERFIL DE LOS PACIENTES ANCIANOS ATENDIDOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS DE UN HOSPITAL DE APOYO

A. Noriega Ortiz, M.A. Gandarillas Valle, J.A. Martínez Ramírez, A.R. Expósito Blanco, A. Aguilera Zubizarreta y A.M. Rodríguez Valcarce
Hospital Santa Clotilde, Santander.

Objetivos: Describir el perfil de los pacientes ancianos atendidos en la Unidad de Cuidados Paliativos desde su creación en el año 2003.
Material y métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de todos los pacientes dados de alta en la Unidad de Cuidados Paliativos del Hospital Santa Clotilde a lo largo de los años 2003, 2004 y 2005. Se recogen parámetros sociodemográficos, clínicos, funcionales, psicológicos, y asistenciales.
Resultados: A lo largo de los 3 años de actividad se han dado de alta a un total de 477 pacientes. 49 enfermos tenían < 65 años y 428 eran ≥ 65 años, siendo el grupo más numeroso el comprendido entre 65 y 75 años (105). En el grupo de ancianos la edad media era de 80,94 años, siendo varones el 50,7%, y mujeres el 49,35%. El 55% ingresaron directamente en la Unidad procedentes de los hospitales de referencia y un 45% fueron derivados de otras unidades de hospitalización. En cuanto al motivo de ingreso 188 (43.93%) eran pacientes oncológicos, con neoplasia digestiva (24%), tumor metastático (12%) y tumor pulmonar (11%). 240 (56,07%) pacientes presentaban enfermedad terminal no oncológica, siendo la más frecuente la patología neurodegenerativa (23%), la patología cerebrovascular (22%) y la patología respiratoria (16%). La estancia media ha sido de 28,96 días. El destino al alta ha sido: 400 (93,46%) fallecidos, 9 (2,1%) altas a domicilio, 4 (0,93%) trasladado a hospital de referencia, 12 (2,8%) altas a residencia y 3 (0,70%) altas voluntarias.
Conclusiones: La mayor parte de los ancianos atendidos en nuestra unidad eran pacientes no oncológicos, derivados de los Hospitales de referencia, con elevada edad media y predominio de las patologías neurodegenerativas y cerebrovasculares, lo que condiciona estancias medias más prolongadas. Se ve un aumento progresivo de los enfermos oncológicos siendo los más frecuentes los tumores digestivos, pulmonares y metastáticos.

COLONIZACIÓN POR MRSA EN LA POBLACIÓN DE UN HOSPITAL SOCIOSANITARIO (I)

B.J. Fontecha[1], B. del Val-Romero[2], M. Martín-Baranera[3], T. Casanova[1], C.A. Tarres[2] y P. Sánchez-Ferrín[1]
[1]Hospital Sociosanitario de L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona [2]Servicio de Microbiología. Hosp. Gral. de L'Hospitalet de Llobregat, [3]Unidad de Epidemiología. Hosp. Gral. de L'Hospitalet de Llobregat.

Introducción: La colonización por gérmenes multirresistentes es un hecho frecuente en el ámbito hospitalario actual. Hospitales geriátricos, centros de rehabilitación y unidades de media y larga estancia pueden ser reservorios habituales para gérmenes multirresistentes.
Objetivo: Analizar la prevalencia de colonización por MRSA en las diferentes unidades del centro e intentar relacionarlo con la tipología de los pacientes atendidos.
Material y métodos: Análisis de cortes de prevalencia realizados durante los años 2003 a 2005 a toda la población ingresada en el centro. A todos los pacientes se les realizó frotis nasal con cultivo en medio de Chapman y, a aquellos que presentaban ulceras por presión, orificios de traqueostomía u otras heridas quirúrgicas se realizó frotis de las mismas.
Resultados: Fueron realizados 4 cortes (septiembre y diciembre 2003, marzo 2004 y abril 2005). En conjunto, se analizaron muestras de 477 pacientes. La prevalencia global de colonización fue, respectivamente, 9,7% y 10,9% en las unidades de media estancia y de 27% en la unidad de larga estancia (p = 0,0006 y p = 0,00023).
Conclusión: La prevalencia de colonización por MRSA en la población de nuestro centro está en relación directa con el tipo de paciente atendido, siendo mayor en los pacientes con mayor prevalencia de úlceras por presión y con ingresos más prolongados.

COLONIZACIÓN POR MRSA EN MUCOSA NASAL Y EN ÚLCERAS POR PRESIÓN. ¿SON SIMULTÁNEAS? (II)

B.J. Fontecha[1], B. del Val-Romero[2], C. Alonso-Tarrés[2], T. Casanova[1], F. Martínez[1] y P. Sánchez-Ferrín[1]
[1]Hospital Sociosanitario de L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona.
[2]Servicio de Microbiología. Hosp. Gral. de L'Hospitalet de Llobregat.

Introducción: El lugar habitual de colonización de S Aureus es la mucosa nasal. En el ámbito hospitalario, S Aureus puede colonizar mucosa nasal y lesiones cutáneas, además de producir infecciones invasivas. Desconocemos si la colonización nasal es indicativa de colonización en úlceras por presión o viceversa.
Objetivo: Analizar la simultaneidad de la colonización en mucosa nasal y en ulceras por presión en la población de nuestro centro para optimizar las políticas de infección nosocomial y de aislamiento de nuestros pacientes.
Material y métodos: Análisis de cuatro cortes de prevalencia realizados durante los años 2003 a 2005 a toda la población ingresada en el centro. A todos los pacientes se les realizó frotis nasal con cultivo en medio de Chapman y, a aquellos que presentaban ulceras por presión, orificios de traqueostomía u otras heridas quirúrgicas se realizó frotis de las mismas.
Resultados: Fueron realizados 4 cortes (septiembre y diciembre 2003, marzo 2004 y abril 2005). En conjunto se detectaron 40 portadores nasales y 27 portadores en úlceras. En 10 pacientes se obtuvo colonización simultánea.
Conclusión: La colonización por MRSA en una úlcera por presión no presupone la colonización nasal, aunque aumenta la probabilidad de la misma. A los pacientes con colonización en úlceras, debería examinarse el estado de portador nasal antes de incluirlos en programas de rehabilitación grupal.

UTILIDAD DE LA VALORACIÓN E INTERVENCIÓN INTERDISCIPLINAR: A PROPÓSITO DE UN CASO

G. Zilbeti Larreategui, F. Uriz Otano, M.A. Arizcuren Domeño, J. Iriarte Eransus, E. Juez-Sarmiento Brito y T. Guinea Zabala
Residencia Landazábal, Navarra.

Objetivo: Dar a conocer los resultados y respuesta al programa de valoración geriátrica integral e intervención interdisciplinar en un anciano institucionalizado con alta fragilidad
Material y métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de las diferentes valoraciones e intervenciones realizados a un anciano institucionalizado durante 4 años de ingreso, Analizando los siguientes parámetros: demográficos, médicos, cognitivos, funcionales y de la esfera social.
Resultados: Mujer de 87 años, Diagnósticos establecidos: Pluripatología (Síndrome Confusional Agudo, HTA, EPOC, Infección respiratoria, Insuficiencia Renal, Hepatopatía, Cataratas, Fractura cadera, Osteoporosis, Artralgias incapacitantes, Hipoacusia severa), Polifarmacia, Malnutrición (IMC: 13,9, albúmina: 2,7), Deterioro cognitivo (MMEE: 4/35), Deterioro funcional (Barthel: 5/100), Síndrome de Inmovilidad (Tinetti E. 1/16 M. 0/12), Incontinencia Urinaria, úlceras de Presión (Norton 12), Aislamiento social (desadaptación), Intervenciones realizadas: Médico: Control de los procesos crónicos (dolor) y agudos, reducción polifarmacia, ajuste perfiles, analíticas. Enfermería: Vigilancia procesos agudos, crónicos; Cuidados piel, Tensión Arterial, peso, glucemias, ECG. Dietista: dieta individualizada, suplementos, vigilancia nutricional; Fisioterapia: marcha-equilibrio, protocolo alteración Raquis y alteración EEII, control dolor articular. Gerocultor: Paseos por planta, entrenamiento AVDS, supervisión nutricional, Protocolo incontinencia urinaria Terapeuta. ocupacional: talleres ocio y tiempo libre, promoción salud, memoria. Trabajadora social: programa de acogida y adaptación. Tras la intervención: Control procesos médicos (dolor), reducción polifarmacia. Mejora Nutricional (IMC 18, Alb: 3,3), No riesgo ulceración (Norton: 17). Resolución incontinencia. Mejoría Cognitiva (26/35), Mejoría funcional (Barthel: 80/100). Normalización función marcha, (Tinetti E. 11/12 M. 13/16), Buena actividad social.
Conclusiones: La valoración geriátrica integral junto a la intervención interdisciplinar son la base principal de la praxis residencial Dicha aplicación mejora de forma significativa la situación de fragilidad de nuestros ancianos.

EXITUS EN LAS PRINCIPALES PATOLOGÍAS DE CONVALECENCIA

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

Introducción: El objetivo de las unidades de convalecencia geriátricas es la recuperación funcional de las dependencias derivadas de un proceso agudo. Esta es una razón por lo que no es adecuada una tasa de mortalidad alta en nuestras unidades. Para corregir un problema se hace necesario reconocerlo y estudiar sus causas.
Objetivos: El objetivo del presente estudio es conocer el perfil de los éxitus y de los distintos aspectos implicados.
Material y método: La fuente de datos es el registro de altas del último año, se extraen las patologías mas frecuentes, como son, fractura de cadera, ictus, insuficiencias respiratorias y cardiacas, 297 pacientes, con una mortalidad del 14,7% (N: 58). Las variables estudiadas son: edad, sexo, Servicio de origen, días de estancia en agudos y en la unidad de convalecencia, síndromes geriátricos, deterioro funcional y complicaciones. Se realiza estudio estadístico descriptivo, comparación de medias y proporciones, y análisis multivariante de regresión logística para identificar factores de riesgo (SPSS).
Resultados: La edad media es de 82,6 ± 5,2 años, con distribución por sexos 2::1 en las mujeres. Proceden el 81% del servicio de Medicina Interna (estancia media 15,6 ± 9 días). El Barthel al ingreso es de 20 pt., con unas perdidas relativas respecto a la situación basal del 75%. La estancia media en la unidad es 34 ± 26 días, con 3,3 ± 1,5 complicaciones evolutivas. En el análisis multivariable se observa que los pacientes que son éxitus presentan mayor número de complicaciones, menor Barthel previo, y menor número de días de estancia en convalecencia pero con mayor número de días en el servicio de agudos. No resulta significativo el número de síndromes geriátricos. Tras la regresión logística, los factores predictivos de éxitus que son el mayor número de días en agudos (OR 1.042, IC: 1.999 – 1.087), el menor número de días de estancia en convalecencia (OR 0.962, IC: 0,947 – 0,977) y el número de complicaciones evolutivas (OR 1.466, IC: 1.136 – 1.1878).
Conclusiones: Se puede considerar que el número de días de estancia en agudos orienta de la complejidad inicial. La menor estancia en la unidad es consecuencia de la muerte por las complicaciones evolutivas, que resulta ser el único factor determinante. Esto nos lleva a reflexionar y a considerar nuevos estudios para dotarnos de criterios de selección y así ajustar los recursos a las necesidades que demanda la complejidad de nuestros pacientes.

IMPACTO DE LA MEJORÍA FUNCIONAL DE PACIENTES AGUDOS DERIVADOS DESDE EL HOSPITAL DE GETAFE A LA UNIDAD DE RECUPERACIÓN FUNCIONAL DE LA FUNDACIÓN SAN JOSE

C. Castro Cristóbal[1], E. Rizo Hoyos[1], E. Sánchez Santamaría[1], R. García [2] y F. Gillén[1]
[1]Hospital Universitario d e Getafe, Getafe [2]Hospital Instituto Fundación San José.

Objetivos: Detectar el grado de eficacia de la valoración y derivación de pacientes ingresados por un proceso agudo en el Hospital de Getafe a una Unidad de Recuperación funcional durante 15 meses.
Material y métodos: Estudio descriptivo de pacientes derivados entre enero de 2005 a marzo de 2006, valorando los siguientes aspectos: I Barthel y Escala de la Cruz Roja previos al ingreso (IBI), al alta del HU Getafe (IBA) y tras la estancia en URF, deterioro funcional (IBP-IBI), valoración social, procedencias, días de rehabilitación, diagnóstico principal, comorbilidades, Sd. Geriátricos, complicaciones durante el ingreso y motivo del traslado en 140 pacientes. Considerados indicadores de mejoría funcional: I. Barthel al alta (IBA), I. Heinemann (IH), I. Heinemann corregido (IHc), ganancia funcional (IBA-IBI) y eficiencia. Análisis de la base de datos FILE MARKER 5.0.
Resultados: De los pacientes aceptados a traslado: 65,7% > 75 años, con edad media de 77,46 años, mujeres el 64,8%. De los pacientes valorados fue aceptado el traslado del 48,7%. Características clínicas de los derivados: La principal área de procedencia fue Traumatología (40%), seguido de Geriatría (18%). Los diagnósticos principales fueron: Inmovilismo (45,7%), Fractura de cadera (36,4%) y ACVA (26,4%). Comorbilidades: HTA (95%); DM (38,5%); ICC- CI (30,7%); FAC (20%). Síndromes Geriátricos: Caidas de repetición (13,57%), Depresión (24,28%), Incontinencia (10,7%), Deprivación Sensorial (10,71%). Complicaciones durante el ingreso: anemia (25,7%), I.C. (11.42%), infección (31,71%), otros (52,85%). La situación basal previa al ingreso hospitalario mas frecuente fueron CRF (2-3): 62,19%, CRM (0-1): 84,14%, Barthel (80-100): 69,28%. Situación al alta hospitalaria más frecuente CRF (4-5): 67,43%; CRM (0-1): 67,86%; Barthel (40-59): 55%. Al alta de FSJ CRF (2-3): 75,35%; CRM (0-1): 81,13%; Barthel (80-100): 52,72%
Conclusiones: *1.* El 65,7% de los pacientes eran > 75 años. *2.* El diagnóstico principal de los pacientes derivados a URF fueron: Inmovilismo, fractura de cadera y ACVA. *3.* Los pacientes mejoraron de incapacidad física severa a incapacidad leve-moderada (obtenido tanto en las puntuaciones de ECR como en Barthel), con ganancia funcional óptima que confirman la eficacia de derivación a unidades de recuperación funcional adscritas a hospitales generales.

PERFIL DEL ANCIANO CON DEMENCIA USUARIO DEL CENTRO DE DÍA

M.A. Arizcuren Domeño[1], F. Uriz Otano[1], M.J. Aquereta Reta[2], L. Uriz Monaut[1], M. Pardo Romera[1] y A. Purroy Pérez[1]
[1]Residencia Landazábal, Navarra [2]Hospital Virgen del Camino.

Objetivo: Describir los criterios de fragilidad del anciano con demencia que reside en nuestro centro de Día, resultado de la valoración interdisciplinar.
Material y métodos: Estudio descriptivo prospectivo de los ancianos con demencia ingresados en un centro de Día (2004-2005), Recogida de las siguientes variables: sociales, médicos, funcional y cognitiva del usuario.
Resultados: 57 ancianos, 59,6% mujeres, edad 78,5 años. Estado Civil: 50,9% viudos, 45,6% casados, 3,5% solteros. Cuidador principal: 63% Mujer, 22% marido, 10% hija, 5% otros. Tipos Demencia: 66,7% Alzheimer, 10,52% Vascular, 8,77% Mixta, 3,5% Lewy, 3,5% Frontal, 7,01% otros. Deterioro cognitivo (GDSReisberg): Muy grave (GDS = 7): 7.013%, grave (GDS = 6): 19,29%, moderado-grave (GDS = 5): 52,6%, moderado (GDS = 4): 21,05%, ADAScog (media): 34,03 MMSE (media): 12,7. Sintomatología conductual: 83% apatía, alteración sueño 60% (NPI Cummings: 11,73). Deterioro Funcional: (I. Barthel): 7,01% grave (IB < 35), 17,54% moderada (IB40-55), 64,91% Leve (IB > 60), 10,52% No deterioro (IB = 100); RDSR1 (media): 33,6, FAQ (media): 27,2. 99.5% Pluripatología: Neurológico: 100%, Osteoarticular: 91,3%, Psiquiátrico: 91,2%, y Cardiovascular: 75,4%. Síndromes geriátricos: Trastorno conductual: 91,2%, déficit sensorial: 66,6%, incontinencia urinaria: 70.9%, trastorno sueño: 80,7%, trastorno marcha: 80,7% (caídas 40.3%), inmovilidad: 1,57%. 85,96% polifarmacia: Psicotropos 85.6% (Antidepresivos: 57,8%, Benzodiacepinas: 28,7%, Hipnóticos: 22,8% Neurolépticos: 43,6% Anticolinesterásicos: 50,8%)
Conclusiones: El perfil de usuario de Centro de Día con demencia es el de mujer de 78 años, con pluripatología (neurológica, osteoarticular, cardiovascular), polifarmacia (psicotropos); deterioro cognitivo - funcional moderado y trastorno conductual asociado Lo anterior justifica la dotación de estos centros de los recursos materiales y profesionales (Equipo intercisciplinar) necesarios para la atención integral de estos ancianos y la prevención de las posibles complicaciones asociadas a su patología neurológica.

ESCALAS DE VALORACION MEDINACELI

M. Hortal Santos, O. Moreno Cebeira, P. Ibáñez Gutiérrez, A. García Morales y M, Carrillo Carbonero
Centros Sociosanitarios Medinaceli, Madrid.

Objetivos: Generales para las tres escalas de valoración: Creación de nuevos sistemas de valoración que se ajusten a las verdaderas necesidades de los actuales centros sociosanitarios. Específicos de la Escala Medinaceli de capacidad funcional deambulatoria: Definir la capacidad funcional deambulatoria de un anciano sobre una escala de valoración compuesta por diez niveles que abarcan desde la máxima autonomía a la nula capacidad funcional. Cuantificar de forma precisa cada uno de los grupos de capacidad funcional para poder valorar el aumento de un determinado grupo de población y establecer estudios comparativos sobre la evolución de un centro sociosanitario. Crear una escala que de forma sencilla ayude a cuantificar la carga asistencial y establezca los recursos humanos necesarios para atender dignamente un centro geriátrico sociosanitario. Específicos de la Escala Medinaceli de riesgo subjetivo de caída: Establecer una escala que contemple los principales factores de riesgo. Adoptar las

medidas necesarias para prevenir las frecuentes caídas que se producen en el anciano institucionalizado. Específicos de la Escala de rigidez y riesgo de U.P.P. palmar: Identificar el grado de riesgo de aparición de lesiones por presión en la mano. Obtener la información necesaria para pautar un tratamiento individualizado. Adoptar las medidas necesarias para mejorar la calidad asistencial del residente. Registrar la evolución de los procesos y la eficacia del tratamiento.
Material y métodos: Los estudios han sido realizados por los departamentos de Fisioterapia y Terapia Ocupacional del Centro Sociosanitario Medinaceli y se han basado en la observación, seguimiento y aplicación directa de las escalas. Las tres escalas constan de unas condiciones predefinidas que constituyen los criterios de inclusión en un determinado grupo de valoración.
Resultados: La aplicación de las tres escalas ha supuesto un avance cualitativo en la correcta valoración funcional de los 240 residentes y 30 usuarios de centro de día de nuestros centros sociosanitarios.
Conclusión: Con la aplicación de estas escalas se facilitan las valoraciones, registros y seguimientos en los centros sociosanitarios y se obtiene una información precisa para adecuar los recursos humanos, materiales y mejorar la calidad asistencial.

ESCALA DE VALORACIÓN MEDINACELI DE RIGIDEZ Y RIESGO SUBJETIVO DE U.P.P. EN FASCIA PALMAR

M. Hortal Santos, N. Castellanos Corrales, M.J. Mato Grana, M.E. Manso Pedraz y S. Casanueva Sanz
Centros Sociosanitarios Medinaceli, Madrid.

Objetivos: Las patologías degenerativas que sufren los usuarios de nuestros centros sociosanitarios son responsables de un grado de flexión palmar sostenida que ocasiona serios problemas al personal auxiliar de clínica para realizar las más básicas funciones de higiene en la palma de la mano. Su progresión acaba implicando al personal de enfermería, con dificultosas curas que no siempre evolucionan satisfactoriamente, ya que es muy difícil eliminar el problema de base: la presión mantenida por la flexión palmar. Al no encontrar en la bibliografía ninguna escala que midiera el grado de rigidez palmar más allá de una simple goniometría o que tuviera en cuenta otros aspectos al margen del grado de funcionalidad, surgió la necesidad de crear un sistema de valoración que captara el grado de deterioro articular de la mano. Por todo ello nos planteamos los siguientes objetivos: *1)* Identificar el grado de riesgo de aparición de lesiones por presión en la mano. *2)* Pautar el tratamiento adecuado para cada grado e intentar retrasar la evolución. *3)* Registrar la evolución del proceso y eficacia del tratamiento.
Material y métodos: La escala ha sido aplicada por los departamentos de Fisioterapia y Terapia Ocupacional de los Centros Sociosanitarios Medinaceli que se han basado en la observación, registro, seguimiento y evaluación de pacientes afectados de patologías degenerativas en avanzado estado evolutivo. Los aspectos valorados son: *1)* Morfofisiología articular. *2)* Apertura de la mano y movilidad articular. *3)* Dolor a la movilización. *4)* Dificultad de aseo y olor palmar. *5)* Utilización de sujeciones mecánicas. Cada uno de estos ítems consta de unos grados de valoración predefinidos y en función de la gravedad se obtiene una puntuación en una escala de 0 a 15 puntos con cuatro niveles de riesgo de U.P.P. Palmar.
Resultados: La aplicación de esta escala de valoración a más de 200 pacientes, muchos de ellos en situación de encamamiento de tres o cuatro años de duración y actitudes fetales flexoras, nos ha permitido la correcta evaluación de estos problemas y el control del proceso involutivo, contribuyendo en la prevención de U.P.P Palmar.
Conclusión: Con la aplicación de esta escala se facilita el registro, seguimiento y evaluación de procesos degenerativos en las manos susceptibles de riesgo de U.P.P.

FACTORES ASOCIADOS A LA SOBRECARGA DEL CUIDADOR EN ANCIANOS CON DEMENCIA

F. Uriz Otano[1], M. Mercapide Idoate[1], J.I. Uriz Otano[2], G. Gorría Luqui[1], I. Almirantearena Elizondo[1] e I. Munárriz Rebolé[1]
[1]Residencia Landazábal, Navarra [2]Hospital Virgen del Camino.

Objetivo: Conocer el estado de sobrecarga de nuestros ancianos con demencia del Centro de Día Landazabal al ingreso y su posible relación con otros elementos de la valoración geriátrica.
Material y métodos: Estudio descriptivo transversal. Recogida de datos demográficos (edad, sexo, estado civil, cuidador principal); médicos (Número y tipo de patologías médicas, Síndromes Geriátricos, Polifarmacia), Estado cognitivo (Tipo de Demencia, MMSE, GDS Reisberg, ADAS Cog), Trastorno conductual (NPI Cummings). Deterioro funcional (Barthel, RDSR1, FAQ), en función de la presencia o no de sobrecarga del cuidador (Zarit). Análisis de los datos con las pruebas de Chi cuadrado, t student.
Resultados: Estudio de 45 residentes, edad media 77,4 años, 53,3% mujeres, Estado Civil: 48,9% casados, 46,7% Viudos, 4,4% Solteros. Cuidador principal: 40,9% mujer/marido, 45,5% hijo/hija, 6,8% cuidador externo, 6,8% otros. Pluripatología: 93%, Polifarmacia: 84,4% (Psicotropos: 86,6%). Estado Cognitivo: 71,1% Alzheimer, 8,8% Vascular; 57% Deterioro cognitivo moderado grave (Medias: GDS: 5,28, MMSE: 11.31 ADAScog: 34,8). Situación Funcional: 62,2% Dependencia Leve-moderado) (Barthel: 72,91, RDSR: 34,73, FAQ: 27,9), Sin alteración conductual importante (NPI: 11.55). Un 46.7% presentaba sobrecarga al ingreso (Zarit > 30). Los ancianos con sobrecarga presentan mayor deterioro funcional (< Barthel, > RDSR1), Inmovilidad, mayor consumo de antidepresivos ($p < 0,05$) No se han encontrado diferencias significativas en el resto de los parámetros (edad, sexo, cuidador, estado cognitivo, patologías médicas, polifarmacia etc.) ($p > 0,05$)
Conclusiones: Hay un alto porcentaje de ancianos que presentan al ingreso sobrecarga del cuidador En nuestro medio el deterioro funcional, la inmovilidad junto al consumo de antidepresivos se asocia a una mayor sobrecarga del cuidador.

COMPLEJIDAD DIAGNÓSTICA Y CARGAS ASISTENCIALES EN CENTROS SOCIOSANITARIOS Y RESIDENCIAS ASISTIDAS

J. Pascual Torramadé[1], A. Navarro[2], D. Fontanals[1] e I. Ancizu García[1]
[1]Fundación SAR, Barcelona [2]Universidad Autónoma de Barcelona.

Introducción: La complejidad clínica es un factor importante en la determinación del peso asistencial en centros sociosanitarios y residencias asistidas. En este sentido, la utilización de herramientas complejas de clasificación como el RUG-III puede facilitar la estimación de las cargas asistenciales a dedicar según la presencia de uno o varios diagnósticos secundarios.
Objetivo: Examinar la relación existente entre el número de diagnósticos secundarios y las cargas de trabajo en varios centros de atención residencial de varias Comunidades Autónomas.
Material y método: Se analizan los diagnósticos secundarios medidos por el ICD-9 de una muestra de 1.048 casos. En 52 de ellos no existe diagnóstico secundario, por lo que se dispone únicamente del diagnóstico principal que habitualmente es el que causa ingreso. Mediante técnicas descriptivas de análisis se obtienen los pesos relativos promedio de cargas de trabajo asistencial global y las cargas de trabajo de cuidados de enfermería promedio (medidos en minutos/día/residente) según la herramienta de clasificación RUG-III, relacionándolos con el número de diagnósticos secundarios de los sujetos estudiados.
Resultados: Los datos muestran que el incremento en el nº de diagnósticos secundarios produce un aumento progresivo del peso relativo y del tiempo dedicado a cuidados de enfermería (enfermera + auxiliar) del RUG-III. Mientras que el peso promedio en el caso de cero diagnósticos secundarios es de 0,70 con 105,5 minutos de enfermería, la presencia de seis diagnósticos secundarios supone un peso medio de 0,91 y 125,6 minutos de enfermería. Se refleja así un importante incremento que unido a otras variables configura un escenario de mayor complejidad en la labor asistencial diaria.
Conclusión: El análisis presentado muestra la conveniencia de medir con herramientas complejas para una mejor gestión asistencial, ya que proporcionan evidencia de la influencia de las características clínicas de los residentes en la movilización de recursos y adecuación de los cuidados.

