

## COMUNICACIONES LIBRES

Sala Andalucía 3

Jueves, 5 de junio de 09:30 a 11:30 horas

### Área Clínica I

Moderan:

Juan Carlos Carrillo Santos. Granada

Pilar Ochoa Calvo. Zaragoza

## Niveles asistenciales

110

### CONTINUIDAD DE CUIDADOS EN PACIENTES GERIÁTRICOS HOSPITALIZADOS: MORBIMORTALIDAD Y DISPOSITIVOS DE ATENCIÓN DOMICILIARIA

E. Romero Pisonero, A. González Ramírez, J. Mora Fernández, M. Ramos Cortés, J. Velasco, A. Álvarez de Arcaya y M. Rodríguez Cerrillo

Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

**Objetivo:** 1) Comparar la utilidad de varios dispositivos asistenciales tras la hospitalización de pacientes geriátricos. 2) Analizar el uso de recursos sanitarios y la morbimortalidad en estos pacientes.

**Material y método:** Pacientes > 80 años dados de alta de UGA (Julio-Diciembre 2007) con criterios de fragilidad definida por: situación funcional y/o mental deteriorada (Katz F-G, FAST  $\geq$  5), inmovilidad (CRF > 4), comorbilidad (Índice Charlson, ICh > 3). Se excluyen pacientes con enfermedad oncológica terminal y reingresos de < 60 días. Se recogieron datos clínicos, analíticos, nº de fármacos y uso de recursos sanitarios. Se asignaron aleatoriamente a dispositivos de hospitalización domiciliaria (HD), atención geriátrica a domicilio (AGD) y/o atención primaria (AP). Seguimiento telefónico a los 30 y 60 días tras alta, determinando mortalidad, reingresos y atención en urgencias. Análisis estadístico: comparación medias y proporciones con nivel de significación  $p < 0,05$ . SPSS 15.0.

**Resultados:**  $n = 25$ , edad media 88,8, DE 5,7 (80-99), 80% mujeres. Situación basal: Katz G 64%, inmovilidad absoluta 68%, FAST  $\geq$  5: 76%, ICh 2,4, DE 1,2. Estancia media 18,4 días. Parámetros analíticos promedio: albúmina 3,2 g/dL, colesterol 155,1 mg/dL, prealbúmina 13,5 mg/dL. Nº fármacos 5,4, DE 3,4. Grupos diagnósticos: neurológico 72%, cardiopulmonar 20%. Motivo ingreso principal: infeccioso 60%. Continuidad de cuidados: HD 8, AGD 8 y AP 9 pacientes. Datos de seguimiento (60 días): mortalidad 16%, reingresos o atención en urgencias 28%. No se encontró relación entre el grupo de asignación y mortalidad o atención hospitalaria ( $p > 0,05$ ). A mayor comorbilidad y polifarmacia, mayor riesgo de reingresos y/o muerte (ICh 3,0 vs 2,1,  $p = 0,078$ ; nº fármacos 7,9 vs 3,9,  $p = 0,018$ ). No se encontró relación con el resto de parámetros demográficos, clínicos o analíticos del ingreso.

**Conclusiones:** 1) El pronóstico vital y el uso de recursos sanitarios tras la hospitalización de este tipo de pacientes dependen en mayor medida de la comorbilidad que del dispositivo asistencial elegido para continuidad de cuidados. 2) En nuestra muestra, la hospitalización domiciliaria no parece aportar mayor beneficio respecto a los otros dispositivos para este tipo de pacientes.

133

### TRABAJO POR PROCESOS Y RESULTADOS ASISTENCIALES EN UN HOSPITAL DE MEDIA ESTANCIA GERIÁTRICO

M. Álvarez de Arcaya Vitoria, E. Fernández Arin, R. González Lareina y J.L. González Oliveras

Hospital Ricardo Bermingham. Fundación Matía, San Sebastián.

**Objetivos:** Mejorar la asistencia a los pacientes ingresado en nuestro hospital siguiendo el modelo de la gestión por procesos. 1. Definir los procesos asistenciales clave. 2. Identificar los objetivos asistenciales de forma individual por paciente y específicos de cada proceso asistencial definido. 3. Valorar los resultados asistenciales e implantar acciones de mejora

**Material y método:** A lo largo del 2006 y 2007 hemos diseñado, implantado y evaluado en nuestro hospital el trabajo por procesos asistenciales clave con sus correspondientes responsables y procedimientos de intervención y evaluación. Hemos definido objetivos asistenciales comunes a todos los pacientes de un mismo proceso e individuales por paciente analizando la consecución de los mismos, e instaurando acciones de mejora individuales en las reuniones de equipo interdisciplinar, y comunes a todos los pacientes de un mismo proceso asistencial en sus correspondientes reuniones de equipos de proceso.

**Resultados:** Se ha atendido a 1726 pacientes divididos en tres procesos asistenciales: Rehabilitación 531 (30,8%), Convalecencia 668 (38,7%) y Cuidados paliativos 527(30,6%). La estabilidad clínica se ha conseguido en un 75,9% en 2006 y en un 78% en 2007 de los pacientes en que fue objetivo. Mejora funcional se ha alcanzado en un 75,7% en 2006 y en un 84,8% en 2007 siendo la ganancia media en Barthel en convalecencia 21,3 puntos en 2006 y 29,5 puntos en 2007 y en rehabilitación 33, 3 puntos en 2006 y 34 puntos en 2007. La disminución de factores de riesgo para desarrollar UPP (mejoría en Norton) se alcanzó en un 79,6% de los pacientes en que fue objetivo. La incidencia de UPP (II-IV) fue de 3,7% en 2006 y 2,5% en 2007. La detección de UPP en estadio I fue de 77,6% en 2006 y de 84,6% en 2007. La prevalencia de infección nosocomial (EPINE) ha sido de 6,3% en 2006 y 6,4% en 2007

**Conclusiones:** La clasificación de pacientes en procesos según sus objetivos asistenciales con aplicación de cuidados acordes a las necesidades de los mismos ayuda a optimizar la atención. El diseño de indicadores asistenciales con objetivos individualizados en cada uno de los procesos asistenciales permite conocer los resultados de nuestra asistencia. El seguimiento periódico de los resultados asistenciales permite instaurar acciones de mejora si se observan desviaciones del objetivo propuesto o plantearse nuevos objetivos si los previos han sido alcanzados.

137

### COMPARACIÓN POR EDAD DE PACIENTES INGRESADOS EN UNA UNIDAD DE CORTA ESTANCIA DE URGENCIAS EN UN HOSPITAL TERCIARIO

J.J. González Armengol, F.J. Martín Sánchez, J. González del Castillo, C. Fernández Alonso, P. Villarroel Elípe y J.M. Ribera Casado  
*Hospital Clínico San Carlos, Madrid.*

**Introducción:** Muchos de los pacientes mayores de 65 años que acuden a Urgencias (SU) requieren ingreso hospitalario. La Unidad de Corta Estancia (UCE) es una alternativa a la hospitalización vinculada al SU.

**Objetivos:** Establecer si el ser > 65 años es un factor diferenciador respecto al perfil del paciente al ingreso y al alta.

**Material y métodos:** Estudio de una serie de casos de todos los pacientes ingresados en la UCE del Hospital Clínico San Carlos (HCSC) en 2006. La información se obtuvo de forma retrospectiva de la base de datos de la UCE y de Archivos y Documentación Clínica. Análisis estadístico: paquete estadístico SPSS 13.0.

**Resultados:** N = 2227. 1484 (66,6%) fueron > 65 años. Frente a los jóvenes: Más mujeres: 930 (58,3%) vs 382 (50,3%),  $p < 0,0001$ . Ambos comparten los 25 GRD (grupos de diagnóstico relacionado) más frecuentes. Más reagudización de procesos crónicos (insuficiencia cardiaca aguda y EPOC), infecciones respiratorias, síncope y arritmias ( $p < 0,001$ ) y menos infecciones urinarias, crisis renoarteriales y diarrea inflamatoria ( $p < 0,001$ ). En procedimientos: más gasometrías, ECG y monitorización ( $p > 0,0001$ ), ecografía doppler de extremidades ( $p = 0,05$ ) y menos ecografías abdominales ( $p < 0,0001$ ). Estancia mediana mayor: 1,75 vs 1,35 (1-2) días ( $p < 0,0001$ ). Al alta: similar a domicilio, 676 (91,0%) vs 1305 (87,9%); con más Hospital a domicilio, 289 (19,5%) vs 111 (14,9%); más a centro de apoyo, 171 (11,5%) vs 35 (4,8%) y menos cita en consultas 394 (26,5%) vs 237 (31,9%),  $p < 0,0001$ . Más traslados internos, 176 (11,8%) vs 62 (8,4%) y menos alta voluntaria, 2 (0,1%) vs 5 (0,6%),  $p < 0,0001$ .

**Conclusión:** La edad discrimina frecuencia de patologías, procedimientos, ubicación al alta y recursos empleados en nuestra muestra.

199

### EVOLUCIÓN DE LA CAPACIDAD FUNCIONAL DE PACIENTES INGRESADOS EN UNA UNIDAD GERIÁTRICA DE AGUDOS

N. Cañameras Viñas, M.A. Márquez Lorente, M.C. Martínez Sierra, M. Arellano Pérez, O. Sabartés Fortuny y J. Gutiérrez Cebollada  
*Hospital Universitari del Mar, Barcelona.*

**Objetivo:** Evaluar la evolución de la capacidad funcional tras el ingreso en una unidad geriátrica de agudos (UGA) y al mes del alta hospitalaria.

**Método:** Estudio de los pacientes ingresados en una UGA con Barthel previo > de 40 y seguimiento al mes. Se analizaron las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria según el índice de Barthel (IB), (previo, al ingreso, al alta y al mes post-alta) y el índice de Lawton (IL), (previo y al mes post-alta), factores epidemiológicos y comorbilidad según la escala de Charlson. Se consideró pérdida en el IB a la pérdida > del 10% respecto al previo a la enfermedad aguda.

**Resultados:** Se incluyeron 125 pacientes con una edad media de 83,7 años. El 65% fueron mujeres, la estancia hospitalaria media fue de 10,2 días y el Charlson medio de 2,1. El IB medio previo, al ingreso, al alta y al mes post-alta fue: 80,9, 42,7, 65,1 y 68,7, con un deterioro al ingreso, al alta y al mes respecto al IB previo del 47,2, 19,5 y 15%.

El 92,8% de los pacientes ( $n = 116$ ) presentó deterioro funcional por la enfermedad aguda con una pérdida media del 51,3% en el IB.

Al alta hospitalaria, el 64,8% de los pacientes ( $n = 81$ ) presentó deterioro funcional, con una pérdida por enfermedad aguda del 55%, una recuperación durante la hospitalización del 26% y una pérdida media al alta del 29% en el IB. El 35,2% restante ( $n = 44$ ) no presentó deterioro funcional al alta con una pérdida por enfermedad aguda del 33,1% y una recuperación durante la hospitalización del 30,8% en el IB.

En el seguimiento al mes post-alta, el 57,6% de los pacientes ( $n = 72$ ) presentó deterioro funcional, con una pérdida media por enfermedad

aguda del 48,6% y una recuperación durante la hospitalización del 27,8% finalizando el seguimiento con una pérdida del 30,1% en el IB. El 42,4% restante ( $n = 53$ ) no presentó deterioro funcional al mes post-alta con una pérdida por enfermedad aguda del 45,3%, una recuperación durante la hospitalización del 25,6% y una recuperación del IB previo en el mes post-alta. La media del IL previo y al mes post-alta fue de 3,3 y 1,6. Al analizar la evolución del IL previo respecto al mes, el 28,4% de los pacientes no modificó el IL, el 45,3% perdió entre 1 y 3 puntos y el 26,3% perdió más de 3 puntos.

**Conclusiones:** El ingreso en una UGA se asocia a deterioro funcional en la mayoría de los pacientes. Intervenciones durante el ingreso son eficaces para minimizar el impacto de la enfermedad aguda en la situación funcional en el anciano. Sin intervenciones post-alta hospitalaria es importante el porcentaje de pacientes que no consiguen mantener o recuperar la situación funcional previa. El ingreso hospitalario del anciano provoca severo deterioro en las actividades instrumentales en el seguimiento al mes del alta.

219

### PRONÓSTICO DE LOS CENTENARIOS TRAS UN INGRESO EN UN HOSPITAL DE AGUDOS

O.H. Torres Bonafonte, R. Prats Fuxet, G. Fuster Cardona, M.C. Cabeza Brasa, I. Marina Clopes y D. Ruiz Hidalgo  
*Hospital de la Santa Cruz y San Pablo, Barcelona.*

**Objetivo:** Estudiar el pronóstico a corto y largo plazo de los centenarios ingresados en un hospital de agudos.

**Métodos:** Se revisaron las historias clínicas de los pacientes ( $n = 100$  años que ingresaron en nuestro hospital durante el periodo Enero 06- Mayo 07. Se registraron: motivo de ingreso, soporte familiar, estado funcional (Índice -I- Barthel 15 d antes del ingreso), gravedad (APACHE II), comorbilidad (I Charlson), estancia, valoración social y destino al alta. Se realizó un seguimiento telefónico a los 18 meses.

**Resultados:** Se estudiaron 17 pac (88,2% mujeres) con edad  $101,9 \pm 2,2$  a (rango: 100-107,2) con I Barthel  $20,6 \pm 27,6$  (0 en el 41,2%). Vivían el 58,8% con familia, 23,5% solos y 17,6% en residencia. Los principales motivos de ingreso fueron: infección respiratoria (6 pac), insuficiencia cardíaca (3) e infección de orina (2). Al ingreso: Apache  $10,2 \pm 4$  e I Charlson  $1,5 \pm 1,2$ , siendo las principales comorbilidades: cardiopatía (5 pacientes) y demencia (4). El 35,3% (6 pac) fueron exitus durante el ingreso, el resto fueron dados de alta: 60% a domicilio, 20% a residencia y 20% a centros sociosanitarios. Se solicitó valoración por trabajo social en 3 pac. La estancia media fue  $11,9 \pm 12$  días. A los 18 m en 2 pac se perdió el seguimiento, 8 pac fueron exitus y 1 pac de 102 a vivía manteniendo un I. Barthel de 60. Reingresaron 4/11 pac. El exitus se produjo a la edad de  $102,3 \pm 2,3$  (100,3-107,8) a, predominantemente en otoño (8 pac) o invierno (5). Los pac que fallecieron después del ingreso índice lo hicieron a los  $211,6 \pm 187,6$  d (rango: 1-415), diferenciándose 2 grupos: en 3 pac el exitus fue en  $\leq 65$  d y en 5  $\geq 213$  d. No se observaron diferencias entre los pac con mayor o menor supervivencia.

**Conclusiones:** Los centenarios fallecen generalmente en los meses de otoño o invierno y, pese a los elevados niveles de dependencia, no presentan un alto consumo hospitalario ni sociosanitario.

El ingreso hospitalario, aunque sea motivado por enfermedades fácilmente tratables, supone en la mitad de los centenarios atendidos un hecho terminal.

No hemos encontrado factores que permitan identificar a los centenarios con mayor supervivencia debido probablemente al escaso tamaño de la muestra.

307

### PACIENTES ANCIANOS QUE INGRESAN EN UN CENTRO SOCIOSANITARIO (CSS) DESDE UNA UNIDAD GERIÁTRICA DE ATENCIÓN DOMICILIARIA (PADES). ANÁLISIS DEL DESTINO AL ALTA Y MORTALIDAD

I. Ferrer Peñar<sup>1</sup>, I. Bueno Martín<sup>1</sup>, J.L. Sánchez Rodríguez<sup>1</sup>, C. Castellà Valldepérez<sup>1</sup>, A. Collado<sup>2</sup> y E. Martínez Almazán<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Hospital de la Santa Creu, Tortosa. <sup>2</sup>Grup Sagessa.

**Objetivos:** Analizar los posibles factores de riesgo de los ancianos que ingresan en CSS desde PADES para institucionalización y mortalidad.

**Métodos:** 1. Estudio descriptivo retrospectivo mediante revisión de historias clínicas de pacientes ancianos que ingresan en CSS durante el año 2007. Se recogen datos demográficos, clínicos, sociales y funcionales. 2. Análisis multivariante por medio de regresión logística binaria.

**Resultados:** n = 64 pacientes, 57,8% mujeres, Edad media 82,53 años. 53,1% viudos. *Síndromes geriátricos:* polifarmacia 87,5%, deprivación sensorial 85,9%, deterioro cognitivo 78,1% (70% fast > 6), inmovilidad 78%, incontinencia urinaria 78%, estreñimiento 64%, incontinencia doble 59%, disfagia orofaríngea 48%. *Comorbilidad:* Patología osteoarticular 81,3%, HTA 71,9%, cardiopatía 40,6%, malnutrición (definida como albúmina < 2 al ingreso) 37,5%, enfermedad cerebrovascular 34,4%, DM 28%, neumopatía 23,4%, HPL 21,9%, insuficiencia renal 20,3%, neoplasia 14,1%. *Social:* Cuidador principal: Hijos 53,1%, Cónyuge 25%. Fragilidad Social: 60,9%, Riesgo de claudicación: 64,1%, SAD público/privado: 6,3% y 15,6 % respectivamente, 3,1% acudían a centro de día y un 3,1% vivían en residencia. Tras el análisis multivariante las variables asociadas a mortalidad fueron: Deterioro Cognitivo (p = 0,005), disfagia orofaríngea (p = 0,05), incontinencia doble (p = 0,06), hiperlipemia (p = 0,05), cardiopatía/arritmias (p = 0,05), neumopatía (p = 0,03), malnutrición (p = 0,014), y Barthel al ingreso (p = 0,001). Y las variables con asociación estadísticamente significativa para institucionalización fueron: detección de riesgo de claudicación (p = 0,001), y Cáncer (p = 0,045).

**Conclusiones:** 1. En la muestra analizada la presencia de deterioro cognitivo, disfagia, incontinencia doble, HPL, cardiopatía, neumopatía, malnutrición y situación funcional al ingreso se asocian a un mayor riesgo de mortalidad. 2. El riesgo de institucionalización no se asocia con los factores médicos analizados (excepto cáncer) pero sí con la detección de riesgo de claudicación al ingreso. 3. Las características del cuidador principal no se asocian con el riesgo de institucionalización.

## 459

### SÍNTOMAS DE PACIENTES QUE FALLECEN EN UNA UNIDAD GERIÁTRICA DE AGUDOS

C. Mauleon y C. Duarte

Hospital Universitario de Guadalajara.

**Objetivo:** Conocer el perfil de los pacientes que fallecen en una unidad geriátrica de agudos, conocer cuales son los síntomas más frecuentes en las últimas 48 horas de vida y el manejo farmacológico y no farmacológico de los mismos.

**Método:** Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo, mediante revisión de historia clínica, de pacientes fallecidos entre los meses de enero y junio del año 2007 en el área de hospitalización (Unidad de Agudos) de la sección de Geriátrica del Hospital Universitario de Guadalajara. Se ha recogido información sobre las variables: diagnóstico previo de enfermedad crónica, presencia de criterios de terminalidad, motivo de ingreso, causa principal del fallecimiento, síntomas y tratamientos (farmacológicos y no farmacológicos) en las últimas 48 horas de vida e información al paciente y la familia.

**Resultados:** Revisión de 101 casos, de los cuales 49,5% tenía diagnóstico previo de enfermedad terminal. Las causas de fallecimiento fueron: enfermedad oncológica (23,8%), insuficiencia cardíaca (21,8%), insuficiencia respiratoria (21,8%) y demencia (9,9%). Los síntomas más frecuentes fueron: disnea (54,4%), fiebre (49,5%), estreñimiento (41,6%) y dolor (37,6%). La muerte era esperable en 77,3% de los casos en ninguno de los cuales realizaron maniobras de reanimación cardiopulmonar.

**Conclusiones:** Los síntomas previos al fallecimiento son similares en pacientes geriátricos oncológicos y no oncológicos. Es necesario establecer criterios de terminalidad de enfermedades crónicas no oncológicas para prestar atención al control sintomático sin centrar todo el esfuerzo únicamente en la curación del proceso agudo.

## 535

### FACTORES QUE INFLUYEN EN LA ESTANCIA HOSPITALARIA DE LOS PACIENTES ONCOLÓGICOS MAYORES DE 65 AÑOS

M.J. Molina-Garrido, C. Guillén-Ponce, A. Mora, M. Guirado-Risueño, M.A. Molina y A. Carrato

Hospital General Universitario de Elche, Alicante.

**Objetivos:** Identificar variables predictoras de duración de la estancia hospitalaria en pacientes oncológicos mayores de 65 años.

**Métodos:** Análisis retrospectivo de las historias de los pacientes oncológicos ingresados en el Hospital General Universitario de Elche entre diciembre-junio 2007. Variables analizadas: edad, sexo, situación basal (ECOG), tipo de tumor, estadio tumoral, albuminemia, creatinina sérica, índice de Charlson. Se relacionaron estas variables con el número de días de ingreso (regresión múltiple). Programa SPSS 11.0 para Windows.

**Resultados:** 97 pacientes. Edad media 73,76 años (rango: 65,69-90,11). 73,2% varones. ECOG: 2-3: 66,7%, 4: 19,4%. *Tumores más frecuentes:* tumores digestivos 28,9%, pulmón 28,4%, cáncer de mama 9,3%. *Estadio tumoral:* IV en el 78,0%, III en el 17,6%. *Comorbilidad:* 71,1% tenía un valor inferior a 7 en la escala de Charlson. *Valores de laboratorio:* creatinina sérica- media 1,30 mg/dl, mediana 0,99 mg/dl; albuminemia- media 3,16 g/dl, mediana 3,20 g/dl. La *duración del ingreso* fue de 11,64 días como media (IC 95%: 8,85-14,44), con una mediana de 8 días, y con un rango comprendido entre 0 y 65 días. *Análisis de regresión* (F 4,704): albuminemia: B = -4,642, p = 0,034, sexo: p = 0,654, tipo de tumor: p = 0,146, estadio tumoral: p = 0,355, ECOG: p = 0,870, edad al ingreso: p = 0,074, creatinina sérica: p = 0,159, índice de Charlson: p = 0,695.

**Conclusiones:** Sería recomendable determinar la albuminemia en todos los pacientes oncológicos ingresados mayores de 65 años, y considerar la implementación nutricional en aquellos con niveles bajos. La edad en el momento del ingreso, el estado basal y la comorbilidad no parecen influir en la estancia hospitalaria de este subgrupo poblacional.

## 274

### ADECUACIÓN DE LA PRESCRIPCIÓN FARMACOLÓGICA AL ALTA DE UNA UNIDAD DE AGUDOS DE GERIATRÍA

S. Loutfi y J. Amblàs

Hospital de la Santa Creu, Vic, Barcelona.

**Introducción:** Los pacientes geriátricos frecuentemente presentan pautas farmacológicas complejas. El ingreso en una unidad geriátrica de agudos comporta la revisión del plan terapéutico. El objetivo de esta comunicación es analizar los cambios farmacológicos que se producen durante la estancia en nuestra unidad tanto desde el punto de vista cualitativo como cuantitativo.

**Métodos:** Se ha realizado un estudio prospectivo observacional de 100 pacientes agudos consecutivos ingresados en nuestra Unidad y dados de alta a su domicilio. La adecuación farmacológica se ha realizado según criterios de Beers y la guía farmacológica consensuada en nuestro territorio. Definimos polifarmacia como la prescripción de 5 o más fármacos.

**Resultados:** La edad media de los pacientes fue de 87 años, siendo un 67% mujeres. Un 52% tenían deterioro cognitivo y situación funcional basal alterada (I. Barthel medio de 60/100) con una comorbilidad elevada (Charlson > o igual a 3) en un 39% de los casos. Los enfermos tomaban de media 7 fármacos al ingreso registrándose criterios de polifarmacia en un 77% de los casos. Durante el ingreso, se retiraron de media 2 fármacos, siendo en un 48% por bajo valor intrínseco. Al alta, un 90% de los pacientes cumplían criterios de polifarmacia. El 85,4% de los pacientes recibieron nueva prescripción farmacológica al alta, con un promedio de 2,5 fármacos por paciente. En el 67% de los casos la nueva prescripción fue por nuevo diagnóstico y en el 45% para tratamiento y/o prevención de síndromes geriátricos. Se observa correlación estadísticamente significativa entre la comorbilidad y polifarmacia.

**Conclusiones:** La polifarmacia es muy prevalente en los enfermos geriátricos hospitalizados, sin observarse cambios a nivel cuantitativo al ingreso y al alta, pero sí a nivel cualitativo, siendo el motivo de retirada de fármacos más frecuente el bajo valor intrínseco y el motivo de añadir nuevos fármacos, el diagnóstico de nuevas patologías y la prevención/tratamiento de síndromes geriátricos.

## 484

### CONSULTAS MÉDICAS EN RESIDENCIAS PÚBLICAS DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS

F. Jiménez Muela, A. Vegas Sánchez, C. De Miguel Martínez de Tejada, A. De Pablos Martínez y J. Bruno Bárcena

Establecimientos Residenciales para Ancianos del Principado de Asturias.

**Objetivo:** Conocer el volumen de consultas de los residentes con Atención Primaria (AP) y con Atención Especializada (AE), así como

la carga de trabajo que supone acompañar a los usuarios dependientes y que no tienen familia que le puedan prestar apoyos para acudir a estas consultas.

**Método:** Se realiza un estudio prospectivo, descriptivo, de las consultas médicas, durante dos meses, de toda la población atendida en las residencias con gestión pública (n = 1.994). Para el análisis de las consultas en AP, se excluye la población de dos residencias que tienen médicos propios (n = 1.159). Se recogen en hojas diseñadas a tal efecto si la consulta es Programada, Urgente, Primera o Revisión. Para las consultas en AP, si son atendidas Vía Teléfono, en el Despacho Médico o en la Residencia. Para las consultas en AE si es atendida por Psiquiatría u Otras Especialidades y Urgencias. Si el usuario es acompañado por el personal de la residencia se registra el tiempo dedicado a esta actividad. No se recoge el porcentaje de consultas en las que el usuario es independiente para esta actividad o es acompañado de familiares.

**Resultados:** Se produjeron 2.927 consultas (0,73/residente/mes). Programadas 1.368; Urgentes 1.559; Primeras 1.358; Revisiones 1.569. Si excluimos las residencias con médicos se produjeron 1,26 consultas/residente/mes. En AP se atendieron el 50,13% de las consultas vía teléfono, el 21,67% en el despacho médico y el 28,2% en la residencia. Se empleó una media de 21,38 min. por consulta en acompañar al despacho médico. En AE se produjeron 134 consultas a Psiquiatría, y 901 al resto de Especialidades y Urgencias. En las residencias atendidas por AP se produjeron 0,278 consultas/residente/mes a Especialidades y Urgencias, mientras que en las que tienen médico propio se produjeron 0,167 consultas/residente/mes (un 39,9% menos). La misma tendencia se ve en las consultas con Psiquiatría (un 60,4% menos). Se empleó 49,6 min. por consulta a AE en los acompañamientos.

**Conclusiones:** Un elevado porcentaje de consultas con AP se realiza vía teléfono. Las residencias con médico propio derivan menos consultas hospitalarias, tanto en Psiquiatría como en Especialidades y Urgencias. El acompañar a los usuarios a las consultas supone una gran carga de trabajo para el personal de las residencias. Son necesarios posteriores estudios para completar los resultados de este estudio, como diferenciar la capacidad de los usuarios de acudir de forma independiente a las consultas, pormenorizar las diferentes especialidades o los motivos de consulta en AP. Una mejor coordinación entre el medio asistencial y el medio sanitario podría disminuir los costes de personal.

## 60

### Perfil de nonagenarios ingresados en Unidad de Agudos y trasladados posteriormente a Convalecencia

R. Gómez Cortijo<sup>1</sup>, J. Aligué Capsada<sup>2</sup>, R. Sánchez Borgnis-Desbordes<sup>1</sup>, E. Bustamante Maldonado<sup>2</sup>, C. Pardo Bustamante<sup>1</sup> y F. Ramos Soria<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Hospital Sant Andreu de Manresa, Barcelona, <sup>2</sup>Xarxa Assistencial de Manresa (ALTHAIA), Barcelona.

**Objetivos:** Evaluar el perfil del paciente nonagenario ingresado en Agudos y su evolución posterior en Convalecencia desde el punto de vista clínico, funcional, cognitivo y social.

**Material y métodos:** Estudio retrospectivo-descriptivo de todos los nonagenarios (n:24) ingresados en Convalecencia procedentes de Agudos durante el período 2006-2007. Se utilizaron diversas escalas de valoración clínica (Charlson), funcional (Barthel y Norton) y cognitiva (MEC); así como control analítico de parámetros nutricionales (albúmina) en hospital de Agudos. Se valoró asimismo el número de fármacos empleados en Agudos y al alta de Convalecencia, el diagnóstico principal, la aparición de síndrome confusional agudo, el porcentaje de reingresos a los 3 meses y el entorno socio-familiar.

**Resultados:** Se estudiaron 24 pacientes nonagenarios (19 mujeres y 5 hombres), con una edad media de 92 años. I. Barthel: el 58,3% presentaban dependencia funcional leve previa), seguidos de un 33% totalmente autónomos. Al ingreso en Convalecencia: la mayoría (37,5%) presentaba dependencia funcional severa. Al alta, la mayoría (37,5%) presentaban dependencia funcional leve. Los diagnósticos principales fueron: AVC (29,1%) y fractura de fémur (16,6%). La media del Índice de Charlson fue de 1,5. Presentaron síndrome confusional agudo el 20,8%. Norton: la media fue de 14/20. La media de la albúmina fue de 2,91 mg/dl. La media del MEC fue de 18/35. La media de fármacos en Convalecencia fue de 7 fármacos. El 54% de los nonagenarios vivían solos en su domicilio, el 29% con sus hijos, el 12,5% con su pareja y el 4% estaban institucionalizados. En el momento del alta: la mayoría (54,1%) fueron institucionalizados y el 41,5% volvieron a domicilio (solos o con familia).

**Conclusiones:** El perfil del nonagenario que ingresa en Convalecencia procedente de Agudos es el de un paciente generalmente de sexo femenino, con una dependencia funcional previa leve o nula, sin deterioro cognitivo previo, así como con una baja comorbilidad, siendo el diagnóstico principal predominante el ACV.

Destaca que más de la mitad de los pacientes ingresados vivían solos en su domicilio previamente. Sin embargo, en el momento del alta, más del 50% fueron institucionalizados.

El ingreso en Convalecencia permite una mejoría funcional (en nuestro estudio discreta, ya que el aumento en el Índice de Barthel fue de 8 puntos de media).

## 36

### MORTALIDAD EN PACIENTES ANCIANOS INGRESADOS EN UNA UNIDAD DE CURAS POST-AGUDAS. ¿EXISTEN DIFERENCIAS?

M. Barceló Trias, M. Barceló Trias, M.T. Antonio Rebollo, M.C. Cabeza Brasa, O.H. Torres Bonafonte, E. Francia Santamaría y D. Ruiz Hidalgo

Hospital de la Sant Creu i Sant Pau, Barcelona.

**Objetivos:** Valorar si existen diferencias entre el grupo de pacientes que mueren durante el ingreso con los supervivientes, en ancianos hospitalizados en una sala de curas post-agudas.

**Pacientes y métodos:** Se incluyeron todos los pacientes ingresados en la sala de curas post-agudas desde febrero del 2005 a enero del 2007. Se compararon las características de los pacientes que fueron exitus durante el ingreso con los que fueron dados de alta. Los ítems analizados fueron: edad, sexo, Charlson previo, demencia, número de fármacos en domicilio, lugar de residencia previo, diagnóstico al ingreso, presencia de complicaciones y estancia hospitalaria. Se realizó un análisis univariante utilizando la ANOVA para variables cuantitativas y la chi-cuadrado para variables cualitativas, y las variables estadísticamente significativas se introdujeron en un análisis de regresión logística condicional.

**Resultados:** Desde febrero del 2005 a enero del 2007 ingresaron un total de 1313 pacientes mayores de 65 años. Un 16,6% fue exitus. Comparando el grupo de los pacientes que fueron exitus con el de los que no lo fueron, se encontraron diferencias significativas en la edad (p < 0,000), Charlson (p < 0,001), diagnóstico previo de demencia (p < 0,000), vivir en un centro o residencia (p < 0,004) y diagnóstico de neumonía (p < 0,000) o de neoplasia en estado terminal (p < 0,018) en cambio el hecho de ingresar por una infección urinaria resultaba en menos probabilidad de exitus (p > 0,005) En el análisis de regresión logística estas variables resultaron todas significativas excepto vivir en un centro. El área bajo la curva COR fue 0,688 (0,651-0,725)

**Conclusiones:** Los pacientes ancianos que mueren durante el ingreso en una unidad de curas post-agudas son más mayores, con más comorbilidad y demencia. Los diagnósticos de más riesgo son la neumonía, las neoplasias en estado terminal y el que menos la infección urinaria.



## COMUNICACIONES ORALES

## COMUNICACIONES LIBRES

Sala Andalucía 2

Jueves, 5 de junio de 09:30 a 11:30 horas

## Área Clínica II

Moderan:

Francisco Jiménez Muela. *Oviedo*  
Juan Antonio Torres Moreno. *Granada*

## Procesos de Evaluación

79

**VALORACIÓN DE LA INDEPENDENCIA EN LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA EN ADULTOS MAYORES NO INSTITUCIONALIZADOS**R. Matilla<sup>1</sup>, C. Gómez Calero<sup>2</sup>, R.M. Martínez Piédrola<sup>2</sup>, M. Brea Rivero<sup>3</sup>, B. Matesanz García<sup>2</sup>, M. Pérez de Heredia Torres<sup>2</sup> y M.L. Cuadrado Pérez<sup>2</sup><sup>1</sup>Terapia-ocupacional.com. <sup>2</sup>Facultad de CC de la Salud. Universidad Rey Juan Carlos, Madrid. <sup>3</sup>Facultad de CC de la Salud. Universidad Rey Juan Carlos, Madrid.terapia-ocupacional.com**Objetivos:** Valorar la calidad en la ejecución de las actividades de la vida diaria (AVD) en adultos mayores no institucionalizados.**Métodos:** Participaron 21 sujetos, (6 hombres, 15 mujeres), con edad media de 74,95 años. Se utilizó el AMPS, valoración funcional diseñada para medir la calidad del desempeño de las AVD. Aporta información sobre las destrezas motoras y de procesamiento necesarias en la realización de actividades, que permiten al individuo vivir de manera independiente en la comunidad. Las puntuaciones inferiores a 2.0 en la escala motora del AMPS y a 1.0 en la de procesamiento indican la necesidad de ayuda.**Resultados:** El diagnóstico principal fue: 33% afecciones médicas, 28,6% problemas cognitivos, 14,3% trastornos músculoesqueléticos/ortopédicos, 9,5% neurológicos vasculares y 4,8% neurológicos no vasculares. El 9,5% eran sujetos sanos. Los valores medios en la escala motora fueron 1,57, y de 0,87 en la de procesamiento. Los sujetos  $\leq$  75 años presentaron una media de 2,2 en la escala motora y 1,06 en la de procesamiento. El grupo  $>$  75 años obtuvo 0,86 y 0,67, respectivamente.**Conclusiones:** En general, los participantes necesitan asistencia para vivir de manera independiente en la comunidad, siendo más evidente en los mayores de 75 años, en el aspecto motor y de procesamiento. En ambos grupos la eficiencia y la seguridad disminuyen y aumenta el esfuerzo durante la realización de las AVD. El AMPS es de gran utilidad para la valoración de la dependencia y establecer el nivel de autonomía personal en el adulto mayor.**Palabras clave.** Terapia Ocupacional, AVD, AMPS.

112

**DETECCIÓN Y SOSPECHA DE ABUSO Y MALTRATO, A TRAVÉS DE LA VALORACIÓN GERIÁTRICA DE UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN COMUNITARIA INSTITUCIONAL**D. Bernardini, T. Hermida, P. Santos y J. Macias  
Facultad de Medicina, Universidad de Salamanca.**Objetivo:** Detectar e individualizar casos de abuso y maltrato en personas receptoras del Servicio de Comida a Domicilio (SCD) del ayuntamiento local.**Método:** Estudio de corte transversal en 47 usuarios del SCD de la ciudad de Salamanca. Se realizó entrevista directa en 41 (87,2%) casos con visita en domicilio. Se utilizó un cuestionario realizado en base al estudio SABE de OMS/OPS, más el test de Barthel, Lawton, Pfeiffer, del reloj y Barber. Tuvimos consentimiento informado de todas ellas. La información se obtuvo entre enero y marzo 2007. Se utilizó SPSS 12.0.**Resultado:** Se evaluaron 41 personas, 34 (82,9%) mujeres y 7 (17,1%) hombres. La distribución por grupo de edades: de 65 a 74 años, 4 (9,8%) personas, de 75 a 84 años, 17 (41,5%) personas, y 20 (48,8%) más de 85 años. La edad media fue 83 años. 25 (61%) personas viven solas, 15 (36,6%) con su pareja y 1 persona vive con otro familiar. El 82,5% de las personas viven de la misma forma por lo menos en los últimos 5 años. 25 (64,1%) de las personas manifiestan sentirse a gusto de la forma en que viven en estos momentos, mientras que 14 (35,9%) no lo están. Se detectaron 17 test de Barthel normales, 13 test con dependencia moderada, 9 con dependencia severa, y 2 con dependencia grave para las actividades básicas de la vida diaria. Utilizamos como corte del Lawton: 4, hubo 19 personas con valores de 4 y menos. El Pfeiffer, dio 24 (61,5%) resultados normal y 15 (38,5%) anormal. El test del reloj, fueron 13 (43,3%) normales y 17 (56,7%) anormal.**Conclusiones:** La valoración cuantitativa y cualitativa es un recurso inseparable en estudios de intervención comunitaria. El perfil de la persona usuaria es de una persona de edad muy avanzada y con un cierto grado de dependencia para las actividades de su vida diaria. Detectado 8 casos de alta sospecha de abuso y maltrato sin que se

haya notado ninguna intervención social. También detectamos 5 casos donde se debería haber intervenido "ayer" dado el alto grado de vulnerabilidad de estas personas. Creemos que si bien este tipo de programas es de alto impacto en un grupo muy vulnerable de la comunidad, la aproximación que se hace es parcial, con alto peso en los aspectos sociales, que muchas veces no detectan o registran situaciones como las mencionadas.