CARGAS DE TRABAJO ASISTENCIAL SEGÚN DIAGNÓSTICO PRINCIPAL EN CENTROS SOCIOSANITARIOS Y RESIDENCIAS ASISTIDAS

J. Pascual Torramadé[1], A. Navarro[2] y D. Fontanals[1]
[1]Fundación SAR, Barcelona [2]Universidad Autónoma de Barcelona.

Introducción: Es importante poder estimar con antelación las cargas de trabajo asistencial para poder planificar la estructura y la organización de Centros sociosanitarios y Residencias Asistidas. El uso de herramientas de clasificación como el RUG-III junto al diagnóstico principal pueden orientar en este sentido.

Objetivo: Examinar la relación existente entre el diagnóstico principal (causa de ingreso) y las cargas de trabajo en varios centros de atención residencial de 6 Comunidades Autónomas.
Material y método: Se recogen los diagnósticos principales medidos por el ICD-9 de una muestra de 1.774 casos. De ellos se analizan 1.072 casos cuya frecuentación diagnóstica está entre 279 y 10 casos por diagnóstico. Mediante técnicas descriptivas de análisis se obtienen los pesos relativos promedio de cargas de trabajo y los tiempos de carga de cuidados de enfermería promedio según el RUG-III, relacionándolos con cada diagnóstico principal al ingreso de cada sujeto estudiado. Dichos diagnósticos se agrupan en cuatro: *1.* Demencia senil y Enfermedad de Alzheimer. *2.* Afectaciones cardiocirculatorias y cerebrovasculares. *3.* Hipertensión esencial y cardiopatía hipertensiva. *4.* Fracturas del tercio proximal de fémur
Resultados: Los datos muestran que cada grupo tiene distintos intervalos de peso relativo (cantidad de trabajo asistencia global) y de tiempos dedicados de enfermería (en Minutos /residente /día). Desde el grupo de Fracturas del tercio proximal de fémur que con un intervalo de peso relativo muy amplio (debido a las distintas cargas en rehabilitación) entre 0,73 y 1,96, y unos tiempos de enfermería dedicados también amplios aunque en el nivel alto, entre 113,8 y 185,8 min./ día/residente; hasta el grupo con menor carga que corresponde al de la Hipertensión esencial y cardiopatía hipertensiva con unos pesos relativos entre 0,56 y 0,69, y unos tiempos de enfermería dedicados entre 86,4 y 107,1 min/ día/ residente.
Conclusión: El análisis presentado muestra la ventaja de utilizar una herramienta compleja como el sistema de clasificación RUG-III para una mejor gestión de la organización asistencial, ya que proporcionan una primera apreciación, basada en la experiencia, de las cargas de trabajo necesarias para cubrir las necesidades de unos futuros usuarios de centros sociosanitarios y residencias asistidas, según su diagnóstico principal.

DETERMINE ¿SCREENING DE DESNUTRICIÓN EN HOSPITALIZADOS?

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

Objetivo: Valorar la validez del "DETERMINE" como screening de DN en pacientes geriátricos valorados al ingreso hospitalario.
Material y métodos: Estudio prospectivo longitudinal de pacientes ingresados en S. Geriatría de Huesca. Evaluación con DETERMINE y valoración nutricional completa en las primeras 72 horas del ingreso. Durante los meses de octubre del 2005 a enero del 2006. Cálculo del tamaño muestral para sensibilidad 90%. Clasificación de pacientes según CONUT y la presencia de al menos un parámetro antropométrico por debajo del percentil 40. De los 264 pacientes ingresados durante el periodo, se excluyeron 60 por permanecer ingresados y 56 pacientes por carecer de valoración nutricional completa; se obtuvo un total de 148 pacientes.
Resultados: 148 pacientes. 56, 8% mujeres y 43,2% hombres. Edad media 83,01. Ingresaron: 31,8% en UGA; 54,1% en RHB; 19,6% U. Convalecencia. 45,9% DETERMINE ≥ 6. Desnutrición al ingreso 69,6% (20,3% DN leve; 29,7% DN moderada; 19,6% DN severa). Realizamos comparación de variables cualitativas con χ^2 y calculamos la sensibilidad de la prueba: 53%. Dicha sensibilidad aumentaba al 63% para desnutrición moderada-severa. Encontramos relación significativamente estadística entre DETERMINE ≥ 6 y parámetros bioquímicos de desnutrición en el 98% ($p < 0,005$).
Conclusiones: *1.* Elevada incidencia de desnutrición en pacientes geriátricos hospitalizados en nuestro medio, con predominio de DN moderada. *2.* A pesar de DETERMINE ≥ 6 al ingreso se asocia con desnutrición según parámetros bioquímicos, la valoración con DETERMINE al ingreso no es válida como screening de desnutrición.

CARACTERIZACIÓN DE UNA POBLACIÓN ANCIANA CONSULTANTE A UN POLICLÍNICO AMBULATORIO DE GERIATRÍA EN UN HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO CHILENO A TRAVÉS DE FICHA CLÍNICA ELECTRÓNICA

V. Hugo Carrasco Meza, U. de Sousa-Coimbra Guarda, J.E. Sánchez Valenzuela, M. Domingo Castillo Solís, J.C. Molina Yons, P. Calcina Cano, R. Jara López y J. Yumha Ríos
Hospital Clínico de La Universidad de Chile, Santiago de Chile.

Introducción: El perfil demográfico Chileno corresponde al de Transición Demográfica Avanzada con el consecuente envejecimiento poblacional. Según Censo poblacional 2002, un 11,4% de la población se encuentra en el grupo de 60 y más años, y las proyecciones para 2025 lo estiman 20%. El Hospital Clínico de la Universidad de Chile, ha desarrollado una Unidad de Geriatría constituida por siete médicos con especialidad acreditada.
Objetivo: Caracterizar a consultantes ambulatorios de Geriatría de un Hospital Universitario.
Materiales y métodos: Entre abril y mayo de 2005 se desarrolló una ficha clínica electrónica con Software File Maker Pro 6.0. La aplicación del instrumento en marcha blanca se efectuó en tres meses. Desde agosto de 2005, constituye el registro de la primera consulta, incorporando variables biomédicas (clínica y funcional), sociales y demográficas, así como también el estudio y las terapias iniciales. La información se ha procesado en File Maker 6.0 y Excel 2003
Resultados: Total de Consultas del período: 329 (inicial y controles) Fichas Incluidas: 135 (90% de las primeras consulta): se excluyeron incompletas. Edad promedio: 77,1 años [60-98], femenino: 73,3%, nivel educacional: analfabetos 5,2%, básicos: 41,5%, superior: 13,3%; Estado civil: viudos 36,4%, Sistema Seguridad Social Público 83,7%, Católicos 65,1%. Antecedentes de: hipertensión arterial: 60,7%, diabetes mellitus 16,3%, dislipidemia 19,3%, artrosis 23%, colecistectomía 35,5%, facoeresis 11,1%. Síndromes geriátricos (anamnesis): déficit visual 29,6%, Trastorno ánimo 27,4%, trastorno cognitivo: 25%, incontinencia orina 25%, caídas 23%, déficit auditivo 20,7%, estreñimiento 14,8%, trastorno de la marcha 12,6%, inmovilismo 10,4%, polifarmacia 9,6%, Media de fármacos en uso: 2,77 [0-11], antihipertensivos 47,4%, antidiabéticos 11,1%, antidepresivos 17,8%, AINEs 11,9%, ansiolíticos 10,4%. Reacciones adversas a medicamentos 20%. Funcionalidad: Katz A 53,3% Katz B+C: 31.1%, Katz D+E: 3,7%, Katz G: 3%. Convivencia: Solo 4,4%, Pareja 22,2%, Hijos 27,4%, Institucionalizado 0,7%.
Conclusiones. *1.* El perfil sociodemográfico representa un segmento poblacional de clase media, con predominio femenino, con red de apoyo familiar y previsión estatal. *2.* La morbilidad declarada incluye factores de riesgo cardiovascular similares a la población del país, con importante presencia de síndromes geriátricos. *3.* La mayoría de la muestra tiene un bajo nivel de dependencia funcional. *4.* El antecedente de afección cognitiva y afectiva es superior a la observada en población general. *5.* Debe mejorarse registro de datos en ficha clínica de la información incompleta (10%).

DESCRIPCIÓN DEL PERFIL DEPENDENCIA DE LOS PACIENTES QUE INGRESAN EN UNA UNIDAD DE REHABILITACIÓN GERIÁTRICA

M. López Salas, P. Toral, B. González Glaría, M. Gonzalo Lázaro y M.C. Ibero Andión
Hospital San Juan de Dios, Pamplona.

Introducción y objetivos: La URG del HSJD es una Unidad con un año escaso de vida. El perfil de paciente que ingresa no cumple en su totalidad los criterios adecuados. La heterogeneidad de los pacientes implica una mayor carga asistencial por parte del personal auxiliar. El objetivo es describir el grado de dependencia funcional, según escala Barthel, de los pacientes de nuestra URG.
Material y métodos: Datos de los 152 pacientes incluidos en la unidad a lo largo del año 2005: demográficos (edad, sexo, lugar de procedencia y derivación al alta, institucionalización, mortalidad), diagn. de ingreso, otras patologías. Sit. Funcional (BARTHEL y LAWTON previo/ingreso/alta). Se realiza análisis descriptivo de la muestra y de la situación funcional previa y al ingreso.
Resultados: E media: 81 años, 62,5% mujeres. Procedencia: 70,4% otros hosp, 17,1% urgencias, 10,5% domicilio y 1,3% residencia. Alta: 53,3% domicilio, 21,7% residencia, 19,7% exitus. Est media 30 días. Motivo derivación: traumatológico 38,3%, infeccioso 19,6%, neurológico 16,1%. Diagn. previos: HTA 59,2%; DM 26,3%; DL 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%. Sit funcional: (prev / ingr / alta) BARTHEL: 70,62 / 16,86 / 51, 13. LAWTON 2,7 / 0,19 / 0,56. Situación funcional previa y al ingreso. Barthel prev: 70,62: 13,8% <20; 12% 20-50; 14,4% 50-70; 59,5% >70. Ingreso: 73% <20; 16,3% 20-50; 4,2% 50-70; 6,9% >70. Barthel: Comida (0/5/10): prev: 8,2 / 27,2 / 64,6; ingr: 46,3 / 34,9 / 18,8. Ducha (0/5): prev 61,9 / 38,1; ing 98/2. Vestido (0 / 5 / 10): previo 17,7 / 33,3 / 49; ing: 71,1 / 26,2 / 2,7. Aseo (0/5): prev 31,5/68,5; ing 85,9 / 14,1. Cont. Urin (0 / 5 / 10): prev: 25 /

33,1 / 41,9; ing76,5 / 12,1 / 11,4. Cont. Fecal (0 / 5 / 10): prev 16,9/10,1/73; ing 67,1 / 8,7 / 24,2. WC (0/5/10): prev 19,7 / 21,8 / 58,5; ing 84,6 /11,4 / 4. Transf. (0 / 5 / 10 /15)): prev 8,5 / 9,5 / 17 / 63,9; ing 67,8/18,8/7,4/6. Marcha (0 / 5 / 10 / 15): prev 10,3 / 4,8 / 18,5 / 66,4; ing 73,8 / 12,8 / 8/ 5,4. Escaleras (0 / 5 / 10): prev 31,3 / 20.8 / 47,9; ing 95,3 / 0,7 / 4,1.
Conclusiones: Más del 70% de los pacientes de nuestra Unidad tiene un Barthel < 20 al ingreso. Son pacientes con alto grado de dependencia para las actividades básicas de la vida diaria y que, por lo tanto, precisan asistencia completa por parte de personal auxiliar.

EL RETO DEL MEDIO RURAL. LA UNIDAD DE VALORACIÓN GERIÁTRICA DE TERUEL: PERFIL DE LA SOLICITUD

P. Gonzalez Garcia, M. Forcano García, P. Montero y M.J. Vicente
Hospital San José, Teruel.

Objetivos: Conocer el perfil de solicitud de valoración sociosanitaria del Hospital General de Teruel.
Material y métodos: Análisis retrospectivo de muestreo de las valoraciones del año 2005.
Resultados: Edad media de los usuarios = 76,2 años (35-98), 55% varones, 72,5% residentes en medio rural. La procedencia de las solicitudes fue en el 50% de los casos del Servicio de M. Interna, en 15% de Neurología, 10% de COT, 17,5% de otros servicios quirúrgicos, y en el 7,5% de Urgencias. Los diagnósticos más frecuentes fueron cáncer (22,5% casos), ACV (17,5%) e ICC (15%). Sólo un 10% de las solicitudes procedían del servicio de COT. El motivo de la demanda fue derivación al Hospital San José en el 55% de los casos, y solicitud de valoración geriátrica integral en el 45% restante. En todos los casos se realizó la valoración: el 77,5% de los casos reunía criterios de ingreso en el Hospital San José. De éstos, el 48% ocupó una cama de rehabilitación, el 35,48% de cuidados paliativos y el 16,12 de convalecencia. Un 7,5% de los casos valorados se derivaron a A. Primaria, un 2,5% a CCEE de Geriatría, otro 2,5% al Hospital de Día, 5% se trasladó al medio residencial, y otro 5% permaneció en el Hospital de Agudos. La demora entre la solicitud y la valoración fue de 1,05 días, y la media de días de demora entre la valoración y el traslado de 1,41. En los casos solicitados desde Urgencias se realizaron valoración y traslado en menos de 24 horas desde la solicitud.
Conclusiones: *1)* las solicitudes de derivación al Hospital San José se ajustan en más del 90% de los casos a los criterios de ingreso establecidos; *2)* la respuesta de la Unidad de Valoración es rápida y eficaz (demora entre solicitud y valoración de 1 día, y entre valoración y traslado de menos de 1,5 días); *3)* se aprecia un índice muy bajo de solicitudes por parte de COT, cuando los usuarios de éste servicio son probablemente los mayores beneficiarios de las camas de rehabilitación en las unidades de media estancia, junto con los que han sufrido un accidente cerebrovascular. Tras el análisis de los datos y la experiencia de 2 años de la Unidad de Valoración se plantea la posibilidad de aumentar la colaboración entre COT y Geriatría mediante la creación de una Unidad Ortogeriátrica.

VALORACIÓN E INTERVENCIÓN COGNITIVA EN IMÁGENES

M.A. Boronat Martín, JA. Alonso Bravo, R. López Mongil y M. García García
Centro Asistencial Dr. Villacián de la Diputación, Valladolid.

Objetivo: A través de la exposición en imágenes, con el presente póster se intenta transmitir una visión de conjunto de la aplicación de las Pruebas de Evaluación y la implicación de los resultados en la intervención con los residentes de Unidades de Geriatría de Residencia Asistida.
Material y métodos: Esta presentación se desarrolla en dos fases: - Evaluación mediante Pruebas: Construimos una Escala de Demencias (RESYCOG), se seleccionaron y adaptaron cinc o pruebas que evalúan funciones relacionadas con la demencia y el potencial de aprendizaje: Memoria Inmediata – Memoria Reciente; Test de Conceptos Básicos Ergonómico; MIS de Buschke; Test de Orientación Temporal y el Test de Fluidez Verbal. Las capacidades cognitivas observadas a través de evaluaciones continuas, nos permiten definir los diferentes subgrupos identificables, evolución, posibilidades terapéuticas, etc. Residentes Evaluados en Residencia de asistidos, = 108 Tendrían una valoración cognitiva dentro de lo Normal 12 residentes; con sospecha de Deterioro Cognitivo Leve 24 y con sospecha de Demencia 72. - Terapia, Programas Educativos: - En base a las necesidades de los pacientes: Programa Preventivo y Terapéutico. - En base a la calidad de los Programas: Atención y Memoria, Lenguaje, Orientación, Cálculo y uso de las Nuevas Tecnologías. El número de residentes que participan de las diferentes Terapias es 42.
Resultados: Es determinante en los resultados de cualquier Terapia, la intervención conductual de los pacientes, al margen de la fase de evolución del Deterioro Cognitivo o Demencia, el manejo de los elementos del entorno, etc., lo que nos permite prevenir o mejorar situaciones de discapacidad añadidas (debidas a enfermedades, accidentes o limitaciones neurosensoriales y afectivas). La depresión es una importante fuente de sufrimiento y de deterioro añadido en los pacientes. La mayoría de los programas aplicados se basan en la realización de actividades placenteras, grupales semiestructurados, adaptados a las capacidades residuales de cada residente, que incluyen estimulación de diversas funciones cognitivas, entrenamiento de las Actividades de la Vida Diaria, manejo conductual, apoyo afectivo y estimulación motora.
Conclusiones: La estimulación cognitiva en las demencias es un terreno en creciente expansión. A través de diferentes imágenes intentamos mostrar el desarrollo de las intervenciones descritas, señalando el impacto que estos programas ejercen sobre el cuidador y sobre el gasto sociosanitario. Se va incrementando la oferta de protocolizados y evaluados, y se estudia en qué medida la estimulación cognitiva puede alterar el curso natural de las demencias.

LUZ VERDE A LA LEY ANTITABACO EN UNIDADES DE GERIATRÍA, EN UN HOSPITAL PSIQUIÁTRICO

J.A. Alonso, J. Rodríguez, S. Marbán, M. Boronat y M. García
Centro Asistencial Dr. Villacián de la Diputación, Valladolid.

Fumar es una enfermedad adictiva y crónica que tiene raíces en la conducta del individuo y en la acción farmacológica de la nicotina. Existe una estrecha relación entre las enfermedades mentales y el tabaco, se habla incluso de que un 60% de los pacientes psiquiátricos fuma, mayoritariamente, los que son esquizofrénicos, los que sufren trastornos bipolares y, en menor medida, los que tienen trastornos depresivos mayores, de ansiedad, de personalidad y trastornos adaptativos. La respuesta a este dato 'tan elevado' es que la nicotina es un antidepresivo, es un estimulante, por lo que mucha gente recurre a ella para aliviarse, bien sea a través del tabaco o bien de cualquier otro producto que lleve esta sustancia.
Objetivos: *1.* Conseguir hábitos de comportamiento adaptativos y aumentar la autonomía del residente. *2.* Disminuir el consumo de tabaco.
Material y métodos: El tabaco se venía utilizando como refuerzo de una conducta adaptativa (ducharse, asistencia a comer, asistencia al aula, etc.). Esta intervención estaba fundamentada en el conocimiento de la Terapia Cognitivo-conductual, y más en concreto, en técnicas de modificación de conducta (Economía de Fichas), y era nuestra intención atender igualmente a la salud del residente. El Programa de disminución del consumo de tabaco comenzó en Diciembre de 2002. Se implementó de forma totalmente individualizada en 8 residentes con diagnóstico de esquizofrenia, que fumaban en total unas 140 cajetillas al mes. Inicialmente de un refuerzo continuo se pasó a un refuerzo intermitente para en la actualidad haber logrado un mayor grado de autonomía, hábitos de comportamiento adaptados y disminución muy importante del consumo de tabaco (hemos pasado de una motivación externa a una motivación interna). En la actualidad, se sigue el Programa con los diferentes residentes, utilizando con alguno el tabaco como refuerzo, así como la unión de otro refuerzo para intentar conseguir que todos los pacientes vayan disminuyendo su consumo.
Resultados: Evolución en el consumo de tabaco (en paquetes):

		Media de paquetes			
Residente	Edad	02/mes	Dic. 03	Dic. 04	Dic. 05
Mujer	69	20	9,5	8	4,5
Varón	64	11	9,5	8	6
Varón	75	20,5	9	2,5	3
Varón	62	11	7	7	4,5
Mujer	46	20	9,5	8	1,5
Varón	75	20,5	9,5	8,5	Baja
Varón	70	4	1,5	3,5	Fallecimiento
Varón	42	15	4,5	4,5	3

Conclusiones: Estos residentes han dejado de fumar paulatinamente hasta lograr en la actualidad que el consumo de tabaco se haya reducido a unas 25 cajetillas al mes en total. Dado que el descenso ha sido paulatino, en ningún momento se han observado efectos secundarios negativos.

MEJORA DE LA ADHESIÓN A LOS TRATAMIENTOS TRAS LA INTERVENCIÓN FARMACÉUTICA EN UNA RESIDENCIA GERIÁTRICA DE SEVILLA

S. Sánchez-Fidalgo[1], A. Fernández Arche[1], M. Galván[2], J. Cañizares[2] y C. Martínez Manzanares[3]
[1]Departamento de Farmacología, Facultad de Farmacia, Universidad de Sevilla, Sevilla [2]Residencia Geriátrica Heliópolis de Sevilla, Sevilla [3]Unidad de Geriatría, Hospital Virgen de la Macarena, Sevilla

Objetivos: El incumplimiento terapéutico constituye actualmente un importante problema de salud pública, tanto por su extensión como por las consecuencias clínicas y socioeconómicas derivadas. De poco sirve disponer de fármacos y tratamientos excelentes, si el paciente incumple. La actuación coordinada de los distintos profesionales sanitarios, en este caso médicos y farmacéuticos, es esencial para garantizar la correcta adherencia. En este estudio hemos pretendido evaluar el cumplimiento terapéutico en pacientes mayores, analizando las causas y su importancia y así aportar datos que nos ayuden a analizar y reflexionar sobre el tema propuesto.
Material y métodos: Estudio descriptivo mediante cuestionario validado realizado a personas mayores de 65 años de la Residencia Geriátrica Heliópolis, Sevilla, nº = 83. Las respuestas obtenidas fueron evaluadas y verificadas según los datos de la prescripción médica. Posteriormente, se efectuó una intervención informativa/educativa en aquellos pacientes más necesitados (nº = 23) tratando de involucrarles en la comprensión del tratamiento prescrito en relación con su enfermedad así como, las posibles complicaciones para su salud derivadas del incumplimiento.
Resultados: De todos los pacientes, el 57,1% fueron no adheridos, cifra proporcional a la edad (80,9 ± 0,7 años). La media de fármacos consumidos/ancianos fue 6,05 ± 0,35 y, el incumplimiento aumentaba con el número de medicamentos administrados. Los grupos terapéuticos más afectados resultaron ser, de mayor a menor, antihipertensivos, antiácidos, analgésicos, antagonistas del calcio, psicolépticos, hipolipemiantes, activos en terapia cardíaca, y por último antitrombótico. Entre las causas detectadas destacamos: el olvido (34,1%), la administración incorrecta (28,4%), el desconocimiento del objetivo de la terapia (23,9%), seguido de la despreocupación sobre su enfermedad (9,1%) y la aparición de reacciones adversas (4,6%). Tras la intervención la adherencia mejoró en un 51%.
Conclusiones: La colaboración entre profesionales mejora el cumplimiento terapéutico lo que contribuye a un uso más racional de los medicamentos. Una vez valoradas las causas pueden ser fácilmente modificadas tras las actuaciones oportunas.

PACIENTES CENTENARIOS EN SEGUIMIENTO POR UN EQUIPO DE ASISTENCIA GERIÁTRICA DOMICILIARIA

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

Objetivos: Describir las características de los pacientes centenarios atendidos por un equipo de Asistencia Geriátrica Domiciliaria (AGD)
Material y métodos: Estudio descriptivo de los pacientes de 100 años o más que viven en su domicilio, que han sido valorados por el equipo de AGD del Hospital Central Cruz Roja (Madrid) en el periodo comprendido entre Diciembre de 2003 y Enero de 2006. Se recogen variables demográficas (edad, sexo); clínicas (motivo de consulta e incapacidad, comorbilidad con Indice de Charlson); funcionales con Cruz Roja Físico (CRF) y el Indice de Barthel (IB); mentales con Cruz Roja Mental (CRM); y sociales (convivencia, existencia de ayuda social domiciliaria).
Resultados: Fueron valorados en este período 11 pacientes: 4 con 100 años, 4 con 102 años, 2 con 103 años y 1 con 104 años, siendo la mayoría (9 de los 11 pacientes) mujeres. El motivo principal de consulta por el que fueron remitidos al equipo de AGD fue control clínico (54%). El motivo principal de incapacidad fue patología osteoarticular (54%). En la primera valoración presentaban un deterioro funcional moderado con un CRF de 3,6 e IB 32,2 y deterioro cognitivo leve con un CRM 1,4. Los cuidadores principales en 10 de los 11 pacientes eran su familia, y en 8 casos (72%) no tenían ayuda social domiciliaria. El Indice de Charlson fue 2,2. Durante el seguimiento realizado, 3 de los pacientes (27%) fallecieron y 3 requirieron ingreso en la Unidad de Agudos, por patología cardiaca y respiratoria.
Conclusiones: El aumento progresivo en la esperanza de vida se refleja también en el número de pacientes muy longevos atendidos en domicilio y que son principalmente cuidados por sus familias.

CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES QUE FALLECEN EN UN HOSPITAL DE AGUDOS

N. Celorrio, A. Vilà, X. Sanz, E. Diez- Cascón y J. Fornaguera
SCIAS-Hospital de Barcelona, Barcelona.

Objetivo: Valorar la comorbilidad y el motivo de ingreso de los pacientes fallecidos en un Hospital de agudos.
Material y método: Estudio de los pacientes adultos que fallecieron de forma consecutiva en un Hospital de agudos durante el año 2004, excluyendo los fallecidos en Cuidados Intensivos y Servicio de Urgencias. Se analizaron las siguientes variables: demográficas, estancia media, diagnóstico principal y motivo de ingreso, escala de Norton (al ingreso y el día del exitus) e índice de comorbilidad de Charlson.
Resultados: Se han incluido 393 pacientes (50% varones) con una edad media de 77 ± 11 años (rango 39-99). El índice de Charlson fue de 4,2 ± 2,4. La escala Norton al ingreso fue de 14 ± 4 y de 11 ± 4 el día del exitus. La enfermedad principal fue la neoplasia en 178 pacientes (45%) (las más frecuentes: pulmonar 19%, tubo digestivo 19%, hepatocarcinoma 10%), la demencia en 63 (16%)y las enfermedades vasculares en 60 (15%). Los motivos de ingreso más frecuentes fueron: en el caso de neoplasia la progresión de la enfermedad en 141 pacientes (79%) y efectos adversos por quimioterapia en 12 (7%); en los pacientes con demencia la broncoaspiración en 32 (51%) de los casos y en los pacientes con enfermedades vasculares la descompensación cardiaca en 30 pacientes (50%) y el accidente vascular cerebral en 15 (25%). La estancia media global fue de 12 ± 14 días.
Conclusiones: La mayoría de los pacientes que fallecieron tenían una comorbilidad elevada y el motivo de ingreso estaba relacionado con su enfermedad principal. La progresión de la enfermedad en pacientes neoplásicos y la broncoaspiración en pacientes con demencia representan casi la mitad de los motivos de ingreso de los pacientes que fallecieron.

EVALUACIÓN DE LOS CUIDADOS QUE RECIBEN LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS AL FINAL DE SU VIDA

A. Vilà, X. Sanz, N. Celorrio, S. Vallés y D. Isasi
SCIAS-Hospital de Barcelona, Barcelona.

Objetivo: Conocer las incidencias, instrumentalizaciones, medicación prescrita y previsión de éxitus en la historia clínica de enfermería de los pacientes hospitalizados durante su última semana de vida.
Material y métodos: Estudio de los pacientes adultos que han fallecido en un Hospital de agudos durante el año 2004 excluyendo aquellos ingresados en Cuidados Intensivos y Servicio de Urgencias. Variables analizadas: demográficas, medicación pautada e instrumentalizaciones, duración de la sedación paliativa, tiempo entre ingreso y sedación paliativa, consultas de enfermería al médico de guardia e interconsultas a otras especialidades durante la última semana de vida.
Resultados: Se evaluaron 393 pacientes (50% varones) con una edad media de 78 ± 11 años (rango 39-99). En 304 (77%) pacientes constaba en la historia clínica que eran terminales y sólo en 23 (6%) no había órdenes de no reanimación cardiopulmonar. En el día del éxitus recibían oxigenoterapia 267 pacientes (68%), antibióticos 145 (37%), sueroterapia 267 (68%) y morfina 309 pacientes (79%). En cuanto a la alimentación, recibían nutrición parenteral 9 pacientes (2%) y nutrición enteral 12 (3%). Respecto a las instrumentalizaciones, 309 pacientes (79%) eran portadores de vía venosa periférica, 166 (42%) vía subcutánea, 50 (13%) vía venosa central, 46 (12%) sonda nasogástrica y 125 pacientes (32%) eran portadores de una sonda vesical. Requirieron consultas médicas para control de los síntomas 214 pacientes (55%) con un promedio de 3 consultas al médico de guardia y 2 interconsultas a otras especialidades. Para el con-

trol de síntomas se requirió sedación paliativa en 304 pacientes (77%), que se inició a los 10 ± 13 días del ingreso y 54 ± 58 horas antes del éxitus.
Conclusiones: La mayoría de los pacientes eran terminales con órdenes escritas de no reanimación cardiopulmonar en la historia clínica y la mitad precisó varias atenciones urgentes para control de sus síntomas.

DISCREPANCIAS ENTRE LA MEDICACIÓN HABITUAL Y LA PRESCRITA EN EL HOSPITAL EN PACIENTES MUY FRÁGILES

S. Murciano, M. Guzmán, M. Ruiz, S. Racionero, R. Cot y A. Vilà
SCIAS-Hospital de Barcelona, Barcelona.

Introducción: Definimos paciente muy frágil de acuerdo con las escalas HARP (Hospital Admisión Risk Profile) y Norton. Estos pacientes toman múltiples fármacos. El 50% de los errores de medicación se producen en la transición entre los distintos niveles de asistencia sanitaria.
Objetivo: Valorar la comorbilidad y la concordancia entre la medicación habitual y la prescrita durante el primer día de hospitalización de los pacientes muy frágiles que ingresan.
Material y método: Se evaluaron de forma prospectiva todos los pacientes con edad ≥ 75 años (208 pac) hospitalizados a través del Servicio de Urgencias durante 1 mes y que cumplían criterios de muy frágiles en ambas escalas. Se excluyeron los pacientes que ingresaron en la Unidad de Cuidados Intensivos. Se estudió la comorbilidad mediante el Indice de Charlson y la concordancia entre la medicación habitual y la prescrita al ingreso tanto en número total de fármacos, por grupos terapéuticos, así como la evolución de los pacientes.
Resultados: 69 pacientes cumplían los criterios de muy frágiles en las dos escalas evaluadas. La edad media 85 ± 6 años (50% mujeres) con un Índice de Charlson 3 ± 2. Ingresaron en Medicina Interna 50 pacientes (72%). Las enfermedades más prevalentes fueron las respiratorias (32%), genitourinarias (22%) y cardiovasculares (15%). El 22% (15 pacientes) fueron éxitus. El número de fármacos en domicilio fue de 6 ± 3 (rango 0-15) y al ingreso 8 ± 3 (rango 3-15). De la medicación habitual se mantienen básicamente al ingreso los antiarrítmicos, antiepilépticos y antiparkinsonianos. Los antidepresivos se suspenden en el 50%, fármacos para la demencia en un 70% y vasodilatadores en un 80% de los casos.
Conclusiones: Los pacientes muy frágiles siguen múltiples tratamientos farmacológicos en domicilio que se incrementan durante el ingreso hospitalario. Los fármacos con escaso valor terapéutico se suspenden. Observamos que los antidepresivos no son pautados al ingreso en la mitad de los casos. En la mayoría de los grupos terapéuticos existe concordancia entre la medicación habitual y la prescrita durante el ingreso.

MEDICACIÓN ADMINISTRADA EN LAS ÚLTIMAS 24 HORAS A LOS PACIENTES QUE FALLECEN EN UN HOSPITAL DE AGUDOS

X. Sanz, A. Vilà, N. Celorrio, C. Puig, J. Galí y E. Diez- Cascón
SCIAS-Hospital de Barcelona, Barcelona.

Introducción: Un elevado porcentaje de los pacientes que fallecen en el hospital requiere en el transcurso del ingreso sedación paliativa por empeoramiento irreversible de su patología, acompañada de importante sufrimiento. Dicha prescripción debería acompañarse de la modificación y/o supresión del resto de su medicación activa.
Objetivo: Evaluar la medicación administrada durante las últimas 24 horas a pacientes en los que previamente se ha iniciado sedación paliativa y compararla con la del resto de pacientes que fallece en este mismo periodo.
Material y métodos: Estudio de los pacientes adultos que han fallecido de forma consecutiva en un hospital de agudos en el periodo de 1 año excluyendo aquellos ingresados en Cuidados Intensivos y Servicio de Urgencias. Variables analizadas: requerimiento de sedación paliativa, edad, medicación en las últimas 24 horas (antibióticos, nutrición enteral / parenteral, anticoagulantes, antiulcerosos, suplementos nutricionales, antihipertensivos y número total de fármacos excluyendo la propia analgesia).
Resultados: Sedación paliativa No sedación paliativa Número de pacientes 304 89 Edad 77 ± 12 90 ± 9 p > 0,1 Admón. Fármacos 171 (56%) 71 (80%) p < 0,01 Número de fármacos 3 ± 1,5 4 ± 1,6 Antibióticos 89 (29%) 56 (63%) p < 0,01 Nutrición E/P 16(5%) 5 (5%) p > 0,9 Anticoagulantes 23 (8%) 18 (20%) p < 0,01 Antiulcerosos 72 (24%) 47 (53%) p < 0,01 Suplementos nutricionales 29 (10%) 11 (12%) p > 0,5 AntiHTA / Diuréticos 77 (25%) 48 (54%) p < 0,01
Conclusiones: La mayoría de los pacientes son ancianos. Reciben un elevado número de fármacos no necesarios en las últimas 24 horas en las que previamente se ha iniciado sedación paliativa. No se ha encontrado significación estadística entre ambos grupos respecto al soporte nutricional en el momento del éxitus. Debería estudiarse la posibilidad de racionalizar la medicación en este grupo de pacientes para garantizar la calidad de la atención médica.

PREVALENCIA DE SÍNDROME CONFUSIONAL AGUDO EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS

J. Llobera Estrany, M. Arellano Perez, N. Cañameras Viñas, M.A. Mas Bergas, A. Roig Campi, C. Noguera Ramblas, R. Miralles Basseda, M. Riera Cañadell, J. Planas Domingo y A.M. Cervera Alemany
Hospital de La Esperanza, Barcelona.

Objetivos: Evaluar la prevalencia de síndrome confusional agudo (SCA) en paci entes ingresados en una Unidad de Cuidados Paliativos (UCP) y la relación entre SCA-factores predisponentes y SCA-factores precipitantes.
Material y métodos: Se estudiaron pacientes ingresados en una UCP. Se analizó procedencia, localización neoplásica, índice de Charlson, índice de Barthel (IB) previo, índice de Lawton (IL) previo; IB, Mini-mental de Folstein, índice de Karnofsky (I K) y presencia de SCA al ingreso. El Confusion Assessment Method fue el instrumento utilizado para la detección de SCA. Factores predisponentes analizados: demencia, enfermedad de base grave (índice de Charlson>2), depresión, antecedente de delirium, deterioro sensorial, deterioro funcional previo, deshidratación, desnutrición y M1 SNC. Factores precipitantes analizados: cirugía mayor, infección aguda, descompensación cardiorespiratoria, descompensación metabólica, anemia, fármacos psicotropos, opioides, otros fármacos (corticoides, escopolamina), traumatismos-caídas, cirugía menor, dolor intenso, retención aguda de orina (RAO) y nº total de precipitantes.
Resultados: Se estudiaron 35 pacientes, con edad media de 70,8 */- 12,7 años. El 57% procedían de hospital de agudos. El 37% presentaron SCA al ingreso. Las localizaciones tumorales más frecuentes: pulmón 7(20%) y colon-recto 6 (17%). La media del índice de Charlson fue 6,4 +/- 2,4, el IB previo 71,7 +/-; 26,5, el IL previo 3,2 +/- 2,3, el IB al ingreso 32+/- 27,6, el Mini-mental al ingreso 20+/-5,3 y el IK 40+/- 16,4. La edad, el sexo, la procedencia, la localización, el I. Charlson, el IB previo y el IL previo no se relacionaron con la presencia de SCA. Los pacientes que presentaron SCA tenían un IB y un IK al ingreso signific ativamente inferior (16,3+/-16,7 vs 41,3+/-28,8; p < 0,01 y 30+/-10,8 vs 45,9+/-16,5; p < 0,01 respectivamente). De los factores predisponentes analizados, ninguno se relacionó con SCA. El SCA fue más frecuente en pacientes con anemia (76,9% vs 23%; p < 0,05) y en aquellos que tomaron otros fármacos (76, 9% vs 23%; p < 0,05). El nº total de precipitantes se relacionó con la presencia de SCA (6+/- 1,4 vs 4,4+/-1,1, p < 0,01).
Conclusiones: *1.* Un gran porcentaje de pacientes presentaron SCA en el momento del ingreso. *2.* El deterioro de la capacidad funcional y del estado general se asociaron con SCA. *3.* La anemia y el consumo de otros fármacos fueron los únicos factores precipitantes que se relacionaron con el SCA.

VALORACIÓN COGNITIVA EN LA CONSULTA DE GERIATRÍA

M. Forcano García, P. González García, P. Montero, M.J. Vicente, R. Ibáñez y J. Moratilla
Hospital San José, Teruel.

Objetivo: Estudiar la aplicabilidad de test mentales en ancianos remitidos para valoración mental a la consulta externa de Geriatría
Material y métodos: Análisis de los pacientes derivados desde Atención Primaria a la consulta externa de Geriatría por problemas cognitivos, desde noviembre del 2005 a marzo del 2006. Aplicación de criterios DSM-IV de demencia y deterioro cognitivo leve. Realización de test mentales (MEC-Lobo, Set-test Isaac, Reloj de Watson e IQCODE) y valoración funcional (Barthel basal y en la consulta). Se recogieron datos demográficos (sexo, edad), el motivo principal de la consulta y tratamiento con psicotropos.

Resultados: Se remitieron para valoración cognitiva 72 pacientes, con una prevalencia de mujeres del 68%. La edad media fue de 79 años, con un rango entre 51 y 93. La mayoría no presentaban dependencia funcional, con un Barthel medio basal de 89 (rango 35-100) y un Barthel medio en la consulta de 78 (rango 20-100). El principal motivo de consulta fue la pérdida de memoria (57%), y el deterioro funcional respecto al nivel previo (37%), seguido de agitación psicomotriz (28%), alucinaciones (25%) y delirio (21%). Se diagnosticó demencia en un 57% y deterioro cognoscitivo leve en un 14%. Entre los que presentaban demencia, la media de los test mentales fue: MEC 21, con 5 imposibles de realizar; reloj 6.3, con 7 irrealizables; Set-test 29, con 3 irrealizables e IQCODE 5.65, con 2 no realizables por falta de informador. Los que se diagnosticaron de DCL puntuaron de media: MEC 24.6; reloj 5,7; Set-test 36 e IQCODE 3,97 (con ausencia de 1 cuidador). Los pacientes que cognitivamente estaban normales presentaron las siguientes medias: MEC 27.6; reloj 4.93, con 1 caso irrealizable; Set-test 46 e IQCODE 3.63. Los psicofármacos utilizados fueron: antidepresivos en 49%, fármacos antidemencia en 37%, neurolépticos en 27% y ansiolíticos en 5%. Hasta un 30% recibía tratamiento con 2 ó más psicofármacos.
Conclusiones: *1.* El test del reloj y el IQCODE reflejan puntuaciones patológicas también en indivíduos sin deterioro cognitivo, a los que interesaría seguir en el tiempo y ver su posible evolución a demencia. *2.* En los pacientes con deterioro cognitivo, el Set-test se muestra como el de más fácil realización. *3.* Los criterios de derivación desde Atención Primaria son adecuados (hasta en el 71% de los casos derivados para valoración cognitiva, se constató alguna alteración de funciones superiores). *4.* Los pacientes valorados por deterioro cognoscitivo, mantienen buena situación funcional.

CARACTERÍSTICAS DEL DELIRIUM EN ANCIANOS HOSPITALIZADOS

M. Forcano García[1], M.C. Gorgas Soria[2], P. González[1], P. Montero[1], M.J. Vicente[1] y R. Ibañez[1]
[1]Hospital San José, Teruel, [2]Hospital Sagrado Corazón, Huesca.

Objetivo: Conocer y analizar las variables que intervienen en el delirium del anciano hospitalizado, su desarrollo clínico y tratamientos utilizados.
Material y métodos: Estudio descriptivo retrospectivo, de 50 casos de delirium en ancianos hospitalizados en unidades de media estancia (Hospital San José de Teruel y Hospital Sagrado Corazón de Huesca). Utilización de criterios diagnósticos de delirium DSM-IV-TR y escala CAM. Análisis de las variables demográficas, valoración funcional (Barthel) y mental (Pfeiffer), motivo de ingreso, factores precipitantes, inicio y duración, tipo de delirium, tratamiento y necesidad de restricción física.
Resultados: La edad media fue de 80 años, con un rango entre 58 y 99; similar distribución por sexos (51% mujeres); el 76% residían en la comunidad y un 20% eran analfabetos. El 68% eran dependientes par a las ABVD en el momento del ingreso (Barthel medio de 26,7), aunque el Barthel basal medio era de 82,6. El 72% presentaban Pfeiffer indicativo de deterioro cognoscitivo, y el 48% tenían antecedentes de demencia. El motivo del ingreso fue: el propio delirium (10), ictus (11), reagudización EPOC (6), fractura de cadera (5), enfermedad metastásica (4) y otros (14). El delirium fue de tipo mixto en la mayoría de los casos (46%). El cuadro de delirium se inició de forma previa al ingreso (11); en las primeras 48 h (22); entre 3-7 días (14) y > 1 semana (3). En la mitad de los casos, la duración del cuadro fue inferior a 3 días. Los factores predisponentes fueron: deterioro cognoscitivo previo (48%), inmovilidad (40%), uso de catéteres (20%), y elevada comorbilidad (20%). En todos los casos pudo realizarse un diagnóstico etiológico, identificándose como factores causales: infección (40%), deshidratación (32%), polifarmacia (32%), alteraciones metabólicas (30%), impactación fecal (26%) e ictus cerebral (20%). Requirieron tratamiento farmacológico sintomático el 88% de los pacientes, siendo los fármacos más utilizados: risperidona (20), trazodona (11), haloperidol (11), quetiapina (6), lorazepam (5) y clometiazol (4). En 13 casos fue necesario utilizar más de 1 fármaco. El principal efecto secundario observado fue somnolencia diurna (36%), no constatándose efectos adversos en la mayoría de los pacientes. Únicamente fue necesaria la restricción física en 8 pacientes.
Conclusiones: *1.* Se demuestra relación entre la aparición de delirium y la existencia de deterioro funcional y/o cognitivo. *2.* Buena respuesta del anciano al tratamiento farmacológico del delirium, sin complicaciones por el mismo. *3.* Importancia de protocolos de prevención sobre los ancianos con factores predisponentes de delirium, en el momento del ingreso hospitalario.

ESTUDIO DE PACIENTES CON FIBRILACIÓN AURICULAR CRÓNICA INGRESADOS EN UNA UNIDAD GERIÁTRICA DE AGUDOS

G. Megías Baeza, M. Bermúdez Menéndez de la Granda, F. Pérez Rojas, B. Alvira Rasal y F. Guillén Llera
Hospital Universitario de Getafe, Madrid.

Objetivos: Analizar las características de los pacientes con FAC hospitalizados, las complicaciones asociadas y tratamiento específico.
Material y métodos: Revisión protocolizada (File Maker 5,0) de pacientes ingresados con FAC en la Unidad Geriátrica de Agudos del Hospital Universitario de Getafe durante un periodo de 6 meses del año 2005. Análisis de variables: edad, sexo, situación basal, comorbilidad, tratamiento y posibles etiologías.
Resultados: Se analizaron 133 pacientes con el diagnóstico de FAC, edad media de 86 años, 31,5% varones y 68,5% mujeres. Previamente independientes 15%, con dependencia moderada 58% y dependencia severa 27%.La mayoría de los pacientes vivían en residencia (35%), seguido de hijo/a (17%), rotando (17%), esposo/a (15%), y solo (7%).La mortalidad fue del 16%. Los fármacos más utilizados fueron diuréticos (54%), hipotensores (47%), ansiolíticos (34%), AINES / Analgésicos (25%) y broncodilatadores (23%). Las principales patologías asociadas fueron HTA (79%), IC (51%), Deterioro cognitivo o demencia (47%), ACVA (30%), DM(29%) y EPOC (28%). El 40% estaba en tratamiento anticoagulante, de los cuales el 60% presentaban buena situación funcional y el 81% mental. El 50% estaba antiagregado y el 10% no recibía tratamiento. En tratamiento frenador estaba el 79%, la mayoría con Digoxina (66,6%) y Antagonistas del Ca (22%). Las infecciones fueron el principal motivo de ingreso (49%) seguido de IC (31%), ACVA (14%) y eventos hemorrágicos (6%), de los cuales el 62% estaba anticoagulado. Se llegó al diagnóstico etiológico en un 52%, siendo la causa más frecuente valvulopatía (70%). El 72% presentó complicaciones intrahospitalarias: SCA (17%), IC (15%), Infección (9%) y Hemorragia (7%).De los Anticoagulados,el 30% tenían INR en rango terapéutico, 30% rango bajo y 40% alto, presentando estos últimos hemorragia en el 25% de los casos. Al alta se sustituyó la anticoagulación por antiagregación en el 30% de los casos.
Conclusiones: *1.* La FA tiene una etiología multifactorial fundamentalmente asociada a valvulopatías. *2.* El 40% de los pacientes están en tratamiento anticoagulante, presentando la mayoría buena situación basal previa. *3.* La Digoxina es el tratamiento frenador más utilizado. *4.* Sólo el 30% de los pacientes anticoagulados presentaba INR en rango terapéutico.

VALORACIÓN NUTRICIONAL EN PACIENTES DE UNA UNIDAD DE LARGA ESTANCIA

M. Cuadrado, JM. Núñez, R. Gisbert, M. Brull, I. Sánchez y E. Mulet
Hospital de La Santa Creu, Tortosa.

Objetivos: Valorar el estado nutricional de pacientes de una Unidad de Larga Estancia para determinar el perfil del paciente desnutrido y así poder definir un plan terapéutico adecuado a estos pacientes.
Material y métodos: Se recogieron datos de pacientes de Larga Estancia para realizar un estudio descriptivo: datos demográficos, situación funcional, presencia de úlceras por presión, polifarmacia y determinados fármacos, alcoholismo, patologías crónicas, procesos agudos en los últimos 3 meses, problemas en cavidad oral, tipo de dieta, suplementos nutricionales, patología gastrointestinal y patologías más frecuentes en los pacientes. Asimismo, se recogieron datos analíticos (albúmina, colesterol y linfocitos) y se aplicó en cada caso la escala MNA (Mini Nutritional Assessment) de valoración nutricional.
Resultados: N = 125, varones 33,6% y mujeres 66,4% (la mayoría viudos y solteros). Edad media de 80,3 años. Movilidad: independiente 21,6%, deterioro parcial 6,4%, deterioro total 44%, uso de silla de ruedas 4,8% y caminador 23,2%. Úlceras por presión 15,2%. Incapacidad para autoalimentarse 13,6%. Edéntulo parcial 64,8% y total 32,8%. Prótesis dental 16,8%. Disfagia 13,6%. Patología gastrointestinal 12,8%. Patologías crónicas 83,2%. Procesos agudos recientes 20,8%. Polifarmacia 46,4% (diuréticos 36,8%, laxantes 60,8%, protectores gástricos 60,8%...). Patologías más frecuentes: demencias

64,8% (43,2% de las cuales severas), HTA 54,4%, DM2 24%, insuficienia cardíaca 14,4%, enfermedad cerebrovascular 26,4%, fibrilación auricular 24,8%... Valores bioquímicos: albúmina < 3,5 mg/dL 42,4% y < 3 mg/dL 32,8%, colesterol < 160 mg/dL 38,4%. Índice de masa corporal: < 20 15,2%, 20-25 29,6%, 25-30 32,8%, > 30 22,4%. Respecto al MNA: riesgo de desnutrición 42,4%, desnutrición 20,8%.
Conclusiones: En unidades de larga estancia, la desnutrición es una entidad prevalente entre la población anciana, al asociarse con alta prevalencia de patologías crónicas y polifarmacia, y a un mayor riesgo de mortalidad y complicaciones. Identificar la desnutrición permite una intervención temprana sobre los déficits nutricionales reversibles. Para ello es obligado realizar en la larga estancia una completa valoración nutricional, analizando distintos parámetros (antropométricos, bioquímicos, psicológicos, sociales, escalas...).

ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE DESNUTRICIÓN Y RIESGO DE DESNUTRICIÓN EN UNA UNIDAD DE LARGA ESTANCIA

M. Cuadrado y J.M. Nuñez
Hospital de La Santa Pau, Tortosa.

Objetivos: Analizar las características de la población desnutrida o con riesgo de desnutrición en una Unidad de Larga Estancia y su asociación a diversos parámetros identificables en la clínica diaria.
Material y métodos: Se han definido dos grupos según puntuación de la escala MNA (Mini Nutritional Assessment) como herramienta de valoración del estado nutricional en una Unidad de Larga Estancia. Se han recogido otros parámetros: datos demográficos, situación funcional, presencia de úlceras por presión, polifarmacia y determinados fármacos (diuréticos, corticoides, digoxina, laxantes, antidepresivos, neurolépticos y protectores gástricos), alcoholismo, patologías crónicas, procesos agudos en los últimos 3 meses, problemas en cavidad oral, tipo de dieta, suplementos nutricionales, patología gastrointestinal y patologías más frecuentes en los pacientes. Asimismo, se recogieron datos analíticos (albúmina, colesterol y linfocitos). Se utilizó el software SPSS para el análisis estadístico.
Resultados: N = 125, varones 33,6%, mujeres 66,4%. Edad media de 80,3 años. Riesgo de Desnutrición: 53 pacientes (42,4). Desnutrición: 26 pacientes (20,8%). Se encontraron relaciones estadísticamente significativas (p < 0,05) con: sexo femenino, incapacidad para autoalimentarse, pérdida de actividades básicas de la vida diaria, úlceras cutáneas por presión, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, uso de diuréticos e índice de masa corporal < 20. El índice de masa corporal >30 sólo es significativo para riesgo de desnutrición.
Conclusiones: La desnutrición se ha asociado con la situación funcional, parámetros antropométricos, determinadas patologías crónicas (EPOC) y uso de diuréticos. Sorprendentemente, no hemos encontrado significación estadística con valores analíticos, presencia de demencia o uso de otros fármacos. Finalmente, el resultado de nuestro estudio sugiere que una buena Valoración Geriátrica Integral puede darnos una visión muy aproximada del estado nutricional del anciano.

EL TRATAMIENTO CRÓNICO CON MELATONINA PREVIENE EL DAÑO MITOCONDRIAL EN RATONES CON SENESCENCIA ACELERADA (SAM)

M.I. Rodríguez Lara, A.B. Hitos Prados, F.J. Ortiz García, V. Tapias Molina, G. Escames Rosa y D. Acuña-Castroviejo
Facultad de Medicina. Instituto de Biotecnología, Granada

Objetivos: Estudiar en ratones con envejecimiento acelerado, el daño mitocondrial en corazón y su prevención tras tratamiento crónico con melatonina.
Material y métodos: Se estudiaron ratones SAMP8 con envejecimiento acelerado y ratones SAMR1 controles, a los 5 y 10 meses de edad, distribuidos en los siguientes grupos: a) control (vehículo) a los 5 meses de edad; b) control (vehículo) a los 10 meses de edad, y c) aMT a los 10 meses de edad. Los animales se trataron con 10 mg/kg aMT en el agua de bebida desde el destete (2 meses de edad). Tras el sacrific io, se diseca el corazón y se preparan mitocondrias puras por gradiente de percoll. Se determinaron los niveles de peróxidos lipídicos (LPO), glutation (GSH) y disulfuro (GSSG), glutation peroxidasa (GPx) y reductasa (GRd), actividad GPx/GRd, así como la actividad de los complejos respiratorios I, II, III y IV, respiración, y contenido de ATP.
Resultados: El envejecimiento induce un significativo aumento de LPO y una reducción del índice GSH/GSSG y de las actividades GPx y GRd. La administración crónica de aMT contrarresta esos efectos del envejecimiento, restaurando el equilibrio redox mitocondrial. Además, la aMT contrarresta la disminución de la actividad de los complejos respiratorios que se produce con la edad, aumentando la producción de ATP y el cociente ADP:O.
Conclusiones: Existen evidencias bioquímicas de un aumento del estrás oxidativo en mitocondrias de corazón en ratones SAM a los 10 meses de edad que se acompaña de un déficit bioenergético importante, lo que apoya la teoría mitocondrial del envejecimiento. La administración crónica de aMT desde el destete impide el deterioro de la función mitocondrial asociado al envejecimiento. La administración de melatonina, cuya producción desciende con la edad tanto en animales como en humanos, podría ser beneficiosa para retrasar el estrés oxidativo y daño celular asociados al envejecimiento.

EFECTO DE LA MELATONINA Y ANÁLOGOS SINTÉTICOS FRENTE A LA INDUCCIÓN DE LA NOS MITOCONDRIAL EN EL MODELO DE PARKINSON INDUCIDO POR MPTP EN RATONES

V. Tapias Molina, M. Carretero, M. Chahbouni, M.I. Rodríguez, G. Escames y D. Acuña-Castroviejo
Laboratorio de Radicales Libres. Instituto de Biotecnología, Granada.