**Palabras claves:** Maltrato. Vulnerabilidad. Intervención comunitaria.

## 385

### FACTORES RELACIONADOS CON LA EFICIENCIA DE LA REHABILITACIÓN EN UNA UNIDAD DE CONVALESCENCIA. RESULTADOS PRELIMINARES ESTUDIO FITRIAGS

A. Renom, M.A. Mas, O. Vázquez, A.M. Cervera y R. Miralles  
Servicio de Geriátria IMAS. Centre Fórum Hospital del Mar, Hospital del Mar, Hospital de l'Esperança. Institut d'Atenció Geriàtrica i Sociosanitària (IAGS). Institut Municipal d'Assistència Sanitària

**Objetivo:** Determinar la eficiencia de la rehabilitación y los factores relacionados en ancianos ingresados en una unidad de convalecencia.

**Método:** Análisis prospectivo de los pacientes ingresados consecutivamente durante 10 meses que realizaron Tratamiento Rehabilitador (TR). Variables: edad, sexo, diagnóstico (amputación, ictus, ortogeriátrica, encamamiento), síndromes geriátricos (caídas, depresión, desnutrición, deterioro cognitivo, deterioro sensorial, constipación, incontinencia urinaria, inestabilidad de la marcha, polifarmacia, delirium, inmovilismo, úlceras por presión, alteración de la masticación/deglución), Barthel previo, Barthel ingreso, Lawton previo, Charlson, MMSE Folstein, GDS-Yesavage, inicio del TR durante la primera semana, interrupción del TR, destino al alta (domicilio/no domicilio) y eficiencia del TR. Eficiencia = [(Barthel alta-Barthel ingreso)/días de estancia](insuficiente < 0,5; suficiente ≥ 0,5).

**Resultados:** 247 pacientes (edad media 77,4 ± 11,2; 82,6% mujeres); 135 (54,7%) presentaron eficiencia suficiente. Los factores relacionados con eficiencia suficiente vs insuficiente fueron: inmovilismo (9,6% vs 21,4% p = 0,012), incontinencia urinaria (28,1% vs 42,0% p = 0,03), úlceras por presión (15,6% vs 25,9% p = 0,056), Barthel previo (92,7 ± 12,2 vs 85,1 ± 19,9 p = 0,008), MMSE Folstein (24,1 ± 5,4 vs 22,1 ± 6,2 p = 0,02), Charlson (1,8 ± 2,1 vs 2,2 ± 1,7), inicio del TR durante la primera semana (88,9% vs 67,9% p = 0,001), interrupción del TR (9,6% vs 36,6% p = 0,001). Eficiencia suficiente se asoció con retorno a domicilio (84,4% vs 50,9% p = 0,001).

**Conclusiones:** Se relacionaron con eficiencia insuficiente del TR: peor situación funcional previa así como peor estado cognitivo, mayor comorbilidad, presencia de inmovilismo, incontinencia urinaria y úlceras por presión al ingreso, además del inicio tardío o interrupción del TR. Una eficiencia insuficiente se asoció con menor retorno a domicilio.

## 65

### VALORACIÓN GLOBAL DEL ESTADO MENTAL. UTILIZACIÓN DE TEST BREVES EN RESIDENCIAS DE ANCIANOS. APLICACIONES PRÁCTICAS

S. Mongil Jorrín<sup>4</sup>, J.A. Alonso Bravo<sup>3</sup>, R. López Mongil<sup>3</sup>, M.P. Redondo del Río<sup>1</sup>, X. González González<sup>4</sup> y C. Aller García<sup>2</sup>  
<sup>1</sup>Universidad de Valladolid. <sup>2</sup>Residencia Riosol, Valladolid. <sup>3</sup>Centro Asistencial Dr. Villacián, Diputación de Valladolid, Valladolid. <sup>4</sup>Residencia Cardenal Marcelo, Diputación de Valladolid.

**Objetivo:** Analizar la utilidad de distintas herramientas para la evaluación de las funciones cognitivas y la posibilidad de establecer, por medio de ellas, comparación entre distintos centros. Todo ello desde el prisma de la brevedad como requisito para su aplicación.

**Material y métodos:** Estudio realizado en tres residencias de ancianos. Se realiza valoración cognitiva por medio de: Minimal State Examination (MMSE) de Fostein, test de fluidez categorial verbal (FV) ("animales en un minuto") y test de conceptos básicos ergonómico (TCBE). Este test explora el funcionamiento de distintas áreas cognitivas a través de 25 conceptos que se presentan con dibujos.

**Resultados:** Se analiza una población de 269 residentes, distribuida en: a) Residencia Cardenal Marcelo: población: 121, 39% hombres con edad media de 80 a., 61% mujeres con edad media de 83,97 a.). Puntuaciones medias en test y tiempos: TCBE (21,20 puntos, 3,17 minutos), FV (10,57 puntos, 1 minuto), MMSE (21,26 puntos, 3,80 minutos), b) Residencia Riosol: población: 73, (43% hombres con edad

media 85,28 a., 57% mujeres con edad media de 85,41 a.) Puntuaciones medias en test y tiempos: TCBE (21,23 puntos, 3,22 minutos), FV (10,30 puntos, 1 minuto), MMSE (22,40 puntos, 4,16 minutos), c) Residencia Dr Villacián: población: 75, (36% hombres con edad media 81,93 a., 64% mujeres con edad media de 83,79 a.) Puntuaciones medias en test y tiempos: TCBE (17,56 puntos, 3,96 minutos), FV (8,80 puntos, 1 minuto), MMSE (18,04 puntos, 8,82 minutos)

**Conclusiones:** Los test neuropsicológicos posibilitan la comparación entre residencias. Tanto MMSE, como TCBE, con puntuaciones inferiores a 20 presentan alta sensibilidad y especificidad en la detección del deterioro cognitivo. El TCBE requiere, de media, menor tiempo de aplicación que el MMSE y presenta, como ventaja adicional, poder ser administrado por profesionales no expertos.

## 202

### FACTORES PREDICTORES DE MORTALIDAD INTRAHOSPITALARIA EN PACIENTES ANCIANOS

T. Casanova Querol<sup>2</sup>, T. Casanova Querol, I. Anton, M. Hernaiz, N. Olona y P. Sánchez Ferrin  
Hospital General de l'Hospitalet de Llobregat, Barcelona.

**Objetivos:** Análisis descriptivo de los pacientes atendidos en la unidad geriátrica de agudos e identificar variables clínicas relacionadas con mortalidad intrahospitalaria

**Pacientes y métodos:** Pacientes ingresados (enero-diciembre 2007) y dados de alta en este periodo, 1) *Datos sociodemográficos:* edad, sexo, núcleo convivencia y unidad de procedencia, 2) *Datos clínicos:* diagnósticos, estancia media, reingresos, valoración geriátrica: Índice Barthel previo, ingreso y alta, Pfeiffer, nº fármacos, Charlson, síndromes geriátricos (alteración sueño, broncoaspiración, aspiraciones de repetición, continencias, caídas, delirium, demencia, depresión, trastornos conducta, disfagia, estreñimiento, inmovilidad, polimedación), destino al alta. *Análisis estadístico:* Análisis Bivariado: Chi-cuadrado (variables cualitativas), *t student* (variables cuantitativas) y modelo de regresión logística para Análisis Multivariado.

**Resultados:** 198 pacientes, mediana edad 85,5 (mín 36-máx 99), 66,7% mujeres, 69,7% viven en familia. Procedencia: 90,4% urgencias. Diagnósticos: 24,2% infecciones, 22,2% insuficiencia cardiaca, 17,6% delirium y demencia, 16,6% patología respiratoria. Estancia: 11 días (mín 1-máx 59). Reingresos 17,2%. Destino alta: 39,9% domicilio, 28,3% sociosanitario y 19,7% exitus. Los factores asociados a mortalidad intrahospitalaria en el Análisis Univariado han sido (%exitus vs %alta; p): IB previo ≤ 20 (48,7 vs 20,8; p < 0,0009), IB ingreso ≤ 20 (89,7 vs 57,2; p < 0,003), aspiraciones de repetición (35,9 vs 11,3; p < 0,0001), broncoaspiración (46,2 vs 4,4; p < 0,0005), incontinencia fecal (79,5 vs 61; p < 0,003), delirium (92,3 vs 50,9; p < 0,0005), disfagia (74,4 vs 21,4; p < 0,0005), inmovilidad (82,1 vs 46; p < 0,0005) e insuficiencia renal crónica (35,9 vs 14,5; p < 0,002). El Análisis Multivariado muestra, ajustados por edad, los factores independientes predictores de mortalidad intrahospitalaria: delirium, incontinencia fecal, disfagia, broncoaspiración, inmovilidad e insuficiencia renal crónica.

**Conclusiones:** La UGA presenta un porcentaje importante de mortalidad. Algunos síndromes geriátricos como el delirium, la incontinencia fecal o la inmovilidad y la presencia de disfagia, broncoaspiraciones e insuficiencia renal crónica se asocian a mortalidad. La edad, el diagnóstico de demencia y la comorbilidad no se han relacionado con mayor mortalidad intrahospitalaria.

**Palabras clave:** mortalidad, unidad geriátrica de agudos

## 249

### FRAGILIDAD COMO PREDICTOR DE PÉRDIDA DE AIVDS A LOS DOS AÑOS

J.A. Vivancos Fuster, P. Atienzar Núñez, J.L. Navarro López, I. García-Nogueras, E. Martínez-Sánchez y P. Abizanda Soler  
Complejo Hospitalario Universitario, Albacete.

**Objetivo:** Analizar la relación entre fragilidad según criterios Fried e incrementados con estado cognitivo y discapacidad en AIVDs a los dos años, en ancianos independientes en ABVD de la comunidad.

**Métodos:** Estudio de cohortes longitudinal sobre 286 mayores de 65 años de la comunidad, independientes en ABVD. Criterios fragilidad: pérdida de peso no intencionada mayor de 4,5 kg en el último año,

cansancio autoreferido según dos preguntas de la escala CES-D, kilocalorías de actividad física total en la última semana mediante instrumento Calced en el quintil inferior (hombres < 1.729 kcal y mujeres < 1.435 kcal), lentitud de marcha determinada por el quintil superior del Timed Up and Go (hombres > 11,23 seg y mujeres > 11,29 seg) y fuerza prensora de mano dominante en el quintil inferior (hombres < 24 kg y mujeres < 15 kg). Se consideraron prefrágiles si cumplían 2 criterios y frágiles 3 o más. Posteriormente se añadió como criterio MMSE < 24 puntos. Variable de resultado: pérdida de alguna AIVD a los 2 años medida con el índice de Lawton.

**Resultados:** Edad media 74,3 años (DE 4,9). 181 mujeres (63,3%). Lawton 7,1 (DE 1,4) rango 2-8. MMSE 25,3 (DE 3,2) rango 17-30. Sujetos que cumplían criterios fragilidad: lentitud 72 (25,2%), fuerza 52 (18,2%), actividad física 55 (19,2%), pérdida peso 27 (9,4%), cansancio 39 (13,6%). No frágiles 207 (77,2%), prefrágiles 44 (16,4%), frágiles 17 (6,3%) y faltan datos en 16 casos. El 27,6% de los sujetos perdió alguna AIVD a los 2 años (no frágiles 25,1%, prefrágiles 29,5% y frágiles 52,9%). Los sujetos frágiles tuvieron un riesgo de perder AIVDs a los 2 años 3,35 veces mayor (IC95% 1,18-9,51;  $p = 0,023$ ) que los no frágiles con criterios Fried ajustado por edad y sexo, y 2,97 veces mayor (IC95% 1,34-6,59;  $p = 0,008$ ) si se añade el criterio de estado mental.

**Conclusiones:** La fragilidad se asocia a discapacidad en actividades instrumentales a los dos años en ancianos independientes en actividades básicas de la comunidad.

## 268

### PREDICTORES DE PÉRDIDA FUNCIONAL DE PACIENTES INGRESADOS EN UNA UNIDAD GERIÁTRICA DE AGUDOS

N. Cañameras Viñas, M.A. Marquez Lorente, M.C. Martínez Sierra, M. Arellano Pérez, O. Sabartes Fortuny y J. Gutiérrez Cebollada  
*Hospital Universitari del Mar, Barcelona.*

**Objetivo:** Evaluar los factores que influyen en el deterioro funcional del anciano frágil durante la enfermedad aguda, tras la hospitalización y en el retorno a domicilio.

**Métodos:** Estudio prospectivo de los pacientes ingresados en una UGA con IB previo > 40 y que al alta retornaron a domicilio. Se determina la pérdida de capacidad funcional en tres momentos de la evolución: al ingreso, al alta y al mes post-alta. Se consideró pérdida funcional a la pérdida > 10% respecto al IB previo. Se determina la influencia de edad, sexo, estancia hospitalaria, antecedentes patológicos, comorbilidad medida por el índice de Charlson (IC), síndromes geriátricos, situación funcional medida por el índice de Barthel (IB) e índice de Lawton (IL) y situación cognitiva medida por el test de Pfeiffer (TP).

**Resultados:** El 92,8% de los pacientes presentó deterioro funcional en el momento del ingreso. El 64,8% de los pacientes presentó deterioro funcional en el momento del alta. El 57,6% de los pacientes presentó deterioro funcional al mes de seguimiento. La pérdida de IB en el momento del ingreso presentó relación con la aparición durante la enfermedad aguda de inmovilidad ( $p < 0,001$ ), UPP ( $p < 0,03$ ) y síndrome confusional agudo ( $p < 0,002$ ), presentó una relación negativa con el IL previo ( $p < 0,01$ ), positiva con el TP ( $p < 0,008$ ) y negativa con tendencia a la significación estadística con el IB previo ( $p < 0,05$ ). La pérdida de IB en el momento del alta únicamente presentó una relación positiva con la edad ( $p < 0,03$ ) y con la pérdida de IB al ingreso ( $p < 0,0001$ ) y negativa con el IB al ingreso ( $p < 0,0001$ ). La pérdida de IB al mes del alta presentó una relación positiva con la pérdida de IB al alta ( $p < 0,03$ ), negativa con el IB al alta ( $p < 0,01$ ), negativa con el IL previo ( $p < 0,03$ ) y positiva con tendencia a la significación estadística con el TP ( $p < 0,07$ ).

**Conclusiones:** 1) La situación previa de mayor dependencia, la fragilidad, el deterioro cognitivo, así como la aparición de delirium predisponen a una mayor pérdida de capacidad funcional en la enfermedad aguda. 2) La hospitalización en la UGA minimiza el efecto de la situación funcional previa, del deterioro cognitivo y de la aparición de inmovilidad, UPP y delirium sobre la situación funcional al alta. 3) La situación al alta hospitalaria de mayor dependencia, la fragilidad y el deterioro cognitivo recobran su influencia sobre la situación funcional tras un ingreso hospitalario al predisponer a una mayor pérdida de capacidad funcional. 4) Medidas extrahospitalarias encaminadas a la recuperación funcional tras el alta hospitalaria en la población más dependiente, frágil y con deterioro cognitivo son necesarias para evitar la pérdida de capacidad funcional que sufre esta población.

## 270

### ÍNDICES PREDICTORES DE MORTALIDAD EN EL ANCIANO FRÁGIL

J. Gutiérrez Cebollada, M.A. Márquez Lorente, I. Pineda Pérez, E. Hernández Leal, O. Sabartes Fortuny y M. Arellano Pérez  
*Hospital Universitari del Mar, Barcelona.*

**Objetivo:** Determinar qué índice, Charlson o Walter, es mejor predictor de mortalidad al año para el anciano frágil tras la hospitalización.

**Métodos:** Estudio prospectivo de la mortalidad al año de los pacientes dados de alta de la UGA durante el 2006. Se excluyen los pacientes que fueron trasladados a la unidad de cuidados paliativos. Se determinan, en cada uno de los pacientes incluidos en el estudio, dos índices de mortalidad: el índice de Charlson (IC) y el índice de Walter (IW).

El IC concede una probabilidad de muerte al año en base a la presencia de antecedentes patológicos a los que asigna una puntuación. La probabilidad de muerte en función de IC es: 0: 12%, 1-2: 26%, 3-4: 52%, > 4: 85%. El IW concede una probabilidad de muerte al año en base a seis variables independientes a las que asigna una puntuación: sexo, dependencia para las ABVD, antecedente de insuficiencia cardíaca y neoplasia única o metastásica y nivel de creatinina y albúmina al alta.

La probabilidad de muerte en función de IW es: 0-1: 13%, 2-3: 20%, 4-6: 37%, > 6: 68%. Se evalúa qué índice explica mejor la mortalidad en la muestra estudiada mediante análisis bivariante y la fiabilidad diagnóstica para cada índice mediante la determinación del área bajo la curva ROC.

**Resultados:** Se incluyeron 568 pacientes (31,2% hombres y 68,8% mujeres) con una edad media de 84,3 años. El índice de Barthel medio previo al ingreso fue de 47,8 y al alta de 30,9.

El índice de Lawton medio previo fue de 1,1 y el test de Pfeiffer medio de 5,85 errores. La mortalidad al año tras el alta de la UGA fue 46,1%. Tanto el IC como el IW se relacionaron de forma significativa con la mortalidad ( $p < 0,0019$  y  $p < 0,0005$  respectivamente) con una OR: 1,44 y 2,13 respectivamente.

El área bajo la curva para el IC y el IW fue de 0,569 y 0,651 respectivamente. La probabilidad de muerte para los distintos valores del IC fue de: 0: 32,4%, 1-2: 42,3%, 3-4: 51,9%, > 4: 58,7% y para los distintos valores del IW fue de: 0-1: 7,7%, 2-3: 28,9%, 4-6: 46,8%, > 6: 62,1%.

**Conclusiones:** 1) Tanto el índice de Charlson como el índice de Walter predicen la mortalidad en una población anciana frágil tras el alta de una UGA. 2) La probabilidad de muerte de nuestra población se ajustó más a la determinada por el índice de Walter que por el índice de Charlson. 3) La relación del índice de Walter con la mortalidad tiene mayor poder estadístico y mayor fiabilidad diagnóstica que el índice de Charlson.

## 272

### FACTORES ASOCIADOS CON DISCAPACIDAD EN EL ÁMBITO COMUNITARIO

J. Espauella Panicot<sup>3</sup>, A. Arnau<sup>1</sup>, M. Serrarols<sup>2</sup>, J. Canudas<sup>2</sup> y M. Ferrer<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Fundació Althaia; <sup>2</sup>EAP Vic Sud; <sup>3</sup>Hospital de la Santa creu. Vic; <sup>4</sup>IMIM. IMAS.

**Introducción y objetivos:** El envejecimiento progresivo de la población en nuestro entorno se caracteriza por la aparición de un mayor número de personas con discapacidad / dependencia, es un reto la creación de programas de prevención de la discapacidad. El objetivo es determinar los factores asociados al estado funcional basal de una cohorte de ancianos mayores de 75 años que viven en la comunidad, así como la incidencia de discapacidad a los 12 y 24 meses de una evaluación geriátrica basal.

**Métodos:** Estudio de cohortes prospectivo longitudinal, con seguimiento a los 12 y 24 meses. Se valoró el estado funcional mediante el índice de Barthel y el índice de Lawton. Como variables independientes se analizaron: variables sociodemográficas, índice de masa corporal, polifarmacia, ingresos hospitalarios, estado cognitivo, percepción subjetiva del estado de salud, test de agudeza visual y auditiva, registro de las caídas y test de ejecución (Guralnik).

**Resultados:** La cohorte de estudio estaba constituida por 315 sujetos de edad media 81,9 años (DE 4,9) y de los cuales 191 (60,6) eran mujeres.

Respecto a la situación funcional basal, la puntuación media obtenida en el índice de Barthel fue de 94,3 (DE 8,7), para el índice de Lawton fue de 4,0 (DE 1,4) y para el test de Guralnik 8,0 (DE 2,8).

Los factores asociados al estado funcional valorado con el índice de Barthel fueron edad, el sexo, percepción del estado de salud, recibir ayuda domiciliaria y test de ejecución de Guralnik.

Las variables explicativas del estado funcional según el índice de Lawton fueron edad, estado cognitivo, agudeza visual y auditiva, recibir ayuda domiciliaria y test de ejecución de Guralnik.

La mortalidad a los 12 meses de la evaluación basal fue del 4,4% (IC95%: 2,5-7,3) y la mortalidad acumulada a los 24 meses fue del 10,2% (IC95%: 7,1- 14,0).

La incidencia de discapacidad a los 12 meses de la evaluación basal (pérdida de 10 o más puntos en el índice de Barthel y/o la pérdida de 2 o más actividades instrumentales según el índice de Lawton fue del 23,1% (IC95%: 18,1-28,7) y la incidencia de discapacidad a los 24 meses de la evaluación basal fue del 30,4% (IC95%: 24,8-36,5).

**Conclusiones:** Los criterios de selección de la Cohorte han determinado una población con una mortalidad baja.

Destacamos que un 30% de los individuos desarrollan nueva discapacidad a los dos años.

En un análisis transversal con los datos de la valoración inicial las variables explicativas de la situación funcional, no son las mismas si medimos la función con el Barthel o con el Lawton.

Será interesante observar si existen las mismas asociaciones en un análisis longitudinal.

## 537

### ¿INFLUYE LA EDAD EN LA PRESENCIA DE PLURIPATOLOGÍA EN PACIENTES ONCOLÓGICOS?

M.J. Molina-Garrido, C. Guillén-Ponce, A. Mora, M. Guirado-Risueño, M.J. Molina y A. Carrato

*Hospital General Universitario de Elche.*

**Objetivos:** Identificar si la presencia de pluripatología aumenta con la edad en los pacientes con cáncer.

**Métodos:** Análisis retrospectivo de las historias de los pacientes oncológicos ingresados en el Hospital General Universitario de Elche entre diciembre-junio 2007. Se comparó el número de categorías de pluripatología en pacientes oncológicos mayores y menores de 65 años (t-student). Programa SPSS 11.0 para Windows.

**Resultados:** 187 pacientes. Edad media 63,40 años (rango: 24,84-90,11). El 50,6% superaba la edad de 65 años. 69,5% varones. ECOG 2-3: 54,2%. *Tumores más frecuentes:* tracto digestivo 31,5%, pulmón 25,2%, ginecológicos 10,7%. Estadio tumoral IV en el 72,2% de los casos. Porcentaje de pacientes que cumplía cada una de las categorías definitorias de pluripatología: Categoría A: 11,8% de los pacientes; categoría B, 3,2%; categoría C, 28,5%; categoría D, 0,5%; categoría E, 9,1%; categoría F, 3,8%; categoría G, 85,5%; categoría H, el 1,1% de los pacientes. El 40,3% de la muestra reunía 2 o más de estas categorías, siendo considerados pluripatológicos. Comparación del número de categorías entre el grupo con menos de 65 años y el grupo de mayor edad (F 21,319): media en grupo < 65 años: 0,27 categorías; media en el grupo > 65 años: 0,54 categorías; diferencia de medias: 0,27, IC de la diferencia: 0,126-0,406. p 0,000.

**Conclusiones:** En la subpoblación de pacientes oncológicos analizada, la presencia de pluripatología es significativamente superior entre los mayores de 65 años, aunque tradicionalmente, la edad no es un factor que se tenga en cuenta para definir la presencia de pluripatología.



## COMUNICACIONES ORALES

## COMUNICACIONES LIBRES

Sala Andalucía 3

Jueves, 5 de junio de 15:30 a 17:30 horas

## Área Clínica III

Moderan:

Isabel Rodenas Iruela. *Granada*  
Salvador Altimir Losada. *Barcelona*

## Deterioro cognitivo/Demencia I

61

**NUEVO TEST DE CRIBADO ÚTIL PARA PACIENTES CON SOSPECHA DE DEMENCIA: EL TEST DE CONCEPTOS BÁSICOS ERGONÓMICO (TCBE)**T. Sánchez Vicente<sup>1</sup>, C. Aller García<sup>4</sup>, J.A. Alonso Bravo<sup>3</sup>, M.P. Redondo del Río<sup>2</sup>, R. López Mongil<sup>3</sup> y J.A. López Trigo<sup>5</sup><sup>1</sup>Residencia Cardenal Marcelo. Diputación de Valladolid. <sup>2</sup>Universidad de Valladolid. <sup>3</sup>Centro Asistencial Dr. Villacián, Diputación de Valladolid, Valladolid. <sup>4</sup>Residencia Riosol, Valladolid. <sup>5</sup>Centro Municipal de Tercera Edad. Ayuntamiento de Málaga.**Objetivo:** El test de conceptos básicos ergonómico TCBE se desarrolló para detectar deterioro cognitivo, caracterizándose por no tener dependencia del grado de escolarización y tener un componente ecológico que facilita la realización de la tarea.**Material y método:** Se realizó una valoración del estado mental con el TCBE, el MMSE de Folstein a la totalidad de residentes de tres centros residenciales que firmaron el consentimiento. El TCBE valora memoria diferida, lenguaje, praxias, gnosias, orientación, capacidad ejecutiva y cálculo. Se elige la respuesta adecuada en 25 conceptos que se presentan como dibujos. Se requiere abstracción, comparación e inhibición del material no adecuado.**Resultados:** Se estudia una población de 258 residentes con edades medias de 81,82 a. para los hombres y 84,35 a. para las mujeres. El análisis en el estudio de correlación entre los tests alcanza valores:  $r = 0,767$  ( $p = 0,01$ , IC 95%, medias -1,048/-0,030). Las puntuaciones medias globales arrojaron: MMSE = 19,97, TCBE = 19,41.El análisis por centros ofreció: a) Residencia Cardenal Marcelo:  $n = 119$ ,  $r = 0,746$ ,  $p = 0,01$ . b) Residencia Riosol:  $n = 69$ ,  $r = 0,58$ ,  $p = 0,01$ . c) Residencia Dr. Villacián:  $n = 70$ ;  $r = 0,808$ ,  $p = 0,01$ **Conclusiones:** El TCBE puede ser una herramienta diagnóstica de interés en pacientes con sospecha de demencia. Es útil para cuantificar el deterioro cognitivo y en la realización de seguimientos reglados. Se explora la memoria más importante para el ajuste diario, siendo de especial interés la valoración visuoespacial. Es de fácil aplicación, buena aceptabilidad para profesionales y pacientes y se comporta muy bien, en términos de rendimiento diagnóstico frente al MMSE.

180

**HALLAZGOS RADIOLÓGICOS DE ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR Y MEJORÍA A NIVEL COGNITIVO Y AFECTIVO. IMPACTO DE LA GALANTAMINA**C. Velasco Ortega<sup>2</sup>, R. López Mongil<sup>3</sup>, J.A. Alonso Bravo<sup>3</sup>, P. Fernández Flores<sup>1</sup>, F. Mongil Jorrín<sup>2</sup> y J.L. Elguero Angulo<sup>1</sup><sup>1</sup>Hospital Clínico, Valladolid; <sup>2</sup>Hospital Psiquiátrico Dr. Villacián, Diputación de Valladolid, Valladolid; <sup>3</sup>Centro Asistencial DR. Villacián, Diputación de Valladolid, Valladolid.**Introducción:** Hombre de 70 años que ingresa en la Unidad de Agudos de Psiquiatría por alteraciones conductuales (agresión física secundaria a ideas delirantes). Sospecha clínica de demencia. Se solicita interconsulta desde Unidad de Psiquiatría.**Objetivos:** Estudiar y evaluar el efecto de la Galantamina en un paciente con Enfermedad de Alzheimer que combina enfermedad cerebrovascular. Analizar la oportunidad de colaborar con otros profesionales desarrollando un trabajo multidisciplinar.**Método:** Se realizó valoración geriátrica incluyendo valoración clínica, análisis completos, estudio cardiológico, EEG, RMN y valoración neuropsicológica: Memoria inmediata, Test de Conceptos Básicos Ergonómico (TCBE); Memoria reciente; Memory Impairment Screen (MIS) de Buschke; Test de los 7 minutos (T7M) de Solomon; Fluidez verbal; Test del Reloj; Valoración funcional: CM 98 para AIVD.**Resultados:** Hallazgos clínicos: *Memoria inmediata*: (3/3); *Test de Conceptos TCBE*: (22/25); *Memoria reciente*: (1/3); *MIS*: (6/8) con alteración de la Memoria de trabajo; *T7M* alteración test de memoria: no reconoce 5/16 dibujos, 5/16 en recuerdo libre, 8/16 en recuerdo facilitado; Fluidez verbal 11; del Test del Reloj (5/7), siendo la Puntuación total del T7M de 41, centil 26. Valoración funcional con dependencia para AIVD (compras, teléfono, dinero y control de medicación). RM: importantes signos de atrofia córtico-subcortical, zonas hipodensas periventriculares, leucodistrofia de pequeño vaso, infarto lacunar antiguo. Se instaura tratamiento con Galantamina con incrementos progresivos en un mes. Buena tolerancia sin requerir protección gástrica. Nueva valoración neuropsicológica a las cuatro semanas. *Memoria inmediata*: 3/3; *TCBE*: 24/25; *Memoria reciente*:

2/3, MIS: 4/8, T7M: reconoce 15/16 dibujos, 8/16 en recuerdo libre, 5/16 en recuerdo facilitado, Fluidez verbal 15, Test del Reloj (7/7), siendo la Puntuación total del T7M de 51, centil 42-43.

**Conclusiones:** En pacientes con alteraciones conductuales, deterioro cognitivo y funcional es prioritaria la precocidad en la detección de la demencia. A pesar del corto tiempo de tratamiento (4 semanas), se ha constatado la mejoría cognitiva con Galantamina y hemos comprobado su buena tolerancia y ausencia de efectos adversos. Creemos oportuno considerar la colaboración entre equipos de Geriatria y Psiquiatria, y profundizar en las técnicas de la valoración geriátrica.

## 181

### SEVERE MINI MENTAL STATE EXAMINATION (SMMSE) EN LA DEMENCIA MODERADA Y GRAVE

P. Fernández Flores<sup>1</sup>, R. López Mongil<sup>3</sup>, J.A. Alonso Bravo<sup>3</sup>, M. Boronat Martín<sup>1</sup> y J.A. López Trigo<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Hospital Clínico, Valladolid; <sup>2</sup>Centro Municipal Tercera Edad. Ayuntamiento de Málaga, Málaga; <sup>3</sup>Centro Asistencia Dr. Villacián. Diputación de Valladolid, Valladolid.

**Objetivos:** El SMMSE se desarrolló para evaluar los dominios cognitivos en la demencia moderada y grave. Validamos el SMMSE en una muestra de población institucionalizada española.

**Métodos:** El SMMSE evalúa orientación personal, memoria inmediata, praxias, gnosias, lenguaje y fluidez verbal. Puntuación máxima: 30. Validamos SMMSE en una residencia asistida. Se realiza evaluación con MMSE, SMMSE, test de Conceptos Básicos Ergonómico (TCBE) y Fluidez Verbal. Utilizamos un modelo de correlación y comparamos SMMSE y MMSE de todos los pacientes que presentan demencia. Los datos se procesan con el paquete estadístico SPSS 14.0, con licencia de la Universidad de Valladolid. Se realiza un análisis descriptivo de las variables. Se aplica el test de Kolmogorov para estudiar la normalidad de las variables cuantitativas. Los resultados se expresan como media e intervalo de confianza (IC 95%) en el caso de las variables cuantitativas. Se aplica el coeficiente de correlación de Pearson para variables paramétricas y el de Spearman para no paramétricas.

**Resultados:** Sobre 90 residentes, incluimos a 72 que son evaluados con el SMMSE. Datos de la población: 37 varones (41,1%); edad media: 81,00 a. (DE 7,10), 53 mujeres (58,8%); edad media: 83,79 a. (DE 6,5). Puntuación media (PM) del MMSE: 16,45. La PM del SMMSE fue de 24,75, la del TCBE: 16,19 y la fluidez verbal: 7,71. Existe correlación significativa entre SMMSE/MMSE = 0,822 P < 0,01. La media de la diferencia entre ambos test (SMMSE-MMSE) es de 8,075 con una desviación de 4,345.

**Conclusiones:** El MMSE tiene un efecto suelo para pacientes con mucho deterioro. El SMMSE explora los dominios cognitivos habitualmente difíciles de evaluar en pacientes con grave deterioro. La mayor ventaja del SMMSE es su sencillez y su aplicabilidad en el seguimiento de pacientes con demencia en fase 6 y 7 de Reisberg.

## 243

### PREVALENCIA DE LA DEMENCIA EN EL MEDIO RESIDENCIAL

J. Gutiérrez Rodríguez<sup>3</sup>, F. Jiménez Muela<sup>1</sup>, A. Alonso-Collada Sánchez<sup>2</sup> y L. Sáenz de Santa María Benedet<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Organismo ERA; <sup>2</sup>San Pancracio; <sup>3</sup>Centro Sociosanitario Larrañaiga, Avilés.

**Objetivos:** 1) Conocer la prevalencia de demencia en el medio residencial, 2) Analizar las causas más frecuentes de demencia, 3) Estudiar los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos utilizados, 4) Detectar la posibilidad de la existencia de demencia no diagnosticada.

**Método:** Estudio epidemiológico transversal. Se incluye una población de ancianos institucionalizados en octubre de 2007 en 3 centros residenciales del Principado de Asturias. **Variables:** sociodemográficas (edad, sexo, nivel de estudios y tiempo de ingreso), clínicas (número de diagnósticos y diagnóstico de demencia), funcionales (Índice de Barthel), mentales (Minimental State Examination) y terapéuticas (fármacos y terapias no farmacológicas prescritas para la demencia).

**Resultados:** 215 sujetos fueron incluidos en el estudio (edad media 81,2 ± 10,2 años, 70,7% mujeres, 22,3% sin escolarizar, Barthel 50,6 ± 37,4, MMSE 14,7 ± 9,7, número medio de diagnósticos 4,3 ± 2,6, número medio de fármacos 5,6 ± 3,1 y tiempo medio de ingreso de 37,5

± 32,4 meses). El 34,4% estaba diagnosticado de demencia (20,9% Alzheimer, 4,2% Vascular, 4,2% Mixta y 5,1% otras causas). El 15,8% tenía tratamiento farmacológico específico para el Alzheimer (10,2% inhibidores acetilcolinesterasa, 4,2% memantina y 1,4% inhibidores+memantina). El 14,4% realizaba 1 o más terapias no farmacológicas (12,6% orientación a la realidad, 8,8% terapia de reminiscencias, 0% musicoterapia y 14,4% programas de psicoestimulación). Entre los sujetos sin escolarización el 39,6% estaba diagnosticado de demencia y el 75% tenía una puntuación en el MMSE inferior a 18. Respecto a los sujetos escolarizados, el 32,9% estaba diagnosticado de demencia y el 77,8% tenía una puntuación en el MMSE inferior a 24.

**Conclusiones:** Para nuestra población de estudio, 1 de cada 3 sujetos ingresados en un centro residencial tiene el diagnóstico de demencia, siendo la más frecuente la enfermedad de Alzheimer. De ellos, menos de la mitad reciben algún tipo de terapia farmacológica y/o no farmacológica. De forma similar a otros estudios realizados en nuestro país, parece existir una tasa de infradiagnóstico superior al 35%.

## 245

### COMPONENTES NEUROPSICOLÓGICOS Y FUNCIONALES DE LA CALIDAD DE VIDA EN ANCIANOS CON ENFERMEDAD DE ALZHEIMER Y DETERIORO COGNITIVO LEVE

B. López Ramos, J.L. Oliver Carbonell, M.I. García-Tomás, E. López-Jiménez, J.A. Vivancos Fuster y P. Abizanda Soler  
Complejo Hospitalario Universitario, Albacete.

**Objetivo:** Analizar la relación entre componentes sociodemográficos, funcionales, cognitivos, afectivos y conductuales con calidad de vida autopercibida en mayores con deterioro cognitivo leve (DCL) y enfermedad de Alzheimer (EA).

**Métodos:** Estudio observacional transversal. 102 mayores de 65 años. 30 controles, 37 DCL, 35 EA. Recibieron valoración neuropsicológica (MMSE, GDS Yesavage, NPI, FAST, Hachinski, reloj, figuras incompletas, memoria lógica 1 y 2, reproducción visual 1 y 2, dígitos directos e inversos, Boston, FAS semántico, VOSP, praxias Luria, secuencias posturales, TMT-A, TMT-B, Stroop), y funcional (Barthel, Lawton, IDDD, Timed Up and Go, velocidad de marcha, fuerza prensora). Relación con la escala de calidad de vida EQ-5D (grados de gravedad, estado general de salud peor y escala EVA) de las diferentes variables medidas en los 3 grupos.

**Resultados:** Edad media 75 (DE 5), 67,6% mujeres, sin diferencias entre grupos. Años de escolarización 9,1-5,2-6,8 ( $p < 0,01$ ). EQ-5D: Escala EVA 72,8%-65,8%-60,9% ( $p < 0,05$ ); suma de grados de gravedad 6,7-7,1-6,9 (NS); estado general de salud peor 16,7%-51,4%-31,4% ( $p < 0,05$ ). Los principales condicionantes de mala calidad de vida en cada grupo fueron: Controles: sexo femenino<sup>†</sup>, Hachinski<sup>†</sup>, Barthel<sup>†</sup>, IDDD<sup>†</sup>, MMSE<sup>†</sup>, Boston<sup>†</sup>, depresión<sup>†</sup>, ansiedad<sup>†</sup>, TUG<sup>†</sup>, VM<sup>†</sup>, fuerza prensora<sup>†</sup>. DCL: Barthel<sup>†</sup>, IDDD<sup>†</sup>, reloj<sup>†</sup>, depresión<sup>†</sup>, figuras incompletas<sup>†</sup>, ML1<sup>†</sup> y 2<sup>†</sup>, Boston<sup>†</sup>, DI<sup>†</sup>, FASS<sup>†</sup>, VOSP<sup>†</sup>, apatía<sup>†</sup>, TUG<sup>†</sup>, VM<sup>†</sup>. EA: Hachinski<sup>†</sup>, MMSE<sup>†</sup>, Boston<sup>†</sup>, RV1<sup>†</sup> y 2<sup>†</sup>, delirios<sup>†</sup>, euforia<sup>†</sup>, depresión<sup>†</sup>. En toda la muestra: sexo femenino<sup>†</sup>, depresión<sup>†</sup>, Hachinski<sup>†</sup>, FAST<sup>†</sup>, Barthel<sup>†</sup>, IDDD<sup>†</sup>, MMSE<sup>†</sup>, reloj<sup>†</sup>, figuras incompletas<sup>†</sup>, ML1<sup>†</sup> y 2<sup>†</sup>, TMTA<sup>†</sup>, TMTB<sup>†</sup>, Boston<sup>†</sup>, DD<sup>†</sup>, DI<sup>†</sup>, FASS<sup>†</sup>, RV1<sup>†</sup>, praxias<sup>†</sup>, secuencias<sup>†</sup>, VOSP<sup>†</sup>, delirios<sup>†</sup>, TUG<sup>†</sup>, VM<sup>†</sup>, fuerza prensora<sup>†</sup>, NPI<sup>†</sup>. En el análisis multivariante ( $r^2$  corregida = 0,309;  $p < 0,001$ ), el Barthel (B = -0,08; IC95% -0,15 a -0,02;  $p < 0,05$ ), VM (B = 0,15; IC95% 0,01 a 0,30;  $p < 0,05$ ) y GDS (B = 0,25; IC95% 0,15 a 0,36;  $p < 0,001$ ) se asociaron de manera independiente con calidad de vida (grados de gravedad), ajustado por edad, sexo, grupo de estudio, MMSE, NPI, Lawton.

**Conclusiones:** Los componentes afectivo y funcional predominan sobre el cognitivo para determinar calidad de vida autopercibida.

## 246

### INFLUENCIA DEL ESTADO COGNITIVO EN LA LIMITACIÓN FUNCIONAL DE MAYORES CON Y SIN DEMENCIA

E. Martínez Sánchez, B. López-Ramos, P.M. Sánchez-Jurado, M.I. García-Tomás, J.L. Navarro López y P. Abizanda Soler  
Complejo Hospitalario Universitario, Albacete.

**Objetivo:** Describir la asociación entre test neuropsicológicos y test de limitación funcional en ancianos con y sin demencia de la comunidad.

**Métodos:** Estudio observacional transversal. 75 mujeres, 36 hombres de la comunidad. 29 controles (C), 36 DCL, 37 EA, 9 jóvenes (J). Se midieron Timed Up and Go en seg. (TUG), velocidad de marcha e m/s. (VM) y fuerza prensora en kg. (FP). Recibieron valoración neuropsicológica completa. Correlaciones entre test de limitación funcional y mentales y análisis multivariante mediante regresión logística.

**Resultados:** TUG: C 8,88 (DE 1,71), DCL 11,72 (DE 5,58), EA 10,89 (DE 2,98), J 5,34 (DE 4,12). VM: C 1,14 (DE 0,25), DCL 0,94 (DE 0,23), EA 0,96 (DE 0,26), J 1,44 (DE 0,13). FP: C 18,69 (DE 8,11), DCL 15,06 (DE 7,31), EA 15,99 (DE 7,98), J 34,11 (DE 9,31). Los J ( $p < 0,001$ ) y C ( $p < 0,01$ ) deambularon más deprisa y tuvieron mejor equilibrio que DCL o EA sin diferencias entre DCL y EA. Los J tuvieron más fuerza que el resto de grupos ( $p < 0,001$ ). En los mayores, Hachinski, MMSE, Reloj, figuras incompletas, ML1 y 2, TMTA, TMTB, Boston, DD, DI, FASS, RV1 y 2, praxias, secuencias posturales, VOSP, Yesavage y NPI correlacionaron con TUG y VM ( $p < 0,05$ ). En los mayores, Hachinski, MMSE, Reloj, figuras incompletas, TMTA, TMTB, Boston, DD, DI, RV1 y 2, VOSP, Yesavage, correlacionaron con FP ( $p < 0,05$ ). El test del reloj (OR 1,88; IC95% 1,12 a 3,18;  $p < 0,05$ ), las figuras incompletas (OR 1,16; IC95% 1,03 a 1,30;  $p = 0,01$ ), la ML1 (OR 1,11; IC95% 1,03 a 1,19;  $p < 0,01$ ), la ML2 (OR 1,08; IC95% 1,02 a 1,14;  $p < 0,05$ ), el Boston (OR 1,17; IC95% 1,01 a 1,36;  $p < 0,05$ ), el FASS (OR 1,32; IC95% 1,11 a 1,57;  $p = 0,01$ ), las praxias (OR 17,01; IC95% 1,46 a 198,65;  $p < 0,05$ ), se asociaron con TUG  $> 8$  seg. ajustado por edad y sexo. El MMSE, TMTA, TMTB, los DI y el VOSP rayaron la significación. Solo las praxias (OR 2,07; IC95% 1,09 a 3,97;  $p < 0,05$ ) se asociaron con VM  $< 0,8$  m/s ajustado por edad y sexo. Ninguna variable se asoció con FP.

**Conclusiones:** Bajas puntuaciones en test neuropsicológicos se asocian con peor equilibrio y marcha en ancianos con y sin demencia de la comunidad, pero no con menos fuerza.

308

#### EVOLUCIÓN FUNCIONAL DEL ENFERMO DE ALZHEIMER AFECTO DE DEPRESIÓN

J.L. Tobaruela González<sup>2</sup>, J. Porta Etessam<sup>1</sup>, C. Rabes<sup>2</sup>, J. Porta Etessam<sup>1</sup> y C. Rabes<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Hospital Clínico San Carlos, Madrid; <sup>2</sup>Hospital Virgen de la Poveda, Madrid.

**Objetivos:** Evaluar la influencia de la depresión sobre la evolución funcional del paciente con Enfermedad de Alzheimer (EA)

**Método:** Los datos proceden del estudio IDEAL, un estudio multicéntrico, descriptivo y prospectivo con seguimiento de 6 meses. Recoge datos de 1413 pacientes recogidos por 180 investigadores, geriatras, neurólogos y geriatras, en todo el territorio nacional. Incluye pacientes con EA probable (NINCDS-ADRA) en estadio moderado (CDR: 2). Recoge datos demográficos, sociales, epidemiológicos, patológicos y terapéuticos generales y de la EA. Se evalúa a los pacientes al inicio y a los seis meses mediante MMSE, Barthel, NPI-Q, E. Cornell y E. Sociofamiliar de Gijón.

**Resultados:** La mayoría eran mujeres (67,7%), con un promedio de 77,8 años (46-97). La puntuación media del MMSE fue de 15,4 ( $\pm 4,4$ ), la mayoría (82,7%) tenían algún grado de dependencia y la E. de Cornell sugirió la presencia de depresión en el 55,2%. La mitad (50,9%) eran hipertensos y más de la tercera parte presentaban ansiedad (39,6) y dolor musculoesquelético (35,8%). La E. de Gijón sólo indicó riesgo social en el 6,4%. Un alto porcentaje seguían tratamiento con anticolinesterásicos o memantina (84,2%), casi la mitad seguían un tratamiento antidepresivo (45,4%) y asociaron neurolépticos el

21,5 %. Entre los tratamientos concomitantes destaco el uso de antihipertensivos (60,5%), antiagregantes (34,8%) y ansiolíticos (29,3%). Siguieron tratamiento no farmacológico el 29,7%. A los 6 meses se objetivo un descenso significativo ( $p < 0,001$ ) de la puntuación del MMSE y del Barthel. El 41,5 % de los pacientes independientes al inicio del estudio dejaron de serlo a los 6 meses. No se observaron diferencias en la evolución del deterioro cognitivo en pacientes deprimidos. El número de sujetos inicialmente independientes que se incapacitaron a los seis meses sólo fue significativo en los pacientes que no estaban deprimidos.

**Conclusiones:** Se observó aumento significativo del deterioro cognitivo en todos los pacientes pero el número de sujetos que se incapacitó solo fue significativo en los que no estaban deprimidos pero no lo fue en los pacientes con depresión al inicio del estudio.

352

#### HOSPITAL DE DÍA GERIÁTRICO, PIEZA CLAVE EN LA RECUPERACIÓN DEL PACIENTE CON DEMENCIA

M.C. Ortiz Domingo, M. Giménez López y A.B. Esteban Gimeno  
Hospital San Juan de Dios, Zaragoza.

**Objetivo:** Describir el perfil del paciente con demencia que cursa proceso en Hospital de Día Geriátrico (HDG) y realizan Terapia Ocupacional (TO). Relacionar diversas variables, según edad con la ganancia cognitiva y funcional y analizar la variable demencia con el resto.

**Metodología:** Estudio analítico retrospectivo de los pacientes de HDG durante dos años (2006-2007). Variables: sexo, edad, motivo de ingreso demencia e inmovilidad, procedencia, demencia como comorbilidad, tipo de demencia, seguimiento en Consulta (sin proceso), Barthel al ingreso (Bi), Barthel al alta (Ba), ganancia funcional (Bg), Minimental al ingreso (MECi), Minimental al alta (MECa), ganancia cognitiva (MECg), actividad en TO, estancias y días/semana que acude, consultas al Geriatra, uso de neurolépticos (NL), ansiolíticos (AS), antidepresivos (AD) y terapia específica (IACEs). Destino al alta. SPSS.

**Resultados:** 523 pacientes de edad media 74,7 años, más de la mitad mujeres. El motivo de inclusión en el 9,4% de los procesos es deterioro cognitivo e inmovilidad en 14,5% y todos procedían de Atención Primaria (AP). El 14,1% presentan demencia como comorbilidad y proceden en su mayor parte de nuestro Hospital (42%). La mayoría presentaba criterios de demencia vascular (44,6%) y enf. Alzheimer (31,2%). Consultas: 104, evolución de demencia el 72,2%. Bi: 60 y Ba: 75. Bg: 15. MECi: 17. MECa: 21. MECg: 4. Siguen programa cognitivo TO el 90,7%. Estancia media: 29,9 con 2,94 días/semana. 2,16 consultas, la mayoría por agitación/desorientación (21,4%). NL: 17%. AS: 44%. AD: 36%. IACEs: 19,3%. Ser  $\geq 80$  años no influye ( $p > 0,05$ ) en que el motivo de ingreso sea deterioro cognitivo, pero presentan más comorbilidad demencia e inmovilidad, peor MEC al ingreso, más consultas y toman más NL e IACEs. A mayor MEC, mayor Bg pero sin significación estadística. La demencia influye negativamente en la Bg ( $p < 0,05$ ) y está relacionada con el sexo femenino, ser mayor de 80, inmovilidad, peor Bi y mayor NL. Ser mujer no influye en la Bg ( $p > 0,05$ ) pero sí en la MECg ( $p < 0,05$ ). Al alta, el 21,5% de las demencias se derivan a Centro de Día (CD). El 40% se revisa en Consulta.

**Conclusiones:** El perfil de paciente con demencia en HDG es una mujer menor de 80, que ingresa desde AP por demencia vascular, mejora funcional y cognitivamente tras terapia y al alta acude a CD. Las mujeres dementes con más de 80 años, se recuperan peor, presentan más inmovilidad y consumen más NL. Un alto porcentaje se sigue en Consulta tras proceso.

## COMUNICACIONES ORALES

## COMUNICACIONES LIBRES

Sala Andalucía 2

Jueves, 5 de junio de 15:30 a 17:30 horas

## Área Clínica IV

Moderan:

Carlos Romero Morell. *Granada*  
Inés Francés Román. *Alsasua (Navarra)*

## Deterioro cognitivo/Demencia II

362

**MONOTERAPIA CON LEVETIRACETAM EN PACIENTES ANCIANOS SIN Y CON DEMENCIA Y CON EPILEPSIA PARCIAL DE RECIENTE DIAGNÓSTICO: EXPERIENCIA CLÍNICA Y SEGUIMIENTO DE 2 AÑOS**

J. Mercé

*Hospital Universitario Doctor Peset, Valencia.***Objetivo:** Valoración en población geriátrica sin y con demencia y con epilepsia parcial de reciente diagnóstico el levetiracetam (nuevo antiepiléptico) durante un seguimiento de 2 años.**Material y método:** Durante 15 meses se reclutaron todos los pacientes ancianos con diagnóstico de epilepsia parcial en los que se pautó levetiracetam. El protocolo de recogida de datos incluía: datos generales, valoración geriátrica, datos de las crisis epilépticas, dosificación del fármaco, RAM y resultados clínicos.**Resultados iniciales:** Encontramos 55 paciente (26 sin demencia, 29 con demencia); se mostraron como grupos homogéneos al no ser significativos estadísticamente los datos generales, valoración geriátrica y datos de la epilepsia. El Índice de Lawton de los pacientes sin demencia eran más independientes que los pacientes con demencia; el índice de Katz de los pacientes sin y con demencia tenían un alto índice de independencia. De los datos de la epilepsia un 77% y un 90% eran epilepsias parciales complejas en los grupos sin y con demencia respectivamente; entre las causas predominaron las criptogénicas en el grupo sin demencia y de causa Alzheimer en los casos con demencia; entre las localizaciones en ambos grupos fueron similares, pero la duración de la crisis y el tiempo de recuperación fueron mayores en el grupo sin demencia. Las dosis de levetiracetam, RAM y los resultados del tratamiento fueron similares grupos.**Conclusiones:** 1. El levetiracetam es una opción terapéutica útil en la epilepsia parcial en ancianos sin y con demencia. 2. El levetiracetam es bien tolerado y con excelentes resultados terapéuticos.

463

**ALTERACIONES DEL SUEÑO EN PACIENTES CON DEMENCIA**C. Masegu Serra, C. Pablos Hernández, R. Yubero Pancorbo, A. González Ramírez, P. Gil Gregorio y J.M. Ribera Casado  
*Hospital Clínico San Carlos, Madrid.***Objetivos:** Estimar la frecuencia de las alteraciones del sueño existentes en pacientes con demencia degenerativa vs vascular (GDS-4). Valorar el posible impacto de dichas alteraciones sobre el cuidador principal.**Material y método:** Estudio observacional de pacientes diagnosticados de demencia en la Unidad de Memoria del Servicio de Geriátrica durante el último año. Se recogen los siguientes datos: demográficos, AP de alteraciones del sueño previas al diagnóstico de Demencia, comorbilidad (SAOS y SPI) y tratamiento recibido. Se le realiza entrevista telefónica a cuidador principal y se utilizan las escalas: Zarit, Neuro Psychiatric Inventory (NPI), Sleep Disorders Inventory (SDI). Los pacientes se clasifican en grupos homogéneos en distribución numérica. Análisis estadístico SPSS 14.0.**Resultados:** N = 64 pacientes con demencia en estadio leve: grupo A N = 30: E. Alzheimer probable y posible; grupo B N = 34: Demencia vascular probable y posible. Edad media 81 (DE 6); 67,2% mujeres. Alteraciones del sueño previas al diagnóstico de demencia: grupo A: 26,7%; grupo B: 55,9% (p = 0,02). Enfermedades asociadas: SAOS 5 pacientes; SPI 2 pacientes (pertenecientes todos al grupo B). Alteraciones del sueño más frecuentes: somnolencia diurna 40,6%, dificultad para conciliar el sueño 32,3%, pesadillas 31,3%. Mejoría sintomática referida tras inicio de tratamiento con IACe en el 34% de pacientes. Correlación significativa entre las escalas NPI y SDI, así como entre SDI y Zarit (coeficiente de correlación 0,33).**Conclusiones:** 1) La somnolencia diurna y la dificultad en conciliar el sueño son los síntomas más referidos en nuestra muestra. 2) Las tasas de enfermedades asociadas (SAOS, Sd. de Piernas Inquietas) y las quejas respecto a la calidad del sueño previas al diagnóstico de demencia son más altas entre los pacientes con demencias de perfil vascular. 3) A mayor puntuación en la SDI, mayor sobrecarga del cuidador y trastornos conductuales asociados.

464

**TEST DE MEMORIA Y ESTRATEGIAS (TME): UNA NUEVA HERRAMIENTA DIAGNÓSTICA EN EL DETERIORO COGNITIVO EN LOS ANCIANOS**R. Yubero Pancorbo, F. Maestu Unturbe, P. Gil Gregorio y J.M. Ribera Casado  
*Hospital Clínico San Carlos, Madrid.***Objetivos:** Diseñar una nueva herramienta que permita discriminar el deterioro cognitivo asociado al envejecimiento normal del deterioro cognitivo patológico.**Método:** Estudio prospectivo de 2 años de duración. Los sujetos fueron divididos en 5 grupos: controles, deterioro cognitivo leve (DCL), deterioro cognitivo leve-amnésico (DCL-a), deterioro cognitivo vascular (DCV) y depresivos. Criterios diagnósticos: Petersen, Canadian Study for Health and Aging y DSM-IV. Controles: sin quejas subjetivas de memoria ni deterioro en las tareas neuropsicológicas. Se recogie-



ron: variables demográficas (edad, nivel educativo y género) y batería neuropsicológica: MMS, Textos I y II de la WMS-III, Test de Denominación de Boston abreviado, Test de Stroop, Span de Dígitos de WAIS, Fluencia verbal fonética y semántica, Test de Clasificación de Cartas de Wisconsin y Test de Memoria y Estrategias (TME: prueba diseñada para valorar memoria episódica y funciones ejecutivas, con 5 listas de palabras relacionadas de complejidad creciente). Análisis estadístico: programa SPSS 14

**Resultados:** 96 sujetos: Controles: 21; DCL: 28; DCL-a: 10; DCV: 23; Depresivos: 14. Edad: 75,1 a. (57-97). Nivel educativo: 8-10 a. (5 y 20 años), sin diferencias estadísticamente significativas entre los grupos. Se encontraron diferencias entre los grupos en la ejecución de los pacientes en el TME y también entre la ejecución de los pacientes y del grupo control. El grupo control muestra un beneficio en el recuerdo de las listas de palabras tanto mayor cuanto más compleja es la organización de la información, obteniéndose mejores resultados en las listas organizadas por categorías que en las listas sin relación semántica. En los grupos de pacientes, este beneficio solo es perceptible en el grupo de DCL-a, no objetivándose en el resto de los grupos (DCL, DCV y Depresivos). El rendimiento en el TME en depresivos y en los dos grupos de deterioro cognitivo no-demencia (DCL y DCV) presenta diferencias estadísticamente significativas ( $p: 0,45$  y  $p: 0,15$ ).

**Conclusiones:** 1. El TME es una tarea que permite discriminar envejecimiento normal y deterioro cognitivo no-demencia en cualquiera de sus formas. 2. El TME permite discriminar entre envejecimiento normal, depresión en el anciano y deterioro cognitivo no-demencia. 3. A partir de los resultados obtenidos en el grupo control, parecería que el déficit de memoria asociado al envejecimiento normal está en relación con una disfunción ejecutiva asociada.

466

#### PAPEL DEL FACTOR DE CRECIMIENTO DE INSULINA TIPO 1 Y LA RESISTENCIA A LA INSULINA EN LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER

R. Menendez Colino<sup>1</sup>, R. Yubero Pancorbo<sup>2</sup>; A. Viloría Jiménez<sup>2</sup>; A. Rodríguez Calvo<sup>2</sup>; P. Gil Gregorio<sup>2</sup> y J.M. Ribera Casado<sup>2</sup>  
<sup>1</sup>Hospital Clínico San Carlos, Madrid; <sup>2</sup>Hospital Clínico San Carlos.

**Objetivos:** Determinar el papel que desempeña el factor de crecimiento insulínico tipo 1 (IGF1) y la resistencia a la insulina en el desarrollo de enfermedad de Alzheimer

**Método:** Estudio descriptivo. Se incluyeron sujetos mayores controles y con demencia tipo Alzheimer (EA) según criterios NINCDS-ADRDA. Se realizó analítica de sangre donde se determinaron los niveles de IGF1 en suero, insulina en ayunas y HOMA. Se recogen datos demográficos, antecedentes personales (DM, HTA, dislipemia), situación funcional: actividades básicas de la vida diaria (índice de Katz) y actividades instrumentales de la vida diaria (índice de Lawton), situación cognitiva (Minimetal State Examination: MMSE). El análisis estadístico se realizó con el programa estadístico SPSS 14.0.

**Resultados:** La muestra consta de 30 sujetos: 15 controles y 15 con EA. La media de edad de la muestra es de 79a (67-92) Los valores de IGF1 fueron más bajos en el grupo de EA (113,05 ng/ml) que en el grupo control (155,10 ng/ml). Los niveles de insulina y HOMA fueron más altos en el grupo de EA (36,6 mU/l y 5,55 respectivamente) que en el grupo control (22, 79 mU/l y 6,02)

**Conclusiones:** 1) Los niveles de IGF1 son menores en pacientes con EA que en sujetos controles. 2) La resistencia a la insulina medida con insulinemia en ayunas y HOMA es mayor en pacientes con EA que en controles. 3) Estos hallazgos sugieren que el descenso de IGF1 podría jugar un papel como factor de riesgo de demencia.

467

#### ESTUDIO DE EFICACIA DE TRATAMIENTO COMBINADO EN PACIENTES CON DEMENCIA

A. Viloría Jiménez, R. Yubero Pancorbo, C. Pablos Hernández, C. Maseguerra, P. Gil Gregorio y J.M. Ribera Casado  
*Hospital Clínico San Carlos, Madrid.*

**Objetivos:** Establecer la eficacia cognitiva, funcional y conductual del tratamiento combinado (IACE + Memantina) en pacientes con demencia.

**Método:** Estudio prospectivo. Se incluyeron pacientes con demencia tipo Alzheimer (EA) según criterios NINCDS-ADRDA. Se recogieron datos demográficos (edad, sexo y nivel educativo), estadio de la enfermedad (GDS de Reisberg), pruebas neuropsicológicas, escalas funcionales y NPI de Cummings. Se incluyen 3 evaluaciones: 6 meses previos a la asociación, en el momento de la asociación y 6 meses después de la asociación. Análisis estadístico con SPSS 13.0.

**Resultados:** Se incluyeron 25 pacientes. Edad media: 78 a (63-88). Mujeres: 77%. Nivel educativo medio: 8 a. El 63% de los pacientes con GDS 5 al inicio del tratamiento combinado. Las variables que presentan beneficio en su evolución tras la asociación de IACE con memantina son: BNT-30 (de -5,12 a -0,21), fluencia semántica (de -1,35 a 0,13) y span de dígitos inversos (de -0,63 a 0,07). Los familiares refieren mejoría subjetiva en las capacidades comunicativas de los pacientes tras la asociación. Resto de variables analizadas mantiene una progresión de cambio estable.

**Conclusiones:** 1. La asociación de IACE + Memantina en pacientes con EA mejora la comunicación verbal en los pacientes con demencia. 2. La asociación supone una menor progresión del deterioro en denominación, fluencia verbal y memoria operativa. 3. En el resto de las variables estudiadas (tanto cognitivas como funcionales) presentan una estabilidad en la progresión del deterioro.

455

#### NEUMONÍAS POR ASPIRACIÓN EN ANCIANOS CON DEMENCIA

R. Moras Sarabia, O. Torres Bonafonte, N. Rodríguez Valero, J. López-Contreras González y D. Ruiz Hidalgo  
*Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona.*

**Objetivo:** Estudiar los ancianos ingresados con neumonía por aspiración (NA) analizando las diferencias en ancianos con demencia respecto al perfil clínico y los resultados de salud y gestión.

**Métodos:** Estudio prospectivo observacional de pacientes (pac) ingresados en Medicina Interna con NA (Mar07-Feb08). Se registró la gravedad (Índice-I Fine), el estado funcional (I Barthel 15 días antes) y la comorbilidad (I Charlson). Se comparó el grupo de pac con y sin demencia mediante Chi cuadrado y pruebas no paramétricas.

**Resultados:** Se registraron 46 pac, de los cuales el 95,6% eran ancianos. De los 44 pac  $\geq 65$  a, el 56,8% eran varones, con edad  $85,9 \pm 7,5$  a e I Barthel  $34,7 \pm 30,7$ . Al ingreso: I Charlson de  $2,7 \pm 1,6$ , índice de masa corporal (IMC)  $22,8 \pm 3$  y albúmina  $29,1 \pm 7,3$  g/l. Las comorbilidades más frecuentes fueron: accidente vascular cerebral (AVC) 40,9%, insuficiencia cardíaca 25% y EPOC 25%. Presentaron delirium el 38,6 %, lesiones por presión 13,6% y caídas 14%. Los factores de riesgo de aspiración fueron: disfagia de origen neurológico en 31 pac (70,5%- 25 pac con demencia y/o AVC, 3 con enf. de Parkinson y 3 con delirium), alteraciones digestivas en 7 (15,9%) y disminución del nivel de consciencia en 6 (13,6%). El I Fine fue  $132,7 \pm 25,5$ . Fueron éxitos el 50% de los pac. La estancia de los supervivientes fue  $17,7 \pm 21,6$  d (rango: 4-105), siendo dados de alta el 47,8% a residencias, el 39,1% a domicilio y el 13% a centros sociosanitarios. Comparando el grupo de 34 pac con demencia (77,3%) con los 10 pac sin demencia únicamente se encontraron diferencias en el I Barthel ( $28,0 \pm 26,3$  vs  $57,0 \pm 35,0$ ,  $p = ,01$ ), el tiempo desde el inicio de los síntomas a la consulta ( $4,1 \pm 4,24$  vs  $1,3 \pm 1,41$ ,  $p = ,03$ ), IMC ( $22,0 \pm 2,7$  vs  $25,6 \pm 2,6$ ,  $p < ,01$ ) y la presencia de delirium (70% vs 30%,  $p = ,03$ ), sin otras diferencias significativas.

**Conclusión:** La NA es una patología grave que afecta principalmente a pac muy ancianos con demencia. Los ancianos con demencia tuvieron mayor dependencia, más prevalencia de delirium y tardaron más a diagnosticarse aunque no impactó en la mortalidad ni en la estancia hospitalaria.

479

#### INFLUENCIA DE LA MOVILIZACIÓN EN EL DESARROLLO DE CUADRO CONFUSIONAL DURANTE EL INGRESO POR ENFERMEDAD AGUDA

E. Sánchez García<sup>1</sup>, C. González de Villaumbrosia<sup>3</sup>, M. Alonso Armesto<sup>1</sup>, B. Montero Errasquin<sup>2</sup>, J.A. Serra Rexach<sup>1</sup> y M. Vidán Astiz<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>H.G.U. Gregorio Marañón, Madrid. <sup>2</sup>H.G. Ramón y Cajal.

**Objetivo:** Estudiar si la movilización durante el ingreso se asocia a una disminución de la aparición de CCA durante la hospitalización.

**Material y métodos:** Estudio observacional prospectivo en el que se incluyen consecutivamente los pacientes con riesgo de CCA ingresados por enfermedad aguda en medicina interna y geriatría.

Se analizaron variables sociodemográficas, el riesgo de CCA, comorbilidad (Charlson), gravedad (Apache), situación funcional (Katz), mental y la estancia. Se considera que el paciente se ha movilizado durante el ingreso cuando ha caminado al menos una vez al día durante la hospitalización. Se diagnosticó el CCA con los criterios del Confusion Assessment Method con evaluación diaria del paciente en horario de mañana y revisión del registro de enfermería. Se analizaron los factores asociados a la aparición de CCA mediante regresión logística múltiple.

**Resultados:** Se incluyeron 756 pacientes. La edad media fue de 83 años, el 53% mujeres. La patología infecciosa es la causa más frecuente de ingreso (40%). El Charlson medio es 2,67; El 18 % estaban diagnosticados de demencia (33% moderada-severa). Estancia hospitalaria es de 8 días. El 27% son independientes y el 9.9% dependientes para todas las AVD básicas. El 50% caminan de forma autónoma y el 9.9% no caminan. Un 17,3 % desarrolló CCA. Excluyendo los pacientes que no caminan, el 63 % de los pacientes se movilizaron durante el ingreso. De ellos, el 9,4% presentó CCA frente al 24,7% de los pacientes que no se movilizaron ( $p < 0,001$ ). Otros factores asociados con el desarrollo de CCA fueron la edad ( $p < 0,01$ ), Katz basal ( $p < 0,01$ ), FAC Basal ( $p < 0,01$ ) y el diagnóstico de demencia ( $p < 0,01$ ). Los pacientes con CCA tienen mayor estancia media (9,10 vs 7,8 días,  $p = 0,072$ ). En el análisis multivariado los factores asociados de forma independiente con el desarrollo de CCA hospitalario son la movilización ( $p < 0,01$ ), la mayor estancia hospitalaria ( $p = 0,018$ ), el peor KATZ basal ( $p = 0,084$ ), la edad ( $p = 0,023$ ) y el diagnóstico de demencia ( $p = 0,016$ ).

**Conclusiones:** En los pacientes ancianos con riesgo de CCA, la movilización durante el ingreso se asocia con menor incidencia de CCA. Esta asociación es independiente de la edad, de la estancia, de la situación funcional basal y del diagnóstico de demencia.

## 522

### PROTOCOLO DE ACTUACIÓN EN DEMENCIAS EN UNA RESIDENCIA DE ANCIANOS

G. Guerrero Ramos, P. Domínguez Alba, V. Carmona García, F.M. Leon Gómez y J.M. Marín Carmona

*Residencia de ancianos San José de la Montaña, Málaga.*

**Introducción:** La tasa de prevalencia de pacientes con demencia en el ámbito residencial supera el 60 % en nuestro entorno, con preponderancia de fases moderadas y graves. Asimismo es conocida la tasa de infratratamiento, tanto farmacológico como no farmacológico.

**Objetivos:** Diseñar un protocolo de intervención integral en demencias, específico en función del estadio de la enfermedad.

**Metodología:** 100 Residentes. 68 con diagnóstico de Demencia. Estadaje de los mismos utilizando la Escala GDS\_FAST de Reisberg. Elaboración de protocolos de intervención por estadios que incluyan

medidas farmacológicas, neuropsicológicas, reeducación funcional, sociales, incapacitación y tutela, programa de cuidados paliativos, intervención familiar, etc., siguiendo guías de recomendación clínica farmacológicas y no farmacológicas

**Resultados:** 68 pacientes con Demencia. 10 con Demencia leve (GDS-FAST 4). 12 con Demencia moderada (GDS-FAST 5). 24 con Demencia moderadamente grave (GDS-FAST 6). 22 con Demencia grave (GDS-FAST 7). Presentación de protocolos específicos durante el Congreso.

## 290

### INFLUENCIA DEL DESARROLLO DE SÍNDROME CONFUSIONAL EN LA CAPACIDAD FUNCIONAL AL MES DEL ALTA

A. Martínez de la Casa Muñoz, E. Sánchez García, M. Alonso Armesto, R. Barrera Crispín, J.A. Serra Resach y M.T. Vidán Astiz.  
*Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid.*

**Objetivo:** Analizar la influencia del desarrollo de Síndrome confusional agudo (CCA) en ancianos ingresados por enfermedad aguda, en su capacidad funcional al mes del alta

**Material y métodos:** Estudio descriptivo con seguimiento al mes de pacientes > 70 años, con factores de riesgo de CCA. Se evalúan características demográficas, comorbilidad (Charlson), gravedad (Apache II) y datos funcionales: independencia para Actividades básicas de la vida diaria (AVDb) y marcha (FAC). Diariamente se evaluó el desarrollo de CCA, con la escala de CAM. Se definió deterioro funcional como pérdida de independencia para al menos una AVDb o muerte.

**Resultados:** Se incluyeron 544 pacientes, edad  $83 \pm 6,2$ , índice de Charlson medio 2.66, 60,5% era independiente para más de 3 AVDb. Durante el ingreso 16,4% desarrollaron CCA. Eran algo mayores, con mayor tasa de demencia, katz basal menor, FACb menor y estancia media algo mayor. Desarrollaron CCA el 26% de los pacientes con Katz < 3 y el 25% de los dependientes para la marcha. Falleció un 13,5% de los que presentaron CCA frente al 3.7% de los que no lo tuvieron.

Al mes del alta 44% de los pacientes (166) presentaron deterioro funcional. Tenían un índice de Charlson y Apache más altos, Katz basal y FACb menores y una estancia media algo más prolongada.

Tuvieron deterioro funcional 63,5% de los que presentaron CCA, frente a un 40,8% de los que no; el 48% de los pacientes con katz < 3 y marcha dependiente, frente al 39% de los que tenían katz > 3 e independientes.

En el análisis multivariado, el CCA se asoció de forma independiente a deterioro funcional al mes del alta. También resultaron variables independientes el índice de Apache y la estancia media.

**Conclusión:** Un alto porcentaje de ancianos presentan al mes del alta hospitalaria, peor situación funcional de la basal y es mayor en los que tenían mayor comorbilidad, enfermedad más grave o peor situación funcional previa. Además, la presencia de CCA durante el ingreso, es un factor de riesgo independiente para el deterioro funcional al mes del alta.

## COMUNICACIONES ORALES

## COMUNICACIONES LIBRES

Sala Andalucía 3

Jueves, 5 de junio de 18:00 a 20:00 horas

## Área Clínica V

Moderan:

Inmaculada García Balaguer. Almería

Antonio Moreno Guerin. Sevilla

## Enfermería I

98

**CONTRIBUCIÓN DE ENFERMERÍA EN LA EFECTIVIDAD DE UNA UNIDAD DE SOPORTE DE URGENCIAS (USU): COMPARACIÓN DE CUIDADOS ENFERMEROS Y MÉDICOS CON UNA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN CONVENCIONAL**L. Bertolin Giménez, L. Alavedra Pérez y V. Osuna Conde  
*Hospital General de L'Hospitalet, L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona.***Introducción:** Desde el año 1998 l'Hospital General de l'Hospitalet, centro universitario de segundo nivel con 240 camas, dispone de diciembre a marzo de una unidad de soporte de urgencias.

Los objetivos del estudio son: 1. Describir los cuidados enfermeros en pacientes ingresados en la USU. a) Comparación de los cuidados de enfermería con una unidad de hospitalización convencional (UH). 2. Describir el impacto en la estancia media y número de reingresos.

**Material y método:** Estudio retrospectivo de pacientes ingresados en la USU y en dos UH de medicina interna con diagnóstico principal de insuficiencia cardiaca (IC). El período de estudio fue del 1/12/06 al 31/3/07.

Como criterio de exclusión se descartó el debut de IC.

Se analizaron variables propias de cuidados enfermeros, también sexo, edad, diagnóstico principal, estancia media, reingresos, pluripatologías presentes, y medicación endovenosa administrada.

Se dispuso de las historias clínicas de los pacientes a posteriori para su revisión.

**Resultados (preliminares):** En el período mencionado fueron ingresados 145 pacientes con diagnóstico principal de insuficiencia cardiaca. 70 casos ingresaron en MI y 75 en USU.La estancia media fue de  $10,76 \pm 4,09$  días para UH, y  $3,39 \pm 1,86$  para USU. La frecuencia de reingresos fue de 7,9% para UH y 14,3% para USU. El destino al alta fue a domicilio en el 76,3% para UH y 77,8% en USU.**Conclusiones:** La finalidad del estudio es constatar que con un método distinto de organización de trabajo, tanto médico como enfermero, se puede reducir la estancia hospitalaria con el mismo beneficio para el paciente.

160

**DESCRIPCIÓN Y ANÁLISIS DE LA ACTIVIDAD DE LA CONSULTA DE PODOLOGÍA PARA PIE DIABÉTICO Y DE RIESGO EN UN HOSPITAL GERIÁTRICO**C. Carranza Sánchez, M. de la Torre Espinosa, B. Rubio González, M.F. Romero López, G. Ruiz Arango y J. Escobar Navas  
*Hospital Universitario San Rafael. O.H. San Juan de Dios, Granada.***Introducción:** En una sociedad donde el perfil geriátrico y diabético de los pacientes aumenta cada día, se vio la necesidad de crear una Consulta de Podología en el Hospital de San Rafael de Granada dentro del concierto con la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía y su Plan Integral de Diabetes, cuyo objetivo principal es el de reducir el número de amputaciones en pacientes diabéticos.**Objetivos:** Describir la actividad de la Consulta de Podología y realizar un análisis de las características de los pacientes que han recibido atención podológica.**Material y método:** Revisión de la documentación clínica de 94 pacientes de AP y de 227 pacientes hospitalizados que han recibido asistencia podológica durante el primer semestre de actividad. Se analiza el tipo de atención prestada, lugar, riesgo y tipología de pacientes, la cumplimentación de datos clínicos, relación riesgo/atención prestada, las observaciones realizadas y para los pacientes hospitalizados se analiza el porcentaje tratado en la Consulta y si son geriátricos o presentan DM.**Resultados:** El 61% de los pacientes derivados de AP atendidos en la Consulta de Podología muestra un pie de riesgo moderado, mientras que el resto -38%- muestra un pie de riesgo alto. En ambos casos la atención prestada es muy similar, destacando en el 36% de los casos la eliminación de callosidades, corte y fresado de uñas. Del total de estos pacientes, el 81% ha sido geriátrico. Durante este periodo el 43% de los pacientes hospitalizados ha requerido atención podológica, de los cuales el 80% presentaba un perfil geriátrico y el 38% presentaba pie de riesgo por DM.**Conclusiones:** El paciente con DM derivado de AP es geriátrico con un pie de riesgo moderado al que se le realizan principalmente dos o tres tratamientos en consulta y necesitan acciones de ES. En la deri-

vacación desde AP se produce un número muy elevado de errores en los datos podológicos del modelo P-400, lo que implica una reevaluación por parte de profesional. Dado el alto porcentaje de pacientes de este centro que han requerido atención podológica se considera muy necesaria la existencia de este tipo de servicios especialmente en hospitales de perfil geriátrico.