Objetivos: Evaluar el potencial neuroprotector in vivo de la melatonina (aMT), su metabolito, N-acetil-5-metoxikinurenamina (AMK) y algunos compuestos estructuralmente análagos a ambos sobre la actividad nNOS/iNOS y NOS mitocondri al inducible (i-mtNOS) y constitutiva (c-mtNOS) en estriado (ST) y sustancia negra (SN) de ratones tratados con MPTP.
Material y métodos: Se emplearon ratones C57/bl/6 de 10-12 semanas de edad, que se distribuyeron en los siguientes grupos: a) control (vehículo); b) MPTP, inyectados con 4 dosis de 15 mg/kg MPTP; c) MPTP+fármaco, iny ectados con 20 mg/kg del compuesto a analizar. Los animales se sacrificaron a las 24 h, y se disecaron ST y SN, que se homogenizaron inmediatamente en frío para preparar fracciones citosólicas y mitocondriales. Se determinaron las actividades enzimáticas de las isoformas de la NOS (iNOS/nNOS) en ci tosol, así como los nitritos (NO), peróxidos lipídicos (LPO) y actividad del complejo I mitocondrial (C-I) en mitocondrias.
Resultados: La administración de MPTP induce un aumento de actividad de la iNOS e i-mtNOS en SN, pero no en ST, junto con un aumento de los niveles de NO y LPO, así como un descenso de la actividad del C-I. La administración de aMT y AMK contrarrestan la inducci ón de iNOS/i-mtNOS, reduciendo el estrés oxidativo mitocondrial y la actividad del C-I a valores controles. De entre los análogos sintéticos analizados, destacan por su eficacia para reducir el daño mitocondrial los compuestos 2-acetamida-4-(3-metoxifenil)-4-ácido oxobutírico, 2-butiramida-4-(3-metoxifenil)-4-ácido oxibutírico y 5-(2'-amino-5'-metoxifenil)-N-ciclopentil-1H-pirrol-2-carboxamida.
Conclusiones: La administración de MPTP induce un aumento de actividad de la i-mtNOS, responsable de la producción de elevadas cantidades de NO y el consiguiente estrés oxidativo y disfunción mitocondri al. La administración de aMT ó AMK neutraliza la activación de la i-mtNOS inducida por el MPTP, normalizando la función mitocondrial y por tanto la bioenergética celular. Algunas de las kinurenaminas mostraron una potencia mayor que la propia melatonina para inhibir la i-mtNOS. Mientras que la nula toxicidad de la aMT hace que ésta pueda ser usada en la clínica en la co-terapia del parkinson, algunos de los compuestos aquí analizados podrían ser susceptibles de ser usados en la clínica una vez se hayan realizado los estudios pertinentes.

DETERIORO COGNITIVO: UN FACTOR PRECIPITANTE DEL MALTRATO GERONTOLÓGICO

M. Lens Villaverde, M. Fernández Prieto y M. Mayán Santos
Escuela Universitaria de Enfermería (USC).

Objetivos: Tomando como definición de maltrato la enunciada en la Segunda Asamblea Mundial sobre Envejecimiento, "cualquier acto único o repetido, o falta de acción apropiada que ocurra en cualquier relación supuestamente de confianza, que cause daño o angustia a una persona de edad" (Madrid, 2002), destacamos la importancia de conocer la interrelación del deterioro cognitivo con el maltrato, que evidencia la importancia del diagnóstico precoz de deterioro cognitivo, demencia y enfermedades neurodegenerativas que con frecuenta provocan este síndrome, como medida de prevención e intervención en el maltrato en personas de edad avanzada.

Material y métodos: Para el desarrollo de este trabajo realizamos una revisión de la bibliografía reciente, posterior al año 2000, en España; utilizando como criterios de búsqueda enfermedad neurodegenerativa, demencia, deterioro y déficit cognitivo, además de maltrato.
Resultados: Entre los cambios que se producen con el envejecimiento repercute especialmente en la calidad de vida del mayor, y su entorno, la pérdida capacidades cognitivas. En este sentido enfermedades neurodegenerativas, como la enfermedad de Alzheimer o como la enfermedad de Parkinson, que en un alto porcentaje también cursan con demencia (DSM-IV-TR, 2002), resultan relevantes puesto que, los déficit cognitivos pueden provocar sentimientos de ansiedad, frustración e incluso ira o pérdida, que inciden en el desarrollo normal de la vida cotidiana, y en muchos casos familiares y círculo próximo no son capaces de entender y afrontar los síntomas. En el estudio de la bibliografía se evidencia la existencia de distintos tipos de maltrato en el mayor, y en cualquiera de ellos el déficit destaca como factor de riesgo para padecer lo. En cuanto a las medidas de intervención, la primera media es la prevención primaria, evitar que se produzca el maltrato, podemos intervenir en el entorno mediante "los programas de acción social y comunitaria están dirigidos a los ciudadanos para que unan sus esfuerzos a los de los poderes públicos y entidades con el fin de mejorar su salud social" (Muñoz, J. Motte, C. A., 2004), trabajar en una mayor especialización en el campo gerontológico (Mayán, 2000) e intervenir sobre el mayor evaluándolo para planificar un posible tratamiento, para su apoyo y el de sus familiares, manteniendo así el mayor tiempo posible su calidad de vida.
Conclusiones: Los servicios orientados al mayor necesitan para una efectiva intervención sobre las capacidades cognitivas, tanto la correcta evaluación de capacidades físicas (oído, vista, tacto), como de las cognitivas, para lo que resulta muy relevante la evaluación clínica neuropsicológica, que nos permite detectar los déficit así como los puntos fuertes del paciente, reduciendo el riesgo de maltrato.

EVOLUCIÓN FUNCIONAL DE LOS PACIENTES CON ACCIDENTE CEREBROVASCULAR (ACV), VALORADOS POR UNA UNIDAD FUNCIONAL INTERDISCIPLINAR SOCIO SANITARIA (UFISS) EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

J.A. Martos, F. Coindreau, S. de las Cuevas y S. Tantinya
Fundació Hospital-Asil de Granollers, Granollers.

Introducción: El accidente cerebrovascular (ACV) es una de las patologías más prevalentes en la población general y anciana en particular. El grado de dependencia que puede ocasionar, moviliza toda suerte de recursos sanitarios y socio-sanitarios, encaminados a disminuir dicho impacto en la calidad de vida del paciente. Las UFISS, disponen de un equipo de profesionales (médico, enfermera, fisoterapeuta y trabajadora social) que trabajan de forma interdisciplinar, favorecen la detección de problemas con la valoración integral (clínica-funcional-cognitiva-social) y su abordaje integral.
Objetivo: Demostrar la efectividad de la valoración integral de las UFISS, para la correcta ubicación de los pacientes y la utilización de los recursos sociosanitarios, así cómo su actitud pronosdotica en la recuperación funcional.
Material y métodos: Estudio descriptivo, sobre 58 pacientes ingresados en el Servicio de Medicina Interna, entre los meses de enero a diciembre de 2005, y su posterior alta del citado Servicio. Se valora el recurso al alta, el índice de Barthel al ingreso y al alta del proceso.
Resultados: de los 58 pacientes 38 fueron hombr4es y 20 mujeres. Los varones tenían una edad media de 76.62 años y las mujeres 79.3años. I Charlson 2.05 sin diferencia entre los sexos. Estancia media en el servicio de MI 17 dias. 11 pacientes presentaban rasgos de deterioro cognitivo en la valoración inicial. No hubo exitus letalis en los pacientes valorados durante su ingreso en MI y 4 exitus en los derivados a la Unidad de Media Estancia (UME). 35 pacientes fueron derivados a la UME y 23 dados de alta de MI. El Indice de Barthel al alta de MI fue de 60 y el de los derivados a UME de 45.El índice de Barthel de los altados desde UME fue de 65 con una estancia media de 22 días. Al alta de MI: L6 pacientes ingresaron en residencia (I. Barthel< 20), 7 pacientes siguieron fisioterapia en Hospital de Dia (I. Barthel60) y 10volvieron a domicilio (I. Barthel > 60).
Conclusiones: La valoración de los pacientes por UFISS permitió, gracias a la valoración integral, la correcta ubicación de los mismos al alta. Así los pacientes dados de alta a domicilio desde MI, tenían en su mayoría I. Barthel > 60, mientras que los que ingresaron en residencia tenían I. Barthel < 20. La banda media de los pacientes con deterioro funcoional (I. Barthel 20-60) fueron derivados a UME, con ganancia funcional evidente, con I. Barthel medio al alta de 65.Por tanto, podemos concluir que las UFISS colaboran racionalizar la utilización de los recursos sociosanitarios.

EFICACIA DE LA VALORACIÓN INTEGRAL PRECOZ DE LOS PACIENTES CON ACCIDENTE CERBROVASCULAR (ACV), INGRESADOS EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

J.A. Martos Gutiérrez, P. Alcalde, S. de las Cuevas y S. Tantinya
Fundació Hospital-Asil de Granollers, Granollers.

Introducción: Dada la alta prevalencia del ACV en la población general y anciana en particular, se hacen necesarios equipos de valoración integral, que bajo la denominación de Unidades Funcionales Interdisciplinares Socio Sanitarias (UFISS), den soporte a los servicios de MI.
Objetivo: Estudiar el impacto de valoración precoz integral de los pacientes afectos de ACV en un Servicio de MI.
Material y métodos: Estudio descriptivo, sobre 58 pacientes ingresados en MI entre los meses de enero a diciembre de 2005 y su posterior alta del citado servicio. Se valora el tiempo de latencia entre el ingreso y la valoración por la UFISS.
Resultados: De los 58 pacientes, 38 eran hombres y 20 mujeres. Los varones tienen una edad media de 76,62 años y las mujeres 79,3 años. I. Charlson 2,05 y estancia media de 17 días. 11 pacientes presentaban rasgos de deterioro cognitivo previo a la presentación del ACV. El tiempo de demora entre el ingreso y la solicitud de valoración integral por parte de la UFISS fue de 8 ± 6 días. Los pacientes valorados a los < 8 del ingreso presentaron como complicaciones: 20% hombro doloroso, 15% disfagia a líquidos, 27% constipación intestinal y 18% broncoaspiración; frente 35% hombro doloroso, 20% disfagia a líquidos, 42% constipación intestinal y 23% broncoaspiración, en los pacientes valorados a más de 8 días del ingreso en MI.
Conclusiones: Gracias a la valoración integral de los pacientes afectos de ACV por la UFISS, integrada por medico, enfermera, fisioterapeuta y asistente social; se objetiva una reducción de la morbilidad en los pacientes, cuanto más precoz es la valoración.

EVOLUCIÓN DE LOS PACIENTES INGRESADOS EN UNA UNIDAD GERIÁTRICA DE AGUDOS, CON EL DIAGNÓSTICO DE TROMBOEMBOLISMO PULMONAR (TEP)

J.A. Martos Gutierrez, F. Coindreau, S. Tantinya y S. de las Cuevas
Fundació Hospital-Asil de Granollers, Granollers.

Objetivo: Valorar las características de los pacientes ingresados en una Unidad Geriátrica de Agudos (UGA) con el diagnóstico de TEP.
Material y métodos: Estudio retrospectivo de pacientes ingresados en la UGA de nuestro Hospital con el diagnóstico de TEP, desde enero a diciembre de 2005. Se incluyen 61 pacientes de los cuales hay 22 varones y 39 mujeres. Se valoran las variables sexo, antecedentes de inmovilidad, neoplasia y trombosis venosa profunda en extremidades inferiores. Se utilizó el análisis de Chi cuadrado, en el paquete estadístico SPSS versión 1.0
Resultados: La presentación clínica típica del TEP (tríada clásica: tos, dolor torácico y hemoptisis) sólo se presentó en el 3.2% de los pacientes. El 29% de los pacientes presentaban concomitantenmente trombosis venosa profunda, el 20% fueron diagnosticados de neoplasia y en el 51% restante no hay antecedente previo. Se objetivo pérdida funcional en los pacientes afectos de TEP al alta de 23 ± 18% en el I. Barthel. No se objetivaron diferencias estadisticamente significativas en cuanto a edad ni sexo.
Conclusiones: El TEP en el paciente anciano se presenta clínicamente con características atípicas, se asocia con un alto nivel de neoplasias asociadas y de inmovilidad previa. Su aparición condiciona una alta mortalidad y un alto nivel de dependencia al alta.

FACTORES DE RIESGO PARA CAÍDAS. LA INFLUENCIA DEL TIEMPO

E. Fernandez Pérez, J.J. Montero Alía, A. Ferrer Roma, M.D. Jiménez González, C. Molina y R. Pérez Villegas
ABS Mataró, Mataró.

Objetivo: Conocer la evolución en el tiempo de los factores de riesgo para sufrir caídas en una población geriátrica ambulatoria.
Material y métodos: Estudio de cohortes prospectivo, 2003 - 2006. Se seleccionaron mujeres mayores de 65 años que asistían por cualquier motivo a la visita de atención primaria en un c entro de salud del Maresme. Se excluyeron hombres por ser un grupo de bajo riesgo

de caídas tras estudio multicéntrico realizado con anterioridad en la comarca, así como pacientes domiciliarios e institucionalizados. Se recogieron variables sociodemográficas y los factores de riesgo para sufrir caí das mayormente reconocidos y fáciles de determinar (caídas previas, alteraciones de la marcha y del equilibrio -con los test de Tinetti y Timed Up&Go-, polifarmacia y psicotropos). Tras dos años de seguimiento se volvieron a realizar los tests y revalorar la situación de riesgo. Para el análisis del los resultados utilizamos la comparación de medias para datos apareados y chi cuadrado cuando se precisó.
Resultados: De un total de 114 mujeres que iniciaron el estudio, 84 lo han finalizado. Las pérdidas de un 26% se atribuyen a éxitus, régimen domiciliario (ATDOM), institucionalizados y causa desconocida. Edad media de 74a (± 5,9 DE). El consumo de fármacos inicial pasó de 3,7 (± 2 DE) a 5,4 (± 2 DE). El tratamiento con antidepresivos y benzodiac epinas no varió. El Timed Up&Go pasó de 8,6 segundos (± 2,8 DE) a 10,6 s (0 ± 4,9DE) (IC95% 2,9-1,1) (p < 0,001). El test de Tinetti pasó de 26,6 puntos (± 2,4 DE) a 25,9 p (± 2,4DE) (IC95% 0,2-1,1).
Conclusiones: Los tests utilizados empeoraron sus resultados tras dos años de evolución, como era de esperar, por la consecuente mayor de edad. Pero el aumento de la polifarmacia resulta destacable y es de agradecer que no aumente la ingesta de psicotropos. Hemos de hacer un esfuerzo para frenar la espiral de consumo medicamentoso en la tercera edad, sin un claro beneficio terapéutico.

PROPUESTA DE ACERCAMIENTO AL SÍNDROME DE DESACONDICIONAMIENTO A TRAVÉS DE LA VALORACIÓN FUNCIONAL

R. López Mongil[1], J. Castrodeza Sanz[2], M. García García[1], S. Jáñez Rodríguez[1], S. Marbán García[1] y G. de la Cruz González[1]
[1]Centro Asistencial Dr. Villacián, Valladolid, [2]Dpto.Medicina Preventiva. Facultad de Medicina, Valladolid.

Introducción. El síndrome de desacondicionamiento (SD), es un problema geriátrico relacionado con la inactividad, el reposo en cama y vida sedentaria. La capacidad de movilización es un indicador de salud y de calidad de vida, por ello se requiere una adecuada valoración clínica, psicológica y funcional.
Objetivos: Determinar la prevalencia del SD, midiéndolo como la necesidad de ayuda o incapacidad de realizar funciones básicas de la vida diaria relacionadas con la movilidad: caminar, realizar traslados cama- silla-bipedestación y subir-bajar escaleras. Estudiar la correlación del SD con la edad y el sexo y cual de las tres funciones es la que más frecuentemente se deteriora para diseñar programas de prevención e intervención.
Material y métodos: Se estudian sólo tres de las funciones analizadas en el test CM 98 de Actividades Básicas de la Vida Diaria, Baremo: 0: Independiente; 1: Precisa ayuda; 2:Dependiente. Consideramos que existe SD con puntuaciones superiores a 3.Se han valorado a 127 residentes en las que se ha analizado el SD. Se procesan los datos mediante paquete estadístico SPSS versión 11, 5-chi cuadrado y t-student Fisher. (licencia UVA)
Resultados: Residentes 127, (41,7% = varones, 58,3% mujeres). Edad: 65 a 103; hombres: 84,25+6,32, mujeres 82,69+8,25. Prevalencia del SD alcanzó el 40,9%, siendo significativamente más frecuente en mujeres (51,4%) que en varones (26,4%). Correlación estadísticamente significativa (0,260, p = 0,003) entre el SD y la edad. En relación a los criterios de valoración del SD, la función de realizar traslados cama-silla-bipedestación presentó globalmente mayor deterioro. En relación al sexo mayor prevalencia de SD en mujeres.
Conclusiones: El SD presenta una mayor prevalencia en mujeres, seguramente se debe a que ingresan en la residencia en peores condiciones que los hombres. El SD es siempre un signo patológico, que puede pasar desapercibido si no se realiza una valoración funcional. No ser superficialmente explicado como consecuencia de la edad. La idea principal es la de evitar el SD por insuficiente movilización, así como el diseño de planes terapéuticos individualizados.

IMPACTO DEL CÁNCER EN UNA UNIDAD GERIÁTRICA DE AGUDOS DE UN HOSPITAL GENERAL

D. Nagore, V. Mazoteras, J. Alonso, J.C. Planas y F. Guillén Llera
Hospital Universitario de Getafe, Madrid.

Objetivos: Analizar incidencia y tipología el cáncer en ancianos ingresados en una Unidad Geriátrica de Agudos (UGA) por patologías agudas, incluidas anemias y síndromes constitucionales. Estudio de variables clínicas, funcionales y sociales.
Material y método: Revisión de ingresos acaecidos en 2005 en UGA del Hospital de Getafe. Análisis de características funcionales, clínicas, comorbilidad, evolución y derivación al alta de los pacientes con diagnóstico de cáncer mediante base de datos File Maker 5.0 y revisión de historias clínicas.
Resultados: Ingresaron un total de 1251 pacientes, que generaron 1.760 ingresos, con una edad media de 85,7 años. Diagnóstico de neoplasia, conocida o no, en 196 pacientes (15,6%): 54% varones; 21% entre 70-79 años, 69% en 80-89 años y 20% >90 años. El cáncer era previamente conocido en 72% de casos. En el total de pacientes con cáncer, causa de ingreso fueron; infección, 33%. anemia-deterioro funcional- s. constitucional, 20%, insuficiencia cardiaca-respiratoria, 15%, enfermedad tronboembólica, 8%. En pacientes con diagnóstico "de novo" el S. constitucional fue la más frecuente (40%) El orden de frecuencia fue: colorectal (22%), próstata (16%), pulmón (12%), vejiga (10%), estómago (10%) y mama (8%). Las comorbilidades más prevalentes fueron HTA, Diabetes y, EPOC. Un 30% tenían un deterioro funcional severo previo y un 11% demencia. Fallecieron en el hospital 31 pacientes (27%). El 48% fueron derivados al programa domiciliario del Servicio, el 8% a Unidades de Paliativos.
Conclusiones: *1.* El cáncer afecta al 15,6% de pacientes ingresados en una UGA. *2.* el 20% tenían más de 90 años. *3.* Solo en el 28% de casos no era previamente conocido. *4.* El cuadro constitucional fue el principal motivo de ingreso en los casos no conocidos y las infecciones en el total. *5.* El cáncer colorectal fue el más prevalente, seguido de próstata, pulmón, vejiga, estómago y mama. *6.* El 48% de los pacientes fue derivado a programa domiciliario.

EVOLUCIÓN DE INDICADORES CLINICOS Y ASISTENCIALES EN UNIDADES GERIATRICAS DE HOSPITALIZACIÓN DE AGUDOS. ANÁLISIS DE CATORCE AÑOS DE FUNCIONAMIENTO

F. Perez Rojas, J. Alonso, B. Alvira, C. Castro, JC. Planas, R. Petidier y F. Guillén Llera
Hospital Universitario de Getafe, Madrid.

Objetivo: Analizar los profundos cambios que, en los últimos años, se han producido en la tipología de pacientes ancianos que ingresan en Unidades Geriátricas de Agudos (UGA) de Hospitales Generales.
Material y métodos: Revisión de la base de datos (File Maker Pro 5.0) que, desde 1991, es actualizada diariamente en la UGA del Hospital Universitario de Getafe. Análisis de variables referidas a edad de ingreso, estancia media, tasa de reingresos, situación funcional previa, modos de convivencia y mortalidad.
Resultados: En los últimos catorce años el número de ingresos ha pasado de 900 / año a 1.760, con picos, variables, en los meses de noviembre a febrero. La edad media de ingreso ha crecido desde 79,5 años a 85,5. La tasa total de reingresos (igual o diferente diagnóstico sin límite de tiempo) ha oscilado entre el 47% y el 53%; para menos de 90 días entre el 18% y 22% total y entre el 12% y el 14% para el mismo diagnóstico. El deterioro funcional severo (ECR 4-5) previo al ingreso se ha incrementado en lo físico del 8 al 30$% y en lo mental del 4% al 12%. La estancia media anual ha caído de 12 a 8-9 días y la mortalidad ha aumentado del 10% al 15%. En los últimos cinco años la tasa de pacientes remitidos desde Residencias ha crecido desde un 12% hasta un 27% Las interconsultas hospitalarias han pasado de 220 pacientes/año a 530, siendo el Servicio de Traumatología, con casi el 50% de las mismas, el máximo solicitante.
Conclusiones: *1.* Claro aumento de actividad, con un 100% más de ingresos y mayor solicitud de interconsultas desde otros servicios., *2.* Incremento de 0,5 puntos/año en la edad media de ingresos. *3.* Moderado aumento de la mortalidad global y del numero de reingresos totales. *4.* Descenso de la estancia media, con ligero repunte en los últimos años. *5.* Neto incremento de las tasas previas de incapacidad severa, cuadriplicando la física y duplicando la mental. *6.* Notable aumento de pacientes remitidos desde Residencias de Ancianos, que originan un 27% de los ingresos

PERFIL DE PRESCRIPCIÓN 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: Conocer el consumo farmacológico de los ancianos institucionalizados y el perfil de prescripción de los facultativos encargados de la asistencia de éstos.

Material y métodos: *1)* Se analiza el consumo farmacológico de 6273 usuarios institucionalizados en centros públicos gestionados por el Servicio Regional de Bienesar Social de la Comunidad de Madrid. *2)* Se estudia el perfil de prescripción de los 48 Facultativos que prestan asistencia a las 25 residencias públicas del S.R.B.S. *3)* 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. *4)* 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). *5)* Criterios de Inclusión: Haber sido prescriptor mediaqnte CIAS autorizado, durante el período (2003-2004).
Resultados: *1)* No existe una distribución racional ni equitativa de Residencias, Usuarios ni Facultativos por Áreas Sanitarias. *2)* 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. *3)* 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. *4)* El consumo total es de 451.121 recetas/año que supone 72 recetas/usuario/año y 6 recetas/usuario/mes. *5)* Los Grupos Terapéuticos más consumidos son: N (Nervioso) 25%, A (Alimentario-Metabolismo) 19%, C (Crdiovascular) 18%, B (Sangre-ematopoyético) 8,5%, R (Respiatorio) 7%, Y (Efectos-Accesorios) 6%, M (Musculoesquelético) 4,5%. *6)* Los Subgrupos Terapéuticos más consumidos son: N (Anilinas) 9%, Y (Efectos-Accesorios) 6%, A (Inhibidores Bomba Protones)5%, C (Sulfona- midas) 4%, N (Benzodiazepinas) 4%, N (Pirazolonas)3%,B(Antiagregantes) 3%, A (Laxantes Osmóticos) 3%. *7)* Los Grandes Grupos Clínicos más determinantes del consumo son: N(Analgésicos) 13%, C (Antihipertensivos) 12%, N (Psicofármacos) 9,5%, A (Antiulcerosos) 9%, A (Digestivo) 6,5%, Y (Efectos-Accesorios) 6%, B (Anticoagulantes + Antiagregantes) 4,5%, R(Antiasmáticos) 3,5% y J (Antibióticos) 3%. *8)* 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. *9)* Existe imprecisión-ligereza en afirmaciones que arrojan que el 30-50% de la prescripción corresponde a Psicofármacos. *10)* 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) *7)* EL 90% de la prescripción corresponde a SIETE GRUPOS TERAPÉUTICOS (N,A,C,B,R,Y,M).

EVOLUCIÓN DEL CONSUMO Y GASTO FARMACÉUTICO EN ANCIANOS INSTITUCIONALIZADOS EN UNA DÉCADA (1995-2004)

P. Ramos Cordero[1], D. Trinidad Trinidad[1], J. Romero Vadillo[1], J.P. Gómez Fernández[1], J.G. Alastruey Ruíz[1], T. López Tierno[1], J.A. Rodríguez Blanes[1] y P. Pérez Cayuela[2]
[1]Servicio Regional De Bienestar Social, Madrid. [2]Dirección General de Farmacia, Madrid.

Objetivos: *1)* Analizar el consumo y gasto farmacéutico en ancianos institucionalizados a lo largo de 10 años. *2)* Conocer el consumo y gasto por usuarios.
Material y métodos: - Se compara el perfil del consumo e importe de 6.273 usuarios institucionalizados en centros públicos gestionados por el Servicio Regional de Bienesar Social de la Comunidad de Madrid. Se estudia el perfil prescriptor de los 48 Facultativos que prestan asistencia a las 25 residencias públicas del S.R.B.S. Se realiza un estudio descriptivo comparativo de la prescripción a lo largo de UNA DÉCADA (1995-2004) 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 comparativo (1995 y 2004).
Resultados: Se analiza el perfil de los 27 y 48 facultativos, que atienden a 4.554 y 6.273 residentes respectivamente en 1995 y 2004. Encontrando 17 Residencias en 1995 frente a 25 Residencias en 2004. Este fenómeno es futo de las transferencias de Servicios Sociales de 1996. La Edad Media es de 83,25 (65-104) en 1995 y de 84,56 (61-107) años en 2004. El 80% de la muestra es mayor de 80 años en 1995 frente al 75% en 2004. En ambos casos el 71% Mujeres y 29% Hombres. Los niveles de Autonomía/Dependencia son muy similares en ambos períodos: 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 en ambos períodos. El consumo medio de receta/usuario/mes es de 5,50 en 1995 y de 5,90 en 2004. El importe medio por receta es de 10,5 Euros en 1995 frente a los 12,70 Euros en 2004. La prescripción por Grupos Terapéuticos presenta gran estabilidad a lo largo de la década, siendo los grupos N (Nervioso), A (Alimentario-metabolismo) y C (Cardiovascular) los más consumidos. Representando el 50-55% del consumo. El único Grupo que ha sufrido variación significativa ha sido el J (Antibióticos) con un descenso del consumo > 3,5%. En cuanto al importe existen diferencias significativas entre 1995 y 2004 para los siguientes Grupos: C (Cardiovascular) 26% del importe frente al 18,5% Grupo A (Alimentario-Metabólico) 22% frente al 16,5%, J (Antibióticos) 10% frente al 5%. Por contra el Grupo N (Psicofármacos) suponía el 12%, ha pasado al 20% actual. Si analizamos el consumo e importe por Subgrupos Terapéuticos encontramos Subgrupos que han descendido ostensiblemente ambos como: C (Vasodilatadores), A (Anti H2), A (Antiácidos)y J (Cefalosporinas); frente a otros Subgrupos que han aumentado ambos como: A(Inhibidores de Bomba Protones), B (Antiagregantes), V (dietoterapia, N (Antidepresivos IRSS) e Y(Efectos-Accesorios); y por último existen Subgrupos que sin haber aumentado su consumo, e incluso descendiendo ligeramente han subido ostensiblemente en cuanto a importe N (Neurolépticos)
Conclusiones: *1)* El perfil de prescripción es muy estable en cuanto a grupos de mayor consumo, salvo para el Grupo J(Antibióticos) (-3%). *2)* El importe sufre diferencias significativas para los Grupos: C (-7,5%), A(-5,5%) y J(-5,5%) frente a N(+8%) e Y(+3%). *3)* El consumo por Subgrupos Terapéuticos ha sufrido variaciones significativas en: C(Vasodilatadores) (-3,5%) y A(Anti H2) (-3%), frente a A(Inhibidor Bomba Protones) (+3,5%). *4)* El importe por Subgrupos Terapéuticos ha presentado variaciones significativas, descendiendo ostensiblemente en C(Vasodilatadores) (-7%) y A(Anti H2) (-6%) frente al aumento de A(Inhibidor Bomba Protones) (+3%), V(Dietoterapia) (+6%), N(Neurolépticos) (+3%) y N(Antidepresivos IRSS)(+2,5%).