176

#### FACTORES ASOCIADOS A LA PRESENCIA DE ÚLCERAS POR PRESIÓN EN ANCIANOS HOSPITALIZADOS EN UNA UNIDAD GERIÁTRICA DE AGUDOS. IMPORTANCIA DEL ESTADO FUNCIONAL Y NUTRICIONAL

R. Monteis Cahis, M. Cabré Roure, M.D. Palomar García, M. Roca Fontbona, E. Palomera Fanegas y M. Serra-Prat  
*Hospital de Mataró. Barcelona.*

**Objetivo:** Identificar y describir los factores asociados con las úlceras por presión (UPP) procedentes de la comunidad o adquiridas en el hospital, en pacientes ancianos hospitalizados en una unidad geriátrica de agudos.

**Método:** Estudio observacional prospectivo de seguimiento de una cohorte de pacientes > 70 años con úlceras por presión hospitalizados, entre enero de 2001 y diciembre de 2007. Factores de estudio: edad, sexo, síndromes geriátricos (incontinencia urinaria, incontinencia fecal, inmovilidad, caídas, síndrome confusional agudo, síndrome depresivo), demencia, diabetes mellitus, enfermedad cerebrovascular, hepatopatía crónica, cáncer, insuficiencia renal crónica, neumopatía crónica, cardiopatía isquémica, insuficiencia cardíaca, índice de comorbilidad de Charlson, índice de Barthel (IB), creatinina, albúmina, colesterol total, linfocitos, Mini Nutritional Assessment (MNA) y disfga orofaríngea.

**Resultados:** Se reclutaron 2468 pacientes. 215 con UPP. El 61,7% mujeres. Edad media de 84,75 años (DE 8,61). Procedencia de residencia geriátrica el 38,6%. IB preingreso, ingreso y alta 32,04, 10,16, y 16,54 respectivamente. El 59,1% estaban desnutridos (MNA < 17), el 39,1% en riesgo (MNA 17-23,5) y solo el 1,7% bien nutrido (MNA > 24). En el análisis multivariado los factores asociados de forma independiente a UPP fueron: el IB preingreso < de 40 OR 4,24 (IC 95%:2,47-7,26), las caídas previas OR 1,76 (IC95% 1,02-2,57), Diabetes Mellitus OR 1,76 (IC95% 1,10-2,81) y desnutrición (MNA < 17) OR 9,47 (IC95% 2,2-40,75).

**Conclusión:** En pacientes ancianos hospitalizados por una enfermedad aguda, el estado funcional previo, caídas previas, diabetes mellitus y desnutrición son factores independientes que se asocian con la presencia de úlceras por presión. Todos estos factores son susceptibles de intervención.

177

#### PREVALENCIA E INCIDENCIA DE ÚLCERAS POR PRESIÓN EN UNA UNIDAD GERIÁTRICA DE AGUDOS

R. Monteis Cahis, M. Cabré Roure, M.D. Palomar García, C. Urban Murillo, E. Palomera Fanegas y M. Serra-Prat  
*Hospital de Mataró. Barcelona.*

**Objetivo:** Determinar la prevalencia e incidencia de las úlceras por presión (UPP) en una unidad geriátrica de agudos (UGA).

**Método:** Registro de todas las UPP de los pacientes hospitalizados en la UGA desde enero de 2001 a diciembre de 2007. Variables: edad, sexo, procedencia, síndromes geriátricos (incontinencia urinaria y fecal, inmovilidad, caídas, Delirium), localización, estadio, adquisición intra o extrahospitalaria, índice de Barthel, creatinina, albúmina y Mini Nutritional Assessment (MNA). Se utilizó la escala Emina de riesgo.

**Resultados:** Se han incluido 196 casos (6,8%), la edad media 84,75 años (DE 8,6). 26 casos (1,1%) las UPP fueron adquiridas durante la hospitalización. El 38,7 % procedían de residencias, 61,7% mujeres, Caídas previas 38,1%, Delirium 41,9%, Demencia 48,8%, Diabetes 37,7%, Inmovilidad 87%, Incontinencia urinaria 82,8%, Incontinencia fecal 70,7%, Disfga orofaríngea 85,3%, Desnutrición (MNA < 17) 59,1%. La localización más frecuente en las adquiridas fuera del hospital y dentro del hospital eran sacro (40% y 34,6%) y talones (28,4% y 30,8%) respectivamente. La Emina en la mayoría (89,7%) el riesgo

era medio o elevado. Las UPP extrahospitalarias el 45,6% el estadio era III o IV en cambio las adquiridas en el hospital el estadio era I y II en el 96,2%. La media de número de UPP por paciente era de 2,44 contra 1,27 entre las extra e intrahospitalarias. No se observó diferencias entre ambos grupos en todas las variables comparadas.

**Conclusión:** La incidencia hospitalaria de UPP es del 1,1%, hecho que refuerza el mantenimiento de las acciones preventivas contempladas en la trayectoria del paciente frágil.

217

#### INFORME DE CONTINUIDAD DE CUIDADOS EN UNA UNIDAD DE GERIATRÍA DE AGUDOS

M. Garreta Burrel, M. Masferre, M. Aceytuno, M. Gomez, C. Delgado, A. García e I. Gómez.

*Hospital del Mar. Instituto Municipal de Atención Sanitaria. Barcelona*

**Introducción:** El proceso del alta es una etapa fundamental en la gestión de cuidados de enfermería, ya que la continuidad de estos cuidados en domicilio o centros sociosanitarios son una realidad.

En la Unidad de Geriatría de un hospital de agudos, se ha implementado el informe de continuidad de cuidados de enfermería como instrumento de trabajo garantizando la continuidad asistencial en todos los niveles.

La planificación del alta debe empezar en el momento del ingreso, teniendo continuidad durante la estancia y valorando las necesidades de la persona mayor tras la hospitalización.

**Objetivo:** Informar a los profesionales de otros niveles, del proceso que ha seguido el paciente y el estado que se encuentra en el momento del alta.

Identificar las necesidades y cuidados de la persona mayor tras el ingreso.

Enseñar al paciente y familia/cuidador para llevar a cabo los cuidados en domicilio. Cerrar el proceso hospitalario del ingreso

Garantizar la continuidad de los cuidados.

**Método:** Informáticamente, se cumplimenta el proceso del alta de cada paciente, para elaborar un documento que se entrega junto con el informe medico, al alta hospitalaria.

Este documento informa acerca de la enfermedad y el proceso que ha tenido durante su ingreso.

El régimen terapéutico pautado para completar la rehabilitación o mejorar su calidad de vida, las ventajas que supone seguir estas pautas. Situación funcional, grado de dependencia valorado a través del Índice de Barthel

Estado cognitivo y alteraciones de conducta durante el ingreso y al alta. Cuidados de enfermería y/o curas que deben seguirse por parte de atención primaria o centro sociosanitario.

**Resultados:** Desde enero de 2008, los pacientes ingresados en la UGA son dados de alta con un informe de continuidad de cuidados. En este documento se reflejan: Tipo de dieta, I. de Barthel, estado cognitivo, dolor, continencia, integridad cutánea. Necesidad de curas y recomendaciones (educación sanitaria).

**Conclusiones:** 1. La elaboración de este documento garantiza la continuidad de los cuidados. 2. Los profesionales que atienden al paciente tras el alta, conocen el proceso y las necesidades. 3. El soporte escrito para el paciente y familia, ayuda a resolver dudas.

242

#### ESTUDIO SOBRE UNA TABLA DE EVALUACIÓN DE LA DEPENDENCIA EN LA TRANSMISIÓN DE LA INFORMACIÓN DURANTE EL INGRESO

O. Macho Pérez

*Fundación Hospital Comarcal San Antonio Abad, Vilanova i la Geltrú. Barcelona.*

**Objetivos:** Valorar el grado de cumplimiento de las órdenes médicas en cuanto al uso de barandillas y absorbentes, utilizando distintos métodos de transmisión de información.

**Material y métodos:** Estudio prospectivo de cohortes, realizado en la unidad de Subagudos, con tres grupos de estudio. A) Grupo Control: no se informa al personal de enfermería geriatría sobre las necesidades de barandilla y absorbente durante el ingreso. B) grupo Oral: se



informa verbalmente. C) grupo Tabla: se informa a través de una tabla colocada en el cabecero de la cama (Tabla de Evaluación de la Dependencia). Se realizó el estudio mediante el test Wilkison.

**Resultados:** Durante el periodo de estudio se han introducido 178 pacientes, 61 pacientes en el grupo Control, 65 en el Oral y 52 en el grupo Tabla. La indicación de no colocación de absorbente se dio en 11 casos (18% grupo Control), 12 (18,5% Oral) y 10 (19,2% Tabla), siendo la tasa de cumplimiento del 81,8% en el primer grupo y del 100% en los otros dos. La indicación de barandilla al ingreso se observó en 39 casos (63,9% en Control), 29 (44,6% Oral) y 8 (15,4% Tabla), siendo el cumplimiento del 25,6%, 48,3% y 87,5% respectivamente. La indicación de barandilla al alta fue de 50 casos (82% grupo Control), 40 (61,5% Oral) y 13 (25,0% Tabla), siendo el cumplimiento del 28%, 42,5% y 84,6% respectivamente. En el binomio indicación-colocación absorbente no hay diferencias significativas en los tres grupos. En el binomio indicación-colocación de la barandilla al ingreso: en los grupos Control y Oral hay diferencias significativas, no así en el Tabla; resultados que se repiten en el binomio indicación-colocación de la barandilla al alta.

**Conclusiones:** El uso de la Tabla de Evaluación de la Dependencia demuestra una mejora en la comunicación de trabajo y una adecuación de uso de la barandilla de la cama durante el ingreso hospitalario.

## 248

### ANÁLISIS DE LA CARGA DE TRABAJO DE ENFERMERÍA EN UNA UNIDAD GERIÁTRICA DE AGUDOS

E. Monteagudo Pérez, P. Atienzar Núñez, J.L. Navarro López, G. Paterna Mellinas, M. Garrigues Sebastián y P. Abizanda Soler  
*Complejo Hospitalario Universitario, Albacete.*

**Objetivo:** Analizar y comparar la carga de enfermería de una planta de encamación de geriatría con otras unidades de encamación médica (cardiología y digestivo).

**Métodos:** Tiempos de enfermería por jornada 7 horas: Tratamientos y sueros 120'; curas 90'; extracciones 30'; vías y sondajes 15'; to-

ma de constantes 30'; trabajo de documentación 60'; cambio turno 15'; descanso 30'. Cálculo de la carga de enfermería mediante: consumo de viales iv, protecciones de talones, curas de úlceras y sondajes.

Se describe la edad y la situación funcional y cognitiva de los pacientes. Se comparan los resultados del consumo de viales de geriatría en 2005 con los de cardiología, y los del resto de parámetros mediante un corte transversal un día laborable de 2007 con los de cardiología y digestivo, sólo en mayores de 75 años.

**Resultados:** Número de pacientes mayores de 75 años: geriatría 34 de 34 totales, cardiología 17 de 25 y digestivo 22 de 40.

Edad media (84 - 70 - 65) para geriatría, cardiología y digestivo respectivamente.

Mujeres (59% - 53% - 40%). Katz A (6% - 59% - 68%), B (21% - 35% - 14%), C (3% - 0% - 9%), D (6% - 0% - 5%), E (6% - 6% - 0%), F (12% - 0% - 5%), G (47% - 0% - 0%).

Deambulacion autónoma (26% - 41% - 68%), con bastón/andador (41% - 59% - 27%), no deambulan (32% - 0% - 5%), inmovilizados (59% - 41% - 5%), institucionalizados (18% - 0% - 0%), dementes (65% - 35% - 18%), protección de talones (35% - 0% - 0%), úlceras por presión (15% - 0% - 0%), sonda vesical (27% - 65% - 14%).

Total medicación iv usada entre marzo 2005 y febrero 2006 por geriatría y cardiología: Geriatría 117.232 viales (68 viales/paciente) frente a 31.829 en cardiología (19 viales/paciente), 368% más.

Sueros 27.007 frente a 3.175, 851% más. Nebulizaciones 20.596 frente a 3.021, 682% más. Insulinas 69 frente a 20, 345% más. Neurolépticos 803 frente a 19, 4.226% más.

Benzodiacepinas 135 frente a 42, 321% más. Solo en tratamientos y curas hay una sobrecarga de 152 minutos de media en geriatría. Sumando tiempos, existe una sobrecarga de trabajo por parte de enfermería del 64%.

**Conclusiones:** La enfermería de una planta de geriatría tiene una carga de trabajo al menos un 64% mayor que otras áreas de encamación médica, con pacientes mayores, más inmovilizados, menos autónomos, dementes y confusos.

## COMUNICACIONES LIBRES

Sala Andalucía 2

Jueves, 5 de junio de 18:00 a 20:00 horas

## Área Clínica VI

Moderan:

Fátima Mongil Jorriñ. Valladolid

Pilar Lekuona Ancizar. Irún (Guipúzcoa)

## Enfermería II

338

**PREVALENCIA Y EVOLUCIÓN DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN EN UNA UNIDAD DE MEDIA ESTANCIA. REGISTRO SISTEMÁTICO Y AJUSTE DE RIESGO**

J. Martos Gutiérrez, S. Ariño Blasco, S. de la Cuevas y R. Rossell Coll

*Fundació Hospital-Asil de Granollers, Barcelona.*

**Introducción:** Una parte importante de la atención del equipo interdisciplinar de las Unidades de Media Estancia (UME), está dedicada a la prevención y tratamiento de las úlceras por presión (UPP) en los pacientes ingresados.

Su prevalencia e incidencia son indicadores de calidad, a la hora de evaluar los resultados asistenciales de dichas unidades.

**Objetivos:** Evaluar la prevalencia e incidencia de UPP en los pacientes ingresados en una UME, para objetivar que la atención recibida condiciona una mejora en la severidad de las mismas y una disminución en la aparición de nuevas lesiones cutáneas.

**Material y métodos:** Estudio observacional descriptivo comparativo de carácter prospectivo sobre los pacientes ingresados en nuestra UME en el periodo 2003-2007.

Utilización del Conjunto Mínimo de Datos basado en el RUG III del RAI-NH versión 2.0. Análisis estadístico mediante el paquete SPSS versión 15.0

**Resultados:** Se registraron 1391 episodios asistenciales con una estancia media de 29 días (rango intercuartil 20-42) y un porcentaje de mortalidad del 4,6% el case mix de nuestra unidad se concentra en las tipologías de rehabilitación y complejidad clínica en el 97% de los casos.

La edad media era de 79,78 (rango intercuartil 73,83-84,56) con predominio del sexo femenino (57%). La prevalencia de UPP al ingreso fue del 32,9% (14,2% Grado I, 11,6% Grado II, 4,5 Grado III y 2,5% Grado IV).

La incidencia de UPP en la UME fue de 2,6% (1,3% grupo de bajo riesgo vs 3,7% grupo de alto riesgo)

**Conclusión:** La utilización del registro CMD-SS basado en la tecnología RAI valora de forma integral y sistemática indicadores de proceso y de resultado asistenciales. Esta herramienta ofrece además la posibilidad de aplicar los ajustes necesarios a la complejidad clínica atendida facilitando la implementación de programas de mejora continua de la calidad y benchmarking.

45

**VALORACIÓN DE LOS INFORMES DE ALTA DEL HOSPITAL SAN RAFAEL, RECIBIDOS Y EMITIDOS, PARA MEJORÍA DE LA CONTINUIDAD DE CUIDADOS**

B. Rubio González, M.F. Romero López, M. de la Torre Espinosa y J. Escobar Navas

*Hospital San Rafael, Granada.*

**Introducción:** El informe de Alta de Enfermería es una herramienta de trabajo para la continuidad de cuidados, especialmente en el tipo de pacientes de nuestro Hospital "San Rafael", debido a que estos pacientes precisan cuidados medios/altos.

**Objetivo:** Valoración de los informes de alta recibidos en nuestro hospital (desde el hospital del que proceden) y de los informes de alta que nosotros emitimos. Analizando información imprescindible, en ambos, para garantizar dicha continuidad de cuidados: datos personales, antecedentes médicos previos, patrones funcionales, procedimientos y técnicas, y resumen de la estancia.

**Método:** Análisis retrospectivo descriptivo de las historias médicas cerradas en el año 2007, escogiendo una muestra aleatoria basada en la siguiente fórmula Salto K ( $K = N/n$ ).

**Resultados:** De un total de 140 historias médicas cerradas y revisadas, resulta que 19 no aportaron I.E. (13,58%) y 121 si lo aportaron (86,43%). De estas 121 historias revisadas, encontramos que incluían: 119 los datos personales (98,35%), 46 antecedentes médicos (38,01%), 96 patrones funcionales (79,33%), 55 procedimientos y técnicas (45,45%) y 36 resumen médico de la estancia (29,75%).

De estos mismos 140 pacientes, fueron trasladados a otro hospital 10 (por empeoramiento del estado), 55 fueron éxitos, 20 pacientes fueron dados de alta sin I.E. (14,28%), por tanto 55 historias médicas son las constan de nuestro I.E. (39,28%). De esta manera, de los 55 I.E. incluían: 55 datos personales (100%), 47 antecedentes médicos (85,45%), 54 patrones funcionales (98,18%), 49 procedimientos y técnicas (89,09%), 42 resumen médico de la estancia (76,36%).

**Conclusiones:** Los informes de enfermería recibidos en su mayoría no incluía los antecedentes médicos (solo indicaban el diagnóstico principal causante del ingreso), procedimientos y técnicas (como realización de curas, cambio de sondas...) ni resumen de la estancia, destacando episodios importantes para continuidad de cuidados, apareciendo prácticamente en todos los I.E. los datos personales y patrones funcionales alterados.

- Los pacientes trasladados desde el servicio de oncología, ninguno lo hizo con informe de enfermería, aunque sí con el informe médico.
- El formato impreso a ordenador es más fácil de leer que manuscrito, evitando así errores de interpretación.
- Cuando desde nuestro hospital se deriva al paciente al hospital de referencia por empeoramiento del estado, no realizamos informe de enfermería, entendiendo que se obstaculiza la transmisión de datos y por tanto, la continuidad de cuidados.
- El dato aportado con menor frecuencia en nuestro I.E al alta, es el resumen médico de la estancia, perdiendo información para el enfermero de enlace o cuidador principal.

159

### EL CUIDADOR PRINCIPAL EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS

G. Ruiz Arango, C. Carranza Sánchez, M. de la Torre Espinosa, B. Rubio González, M.F. Romero López y J. Escobar Navas  
*Hospital Universitario San Rafael. O.H. San Juan de Dios, Granada.*

**Introducción:** Motivado por el contacto directo con los familiares de los pacientes ingresados en la unidad de Cuidados Paliativos del Hospital San Rafael de Granada, se ideó el presente estudio para analizar el nivel de satisfacción personal de los cuidadores de estos pacientes y conocer si se podía hacer algo para ayudarles a mejorar su situación.

**Objetivos:** Definir el perfil del cuidador de pacientes en unidades de cuidados paliativos. Conocer el estado anímico en que se encuentran y el apoyo emocional que han recibido. Analizar la percepción del cuidador sobre su capacidad para el autocuidado. Determinar de qué modo se encuentran sobrecargados.

**Material y método:** Por un lado se ha creado un cuestionario compuesto por 21 preguntas estructurado en dos partes y por otro se ha procedido a la cumplimentación de la escala Zarit. La muestra del estudio estuvo formada por todos aquellos familiares identificados como cuidador principal de los pacientes ingresados en la unidad de paliativos entre noviembre de 2004 y Diciembre de 2005.

**Análisis de los resultados:** Existencia de un cuidador principal (95%), de sexo femenino (62%), con una edad media de 52 años, casada (60%), que se encontraban trabajando (60%) y que consideraba que los cambios sufridos en la estructura familiar eran importantes (53%). Había experimentado sensaciones de ansiedad y miedo (92%). Sobre la percepción sobre su estado de salud el 80,3% consideraba que había empeorado y tomaba más medicación. En relación a la capacidad de cuidado tan solo el 20% se consideró muy capacitado y el 21,5% capacitado. Cabe destacar los resultados de la escala de sobrecarga del cuidador o escala Zarit, ya que el 75,3% presentó sobrecarga intensa y el 18,3% presentó sobrecarga leve, siendo tan solo 6,1% de los cuidadores los que no estaban sobrecargados.

**Conclusiones:** Como consecuencia de su labor el cuidador recibe un gran impacto tanto en su estructura familiar como en sus relaciones personales. La experiencia de cuidar afecta emocionalmente al cuidador apareciendo sentimientos positivos –satisfacción– pero también negativos como tristeza, desesperanza y enfado. Todo ello lleva a que los cuidadores se encuentren sobrecargados. La medición del sentimiento subjetivo de sobrecarga resulta útil para valorar las consecuencias de la situación en la vida del cuidador y la vivencia personal de cada uno en dicha situación y resulta útil para valorar la eficacia de los programas de intervención sobre cuidadores.

518

### COSTE EN RECURSOS MATERIALES PARA LA PREVENCIÓN DE Y TRATAMIENTO DE HERIDAS CRÓNICAS EN EL ÁREA DE SALUD DE ALBACETE

A. López Escribano, M.A. Lloret Callejo, F. Tejada Cifuentes, M. García Fuentes, P. Jareño Collado y R. Muñoz Sánchez-Villacañas  
*Gerencia Atención Primaria Albacete-SESCAM.*

**Introducción:** Las heridas crónicas y en especial las úlceras por presión constituyen hoy en día uno de los problemas de salud más importantes de nuestro entorno desde el punto de vista social, económico, laboral y ético-legal. Así el Plan de Calidad del Sistema Na-

cional de Salud insta a minimizar las Úlceras por presión al considerarlo un proceso que perturba y pone en riesgo la seguridad de los paciente. En la Gerencia de Atención Primaria de Albacete-SESCAM en el año 2007 comienza una actualización del catálogo de productos a través de un concurso centralizado y posterior procedimiento negociado.

**Objetivos:** Describir el coste sanitario en apósitos para la prevención y tratamiento de UPP durante el año 2006 en la GAP Albacete

**Material y método:** *Naturaleza y tipo de estudio:* Estudio observacional descriptivo y transversal. *Emplazamiento:* Área sanitaria de la GAP Albacete (34 Zonas Básicas de Salud). *Fuentes de información:* Digitalis. *Criterios de inclusión:* Recursos materiales para la prevención y tratamiento de las UPP.

**Resultados:** Durante el año 2006 se realizó un gasto total de 390.823 Euros en apósitos de los cuales 320.505,61 fueron a través de recetas (82 %). 70.317 Euros mediante compras directas (18%). El 73,58% del gasto total fue realizado en centros urbanos donde vive el 69,51% de la población total.

El ahorro estimado si el total de compras se hubiesen realizado con los precios adjudicados en el procedimiento negociado hubiera sido de 215,726 Euros.

**Discusión y conclusiones:** El gasto sanitario en recursos materiales para la prevención y tratamiento de las UPP en el área de Albacete es similar al encontrado en la bibliografía.

El procedimiento negociado es una medida de gestión posiblemente acertada a la espera de estudios que lo confirmen.

235

### TIPOS DE INCONTINENCIA URINARIA Y EVOLUCIÓN EN UNA UNIDAD DE CONVALECENCIA GERIÁTRICA

M. Soriano Valls, A. Esperanza Sanjuan, B. Fernández-Matamoros Carrey, M. Riera Cañadell, P. González Martín, R. Miralles Basseda y P. Gili Ripoll  
*Hospital de la Esperanza, Barcelona.*

**Introducción:** La incontinencia es uno de los síndromes geriátricos con gran prevalencia en ancianos.

**Objetivo:** Describir y ver la evolución de los diferentes tipos de incontinencia de los enfermos ingresados en una unidad de convalecencia.

**Pacientes y método:** Ciento cuarenta y dos pacientes ingresados. Variables estudiadas: sexo y edad. Índice de Barthel, Lawton y presencia de incontinencia previos al ingreso.

Índice de Barthel, comorbilidad (Charlson), Minimental (Folstein), incontinencia en el momento del ingreso y diagnósticos de enfermería clasificados en: grupo uno: (Trastorno de la movilidad física r/c deterioro neuromuscular); grupo dos: (Trastorno de la movilidad física r/c deterioro músculo esquelético); grupo tres: (Deterioro de la integridad cutánea) y grupo cuatro: (Déficit de autocuidado).

Los diferentes tipos de incontinencia se valoraron mediante un protocolo consensuado y llevado a cabo en la unidad.

**Resultados:** Hombres 48 (33,8%); mujeres 94 (66,2%); edad media 75,6 ± 12,7; Situación previa al ingreso: media de Barthel 87,0 ± 18,0, y de Lawton 4,5 ± 3,1. Al ingreso: Media de Barthel 35,1 ± 20,1; de Minimental 19,0 ± 10,1 y de Charlson 2,2 ± 1,5.

Ciento cinco pacientes eran incontinentes (73,9%), (11, (10,4%) lo eran previamente). Noventa y cuatro pacientes (89,5%) presentaron incontinencia en el momento del ingreso (inicio reciente) y tenían además problemas de movilidad (incontinencia funcional); de estos hubo 37 (39,3%) en los que la incontinencia se resolvió durante el ingreso y 31 (32,9%) en los que todavía persistía la incontinencia al no haber finalizado el periodo de convalecencia.

Por otro lado hubo 37 (35,2%) pacientes que tras la aplicación del protocolo se catalogaron como incontinencias crónicas (3 (8,1%) de rebosamiento, 10 (27,0%) de urgencia y 24 (64,9%) mixtas)

Respecto a los diagnósticos de enfermería el número de incontinentes fue: grupo uno, 32 (30,7%), grupo dos, 54 (51,9%), grupo tres, 6 (5,7%) y grupo cuatro, 12 (11,5%).

**Conclusiones:** 1. Más de una tercera parte de los pacientes recuperó la continencia antes del alta. 2. El tipo de incontinencia más frecuente en la unidad fue la funcional. 3. En el grupo diagnóstico dos; trastorno de la movilidad física r/c deterioro músculo esquelético hubo el mayor número de incontinentes.

282

### INCONTINENCIA URINARIA RECIENTE RELACIONADA CON SÍNDROMES GERIÁTRICOS Y OTRAS CAUSAS EN PACIENTES INGRESADO EN UNA UNIDAD DE CONVALECENCIA

B. Fernández-Matamoros Carey, A. Esperanza Sanjuan, M. Soriano Valls, A. Digón Llop, M. Riera Cañadell y R. Miralles Basseda  
*Hospital de L'Esperança, Barcelona.*

**Introducción:** La continencia urinaria es una función básica que en los ancianos sanos debe mantenerse.

**Objetivo:** Relacionar la incontinencia reciente con síndromes geriátricos y otras causas en ancianos ingresados en una unidad de convalecencia

**Pacientes y método:** De 142 pacientes ingresados, se excluyeron 3 que eran portadores de sonda vesical y 11 que eran incontinentes previos; quedando 128 pacientes (34 eran continentales en el momento del ingreso y los otros 94 pacientes tenían incontinencia reciente); de estos se estudian las variables: sexo y edad. Índice de Barthel y Lawton previos al ingreso. Índice de Barthel, comorbilidad (Charlson), Minimental (Folstein) e incontinencia en el momento del ingreso y presencia de confusión/delirium, infección urinaria (ITU), fármacos predisponentes a causar incontinencia, diabetes mal controlada e impactación fecal, en algún momento del ingreso. Los pacientes con incontinencia de inicio reciente se clasificaron utilizando el protocolo que se aplica en la unidad

**Resultados:** Hombres 44 (34,3%); mujeres 84 (65,6%); edad media 74,8 ± 12,9; Situación previa al ingreso: media de Barthel 90,0 ± 13,7 y de Lawton 4,7 ± 3,0. Al ingreso: Media de Barthel 35,8 ± 19,6; de Minimental 19,2 ± 10,1 y de Charlson 2,2 ± 1,5.

En cuanto a la relación incontinencia reciente y fármacos, de los 39 pacientes en tratamiento con fármacos predisponentes a causar incontinencia, 36 (92,3%) presentaban incontinencia reciente. Mientras que de los 89 que no tomaban dichos fármacos, había 57 (64,0%) con incontinencia reciente, ( $p < 0,001$ ). De los 41 enfermos con confusión/delirium, había 36 (87,8%) que presentaban incontinencia reciente, mientras que de los 87 que no la presentaban había 57 (65,5%) con incontinencia reciente. ( $p < 0,001$ ). El porcentaje de pacientes con incontinencia reciente aumento proporcionalmente en función del número de causas predisponentes, siendo de 77% en los que tenían 1 causa, del 85% en los que tenían 2 y del 100% en los que tenían 3 o más causas. ( $p < 0,001$ )

En cuanto a los grupos con ITU, diabetes mal controlada e impactación fecal, no hubo diferencias significativas.

**Conclusiones:** 1. La aparición de incontinencia reciente, se relacionó con la presencia de confusión/delirium y la toma de fármacos predisponentes. 2. El porcentaje de pacientes con incontinencia reciente, aumento proporcionalmente al número de causas predisponentes.

324

### PREVENCIÓN DEL SÍNDROME CONFUSIONAL AGUDO: DESCRIPCIÓN DE UNA INTERVENCIÓN EFECTIVA

M. Alonso Armesto, J. Ferrero Lobo, R. Vaquerizo García, E. Sánchez García, J. Ortiz Alonso y M.T. Vidan Astiz  
*Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid.*

**Objetivo:** Describir una intervención multidisciplinar estandarizada realizada en una unidad de agudos de Geriatría en pacientes con riesgo de sufrir un síndrome confusional agudo (SCA) y mostrar su efectividad

**Material y métodos:** En pacientes > 70 años con deterioro cognitivo, pobre agudeza visual, deshidratación o enfermedad grave que ingresaron en el Servicio de Geriatría se inició una intervención realizada principalmente por enfermería. Este programa constaba de una fase inicial formativa para el personal de la planta (sesiones, póster con medidas generales e indicaciones en el libro de enfermería) y una se-

gunda fase intervencionista para modificar procedimientos habituales y actividades relacionadas en siete áreas de mejora

-Orientación: calendarios, relojes, información y participación familiar

-Preservación sensorial: colocación de gafas y audífonos

-Movilización: fomentar deambulación, reducción de sondas

-Control de hidratación

-Intervención nutricional

-Preservación sueño: evitar medicación y suero terapia nocturna

-Reducción de Psicofármacos y anticolinérgicos.

Diariamente se comprobó la adherencia a las actividades programadas en cada área.

**Resultados:** Se realizó la intervención en 140 pacientes. El área de mayor adherencia fue la movilización (90%) y la de menor la preservación del sueño (50%). Un observador ajeno a la intervención evaluó la incidencia de SCA y la comparó con la previa a la intervención en otro grupo de 138 pacientes de similares características, observándose una reducción de SCA durante la hospitalización del 24% al 11,7%.

**Conclusión:** Una intervención multidisciplinar específica desarrollada mayoritariamente por enfermería, favorece la disminución del SCA, modificando el manejo terapéutico habitual y ciertas prácticas que actúan como factores precipitantes de dicho síndrome.

403

### LA MAPA COMO HERRAMIENTA DE CONTROL DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN EL MEDIO RESIDENCIAL

J. Alaba, T. Cestau, A. Urbizu, L. Jordan y E. Aizpuru  
*Txara 1. Fundación Matia. San Sebastián.*

**Objetivos:** Valorar el grado de control de la hipertensión arterial en población institucionalizada a través de la monitorización ambulatoria de la presión arterial (MAPA) y su relación con la función renal.

**Material y método:** Estudio descriptivo transversal de período realizando a los pacientes hipertensos la MAPA a través de un monitor oscilométrico de brazo automático tipo OMRON M4 I, tomando la TA tres veces al día (7-9, 14-16, 20-22 horas) durante cuatro días, recogiendo la media de tres determinaciones cada vez. Se recoge la función renal a través del aclaramiento de creatinina por la fórmula de Cockcroft y Gault, la comorbilidad con el índice de Charlson. El estudio se lleva a cabo a través de los datos de la valoración geriátrica integral en un Centro Gerontológico de San Sebastián en el último trimestre del año 2007. El análisis estadístico se realiza a través de la herramienta SPSS 11.0.

**Resultados:** El tamaño muestral es de 120 residentes, con una edad media de 84,5 (DT 8,64) años, el 74% son mujeres, con una dependencia funcional grave o total (Barthel < 40) en el 65% de los casos, índice de Charlson de 3.48 (DT 1.48), media de fármacos de 5, donde el 78.3% de los residentes presentan CI cr < 60 ml/min. La prevalencia de hipertensión arterial es del 65%, presencia de hipotensión ortostática en el 45% de los residentes (especialmente en los pacientes hipertensos), antecedentes de insuficiencia cardíaca en el 14%, cardiopatía isquémica en el 20%, fibrilación auricular 20%, ACV en el 40%, tabaquismo en el 8% y diabetes mellitus en el 26% de los residentes. La TA se aprecia que es mayor por la mañana, y que un alto porcentaje de hipertensos se encuentra en estadio 1 o 2, más del 50% de los residentes hipertensos presentan cifras de TA sistólica < 140 mmHg y un 86% < 90 mmHg de TA diastólica. La mediana de la presión del pulso es de 60 mmHg y de la tensión arterial media de 93 mmHg. A menor dependencia funcional y mayor deterioro de la función renal se produce un incremento de la TA, los pacientes con ACV previo el 50% son hipertensos y de los diabéticos el 33%.

**Conclusiones:** La población geriátrica institucionalizada presenta un riesgo cardiovascular elevado, de los factores de riesgo el más prevalente es la hipertensión arterial, donde la práctica de la MAPA puede ayudar para conocer el grado de control y los cambios circadianos que se producen, así como el conocimiento de la función renal para el ajuste adecuado farmacológico.



## COMUNICACIONES ORALES

## COMUNICACIONES LIBRES

Sala 6

Jueves, 5 de junio de 09:30 a 11:30 horas

Moderan:

Miguel Ángel Vázquez Vázquez. *Vigo*Ignacio Montorio Cerrato. *Madrid*

## Área ciencias sociales y del comportamiento I

4

## NUEVOS HALLAZGOS ENTRE EL TIPO DE JUBILACIÓN Y EL ESTADO DE LA SALUD PSICOLÓGICA

I. Lizaso Elgarresta, I. Lizaso Elgarresta y M. Sánchez de Miguel  
*Euskal Herriko Unibertsitatea/Universidad del País Vasco, Donostia.*

**Introducción:** Para el presente estudio, se han tenido en cuenta dos de los tipos de jubilaciones que más se están dando en la actualidad en España: la jubilación normal u obligatoria a los 65 años, y por otro lado, otros tipos de jubilación previos a dicha edad oficial (voluntaria anticipada, progresiva y prejubilación).

**Objetivos:** Estudiar la posible relación que tienen los distintos tipos de jubilación -la jubilación obligatoria (65 años), y las jubilaciones previas (voluntarias o impuestas)- con los diferentes indicadores de la salud psicológica (depresión, ansiedad y satisfacción vital).

**Método:** Entrevista semiestructurada: 119 (31,9% mujeres y 68,1% hombres) personas jubiladas mayores de 55 años ( $M = 66,40$  años,  $SD = 5,91$  rango = 55-82 años). Datos sociodemográficos y psicosociales: SPMSQ - screening-, entrevista "Ad Hoc", GADS -screening-, PGC, y COOP-WONCA.

**Resultados:** Edad de jubilación ( $M = 59,96$  años,  $SD = 5,13$ ); tiempo que lleva jubilado ( $M = 6,48$  años,  $SD = 4,84$ ); casados (73,1%); estudios primarios (39,5%); trabajador cualificado (45,4%); tipo de jubilación "prejubilado" (34,45%), "voluntaria" (19,33%) "por enfermedad" (18,49%), "obligatoria" (16,81%) y "anticipada" 10,92%; ingresos > 1077 € (49,1%). Se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en el estado de salud psicológica considerando el tipo de jubilación, nivel de ansiedad (GADS) y de satisfacción vital (PGC), no así entre el tipo de jubilación y nivel de depresión (GADS).

**Conclusiones:** Conforme a los resultados obtenidos, se aprecia una posible relación entre la edad y tipo de jubilación asociados a la mejora o empeoramiento del estado de salud psicológica.

5

## MUJER Y JUBILACIÓN: 40 AÑOS AL VOLANTE DE UN AUTOBÚS

M. Sánchez de Miguel e I. Lizaso Elgarresta  
*Euskal Herriko Unibertsitatea/Universidad del País Vasco, Donostia.*

**Introducción:** Tras la importante incorporación de la mujer al mercado laboral en las últimas décadas, el número de mujeres que se jubila-

lan en oficios tradicionalmente masculinos se ha incrementado de manera considerable.

**Objetivos:** El propósito de esta investigación fue conocer las dificultades (actividad profesional, conciliación familiar, salud, etc...) de una mujer conductora de autobús (n=1) prejubilada (62 años) mediante un análisis cualitativo (work and life history).

**Método:** Entrevista semi-estructurada distribuida en varias sesiones. Se utilizó un análisis interpretativo fenomenológico (IPA) para profundizar en la experiencia de la transición entre el final de la vida laboral a la prejubilación.

**Resultados:** Las diferentes reflexiones planteadas por esta conductora de autobús en relación a su estado de salud, relaciones interpersonales y cuidado de sus familiares enfermos revelan más de un dilema relacionado con la pertenencia a un modelo tradicional de familia y a la fase de prejubilación después de 40 años de actividad profesional en un empleo tradicionalmente masculino.

**Conclusiones:** La trasgresión del rol profesional en actividades tradicionalmente masculinas no conlleva necesariamente un reajuste del modelo familiar tradicional al momento de la jubilación. De la propia narrativa discursiva se desprende cierta insatisfacción por no poder disponer de un mayor tiempo para el disfrute de la jubilación.

15

## CONSTRUCCIÓN DE UN CUESTIONARIO PARA EVALUAR EL GRADO DE SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS DE LA UEN SOCIO SANITARIA. MÚTUA DE TERRASSA

S. Llistar Verdú, C. Graner Jordana y M. Ruiz Pérez  
*UEN Sociosanitària. Grup Mútua de Terrassa, Terrassa.*

**Introducción:** Los pacientes deben contribuir de manera decisiva en la definición de lo deseable o indeseable de la atención asistencial. Medir la satisfacción de los usuarios nos permite disponer de un indicador de calidad, tener una medida de eficacia, de confort, de control y tener una visión holística. Las investigaciones hechas hasta hoy día presentan una serie de problemas metodológicos mostrando una fuerte asimetría positiva, sesgos muestrales y el no establecimiento ni de la fiabilidad ni de la validez.

**Objetivo:** El objetivo de este estudio es el desarrollo de una escala para evaluar el grado de satisfacción de los usuarios.

**Metodología:** Se trató de un estudio transversal en una muestra de 311 usuarios (113 hombres y 198 mujeres). El cuestionario estuvo

formado por 35 ítems con una escala tipo *Likert* de cuatro puntos (des de "nada" a "mucho"). Se realizó un análisis descriptivo e inferencial.

**Resultados:** Se obtuvo un cuestionario con adecuada consistencia interna ( $\alpha = 0,822$ ) y una solución única de cuatro factores (FI Condiciones asistenciales, FII, Condiciones relacionales, FIII Condiciones físicas del centro y FIV Condiciones de acceso del centro).

**Conclusiones:** El cuestionario desarrollado puede ser utilizado en los centros y residencias asistenciales como un instrumento de evaluación de la satisfacción de los usuarios.

### 30

#### DISCURSOS AMBIGUOS: LOS MAYORES EN LA TELEVISIÓN BRASILEÑA

J. Leal Lopes Sousa

Universidade de Brasília, Brasil, y Universitat de Barcelona, Espanha, Barcelona.

La propuesta de esta investigación es analizar cómo los mayores son vistos en Brasil: cuáles son las imágenes del envejecimiento y cuáles son los estereotipos construidos por los brasileños sobre los mayores. Para eso, analizamos 10 años de telenovelas de la cadena "Rede Globo de Televisão". El papel de la televisión es indiscutible como un espacio público de divulgación, especialmente en Brasil, donde el 40% de la población sólo utiliza ese medio para estar informado. Analizamos las telenovelas porque son los programas líderes en audiencia de la programación de la televisión brasileña. El material analizado se compone de 13 telenovelas que fueron exhibidas entre los años 1997 y 2007, en el horario de 20h30 a 21h30, el de mayor audiencia.

El análisis tuvo en consideración solamente cinco telenovelas porque fueron las que trataron de forma directa, aunque no siempre con relevancia en la historia, la cuestión de los mayores y/o del envejecimiento. Constatamos dos momentos distintos: el primero en que el discurso político y de sensibilización hacia los problemas del envejecimiento se tornan más fuertes, momento que coincide con la aprobación de la ley "Estatuto do Idoso" (2003). El segundo momento, al contrario del primero, coloca el envejecimiento como un problema privado y asume a los mayores como un público consumidor. Creemos que los medios de comunicación brasileños colaboran en la eliminación del tema del envejecimiento en el discurso político, o que dificulta la búsqueda de políticas que asistan de manera digna el creciente número de mayores.

### 32

#### TENEMOS MUCHO EN COMÚN. EXPERIENCIA DE DIÁLOGO INTERGENERACIONAL EN EL ÁMBITO ESCOLAR

J. Pascual Bueno<sup>1</sup> y J. Quiles Izquierdo<sup>2</sup>

<sup>1</sup>EVES. Conselleria de Sanitat. Generalitat Valenciana; <sup>2</sup>Conselleria de Sanitat. Generalitat Valenciana.

La Fundación Pfizer, cuyo objetivo es promover el envejecimiento saludable, junto con la Conselleria de Educació y la Conselleria de Sanitat de la Comunitat Valenciana, han desarrollado el proyecto educativo "Tenemos mucho en común" que tiene como objetivo ofrecer a los centros docentes la posibilidad de trabajar en la promoción de hábitos saludables y en la prevención de la obesidad infantil, a través de la consolidación de vínculos intergeneracionales y a través del fomento de la calidad de vida.

En este proyecto los protagonistas son tanto los niños y niñas como los voluntarios mayores que desempeñan la función de dinamizadores. Ambos colectivos comparten la necesidad de comunicarse, de contar sus experiencias de antes y de ahora, de aprender los unos de los otros y de forma conjunta. La *experiencia de diálogo intergeneracional* propone informar, reflexionar y promocionar hábitos saludables entre los alumnos de tercer ciclo de Educación Primaria mediante la implicación de los mayores (sus propios abuelos) como personas activas en el marco escolar.

En su primera edición (curso 2005-2006) más de 16.000 alumnos del tercer ciclo de primaria de la Comunidad Valenciana recibieron la visita de un mayor voluntario (dinamizador) y tuvieron la oportunidad de trabajar los hábitos saludables en el aula.

Más de 60 mayores participaron en la formación como dinamizadores. De ellos, se pudo contar con la disponibilidad y colaboración de 32 dinamizadores (13 de la provincia de Alicante, 6 de Valencia y 13 de Castellón) pertenecientes a distintas organizaciones: Unión Democrática de Pensionistas, Colegio de Enfermería: Asociación de Enfermeros Jubilados, Universitat per a Majors de Castelló, Universitat per a Majors de Alicante, Departament de Serveis Socials del Ayuntamiento de Castellón y voluntarios no asociados.

#### Estructura del proyecto

Para conseguir los objetivos del proyecto desde el punto de vista de la salud y de las relaciones intergeneracionales, "Tenemos mucho en común" se ha organizado en torno a un texto (Libro del profesor) que ofrece en tres capítulos –cuidarse, comunicarse y solidarizarse– material de contenido y propuestas de actividades participativas para bajarlos. El proyecto incluye la visita a la clase de un voluntario mayor que actúa como dinamizador y es el verdadero vínculo intergeneracional. En cada visita el dinamizador introduce el tema de hábitos saludables, realiza una dinámica de grupo a través de un juego y propicia el debate al comparar los hábitos infantiles cuando ellos eran de la edad de los participantes y los hábitos actuales de los niños y niñas implicados en la actividad.

#### ¿Cómo ven los niños y niñas participantes a las personas mayores?

Se les pidió a los niños/as que comentaran cómo veían a los mayores a través de la figura del "abuelo" y "abuela". Los participantes los describieron como personas que:

- Tienen experiencia y tiene idea de lo que pasa en el mundo.
- Dan consejos. Ayudan a valorar lo que se tiene, a que uno aprecie lo que ellos no tenían.
- Nos explica cómo era de joven, hecho que nos permite comparar y detectar las diferencias y semejanzas de la vida que tenían los abuelos y la nuestra.
- Es cariñosa y que desea lo mejor a sus nietos a los cuales cuida y educa. Merece respeto.

#### ¿Cómo se ha valorado la figura del dinamizador a través del proyecto?

Para los profesores, la figura del dinamizador en la clase está muy bien valorada, pues es algo novedoso para los alumnos, hecho que implica que éstos estén más atentos. Básicamente, se puede decir que la presencia de una persona mayor en un aula aporta seriedad, respeto, credibilidad, tranquilidad, experiencia.

- Los niños les hacen muchas preguntas, se quedan con ganas de contar más anécdotas y curiosidades y le piden al dinamizador que vuelva, que se quede en el aula durante la hora del patio.

#### Aspectos positivos de la figura del dinamizador en el proyecto: "Tenemos mucho en común"

- Los voluntarios mayores que trabajan como dinamizadores aportan una ilusión, motivación, experiencia y sobre todo sabiduría que son difíciles de encontrar en cualquier otro perfil y esto influye en la dinámica.
- El protagonismo que desempeñan en la actividad central del proyecto motiva muchísimo a los voluntarios. Se ha logrado crear un espacio libre para el intercambio de experiencias entre alumnos y dinamizador que beneficia a ambos. Los dinamizadores captan la atención y curiosidad de los niños con facilidad. Desarrollan un papel que gusta tanto a alumnos como a profesores.
- Los dinamizadores destacan que gracias al tipo de dinámica que se establece se obliga a los niños a "pensar" y ponerse en el lugar de otros.
- Los alumnos se sienten respetados con el trato que reciben por parte del dinamizador, ya que no los infantiliza. Los alumnos hacen mucho caso de lo que transmite el dinamizador ya que lo ven como una figura sincera y respetable.
- La participación en este proyecto ha reportado a los mayores un sentimiento gratificante por el afecto y respeto recibido, y por la posibilidad de poder compartir sus experiencias con otros voluntarios.

### 40

#### REDEFINICIÓN DE LAS IDENTIDADES DE LA MUJER EN LA VEJEZ

M. Ramos Toro

Instituto de Formación en Gerontología y Servicios Sociales, INGESS. Madrid.

Se presenta un estudio etnográfico, -basado en observación, entrevistas en profundidad y grupos de discusión- en el que se analizan los problemas centrales de la vida de las mujeres en la vejez, sus

contribuciones al bienestar general, así como la manera en que redefinen su identidad y proyecto personal en esta etapa de sus vidas. Se incorpora la perspectiva de género en el estudio de la vejez para mostrar que hacerse mayor no es lo mismo para mujeres que para hombres. Además, se constata la escasa investigación, sobre la desigualdad de género en la vejez cuando nuestra época se caracteriza por dos fenómenos: el envejecimiento demográfico y la feminización de la vejez.

Este estudio muestra la marcada situación de desventaja que tienen las mujeres frente a los hombres al envejecer: son más vulnerables a la pobreza; tienen más probabilidades de sufrir aislamiento y exclusión social; padecen niveles más elevados de morbilidad y situaciones de dependencia, por lo que exhiben tasas más altas de institucionalización; y están más invisibilizadas como colectivo ante las administraciones públicas.

Sin embargo, las mujeres mayores siguen siendo las grandes proveedoras de cuidados familiares, -aportan más de los que reciben- por lo que contribuyen muy activamente al bienestar de sus familias y de la sociedad.

Asimismo, se pone de relieve que las mujeres mayores hacen frente a sus vulnerabilidades cada vez de manera más eficaz, a través del diseño de un proyecto de vida participativo en la vida comunitaria. En ese proyecto de vida, la familia sigue siendo lo más importante, pero han logrado disponer de un tiempo y espacio propios en los que desarrollan sus capacidades y al mismo tiempo les permiten ocupar los lugares públicos de ocio y participación, confiriéndoles una visibilidad ante la propia sociedad y las administraciones públicas. Su habilidad a la hora de desarrollar y mantener redes sociales es para muchas un recurso en la vejez que conduce al asociacionismo y la participación social, lo que contribuye a su empoderamiento y les permite reclamar ser beneficiarias de los mismos derechos de los que disfruta el resto de la sociedad: educación, salud, ocio, participación, empleo y derecho a una vida digna.

#### 44

##### APOYO INFORMAL Y CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD Y EL FUNCIONAMIENTO EN LA EDAD ANCIANA

F. Rojo Pérez<sup>1</sup>, G. Fernández Mayorals<sup>1</sup>, K. Ahmed Mohamed<sup>1</sup>, M.J. Forjaz<sup>2</sup>, C. Delgado Sanz<sup>3</sup> y J.M. Rojo Abuin<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Consejo Superior de Investigaciones Científicas (IEGD, CSIC), Madrid;

<sup>2</sup>Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC), Madrid; <sup>3</sup>Instituto de Salud Carlos III (ISCIII), Madrid.

**Introducción:** Una investigación empírica llevada a cabo en la Comunidad de Madrid ha mostrado que la salud y las redes familiar y social están entre las dimensiones más importantes nominadas de forma espontánea por los mayores para definir su Calidad de Vida (CdV). Para llevar a cabo sus actividades de la vida diaria, los mayores a menudo encuentran, cuando lo requieren, apoyo emocional y/o instrumental en su cónyuge o pareja, hijos, otros familiares, amigos o vecinos.

**Objetivo:** En esta comunicación se explora el rol de las redes familiar y social como apoyo instrumental a los mayores vulnerables o dependientes, bajo la hipótesis de que hay diferencias en la Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) según el nivel de competencia basado en la salud y el funcionamiento, el rol del apoyo informal y las características sociodemográficas.

**Material y métodos:** Los datos provienen de una encuesta sobre CdV a población mayor (año 2005), con una muestra representativa de 499 personas de 65 y más años de edad, residentes en vivienda familiar en la Comunidad de Madrid. Para comprobar si existen diferencias en la CVRS entre los mayores de acuerdo con su nivel de competencia relacionado con la salud, el funcionamiento, la recepción de apoyo informal y las características sociodemográficas, se han utilizado técnicas de estadística univariante y multivariante.

**Resultados:** Casi la mitad de la población estudiada declara tener limitaciones funcionales. Se han hallado diferencias significativas en la CVRS según el estado funcional (test no paramétrico de Mann-Whitney). Basado en un modelo de regresión logística, el riesgo de padecer limitaciones funcionales es más elevado entre los hombres, aumenta con la edad, y se asocia con la comorbilidad, la depresión y el estado de salud percibido en los últimos doce meses.

Entre los mayores dependientes (47%), más de la mitad reciben apoyo informal, y se observan diferencias significativas en la CVRS de acuerdo con la recepción o no de apoyo informal. La probabilidad de

recibir apoyo informal entre quienes están afectados de limitaciones funcionales es más elevada entre los más viejos y entre los que tienen un peor estado de salud de acuerdo con el instrumento EQ-5D.

**Palabras clave:** Calidad de Vida Relacionada con la Salud, nivel de competencia, apoyo informal.

#### 46

##### EL ALTA EN EL PACIENTE GERIÁTRICO: PROBLEMÁTICA A LA HORA DE SATISFACER SU DESTINO IDEAL

M.F. Romero López, B. Rubio González, M. de la Torre Espinosa, J. Escobar Navas, B. Rubio González, M. De La Torre Espinosa y J. Escobar Navas

Hospital San Rafael, Granada.

**Introducción:** La labor de enfermería en cuanto al alta hospitalaria de los pacientes geriátricos es fundamental, dado que es la responsable de la educación sanitaria a los pacientes, familiares y cuidadores para que estos puedan dar continuidad a los cuidados en su domicilio. Siendo el propio domicilio o el domicilio familiar el destino de alta preferido por los pacientes.

Pero en la mayoría de los casos en nuestro Hospital San Rafael, dichos pacientes al alta son dependientes parcial o totalmente para las ABVD y la estructura familiar actual, hacen que el alta sea un problema; siendo necesaria la búsqueda alternativa de otros cuidadores.

**Objetivo:** Valorar la diferencia existente entre el destino ideal al alta y el destino real, evidenciando que es necesario el aumento de ayudas para hacer coincidir el destino ideal con el real.

**Método:** Análisis estadístico retrospectivo, descriptivo de las historias cerradas en el año 2007, escogiendo una muestra aleatoria basada en la siguiente fórmula Salto K (K=N/n), para conocer cuáles fueron los destinos reales en el momento del alta; y entrevista a los pacientes ingresados en el Hospital San Rafael en el mes de febrero, sobre su preferencia del destino cuando sean dados de alta.

**Resultados:** De un total de 140 historias revisadas, hemos estudiado el destino de 75 pacientes, puesto que no incluimos 55 éxitos (39,28%) y 10 traslados a otro hospital por empeoramiento del estado (7,14%).

De estos 75 pacientes, 12 se fueron al domicilio solos y sin precisar ayudas (16%), 13 fueron al domicilio de los hijos (17,33%), 17 fueron a su domicilio con algún tipo de ayuda (22,66%), 21 obtuvieron plaza en una residencia (28%), 6 (8%) fueron a otro tipo de centro (hospital de día y rehabilitación ambulatoria) y 6 fueron incluidos en el programa de UHD, unidad de hospitalización domiciliaria, (8%).

En la entrevista se evidencia que el destino preferido de alta por nuestros pacientes es el domicilio, siempre y cuando tuvieran todas las ayudas profesionales y de infraestructura necesarias.

**Conclusiones:** Tras analizar los datos resultantes del análisis de la historias y la entrevista concluimos que la diferencia entre el destino ideal y real de alta es muy notable, puesto que en para la mayoría de los pacientes el destino ideal es su domicilio y la realidad es que deben ingresar en una residencia o irse al domicilio de los hijos, cambiando su estilo de vida y entorno.

Si a estos ancianos se les ofreciera la ayuda externa necesaria, tanto profesional como de infraestructura, podrían conservar su entorno habitual y estilo de vida. Además hemos podido observar que en la solicitud de plaza de residencia, el principal motivo es la situación familiar y laboral de los hijos, no pudiendo responsabilizarse de los cuidados del anciano. Y el segundo motivo es que carecen de familia y se encuentran solos, e incapaces de poder cubrir sus necesidades por sí mismos.

#### 53

##### EL DERECHO A DECIDIR DE LAS PERSONAS MAYORES

López Romero y E. Rodas Gabardos

**Objetivos:** Que las administraciones públicas y los profesionales que atienden a las personas mayores incorporen en el sistema asistencial la participación del usuario, garantizando su derecho a decidir.

**Método:** Observación directa de los sistemas de atención y entrevistas personales con los usuarios durante los 25 años de trabajo en contacto directo con las personas mayores. Nuestra experiencia queda acotada en el marco de los servicios sociales.

**Resultados:** Análisis de las demandas de las personas mayores y la oferta de los servicios asistenciales

a) Demanda de las personas mayores

- Ser atendidos en sus hogares en los primeros grados de dependencia
- Continuar decidiendo su vida
- Seguir siendo autónomos, asumiendo el riesgo que comporta la vida
- Participar democráticamente en las instituciones donde viven

b) Oferta de los servicios

- Recursos institucionales en un 80% de los casos
- Deciden la familia y los profesionales
- Sobreprotección en el recurso residencial, que incrementa la dependencia y el sentimiento de inutilidad
- El sistema de atención y su organización funcionan con parámetros dictatoriales

**Conclusión:** Hay un desencuentro entre la voluntad de las personas mayores atendidas en los centros y el sistema de atención que se les ofrece.

Urge un replanteamiento de las organizaciones asistenciales y sus profesionales. Existe un eslogan muy utilizado pero no aplicado: "Trabajar con y para el anciano".

Se empieza a trabajar en esta dirección, cuando el equipo de trabajo se plantea el "ideario" del sistema asistencial, que incluye la participación y el derecho a decidir de los usuarios.

## 55

### ENVEJECIMIENTO: MEMORIA Y LENGUAJE

J.A. Alonso Bravo y R. Pérez Mongil

*Centro Asistencial 'Dr. Villacián' de la Diputación Provincial de Valladolid, Valladolid.*

**Objetivo:** Valorar a través del entrenamiento de la expresión oral, la expresión escrita, la comprensión oral y la comprensión escrita la mejoría en la memoria y el desempeño intelectual.

**Método:** Análisis de la Comprensión Escrita-Verbal y la Expresión Verbal-Escrita de 26 residentes en programas de estimulación cogni-

tiva, conforme a 4 Grupos: 1. Lectura de pregunta sencilla (ejercicio de comprensión escrita) y respuesta (expresión escrita), entre aquellos que no presentan impedimento visual, saben leer y a su vez son capaces de responder por escrito (18). 2. El examinador lee la pregunta y escribe la respuesta dada por el residente que no es capaz de leer o por la dificultad que entraña la comprensión escrita-abstracción-expresión escrita (8). 3. Lectura de pregunta sencilla (ejercicio de comprensión escrita) y selección múltiple con una única respuesta (comprensión abstracción), entre aquellos que no presentan impedimento visual, saben leer y a su vez son capaces de responder por escrito (8). 4. El examinador lee la pregunta y señala la respuesta dada por el residente que no es capaz de leer o por la dificultad que entraña la comprensión escrita-abstracción-selección escrita (18).

**Resultados:**

Edad media = 83,11 años; estadios GDS de Reisberg: 1-2 (4); 3 (4); 4 (10) y 5 (8), cuando el año pasado la media era de 82'4 años; siendo los estadios GDS de Reisberg: 1-2 (5); 3 (5); 4 (6) y 5 (7).

1. Las diferencias observadas en la comprensión lectora pueden deberse a un deterioro debido a la afección de la capacidad de procesamiento especialmente en la memoria de trabajo (MT) y en la capacidad atencional, con la influencia en el mantenimiento de la conversación, en la producción de oraciones complejas, etc.

2. Las alteraciones en la comprensión y producción de estructuras sintácticas complejas se deben a una disminución en la MT, el procesamiento sintáctico implica, al menos, la participación de un procesador específico para la gramática y de la MT. La dificultad tiene su origen en las limitaciones para operar simultáneamente con diferentes tipos de información o con material complejo, o en la limitación de la memoria verbal a corto plazo.

**Conclusiones:** La brecha existente entre los residentes que participan en el programa de estimulación cognitiva y los que no participan es cada vez mayor. Los residentes que participan, mantienen, incluso en algunos casos (conforme al momento en su evolución de envejecimiento) mejoran cognitivamente, y lo que también es importante, se preservan de otros estados que aparecen asociados al envejecimiento: depresivos, de hastío, de aislamiento, etc.

La MT juega un papel importante en la lectura: conforme la capacidad lectora disminuye mayores son las diferencias, mayor es la diferencia del paradigma 'doble tarea': procesamiento y recuerdo. Es indudable la estrecha relación entre la MT y la comprensión.



## COMUNICACIONES LIBRES

Sala 6

Jueves, 5 de junio de 15:30 a 17:30 horas

Moderan:

Gerardo Guerrero Ramos. *Málaga*Antonio Martínez Maroto. *Madrid*

## Área ciencias sociales y del comportamiento II

67

## EVALUACIÓN DEL POTENCIAL DE APRENDIZAJE

J.A. Alonso Bravo y R. López Mongil  
 Centro Asistencial 'Dr. Villacián' de la Diputación Provincial de Valladolid,  
 Valladolid

**Objetivo:** Evaluar el **Potencial de Aprendizaje** que persigue predecir el grado de modificabilidad de un sujeto en un entrenamiento intelectual de larga duración con el que se pretende el aprendizaje de estrategias, procesos o herramientas necesarias en la resolución de problemas cognitivos.

**Método:** Esta investigación se ha planteado en cuatro fases: 1. Aplicación de la Batería de pruebas cognitivas conforme al seguimiento (estudio longitudinal), a residentes de un Centro Asistencial (Noviembre-Diciembre, 2006). 2. Aplicación del Cuestionario de Valoración e Intervención Cognitiva con Imágenes -CVICI- (Abril-Mayo, 2007). 3. Plan de Entrenamiento en Habilidades Cognitivas, en base a los resultados del CVICI (entrenamiento individualizado y dinámico) y la versión de Potencial de Aprendizaje del Test de Matrices Progresivas de Raven (2 sesiones semanales en grupo durante cinco meses de Junio a Octubre, 2007). 4. Aplicación de dos evaluaciones, una, el CVICI, y otra, la Batería de pruebas cognitivas (Noviembre-Diciembre, 2007). Residentes Evaluados en Residencia de asistidos, n= 49

**Resultados:** De los 49 residentes que han sido valorados en esta investigación, 35 han mejorado sus puntuaciones de la segunda a la primera aplicación. De los 14 restantes, 6 mantienen puntuaciones. De los 8 casos que empeoran las puntuaciones, 7 no han participado del plan de entrenamiento y sólo un caso ha empeorado mínimamente. De los 35 que han mejorado sus puntuaciones, 24 han participado del programa de entrenamiento a través del CVICI (entrenamiento individualizado y dinámico) y la versión de Potencial de Aprendizaje del Test de Matrices Progresivas de Raven. 7 residentes no han participado del plan de entrenamiento antes mencionado pero participan asiduamente en algún programa de estimulación, y 4 han mejorado aun cuando no han participado ni de entrenamiento ni de otros programas. Conforme a la Valoración mediante la Batería de pruebas cognitivas (test-retest), los resultados han sido los siguientes al cabo de un año en los 42 residentes posibles: 31 han mantenido su nivel en la escala GDS de Reisberg, 5 "han mejorado su GDS" y 6 "han empeorado su GDS". 36 son los residentes que han mantenido o mejorado su GDS de los cuales 33 han participado del plan de entrena-

miento de la versión de Potencial de Aprendizaje del Test de Matrices Progresivas de Raven.

**Conclusiones:** A través del Seguimiento de cada residente, producto de las evaluaciones semestrales, podemos determinar la capacidad de modificación cognitiva (Potencial de Aprendizaje) para predecir el deterioro cognitivo asociado a la demencia.

Los dos Programas de entrenamiento han sido complementarios y han ofrecido un ambiente estimulante y una interacción que ha evitado la pasividad, la monotonía y el proceso de deterioro.

69

## EFECTO DIFERENCIAL EN LA EJECUCIÓN COGNITIVA EN LOS DIFERENTES ÍTEMS DE MEC TRAS LA PARTICIPACIÓN EN PROGRAMAS ENTRENAMIENTO COGNITIVO

M.D. Calero García<sup>1</sup>, E. Navarro González<sup>1</sup>, L. Gómez Caballero<sup>1</sup>, I. Torres Carbonell<sup>3</sup> y M.J. Calero García<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Facultad de Psicología. Universidad de Granada; <sup>2</sup>Universidad de Jaén; <sup>3</sup>Centro de Día San Lázaro.

A pesar de los más de treinta años de edad de MM, este sigue siendo uno de los instrumentos más utilizados para determinación del deterioro cognitivo y/o la demencia en diferentes países, debido a la rapidez de su aplicación, las posibilidades de uso con diferentes poblaciones y la especificidad y sensibilidad mostradas para diferentes grupos (Kahle-Wroblewski, Corrada, Li, y Kawas, (2007); Hirsch, 2007). En España, se suele utilizar con bastante frecuencia la versión de Lobo y colaboradores: esto es el MEC (Lobo et al., 1999/2002).

Aunque habitualmente se utiliza al puntuación global como criterio, algunos trabajos han señalado las diferencias significativas en la ejecución de algunos ítems relacionadas con el lenguaje (Dorans y col., 2006; Edelen y col. 2006) y con el nivel educativo de los sujetos (Crane y col., 2006). El objetivo del trabajo que se presenta ha sido comprobar la influencia diferencial de la participación en un programa de activación cognitiva en los distintos ítems que componen esta prueba. **Método:** Han participado 260 ancianos de las provincias de Granada y Jaén, seleccionados en Residencias, centros de día y SAP de la Universidad de Granada, de los cuales aproximadamente el 50% ha participado en programas de entrenamiento cognitivo, mientras que el resto no. Los participantes han sido evaluados con diferentes medidas cognitivas y una entrevista de datos sociodemográficos, y con el

MEc, cada seis meses durante 2 años. Resultados: Se presentaron los análisis de los seguimientos efectuados después del entrenamiento cognitivo, y los cambios entre grupos tratamiento vs. no-tratamiento en los diferentes ítems que componen la prueba.

## 70

### EL MEDIO EDUCATIVO COMO GENERADOR DE SATISFACCIONES VITALES PARA FAVORECER UN ENVEJECIMIENTO ACTIVO EN UN PROGRAMA UNIVERSITARIO DE MAYORES

X. Lorente Guerrero  
*Universitat Ramon Llull.*

**Objetivos:** Desarrollar nuevas innovaciones educativas en un Programa Universitario para mayores que favorezca la un envejecimiento activo y significativo en los mayores

**Método:** Desarrollo de la técnica de enseñanza-aprendizaje (APP) en el medio educativo del Seminario del Programa Universitario para mayores (PUGG).

**Resultados:** Para comprender cualquier programa educativo para personas mayores, es importante observar el contexto institucional y filosófico dentro del cual se elaboró, se desarrolló y se llevó a cabo ese programa. Aunque puede considerarse única a cada institución, estamos empezando a entender que ciertos aspectos del desarrollo y aprendizaje de los mayores son universales.

El programa enfatiza la planificación de los estudios seleccionando los mejores recursos didácticos disponibles y evaluando los resultados de las actividades de aprendizaje, es un enfoque individualizado con oportunidad para elaborar programas cualitativos de graduación. A través del contenido de la asignatura, el estudio independiente y los proyectos de campo independientes, se satisface básicamente la necesidad de estimulación y desafío intelectuales. Como el programa del alumno está individualizado, cada persona compite sólo consigo misma. No hay curvas ni promedios. Este modelo requiere la conciencia-participación de la persona mayor con la que trabajamos ya que partimos de la voluntad de cambiar e implica que es un modelo de trabajo más lento, el profesor establece una relación personal estrecha con los alumnos mayores y funcionan no como especialistas orientados en una disciplina sino con una orientación general.

Al adoptar una filosofía centrada en la persona mayor y elaborar cada programa en función del alumno, se pueden integrar una amplia variedad de necesidades, prioridades educativas, antecedentes personales, satisfactores y objetivos... el hecho educacional, se llega a dar, entre la conexión de la educatividad del medio educativo y la educabilidad del sistema educativo. Por ello las mismas informaciones, no tiene las mismas motivaciones, para las mismas personas mayores.

**Conclusiones:** Este modelo requiere, la conciencia-participación de la persona mayor con la que estamos trabajando y existe una motivación inicial de voluntad de cambio. Hasta aquí no hemos descubierto nada nuevo, tan sólo, destacar que la motivación inicial de voluntad de cambio, puede verse "rota" si la propuesta educativa no conecta con la subjetividad de la persona mayor

## 73

### PROGRAMA DE ENVEJECIMIENTO ACTIVO DE NUESTROS ANCIANOS

M. Farré Cruz y G. Castellarnau Lladós  
*Residència Geriàtrica Solà d'Enclar, Andorra la Vella.*

Inspirado en el proyecto EBRELÍMPICS del hospital de la Santa Creu de Tortosa (premio Golden Helix de la Fundación MAPFRE Medicina y la Sociedad Española de Calidad Asistencial), Trobada Esportiva de Residencias (TER) es el programa que desde hace siete años implantamos en nuestra residencia para dinamizar físicamente a nuestros ancianos.

El objetivo de este programa es el de ofrecer un plan de actividad a nuestros ancianos, trabajando las distintas capacidades físicas, en el marco de una propuesta estimulante como es la TER. Esto lo conseguimos mediante distintas pruebas físicas que ejercitan el equilibrio, los reflejos, la fuerza física, la velocidad, la coordinación y también capacidades cognitivas como la atención y la concentración.

Durante las sesiones de entrenamiento las motivaciones que aparecen son varias: el afán de superación del propio anciano, el espíritu competitivo, la cooperación entre compañeros en juegos de pareja y de equipo y la sociabilidad. Todas ellas son destacables, aunque esta última para nosotros tiene especial importancia por el componente integrador que se genera, en un grupo que suele tener una tendencia al aislamiento.

Los resultados obtenidos hasta el momento son muy satisfactorios. Este año llegamos a la 7ª edición, y el grado de satisfacción de los ancianos es muy alto según demuestran las encuestas realizadas a los participantes.

Nuestras conclusiones son que la participación en el programa de TER, independientemente de competir o no, ha propiciado que los ancianos se muevan y practiquen actividad física y/o cognitiva durante todo el año, elevando su autoestima y creando unos lazos de ayuda entre ellos, lo que valoramos muy positivamente en una población que tiende con facilidad a caer en el sedentarismo y la apatía.

## 90

### DISEÑO Y DESARROLLO DE UN PROGRAMA DE REMINISCENCIA PARA PERSONAS MAYORES CON SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA

R. Afonso<sup>1</sup> y B. Bueno<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Universidade da Beira Interior, Covilhã; <sup>2</sup>Universidade de Salamanca.

Este estudio se centra en la construcción de un programa semi-estructurado de sesiones individuales de reminiscencia para personas mayores con sintomatología depresiva. Los objetivos del programa son disminuir la sintomatología depresiva y aumentar el bienestar psicológico, la integridad del yo y la cantidad de recuerdos autobiográficos positivos y específicos. La construcción del programa de este estudio se ha basado en los siguientes programas: (1) El estudio del ciclo vital a partir de historias de vida (Villar y Triadó, 2006); (2) Searching for the meaning in the life (Bohlmeijer, Valenkamp, Westerhof, Smit y Cuijpers, 2005); (3) Entrenamiento en el recuerdo de acontecimientos positivos en ancianos con sintomatología depresiva (Latorre, Montañés, Serrano, Hernández, Sancho, Alarcón y Ros, 2005); y (4) Life Review and Experiencing Form (Haight y Webster, 1995). En relación a los programas en que se basó, el programa que se presenta es innovador en la medida en que se centra en la recuperación de acontecimientos positivos y negativos. Esta diferencia tiene que ver con la centralidad atribuida al constructo de integridad del yo y la consecuente necesidad de recuperar y trabajar conflictos no resueltos. Se diseñó un programa de 5 sesiones. En cada sesión se trabaja un tema y se estimula la evocación y el relato de acontecimientos autobiográficos significativos. En el proceso de recuperación se estimulan, en primer lugar, reminiscencias de tipo instrumental y de integración, dadas las correlaciones entre este tipo de reminiscencias y el bienestar en la vejez. En segundo lugar se ha orientado a hacer recuperaciones específicas, ya que es frecuente que las personas con sintomatología depresiva tiendan a presentar un estilo de recuperación muy general, que les conduce frecuentemente a errores de atribuciones e interpretación. Se ha fomentado también, a través del programa, la recuperación de acontecimientos positivos.

## 91

### EFFECTOS DE UN PROGRAMA DE REMINISCENCIA SOBRE LA SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA EN POBLACIÓN MAYOR PORTUGUESA

R. Afonso<sup>1</sup> y B. Bueno<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Universidade da Beira Interior, Covilhã; <sup>2</sup>Universidad de Salamanca.

Este estudio ha puesto a prueba la eficacia de un programa individual, delimitado y semi-estructurado de reminiscencia como estrategia de intervención para la reducción de la sintomatología depresiva en personas mayores portuguesas. Para el estudio, se ha construido un diseño cuasiexperimental en el que han participado 90 personas con más de 65 años de edad, con sintomatología depresiva, sin medicación antidepressiva y sin evidencia de demencia. Cada persona ha sido asignada a uno de tres grupos: (1) grupo experimental (sesiones de reminiscencia); (2) grupo control ó (3) grupo control-placebo (sesiones semanales de relajación). Mediante la escala CES-D (adapta-

ción de Gonçalves y Fagulha, 2000-2001, de la original desarrollada por Radloff, 1977), se realizaron evaluaciones pretest y postest de la sintomatología depresiva de todos los sujetos con el mismo intervalo de tiempo. Los resultados obtenidos indican mejoras significativas en el grupo experimental en cuanto a la sintomatología depresiva ( $t(29) = 19,70$ ;  $p < 0,01$ ; el valor medio baja de 39,87 (DT = 7,90) a 13,60 (DT = 5,14)), y aumentos significativos en el número de recuperaciones autobiográficas específicas y positivas ( $z = 4,71$ ;  $p < 0,001$ ; la media pasa de 4,83 (DT = 1,93) a 9,33 (DT = 1,15)). En los grupos de control la sintomatología depresiva tiende a agravarse ( $w = -2,83$ ;  $p < 0,001$ ). El estudio pone además en evidencia las fuertes asociaciones negativas de la sintomatología depresiva con la especificidad de los recuerdos ( $r = -0,75$ ;  $p < 0,001$ ) y con su carácter positivo ( $r = -0,78$ ;  $p < 0,001$ ). Los resultados sugieren que la recuperación y reconstrucción de los recuerdos autobiográficos positivos y negativos, la estimulación de reminiscencias instrumentales y de integración y el relato de recuerdos autobiográficos específicos y positivos a través de la reminiscencia, pueden ser los ingredientes activos del programa implementado, que se presenta como una herramienta terapéutica de intervención psicológica para la reducción de la sintomatología depresiva en la vejez.

147

#### IMPORTANCIA DEL EJERCICIO FÍSICO CONTROLADO EN CUIDADORAS FAMILIARES DE ANCIANOS DEPENDIENTES

S. Rodríguez Moreno<sup>1</sup>, G. Ruiz-Villaverde<sup>3</sup>, G.M. Abalos-Medina<sup>4</sup>, M.A. Sánchez-Caravaca<sup>2</sup>, W. Barbosa de Oliveira<sup>1</sup>, J. Ramírez Rodrigo<sup>2</sup> y C. Villaverde-Gutiérrez<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Hospital Regional Universitario Carlos Haya, Málaga; <sup>2</sup>Universidad de Granada; <sup>3</sup>Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada; <sup>4</sup>Hospital Clínico Universitario San Cecilio, Granada.

**Objetivo:** Evaluar la influencia de un programa de actividad física adaptado, en los niveles de sobrecarga y percepción del estado general de salud de un grupo de mujeres cuidadoras informales de personas mayores dependientes.

**Método:** Se realizó un estudio observacional de seguimiento, con grupo control y medidas pre y pos-tratamiento, utilizando como instrumentos de medida la Escala de Sobrecarga de Zarit y el Cuestionario de Salud General de Goldenberg (QSG) para los cuidadores.

**Resultados:** La mayoría de los ancianos cuidados presentaban un nivel de funcionalidad *dependiente* (70,9%) debido a las enfermedades crónico-degenerativas. El 100% de los cuidadores eran mujeres, en la quinta década de la vida, hijas de los mayores o nueras, con nivel de escolaridad superior al primario; predominando de 13 a 23 horas diarias dedicadas al cuidado de los enfermos, y un tiempo de 1 a 5 años en la prestación de los cuidados. Se observó una mejor percepción del estado general de salud en el grupo experimental ( $p < 0,01$ ) tras la realización del programa de ejercicios y menor nivel de sobrecarga ( $p < 0,01$ ) que en el grupo control que no participó en el programa.