ANÁLISIS BROMATOLÓGICO DE LA DIETA TRITURADA EN RESIDENCIAS: CONTENIDO EN MACRONUTRIENTES Y FIBRA

P. Ramos Cordero[1], D. Trinidad Trinidad[1], J.P. Gómez Fernández[1], J.G. Alastruey Ruíz[1], E. Cebrián Royuela[1], I. Salgado Arias[1], A. Toral Revuelta[1] y J.R. Martínez Álvarez[2]
[1]Servicio Regional De Bienestar Social, Madrid. [2]Universidad Complutense de Madrid, Madrid.

Objetivos: Conocer la composición y estructura de la dieta basal sometida a modificaciones en densidad (Triturada) en residencias. Analizar cuantitativa y cualitativamente los macronutrientes y la fibra 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 estudidado 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 contenido en macronutrientes y fibra. Se lleva a cabo una estimación de las necesidades de macronutrientes y fibra mediante las dietas trituradas de comida y cena.
Resultados: La dieta modificada en densidad o textura es seguida por un 23% de los residentes. La proporción de macronutrientes en el

aporte energético es muy desequilibrada: Proteínas 25%,Lípidos 38% e Hidratos de Carbono 37%. 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 Kilocal., 28 gr. de proteínas, 25 +/-5 gr. de Lípidos, 100 +/- 10 gr. de Carbohidratos y 10 gr. de Fibra. El aporte proteico a expensas de la dieta triturada, es menor de 28 gr./día en cinco centros, en los límites de la normalidad en seis centros y por encima del referido dintel en catorce centros. El promedio de todos los centros es de 37 gr./día. No existen diferencias significativas en el contenido protei- co de centros que utilizan productos exclusivamente naturales frente a los que utilizan productos o complementos comerciales. El aporte de grasas a expensas de la dieta triturada excede de los límites en seis centros, es normal en nueve centros y en los nueve restantes no llega a los niveles requeridos. El promedio de todos los centros es de 26,36 gr/día. El aporte de hidratos de carbono a expensas de la dieta triturada es deficiente en todos los centros, siendo el promedio extremadamente bajo 48,25 gr/ día. El contenido de fibra tan sólo llega a los niveles recomenda- dos en cinco centros, siendo en los demás muy deficiente.
Conclusiones: *1)* Pese a que las Proteínas supongan un 25% en el aporte energético, no pueden descender su contenido absoluto por riesgo de caer por debajo de los 28 gr/día en once centros. *2)* Es preciso revisar y establecer unos procedimientos de elaboración que mejoren la densidad proteica para sí poder conseguir un aporte > 28 gr/día con raciones de 400-500 gr. *3)* 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 proteicos adecuados e inadecuados. *4)* Pese a que los Lípidos suponen el 38% en el aporte energético, no pueden descenderse más que en nueve centros que resultan excedentes, por riesgo a descender el aporte calórico. *5)* Es preciso enriquecer la dieta a expensas de Hidratos de Carbono Complejos. *6)* Es necesario enriquecer la dieta en fibra

ANÁLISIS BROMATOLÓGICO DE LA DIETA TRITURADA EN RESIDENCIAS: CONTENIDO EN MICRONUTRIENTES Y VITAMINAS

P. Ramos Cordero[1], D. Trinidad Trinidad[1], J.P. Gómez Fernández[1], J.G. Alastruey Ruíz[1], O. Álvarez López[1], M.I. Álvarez Moreno[1], J. De Miguel Arroyo[1] y J.R. Martínez Álvarez[2]
[1]Servicio Regional De Bienestar Social, Madrid. [2]Universidad Complutense De Madrid, Madrid.

Objetivos: *1)* Conocer la composición y estructura de la dieta basal sometida a manipulaciones en su densidad (triturada) en residencias. *2)* Analizar cuantitativa y cualitativamente lis micronutrientes y algunas vitaminas de la misma. *3)* Aplicar procesos de mejora en función de los resultados.
Material y métodos: Se procede a efectuar un análisis bromatológico de la dieta triturada de las residencias públicas de la Comunidad de Madrid, gestionadas 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 (DOS DE CARNES Y DOS DE PESCADOS), del menú en vigir durante un mes, de forma aleatoria y sin preaviso a los centros. Se analiza el contenido en micronutrientes y vitaminas. Se efectúa una estimación de las necesidades de micronutrientes y vitaminas en la dieta triturada de la comida y cena.
Resultados: *1)* La dieta modificada en densidad o textura es seguida regularmente por un 23% de los usuarios. *2)* La estimación llevada a cabo en las raciones de dieta triturada de comidas y cenas excluyendo los postres, ha de aportar el 60% del valor energético de la dieta y los siguientes micronutrientes y vitaminas: Hierro (4,25-5 mg/día), Calcio (400-450 mg/día), Magnesio (125 mg/día), Cinc (6,25 mg/día), Vitamina A (312 microgr/día), Vitamina B1 (0,375 mg/día), Vitamina B2 (0,50 mg/día) y Ácido Fólico (83 microgr/día). *3)* El aporte de Hierro es dispar entre los centros, oscilando entre 1,56 mg/día hasta los 7,52 mg/día, con una media en todos los centros que ronda la normalidad, de 4,26 mg/día. *4)* El aporte en Calcio es dispar en los centros y muy bajo, con rangos que van desde 54 a 215 mg/día en la ración triturada; si bien las restantes ingestas (desayunos, meriendas y postres lácteos o derivados) ricos en calcio, aún son insuficientes para cumplimentar los requerimientos diarios. *5)* El aporte de Magnesio oscila entre 31 y 87,62 mg/día, no llegando a los requerimientos básicos a expensas de dieta triturada en ningún caso. *6)* El aporte de Cinc oscila entre 0,75 a 3,70 mg/día, no cubriendo los requerimientos mínimos a expensas de dieta triturada. *7)* Los requerimientos de Vitamina A a expensas de dieta triturada solamente son cubiertos en un centro. *8)* La Vitamina B1 y B2 presenta un aporte dispar, adecuado en el 50% de los centros estudiados, encontrando que su aporte medio cumple con los requerimientos mínimos. *9)* El Ácido Fólico presenta un aporte bastante homogéneo entre los centros, si bien tan sólo en un centro se acerca a los requerimientos mínimos.
Conclusiones: *1)* El aporte de micronutrientes es general deficitario, precisando seguimientos en la población que permitan corregir precozmente los déficits. *2)* Es necesario implementar el aporte de calcio mediante la ingesta complemenaria de 1-2 raciones de lácteos o derivados suplementarias al día. *3)* Es preciso chequear el aporte vitamínico de forma periódica a fin de corregir los posibles déficits de este grupo de población institucionalizada sometidas a dietas modificadas en textura o densidad.

VALORACIÓN DEL ESTADO DE SALUD BUCODENTAL EN ANCIANOS INSTITUCIONALIZADOS

P. Ramos Cordero, D. Trinidad Trinidad, J.P. Gómez Fernández, J.G. Alastruey Ruíz, S. Barrio Gutiérrez, M.I. Vázquez García y A.M. Rincón Cortés
Servicio Regional De Bienestar Social, Madrid.

Objetivos: Conocer el estado de salud bucodental del colectivo de ancianos institucionalizados y determinar las necesidades y el tipo de atención de dicho colectivo.
Material y métodos: *1)* Se implanta un programa de Salud Bucodental para Mayores Institucionalizados en todas las Residencias del Servicio Regional de Bienestar Social de la Comunidad de Madrid. *2)* Se trata de un Programa de implantación gradual, en el que cada año se valoran 4-5 centros residenciales dependiendo del tamaño de éstos. *3)* En este PRIMER AÑO, se analiza la salud oral de 367 ancianos institucionalizados en CUATRO centros residenciales. *4)* Se valora la Salud Bucodental según el cuestionario de la OMS modificado. *5)* Se realiza un estudio descriptivo de los problemas detectados y se determinan la resolución de la mismos. *6)* Criterios de Exclusión: residentes o familiares en el caso de los que carecen de capacidad de autogobierno, que formalicen su negativa expresa a ser valorados.
Resultados: *1)* Se valora la salud bucodental a 367 residentes con Edad Media de 84 años. El 70% Mujeres y 29% Hombres. *2)* Encontramos que 110 usuarios (30%) presentan algún problema de salud oral, 4 usuarios presentan problemas de salud extralimitados a la cavidad oral o dientes, pero que se detecta-ron en el programa de salud bucodental y 253 usuarios (69%) no presentan problemas de salud bucodental que requieran alguna intervención. *3)* Cuando se estudian los problemas de salud bucodental detectados en los 110 usuarios encontramos: Restos Radiculares: 74, Caries Dental o de Cuello: 15, Periodontitis: 1, Fístula Dental: 1, Fractura Dental: 2, Epulis Figurado: 1, Úlceras Traumáticas: 13, Estomatitis Protésica: 11, Candidiasis: 5, Queilitis: 2, Boca Ardiente: 3, Sarro-Cálculo: 2, Leucoplasia: 3 y Tumor: 1. *4)* De todos los procesos detectados, el 71,50% podrían ser resueltos en el propio centro a través de consulta especializada Odontológica y el 29,50% requerirían abordaje externo en clínica dental o bien en ámbito hospitalario. *5)* El tipo de intervención que se precisa es el siguiente: Exodoncias de restos radiculares o dientes: 80, Candidiasis o Estomatitis protésica: 10, Tratamiento de Úlceras: 13, Obturación de Caries: 8, Rebasado de Prótesis: 16, Prótesis: 8, Limpieza de Caries-Sarro: 12. *6)* Existen 24 procesos que requieren seguimiento especialmente: Úlceras: 13, Leucoplasias: 3, Tumor, Adenopatía: 1, Nevus: 1, Boca Ardiente: 3, Epulis: 1 y Algias Faciales: 1.

ANÁLISIS FACTORES DE RIESGO VASCULAR DENTRO DEL GRUPO DE POBLACIÓN "MUY" ANCIANA ATENDIDA EN ATENCIÓN PRIMARIA

F.J. Martínez Quílez, L. González Gil, E. Arroyo Cardona, M. Díez-Caballero Múrua y E. Duaso Magaña
Grup de Treball de La Gent Gran- Mutua Terrassa, Terrassa

Objetivo: *1.* Identificar factores de riesgo de Riesgo Cardiovascular (FRCV) en población mayor de 74 años. *2.* Identificar nuestros determinantes de actuación, ante la ausencia de protocolos o recomendaciones específicas, para este grupo poblacional.
Material y método: Estudio observacional retrospectivo a partir de los factores de riesgo registrados y la revisión de las actuaciones rea-

lizadas durante los 2 últimos años en la historia clínica de atención primaria de los pacientes mayores de 74 años de 4 cupos de un centro atención primaria de ámbito urbano. Resultados procesados a partir del sistema estadístico SPSS 13.0.
Resultados: Fueron valorados 683 pacientes con una edad media de 80,85 años, el 62,3% mujeres. Un 83.6% presenta algún FRCV: uno 32,5%; dos 29`0%; tres o más 22,2%. Con un frecuencia de los distintos FRCV: 64% HTA; 45,3% DLP –sólo en tratamiento farmacológico el 20%-; 28.4% DM; 24.8% obesidad; 26.1% historia de tabaquismo. Encontrándose patología vascular de base en un 26.7`%, (cerebrovascular 15,5%; cardiopatía isquémica 13.0%; y vasculopatía periférica 5,4%). Se han realizado actividades preventivas, (determinación glicemia, determinación niveles lipídicos, tomas de presión arterial, consejo dietético, consejo antitabáquico, control de peso, etc.), a un 78,7%. Resultando que la actuación de los profesionales está influenciada el número de FRCV ($p < 0,01$), y el tipo de patología vascular ($p < 0,03$) que presentan, pero además también los está por la edad ($p < 0,01$) de los mismos.
Conclusiones: *1.* Un 83,6% de las personas mayores de 74 años de nuestra población presenta algún FRCV. *2.* El principal factor de riesgo es la HTA. 3. Hay una fuerte relación entre FRCV y presencia de enfermedad vascular. *4.* La patología asociada más frecuente es la cerebro-vascular. *5.* La edad del paciente, además de la presencia de FRCV o enfermedad vascular, determina la actuación de los profesionales. *6.* Se deberían de desarrollar pautas de actuación específica para este grupo poblacional

ESTUDIO DE LA PREVALENCIA DE SUJECIONES FÍSICAS Y SUS TIPOS ENUNA POBLACIÓN DE PERSONAS MAYORES INGRESADAS EN RESIDENCIAS

J.G. Alustrey Ruíz, D. Trinidad Trinidad, P. Ramos Cordero, J.P. Gómez Fernández, C. Galán Cabello y O. Álvarez López
Servicio Regional de Bienestar Social, Madrid.

Introducción: El uso de sujeciones físicas en los centros residenciales de personas mayores es controvertido en la actualidad. Es necesario conocer la prevalencia de los diferentes tipos de sujeciones y su forma de uso para poder delimitar con criterios de calidad su empleo.
Objetivo: Conocer la prevalencia real de uso de distintos tipos de sujeciones físicas en las distintas residencias del Servicio Regional de Bienestar Social de la Comunidad de Madrid.
Material y método: Se realiza un estudio descriptivo transversal de la prevalencia de distintos tipos de sujeciones físicas para el conjunto de residentes ingresados en las 24 residencias del Servicio Regional de Bienestar Social de la Comunidad de Madrid. Se emplea como base de datos el sistema de valoración de residentes "Clasificación Funcional de Residentes (C.F.R.)", adaptación del sistema RAI-NH. La población estudiada es de 5211 residentes con distintos niveles de dependencia: 76,85% autónomo o con dependencias leves; 7,08% dependencia moderada; 7,08% dependencia severa y 9,00% dependencia muy severa.
Resultados: El 19,92% de la población analizada utilizaba algún tipo de sujeción. La técnica más empleada son las barandillas completas bilaterales (17,46% de la muestra), a di ario o no. Otros tipos de barandillas se utilizan en el 2,32% de los usuarios. Otros dispositivos empleados son: restricciones de tronco (4,20%), sillas de sujeción (4,72%) y en menor frecuencia dispositivos de restricción de miembros (0,56%). El 13,64% utiliza solo un tipo de dispositivo, 4,66% dos, 2,07% tres y 0,19% cuatro.
Conclusiones: El empleo de sujeciones físicas en el SRBS presenta una prevalencia similar a la descrita en otros estudios dirigidos a poblaciones similares. Estas cifras ayudan a determinar con mayor precisión las acciones encaminadas a mejorar y delimitar el uso de sujeciones para usuarios de centros residenciales, así como el empleo de medidas que eviten en lo posible su empleo.

DISCRIMINACIÓN NEGATIVA EN ATENCIÓN SANITARIA: EL PACIENTE PALIATIVO NO ONCOLÓGICO

P. González, P. Cantín y M. Forcano
Hospital San José de Teruel.

Introducción: La mayoría de los individuos en nuestra sociedad fallecen por enfermedad crónica a edad avanzada. Actualmente los cuidados paliativos son prácticamente privativos del paciente terminal oncológico (PTO). El enfermo terminal, sea cual sea su patología, debe ser objeto de una atención integral, que incluya el control sintomático.
Objetivos: Analizar las similitudes entre PTO y no oncológicos (PTNO) que ingresan en el Hospital San José (HSJ) de Teruel; analizar específicamente el perfil del paciente crónico pluripatológico en situación de terminalidad; comparar la eficacia del control sintomático en ambos grupos de pacientes.
Material y método: Análisis retrospectivo de las historias clínicas de los exitus del HSJ entre 1/1/05 y 30/6/05.
Resultados: Se produjeron 83 exitus. El 62,65% eran varones, de edad media 82,66 ± 8,08 años. La estancia media fue de 20,95 días. Fueron derivados desde Urgencias (38,56%), planta del Hospital Obispo Polanco (28,92%), Atención Primaria (16,87%), ESAD (10,85%) y residencia asistida (2,41%); 1 caso procedía del Hospital de Alcañiz. El 77,11% de los pacientes residía en su domicilio, siendo el 56,63% dependiente para las ABVD (índice de Barthel <60), 25,31% parcialmente dependiente (IB 60-80), y el 18,08% autónomo (IB>80). El diagnóstico principal era cáncer en 30,12% de los casos, demencia en 19,28%, enfermedad cerebrovascular (ECV) en 18,08%, ICC refractaria en 12,05%, pluripatología crónica invalidante en 9,64%, EPOC en 3,62%, insuficiencia renal crónica (IRC) en 2,41%, y enfermedad de parkinson (EP) y cardiopatía isquémica en el 1,21%. El PTO tenía una edad media de 77,25 años, 4,125 diagnósticos/paciente, y 12,75 días de estancia media; el PTNO era mayor (85,20 años), padecía 6,81 enfermedades por término medio y permanecía más tiempo en el hospital (23,6 días). Los síntomas detectados (% PTO vs % PTNO) fueron: dolor (76/43), astenia (76/48), anorexia (60/57), disnea (39/52), ansiedad (12/5), náuseas/vómitos (2/15), agitación (20/28), fiebre (8/36), tristeza (4/9), insomnio (0/9). Recibieron tratamiento eficaz para los síntomas el 100% de los pacientes cuyo diagnóstico principal era cáncer, EPOC o IRC; 62,5% de los pluripatológicos; 60% de las ECV y 50% de las ICC y demencias.
Conclusiones: *1)* La prevalencia e intensidad de síntomas es similar en PTO y PTNO. *2)* El tratamiento sintomático no es equivalente en ambos tipos de paciente (dificultad de tomar decisiones ante pacientes sin pronóstico fijado en tiempo). *3)* Deberíamos considerar la situación de terminalidad en pacientes de edad avanzada con patología crónica invalidante e índice de comorbilidad elevado sin posibilidades de respuesta razonables al tratamiento. *4)* Para realizar un pronóstico vital lo más acertado posible es preciso realizar una valoración geriátrica integral del paciente. Los cuidados paliativos deben considerarse como un continuum, y no como exclusivos de la fase agónica de la enfermedad.

ESTUDIO COMPARATIVO DE FRACTURAS DE CADERA EN ANCIANOS ENTRE EQUIPO DE ORTOGERIATRIA Y TRATAMIENTO CONVENCIONAL EN EL COMPLEJO HOSPITALARIO DE TOLEDO.

A. Blanco Orenes, M.A. De La Torre Lanza, C. Murillo Gayo, F. Madruga Galán, A. Murciano Rosado y J.A. Mellado Gutierrez
Hospital geriátrico Virgen del Valle, Toledo

Introducción: La fractura de cadera (FC) genera alta morbimortalidad en el anciano así como graves consecuencias funcionales, sociales y de coste sanitario. La incorporación de geriatría desde la fase aguda de la fractura intenta disminuir tales consecuencias
Objetivo: Efectividad de un equipo de ortogeriatría (1 geriatra a tiempo completo) en un servicio de traumatología, evaluando la reducción de estancia media, interconsultas a otros servicios, tiempo prequirúrgico, mortalidad, reingresos y aumento de pacientes rehabilitados.
Material y métodos: Se diseña un estudio de casos y controles retrospectivo mediante recogida de datos en historia clínica y llamada telefónica posterior en pacientes con fractura de cadera mayores de 70 años ingresados en servicio de traumatología en el período comprendido entre Mayo 2002-03 (etapa pregeriatría) y Mayo 2003-04(etapa con geriatría). Se recogen las siguientes variables: edad, sexo, tipo de fractura, estancia media, nº de interconsultas, tiempo prequirúrgico, porcentaje de rehabilitados, mortalidad intrahospitalaria y al año, reingresos a los 6 meses.
Resultados: Etapa pregeriatría versus geriatría: total FC: 383/454, seguimiento al año: 345/414. Edad media: 83,2/84,8 años. Sexo. 79,5% /78,42% mujeres; 20,5% /21,58% hombres. Mortalidad intrahospitalaria: 5,2%/2,9%; mortalidad al año: 29,5%/24,3%. Tiempo prequirúrgico: 4,02 /2,67días. Reingresos a los 6 meses: 42%/34,4%. Re-

habilitados: 24%/45%. Estancia media 10,55/8,2 días. Nº de interconsultas por paciente en el ingreso: 1,55/0,10.
Comparadas ambas etapas mediante χ^2 con un grado de libertad para variables cualitativas hay una menor mortalidad intrahospitalaria ($p < 0,05$), un menor nº de reingresos a los 6 meses ($p < 0,01$), mayor nº de pacientes rehabilitados ($p < 0,0001$) en el grupo de pacientes seguidos por equipo de ortogeriatría con significación estadística.
Comparadas ambas etapas mediante t de student para medias, existe hay menor estancia media ($p < 0,01$), menor tiempo prequirúrgico ($p < 0,05$) y menor nº de interconsultas ($p < 0,001$) con significación estadística.
Conclusiones: La presencia de geriatría en un servicio de traumatología respecto al tratamiento convencional supone: disminución estancia media, mortalidad intrahospitalaria, reingresos a los 6 meses, interconsultas por paciente, tiempo prequirúrgico y aumento de pacientes rehabilitados con significación estadística. También se observa disminución de mortalidad al año, pero sin alcanzar significación estadística, probablemente debido al tamaño muestral.

EXPERIENCIA DE UN EQUIPO DE ORTOGERIATRÍA EN PACIENTES ANCIANOS EN SERVICIO DE TRAUMATOLOGÍA DURANTE TRES AÑOS EN EL HOSPITAL VIRGEN DE LA SALUD DE TOLEDO

M.A. de La Torre Lanza, A. Blanco Orenes, F. Madruga Galán, M. Araujo Ordoñez, C. Rosado Artalejo y J.E. Muñoz Escalona
Hospital Geriátrico Virgen del Valle, Toledo.

Introducción: Dada la alta prevalencia de patología osteoarticular en al anciano ingresados en servicio de traumatología, sobre todo fracturas de cadera, y las consecuencias a nivel de morbi-mortalidad y coste sanitario se crea un equipo ortogeriátrico para manejo integral y gestión de casos en pacientes mayores de 70 años.
Objetivos: Conocer las características de los pacientes seguidos a lo largo de tres años y evaluar la utilidad del equipo ortogeriátrico.
Material y métodos: Se diseña un estudio descriptivo transversal mediante recogida de datos en historia clínica de los pacientes mayores de 70 años ingresados a cargo de traumatología durante los años 2003-04-05.
Se recogen las siguientes variables: nº total de pacientes, edad, patología, estancia media, mortalidad intrahospitalaria, porcentaje de rehabilitados.
Resultados: nº total de pacientes seguidos: 2048 (año 2003); 2342 (año 2004); 2523 (año 2005).
Datos referentes a fracturas de cadera: Nº total de fracturas de cadera: 370 (2003;) 474 (2004); 518 (2005).Edad media global de fractura de cadera: 85,5 años. Estancia media: 10,4 días (2002-etapa pregeriatría); 8,2 días (2003); 7,1 días (2004); 6,05 (2005). Nº de camas en traumatología: 64 camas (2002), 50 camas (2005)
Pacientes rehabilitados: 24% (2002-etapa pregeriatría); 45%(2003); 4% (2004); 61% (2005). Mortalidad intrahospitalaria: 5,21% 2002-etapa pregeriatría); 3,26% (2003); 3,18% (2004); 3,11% (2005).
Conclusiones: *1)* Envejecimiento de la población y aumento progresivo del número de casos de fracturas de cadera en ancianos. *2)* La creación de un equipo de ortogeriatría ha supuesto: *a)* descenso de la mortalidad intrahospitalaria respecto a la etapa previa. *b)* disminución de estancia media, y en consecuencia descenso del nº de cama a cargo de traumatología. *3)* Aumento del nº de pacientes rehabilitados. *4)* El manejo interdisciplinar (anestesia, traumatología, rehabilitación, geriatría) es clave en el tratamiento integral de la fractura de cadera, ejerciendo el geriatra como coordinador principal.

DESARROLLO DE SINDROME CONFUSIONAL AGUDO EN PACIENTES MAYORES DE 65 AÑOS CON FRACTURA DE CADERA SIN DEMENCIA EN EL COMPLEJO HOSPITALARIO DE TOLEDO

M.A. de la Torre Lanza, A. Blanco Orenes, E. Martin Sanchez, F. Madruga Galán, M.S. Amor Andres y M.J. Led Domínguez
Hospital Geriátrico Virgen del Valle, Toledo.

Introducción: El síndrome confusional agudo (SCA) es una de las complicaciones más frecuentes en pacientes geriátricos hospitalizados tanto por patologías médicas como quirúrgicas donde alcanza un porcentaje de hasta 60% en pacientes con fractura de cadera. La etiología es múltiple, siendo la demencia previa el factor predisponente más frecuente.El desarrollo de este síndrome geriátrico provoca una mayor morbi-mortalidad y empeora la recuperación funcional.
Objetivo: Detectar la incidencia de síndrome confusional agudo en pacientes con fractura de cadera > 65 años sin demencia previa durante el ingreso y reevaluación cognitiva y funcional a los 2 y 6 meses.
Material y métodos: Estudio prospectivo de cohortes dinámicas de pacientes ≥ 65 años ingresados consecutivamente por fractura osteoporótica de cadera. Se aplicó el *Clinical Dementia Rating* (CDR) de Hughes para evaluar la existencia de deterioro cognitivo previo al ingreso. Fueron criterios de exclusión una puntuación en el CDR > 0,5, enfermedades neurológicas o psiquiátricas concomitantes, pacientes con limitación sensorial, pacientes con enfermedad terminal. La existencia de síndrome confusional se estableció mediante la valoración diaria con el *Confusional Assesment Method* (CAM). Además se aplicó el índice de Katz y test de Lawton y Brody para valoración de actividades de vida diaria. Éstos fueron aplicados al ingreso, 2 y 6 meses de seguimiento mediante visita domiciliaria.
Resultado: Se recogieron 257 pacientes ingresados por fractura de cadera. Incluídos 128, fueron seguidos 115 (4 pérdidas y 9 fallecidos). La edad media fue 79,78 (67-104). Mujeres: 92 (79,8%) y hombres:23 (20,2%). Presentaron síndrome confusional durante el ingreso 33 pacientes (28,7%), persistiendo al alta en 5 (4,34%). Test de Lawton al ingreso: ≤4/8: 41/115 (35,65%), Lawtom > 4/8: 74/115 (64,45%). Deambulación previa al ingreso: autónoma: 21 (19,3%%), con ayuda técnica:88(76,5%), sin deambular: 6 (5,20%). *Seguimiento a los 2 meses* de 73 pacientes. SCA 5/73 (6,85%); CDR > 0,5 14/73 (19,18%). Lawton ≤4/8: 48/73 (65%), > 4/8: 25/73(35%). Deambulación autónoma: 3/73 (4,1%); dembulación con ayuda: 58/73 (79,5%); sin deambular:12/73 (16,4%). *Seguimiento a los 6 meses* de 40 pacientes. SCA 2/40 (3,80%); CDR > 0,5 2/40 (5,3%). Lawton ≤4/8:19/40 (48%), > 4/8: 21/40 (52%). Deambulación autónoma: 3/40(7,5%); dembulación con ayuda: 33/40 (82,5%); sin deambular: 4/40(10%).
Conclusiones: *1)* Existe una alta incidencia de síndrome confusional agudo en pacientes geriátricos con fractura de cadera sin demencia previa (28,7%). *2)* Durante el seguimiento (2 y 6 meses) de nuestro estudio existe una resolución de SCA en la mayoría de los casos (datos preliminares, pendiente de completar estudio). *3)* Los pacientes con fractura de cadera sin demencia previa tienen una buena recuperación funcional a 2 y 6 meses de seguimiento a pesar del alto porcentaje de SCA al ingreso, probablemente por llevar a cabo un tratamiento rehabilitador en una unidad de recuperación funcional en la mayoría de los casos.

CONSUMO BASAL DE PSICOFÁRMACOS EN PACIENTES CON FRACTURA DE CADERA REMITIDOS A UNA UNIDAD DE ORTOGERIATRÍA (UOG)

F. Coca, M.L. Álvarez-Nebreda, E. Marañón, E. Sánchez, M. Toledano y J.A. Serra
Servicio de Geriatría. HGU Gregorio Marañón, Madrid.

Objetivos: Describir características y evolución de pacientes con fractura de cadera, en función de consumo basal y tipo de psicofármaco (PF).
Método: Estudio observacional prospectivo de todos los pacientes remitidos a una UOG desde Noviembre de 2004 a Febrero de 2006. Se analiza consumo basal de PF y tipo: tranquilizante menor (TM), antidepresivo (AD) o neuroléptico (NL). Se comparan las características socio-demográficas, comorbilidad y polifarmacia, situación basal, complicaciones postquirúrgicas y estancia media entre consumidores y no. Se realiza un subanálisis según tipo de PF.
Resultados: De 377 pacientes, 177 (46,9%) toman PF basalmente: 62% TM, 40% AD y 13,5% NL. Un 27,7% toma 2 o más PF (13% del total de remitidos). Los pacientes que consumen PF basalmente son más jóvenes (82,4 ± 7,1 vs 84,1 ± 7,3 años, p=0,03), mujeres (88 vs 77%, p = 0,005), con peor situación basal (Katz: 4,1 ± 2 vs 4,8 ± 1,5, p < 0,001) y menor marcha independiente previa (FAC 4-5 basal: 86,2 vs 94,7%, p=0,006), mayor comorbilidad (3,2 ± 1,8 vs 2,6 ± 1,4, p < 0,001) y polifarmacia (4,7 ± 2,3 vs 3,5 ± 2,3, p < 0,001) y mayor porcentaje de demencia (31,1 vs 11,5%, p < 0,001). Desarrollan más complicaciones médicas postquirúrgicas (76,8 vs 68,3%, p=0,06) y retenciones urinarias (13 vs 5,5%, p=0,01). Según tipo de PF (por orden: no toma, TM, AD o NL) difieren en: edad (83,7 vs 84,1 vs 80,9 vs

83,7, p=0,03), porcentaje de mujeres (76 vs 90 vs 97 vs 91%, p = 0,006), Katz y FAC basal (empeora progresivamente de no PF a NL, p < 0,001), comorbilidad (2,67 vs 2,74 vs 3,67 vs 3,09, p = 0,009), polifarmacia, demencia (13 vs 27 vs 27 vs 73%, p < 0,001) y desarrollo de confusión (27 vs 39 vs 18 vs 54%, p = 0,035), úlceras (5,6 vs 1,5 vs 3 vs 27%, p = 0,004) y retención urinaria (5,6 vs 10,4 vs 21,2 vs 18,2, p = 0,013). No hay diferencias significativas en: ubicación basal, estado civil, caídas previas o estancia media
Conclusiones: El consumo basal de PF en pacientes con fractura de cadera es muy elevado (47%). Son ancianas, pluripatológicas y polimedicadas, con peor situación basal, mayor porcentaje de demencia y complicaciones postquirúrgicas. Las que consumen AD son mujeres jóvenes, con más comorbilidad y fármacos y desarrollan con más frecuencia retención urinaria. Las que toman NL son las de peor situación basal y marcha previa y desarrollan más cuadros confusionales y úlceras por presión

PREDICTORES DE MARCHA INDEPENDIENTE AL ALTA EN ANCIANOS CON FRACTURA DE CADERA EN UNA UNIDAD DE ORTO-GERIATRÍA (UOG). INFLUENCIA DEL TRATAMIENTO CON PSICOFÁRMACOS

M.L. Alvarez-Nebreda, F. Coca, E Marañón, M.A. García-Alhambra, M. Toledano y J.A. Serra
Servicio de Geriatría. HGU Gregorio Marañón, Madrid.

Objetivos: Analizar qué factores predicen la recuperación de la marcha independiente al alta, de ancianos con fractura de cadera, en una UOG. Determinar la influencia del consumo de psicofármacos (PF) en dicha recuperación
Método: Estudio observacional prospectivo de todos los pacientes remitidos a una UOG desde Noviembre de 2004 a Febrero de 2006. Se analizan variables socio-demográficas, comorbilidad y polifarmacia, situación funcional (Katz) y marcha (FAC), complicaciones postquirúrgicas, consumo de PF durante la rehabilitación y tipo: tranquilizante menor (TM), antidepresivo (AD) o neuroléptico (NL). Se realiza análisis bi y multivariado para identificar los factores predictores de marcha independiente (FAC 4 ó 5) al alta
Resultados: Se analizan 377 pacientes. 82% mujeres. Edad media 83,3 ± 7,2 años. 59% viudas y 89% viven en domicilio. Independientes para todas las AVD un 38,5%. Marcha independiente previa el 90%. La comorbilidad es de 2,9 ± 1,6 y un 21% tienen demencia. Consume PF durante la rehabilitación un 49,7% (174): TM 33,8%, AD 17,6% y NL 10,3% y un 10% consume 2 ó los 3. Un 56,8% de los pacientes recupera la marcha independiente al alta. Las variables significativamente relacionadas con la recuperación en el análisis bivariado son: edad, ubicación, estado civil, Katz y FAC basal, comorbilidad, diabetes, demencia, complicaciones médicas, confusión, desarrollo de úlceras, retención urinaria y uso de NL. De entre los consumidores de PF, un 52,8% recupera la marcha independiente, frente a un 60% de los que no consumen (p=0,19). De entre los de NL, un 30% recupera frente a un 60,2% de los que no los toman (P = 0,001). Al realizar regresión múltiple, los factores asociados de forma independiente con la recuperación de la marcha independiente fueron la edad (OR: 0,96, IC 95%: 0,92-0,999), el Katz basal (OR: 1,51, IC: 1,19-1,91) y la demencia (OR: 0,27, IC: 0,12-0,61). El FAC basal roza la significación (p = 0,054, OR: 1,63, IC: 0,992-2,67). El uso de PF no es significativo al ajustar por otros factores. Este modelo explicativo clasifica correctamente el 75% de los casos
Conclusiones: La recuperación de la marcha independiente tras fractura de cadera en ancianos es determinada por factores como la edad, el índice de Katz basal y la presencia o no de demencia. El uso de psicofármacos durante el proceso de rehabilitación no influencia de forma significativa el resultado funcional

VALORACIÓN DE LA DISFAGIA A LÍQUIDOS EN PACIENTE ANCIANO INGRESADO POR FRACTURA DE FÉMUR

J. Mascaró, N. Fernandez-Sabe, F. Formiga, A. Vidaller y R. Pujol
Hospital Universitario de Bellvitge, Barcelona.

Objetivos: La disfagia a líquidos es probablemente un síndrome geriátrico, con importantes implicaciones clínicas y repercusiones sobre la morbi-mortalidad en los ancianos frágiles. El anciano frágil, ante una situación de agudización, como es la fractura de fémur puede presentar una disfagia a líquidos transitoria, que revierte al mejorar el estado físico. El objetivo del estudio es conocer la incidencia, la potencial reversibilidad y las características de la disfagía en pacientes ingresados por fractura de fémur
Método: Se evalúan de forma prospectiva durante 2 meses, 38 pacientes mayores de 65 años ingresados en el servicio de Traumatología del Hospital de Bellvitge. El médico de soporte a la Unidad de Traumatología evalúa en la cabecera del enfermo la disfagia mediante la administración de bolus Standard de líquido, néctar y pudín. Se analizan las características de los pacientes.
Resultados: Se trataba de 34 mujeres. En 13 (34,2%) pacientes se detectó disfagia a líquidos al ingreso. En 10 casos la disfagia fue reversible total o parcialmente durante los primeros 7 dias de ingreso. La edad media de los pacientes con disfagia fue de 84 años, predominando el sexo femenino (92,3%) Al comparar las características entre los que presentaron disfagia y los que no, se encontraron diferencias significativas de forma que en el grupo con disfagia era mayor el porcentaje de pacientes con demencia (<0,0001) y tenían un peor Indice de Barthel previo (95,6 vs 63; p=0,005). No se encontraron diferencias respecto a la comorbilidad, analítica al ingreso, tipo de fractura, fracturas asociadas, tipo de cirugía y de anestesia. Si se encontraron diferencias con una mayor aparición de síndromes geriátricos después de la cirugía en los pacientes con disfagia: delirium (p<0001), ulceras por presión (p<0,03), e incontinencia fecal (p<0,03) pero no incontinencia urinaria (p<0,3). En los pacientes con disfagia el destino al alta diferente del domicilio fue superior (p<0.01), y la albúmina al alta fue significativamente inferior (p<0,04).
Conclusiones: La disfagia fue prevalente, en un porcentaje elevado fue reversible y se asoció a una mayor discapacidad y demencia previa e incidencia de síndromes geriátricos durante el ingreso.

ESTUDIO DE LA PREVALENCIA DE LA DESNUTRICIÓN EN LOS DIFERENTES CENTROS DE MUTUAM Y FUNDACIÓN CONVIURE

J. Junyent[1], M. Barba[1], R. Torres[1], A. Agusti[1], N. García[1], A. Nogué[1], C. Sanz[2], J. March[2], R. Lucas[2] y A. Salvà[2]
[1]Mutuam. Fundació Conviure. Barcelona. [2]Institut Català de l'Envelliment. Universitat Autònoma de Barcelona.

Introducción: La desnutrición es un Síndrome geriátrico con una elevada prevalencia que varía entre un 15%-60%, dependiendo del nivel asistencial analizado (Hospital, comunidad, Centro sociosanitario, Residencia asistida...) Así mismo, la desnutrición es consecuencia de diferentes condiciones clínicas que coexisten en los ancianos, como son el deterioro funcional, el deterioro cognitivo, las patologías crónicas, la polifarmacia...etc. Un estado nutricional deficiente, dará lugar a una asociación de un incremento de la morbilidad y mortalidad.
Objetivo: Estudiar la prevalencia de la desnutrición proteico-energética y las principales características asociadas a malnutrición en personas atendidas en los diferentes centros de MUTUAM y Fundación CONVIURE.
Material y métodos: Se han estudiado 688 pacientes ingresados en diferentes centros de MUTUAM y FUNDACIÓN CONVIURE. A todos ellos se les ha realizado, valoración del estado cognitivo mediante el MMS, la situación funcional mediante el índice de Barthel, valoración del riesgo de úlceras mediante las escala Norton, la existencia de depresión mediante la escala de Depresión Yesavage y la comorbilidad mediante el índice de Charlson, añadiendo la escala GDS Reisberg. El estado nutricional se ha valorado mediante el MNA, incluyendo la escala de dependencia alimentaria de Blandford en aquellos casos que presentaban Reisberg igual o mayor de 4.
Resultados: Se han estudiado 688 pacientes pertenecientes a los siguientes recursos asistenciales: PADES 63 pacientes, Centro sociosanitario de larga estancia 130 pacientes, Sociosanitario de Convalecencia 61 pacientes, Sociosanitario de cuidados paliativos 11 pacientes, Residencia asistida 294 pacientes, Centro de día 69 pacientes y Hospital de día 42 pacientes. De acuerdo al resultado del MNA, 110 pacientes (17,7%) tenían un riesgo nutricional bajo, 335 (53,8%) tenían un riesgo nutricional moderado y 178 (28,6%) tenían un riesgo nutricional alto. De los pacientes con riesgo nutricional alto, el porcentaje más elevado pertenecía a aquellos que estaban ingresados en unidades de cuidados paliativos. El 66,4% (457) de los pacientes presentaba un riesgo alto de úlceras siendo el mayor porcentaje de éstos el perteneciente a unidades de larga estancia. El número de pacientes con déficit cognitivo grave era de 170 (31,5%), perteneciendo el porcentaje mayor de estos, a aquellos que ingresaban en unidades de larga estancia y centro de día.

EVALUACIÓN DE PACIENTES VALORADOS POR LA UFISS DE GERIATRÍA EN UN HOSPITAL DE 3ER NIVEL DE BARCELONA PARA INGRESO EN CENTROS SOCIO SANITARIOS DE OTRAS ZONAS DE INFLUENCIA

S. Santaliestra, C. Pal, T. Teixidor, C. Pérez-Bocanegra, A. San José y M. Vilardell
UFISS Geriatría Hospital Vall d'Hebron. Barcelona.

Objetivo: Describir características de pacientes valorados por la UFISS de Geriatría para gestionar su ingreso en centro socio sanitario de su zona de residencia En Cataluña los ingresos en centros socio sanitarios están sectorizados; aún así, nuestro Hospital es referente para algunas especialidades y asume pacientes de diversas áreas sanitarias.
Método: Análisis descriptivo de datos recogidos mediante base de datos con soporte informático (SPSS) de los pacientes de otras zonas de influencia del hospital que requerían ingreso en centro socio sanitario, valorados por la UFISS durante los años 2004 y 2005.
Resultados: La UFISS de Geriatría valoró durante los años 2004-2005 un total de 54 pacientes que requerían traslado a centro socio sanitario de su zona de residencia (7,6% del total de pacientes trasladados a centros sociosanitarios). De estos, la edad media era de 65,74 años (rango 25-92); en cuanto al sexo, un 46,3% eran hombres y un 53,7% mujeres. En cuanto a la tipología de paciente, en un 61,1% se solicitó ingreso en U. de Convalecencia, 31,5% U. de Larga Estancia y 7,4% U. de Cuidados Paliativos. Las consultas por servicios fueron 22,2% Neurología, 11,1% Neurocirugía, 9,3% Med. Interna, 9,3% Cirugía Cardíaca, 7,4% Cardiología, 7,4% Cir. Vascular y 7,4% Cir. General como más destacados.
Conclusiones: A pesar del buen funcionamiento de la sectorización en cuanto a ingresos socio sanitarios en Cataluña, nuestro Hospital es referente para pacientes de algunas especialidades (Neurocirugía, Neurología, Cir. Cardíaca, Cir. Vascular) así como para pruebas diagnósticas de alta tecnología (fibrinólisis, cateterismos,...) En estos pacientes, la UFISS de Geriatría valora y gestiona los traslados a sus sectores de origen para mantener a paciente y familia en su entono habitual así como favorecer el uso adecuado de los recursos socio sanitarios existentes.

TRATAMIENTO TARDÍO DE UNA ENCEFALITIS HERPÉTICA EN PACIENTE DE 92 AÑOS

J. Oteiza Olaso*, M. Gonzalo Lázaro**, B. González Glaria**
C. Martinez Velasco* y H. Escalada Pardo**
**Servicio Medicina Interna y **geriatría Hospital S Juan de Dios Pamplona.*

Objetivo: Presentación de caso clínico de evolución favorable de un tratamiento tardío de una encefalitis herpético.
Caso clínico: Paciente de 92 años derivado a nuestro hospital para continuar tratamiento, con el diagnóstico de meningoencefalitis posiblemente tuberculosa. Dentro de los estudios realizados a la paciente antes de su ingreso, no existe documentación microbiológica por dicho germen aunque si existe en el liquido cefalorraquídeo una elevación del ADA (Reacción en Cadena de la Polimerasa = PCR para herpes y TBC negativos). A su llegada al hospital, la paciente se encuentra en tratamiento tuberculostático, antiepiléptico por crisis comiciales y antiedema con prednisona.
Exploración: la paciente se encuentra con mal estado general, caquéctica, normocoloreada, normoperfundida, eupneica en reposo, con sequedad de mucosas, portadora de sonda nasogástrica para alimentación y medicación, emite ruidos incomprensibles y no es posible comunicarse con ella.
Cabeza y cuello: no ingurgitación yugular, rigidez de nuca, no adenopatías, no bocio.
AC: rítmica con tonos apagados.
AP: aceptable ventilación bilateral, escasa colaboración.
Abdomen blando y depresible doloroso a la palpación en zona suprapúbica donde se objetiva globo vesical. Peristaltismo de progresión normal, no megalias.
EEII: no edemas, no signos de TVP, pulsos pedios presentes.
Pruebas complementarias: ECG: ritmo sinusal a 78 lpm sin alteraciones significativas.
Rx tórax: calcificación de cartílagos costales, no infiltrados.
Laboratorio: hemograma: Hb: 11,7 g/dl, Hto: 33,9%, leucocitos: 9,3 10**9/l (segmentados 62%, linfocitos 20%, monocitos 11%, eosinófilos 6%, basófilos 1%).
Coagulación normal.
Bioquímica: Na: 132 meq/l, K: 3.2 meq/l, Cl: 101 meq/l, glucosa: 93 mg/dl, urea: 35 mg/dl, creatinina: 0.8 mg/dl, urato 7.9 mg/dl, AST: 28 U/L, ALT: 40 U/L, CK: 69 U/L, LDH: 254 U/L, FA: 137 U/L, Fe: 61 micg/dl, Mg: 2 mg/dl, Ca: 8.3 mg/dl, Bil: 0.4 mg/dl, proteinas: 5.7 gr/dl, albumina: 2.6 g/dl.
Hormonas tiroideas normales.
Tuberculina: negativa (efecto booster negativo).
Serologias: VEB: negativo, CMV: IgG: 44.2 UA/ml (positivo). IGM: no procede, VHS tipo I: IgG: 5.5 (muy elevado), IgM: negativo; VHS tipo II: IgG e IgM negativos, VVZ: IgM negativo, IgG: 1.74 (inmunizado).
RM cerebral (se adjuntará figura): marcadas alteraciones muy extensas y de alta intensidad de resonancia fundamentalmente en atenuación liquida, que implica fundamentalmente un trastorno bilateral pero asimétrico de distribución predominantemente por el sistema límbico que implica la afectación de ambas áreas temporales así como en las regiones de la ínsula y frontales.
En el lado derecho además de la distribución del sistema límbico se distribuye muy ampliamente por la mayoría del hemisferio cerebral.
Las alteraciones son típicas y casi patognomónicas de encefalitis herpética. La fase de distribución ya es subaguda con brillo en la técnica de difusión en gran parte del área descrita
Resultados: A su llegada a nuestro centro se revisa la historia clínica de la paciente y se solicitan pruebas ante la sospecha de encefalitis herpética, por lo que instaura tratamiento con aciclovir 10 mg/k/8 h durante 14 días y se suspenden tuberculostáticos. En la serología del VHS tipo I se aprecia notable elevación de la IgG con IgM negativo (típico en las reactivaciones de la infección por este virus que suele estar latente). La RM cerebral confirma la sospecha. La paciente sufre una importante mejoría clínica, llegándose a retirar la sonda nasogástrica de alimentación y comiendo con normalidad vía oral; llega a movilizar las cuatro extremidades y caminar con ayuda de dos personas al alta; y recuperación parcial de su afasia global del ingreso, de forma que es capaz de leer sin dificultad, obedecer ordenes sencillas, y hablar frases cortas con sentido en ocasiones y de difícil compresión en otras.
Conclusiones: *1.* El tratamiento tardío de una encefalitis herpética puede ser eficaz, siendo asumibles los posibles efectos adversos del tratamiento teniendo en cuenta el mal pronóstico de la enfermedad. *2.* La edad no debe de ser un condicionante para el tratamiento. *3.* Cuando el diagnóstico no queda claro por PCR, la serología y las pruebas de imagen pueden ayudarnos al diagnóstico.

SESIÓN PÓSTERS IV

Terrazas
Viernes, 16 de junio

Área ciencias sociales

Moderan:
Miguel Angel Vázquez
Presidente de la Sociedad Gallega de Geriatría y Gerontología

Alfredo Bohórquez
Coordinador grupo de trabajo de la SEGG

EVALUACIÓN E INTERVENCIÓN EN ESTRES EN LOS TRABAJADORES DE LA RESIDENCIA

J.A. Sánchez Martín
Residencia San Juan de Sahún, Salamanca.

Objetivos: Realizar una valoración de los posibles factores estresantes en los trabajadores de la residencia e intervenir por medio de la técnica de Inoculación de estrés.
Material y métodos: La actuación se dividió en dos fases, de evaluación y de intervención. La primera se realizó mediante una entrevista individual, semiestructurada, formada por posibles variables causantes de estrés. La muestra fue de 46 sujetos entrevistados. En la fase de intervención, se implementó un programa de aprendizaje de la técnica de Inoculación de estrés de forma completa a un grupo reducido de trabajadores. Se dio información y se trabajaron cogniciones y actitudes; se utilizó el modelado para el aprendizaje de los métodos de relajación (respiración y relajación) favoreciendo el diálogo grupal, y reforzando el efecto de la técnica y la práctica individual. En la segunda fase se contó con una muestra de 36 sujetos. El método formal de evaluación que se utilizó fue el STAI de Spielberger (1970).
Resultados: Los resultados de la fase de evaluación fueron de tipo cualitativo, dado el tipo de instrumento de medida utilizado. Se utilizó la frecuencia de respuesta. Según la entrevista, el factor que más se presentó fue el Síndrome de Burn-out, con sus tres síntomas de agotamiento físico, psíquico y emocional, así como signos de despersonalización; seguido de otras variables como el ambiente físico inapropiado, el ritmo de trabajo, y el trabajo compartido; éstos en menor medida. En la submuestra de trabajadores del área de enfermería, la tendencia se asevera y las frecuencias de respuestas aumentan. En cuanto a los resultados estadísticos se pudo concluir que presentaron mayores puntuaciones en el STAI los sujetos que no pasaron por el tratamiento que los que practicaron la Inoculación de estrés.
Conclusiones: Sobre los resultados de la experiencia se puede concluir que según la evaluación realizada, se presentan posibles factores causantes del síndrome de estrés en la muestra analizada, que se concretan en el Síndrome del Burn-out como el más importante. Por otra parte, a través de la intervención con la técnica de Inoculación de estrés se logró disminuir la sensación de estrés ansiedad de los trabajadores de la residencia. Según este trabajo es efectivo el tratamiento en cuanto que previene y disminuye las consecuencias del estrés en los trabajadores.

FACTORES PRONÓSTICOS DE MORTALIDAD E INSTITUCIONALIZACIÓN EN PACIENTES INGRESADOS DESDE EL DOMICILIO EN UNIDADES DE MEDIA Y LARGA ESTANCIA

P. Margalef Benaiges, C. Muñoz Romero, I. Ferré Peñart, J.I. Moliner Marcén, J.M. Navarro Martínez y J.A. García Navarro
Hospital de la Santa Creu, Tortosa.

Objetivo: Identificar los problemas más frecuentes que motivan el ingreso de pacientes desde su domicilio en unidades de larga y media estancia e identificar factores pronósticos de mortalidad e institucionalización.
Material y métodos: Revisión de la valoración de ingreso de pacientes procedentes de su domicilio de enero a septiembre de 2005. Los ingresos eran indicados por una unidad geriátrica ambulatoria de nuestro centro (PADES, consulta, hospital de día). Se excluyeron los procedentes de otros centros y los realizados vía social. Revisión de historia clínica a los 6 meses estableciéndose tres grupos de pacientes: fallecidos, dados de alta a domicilio y los que permanecían ingresados o habían ido a una residencia. Se recogieron variables demográficas, características del cuidador, situación funcional y cognitiva, patologías crónicas activas, fármacos, uso de psicotropos, síndromes geriátricos, motivo y objetivo del ingreso. Análisis mediante paquete estadístico SPSS.
Resultados: n = 61. Edad media 79, 4 años, 62,3% mujeres. Barthel previo medio 58,6 y Barthel medio al ingreso 30,8. MEC medio al ingreso 11,2. Edad media cuidador 58 años, hijo/a el 37,7% y mujer en un 82%; un 6,6% sin cuidador. Con demencia el 63,9%, HTA 54%, insuficiencia cardiaca 37,7%, DM 26,2%, EPOC 21,3% e insuficiencia renal (IR) 13%. Media de patologías crónicas 4,5. Media de fármacos al ingreso 6,8. Incontinencia 80,3%, deterioro cognitivo 70,5%, inmovilidad 65,6%, desnutrición 60,7% y estreñimiento 55,7%. *Motivo de ingreso:* deterioro funcional 31%, problema de cuidador 25%, trastornos de conducta 21%, fracturas y proceso agudo 8% cada uno, y UPP 7%. El 80% ingresa en larga estancia. Revisión a los 6 meses: alta del hospital 54% (7,8% a residencia), siguen ingresados el 21,3% y son éxitus el 24,6%. Excluyendo los fallecidos, Barthel medio 46,3, media de fármacos 6,8, MEC medio 11,95. Incontinencia 60,7%, deterioro cognitivo 54,1%, inmovilidad 41%, desnutrición 37,7% y estreñimiento 29,5%. En el análisis bivariante no encontramos diferencias significativas entre el grupo de alta y el de institucionalizados. Si comparamos el grupo de vivos con los fallecidos encontramos diferencias significativas en el Barthel previo y de ingreso, nº de fármacos, estreñimiento, IR, uso de BZD y otros fármacos para el insomnio. En la regresión logística sólo resultan significativas el nº de fármacos y la IR.
Conclusiones: La población estudiada presenta un gran deterioro funcional y cognitivo, alta prevalencia de síndromes geriátricos, polifarmacia y patologías crónicas. El deterioro funcional es el principal motivo de ingreso. La polifarmacia y la presencia de IR resultan factores predictores de mortalidad.