**Conclusión:** El ejercicio físico orientado y adecuado para este colectivo, mejora la manera de afrontar los cuidados disminuyendo la sobrecarga y mejorando la autopercepción del estado de salud general.

152

#### INFLUENCIA DE LOS ASPECTOS PSICOLÓGICOS EN EL NIVEL FUNCIONAL DE LOS PACIENTES GERIÁTRICOS DEPENDIENTES

M. Triviño Mosquera<sup>2</sup>; J. García Monlleó<sup>2</sup>; M. Arnedo Montoro<sup>1</sup>, B.N. Rodríguez-Borlado González<sup>1</sup>; G. Rodríguez Melchor<sup>1</sup> e Y. Romero Rodríguez<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Universidad de Granada; <sup>2</sup>Hospital Universitario San Rafael, Granada.

**Objetivos:** La valoración de la dependencia de los ancianos suele asociarse al nivel funcional, evaluado con escalas como el índice de Barthel. Sin embargo, los aspectos psicológicos presentes en los pacientes geriátricos influyen en dicho nivel, habitualmente, agravándolo (considerando como variables psicológicas los aspectos cognitivo, emocional y conductual). El objetivo de este estudio ha sido valorar el nivel funcional y psicológico de los pacientes ingresados en nuestro hospital, para poder observar esta influencia de unos aspectos sobre otros.

**Método:** Se administró un protocolo a los pacientes ingresados entre enero y junio de 2007 en nuestro hospital. Las pruebas utilizadas fueron el Barthel previo y el Barthel al ingreso para evaluar el nivel funcional; el test de Pfeifer para el nivel cognitivo; los test de ansiedad y depresión de Goldberg para el nivel emocional; y el Inventario Neuropsiquiátrico (NPI) para el nivel conductual.

**Resultados:** De los pacientes ingresados, a 50 se le pudieron administrar todas las pruebas del protocolo. De esos 50, había 24 accidentes cerebrovasculares (ACVs), 12 fracturas de cadera y 14 pluripatológicos. Los tres grupos mostraban un descenso significativo de su nivel funcional, aunque los que tenían el mayor grado de dependencia fueron los ACVs (Barthel previo = 95/100 y Barthel al ingreso = 13,6/100); también fueron los más alterados psicológicamente (Pfeifer = 5/10; Depresión = 4/9; Ansiedad = 5/9; NPI = 32/144).

**Conclusiones:** Los datos nos muestran una influencia de las variables psicológicas sobre el nivel funcional, siendo más dependientes aquellos que tienen mayor déficit cognitivo, mayor afectación emocional y alteraciones más graves del comportamiento.

157

#### PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE CAÍDAS EN PERSONAS MAYORES

P.A. Sánchez Millán, C. Oller Berbel, R. Martínez Maté y G. Millán Sánchez

Concejala de Servicios Sociales. Excmo. Ayuntamiento de Lorca. Murcia.

**Objetivo:** Mejorar el equilibrio de las personas mayores y prevenir caídas y sus consecuencias sobre la salud y la independencia y autonomía.

**Método:** El método empleado fue la realización de un programa de intervención basado en el Balance Training Exercise. Programme for older people, New Zealand Falls Prevention Research Group 2.001, University of Otago Medical School, Dunedin, New Zealand, realizando un pretest y postest

**Resultados:** Fueron evaluados como indicadores de equilibrio el Test de Romberg, tiempo en apoyo monopodal sobre cada pie, y Test Time up and go

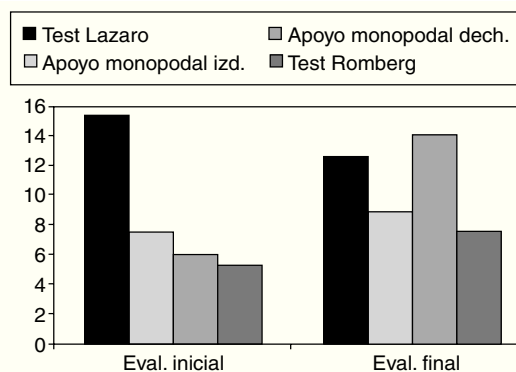


Gráfico 1. Total de beneficiarios: 143 personas de edad media 71,7 años.

**Conclusiones:** Para potenciar la adherencia muchas personas mayores prefieren hacerlo en grupo en sedes sociales. - Los grupos no pueden ser muy numerosos, pudiendo ser una referencia 6, 7 personas por fisioterapeuta, dado que los niveles de ejecución no son homogéneos entre beneficiarios. Además existen distintos niveles de ejecución en ejercicios distintos. Junto a esto el bagaje motor y cultural de los usuarios es deficiente en general y en algunos ejercicios existe riesgo de caídas. - La intervención en grupo puede aportar beneficios directos sobre el equilibrio y de esta manera reducir el presupuesto. - Para complementar los beneficios, tal como indican los autores del programa, tiene que potenciarse que los beneficiarios anden todos los días e incrementen el tiempo que caminan controlando lo que tardan en cansarse. Las fechas y horas de realización del programa pueden influir en la fidelidad al mismo, dado que son más frecuentes los resfriados en invierno, hace frío y a los mayores no les gusta salir de noche, o bien hace mucho calor. El programa puede

hacerse en el domicilio cuando hay limitaciones importantes de movilidad. Se puede hacer en grupo cuando estas limitaciones no existen y sin embargo existen otros factores de riesgo e incluso se han caído. Es difícil que las personas mayores sigan el programa de ejercicio por su cuenta. Por tanto el programa debe repetirse.

## 162

### BURNOUT EN CUIDADORES FORMALES DE ANCIANOS INSTITUCIONALIZADOS EN SAN LUIS POTOSÍ MEXICO

A. González Hurtado, C- Amaro Amaro, C. Mares Martínez y L. Piña Castillo

Universidad Autónoma de San Luis Potosí, México.

Maslach y Jackson (1981), han definido el "Burnout" como un síndrome de estrés crónico que se presenta en aquellas profesiones de servicios caracterizada por una atención intensa y prolongada a personas que están en una situación de necesidad o de dependencia, y que está constituido por **3 dimensiones: Agotamiento emocional** (pérdida de energía), **Despersonalización** (conductas y actitudes negativas dirigidas a quien presta sus servicios) y **Baja realización personal** (insatisfacción ante los logros). La presencia de éste síndrome puede ser más probable con ciertos **factores personales, sociales y organizacionales**, teniendo **manifestaciones psicósomáticas, emocionales y conductuales**.

El interés por este estudio surge al saber que no hay alguno similar en la entidad, tomando en cuenta que en otras poblaciones ya está comprobado que el Síndrome de Burnout si se manifiesta en los **cuidadores de pacientes geriátricos**, siendo éstos aquellos trabajadores que se desempeña en los establecimientos geriátricos, proporcionan alimentos, ropa limpia, están destinados al cuidado de los ancianos, visten e higienizan a los mismos, suministran medicamentos y efectúan curaciones.

Una vez planteada la incógnita, los objetivos a seguir fueron **determinar** si los cuidadores formales de adultos mayores institucionalizados de la capital de San Luis Potosí padecen Síndrome de Burnout; de encontrarse Burnout, **conocer** en que niveles se manifiesta, o en caso contrario analizar cual de las **variables** medidas tiene mayor **frecuencia** de ocurrencia, y como parte del proceso de investigación **proporcionar información** a las diversas instituciones a cerca de las características propias del Síndrome de Burnout.

Se plantearon dos hipótesis principales:

- Hipótesis de investigación: Los cuidadores formales de ancianos de las instituciones de larga estancia en la Capital de San Luis Potosí, presentan síntomas del *Síndrome de Burnout*.

- Hipótesis nula: El *Síndrome de Burnout* no se manifiesta en los cuidadores formales institucionalizados de adultos mayores.

Para llevar a cabo esta investigación se utilizó el instrumento validado, MBI-HSS (Maslach Burnout Inventory-Human Services Survey), que consta de 22 ítems y mide las 3 dimensiones que constituyen el Burnout.

Se extendió la invitación a 18 instituciones del ámbito geriátrico, de las cuales 14 aceptaron con agrado la invitación y de las restantes se omitió respuesta. Los participantes de la investigación fueron 90 cuidadores de pacientes geriátricos, las variables sociodemográficas medidas fueron sexo, edad, estado civil, nivel de estudios, horario de trabajo entre otros indicadores importantes que abrirán el campo a nuevas investigaciones.

En síntesis los resultados señalan que existen bajos niveles de despersonalización y agotamiento, mientras que altos niveles de realización personal, con lo cual se comprueba la Hipótesis Nula que indica que el Síndrome de Burnout no se manifiesta en los cuidadores formales de San Luis Potosí, sin embargo se denota un mayor nivel de agotamiento respecto a las demás dimensiones, lo que indica un probable foco de atención que no se debe descuidar, aún en ausencia el síndrome.

Es importante resaltar que variables importantes pudieron determinar los resultados que demuestran la ausencia del Síndrome de Burnout, como el hecho de que los trabajadores son muy jóvenes (20 a 29 años de edad); además de que un 31% de los cuidadores tienen un grado académico de licenciatura, esto es, mayor preparación académica; un 80,95% están contratados en trabajos fijos en los que gozan de prestaciones laborales. Asimismo el 47,7% de los participantes son casados, lo que implica relativamente personas con mayor compromiso económico y personal; el 38.9% del total de la muestra únicamente trabajan en el turno matutino, lo que les permite tener el resto de su tiempo libre, o para ocuparse en diversas actividades, además, un 54% han trabajado en la misma institución un promedio de dos años, esto es un tiempo relativamente corto para desarrollar el Síndrome.

La innovación del presente trabajo reside en haber tenido la posibilidad de efectuar un estudio exploratorio en las instituciones de atención a adultos mayores que aparecen formalmente registradas en la Secretaría de Salud en el Ayuntamiento de San Luis Potosí México, que nos permitiera conocer la existencia o no de Síndrome de Burnout entre sus trabajadores.

Por lo anterior se considera que, dado el escaso número de estudios que operan con muestras cuidadores formales relacionados con el tema del Burnout, así como las dificultades que entraña el simple hecho de reunir una muestra con esta población, estamos legitimados para concluir que nuestro estudio es una contribución interesante que puede ser útil en futuras propuestas de investigación acerca del Síndrome de Burnout y de las condiciones de atención que se brinda a nuestros Adultos Mayores Institucionalizados.



## COMUNICACIONES LIBRES

Sala 6

Jueves, 5 de junio de 18:00 a 20:00 horas

Moderan:

Francisca Compán González. Almería

Mayte Sancho Castiello. Madrid

## Área ciencias sociales y del comportamiento III

178

**ENCUESTA SOBRE CONCIENCIACIÓN SOCIAL EN DEMENCIAS. UNA EXPERIENCIA EN DIVERSOS GRUPOS**

M. Boronat Martín<sup>2</sup>, R. López Mongil<sup>2</sup>, J. Mateos del Nozal<sup>1</sup>, J.A. López Trigo<sup>3</sup>, M.P. Redondo del Río<sup>5</sup>; <sup>1</sup>IFMSA-SPAIN Federación de Estudiantes de Medicina Españoles, para la cooperación internacional

<sup>1</sup>Facultad de Medicina. Universidad de Valladolid, Valladolid; <sup>2</sup>Centro Asistencia Dr. Villacián. Diputación de Valladolid, Valladolid; <sup>3</sup>Centro Municipal de Tercera Edad. Ayuntamiento de Málaga, Málaga; <sup>4</sup>Multicéntrico; <sup>5</sup>Dto. Nutrición y Dietética, Universidad de Valladolid, Valladolid.

**Objetivos:** Fomentar la concienciación social sobre un problema de la magnitud e impacto de la demencia. Analizar el grado de conocimiento que, sobre muchos aspectos de la misma (síntomatología, curso evolutivo, tratamiento, existencia en el entorno y otras) tienen los diversos grupos poblacionales analizados. Motivar a un mayor acercamiento a la demencia a los participantes en este estudio.

**Metodología:** Por medio de una encuesta creada *ad hoc* se entrevistó a tres grupos poblacionales: profesionales de la salud del hospital psiquiátrico Dr. Villacián (grupo A), alumnos de la diplomatura de Dietética y Nutrición (grupo B), estudiantes de Medicina de diversas facultades españolas (grupo C). La encuesta incluye los siguientes ítems: ¿Conoce qué es la demencia? (P1), ¿Conoce la triple sintomatología de la Enfermedad de Alzheimer y de otros tipos de demencia? (P2), ¿Conoce cómo evoluciona la enfermedad? (P3), ¿Le gustaría conocer cómo ayudar a cuidar y mejorar a estos enfermos? (P4), ¿Puede controlarse con tratamiento adecuado? (P5), ¿Tiene algún miembro de su familia con demencia? (P6). Las respuestas son cerradas a "sí" o "no". Valoramos el grado de conocimiento por la respuesta "sí".

**Resultados:** La distribución de resultados por grupos de población encuestada es 1) *Grupo A:* n = 28 (57% mujeres). El grado de conocimiento (respuestas afirmativas), por ítems, es: P1 = 100%, P2 = 82,14%, P3 = 96,43%, P4 = 96,43%, P5 = 75%, P6 = 46,43%. 2) *Grupo B:* n = 56 (89% mujeres). El grado de conocimiento (respuestas afirmativas), por ítems, es: P1 = 96,43%, P2 = 10,71%, P3 = 51,79%, P4 = 98,21%, P5 = 57,14%, P6 = 41,07%. 3) *Grupo C:* n = 74 (32% mujeres). El grado de conocimiento (respuestas afirmativas), por ítems, es: P1 = 68,9%, P2 = 12,2%, P3 = 47,3%, P4 = 98,6%, P5 = 52,8%, P6 = 55,4%.

**Conclusiones:** En general las personas encuestadas conocen qué es la demencia si bien sorprende el porcentaje de estudiantes de Medicina que lo desconocen. Al profundizar sobre evolución y sintomato-

logía de la enfermedad el desconocimiento se hace muy patente. Llama la atención que un 25% de los profesionales no consideren que un tratamiento adecuado pueda controlar la enfermedad y más de la mitad de la muestra reconozca la demencia en su entorno. Programas de concienciación social como éste se hacen muy necesarios y adquieren un alto valor para suplir carencias de conocimientos y/o información en la población.

189

**Participación social, necesidades percibidas y trastornos cardiovasculares en las personas mayores dependientes de acuerdo a su hábitat**

T. Lorenzo Otero, A. Maseda Rodríguez, A. Balo García, I. González-Abraldes Iglesias, J. Tubío Ordóñez y J.C. Millán Calenti  
*Grupo de Investigación en Gerontología/Universidad de A Coruña, A Coruña.*

**Objetivo:** La participación social de los mayores se ve influida por la situación de dependencia. Es importante conocer qué necesidades socio-sanitarias señalan como prioritarias, y observar si el hábitat y los apoyos informales influyen en dichas necesidades.

**Método:** Se diseñó un cuestionario *ad hoc* para registrar datos socio-demográficos, de salud y de necesidades percibidas en una muestra de 296 personas mayores de 65 años de un ayuntamiento rural (46,6%) y otro urbano (53,4%) de Galicia.

**Resultados:** El 34,5% de los mayores que padecían alguna enfermedad refería problemas cardiovasculares. De éstos, el 56,9% pertenecía al hábitat rural y eran en su mayoría mujeres (61,8%). En relación a la percepción de las necesidades, las más demandadas fueron (22%): "Más personal sanitario", "Menos listas de espera" y "Mayor cantidad de servicios sociales". Las soluciones propuestas se centraron en solicitar mayor apoyo socio-económico para los familiares cuidadores (37,3%) e incrementar el apoyo institucional (15,7%). Entre hábitat, las mayores divergencias se encuentran en la información que la persona mayor recibe sobre los servicios socio-sanitarios, carencia señalada en mayor medida en el hábitat rural (43,1%).

**Conclusiones:** El incremento de las personas mayores en situación de dependencia, y la alta prevalencia de trastornos cardiovasculares que les afectan deberán constituirse en uno de los objetivos prioritarios de atención por parte del sistema socio-sanitario, teniendo en cuenta, además, que tanto la prevención como la intervención, a partir de las necesidades descritas por ellos, incidirán positivamente en el envejecimiento y por ende en la calidad de vida de los mismos.

193

**VERSIÓN BETA DEL PROYECTO T-CUIDA: CUIDA-T. LA TDT AL SERVICIO DE LA DEPENDENCIA**M.A. González Iglesias<sup>3</sup>, L. Pérez del Tío<sup>2</sup>, A. Zeberio<sup>3</sup> y J. Gamo<sup>1</sup><sup>1</sup>Ballesol, <sup>2</sup>Iubilate, <sup>3</sup>Secuencia, Madrid.

La Ley de Promoción de Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia, supone un avance importante en cuanto al reconocimiento del derecho subjetivo de los ciudadanos, y un reto para la administración y para los profesionales.

Conscientes de que lo fundamental de esta ley es su puesta en práctica, las empresas Secuencia, Ballesol, Iubilate y la Universidad Politécnica de Madrid, han diseñado el Proyecto T-Cuida: Cuida-T.

Este proyecto, basado en las nuevas tecnologías, aúna la Televisión Digital Terrestre (TDT) y el tradicional sistema de Teleasistencia. Ofrece a los usuarios un servicio personalizado de Estimulación Cognitiva y promoción de la Actividad Física junto con otra serie de cómodas utilidades como agenda personal, noticias, consejos sobre salud y dietas asociadas al servicio de Teleasistencia.

**Objetivos:** El proyecto se encuentra en el final de la versión Beta y principio de la fase Piloto. El objetivo es verificar lo adecuado de las utilidades propuestas, en especial, de las tareas de estimulación cognitiva y de la promoción de la actividad física.

**Material y método:** Se ha realizado un seguimiento de 15 personas, 3 de cada uno de los 5 nivel cognitivos que plantea el proyecto. Analizando su grado de satisfacción con las tareas propuestas y su adhesión a las mismas, así como sus sugerencias sobre las diferentes utilidades.

**Resultados:** En esta primera aproximación Beta, más que analizar los resultados cuantitativamente, pretendemos ajustar el servicio en cuanto a sus contenidos y cualitativamente a las demandas de los usuarios. En la fase piloto, en la que contaremos con una muestra de 250 participantes podremos analizar los datos de manera cuantitativa.

218

**SUJETOS OCULTOS - ANÁLISIS DEL MATERIAL INFORMATIVO PUBLICADO SOBRE PERSONAS MAYORES EN EL PERIÓDICO ¿EL PAÍS?**J. Sousa Leal Lopes<sup>3</sup>, D. Nolasco Marinho<sup>1</sup> y N. Rodríguez Ávila<sup>2</sup><sup>1</sup>Universidade de Brasília, Brasil; <sup>2</sup>Universitat de Barcelona, Espanha;<sup>3</sup>Universidade de Brasília, Brasil, y Universitat de Barcelona, Espanha.

La propuesta de esta investigación es analizar como la prensa española representa a los mayores. Las representaciones hechas en los medios de comunicación de los diversos grupos sociales sirven para entender como la sociedad percibe a esos grupos.

Por lo tanto, para entender el grupo de personas ancianas en España, analizamos tres años el periódico con mayor tiraje nacional "El País".

La metodología utilizada por esta investigación ha sido el análisis del discurso y análisis del contenido. De esta manera percibir los aspectos cualitativamente e cuantitativamente de como los ancianos aparecen o no en ese periódico.

Los años elegidos para el análisis son 2005, 2006 y 2007, que corresponden a un proceso de aprobación de la Ley de Dependencia.

Se ha seleccionado 220 informativos que tenían como foco directo o indirecto los mayores e/o la cuestión del envejecimiento.

El 50% del material trataban directamente sobre la tercera edad. Dos descubrimientos de esta investigación es que todos los materiales analizados sobre los jubilados aparecen como fuentes.

Menos del 10% de los materiales trazan entrevistas con los mayores o con representantes de asociaciones de mayores. El Gobierno Español aparece como interlocutor privilegiado del periódico, mientras que los mayores desaparecen del periódico. La invisibilidad de los mayores en las paginas del El País es, ciertamente, un indicio de como ese periódico encara los ancianos. Podemos concluir que la opinión de ese colectivo no es importante para el El País y que, en la verdad, ese periódico no habla para mayores y sí sobre ellos.

222

**LA OPINIÓN DE LAS PERSONAS USUARIAS, LAS FAMILIAS Y LOS PROFESIONALES COMO SISTEMA DE PARTICIPACIÓN Y DE MEJORA DE LA CALIDAD DE LOS CENTROS DE DÍA**B. Díaz Perez, M.J. Civil Iglesias, M. Miranda García, C. Sánchez Caballero, T. Vallina Iglesias y T. Martínez Rodríguez  
*Consejería Bienestar Social Principado de Asturias, Oviedo.*

**Objetivos:** Recoger la opinión de los tres actores principales de los centros de día: personas mayores, familias y profesiones de atención directa, como elemento clave de participación y toma de decisiones para la planificación anual del recurso.

**Método:** El sistema de evaluación anual de los centros de día de personas mayores dependientes de la red pública del Principado de Asturias incluye la opinión de estos tres agentes del sistema en torno a diferentes cuestiones: percepción subjetiva de la salud de los usuarios, utilidad del recurso para las familias, estado de los profesionales, valoración de los servicios dispensados así como de la organización del centro, el trato dispensado y calidad de la atención. La evaluación se realiza anualmente desde la cumplimentación de cuestionarios de opinión por parte de los anteriores grupos así como desde técnicas cualitativas de recogida de información (DAFOS y sugerencias escritas).

**Resultados:** Se presentan resultados del periodo 2001-2006 de un total de 31 centros (891 plazas). Cabe destacar los siguientes datos cuantitativos referidos al año 2006: 1) Percepción usuarios mejoría salud: estado físico (58%); estado cognitivo (54%); estado emocional (66%). 2) Valoración de la utilidad del servicio para las familias según orden de importancia: 1º tiempo libre, 2º asesoramiento y 3º Apoyo psicológico/familiar. 3) Estado de los profesionales (según escala rango 0-10): estrés (3,3) y satisfacción laboral (8,2). Se presentan puntuaciones (rango 0-10) trianguladas (usuarios, familias y profesionales) sobre los siguientes aspectos: organización, trato dispensado, calidad de la atención y servicios ofertados, así como las principales aportaciones para la mejora del recurso recogidas desde una aproximación cualitativa.

**Conclusiones:** La opinión de usuarios, familias y profesionales es fundamental para articular la participación de los actores de la organización e identificar las áreas de progreso de cara a la mejora continua de la calidad del recurso. Las personas usuarias, familias y profesionales confirman una alta valoración de los centros de día evaluados en este periodo que se mantiene a lo largo de los años, siendo el último grupo el que otorga puntuaciones inferiores. La información procedente de la evaluación cualitativa, como complemento a la evaluación cuantitativa, es primordial para detectar áreas de mejora y permitir consensuar objetivos de la intervención desde procesos de planificación participativa.

232

**UNA NECESIDAD: LA INTERVENCIÓN SOCIAL EN EL EQUIPO MULTIDISCIPLINAR EN LAS UNIDADES DE GERIATRÍA HOSPITALARIA**M.A. García Antón, A.M. Fernández Rodríguez, M. Merino Alainez, M.A. Valle Martín y E. del Campo de Castro  
*Hospital Central de la Cruz Roja, Madrid.*

**Objetivo:** Analizar la intervención de trabajo social en el equipo multidisciplinar en las unidades de Geriatria hospitalaria.

**Material y método:** Estudio retrospectivo de todos los pacientes ingresados en las unidades hospitalarias de Geriatria (unidad de agudos y unidad de media estancia) del H. Central de la Cruz Roja de Madrid desde el 1-1-06 a 1-1-08. Ingresos 3273 pacientes. La muestra a estudio han sido los pacientes en que se ha intervenido. N=2394 pacientes (1581 mujeres, edad media 83,3 +/- 1,40 años). Se analiza: Valoración de recurso social y tramitación del recurso necesario para apoyo al alta hospitalaria. Análisis estadístico con  $\chi^2$  con exacta de Fisher para variables categóricas no paramétricas. Intervalo de confianza y nivel de significación del 95%.

**Resultados:** Intervención con problemática al alta: 2109 (88%). Tramitación de recursos sociales de forma coordinada con servicios sociales comunitarios: 1606 (76,14%). Ubicación en domicilio al alta: 1533 (64,3%) vs residencia: 358 (14,95%),  $p < 0,001$ ; Tramitación de residencia: 741 (35,1%) de los cuales se ubica al alta hospitalaria en

residencia 358 (48,3%), y de ellos 83% en residencia privada. Tramitación y obtención de nueva atención domiciliaria 880 (41,7%) de las cuales es pública en un 66,8%. Tramitación de otras unidades hospitalarias a criterio médico (ULE/UCP): 94 (3,9%), de las cuales se ubica al alta: 70 (2,9%), todas ellas de carácter público.

**Conclusiones:** La participación del trabajador social en el equipo multidisciplinar de geriatría hospitalaria permite garantizar el apoyo al alta, la coordinación y el seguimiento del paciente en su domicilio con los Servicios Sociales Comunitarios.

## 237

### ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO DE PREVALENCIA DE DEMENCIAS Y VARIABLES ASOCIADAS EN EL MUNDO RURAL

J.A. Sánchez Martín, J.J. G<sup>a</sup> Meilán, J.M. Arana Martínez, J. Carro Ramos, J.L. Sánchez Rodríguez y E. Pérez Sáez  
Universidad de Salamanca / Servicio de Evaluación e Intervención en la Dependencia de Peñaranda de Bracamonte, Salamanca.

**Objetivos:** Valorar la prevalencia de demencias y las variables físicas, psicológicas y sociales que influyen en el envejecimiento en Peñaranda de Bracamonte.

**Método:** El estudio de tipo transversal y descriptivo contó con el universo de las personas mayores de 65 años de la localidad (1265 censadas). Se realizó un muestreo no probabilístico, enviándose las encuestas. La persona mayor o su cuidador remitieron los resultados, siendo analizadas dichas respuestas.

**Resultados:** Se obtuvo una tasa de respuesta del 26,5% con una media de edad fue de 75 años. La encuesta se respondió mayoritariamente por la persona mayor (55,9%), siendo en otros casos sus hijos/as (22%) u otros. Se encuentra una incidencia del 1,6% y una prevalencia del 1,5% de EA. Por otro lado, un 10,1% manifiesta problemas de Demencia Leve, entre los 81 y 94 años mayoritariamente. Sobre antecedentes sanitarios relacionados con la DL, puede observarse relación por tablas de contingencia entre las variables de padecer herpes (20% en las personas que afirman padecer una DL o de otro tipo) y diabetes (21,4%). También destacan los resultados que asocian bajos niveles en variables de "reserva cognitiva" (nivel de escolaridad y el hábito de lectura), a la aparición de DL. En el Pfeifer, se encuentran diferencias entre sexos, un 7,5% de los varones y un 12,7% de las mujeres ( $t = -2.277$ ;  $p < 0,05$ ) muestran deterioro. En el PRQM se encuentran diferencias en cuanto a que las quejas de memoria son mayores si el que responde el cuestionario es el cuidador, y éstas son mayores en personas con demencia leve.

**Conclusiones:** Se encuentran diferencias en cuanto a otros estudios en la prevalencia de la EA. Podría deberse a la peculiaridad de la población rural, o a que en este contexto no se realiza un diagnóstico adecuado. No así en una distribución normalizada para la población mayor de 65 años en la variable DL, pero que no tiene un seguimiento neuropsicológico adecuado. Es recomendable dar a conocer la importancia del diagnóstico precoz, trabajar los aspectos relacionados con la reserva cognitiva y extender el estudio a otros grupos para conocer cuál es el estado de las demencias y la etiología en la que se debe incidir.

## 258

### CAMPO DE TRABAJO DE VOLUNTARIADO: ¿ALICANTE, ENCUENTRO INTERGENERACIONAL?

C. Aguado Barahona, N. Tébar y R. Beltrá  
Residencia 3<sup>a</sup> edad de la Generalitat Valenciana "La Florida", Alicante.

**Objetivos generales:** 1. Favorecer una convivencia intergeneracional en la que se posibilite el intercambio de experiencias entre personas mayores y jóvenes. 2. Crear vivencias gratificantes para ambos colectivos, provocadas por esa relación. 3. Repercutir de forma positiva en el estado de salud y bienestar del residente.

**Método:** Proyecto descriptivo, social aplicado, cualitativo, realizado en el medio residencial (Residencia de Tercera Edad "La Florida", de Alicante), con una muestra constituida por 90 ancianos, con diversos

grados de dependencia tanto física como psíquica, y edades comprendidas entre los 60 y los 97 años. El IVAJ selecciona un número máximo de 20 voluntarios, con estudiantes de diferentes titulaciones y comunidades del estado español y edades comprendidas entre los 18 y los 25 años, para este campo de trabajo, más un equipo de animación, compuesto por tres especialistas. La Psicóloga y las TA-SOCS de la Residencia son las responsables de programar y poner en práctica las actividades conjuntas entre jóvenes y personas mayores que se realizan durante diez días en el mes de julio. Viene realizándose desde hace siete años, estando prevista la realización de la octava edición para el próximo verano.

**Resultados:** Para el grupo de voluntarios ha supuesto una nueva visión de la vejez a través del intercambio de experiencias, ponerse en el lugar de la persona mayor y cambios de conceptos preestablecidos respecto a la vejez. Las personas mayores refieren percepción de apoyo afectivo, aumento de la actividad, romper su rutina (les permite entretenerse y cambiar su realidad), sentimiento de bienestar por la transmisión de alegría y esperanza. Cambio de estereotipos asociados a la juventud. Se ha constatado que durante el tiempo que dura el Campo de Trabajo, existe una menor demanda de los residentes hacia los servicios del médico, enfermería y rehabilitación, puesto que las relaciones intergeneracionales desarrolladas en este proyecto actúan como factor de protección para el colectivo de mayores. En el mismo sentido, indica una mejora en la autopercepción de los residentes sobre su estado de salud, redundando a la vez en su calidad de vida.

**Conclusiones:** La experiencia de la realización del campo de trabajo de jóvenes con personas mayores ha resultado altamente positiva. La sintonía surgida entre ambos grupos ha servido para la transmisión de conocimientos, sentimientos y modos de vida diferentes. Ha influido la buena predisposición, tanto hacia las tareas propuestas y como al propio objetivo del campo de trabajo, para ambos colectivos.

**Palabras clave:** proyecto intergeneracional, ancianos, jóvenes

## 269

### PROYECTO STU-RET ILC. RELACIONES INTERGENERACIONALES ESTUDIANTES- JUBILADOS

I. González-Abrales, A. Maseda, J. Tubío, P. Marante, T. Lorenzo y J.C. Millán  
Grupo de Investigación en Gerontología, A Coruña.

**Objetivos:** El proyecto europeo STU-RET ILC pretende: desarrollar un entorno de aprendizaje intergeneracional para aprovechar el potencial humano y creativo de estudiantes y jubilados, contribuyendo al desarrollo socioeconómico y cultural; iniciar círculos de aprendizaje intergeneracional, para que puedan apreciar sus diferentes culturas y respetar la diversidad; elaborar materiales de aprendizaje para dicho aprendizaje adaptados a las necesidades y demandas de ambos colectivos en 5 países diferentes.

**Método:** Se elaboraron cuestionarios ad hoc para estudiar la disposición y voluntad de los jóvenes y jubilados para el trabajo conjunto y la formación intergeneracional. Se valoraron además las expectativas de aprendizaje de ambos grupos en base a: áreas de conocimiento, habilidades y competencias adquiridas.

En España, se entrevistaron 121 estudiantes y 120 mayores para conocer de manera más amplia la opinión de los entrevistados sobre el aprendizaje intergeneracional y factores a considerar.

**Resultados:** Entre otros resultados, reseñar que ambos colectivos (estudiantes 71%; mayores 73%) expresaron su voluntad de obtener conocimientos/aptitudes unos de los otros. Más de la mitad de los estudiantes (60%) y mayores (69%) estarían dispuestos a trabajar en un grupo de aprendizaje intergeneracional y sólo una minoría (estudiantes 3%; mayores 4%) había participado previamente en este tipo de aprendizaje.

**Conclusiones:** Teniendo en cuenta la voluntad positiva de ambos grupos para realizar programas de formación intergeneracional, concluimos que el proyecto se corresponde con las necesidades de los colectivos diana, ofreciendo un espacio de aprendizaje intergeneracional donde estudiantes y mayores puedan compartir sus conocimientos, habilidades y competencias, lo que beneficiará a ambos.

## COMUNICACIONES LIBRES

Sala 4

Jueves, 5 de junio de 15:30 a 17:30 horas

## Área ciencias biológicas I

Moderan:

José Regidor García. *Las Palmas*Ana Navarro Arévalo. *Cádiz*

## Mecanismos de envejecimiento

74

**FORMACIÓN DE S-(CARBOXIMETIL) CISTEINA IN VIVO. EFECTO DE LA RESTRICCIÓN DIETARIA**A. Naudí Farré, M. Jové Font, M. Portero Otín y R. Pamplona Gras  
*Universitat de Lleida.*

**Objetivos:** Las vías de señalización redox participan en numerosas funciones celulares fundamentales. Estas vías redox están asociadas con el estrés oxidativo celular y juegan un papel clave en el proceso de envejecimiento. Evidenciar la presencia in vivo de S-(carboximetil) cisteína como nuevo marcador de lesión oxidativa resultante de la reacción no enzimática de compuestos dicarbonilo con grupos tiol en proteínas. Evaluar el efecto de la restricción dietaria, como intervención nutricional que modula el proceso de envejecimiento, sobre el grado de formación de dicho compuesto.

**Métodos:** Detección y cuantificación de S-(carboximetil) cisteína (CMC) y Ne-(carboximetil)lisina (CML) en proteínas mitocondriales de hígado de rata macho Wistar mediante técnicas de espectrometría de masas (EI-SIM-GC/MS). Aplicación de un régimen de restricción calórica y restricción en metionina durante un período de 7 semanas con la detección y cuantificación del mismo.

**Resultados:** Se demuestra mediante espectrometría de masas la formación in vivo del aducto carbonilo-tiol S-(carboximetil) cisteína en proteínas mitocondriales. Los niveles basales de CMC son del mismo orden que CML. Tanto la restricción calórica como restricción en metionina modula la concentración de CMC y CML.

**Conclusiones:** La modificación no enzimática e irreversible de grupos tiol en proteínas por compuestos carbonilo generados oxidativamente se produce in vivo. Estas modificaciones pueden p.e. afectar las vías intracelulares de transducción de señal. La restricción dietaria, que reduce la velocidad de envejecimiento y el estrés oxidativo, también modula el grado de modificación de grupos tiol en proteínas intracelulares.

75

**EFECTO DE LA RESTRICCIÓN CALÓRICA SOBRE EL ESTADO OXIDATIVO EN HÍGADO DE RATÓN**M. Jové Font, A. Naudí Farré, M. Portero Otín y R. Pamplona Gras  
*Universitat de Lleida.*

**Objetivos:** Estudiar los efectos de la restricción calórica analizando distintos parámetros relacionados con el estrés oxidativo en dos grupos experimentales de ratones machos C57/CL6 de 6 meses de

edad: alimentados *ad libitum* (AD) y con restricción calórica del 30% durante 9 semanas (CR).

**Métodos:** Cromatografía de gases acoplada a espectrometría de masas para la cuantificación de marcadores de lesión oxidativa proteica y la composición en ácidos grasos, y inmunodetección por western blot para la estimación del contenido de complejos mitocondriales de la cadena respiratoria, biogénesis mitocondrial y estrés oxidativo.

**Resultados:** Una restricción calórica del 30% reduce la lesión oxidativa de proteínas en hígado de ratón. El contenido de complejos de la cadena respiratoria mitocondrial también se ve afectada por la restricción. Así, aumenta el contenido de los complejos 2 y 3, disminuyen los niveles de complejo 4 y el contenido de complejo 1 no varía. Los niveles de la proteína AIF, presente en la membrana interna mitocondrial, aumentan en el grupo restringido mientras que el contenido de UCP2 disminuye. El marcador de biogénesis mitocondrial, PGC1 $\alpha$ , aumenta en restricción calórica del 30% mientras que los niveles del factor de transcripción Nrf2, regulado por PGC1 $\alpha$ , no varían entre los dos grupos. El grupo restringido presenta un nivel superior de AMPKp/AMPK.

**Conclusiones:** La restricción calórica aplicada durante 9 semanas en ratones macho C57/BL6 disminuye los marcadores de estrés oxidativo en el hígado de ratones de 6 meses de edad induciendo adaptaciones en la mitocondria a nivel de cadena respiratoria y de biogénesis.

284

**LA EDAD Y LA FRAGILIDAD MODIFICAN LAS CURVAS DE GHRELINA Y COLECISTOQUININA (CCK) POST-INGESTA**M. Serra Prat, E. Palomera Fanegas, P. Clavé Civit, M. Roca Fontbona, G. Miró Bedos y C. Espinosa Val  
*Consorci Sanitari del Maresme, Mataró. Barcelona.*

**Objetivo:** La ghrelina y la CCK son señales periféricas que regulan el apetito a nivel central y se ha postulado que pueden jugar un papel importante en la génesis de la anorexia del anciano. El objetivo es caracterizar la curva de ghrelina y CCK en respuesta a una prueba estándar de ingesta, así como evaluar si dichas curvas pueden verse afectadas por la edad o la fragilidad.