COMUNICACIÓN COMO ESTRATEGIA PARA UNA MAYOR IMPLICACIÓN EN LA ATENCIÓN INTEGRAL DEL RESIDENTE

M. Rodríguez Rivera, J.A. Durán Rey, A. Cid López, M. Fernández Gómez, R. Pérez Martín y M. Serrano Borrero
Centro Residencial SAR Monte Jara, Huesca.

Introducción: La Filosofía del Grupo SAR se basa en la Atención Integral Personalizada, procurando una calidad asistencial mediante el trabajo interdisciplinar y una planificación de servicios coordi-

nada con el entorno habitual de la persona. Según los resultados obtenidos en la encuesta de calidad llevada a cabo por la Fundación SAR en la Residencia Monte Jara durante el año 2005, se constató un cierto grado de desconocimiento por parte de las familias y de los residentes en relación al plan de terapias y actividades instauradas en nuestro Centro, así como la participación en las mismas.
Objetivo: Teniendo en cuenta las necesidades detectadas y en consonancia con el Principio de Atención SAR, se elabora este proyecto de comunicación con el fin de elevar el grado de convivencia e integración social de residentes, familiares y cuidadores. Así mismo, favorecer la autoestima y el nivel cultural de dichos usuarios.
Material y métodos: Para ello, se ponen en marcha diversas actuaciones, tanto al ingreso del residente como durante su estancia, tales como información, entrevistas individuales y grupales, reuniones periódicas, encuestas de satisfacción y otras iniciativas. A modo interno se realizarán reuniones periódicas de evaluación y seguimiento de los objetivos, por parte de los profesionales implicados. Los destinatarios del proyecto son la población residencial con (un estado cognitivo entre el) deterioro moderado o sin deterioro, y sus familiares.
Resultados: Tras la implantación del proyecto, en Enero 2006, las actuaciones iniciadas han sido añadir al contrato de ingreso el plan terapéutico y de actividades, así como remitir a las familias de los residentes ya institucionalizados un documento informativo sobre las mismas. Los resultados obtenidos hasta la fecha indican que el 100% de los familiares y residentes son conocedores de dicha información. Los resultados finales se evaluarán tras la aplicación de una escala de satisfacción realizada a residentes y familiares, durante el último trimestre del presente año.
Conclusión: La comunicación es la base del entendimiento. Una colaboración global contribuye a enriquecer la labor asistencial y nos compromete a trabajar aunando esfuerzos para lograr una mayor calidad de vida.

ESTRUCTURA DEMOGRÁFICA Y UTILIZACIÓN DE SERVICIOS SANITARIOS EN POBLACIÓN DE 50 Y MÁS AÑOS RESIDENTE EN ÁREAS URBANAS DE LA COMUNIDAD DE MADRID

M.E. Prieto Flores[1], G. Fernández-Mayoralas[1], F. Rojo Pérez[1], V. Rodríguez Rodríguez[1], J.M. Rojo-Abuín[1] y L. Aguilar[2]
[1]Instituto de Economía y Geografía. Consejo Superior. Madrid, [2]Facultad de Medicina. Universidad Complutense. Madrid.

Objetivo: Más del 95% de la población de la Comunidad de Madrid vive en municipios urbanos, y casi un tercio tiene 50 y más años. En este trabajo se analiza la relación entre la estructura demográfica, por edad y sexo, de este grupo y el uso de servicios de salud.
Material y métodos: Se utiliza la ENSE, 2003 (www.msc.es), con una muestra para Madrid de 2000 entrevistados; 565 sujetos con 50 y más años residentes en municipios urbanos constituyen la submuestra estudiada. Se consideran tres grupos de edad: 50-64 años, 65-79 y 80 y más, y cuatro tipos de servicios sanitarios: consultas médicas, visitas al dentista, urgencias y hospitalización. El análisis se realiza con el procedimiento Modelo Lineal General Univariado. Valores de $p \leq 0,05$ se consideran significativos.
Resultados: Las visitas al dentista (19% de la población seleccionada, 22%, 16% y 17% de cada grupo de edad, respectivamente) y las consultas médicas (33% de la población: 28%, 37% y 45%, respectivamente) no mostraron asociación con la edad, mientras sí lo hicieron el uso de servicios de urgencia (26% de la población: 21%, 28% y 45%) y la hospitalización (17% de la población: 13%, 20% y 31%, respectivamente). El género tampoco se asoció con las visitas al dentista (18% de los varones vs. 20% de las mujeres), las consultas médicas (29% vs. 36%) o los servicios de urgencia (26% vs. 26%), pero sí con la hospitalización (20% vs. 16%). En este último tipo de servicio también se detectó el efecto de la interacción edad y sexo en su utilización.
Conclusiones: La estructura demográfica está asociada con el uso de dos de los cuatro servicios de salud considerados, comprobándose una relación entre edad y uso de servicios de urgencia y hospitalización. En adición, el género y su interacción con la edad también contribuyen a explicar el uso de servicios hospitalarios.
Palabras clave: Estructura demográfica, población urbana con 50 y más años, utilización de servicios sanitarios.

GUÍA DEL ANCIANO DE NAVARRA: APLICACIÓN INFORMÁTICA EN LOS CENTROS DE SALUD DE NAVARRA

M.C. Litago Gil[1], J. Zubicoa[2], P. San Martín[2], O. Arbilla[3], A. Chocarro[4] y L. Jusué[5]
[1]Centro de Salud de Estella, Navarra, [2]Centro de Salud de San Jorge, Pamplona, [3]Centro de Salud Casco Viejo, Pamplona, [3]Centro de Salud de Corella, Navarra, [5]Centro de Salud de Azpilagaña, Pamplona.

Objetivo: Protocolizar el registro de actividades indicadas en la Guía del anciano de la Comunidad de Navarra. La situación actual de informatización de los Centros y consultorios de salud en Navarra, y su práctica informática requiere la conversión informática de las Guías de práctica clínica. En este caso La Guía del anciano realizada desde la Dirección de Atención Primaria de Navarra.
Material y métodos: A través del programa informático OMI, se diseñan los protocolos de registro y actuación en las personas mayores de 75 años, diseñando para ello 3 protocolos de carácter progresivo, para la asistencia integral de la persona mayor. *1. Protocolo de prevención,* a realizar en todo anciano. Comprende actividades preventivas comunes con adulto (factores de riesgo vascular, hábitos..) y actividades propias del anciano con la detección de factores de riesgo evidenciados en la bibliografía (hospitalización, déficit social, polimedicación, caídas..) hasta un total de 10 factores, clasificando al anciano en sano, enfermo y frágil o de riesgo *2. Protocolo de valoración geriátrica integral*, a realizar en anciano de riesgo y/o en domicilio y/o institucionalizado, con las 4 áreas de la valoración, usando los test y escalas más utilizadas en Atención Primaria. *3. Protocolo,* seguimiento del anciano de riesgo, con actividades e intervenciones detectadas tanto en situaciones patológicas Clínicas de los principales síndromes geriátricos, o situaciones sociofamiliares
Resultados: Evaluación de actividades en la Cartera de Servicios de todos los Centro de Salud anuales.

VALOR PREDICTIVO DE ALGUNOS ASPECTOS DE VALORACIÓN SOCIAL

J.M. Navarro Martínez y M.J. Cervera Flores
Hospital Santa Creu, Tortosa.

En estudios previos se demuestra la fiabilidad, sensibilidad y especificidad de la escala de alarma social (EAS) para detectar la necesidad de atención social al ingreso en la unidad de convalecencia (UCR), pero hemos querido ir más lejos y conocer el valor real de cada una de las variables que la componen.
Material y método: La fuente de datos es el registro de altas, de los que se han excluido los destinos de agudos y los éxitus (N: 230), en un periodo de 12 meses. *Variables introducidas:* edad, sexo, implicación familiar, deterioro funcional y dependencia en AVDb tras el proceso que causa su ingreso, colaboración inicial en el programa de recuperación funcional (PRF), barreras arquitectónicas en su domicilio, disponibilidad de recursos económicos y sociales percibidos por el paciente o su cuidador y complejidad percibida por el equipo asistencial. Se realiza estudio estadístico descriptivo, comparación de medias y proporciones, y análisis multivariante de regresión logística para identificar el riesgo de institucionalización con probabilidad de entrada del 95% (SPSS).
Resultados: Edad media de 76,7 ± 11,2 años (limites 32-99) y sexo mujer 52%. La institucionalización es del 28,3%. El perfil social al ingreso es: no implicación familiar 45,2%, severa afectación en la autonomía (Barthel <40) 49,6%, dependencia moderada en AVDb (Barthel 40-60) 28%, perdidas funcionales (> 50%) 57%, no colaboración en el programa de recuperación funcional 39%, barreras arquitectónicas que aíslan en domicilio 69% y que limitan en AVDb 69%, recursos económicos insuficientes 50% y recursos sociales insuficientes 78%. La complejidad percibida por el equipo es considerada alta en el 20% y severa 14%. En el análisis multivariable los pacientes institucionalizados presentan p significativas en todas las variables anteriores. Tras la regresión logística, los factores predictivos de institucionalización son: sexo mujer (OR: 2,039), mayor edad (OR: 1,039), no implicación familiar (OR: 0,166), menor autonomía (OR: 2,171), mayores perdidas funcionales (OR: 4,441), no colaboración en PRF (OR: 0,137), barreras arquitectónicas (OR: 0,095), la insuficiencia de recursos sociales (OR: 74,414) y económicos (OR: 0,119) así como la complejidad percibida por el equipo (OR: 3,479).
Conclusiones: Se demuestra la alta complejidad social al ingreso en UCR tras un proceso agudo así como la utilidad y alto poder predicti-

vo de institucionalización de las variables empleadas. Esto hace que sea necesario el conocerlas por parte del equipo y que este sea sensible a los aspectos sociales haciéndose imprescindible la actuación de la trabajadora social.

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 inferiores, 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.

VALORACIÓN E INTERVENCIÓN DE LAS CAÍDAS EN EL MEDIO RESIDENCIAL

F. Uriz Otano[1], D.G. Zilbeti Larreategui[1], M. Arizcuren Domeño[1], S. Ropero Moriones[1], J.I. Uriz Otano[2] y L. Ollo Landivar[1]
[1]Residencia Landazábal, Navarra, [2]Hospital Virgen del Camino.

Objetivo: Conocer los resultados de aplicar un programa de valoración e intervención de caídas en el medio residencial, y su relación con otros factores (Sujeción, medicación etc).
Material y Métodos: Estudio descriptivo prospectivo de caídas (2003-2005). Recogida de datos demográficos, médicos (Patologías previas, medicación), Estado cognitivo (GDS Reisberg) Deterioro funcional (Índice Barthel), función marcha (Tinnetti, FAC), Sujeciones, Ayudas técnicas, Caída (Día, horario, lugar, consecuencias, actividad realizada), e intervención preventiva.
Resultados: 696 caídas en 155 residentes, edad 82,3 años, 61,2% mujeres, 89,5% en el día, 33,7% habitación. 48,3% sin lesiones, 2,01% fracturas (42,9% cadera). *Zona afectada:* 26,6% sacro, 22,9% EEII. Actividad: 45,6% deambulando solo, 18,3% levantarse sillón-cama. 72,1% Presenciada. *Patología previa:* 93,1% osteoarticular, 65,4% Cardiovascular, 61,6% Incontinencia Urinaria, 59,6% Demencia. *Factores etiológicos:* 89,1% Alteración marcha-equilibrio, 53% ambiental, 11,1% articular, 10,1% fármacos. En el 67,96% Polifarmacia (36,1% Hipnóticos, 30,3% neurolépticos, 42,9% Antidepresivo, 39,5% Hipotensor). 31,6% deterioro cognitivo grave (GDS 6-7). 51,6%. Dependencia grave (IB < 40). 23,7% Riesgo caída (Tm+ Teq < 14), 21,9% trastorno marcha (FAC<2). 48,9% sin ayudas técnicas, 18,3% silla ruedas. *Intervención propuesta:* 67,2% Supervisión, 21,5% modificación ambiental, 5,9% revisión medicación. En los ancianos con sujeción diurna (12,8%): Mayor número de caídas: 179 caídas en 59 ancianos. Edad: 83,1, 61,4% mujeres, 89,5% en el día, 30,7% habitación. 53,1 sin lesiones, 2,23% fractura (50% cadera). *Actividad:* 24,0% deambulando solo, 16,7% con una persona, 20,1% levantando sillón-cama. 64,8% Polifarmacia (45,8% Antidepresivo, 44,3% Hipotensor). *Deterioro cognitivo:* 64,12% grave (GDS 6-7), 86,0% Dependencia grave (IB<40), 99,4% Riesgo de Caída (Tm+Teq < 14), 46,9% Trastorno marcha (FAC<2), 39,7% silla ruedas. *Intervención propuesta:* 69,83% Supervisión, 32,4% revaluación sujeción, 38,1% modificación ambiental, 20,1% revisión medicación.
Conclusiones: Las caídas en nuestro medio son más frecuentes en la mujer con pluripatología (osteoarticular, cardiovascular), polifarmacia (psicotropos, hipotensor), deterioro funcional y cognitivo moderado. Los ancianos con sujeción diurna, presentan mayor número y riesgo de caídas, mayor deterioro cognitivo, funcional y necesidad de ayudas técnicas, así mismo diferente tipo de intervención preventiva.

UNA HERRAMIENTA DE GESTIÓN RESIDENCIAL AL SERVICIO DE LA INTERDISCIPLINARIEDAD EN LOS CENTROS MAPFRE-QUAVITAE

J.R. Campos Dompedro, L. Carbonero de la Llave, J.L. Gayoso Pardo y J.C. Sacedo Gómez
Dirección Técnica y de Negocio Privado, Madrid.

El Sistema de Gestión Residencial que presenta Mapfre-Quavitae surge como fruto de la necesidad de controlar, revisar y mejorar la gestión y atención en los Centros residenciales. Dicha herramienta nos proporciona un soporte informático con el que mejoramos la gestión y el rendimiento de los procesos de trabajo del Centro, lo que supone un beneficio directo en la atención dispensada a los residentes, así como un valor añadido y una mejora en los procesos de los profesionales, que ahora pueden compartir la información de sus valoraciones e intervenciones de una manera rápida y sencilla, lo que a su vez redunda en una mejora de las intervenciones y de la planificación de éstas. Entre las muchas ventajas del Sistema podemos destacar la facilidad en el control de la Calidad de los procesos de trabajo, la posibilidad de asegurar la protección de datos, la mejora del control comercial, y la posibilidad de establecer preadmisiones y gestionar la lista de espera. La herramienta destaca por la integración de la atención interdisciplinar, permitiendo conocer tanto la situación funcional y cognitiva actual de un usuario, así como su evolución; el programa permite el acceso inmediato a todas las escalas de valoración, la visualización de la información relevante de todos los departamentos implicados en los cuidados del residente, la posibilidad de recuperar la historia anterior en un reingreso, o gestionar las agendas departamentales y del residente. Así, permite reajustar el Plan de Cuidados Individualizados de manera continua, conocer los principales Síndromes Geriátricos y patologías que presenta un residente, o toda la población, y planificar óptimas intervenciones. El sistema también supone poder mantener actualizados todos los tratamientos y órdenes médicas, facilita un control continuo sobre la farmacia, contabilizando el stock de cada medicamento y para cada residente, y realizar los pedidos de modo automático en función del stock y pautas médicas. El Sistema facilita la gestión de quejas y reclamaciones, y agiliza todo el proceso de facturación, que se automatiza; además permite generar automáticamente todos los tipos de informes, y recoger distintos datos unificados y estandarizados para su posterior tratamiento estadístico y utilización en investigaciones.

ASPECTOS ÉTICOS EN EL CUIDADO POR PARTE DE ENFERMERÍA DE ÚLCERAS POR PRESIÓN DE PERSONAS MAYORES DEPENDIENTES EN EL MEDIO RESIDENCIAL

M. Echarri Eslava, D. Pestano Medina y R. Azcona Eguinoa
Centro Gerontológico Amma Oblatas, Navarra.

Objetivos: *1.* Conocer las prácticas realizadas por el personal de enfermería de residencias de ancianos en el cuidado de las úlceras por presión, y las actitudes con las que se lleva a cabo. *2.* Proponer los estándares éticos que podrían incluirse en los protocolos y guías de actuación de prevención y tratamiento de úlceras por presión.
Material y métodos: Se ha realizado una revisión bibliográfica, teniendo en cuenta la evidencia científica, enfocándola al medio residencial. Se ha objetivado la situación en los centros estudiados a través de encuestas y entrevistas al personal de enfermería, revisión de protocolos, registros, actuaciones frecuentes en el cuidado de las úlceras, aspectos éticos que se tienen en cuenta, etc.
Resultados: No maleficencia – beneficencia. Se realiza una valoración integral del paciente al ingreso en la que se incluye valoración del riesgo de úlcera por presión a través de escalas regladas (Bradem), y de estado nutricional (MNA) La formación de los profesionales de enfermería es desigual en este campo. La continuidad en los cuidados es variable, siendo registrada de manera subjetiva. No existe un protocolo propio/adaptado, realizado por el personal de enfermería, en ninguno de los centros estudiados. No hay un registro específico que mida diferentes parámetros de la úlcera. Autonomía. No existe información directa al paciente-familia sobre la evolución o tratamiento de las úlceras. Se lleva a cabo consentimiento informado verbal en la utilización de información gráfica en el proceso de las úlceras por presión. No siempre se tiene en cuenta la confidencialidad a la hora de tratar la información de las úlceras por presión de los residentes. Justicia No se le da la importancia necesaria a la intimidad del paciente cuando entra en conflicto con el principio de justicia (tiempo, recursos humanos).
Conclusiones: Necesidad de una guía de actuación o protocolo para el cuidado de las úlceras por presión con el cual unificar los criterios del personal de enfermería y optimizar el uso de recursos. Este protocolo debería estar realizado por el personal que le va a dar uso, los profesionales de enfermería de cada centro, y debería marcar una revisión periódica del mismo. Elaboración de un registro completo de la úlcera por presión para dar continuidad a los cuidados y una atención de calidad. Dar información puntual al paciente y/o a la familia sobre la evolución y tratamiento de la úlcera por presión, implicándoles en el proceso. Conservar la intimidad del paciente, realizando las curas con la puerta cerrada, evitando la presencia de personas ajenas al proceso de la úlcera por presión.

PERFIL Y OPINIÓN DE LA PERSONA MAYOR DE 65 AÑOS DEMANDANTE DE ASISTENCIA SANITARIA EN ATENCIÓN PRIMARIA

M.D. Pérez Cárceles[1], L. Rubio Martínez[2], J.E. Pereñíguez Barranco[2], M. Medina Abellán[2], E. Osuna Carrillo[1] y A. Luna Maldonado[1]
[1]Universidad de Murcia, Murcia, [2]Centro de Salud. Espinardo, Murcia.

Objetivos: *1.* Conocer el perfil de las personas mayores de 65 años que acuden a su centro de salud en demanda de asistencia sanitaria. *2.* Conocer algunas opiniones referentes a su relación con su médico de familia y cómo se sienten en su convivencia diaria.
Material y métodos: Estudio descriptivo transversal. La muestra está formada por 460 pacientes mayores de 65 años que acuden demandando asistencia sanitaria a centros de salud de la Región de Murcia. Se utilizó un cuestionario diseñado al efecto en el que se recogieron variables sociodemográficas, relación con su médico de familia y opinión sobre cómo se sienten en su convivencia diaria.
Resultados: 460 personas mayores de 65 años respondieron al cuestionario (53,3% mujeres). Edad media 74,1, rango: 65-91 años. El 63,9% están casados, conviven con su pareja o con pareja e hijos (32,2% en ambos casos). El 87,6% vive en casa propia. El 52% se declaran analfabetos o analfabetos funcionales. El 70,2% de los mayores perciben menos de 600 euros mensuales y sólo el 3,5% superan los 900 euros. El 56,1% viven en una zona periurbana. El 87% de los entrevistados acuden como mínimo una vez al mes a su centro de salud. El 92,6% le cuentan al médico problemas personales y el 90% se siente mejor cuando lo hace. El 7,6% contestan que su médico de familia siempre le ayuda a resolver sus problemas no médicos y el 86,7 % a veces, aunque el 42,6% refiere tener poco tiempo en consulta para contar sus problemas. Cuando les preguntamos sobre cómo se sienten o piensan en relación a algunas cuestiones el 59,4% piensan que los jóvenes los respetan poco o nada. El 78,1% de los entrevistados piensan que su pensión es muy poca o poca. Un 7,6% no se encuentran bien en su hogar. El 74,3 de los que dicen no encontrarse bien son mujeres (P = 0,004) y el 71,4% conviven con sus hijos. (P = 0,012). Un 5,4% no son felices con su familia. Un 2,2% no se sienten queridos en su hogar. Casi el 30% dicen sentirse solos muchas veces o siempre.
Conclusión: El médico de familia se encuentra en una situación privilegiada para conocer no solo los problemas de salud de sus pacientes mayores, sino también sus problemas psico-sociales, ya que demuestran una gran confianza en él y la frecuencia de consultas a los centros de salud es elevada, aunque reconocen que el tiempo posible dedicado a la consulta de atención primaria es insuficiente.

EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DEL SERVICIO MAPFRE-QUAVITAE DESDE LA PERCEPCIÓN DEL CLIENTE

J. Murciano Torres y P. Sánchez Luquero
Área Calidad Mapfre-Quavitae, Madrid.

Mapfre-Quavitae como empresa de servicios orienta su gestión a la satisfacción del cliente; el "Enfoque al Cliente" es uno de los principios en los que se basa por la peculiaridad de su actividad, entendiendo el concepto de cliente en sentido amplio. La satisfacción del cliente constituye una de las máximas preocupaciones de los miembros de la organización y se basa en los siguientes criterios: Las necesidades de los clientes deben ser conocidas, analizadas y difundidas para anticiparse a su satisfacción. El contrato con los clientes debe ser igualmente conocido y supone un compromiso a cumplir estrictamente por toda la organización. La fidelización de los clientes se busca conseguir con un buen servicio, respuesta inmediata, resolución de sus problemas, y comunicación constante. Estamos convencidos de que si el producto es bueno, coincide con las necesidades y expectativas del cliente, y contamos con un equipo altamente profesional, la satisfacción está prácticamente asegurada. El punto de partida para conocer las necesidades de los clientes, con el fin de analizar éstas, y anticiparnos a su satisfacción, se encuentra en la recogida sistemática de información; desde esta metodología de trabajo se plantea la Evaluación de la Calidad del Servicio desde la Percepción del Cliente, donde un adecuado diseño de la evaluación y recogida de datos, con un análisis posterior de estos, nos permitirá introducir mejoras y realizar un seguimiento de control para asegurarnos que dichas mejoras forman parte definitiva de la cultura y la sistemática de trabajo de la empresa. La información obtenida se analiza de forma periódica y anualmente durante el proceso de "Revisión por la Dirección", tanto a nivel global de la Compañía como para cada uno de los Centros, integrándose el informe global en el programa de gestión documental del sistema de calidad, para la accesibilidad de los resultados a toda la organización. Esta comunicación que se presenta al Congreso pretende transmitir la importancia que el Sistema Mapfre-Quavitae otorga al compromiso de los clientes para con la Compañía, y cómo fruto de ello se diseña un Sistema de Gestión de la Calidad donde la Evaluación de la Calidad percibida por el cliente sobre el Servicio se consolida como uno de sus pilares fundamentales.

¿POR QUÉ ACUDEN LOS MAYORES A LA UNIVERSIDAD? TRAZANDO EL MAPA DE LA OFERTA EDUCATIVA PARA LOS MAYORES EN LAS UNIVERSIDADES ESPAÑOLAS

S. Pinazo Hernandis[1], J. Montoro Rodríguez[2], F. Villar Posadas[3], C. Triadó Tur[3] y C. Solé[4]
[1]Universidad de Valencia, Valencia, [2]Kent State University, [3]Universidad de Barcelona, [4]Universidad Ramón Llull.

Introducción: En España, los programas universitarios para mayores (PUM) han emergido recientemente, y en el momento actual gran parte de las universidades españolas están ofreciendo estudios universitarios para mayores; estos programas educativos ayudan a los participantes a permanecer activos y vinculados a la vida social.
Objetivos: El objetivo de la presente es examinar el estado actual de la oferta educativa para mayores desde la universidad: cuántos programas hay, de qué tipos, que metodologías utilizan, qué contenidos ofrecen, cuál es el perfil de sus participantes y qué objetivos se proponen.

Material y métodos: Se analizan los datos de la oferta de varios programas universitarios para mayores en España.
Resultados: Entre los objetivos principales de los PUM destacan la integración de los mayores en la vida universitaria, el desarrollo de actitudes positivas hacia el envejecimiento, el aumento de las relaciones intergeneracionales y la mejora de la calidad de vida. Los curricula preferidos en la mayor parte de los PUM son las ciencias sociales y comportamentales, artes, humanidades, ciencias tecnológicas, y ciencias de la salud.
Discusión: ¿Cuáles son los beneficios de los PUM en la integración social y en su bienestar psicológico? La implicación en actividades de aprendizaje propicia una estimulación cognitiva continuada además de proporcionar efectos protectores o estrategias compensatorias que ayudan a mitigar el declive cognitivo en la edad avanzada. El impacto que tiene la implicación en actividades sociales-culturales medido a partir del incremento en los niveles de integración y actividad social es particularmente relevante dado que la actividad social ha sido a menudo vinculada con el bienestar psicológico de los mayores.
Conclusión: La capacidad de los aprendices mayores de beneficiar se de una mejora en la salud física, mental y social se ve afectada por una continuada participación en actividades de aprendizaje. Los beneficios para los mayores implicados en experiencias educativas incluyen el desarrollo de estrategias efectivas de afrontamiento ante las experiencias vitales estresantes, desarrollo de nuevos intereses, y el desarrollo de redes sociales y la integración social, en otras palabras, una mejora del bienestar.

EDUCACIÓN Y PERSONAS MAYORES

S. Pinazo Hernandis[1], L. Bermejo García[2], A. Losada Baltar[3] y M. Márquez[3]
[1]Universidad de Valencia, Valencia, [2]Coordinadora del Grupo de Trabajo de Educación Ger, [3]Universidad Autónoma de Madrid. Miembro del Grupo.