**Metodología:** Se describieron y compararon las curvas de ghrelina, CCK, insulina, glucosa y apetito (según EVA) después de un desayuno de 380 kcal entre tres grupos: A) ancianos (> 75 años) frágiles (según criterios de Linda P Fried), B) ancianos (> 75 años) no frágiles y C) adultos jóvenes (entre 25 y 65 años) no obesos (IMC < 30). Se realizó una primera determinación después de 10 h de ayunas (t0) y otras a las 0.5, 1, 1.5, 2, 3 y 4 horas postingesta (t1-t6).



**Resultados:** Se reclutaron 42 sujetos, grupo A: 15, grupo B:10 y grupo C:17. Respecto a las curvas de ghrelina, se observó que los ancianos tenían una recuperación más tardía y menos importante de los niveles de ghrelina que los adultos jóvenes y que la fragilidad se asociaba con unos niveles de ghrelina en ayunas más bajos, pero no afectaba la curva de respuesta. No se observaron diferencias en las concentraciones de CCK en ayunas entre ancianos y adultos jóvenes, pero la respuesta a la ingesta fue más rápida e importante en los adultos jóvenes, sin que se observara ningún efecto de la fragilidad en dicha curva. El área bajo la curva (ABC) de ghrelina, CCK y apetito era significativamente superior y el ABC de insulina y glucosa significativamente inferior en el grupo de adultos jóvenes respecto de los dos grupos de ancianos. Cuando las medias del EVA-apetito en los distintos puntos temporales (t0-t6) se correlacionaron con las medias de ghrelina y CCK (t0-t6), no se observó ninguna correlación entre ghrelina y apetito, pero se observó una importante correlación negativa entre CCK y apetito (grupo A:  $r_s = -0,88$ ;  $p = 0,009$ , grupo B:  $r_s = -0,86$ ;  $p = 0,014$ , y grupo C:  $r_s = -0,71$ ;  $p = 0,071$ ).

**Conclusiones:** Los ancianos, y especialmente los frágiles, muestran una recuperación más lenta de los niveles de ghrelina después de la ingesta, aunque esta hormona no parece determinar el apetito a corto plazo. Contrariamente, los niveles de CCK parecen determinar el apetito/saciedad a corto plazo, pero los resultados del presente estudio no indican, como han apuntado otros autores, que unos niveles elevados de CCK sean una de las principales causas de la anorexia del anciano.

#### 449

##### EL POLIMORFISMO RS754203 DE CYP46A1 Y EL DETERIORO COGNITIVO LEVE. RESULTADOS DEL ESTUDIO DETCOGEN

X. Elcoroaristizabal Martín<sup>1</sup>, F. Gómez Busto<sup>5</sup>, D. Gamarra Fernández<sup>1</sup>, L. Galdos Alcey<sup>4</sup>, M. Fernandez<sup>2</sup> y M. Martínez Pancorbo<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universidad del País Vasco UPV-EHU. Vitoria- Gasteiz; <sup>2</sup>Hospital de Cruces; <sup>4</sup>Hospital de Txagorritxu; <sup>5</sup>Residencia San Prudencio.

**Objetivo:** Analizar el polimorfismo rs754203 (T→C) en el gen CYP46A1 como factor de riesgo de Enfermedad de Alzheimer (EA) y Deterioro Cognitivo Leve Tipo Amnésico (DCL-AT).

**Materiales y métodos:** En este estudio se han incluido 178 pacientes con EA, 200 DCL-AT y 265 controles sanos residentes en la Comunidad Autónoma del País Vasco.

Todos los pacientes han sido examinados con los tests MMSE, la escala Clinical Dementia Rating (CDR), el protocolo CERAD, Stroop test, praxis unilateral y bilateral, test de los 7 minutos y el Inventario Neuropsiquiátrico (NPI). Los criterios clínicos de demencia y EA empleados fueron los DSM IV y NINCDS-ADRDA, y los criterios de Petersen para DCL-AT.

Los análisis genéticos fueron realizados en el Banco de ADN de la Universidad del País Vasco UPV-EHU. Se determinó el genotipo de APOA según Wilton y Lim (1995), mientras que para CYP46A1 se realizó mediante amplificación PCR y posterior análisis de RFLPs pro-

ducidos por el enzima MspI. El riesgo de padecer EA y DCL-AT se determinó mediante un modelo de regresión multinomial, corregido por la edad y el sexo. De la misma forma se eligió un modelo factorial para calcular los efectos sinérgicos.

**Resultados:** Se confirmó el alelo APOE-4 como factor de riesgo independiente tanto para EA como para DCL.

El alelo C  $p < 0,001$  (OR = 7,884 [5,089-12,214]) para DCL-AT y los genotipos CC  $p < 0,001$  (OR = 7,736 [3,215-18,616]) y TC  $p < 0,001$  (OR = 7,906 [5,05-18,276]) del locus CYP46A1 han mostrado ser factores de riesgo independientes para DCL, mientras que esta asociación no fue significativa en los pacientes con EA.

Además se confirmó el efecto sinérgico del alelo C en el SNP rs754203 del locus CYP46A1 y del alelo Apo A-4, con efecto dosis, en DCL, siendo más significativo en los hombres que en mujeres.

**Conclusiones:** El alelo C del SNP rs754203 (T→C) de CYP46A1 se ha confirmado como un factor de riesgo independiente para DCL-AT. Además posee un efecto sinérgico con APOE-4 con efecto dosis, siendo más significativo en el caso de los hombres.

**Palabras clave:** Deterioro Cognitivo Leve, APOE-4, CYP46A1.

#### 451

##### EXACTITUD DEL CÁLCULO DE LA TALLA MEDIANTE LA ALTURA DE LA RODILLA

A. Fernández T, J.L. González Guerrero, O. Gea, J. Mohedano, I. Quintana y A. García Sánchez

Complejo Hospitalario, Cáceres.

**Objetivo:** Conocer la exactitud del cálculo de la talla en las personas mayores mediante la aplicación de dos fórmulas basadas en la altura de la rodilla.

**Método:** En una muestra de pacientes ingresados en la unidad de geriatría de Cáceres se midió la talla (talla 0), así como la altura de la rodilla, y posteriormente se calculó la talla estimada mediante dos fórmulas frecuentemente utilizadas, la de Chumlea et al. (1985) (talla 1) y la de Chumlea et al. (1992) (talla 2). Se presentan los resultados obtenidos tras comprobar la normalidad de la distribución y aplicar la prueba t-Student para muestras pareadas.

**Resultados:** Se registraron 50 pacientes. La edad media fue 84,7 años (rango 68-98), con un 72,3% de mujeres. La media de la talla 1 fue  $1,55 \pm 0,09$ , igual que en la talla 2 ( $1,55 \pm 0,09$ ); en la talla 0 fue  $1,50 \pm 0,11$  ( $p < 0,01$  respecto a ambas tallas estimadas). Las medias de las diferencias entre talla 1-talla 2, talla 1-talla 0 y talla 2-talla 0 fueron: -0,002, 0,06 y 0,06. Al restar la talla1-talla 2 se obtuvieron resultados diferentes a 0 en la talla estimada en el 54,55% de los pacientes (58,3% en sentido negativo y 41,7% en positivo). En los hombres todos los resultados fueron diferentes (todos negativos;  $p < 0,01$ ), mientras que en las mujeres sólo el 37,5% fue diferente (83,3% en sentido positivo;  $p$ : NS).

**Conclusión:** En las personas mayores varían los valores obtenidos al medir la talla y al estimarla mediante la altura de la rodilla. La fórmula utilizada para estimar la talla da resultados diferentes según el sexo de la muestra.

## COMUNICACIONES LIBRES

Sala Andalucía 3

Viernes, 6 de junio de 09:30 a 11:30 horas

## Área Clínica VII

Moderan:

Paloma González García. Teruel

Domingo de Guzmán Pérez Hernández. Lanzarote (Las Palmas)

## Insuficiencia cardíaca y cardiopatía isquémica I

121

## ¿INFRAUTILIZAMOS LA TERAPIA BETABLOQUEANTE EN ANCIANOS?

L. Muñoz Jiménez, C. Urbano Carrillo, R. Peñafiel Burkhardt, E. Esteban Luque, J. Cano Nieto y F. Malpartida Torres  
Hospital Regional Universitario Carlos Haya, Málaga.

**Objetivo:** Entre los pacientes con insuficiencia cardíaca (IC), los pacientes ancianos constituyen una población en la que aún existen ciertas reticencias para el uso de betabloqueantes (BB); si bien, las últimas publicaciones al respecto apoyan el uso de estos fármacos en pacientes seleccionados.

El objetivo de nuestro estudio fue analizar el uso de BB en una Consulta Externa de Cardiología (CE) en pacientes ancianos e identificar las razones para su no prescripción.

**Método:** Estudio transversal descriptivo sobre una muestra de 100 pacientes consecutivos, de edad igual o superior a 75 años, que eran seguidos en CE con juicio clínico de IC. Analizamos la muestra en dos grupos según recibieran o no tratamiento betabloqueante a criterio de su Cardiólogo y comparamos las características de cada uno de ellos.

**Resultados:** Recibían BB un 41,7% de los pacientes. La edad media fue de  $78,9 \pm 3,58$  años, sin diferencias significativas entre los grupos, como tampoco la había en la prevalencia de factores de riesgo cardiovascular, grado funcional (33% en NYHA III en ambos grupos), ni fracción de eyección ( $48,65\% \pm 16,57$  vs  $42,46\% \pm 16,97$ ) en el grupo sin BB). No encontramos diferencias en la etiología de IC: isquémica (57,5% vs 41,1%); valvular (15,6% vs 32,7%), dilatada (40,6% vs 34,7%), hipertensiva (40,1% vs 37,2%).

Se prescribió BB en el 41,7%, sin embargo, sólo tenían verdadera contraindicación para BB un 28,9% de los pacientes, de los cuales, un 65,5% fue por motivos respiratorios (EPOC, asma o hiperreactividad bronquial), 17% por intolerancia (mareos, fatigabilidad...), 13% por hipotensión y 3,4% por arteriopatía periférica severa.

**Conclusiones:** Aunque en dos tercios de los pacientes mayores de 75 años no había contraindicación para recibir betabloqueantes, la prescripción de los mismos sólo se realizó en menos de la mitad de éstos. Tras el análisis de la muestra, no encontramos justificación clínica para la infrautilización de estos fármacos de reconocida eficacia.

161

## FACTORES DE RIESGO DE MORTALIDAD A LOS 30 DÍAS Y AL AÑO EN PACIENTES ANCIANOS CON INSUFICIENCIA CARDÍACA. IMPORTANCIA DEL ESTADO FUNCIONAL Y DE LA PRESENCIA DE SÍNDROMES GERIÁTRICOS

M. Cabre Roure, J. Fernández Fernández, E. Palomerías Fanegas y M. Serra-Prat

\*Unidad Geriátrica de Agudos. Servicio Medicina Interna. Hospital de Mataró.  
\*\*Unitat de Recerca. Consorci Sanitari del Maresme. Barcelona. Hospital de Mataró, Barcelona.

**Objetivo:** Identificar aquellos factores relacionados con la mortalidad a los 30 días y al año en pacientes hospitalizados por insuficiencia cardíaca en una Unidad Geriátrica de Agudos.

**Método:** Estudio observacional prospectivo de seguimiento de una cohorte de pacientes > 70 años con insuficiencia cardíaca hospitalizados, entre enero de 2001 y enero de 2007.

Factores de estudio: edad, sexo, síndromes geriátricos (incontinencia urinaria, incontinencia fecal, úlceras por presión, inmovilidad, caídas, síndrome confusional agudo, síndrome depresivo), índice de comorbilidad de Charlson, TA sistólica, índice de Barthel (IB), creatinina, albúmina, colesterol total, linfocitos, y Mini Nutritional Assessment (MNA).

**Resultados:** Se reclutaron 446 pacientes. El 73,5% mujeres. Edad media de 86,0 años (DE 6,6). IB preingreso, ingreso y alta 71,32, 45,5, i 61,55 respectivamente.

Mortalidad a los 30 días 11,2% y al año 36,6%. En el análisis multivariado el factor de riesgo independiente de mortalidad a los 30 días, fue el IB preingreso < de 40 OR 8,73 (IC 95%: 3,56-21,41) y al año los factores independientes fueron el índice de Charlson OR 1,35 (IC95% 1,08-1,69), edad > 90 a. OR 3,25 (IC95% 1,29-8,16), MNA < 17 OR 4,23 (IC95% 1,62-11,02) y la TA sistólica al ingreso entre 90 y 110 mmHg OR 3,98 (IC95% 1,40-11,29).

**Conclusión:** En pacientes hospitalizados por insuficiencia cardíaca, el estado funcional previo se asocia con el incremento de la mortalidad a los 30 días y la desnutrición juntamente con la edad superior a 90 a. la comorbilidad y la TA sistólica son factores independientes de mortalidad al año.

208

### BENEFICIOS DEL USO DEL TRATAMIENTO CON BETABLOQUEANTES EN ANCIANOS DIAGNÓSTICADOS DE INSUFICIENCIA CARDÍACA

C. Urbano Carrillo, L. Muñoz Jiménez, R. Peñafiel Burkhart, A. Esteban Luque, J. Cano Nieto y F. Malpartida de Torres  
*Hospital Regional Universitario Carlos Haya, Málaga.*

**Objetivos:** El uso de betabloqueantes ha demostrado mejorar el pronóstico de pacientes con insuficiencia cardíaca. Analizamos la repercusión sobre la mortalidad y el número de reingresos del uso de betabloqueantes (BB) en una población de pacientes ancianos, mayores de 75 años, seguidos durante un año.

**Método:** Estudio prospectivo sobre una muestra de 100 pacientes de edad igual o superior a 75 años, que eran seguidos en consulta de Cardiología con juicio clínico de insuficiencia cardíaca (IC). Analizamos la muestra en dos grupos según recibieran o no tratamiento betabloqueante y comparamos las características de cada uno de ellos. En cada grupo se analizó la mortalidad y el número de ingresos en este período.

**Resultados:** Recibían BB un 41,7% de los pacientes. La edad media fue de 78,9 ± 3,58 años, sin diferencias significativas entre los grupos, como tampoco la había en la prevalencia de factores de riesgo cardiovascular, grado funcional (33% en NYHA III en ambos grupos), ni fracción de eyección (48,65% ± 16,57. vs 42,46% ± 16,97) en el grupo sin BB). No encontramos diferencias en la etiología de IC: isquémica (57,5% vs 41,1%); valvular (15,6% vs 32,7%), dilatada (40,6% vs 34,7%), hipertensiva (40,1% vs 37,2%). El análisis multivariante mostró que el número de ingresos/consultas en urgencias por descompensación fue del 22,2% en grupo de BB frente al 77,8% (p < 0,05) La mortalidad en el grupo de los pacientes con BB fue del 41,7% frente al 55,9% del grupo que no los recibía (p = 0,42).

**Conclusiones:** El uso de BB en pacientes ancianos se asocia a menor número de ingresos y, en menor medida, disminuye la mortalidad de causa cardiovascular, independientemente del grado funcional, la fracción de eyección o la etiología de la insuficiencia cardíaca.

213

### REINGRESOS EN LOS TRES MESES SIGUIENTES TRAS ALTA POR INSUFICIENCIA CARDÍACA. VARIABLES ASOCIADAS

F.M. Suárez García, E. Delgado Parada, J.C. Miñana Climent, M. Alonso Álvarez, A.I. González Alonso y E. San Cristóbal Velasco  
*Hospital Monte Naranco, Oviedo.*

**Objetivo:** Identificar variables relacionadas con un nuevo ingreso hospitalario por cualquier causa en los tres meses siguientes a un alta por insuficiencia cardíaca.

**Método:** Se incluyeron de forma prospectiva pacientes con el diagnóstico de insuficiencia cardíaca según criterios de Framingham que ingresaron en una Unidad de Agudos de Geriatria (UGA) entre febrero y julio de 2007. (n: 162; 40,1% varones; edad 84,56 ± 5,8). Se recogieron variables sociodemográficas, funcionales y clínicas, incluyendo la comorbilidad, parámetros ecocardiográficos, analíticos y los fármacos al alta. A los tres meses se recogió telefónicamente y mediante el servicio de admisiones si los pacientes habían ingresado en un hospital por cualquier causa.

**Resultados:** Un total de 55 pacientes (35,7%) ingresaron en un hospital en los tres meses siguientes de recibir el alta (85,5% el primer mes). Existió un 4,9% de pérdidas, por fallecimiento durante el ingreso o por imposibilidad para establecer contacto telefónico a los tres meses. Las variables sociodemográficas y funcionales no mostraron asociación, aunque en el grupo con reingreso había una mayor proporción de hombres, era más joven, vivía en un núcleo urbano y los sujetos presentaban una mayor autonomía para el autocuidado al ingreso. Los parámetros analíticos y ecocardiográficos tampoco mostraron asociación estadísticamente significativa. La presencia de un antecedente de fibrilación auricular (p: 0,031) o de EPOC (p: 0,046) se relacionan de modo significativo con el reingreso. También existe mayor presencia de depresión, hipertensión arterial, insuficiencia renal y anemia en los pacientes que reingresan, aunque sin presentar asociación. El tratamiento al alta es similar, con ligero predominio de espirinolactona y beta-bloqueantes en los pacientes que reingresan.

**Conclusión:** La fibrilación auricular y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica se asocian a un reingreso en los tres meses posteriores a una hospitalización por insuficiencia cardíaca. Las variables funcionales no mostraron asociación.

**Palabras clave:** Insuficiencia cardíaca, anciano, reingreso.

214

### UTILIZACIÓN DE RECURSOS SANITARIOS EN LOS TRES MESES SIGUIENTES AL ALTA DE UNA HOSPITALIZACIÓN POR INSUFICIENCIA CARDÍACA

E. Delgado Parada, V. López Gaona, F.M. Suárez García, " J.C. Miñana Climent, M.T. García Beovides y J.J. Solano Jaurriet  
*Hospital Monte Naranco, Oviedo.*

**Objetivo:** Describir la utilización de recursos sanitarios en los tres meses siguientes a un ingreso hospitalario por insuficiencia cardíaca e identificar los factores relacionados.

**Método:** Se incluyeron de forma prospectiva pacientes con el diagnóstico de insuficiencia cardíaca según criterios de Framingham que ingresaron en una Unidad de Geriatria de Agudos (UGA) entre febrero y julio de 2007. (n: 162; 40,1% varones; edad 84,56 ± 5,8). Se recogieron variables sociodemográficas, funcionales, clínicas, parámetros ecocardiográficos, analíticos y fármacos al alta. Se definió la utilización de recursos sanitarios como la frecuentación de Urgencias por insuficiencia cardíaca o las visitas a Atención Primaria en el mismo contexto. Los datos se recogieron por vía telefónica y se verificaron mediante el servicio de admisiones.

**Resultados:** A los tres meses, un 26,6% de los pacientes precisó de los servicios médicos (9,7% acudió a Urgencias y 20'8% a su Médico de Atención Primaria). El grupo que utilizó alguno de los recursos tenía peor estado funcional al ingreso (IB: 80,5 ± 20,5 vs 90,2 ± 14,7; p: 0,01) y al alta (IB: 72,8 ± 28,3 vs 85,3 ± 18,74; p: 0,02), una mayor dependencia en las actividades instrumentales (I. Lawton 2,7 ± 2,7 vs 4,3 ± 2,5; p: 0,01) y más errores en el T. de Pfeiffer (1,8 ± 2,2 vs 0,8 ± 1,6; p: 0,03). La ausencia de fibrilación auricular se asoció con una mayor utilización de recursos (p: 0,038), sin que se observase significación con el resto de variables de comorbilidad, tratamiento al alta, variables sociodemográficas, analíticas ni ecocardiográficas. En el análisis multivariante se asociaron de forma independiente a un mayor riesgo de acudir a Urgencias y/o al Médico de Atención Primaria la ausencia de fibrilación auricular (OR: 2,2) y una mayor dependencia en las AIVD (OR: 1,3).

**Conclusión:** La situación funcional previa junto con la presencia o no de fibrilación auricular son variables asociadas al uso de recursos sanitarios en los tres meses siguientes a un ingreso por insuficiencia cardíaca.

**Palabras clave:** insuficiencia cardíaca, urgencias, atención primaria, recursos.

215

### MORTALIDAD A LOS TRES MESES DE UN INGRESO POR INSUFICIENCIA CARDÍACA

E. Delgado Parada, S. Gutiérrez Vara, F.M. Suárez García, A.B. Martínez Álvarez, N. Fernández Gutiérrez y E. San Cristóbal Velasco  
*Hospital Monte Naranco, Oviedo.*

**Objetivo:** Describir factores relacionados con mortalidad durante el ingreso y a los tres meses en pacientes con insuficiencia cardíaca.

**Método:** Se incluyeron de forma prospectiva pacientes con el diagnóstico de insuficiencia cardíaca según criterios de Framingham que ingresaron en una Unidad de Agudos de Geriatria (UGA) entre febrero y julio de 2007. (n: 162; 40,1% varones; edad 84,56 ± 5,8). Todos los pacientes fueron valorados en las primeras 24 horas del ingreso hospitalario y al alta. Se recogieron variables sociodemográficas, funcionales, clínicas, de comorbilidad, la terapia farmacológica así como parámetros analíticos, electro y ecocardiográficos. A los tres meses se contactó por vía telefónica con cada uno de ellos para conocer si habían fallecido en ese período.

**Resultados:** La mortalidad a los tres meses fue del 10,1% (2,5% durante el ingreso hospitalario). Los pacientes fallecidos tenían una peor puntuación en el índice de Lawton (p: 0,02), sin que se observasen

diferencias significativas en la capacidad de realizar las actividades básicas de la vida diaria. Del mismo modo, la mortalidad fue mayor en los pacientes institucionalizados ( $p: 0,049$ ). La disfunción sistólica, definida como una fracción de eyección menor de 45, se presentó en un 22% ( $p: 0,01$ ).

La mortalidad no se asoció a la edad, situación cognitiva, NYHA, comorbilidad ni a ninguna de las variables recogidas.

Al realizar un análisis de regresión logística sólo la puntuación en el índice de Lawton (OR: 1,43) y la fracción de eyección menor de 45 (OR: 7,05) se asociaron de forma independiente a una mayor mortalidad.

**Conclusión:** En nuestra muestra, la situación funcional y la fracción de eyección baja se asocian con el fallecimiento a los 3 meses del alta hospitalaria.

**Palabras clave:** Insuficiencia cardiaca, mortalidad, Unidad de Geriátrica de Agudos.

## 216

### CARACTERÍSTICAS DIFERENCIALES DE LOS PACIENTES MUY VIEJOS QUE INGRESAN POR INSUFICIENCIA CARDÍACA

J.C. Miñana Climent, E. Delgado Parada, F.M. Suárez García, V. López Gaona, S. Gutiérrez Vara y A. Medina García  
Hospital Monte Naranco, Oviedo.

**Objetivo:** Conocer las características diferenciales de los pacientes de 85 ó más años que ingresan por insuficiencia cardiaca en una Unidad de Geriátrica de Agudos (UGA).

**Método:** Se incluyeron de forma prospectiva pacientes con diagnóstico de insuficiencia cardiaca según criterios de Framingham que ingresaron en una UGA entre febrero y julio de 2007 ( $n: 162$ ; 40,1% varones; edad  $84,56 \pm 5,8$ ). Se recogieron variables sociodemográficas, funcionales, de comorbilidad, así como parámetros clínicos, analíticos, electrocardiográficos, ecocardiográficos y farmacoterapia. Al alta del paciente se determina su situación funcional. Se compararon los pacientes de 85 o más años con los menores de 85 años.

**Resultados:** El 48,8% de los pacientes tenía 85 o más años (73,4% mujeres;  $p: 0,00$  y 75,9% sin cónyuge;  $p: 0,03$ ). Eran más dependientes para actividades básicas de la vida diaria y presentaban una peor puntuación en el Índice de Lawton previo ( $p: 0,00$ ). Este grupo presentó un mayor número de errores en el Test de Pfeiffer ( $p: 0,05$ ) y una estancia más prolongada aunque sin asociación. Al alta eran más dependientes ( $p: 0,01$ ) y el porcentaje de sujetos con pérdida funcional era mayor (61,3%;  $p: 0,03$ ). La prevalencia de demencia fue mayor (12,7%;  $p: 0,013$ ) y la de diabetes mellitus menor (16,5%;  $p: 0,00$ ). El resto de patologías no presentó asociación, así como ninguno de los parámetros clínicos, analíticos, electro ni ecocardiográficos recogidos. En estos pacientes se prescribieron al alta menos diuréticos, espirolactona, beta-bloqueantes, IECAs y digoxina aunque las diferencias tampoco fueron significativas.

**Conclusión:** El sexo, el estado civil, la diabetes mellitus, la situación cognitiva y la evolución funcional son los parámetros diferenciales que mejor caracterizan a los pacientes más ancianos que ingresan por insuficiencia cardiaca en nuestra UGA.

**Palabras clave:** edad, insuficiencia cardiaca, variabilidad.

## 336

### INFLUENCIA DE LA INSUFICIENCIA CARDÍACA EN LOS RESULTADOS DE UNA UNIDAD DE MEDIA ESTANCIA-CONVALECENCIA

E. Betancor Santana, A. Rossi, B. Fontecha Gómez y P. Sánchez Ferrín  
Hospital Sociosanitario de L'Hospitalet, Barcelona.

**Objetivo:** Evaluar la prevalencia de insuficiencia cardiaca (IC) en una unidad de convalecencia, y la influencia de ésta en los resultados obtenidos.

**Material y método:** Revisión retrospectiva de 355 informes de alta correspondiente a la actividad de 2007 de la unidad de Convalecencia. Se identificó IC cuando figuraba como motivo de ingreso o comorbilidad relevante. Análisis estadístico con SPSS:  $\chi^2$  para variables cualitativas (corrección de Yates) y t Student para variables cuantitativas; intervalo de confianza 95%.

**Resultados:**  $n = 355$  casos (51% mujeres). Edad media 77,61 años ( $\pm 9,90$ ). IC 74 casos (20,8%).

	Edad	Barthel ingreso	Barthel previo	Barthel alta	Estancia	Eficiencia	Exitus	Motivo ingreso médico/ no médico
No IC	77,02 $\pm$ 10,13	48,27	82,07	71,97	43,61	0,74	13	73/208 (68%) (62,4/87,4%)
IC	79,86 $\pm$ 8,62	46,15	82,03	66,47	31,61	0,61	6	44/30 (32%) (37,6/12,6%)
p	0,11	0,14	0,08	0,75	0,01	0,53	0,37	< 0,001

**Conclusiones:** 1. No existen diferencias estadísticamente significativas en cuanto a situación funcional previa, eficiencia, ganancia funcional y mortalidad entre los casos con y sin IC. 2. La IC no afecta de forma significativa los resultados de la unidad de Convalecencia referidos a ganancia funcional, eficiencia y mortalidad. 3. Los pacientes con motivo de ingreso no médico (COT, neurológico y miscelánea) presentaban menor prevalencia de IC, y una estancia significativamente mayor que los pacientes con motivo de ingreso médico ( $47,58 \pm 37,95$  días vs  $27,94 \pm 22,62$ ,  $p < 0,05$ ). 4. La mayor estancia en pacientes sin IC se asume en el contexto de patologías más invalidantes como causa de ingreso, por ejemplo ictus o patología ortogeriátrica.

## 392

### CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES INGRESADOS POR INSUFICIENCIA CARDÍACA A UNA UNIDAD GERIÁTRICA DE ANCIANOS

A. Vilches Moraga, C. Rodríguez Pascual, C. González Ríos, A. López Sierra, M.T. Olcoz Chiva y M. Torrente Carballido  
Hospital do Meixoeiro, Complejo Universitario de Vigo.

**Objetivos:** Describir las características de los pacientes ingresados en nuestro servicio de geriatría por primera vez con un diagnóstico de IC.

**Metodología:** Se analizaron prospectivamente un total de 199 pacientes ingresados en nuestro servicio con un diagnóstico de IC entre el 1 de octubre de 2006 y 31 de septiembre de 2007.

**Resultados:** La edad media fue de 85,9 años, el 89% vivía en domicilio y el 77% tenía función sistólica conservada. El motivo principal de consulta fue la disnea en reposo (54,8%) y las infecciones fueron el más frecuente factor precipitante. El 46,7% presentaba CRF  $> 2$ , el 49,1% tenía Katz D o superior y el 24,1% tenía un diagnóstico previo de demencia. El Test de Lobo al alta fue menor de 21 en 19,6%; 39 pacientes (19,6%) puntuaron por encima de 5 en el Test de Yesavage mientras la puntuación media del MLWHFQ fue de 36,9. Un total de 88 pacientes (44,2%) desarrollaron delirium y 131 deterioro funcional durante el ingreso. La edad media e índice de comorbilidad de Charlson fueron de 10,31 días y 4,47 respectivamente, y 19 mujeres y 12 hombres murieron.

**Conclusiones:** Los pacientes ingresados a nuestro servicio por primera vez con un diagnóstico de IC pertenecen a un grupo de individuos muy ancianos con gran carga de enfermedad, discapacidad física y mental, pobre calidad de vida, frecuentes trastornos del estado de ánimo y alta mortalidad. Estos sujetos son habitualmente excluidos de los ensayos clínicos y estimamos que es necesario incluirlos en futuros proyectos de investigación.

## 431

### FACTORES RELACIONADOS CON EL ADECUADO MANEJO DE PACIENTES MUY ANCIANOS VULNERABLES HOSPITALIZADOS POR INSUFICIENCIA CARDÍACA (IC). SEGUIMIENTO A 12 MESES

A. Esteve Arrien<sup>2</sup>, J. Minaya Saiz<sup>2</sup>, G. Domínguez de Pablos<sup>2</sup> y D. López Macías<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Central de La Cruz Roja, Madrid. <sup>2</sup>Hospital Guadarrama, Madrid.

**Objetivos:** Describir factores relacionados con la adecuación del manejo de IC a las recomendaciones de la Sociedad Americana de



Geriatría (2007). Describir si el seguimiento de las guías farmacoterapéuticas se relaciona con menor incidencia de éxitus o reingreso a un año.

**Métodos:** Estudio observacional prospectivo. 104 mayores de 85 años ingresados en dos años con insuficiencia cardiaca descompensada en un hospital de apoyo. Se siguió a los pacientes telefónicamente 12 meses. Se utilizaron los tests de Chi cuadrado con correcciones de Yates y Fisher y el T Student con la U de Mann Whitney. Los datos se analizaron con el programa SPSS 13.0.

**Resultados:** Muestra de 104 casos, con edad  $90 \pm 3$  años, pérdida de actividades básicas de  $4 \pm 2$ , Pfeiffer al ingreso medio  $3,4 \pm 3,2$ , Charlson  $2,67 \pm 1,8$ . Estadio IC: 30% NYHA II y 36% NYHA III, reci-

bieron IECA/ARA II 48%, espironolactona 22%, digoxina 14% y Bbloqueantes 12,5%. Se anticoaguló por avance de la IC al 4%. La situación funcional basal se relacionó con el uso de Bbloqueantes y anticoagulación. Los éxitus al año fueron 45,2%, reingresos 9,6%. Los que tomaban IECAS/ARAII murieron menos ( $p > 0,001$ ) pero reingresaron más ( $p 0,002$ ), al igual que espironolactona ( $< \text{éxitus } p 0,001, > \text{ reingresos } p 0,02$ ).

**Conclusiones:** El grado de adecuación en el manejo de la IC es bajo. En pacientes con menor deterioro funcional se siguen más las recomendaciones clínicas. El seguimiento de las guías farmacoterapéuticas se asoció con menor riesgo de éxitus a un año, pero no con menos reingresos.

## COMUNICACIONES LIBRES

Sala Andalucía 2

Viernes, 6 de junio de 09:30 a 11:30 horas

## Área Clínica VIII

Moderan:

Luis Benítez Ragel. *Cádiz*Primitivo Ramos Cordero. *Madrid*

## Insuficiencia cardíaca y cardiopatía isquémica II

483

## CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES GERIÁTRICOS CON INSUFICIENCIA CARDÍACA

J.L. González Guerrero<sup>2</sup>, T. Alonso Fernández<sup>2</sup>, J. Mohedano<sup>2</sup>, O. Gea<sup>2</sup>, I. Quintana<sup>2</sup> y J.M. Ribera Casado<sup>1</sup><sup>1</sup>Hospital Clínico San Carlos, Madrid. <sup>2</sup>Complejo Hospitalario, Cáceres.

**Objetivo:** Conocer, mediante el cuestionario Minnesota Living With Heart Failure (MLWHFQ), la calidad de vida en pacientes con diagnóstico de insuficiencia cardíaca aguda (IC) dados de alta en nuestra Unidad Geriátrica de Agudos.

**Método:** Encuadrado dentro de un programa de seguimiento tras el alta hospitalaria de pacientes mayores de 65 años con IC, en el ámbito de una Unidad de Geriatria, se presenta el análisis de la correlación entre la puntuación obtenida en el cuestionario y los datos demográficos, historia clínica, exploración y pruebas complementarias de los pacientes incluidos en el programa.

**Resultados:** La muestra tenía una edad media de 84,7 años (rango 68-98), un 72,3% de mujeres, y presentaba analfabetismo en el 46,8%. La puntuación media del MLWHFQ (rango 0-105 puntos) fue 46,9 ± 17,49, en el apartado funcional 23,57 ± 9,63 y en el afectivo 11,29 ± 7,2. Se objetivó correlación entre el MLWHFQ total y la edad y el índice de Charlson, así como entre el MLWHFQ funcional y el índice de Charlson, y el MLWHFQ afectivo y la edad y la presencia de anemia.

**Conclusiones:** Se han obtenido en el MLWHFQ unas puntuaciones similares a las de un reciente estudio multicéntrico español. La mayor edad y comorbilidad se han correlacionado de forma significativa con una peor calidad de vida.

502

## EVALUACIÓN PROSPECTIVA DE UN PROGRAMA DE GESTIÓN DE INSUFICIENCIA CARDÍACA LLEVADO POR MEDICINA INTERNA Y GERIATRÍA

S. Nieto, N. Muñoz, M. Méndez, P. Renieblas, L. Audibert y J. Ortiz  
Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid.

**Introducción y objetivo:** Los programas de gestión de insuficiencia cardíaca (IC) mejoran resultados y la mayor parte dependen de los servicios de cardiología. No obstante, una gran parte de los cuidados del anciano con IC lo realizan los servicios de medicina interna y ge-

riatría sin integración con estos programas. Para resolver este problema, se adoptó un programa multidisciplinar en ancianos con IC.

**Métodos:** Se estableció un hospital de día (HD) de IC llevado por internistas y enfermería, con valoración por geriatría. La intervención incluía educación, visitas bimensuales al HD, ajuste de medicación, tratamiento de anemia, contacto telefónico y valoración y manejo geriátrico. Los resultados principales incluían comparar los reingresos globales y por IC durante un seguimiento de hasta 2 años antes y después de la intervención en HD, y la utilización de medicaciones cardiovasculares.

**Resultados:** Se incluyeron 270 pacientes, edad media 78 ± 8 años; 58% mujeres; 64% con independencia completa en las AVD básicas; índice de Charlson 3,0 ± 1,9; clase funcional NYHA II/III: 62%/35%; 47% con fracción de eyección preservada (≥ 50%); 48% con anemia (Hb < 12,5 g/dL); 64% con insuficiencia renal (FG < 60 ml/min.). Se redujo la proporción de ingresos globales de 91% a 49% (p < 0,0005) y de ingresos por IC de 89% a 26% (p < 0,0005). Durante el seguimiento, mejoró significativamente la anemia y la utilización de inhibidores de la ECA y beta-bloqueantes.

**Conclusiones:** Este programa de medicina interna y geriatría, diseñado para pacientes ancianos con IC es factible, disminuye los reingresos hospitalarios y mejora la utilización de medicaciones cardiovasculares. Debe estudiarse la ampliación de estos programas al anciano con IC y deterioro funcional severo en domicilio

519

## SITUACIÓN NUTRICIONAL EN PACIENTES DE EDAD AVANZADA CON INSUFICIENCIA CARDÍACA (IC) EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL DE BARCELONA

C. Pérez Bocanegra, J. Prieto Toribio, R. Solans Laque, A. Massana, A. San José Laporte y M. Vilardell Tarrés  
Hospital Vall d'Hebron, Barcelona.

**Objetivo:** Conocer la situación nutricional de pacientes mayores de 65 años con IC en una unidad de geriatría de un hospital general de tercer nivel.

**Pacientes y método:** Se seleccionaron aleatoriamente 93 pacientes ≥ 65 años de edad con el diagnóstico de IC a los cuales se realizó una historia clínica completa, valoración geriátrica integral, incluyendo la nutricional mediante MNA (mini-nutritional assessment) y determinación de IMC (índice de masa corporal), y, analítica general incluyendo hemograma con determinación de linfocitos totales, estudio de

anemia, colesterol total y sus fracciones, proteínas totales y albúmina. Todos los pacientes se incluyeron en una base de datos y se realizó un análisis descriptivo mediante el paquete estadístico SPSS 12.0 para Windows.

**Resultados:** La edad media era de 81,47 años (6,74). Sesenta y seis (71%) pacientes eran mujeres y 27 (29%) hombres. La media del índice de Charlson fue 3,22 (1,72). El IMC se determinó en 50 pacientes, siendo < 25 en 20 de ellos, ≥ 25 y < 30 en 16 (sobrepeso) y ≥ 30 en 14 pacientes (obesidad); en total el 60% de pacientes tenían un IMC por encima de la normalidad. A 56 pacientes se les realizó un MNA, cuya media fue de 20,09 (4,10) (riesgo de malnutrición, 17-23,5). El análisis de los diferentes subgrupos según los resultados del MNA mostró que 9 (16,09%) pacientes tenían un MNA < 17 (malnutrición), 36 (64,28%) estaban en riesgo y 11 (19,64%) tenían un MNA ≥ 24 (estado nutricional satisfactorio). Veinte (22,73%) pacientes (n = 88) tenían menos de 1000 linfocitos totales, en 33 (38,37%) casos el colesterol total estaba por debajo de 150 mg/dl, la albúmina era inferior a 3,4 mg/dl en 35 (40,23%) (n = 87), y mostraron un déficit de vitamina B12 (B12 < 360 pg/ml) 23 (28,05%) pacientes (n = 82).