Introducción: No es fácil conocer o acceder a información sobre los programas que se están realizando en nuestro país sobre aspectos relacionados con el proceso de aprendizaje en las personas mayores, cuáles son los modos de educar utilizados por los diferentes profesionales, cómo y quién diseña los programas de formación, cómo se ejecutan y cómo se evalúan.
Objetivos: Revisar distintos programas de educación gerontológica que se están llevando a cabo en España y valorarlos en términos de organización, objetivos, metodología y resultados.
Material y métodos: Tras diversas reuniones de trabajo, diseñamos una ficha de recogida de información que intentaba dar respuesta a cuestiones como: *1.* Descripción del programa en donde se indican los objetivos, justificación teórica. *2.* Descripción de los actores del programa, entendiendo como tales tanto a los participantes o destinatarios como a los profesionales que los imparten o las instituciones que lo promueven y/o las que los financian. *3.* Contenidos y metodología utilizada: programación de las sesiones, materiales que se utilizan, estrategias didácticas, habilidades; recursos materiales y humanos. *4.* Sistema de evaluación: cómo se evalúa, con qué instrumentos, quién evalúa; resultados esperados/obtenidos.
Resultados: El trabajo que aquí se presenta es un análisis preliminar. Las instituciones desde las que se ofertan programas educativos dirigidos a personas mayores son muy variadas. Algunas son instituciones propiamente educativas (como las universidades, los centros de Educación de Personas Adultas); otras son ayuntamientos, residencias, centros sociales...); en otros casos, no existe una institución como tal que promueva el programa y son los propios mayores quienes organizan ellos mismos las acciones educativas. Podemos clasificar los programas educativos en función del área a la que se dirigen o fin que se proponen: Programas de mejora de la salud física, programas de mejora de la salud y el bienestar psicológico, programas de desarrollo de conocimientos tecnológicos, académicos o mejora de la cultura general, programas de desarrollo de competencias para la participación de los mayores, en la comunidad, en los centros o en su familia, etc. La oferta educativa está desigualmente repartida por el ámbito estatal. Muchos programas mueren al poco tiempo por no formar parte de programas establecidos e institucionalizados; en otros, no se evalúan los resultados ni su eficacia.
Conclusión: Se necesita una mayor fundamentación teórica y un análisis riguroso de la oferta educativa existente para poder guiar mejor las prácticas. Así mismo urge la necesidad de evaluar los programas para poder validar su eficacia.

LA SOBRECARGA EN EL CUIDADOR DE PACIENTES CON DEMENCIA

I. Sánchez, E. Mulet, J. Chavarria y M. Subirats
Hospital de la Santa Pau, Tortosa.

Objetivo: *1)* Determinar el nivel de sobrecarga de los cuidadores de pacientes con demencia en seguimiento en dos niveles asistenciales distintos de nuestro centro: Hospital de día y PADES (domicilio). *2)* Evaluar si existen diferencias en la sobrecarga de los cuidadores según el nivel asistencial.
Material y métodos: Estudio analítico transversal. Se ha utilizado una muestra representativa escogida de forma aleatoria de 30 cuidadores de pacientes con demencia que acuden o han acudido desde agosto 2005 a marzo 2006 al Hospital de Día y de otros 30 que permanecen en domicilio con el soporte de PADES en el momento del estudio. Para evaluar la carga de los cuidadores se utiliza la escala ZARIT, que consta de 22 ítems, de los cuales 21 miden la sobrecarga del cuidador y finaliza con una cuestión sobre la percepción global de la carga. Se utilizó el software SPSS para el análisis estadístico.
Resultados: Cuidadoras mujeres: 86,6%, edad media: 58,16 años. El 53% de los cuidadores de los dos grupos presentan una sobrecarga intensa, el 37% presentan una sobrecarga leve y que tan sólo un 10% no presenta ninguna carga. Analizando los diferentes grupos, el 60% de los cuidadores de pacientes con demencia en domicilio presentan una sobrecarga intensa frente al 46,6% de los cuidadotes de pacientes que acuden al Hospital de día ($p < 0001$).
Conclusiones: La demencia influye sobre la economía, salud física y emocional del cuidador. Por esta razón, la valoración y el manejo del estrés del cuidador deben ser prioritario en el cuidado integral del paciente demenciado. Niveles asistenciales ambulatorios como el Hospital de día pueden ser útiles para disminuir la sobrecarga del cuidador.

CONVIVIR CON EL ALZHEIMER

E. Mulet Aloras, I. Sánchez y J. Chavarria
Hospital de la Santa Creu, Tortosa.

Introducción: La enfermedad de Alzheimer es una demencia progresiva que presenta un déficit de memoria como uno de sus síntomas principales. A medida que la enfermedad avanza, el paciente empeora progresivamente, mostrando problemas perceptivos, de lenguaje y emocionales, que irrumpen en la relación interpersonal y ocasionan un sufrimiento familiar considerable.
Objetivos: *1)* Informar al cuidador sobre los cambios de la enfermedad en las Actividades de la Vida Diaria (AVD), y ayudar a planificar las curas de acuerdo con sus necesidades; *2)* Mejorar la calidad de vida del paciente y del cuidador, *3)* Evitar la aparición del síndrome del cuidador.
Material y métodos: Póster informativo dirigido a los cuidadores de personas afectadas por la enfermedad del Alzheimer.
Resultados: Está demostrado que una información adecuada facilita el trabajo del cuidador y permite encaminar las curas del paciente en una enfermedad tan compleja como es la del Alzheimer. Este póster ha servido a los profesionales de una unidad de larga estancia para la divulgación a familiares.
Conclusiones: Se sabe que la detección precoz de la enfermedad es la mejor manera para afrontarla de una forma efectiva y con esperanza. Para ello es fundamental dar a conocer y explicar tanto al paciente como al familiar, los síntomas y el abordaje ante nuevos problemas.

IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA DE CLASIFICACIÓN DE RESIDENTES BASADO EN EL SISTEMA RAI-NH PARA OBTENER LA SITUACIÓN FUNCIONAL DE LOS USUARIOS DEL SERVICIO REGIONAL DE BIENESTAR SOCIAL

J.G. Alastruey Ruiz, D. Trinidad Trinidad, P. Ramos Cordero, J.P. Gómez Fernández y C. Galán Cabello
Servicio Regional de Bienestar Social, Madrid.

Introducción: La correcta planificación de los cuidados prestados a los usuarios en Centros de Media y Larga Estancia precisa de un procedimiento de valoración de la situación funcional de aquellos. A partir de esta premisa, el Servicio Regional de Bienestar Social de la Comunidad de Madrid ha desarrollado e implantado un programa de valoración denominado “Clasificación Funcional de Residentes”.
Objetivo: Diseñar e implantar un programa que permita la valoración adecuada de la situación funcional de cada residente de cara a la detec-

ción de las necesidades de atención individualizada de cada residente. A partir de esta valoración se pueden aplicar protocolos asistenciales estandarizados adaptados a la situación individual de cada usuario.
Material y métodos: En un primer momento, se ha procedido a adaptar el sistema de valoración funcional RAI-NH a las necesidades específicas del Servicio Regional de Bienestar Social. Se ha adecuado El Conjunto Mínimo Básico de Datos de forma que con la información imprescindible se puede obtener la clasificación de cada residente en alguno de los grupos definidos en el RUG III, así como la detección de problemas asistenciales que precisen de una valoración adecuada y, en su caso, aplicar aquellos protocolos asistenciales que sean precisos. Para la correcta gestión del sistema, se ha desarrollado una aplicación informática específica que agilice la recogida de la información así como la explotación de los resultados. En paralelo, se han redactado e implantado una serie de protocolos asistenciales que permitan la estandarización de los cuidados a prestar de forma individualizada a partir de la información obtenida con CFR. Para valorar el impacto de la implantación de este nuevo sistema se han utilizado una serie de Indicadores de Calidad elaborados específicamente para el RAI-NH por el CHRSA de la Universidad de Madison-Wisconsin.
Resultados: En estos momentos, se han valorado con el sistema CFR 5154 residentes, que supone el 90% de los usuarios del SRBS. Para estos residentes valorados, se ha podido establecer parámetros como el nivel de dependencia para las Actividades Básicas de la Vida diaria, el grado de Deterioro Cognitivo, el grupo RUG III en el que se clasifica a cada usuario. Además, se están detectando las áreas de problemas de salud para cada residente aplicándose en cada caso, los Protocolos Asistenciales necesarios para lograr una calidad adecuada de la atención.

CARACTERÍSTICAS ASISTENCIALES DE UN HOSPITAL DE DÍA GERIÁTRICO

G. Izquierdo, M. Bertomeu, J. Gómez-Pavón e I. Ruipérez
Servicio de Geriatría. H. Central Cruz Roja, Madrid.

Objetivo: Analizar las características asistenciales de un hospital de día geriátrico.
Material y método: Se revisan las historias de los pacientes admitidos en el hospital de día geriátrico integrado en el Servicio de Geriatría del H. Cruz Roja de Madrid, en los dos últimos años (periodo 1-1-04 al 1-1-06). Se excluyen los pacientes ingresados en el programa de "estimulación cognitiva". N = 312 (202 mujeres, edad media 80,28 ± 6,7 años). *Se analizan:* edad, sexo, situación funcional y mental, procedencia, motivo de ingreso, destino al alta, gestión social del alta, ganancia funcional. Análisis estadístico con Chi^2 para variables categóricas y T de Student para continuas. Intervalo de confianza y nivel de significación del 95%.
Resultados: *Procedencia:* 40% Consultas externas, 43% Unidad de Media Estancia (UME), 9% Ayuda Geriátrica Domiciliaria, 6% Unidad Geriátrica de Agudos (UGA). *Motivo ingreso:* 106 (29%) ictus, 72 (20%) Fx cadera, 47 (13%) sdr. Inmovilidad, 38 (10%) Osteoartrosis, 31 (8,5%) Parkinson, 68 (19%) otros. *Destino al alta:* 58% Equipo atención primaria, 23% consultas externas, 6% ingreso en UGA. *Gestión social:* 54% Centro de día, 25% ayuda a domicilio, 10% teleasistencia, 8% residencia. *Barthel ingreso:* 71,30 ± 10,3, Barthel al alta: 81,30 ± 7,21. *Ganancia Funcional:* 10 puntos. Tinetti ingreso 16,82, Tinetti alta: 20,55. Índice de pacientes n/corregido: 0,59. Índice asistencia/pacientes alta: 15,90.
Conclusiones: Las características de nuestro hospital de día geriátrico son las siguientes: procedencia en su mayoría de UME y consultas externas, siendo la pérdida funcional por patología osteomuscular y el ictus, las principales causas de ingreso. La actividad del H. de día es de alto rendimiento con mantenimiento y seguimiento del paciente al alta por el equipo de atención primaria.

INFLUENCIA DEL NIVEL DE DEPENDENCIA DEL ANCIANO EN LA APARICIÓN DE SENTIMIENTOS DE CULPA Y SOBRECARGA EN LA FAMILIA

M. Alonso, J. Díez, L. Gómez-Alonso, S. González y D. Moreno
Residencia Peñuelas. Madrid, Eulen Servicios Sociosanitarios S.A.

Objetivos: Analizar la presencia de sentimientos de culpa y sobrecarga en los familiares de los residentes que ingresaron en la Residencia Peñuelas durante el año 2005. Relacionar el nivel de deterioro funcional y cognitivo, y la utilización de otros recursos sociales previa al ingreso, con la aparición de dichos sentimientos.
Material y métodos: Se realiza un estudio estadístico sobre la población de ingresos producidos en nuestro Centro durante el pasado año 2005. Del total, se han descartado aquellos que no tienen familia o apoyo social. La muestra utilizada está compuesta por 59 sujetos, 37 mujeres y 22 hombres. Todos ellos fueron sometidos a una valoración geriátrica integral, obteniendo así los datos referentes a los niveles de deterioro cognitivo y funcional, a través del MEC (LOBO) y escala de BARTHEL. Los datos referentes al sentimiento de culpa y sobrecarga en los cuidadores se obtuvieron a través de una entrevista familiar al ingreso.
Resultados: Del total de la muestra un 44,07% de los cuidadores presentaban sentimiento de culpa, un 30,51% sobrecarga y un 20,34% ambos. Un 64,41% utilizaban otro tipo de recurso social previamente. De estos familiares, un 32,20% presentaba sentimiento de culpa, un 20,34% presentaban sobrecarga. Un 57,63% no presentaban deterioro cognitivo o lo presentaban en fase leve, de los cuales, un 8,47% de los cuidadores presentaban sobrecarga y un 20,34% sentimiento de culpa. Un 42,37% presentaba deterioro cognitivo en fase moderada o severa, de los cuales un 22,03% de los cuidadores presentaba sobrecarga y 23,73% sentimiento de culpa. Un 50,85% no presentaban deterioro funcional o lo presentaban en fase leve, de los cuales, un 8,47% de los cuidadores presentaban sobrecarga y un 22,03% sentimiento de culpa. Un 49,15% presentaba deterioro funcional en fase moderada o severa, de los cuales un 22,03% de los cuidadores presentaba sobrecarga y 22,03% sentimiento de culpa.
Conclusiones: Tras el estudio realizado, se observa que los familiares de aquellos residentes que al ingreso presentaban un deterioro moderado o severo, tanto funcional, como cognitivo, demostraban padecer en mayor medida sobrecarga que aquellos que no presentaban deterioro funcional y cognitivo, o lo presentaban en fase leve. En el caso del sentimiento de culpa, no se aprecian diferencias significativas entre los distintos niveles de deterioro, tanto funcional como cognitivo, Siendo los porcentajes resultantes muy aproximados.

VALORACIÓN DE LAS RELACIONES FAMILIARES DE LOS RESIDENTES TRAS EL INGRESO EN UN CENTRO SOCIOSANITARIO

M. Morán
Centro Gerontológico Amma Oblatas; Pamplona.

Objetivo: Valorar la percepción que tiene el residente de un centro sociosanitario de su relación familiar tras el ingreso, en función de la voluntariedad del mismo.
Material y métodos: Se ha realizado una entrevista a 66 residentes y se han recogido datos referentes a la frecuencia de visita de los familiares, a la relación que mantiene con los que le visitan actualmente y a la pérdida de contacto con alguno de ellos. El análisis de los datos se ha realizado mediante el análisis de correspondencia. Se ha considerado un nivel de significación del 95% para establecer diferencias entre los grupos.
Resultados: No se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en la valoración de la relación familiar en función de la voluntariedad del ingreso, aunque: entre los residentes que no eligieron su ingreso voluntario un mayor porcentaje percibe que la frecuencia de visitas familiares ha variado (58% vs. 42%). Entre los residentes que eligieron voluntariamente su ingreso, estos porcentajes se invierten. Tras el ingreso ningún residente percibe un deterioro en las relaciones familiares que mantiene actualmente, y la mayoría refiere que ésta no ha variado. Aproximadamente un 30% de los residentes, con independencia del tipo de ingreso, manifiestan que hay familiares que los visitaban en sui domicilio y actualmente han dejado de hacerlo.
Conclusión: La voluntariedad del ingreso no afecta de forma significativa a la valoración de las relaciones familiares del residente tras el mismo, aunque en la percepción de la frecuencia de visitas se observa una mayor tendencia a la diferencia entre los dos grupos.

INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA A DOMICILIO PARA CUIDADORES DE PERSONAS CON DEMENCIA

V. Lizarraga e I. Artetxe Uribarri
Fundación Bizitzen. Durango. Bizkaia.

Objetivos: Descripción y análisis de la efectividad de la intervención psicológica a domicilio para cuidadores de personas con demencia.

Material y métodos: La muestra consta de 12 cuidadores informales que conviven en el domicilio. Se realiza durante un periodo de 7 meses en el año 2005/06. Es la terapeuta quien se desplaza al domicilio por falta de tiempo disponible de los cuidadores lo que posibilita además mayor información sobre la situación de cuidado. Diseño experimental de pre y post-evaluación, las variables: datos sociodemográficos, información del enfermo (demencia, evolución, estado cognitivo, funcional y conductual), variables independientes (Zarit, y Goldberg), variables dependientes (estrategias y recursos de afrontamiento: salud, creencias, competencias, apoyo social, h.h.s.s., recursos económicos). Desde un enfoque cognitivo-conductual se trabajan las variables moduladoras: reestructuración cognitiva, entrenamiento asertivo, técnica de resolución de conflictos, manejo de trastornos de conducta y estilo comunicativo.

Resultados: Edad media de los cuidadores, 56,5, mayormente mujeres. 2/3 casadas. El 58,3% son hijas. La persona dependiente mayormente demencia tipo Alzheimer, más de 5 años de evolución, deterioro cognitivo grave e independencia funcional. En pre-evaluación el 91,6% presentan sobrecarga subjetiva intensa y síntomas de ansiedad y 100% síntomas de depresión.

Conclusiones: Falta la post-evaluación y un análisis estadístico completo que estará finalizado en Mayo. Se pretende confirmar esta hipótesis: los participantes reducen sus niveles de ansiedad, depresión y sobrecarga subjetiva, a través de la intervención en las variables dependientes. Los datos obtenidos en las primeras post-evaluaciones demuestran una mejoría en la sintomatología ansioso-depresiva, lo que hace pensar que la tendencia pueda ser generalizada.

SESIÓN PÓSTERS V

Terrazas
Viernes, 16 de junio

Área biológica

Modera:
José Regidor
Vocal sección de Ciencias Biológicas de la SEGG

EFECTO DE LA RESTRICCIÓN DE HIDRATOS DE CARBONO SOBRE LA PRODUCCIÓN MITOCONDRIAL DE RADICALES EN EL HÍGADO De RATA

P. Caro Martín
Universidad Complutense de Madrid, Madrid.

Muchos estudios anteriores coinciden en encontrar que la restricción calórica (RC, 40%) disminuye la producción mitocondrial de especies reactivas derivadas del oxígeno (ROS), lo que parece contribuir a aumentar la longevidad. Recientemente hemos observado que 7 semanas de restricción proteica al 40% también disminuye la producción mitocondrial de ROS en hígado de rata, mientras que la restricción de lípidos no lo hace. Esto es interesante, pues la restricción protéica también aumenta la longevidad en roedores. En el presente trabajo hemos investigado el posible papel de los carbohidratos de la dieta sobre el estrés oxidativo mitocondrial. Se disminuyó la ingestión de carbohidratos en la dieta de ratas Wistar macho en un 40% utilizando dietas semipurificadas, mientras que los demás componentes de la dieta se ingirieron al mismo nivel que en los controles (*ad libitum*). Tras siete semanas de tratamiento la producción de ROS de las mitocondrias hepáticas de los animales restringidos en carbohidratos no mostró diferencias significativas con los controles con pyruvato/malato, succinato o glutamato como substratos. Tampoco se observaron diferencias entre ambos grupos en el consumo de oxígeno mitocondrial ni en la fuga porcentual de ROS. Estos resultados, junto con los obtenidos previamente en la RC, en la restricción proteica y lipídica, indican que el descenso de producción mitocondrial de ROS que ocurre en la RC no se debe a la disminución de las calorías en sí mismas, sino a la disminución en la ingesta proteica, una manipulación mucho más fácil de realizar en humanos que la RC.
Apoyado por MCYT (SAF 2002-01635).

RESPUESTA HIPOFISARIA A GNRH DURANTE EL ENVEJECIMIENTO. ACCIÓN DE LA MELATONINA

B. Díaz López[1], D. Pazo[2], A.I. Esquifino[2] y E. Díaz Rodríguez[1]
[1]Dpto. Biología Funcional (Área Fisiología), Universidad de Oviedo, Oviedo,
[2]Dpto. Bioquímica y Biología Molecular III, Universidad de Oviedo, Oviedo.

Objetivo: Estudiar la influencia de la edad y tratamiento con melatonina sobre la actividad del eje neuroendocrino-reproductor, a través de la respuesta hipofisaria a GnRH en ratas.
Material y métodos: Se estudió LH, FSH y prolactina en hembras jóvenes (3 meses), mediana edad (11 meses) y viejas (23 meses), control y tratadas diariamente con melatonina (150 g /100 g. p.c.) (1 mes) tras una inyección de GnRH (50 ng/100 g. p.c.) en muestras sanguíneas a los 15, 30, 60 y 90 minutos.
Resultados: LH mostró respuesta positiva a GnRH en las tres edades (grupo control), de mayor magnitud en hembras viejas, el tratamiento con melatonina (MEL) la redujo haciéndola similar a la de las jóvenes control. En hembras de mediana edad, sin embargo, MEL mejoró la respuesta. FSH (grupo control) no mostró respuesta a GnRH en ninguna edad. Aunque, se observaron valores mas elevados en la mayoría de los tiempos estudiados en las hembras envejecidas que en las jóvenes. MEL indujo respuesta positiva tras GnRH en ratas de mediana edad reduciendo los valores en las envejecidas. Prolactina solo respondió a GnRH en las ratas de mediana edad con una respuesta negativa en controles y tratadas con melatonina.
Conclusiones: La actividad del eje neuroendocrino-reproductor se modifica durante el envejecimiento. Alcanzando, valores elevados en las hembras mas envejecidas. MEL ejerce un efecto reparador sobre la respuesta a GnRH. En hembras de mediana edad provocó una respuesta mejorada, mientras que en las envejecidas provocó una respuesta similar a las jóvenes control.
Financiado por FIS 97/0988.

EL TRATAMIENTO CON HORMONA DEL CRECIMIENTO, MELATONINA, ESTRÓGENOS Y FITOESTRÓGENOS DISMINUYE EL DAÑO OXIDATIVO A LÍPIDOS EN RATAS VIEJAS OVARIECTOMIZADAS

M. de la Fuente del Rey[1], C. Eschen[1], C. Alvarado Fradua[1],
P. Álvarez Cifuentes[1], J. Fdez.-Tresguerres[2] e I. Baeza Monedero[1]
[1]Dpto. Fisiología, Fac. Biología, Universidad Complutense de Madrid, Madrid
[2]Dpto. Fisiología, Fac. Medicina, Universidad Complutense de Madrid, Madrid.

Objetivo: La ovariectomía, que constituye un modelo de menopausia en ratas (al reducir los niveles de estrógenos (E) en estos animales), acelera el proceso de deterioro funcional que tiene lugar con el envejecimiento. Sin embargo, existen pocos estudios acerca de su repercusión en el daño oxidativo celular. Puesto que es conocida la disminución con la edad de hormonas como la hormona del crecimiento (GH) y la melatonina (MEL), así como el papel antioxidante de esta última, el objetivo de este estudio ha sido valorar si la administración de GH, MEL, E y fitoestrógenos (FE) a ratas viejas ovariectomizadas modifica los niveles de daño celular a lípidos de membrana.
Material y métodos: Se utilizaron ratas hembra viejas (24 meses) divididas en dos grupos: sham (subdivididas en tres grupos: tratado con GH, con MEL y grupo control) y ovariectomizadas a los 12 meses (subdivididas en cinco grupos: tratamiento con GH, MEL, E, FE y controles). Los tratamientos se administraron durante las 10 semanas previas al sacrificio de los animales. Se valoraron los niveles de Malondialdehido (MDA), un marcador de peroxidación lipídica cuyos niveles se relacionan con el proceso de envejecimiento, en el bazo, el hígado y el corazón de estos animales.
Resultados: En las hembras ovariectomizadas, todos los tratamientos disminuyen los niveles de MDA en bazo, encontrándose diferencias significativas en el caso de la MEL (22,61 ± 4,58, $p < 0,01$), E (24,18 ± 5,62, $p < 0,05$) y FE (23,1 ± 3,83, $p < 0,01$) con respecto al grupo control (36,42 ± 9,86). En el caso del hígado, el daño oxidativo a lípidos disminuye significativamente tras todos los tratamientos (GH: 19,93 ± 3,75; MEL: 15,42 ± 2,00; E: 16,37 ± 2,89; FE: 16,78±3,11; Control: 35,68 ± 5,71 $p < 0,001$). Este efecto se observa también en el corazón, donde de nuevo las diferencias son altamente significativas al comparar el grupo control con cada uno de los tratamientos (GH: 7,39 ± 1,87; MEL: 5,42 ± 0,72; E: 6,11 ± 1,43; FE: 6,79 ± 1,74; Control: 15,96 ± 4,5 $p < 0,001$).

Conclusiones: La administración de GH, MEL, E o FE en la vejez constituye un tratamiento eficaz para reducir los niveles de daño a lípidos de membrana, y de este modo disminuir el estado oxidativo del individuo.

CAMBIOS CON EL ENVEJECIMIENTO EN LOS NIVELES DE GLUTATION DE CÉLULAS INMUNITARIAS Y PLASMA. EFECTO DE LA ADMINISTRACIÓN DE N-ACETILCISTEÍNA

M. de la Fuente del Rey[1], C. Fernández[2], A. Rodríguez[2], J.M. Ribera[2] y L. Arranz Salas[1]

[1]Dpto. Fisiología, Fac. Biología, Universidad Complutense de Madrid, Madrid, [2]Dpto. Geriatría, Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

Al envejecer se produce un deterioro funcional, cuya principal causa es el aumento en el estrés oxidativo que experimenta el organismo. En trabajos previos hemos demostrado el declive con la edad de funciones inmunitarias, descritas como marcadores de salud y longevidad, al mismo tiempo que hemos comprobado cómo las mismas mejoran tras la administración de N-acetilcisteína (NAC).

Objetivos: Conocer los cambios que experimentan con la edad los dos tipos principales de células inmunitarias, linfocitos y fagocitos, en los niveles de un antioxidante fundamental en el organismo, el glutation, y comprobar si siguen el mismo perfil que en plasma (muestra más habitualmente empleada para verificar el estado oxidativo del organismo). Dado que la NAC puede actuar como precursor del glutation, nos propusimos además comprobar si su administración aumenta los niveles de dicho antioxidante.

Material y métodos: Se estudiaron 36 mujeres posmenopáusicas, 18 pertenecientes a la década de los 50-60 años y 18 de más de 70, con buen estado de salud. La dosis diaria fue de 1 comprimido oral efervescente de 600mg de NAC durante 4 meses. Antes de iniciarse el tratamiento, a los 2 meses, una vez finalizado el mismo y 3 meses después de dicha finalización, se procedió a la extracción de sangre periférica. Como control de edad se empleó un grupo de 18 mujeres de 30-40 años, a las que se extrajo sangre una única vez. Se estudiaron los niveles de glutation total en linfocitos, neutrófilos y plasma a través de espectrofotometría.

Resultados: Con el envejecimiento se produce una disminución en los niveles de glutation, tanto en las células inmunitarias como en el plasma (por ejemplo, adultas 1,3 ± 0,58 nmo l/106 neutrófilos, maduras 0,2 ± 0,09 nmol /106 neutrófilos, $p < 0,001$). El tratamiento con NAC es capaz de aumentarlos en leucocitos, efecto que no se ve reflejado en plasma. El aumento en las células inmunitarias se aprecia ya a los 2 meses de tratamiento (en el mismo ejemplo, maduras 0,31 ± 0,17 nmol/106 neutrófilos, $p < 0,01$), siendo más relevante a los 4 meses (0,57 ± 0,32 nmol/106 neutrófilos, $p < 0,001$) y manteniéndose 3 meses tras su finalización (0,53 ± 0,29 nmol/106 neutrófilos, $p < 0,001$).

Conclusiones: La disminución en los niveles de glutation de las células inmunitarias con la edad puede explicar el deterioro funcional que experimentan las mismas. La administración de NAC, al aumentar dichos niveles, mejora la función inmunitaria. Por otra parte, la determinación del glutation plasmático no es una medida adecuada para conocer el estrés oxidativo que padece el individuo, ya que puede no relacionarse con el experimentado por los leucocitos circulantes.