**Discusión:** La valoración del estado de nutrición indicó que la mayoría de pacientes mayores presentaban malnutrición o riesgo de malnutrición. También se han mostrado de utilidad la determinación de colesterol total en sangre, la albúmina y los linfocitos totales. Debido a la alta prevalencia de alteraciones nutricionales en pacientes ancianos con IC, creemos que sería muy importante para su manejo la detección precoz de dichas alteraciones y probablemente una intervención nutricional durante el ingreso hospitalario y al alta, así como un estrecho seguimiento.

## 524

### CARACTERÍSTICAS DE UNA COHORTE HOSPITALARIA DE PACIENTES DE EDAD AVANZADA AFECTOS DE INSUFICIENCIA CARDIACA (IC)

J. Prieto Toribio, C. Pérez Bocanegra, R. Solans Laque, L. Luque, A. San José Laporte y M. Vilardell Tarrés  
Hospital Vall d'Hebron, Barcelona.

**Objetivo:** valoración de las características de una población hospitalaria ≥ 65 años afecta de IC.

**Pacientes y métodos:** Se ha seleccionado de forma aleatorizada una población hospitalaria de 93 pacientes con diagnóstico de IC de una Unidad de Geriatria en un Hospital de tercer nivel. Se excluyeron aquellos pacientes en una situación terminal-paliativa así como con dificultades para el seguimiento. El análisis estadístico se ha llevado a cabo a través del paquete estadístico SPSS.12 para Windows.

**Resultados:** Sesenta y seis (70,96%) eran mujeres y 27 (29,03%) varones con una edad media de 81,47 años. Un 17,64% eran independientes para las ABVD, un 72,06% y un 10,29% presentaban una dependencia moderada y severa respectivamente. La media del índice de Charlson fue de 3,22. Un 82,4% eran hipertensos, un 40,7% diabéticos y un 52,7% dislipidémicos. Padeían cardiopatía isquémica un 41,8%, un 40,7% broncopatía crónica, un 37,1% fibrilación auricular y un 75% insuficiencia renal (Fórmula de Cockcroft). Respecto a la IC, predominaba la FE del VI preservada (68,35%). La mayoría de ellos (97,7%) se encontraban en estadio C, presentando clase funcional según la NYHA de II y III un 44,2% y un 53,5% respectivamente. Un 66,7% presentaban anemia, existiendo ferropenia en un 31,4% y déficit de vitamina B12 (< 360 pg/ml) en un 28,05%. En cuanto al tratamiento farmacológico, un 38,9% de los pacientes tomaban IECAs y un 25,6% ARA-II; sólo un 25,6% recibían betabloqueantes.

**Conclusiones:** Entre la población hospitalaria de más de 65 años con IC en nuestra Unidad predominan las mujeres. Destaca en la población anciana un alto índice de comorbilidad, que obliga a un manejo integral del paciente con destreza y conocimiento en numerosas áreas médicas. En nuestra población, predomina la IC con FE VI preservada, más relacionado con la HTA, frente a la IC con FE deprimida, más prevalente en pacientes con antecedente de cardiopatía isquémica. Existe una alta prevalencia de anemia, de origen multifactorial pero con importante contribución del déficit de hierro y Vit B12, lo que obliga a su temprana detección y corrección. Se constata como la prescripción de fármacos que han demostrado una mejoría en la morbilidad y supervivencia en la IC distan de lo esperable, seguramente en relación a la edad de los pacientes, las comorbilidades, el miedo a efectos secundarios o al desconocimiento de las sugerencias terapéuticas actuales.

## 68

### TRATAMIENTOS CON DIGOXINA: RIESGO DE INTERACCIONES EN ANCIANOS POLIMEDICADOS

M.J. De Juan García<sup>1</sup>, J.A. de Antonio Veira<sup>2</sup> y C. Pagán Pomar<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitario Son Dureta, Palma de Mallorca. <sup>2</sup>Residencia Geriátrica "Llar Dels Ancians".

**Objetivo:** Dada la frecuencia y gravedad en geriatría de las intoxicaciones digitálicas: 1) Revisar los tratamientos con digoxina, valorando riesgo de interacciones con el tratamiento concomitante y su severidad. 2) Analizar que medicamentos o grupos de ellos utilizados con frecuencia en nuestra población podrían interaccionar al añadirlos a pacientes tratados con digoxina.

**Método:** Estudio prospectivo observacional sobre los tratamientos con digoxina de una población geriátrica institucionalizada (385 residentes, edad media 83 años). Búsqueda de interacciones con digoxina y su relevancia usando cuatro bases de datos y cruzando sus resultados (Drug Digest, Micromedex, Lexi-comp y Drugs.com)

**Resultado:** El 3,8% de nuestra población (15 pacientes) recibe tratamiento con digoxina. Todos ellos pluripatológicos y polimedcados (media 10 medicamentos por paciente). Número total de interacciones 64 (de 1 a 8 por paciente). Por medicamentos, 12 interacciones omeprazol, 6 enalapril, 6 lorazepam, 5 atorvastatina, 4 metformina, torasemida y furosemida, 2 alprazolam, bisoprolol, levotiroxina, espirinolactona y tramadol. Por severidad, 2 mayores (amiodarona, clortalidona), el resto moderadas. La mayoría (88%) implican aumento de la toxicidad por digoxina.

**Conclusiones:** 1) Riesgo elevado de interacciones por edad polimedicación y pluripatología. 2) Monitorizar y modificar la dosis de digoxina si fuera necesario frente a cualquier cambio en dosis de la medicación concomitante implicada en interacciones probables con digoxina. 3) un número elevado de medicamentos utilizados con frecuencia en nuestra población (atorvastatina, diuréticos, benzodiazepinas, inhibidores de bomba de protones, beta-bloqueantes, macrólidos etc) podrían interaccionar al añadirlos a un tratamiento con digoxina, por lo que deberían monitorizarse niveles y clínica de toxicidad.

## 422

### FIBRILACIÓN AURICULAR (FA) EN ANCIANOS

S. Frutos Díaz, C. Pablos Hernández, E.H. Azaña Fernández y T. Guevara Guevara

Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

**Objetivos:** 1) Valorar las características clínicas de pacientes ingresados en un Servicio de Geriatria con diagnóstico FA, 2) correlacionar el tratamiento con su situación funcional.

**Material y método:** Estudio retrospectivo de un año (2007). Se analizaron informes de alta: aspectos demográficos, situación funcional, diagnóstico, tratamiento y complicaciones en el seguimiento. Análisis estadístico SPSS 12.0

**Resultados:** 140 pacientes. Edad media: 86.04 años. Mujeres: 61,4% Casos nuevos: 18%. El 32,4% con respuesta ventricular rápida en primer ECG. *Situación funcional:* Índice Katz ≤ C: 40%. Barthel ≥ 80: 38,4%. CRF ≤ 2: 50%. *Datos clínicos:* Consumen > 5 fármacos: 59%. Incontinentes: 72%. Desnutridos: 43%. *Antecedentes cardiológicos:* HTA 72%, enf valvular: 32%, miocardiopatía 42%, enf coronaria: 26,4% enf cerebrovascular previa 10%. *Tratamiento al alta:* sintrom: 41%, digoxina 49,3%, amiodarona 2,1%, BetaB 10%, Bloqueantes CC: 7%, antiagregación 48% (de ellos AAS 40%). *Seguimiento a 6 meses:* Muertes: 7,1%. ACV 10,8%, Hematoma subdural 5,7%, hemorragia digestiva 8,6%. Analizamos antiagregación vs anticoagulación: AAS: en 34% de Katz ≤ C, en 44,6% Katz > C; Sintrom: en 50% Katz ≤ C, en 34% Katz > C (p: 0,91); AAS en 35,6% Barthel < 80, en 32% Barthel > 80; sintrom en 57% Barthel < 80, en 35% Barthel > 80 (p: 0,328). CRF: AAS en 38,6% CRF < 3, en 60,9% CRF > 3; sintrom en 61,4% CRF < 3, en 39,1% CRF > 3 (p < 0,025).

**Conclusiones:** 1) 18% de diagnósticos de FA se produce durante el ingreso, 2) El antiarrítmico más utilizado es la digoxina, seguido de BBloqueantes, 3) La proporción de sujetos anticoagulados al alta es muy baja, 4) Los pacientes anticoagulados están en mejor situación funcional (Barthel, Katz) y mejor condición física (CRF).

**MORBILIDAD Y MORTALIDAD EN PACIENTES GERIÁTRICOS CON TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE ORAL**

R. Bielza Galindo<sup>2</sup>, J. Galindo Ortiz de Landazuri<sup>2</sup>, C. Pastor Ochoa<sup>2</sup>, D. Ramón del Río<sup>1</sup> y G. Pérez Clavijo<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital San Jorge, Huesca. <sup>2</sup>Hospital Provincial Sagrado Corazón de Jesús, Huesca.

**Introducción:** El tratamiento con fármacos antivitaminas K exige un cuidadoso control, ya que su farmacocinética se ve afectada en diferentes circunstancias que concurren en el anciano y de un modo especial, en el paciente geriátrico atendido en un centro hospitalario, lo que puede provocar falta de eficacia (trombosis) o un evento hemorrágico por exceso. Para evitar estos riesgos se emplea la prueba analítica conocida como INR (razón normalizada internacional) cuyo rango óptimo oscila entre 2 y 4, dependiendo de la indicación. En la literatura hay pocos estudios que centren su interés en evaluar la calidad del control de la coagulación en el paciente geriátrico, lo que genera dudas en su aplicación.

**Objetivos:** Investigar la calidad del control de la coagulación y la morbi-mortalidad de causa hemorrágica en pacientes geriátricos en tratamiento anticoagulante oral (TAO) atendidos en un centro hospitalario.

**Pacientes y método:** *Diseño:* Estudio descriptivo de series de casos. Se incluyen los pacientes ingresados (N = 80) en nuestro centro desde Junio de 2007 hasta Febrero de 2008 en TAO. Para cada caso se recogió información relativa a datos demográficos, motivo de indicación de TAO, valores de la INR recomendados, número de controles durante el ingreso, número de controles dentro y fuera de rango, complicaciones hemorrágicas (graves y leves), dosis total semanal, polifarmacia (3 o más fármacos) e índice de Barthel al ingreso (IBI).

**Resultados:** De los 80 pacientes incluidos, la edad media era de 81,5 años, con un IBI medio al ingreso de 34,9 y un 51,2% eran mujeres. La fibrilación auricular fue la principal indicación (85%), seguida de la enfermedad tromboembólica venosa (8,8%), las prótesis valvulares (3,8%) y las valvulopatías (2,5%). La dosis promedio semanal fue de 10,85 mg, se realizaron 588 controles y el 52,6% están en un rango de 2 a 4. Se detectaron 12 eventos hemorrágicos, 3 de ellos (0,5% de los controles) graves, no se registraron eventos tromboembólicos, ni fallecimientos.

En los pacientes con complicaciones hemorrágicas se observó un mayor número de controles fuera de rango [1,30 vs 3,33, (p < 0,001)]. Sin embargo la edad o el Barthel no se relacionaron con una necesidad de hacer más controles, con más registros fuera de rango, ni tampoco con un mayor número de complicaciones hemorrágicas.

**Conclusiones:** 1. La incidencia de efectos adversos que afectan a los pacientes geriátricos en TAO controlados en nuestra unidad hospitalaria es baja y similar a la registrada en grandes series referidas a pacientes jóvenes. 2. La edad no es un factor independiente que determine un peor control, ni una mayor morbi-mortalidad hemorrágica en nuestros pacientes.

**SEGÚN GUÍAS ES RECOMENDADA LA ANTICOAGULACIÓN EN PACIENTES CON EL FIN DE REDUCIR MORTALIDAD Y NUEVOS EVENTOS**

L. Morelo Negrete

Hospital Universitario San Ignacio, Bogotá. Colombia.

**Objetivo:** Describir casos de ancianos anticoagulados con caídas accidentales y graves consecuencias.

**Metodología:** Reporte de casos de urgencias 3 meses Sanatorio Nuestra Señora del Rosario, Madrid.

**Resultados:** Caso 1 Mujer 76 años con ictus de repetición hipertensión arterial y dislipemia cae en la ducha con fractura de cara, trauma facial y de cráneo leve. Caso 2 Mujer 84 años con cardiopatía isquémica tipo infarto, diabética cae al salir de la cama; trauma facial con fracturas múltiples en cara, hematomas. Caso 3 Varón 80 años con fibrilación auricular, pluripatología, extabaquismo pesado; cae al levantarse de la cama trauma craneoencefálico leve, no lesiones visibles. Caso 4 Varón 82 años cardiopatía dilatada más arritmia, cae por presíncope. Buena funcionalidad en básicas e instrumentales sin deterioro cognitivo, 3 vivían solos, adecuada red de apoyo. Llegan conscientes con evaluación neurológica normal. Recibían anticoagulación oral

por más de 1 año con INR actual superior a 4,5 y TAC inicial normal. 3 cayeron al levantarse por la noche, 1 en el baño. Se hospitalizan y revierte anticoagulación. Evolucionan 3 en 72 horas a hematoma subdural masivo, 1 hemorragia subaracnoidea. Se realiza manejo con desenlace final 4 casos éxitos.

**Conclusiones:** Las indicaciones de anticoagulación son claras. En el caso de ancianos las precauciones en seguimiento deben ser rigurosas, sin olvidar recomendaciones en prevención de factores de riesgo y caídas siendo por esto importante el apoyo familiar y capacitación en cuidados.

**DIFERENCIAS DE TRATAMIENTO AL ALTA DEL SÍNDROME CORONARIO AGUDO EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS**

R. Peñafiel Burkhardt, A. González González, A. García Bellón, D. Delgado Prieto y M. de Mora Martín

Hospital Regional Universitario Carlos Haya, Málaga.

**Introducción:** Aunque cada vez más tratamos a los pacientes en función de su calidad de vida en vez de su edad cronológica, ésta sigue siendo elemento importante en el manejo del SCA.

**Objetivo:** Conocer la diferencia en el planteamiento diagnóstico y terapéutico en los > 75 años respecto a los menores de esa edad, ingresados por SCA en nuestro hospital de tercer nivel.

**Material y métodos:** Analizamos retrospectivamente los datos de 380 ingresos por SCA en el último semestre de 2007. Describimos el perfil epidemiológico, realización de estudio hemodinámico, revascularización y prescripción al alta.

**Resultados:** El 30% eran > 75a, el 57% varones, el 73% lo eran < 75a. Respecto a los FRCV: eran hipertensos el 80% de > 75a y el 62% de los < 75a (p < 0,05), diabéticos el 38% > 75a y el 34% de los < 75a (NS), obesos el 7% de los > 75a y el 12% de los < 75a. Antecedentes de c. isquémica el 62% de los > 75a y el 55% de < 75a (NS). Revascularización previa 20% > 75a y el 30% < 75a. La FE estaba deprimida en el 55% > 75a y el 37% < 75a. (p < 0,05). Ingresaron por SCASEST el 78% y el 22% por SCAEST de > 75a, frente al 77% SCASEST y el 22% SCAEST de < 75<sup>a</sup> (NS). Se realizó coronariografía al 80% de < 75a y al 36% de > 75<sup>a</sup> (p < 0,05). Se revascularizó al 57% de < 75a y al 20% de > 75a, con similar proporción stent recubiertos. Se prescribieron betabloqueantes al 57% entre los > 75a y el 73% en los < 75 a (p < 0,05), IECAS el 70% s > 75 y el 42% s < 75a, ARA II el 64% en > 75a y el 20% < 75 (ambos p < 0,05). Antiagregación con AAS el 95% en < 75a y el 96% en < 75<sup>a</sup> (NS); con clopidogrel el 54% en > 75a y 73% en < 75<sup>a</sup> (p < 0,05). NTG el 97% en ambos grupos. Estatinas el 84% en > 75a y el 89% en < 75a (NS). No había diferencias significativas en el uso de metformina y/o insulina.

**Conclusiones:** Se observan diferencias en los dos grupos de enfermos en cuanto a sexo de los pacientes, mayor hipertensión, función sistólica y tratamiento agresivo. Aunque la prescripción de beta-bloqueantes fue alta en > 75 a, sigue siendo menor que en el otro grupo, no así la antiagregación con AAS y uso de estatinas que es similar. El uso de IECAS y ARA II es mayor en el grupo de más edad.

**VALORACIÓN DE LA ACTUACIÓN REALIZADA EN URGENCIAS DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL EN PACIENTES > 65 AÑOS CON SCA**

J.F. Romero Aguilar, O.J. Simón Padilla, C.A. Yago Calderon,

A. Buforn Galiana y A. García Alcántara

Hospital Clínico Virgen de la Victoria, Málaga.

**Objetivo:** Valoración global de la actuación realizada en Urgencias de un hospital de tercer nivel en una población de pacientes > 65 años con SCA.

**Metodo:** Estudio descriptivo de datos recogidos del proyecto ARIAM-Andalucía.

**Resultados:** En este periodo de tiempo se atendieron 277 pacientes > 65 años con SCA, de los cuales 70,04% presento SCACEST y un 29,96% SCASEST. Edad media de 73 años, Mujeres 31,77%. Mortalidad intraUCI 8,66%, Estancia media UCI 3 días. *Procedencia:*



C.S/DCCU 62%, 061/112 34%, Transporte no médico 2%, otros 3%. Retraso Inicio síntomas/atención por el sistema 177,3 min; Retraso inicio Síntomas/llegada Hospital 334,4 min; Retraso Llegada hospital/realización ECG 6,8 min. Índice Killip Máximo: I 64%, II 14% III 14% IV 8%; FRCV: Ninguno 2,54%, Isquemia previa 32,72%, Fumadores 19,6%, Exfumadores 29,09%, Dislipemia 34,54%, Diabetes 43,27%, HTA 60%, Antecedentes Familiares 4,72%.

**Conclusiones:** En pacientes > 65 años predomina el SCACEST 2,3:1 frente SCASEST. El SCA es más frecuente en varones en relación 3:1 frente a mujeres. La mortalidad fue del 8,6% en nuestra muestra. La mayoría de los pacientes presentaba un Killip previo en estadio I. Los pacientes han presentado una estancia media area urgencias de 3 días. Se observa un retraso desde el inicio de los síntomas hasta atención hospitalaria de más de 5 horas de media. El tiempo medio de realización inicial de ECG en hospital fue de 6 minutos. Los FRCV más prevalentes fueron la HTA y DM.

## 204

### SITUACIÓN SOCIAL PREVIA Y TRES MESES DESPUÉS DE UN INGRESO HOSPITALARIO POR INSUFICIENCIA CARDÍACA

C.B. Martínez de Vega Fernández, M.T. Miranda Robles, E. Delgado Parada, M.E. Bigotes Argüelles, V. López Gaona y J.C. Miñana Climent

*Hospital Monte Naranco, Oviedo.*

**Objetivo:** Describir la situación social previa de los pacientes que ingresan en una Unidad de Geriatria de Agudos (UGA) con el diagnóstico de insuficiencia cardiaca y los factores asociados a un cambio en la misma a los tres meses del alta hospitalaria.

**Método:** Se incluyeron de forma prospectiva pacientes con diagnóstico de insuficiencia cardiaca que ingresaron en una UGA entre febrero y julio de 2007. (n: 162; 40,1% varones; edad 84,56 ± 5,8).

Todos los pacientes fueron valorados en las primeras 24 horas del ingreso recogiendo variables sociodemográficas y de apoyo social. A los tres meses se contactó por vía telefónica con cada uno de ellos para conocer cambios en el lugar o tipo de convivencia.

**Resultados:** El 90,1% de los pacientes mantenían autonomía para todas o la mayoría de las actividades básicas de la vida diaria (Índice de Barthel de al menos 60). Un 9,4% de los pacientes presentaban demencia y el 11,1% depresión.

El 35% estaban casados, y un 49,4% viudos. El 20,4% de los pacientes vivían solos y un 26,5% con el cónyuge. El resto convivía fundamentalmente con hijos (38,8%). Un 9,3% estaban institucionalizados y un 26,5% recibían ayuda formal.

El 32,1% de los pacientes vivía a menos de un kilómetro del centro de salud y el 31,5% en un núcleo rural. A los tres meses, el 11,3% presentó cambios en los apoyos recibidos o en las personas convivientes.

Un 2,5% de los pacientes no se localizaron y un 10,1% fallecieron. Un 11,3% de los sujetos estaban institucionalizados. Ninguna variable se asoció de forma independiente a dichos cambios.

**Conclusiones:** El perfil sociodemográfico del paciente que ingresa con insuficiencia cardiaca en nuestra unidad es un varón de 85 años, independiente para actividades básicas de la vida diaria, viudo, que vive acompañado, en un medio urbano y cuyo domicilio dista de su Centro de Salud menos de un kilómetro.

La hospitalización no condiciona cambios significativos en su situación social.

**Palabras clave:** Anciano, insuficiencia cardiaca, situación social.

## COMUNICACIONES LIBRES

Sala Andalucía 3

Viernes, 6 de junio de 12:00 a 14:00 horas

## Área Clínica IX

Moderan:

Carlos Sánchez Lafuente Gemar. Málaga

Ignacio Toranzo Martínez. Toro (Zamora)

## Factores de riesgo cardiovascular I

31

## TRATAMIENTO DE LA HIPERTROFIA VENTRICULAR IZQUIERDA (HVI) EN PACIENTES ANCIANOS

M. Araujo Ordóñez, P. Serrano Cuadrado, C. Rosado Artalejo, F. Madruga y A. Blanco  
Complejo Hospitalario, Toledo.

**Introducción:** Podemos definir la hipertrofia del ventrículo izquierdo (HVI), como el aumento de masa de dicho ventrículo resultado de la sobrecarga crónica del ventrículo izquierdo causada por cifras elevadas de tensión arterial. En las principales guías como la SEC/SEH se considera lesión de órgano diana que confiere riesgo añadido alto de complicaciones cardiovasculares a 10 años, incluso en rango de PA normal-alta. Así pues, es muy importante la detección de HVI para evaluar mejor el riesgo del paciente. Diversos estudios han demostrado que la regresión de la HVI se asocia a un beneficio pronóstico a medio plazo. Respecto a la selección de fármacos, la reducción de la masa ventricular izquierda parece ser mayor con IECA, ARA-II y calcioantagonistas respecto a los betabloqueantes y diuréticos. En un ensayo clínico de morbimortalidad, el tratamiento con un ARA II redujo más el riesgo relativo de morbimortalidad cardiovascular que el tratamiento con un Betabloqueante. Por último La guía de la Sociedad Española de Hipertensión (SEH-LELHA 2005) recomienda un ARA-II en el tratamiento del paciente con HTA e HVI. Por este motivo hemos querido estudiar que sucede en nuestra práctica clínica habitual, para ello hemos seleccionado una muestra de pacientes ingresados en una unidad geriátrica de agudos, analizando los principales factores de riesgo cardiovascular así como la adecuación del tratamiento prescrito respecto a lo que aconsejan las principales guías.

**Material y métodos:** Estudio descriptivo transversal durante el periodo de un año Junio 06/07 en pacientes ingresados en una unidad de agudos geriátricos con diagnóstico de HVI en ecocardiograma. *Variables recogidas:* edad, sexo, Factores de riesgo cardiovascular, evento cardiovascular previo y/o alteraciones del ritmo, nº enf. Crónicas, fármacos, datos ecocardiográficos y criterios ECG de HVI.

**Resultados:** Se han evaluado un total de 162 pacientes (58% mujeres), edad media 83,30 años (75-99). Media de Enf. Crónicas 3,74. Consumo medio fármacos 6,25 (0-17). FRCV (19,6% 1 factor, 32,1% 2 factores y 39,12% 3 o más factores). 20% casos Cardiopatía isquémica y/o ACV. FEVI (48% casos > 60%, 42% entre 40 y 60% y 9.3% < 40%). FEVI (48% casos > 60%, 42% entre 40 y 60% y 9.3% < 40%). Fármacos (52% IECAS o ARAII, 12% Bbloquenates, 25,9% Caantagonistas, 64,8% Diureticos), 2/3 casos con asociaciones.

**Conclusiones:** Más del 80% nuestra población con HVI diagnosticada ecocardiográficamente sufren HTA de larga evolución, mas del 70% presentan 2 o mas FRCV y aproximadamente el 70% presenta una FEVI de moderadaza a severamente deprimida. A pesar de ello, únicamente la mitad de los pacientes están en TTo con IECA/ARA II en monoterapia o terapia combinada.

33

## OPTIMIZACIÓN DEL CONTROL DE FACTORES DE RIESGO VASCULAR EN PACIENTES CON ACCIDENTE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO IMPORTANCIA DE UN PROGRAMA DE MEJORA DE LA CALIDAD (PROTEGE-ACV)

C. Alonzo, L. Brescacin, C. Zurrú, M. Romano, E. Cristiano, L. Cámara y G. Waisman

Hospital Italiano de Buenos Aires.

**Objetivo:** El desarrollo e implementación de programas de prevención secundaria (PPS) optimiza el control de los factores de riesgo vascular (FRV). El objetivo del Programa Integral General de ACV (PROTEGE-ACV) es mejorar la detección y el control de los FRV y de los síndromes geriátricos en pacientes que han tenido un accidente cerebrovascular (ACV).

**Método:** El PROTEGE-ACV, un programa multidisciplinario integrado por geriatras y neurólogos, promueve la aplicación de las guías de prevención secundaria. Se categorizaron los FRV y se realizaron escalas de cognición, depresión y funcionalidad. Se excluyeron los pacientes con RANKIN > 4, expectativa de vida menor de 3 años o demencia grave. A los tres meses se evaluó el control de los FRV y uso de fármacos, y se comparó con el año previo. Los resultados fueron analizados con un test de Chi<sup>2</sup>, confirmado por un Test exacto de Fisher.

**Resultados:** Se incluyeron 118 pacientes entre diciembre de 2006 y septiembre de 2007; edad 73 ± 13 años (56% hombres). Los FRV identificados fueron: hipertensión arterial 85%, dislipidemia 57%, diabetes 17%, tabaquismo 31%, ex-tabaquismo 17%, obesidad 39%, síndrome metabólico 36%, insuficiencia renal crónica 12%, enfermedad coronaria 18%, ACV previo 33%. El MiniMental fue ≤ 24 en el 22% de los casos y el test del Reloj patológico en el 39%. Se diagnosticó depresión en el 33%. La PA sistólica disminuyó 6 mmHg y la diastólica 4 mmHg, asociado a un aumento significativo del uso de IECA o ARA II (p = 0,0002). El colesterol total fue de 148 ± 33 mg/dl y el LDL 77 ± 25 mg/dl, con un aumento significativo del uso de estati-

nas ( $p = 0,00001$ ). Todos los pacientes recibían terapia antitrombótica a los tres meses del ACV.

**Conclusiones:** La implementación de un PPS mejora la detección, evaluación y manejo de los FRV después del ACV, permite alcanzar las metas sugeridas por las guías internacionales y mejorar la utilización de los fármacos recomendados por estas; todo esto disminuye la brecha entre las recomendaciones basadas en la evidencia y la práctica clínica. La detección del deterioro cognitivo y la depresión podría mejorar la adherencia al tratamiento y el pronóstico de estos pacientes.

### 38

#### DETECCIÓN Y ABORDAJE DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN RESIDENCIAS DE ANCIANOS: ESTUDIO ACOHIMER

R. López Mongil<sup>1</sup>, J.A. López Trigo<sup>2</sup> y Grupo colaborador ACOHIMER: 37 médicos de residencias de Castilla y León<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Centro Asistencial Dr. Villacián, Diputación de Valladolid, Valladolid. <sup>2</sup>Centro Municipal de Mayores, Ayuntamiento de Málaga, Málaga.

**Objetivos:** Como objetivo en el estudio ACOHIMER planteamos estimar la prevalencia de la hipertensión arterial (HTA) en residencias geriátricas y conocer el abordaje terapéutico realizado para el control de la presión arterial (PA).

**Método:** Estudio prospectivo, multicéntrico, realizado en residencias de Castilla y León (9 ciudades): 67% centros privados y 33% públicos. Aleatoriamente se incluyeron residentes  $\geq 65$  años, con expectativa de vida superior a 6 meses, y consentimiento informado. Se recogieron datos sociodemográficos y clínicos incluyendo parámetros bioquímicos, PA y tratamiento antihipertensivo (TAH). El seguimiento fue de 6 meses.

**Resultados:** De los 668 residentes reclutados, 633 fueron válidos para el análisis siendo un 60% mujeres, con una media de edad de 84,6 (DE = 7,3). Un 57,3% de los residentes habían sido diagnosticados previamente de HTA, un 22,6% de DM2, y el 20,9% de dislipemia. Al inicio del estudio, un 41,7% presentaban una PA normal-óptima (según clasificación ESC/ESH 2003), un 16,6% normal-alta (pre-hipertensión según JNC VII), y un 41,7% presentaba valores de PA elevados, típicos de HTA. La prevalencia de la HTA se estimó en un 70,1% (IC95%) observándose valores controlados de PA en un 32,7% de los casos (IC95%). (Se consideró PA controlada  $< 140/90$  en población general y  $< 130/80$  mmHg en diabéticos). Tras 6 meses de seguimiento, se observó un descenso significativo de los valores medios de PAS/PAD ( $p < 0,05$ ; P.Wilcoxon), detectándose también una disminución, respecto al inicio, del porcentaje de residentes con PA elevada de un 21,8%. El 52,3% de los hipertensos recibía TAH. Los fármacos más usados en monoterapia por orden de frecuencia fueron IECA y ARA II con un 43,8 y un 41,3% respectivamente.

**Conclusiones:** Sólo 3 de cada 10 de los ancianos hipertensos que viven en residencias presentan niveles de PA controlada. El manejo de la HTA en residencias geriátricas dista de ser óptimo, mereciendo este hecho una consideración de importancia y exigiendo un esfuerzo terapéutico al ser este proceso la causa más común atribuible a muerte previsible y el principal FR de enfermedad cerebrovascular. La realización de estudios como ACOHIMER puede ayudar a tomar conciencia de estos hechos y ayudar a mejorar la actuación terapéutica en residencias de ancianos.

### 42

#### ESTIMACIÓN DEL RIESGO CARDIOVASCULAR EN ANCIANOS DEL MEDIO RESIDENCIAL: ESTUDIO ACOHIMER

J.A. López Trigo<sup>2</sup>, R. López Mongil<sup>1</sup> y Grupo colaborador ACOHIMER: 37 médicos de residencias de Castilla y León<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Centro Asistencial Dr. Villacián, Diputación de Valladolid, Valladolid. <sup>2</sup>Centro Municipal de Mayores, Ayuntamiento de Málaga, Málaga.

**Objetivos:** Estimar la prevalencia de diferentes factores de riesgo cardiovascular (FRCV) en residencias geriátricas.

**Método:** Estudio prospectivo, multicéntrico, realizado en residencias de Castilla y León, pertenecientes a las 9 ciudades de esta Comunidad Autónoma, con una distribución de: 67% de residencias privadas y 33% públicas. Aleatoriamente se incluyeron residentes  $\geq 65$  años, con expectativa de vida superior a 6 meses, los cuales otorgaron su

consentimiento informado. Se recogieron datos sociodemográficos y clínicos incluyendo parámetros bioquímicos, PA y tratamiento antihipertensivo (TAH). El seguimiento fue de 6 meses.

**Resultados:** De los 668 residentes reclutados, 633 fueron válidos para el análisis, siendo un 60% mujeres, con una media de edad de 84,6 (DE = 7,3). De los principales FRCV destacaron HTA (70,1%) seguida de obesidad abdominal y sedentarismo (42,7% para ambas). Para dislipemia, DM2, y proteína C reactiva  $\geq 1$  md/dL, la prevalencia observada fue del 28,1%, 22,6,0% y 23,2% respectivamente. Los FRCV menos frecuentes fueron: tabaquismo y antecedentes familiares de enfermedad cardiovascular precoz (6,2% y 5,8% respectivamente). Se estimó el RCV según ESC/ESH 2003, observándose que el 61,1% de los residentes presentaba un riesgo adicional alto, el 19,7% un riesgo adicional muy alto, el 11,4% un riesgo adicional moderado y sólo el 8,4% mostraba un riesgo adicional bajo. En adición, se detectó que un 8,1% de los residentes con RCV alto-muy alto presentaban enfermedad renal oculta.

**Conclusiones:** Los resultados obtenidos señalan que más del 80% de la población de residencias geriátricas estudiada presenta RCV alto-muy alto, lo que apunta a la necesidad de una intensificación del tratamiento para el control de los diferentes FRCV modificables. La HTA constituye uno de los mayores problemas de salud pública en residencias de ancianos ya que es uno de los factores que más aumentan el riesgo cardiovascular y presenta una elevada prevalencia.

### 47

#### RIESGO DE ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR Y CONTROL DE LA TENSIÓN ARTERIAL EN UNA POBLACIÓN DE EDAD AVANZADA

J. Serra, P. Alcalde, R. Benavent, R. Torres y S. Ariño  
Hospital General de Granollers. Barcelona.

La enfermedad cerebrovascular (ECV) es la 3ª causa de muerte en los países industrializados, siendo la primera causa de dependencia. En nuestro país se estima una incidencia en el grupo de 45-84 años de edad de 300-500/100.000 habitantes/año. D'Agostino et al observó, en base al estudio Framingham, en los pacientes de 75 a 79 años un riesgo en el hombre del 18% y en la mujer de un 15,5% y en 80 ó más de un 22,3 y 23,9% respectivamente. La ECV comparte factores de riesgo con otras manifestaciones clínicas de aterosclerosis, siendo la edad y la HTA los factores principales.

**Objetivo:** Conocer la prevalencia de factores de riesgo en una población de 75 o más años, la situación funcional y cognitiva, el grado de control de la tensión arterial y el riesgo cerebrovascular en base a la tabla elaborada por D'Agostino.

**Método:** Se han recogido, durante tres meses, los datos de pacientes de 75 o más años, visitados en la Consulta externa del Servicio de geriatría y en diez consultas de atención primaria, elaborando una hoja de recogida de datos. La situación funcional se ha medido con el Índice de Barthel y el deterioro cognitivo aceptando la presencia de diagnóstico o aplicando el test de Pfeiffer como test de screening.

**Resultados:** Se han estudiado 300 pacientes, 62,5% mujeres, edad media 81 años (75-95). Diagnosticados de HTA (TAS  $\geq 140$  mmHg y/o TAD  $\geq 90$  mmHg) el 73,3%, Dislipemia 39,3%, Diabetes 27,3%, Antecedentes de enf. Coronaria 15,3%, AVC previo 15,7%, AC x FA 13,3%, HVI 9,7%, Tabaquismo 2,3%. HTA: De los 220 diagnosticados el 59,1% tenían cifras de tensión arterial elevada y 2,7% no llevaban ningún tratamiento. De los 80 no hipertensos un 23,8% presentaban cifras altas de tensión arterial. *Situación funcional:* I. de Barthel con una mediana de 90. Dependencia leve (igual o mayor a 65) el 85%, con un I. Barthel entre 90 y 100 en el 55,6%. *Deterioro cognitivo:* Diagnóstico de deterioro cognitivo o demencia 9,6% y sospecha de deterioro en 5,6% (3 o más errores en el test de Pfeiffer). *Riesgo cerebrovascular* en el grupo estudiado: 75 a 79 años hombres 30% y mujeres 23,25%; 80 o más años de 32,2% y 31,6% respectivamente.

**Conclusiones:** 1. El 73% de la población estudiada es hipertensa y de ésta el 59,1% presentan mal control. 2. El 85% de la población estudiada presentan buena autonomía o dependencia leve. 3. En un 15% existe deterioro cognitivo o sospecha del mismo. 4. La población estudiada presenta un riesgo cerebrovascular superior al descrito. 5. Dado el coste personal y sanitario de la enfermedad vascular cerebral y la buena situación funcional y cognitiva del grupo estudiado, en nuestra opinión debemos ser más activos en el control de los factores de riesgo a fin de disminuir la incidencia de la enfermedad.

### HIPOTENSIÓN ORTORSTÁTICA E HIPOTENSIÓN POSTPRANDIAL EN PACIENTES ANCIANOS CON DISCAPACIDAD Y ENFERMEDADES CRÓNICAS: PREVALENCIA Y FACTORES RELACIONADOS

C.A. Villavicencio Chávez, C.A. Villavicencio, R. Miralles Basseda, P. Gonzalez Marín y A.M. Cervera Alemany  
Hospital Universitari del Mar, Barcelona.

**Introducción:** La hipotensión postprandial (HPP) y la hipotensión ortostática (HO) pueden ser problemas comunes en personas mayores.

**Objetivo:** Evaluar la prevalencia de HPP y HO en pacientes ancianos y sus características.

**Materiales y métodos:** Se analizaron 60 pacientes con edad > 65 años ingresados en una unidad de convalecencia y que cumplían los siguientes criterios: Tolerancia a la ingesta por vía oral, estabilidad clínica y capacidad de sedestación y/o bipedestación. Se realizó una valoración geriátrica recogiendo las siguientes variables: Edad, sexo, número de síndromes geriátricos (SG), número de fármacos (NF), Barthel previo (BP), al ingreso (BI) y actual (BA), Índice de Lawton (IL); Folstein (MMSE), Yesavage (Y); valoración nutricional: Albúmina (Al), colesterol (Cl), Índice de masa corporal (IMC), Charlson (CH), Norton (N), antecedentes de caídas y presencia de síntomas de neuropatía autonómica (SNA). A todos los pacientes se les tomó la tensión arterial por la mañana en posición supina y tras 3 minutos de sedestación y/o bipedestación; se definió HO como el descenso de  $\geq 20$  mmHg de TA sistólica o  $\geq 10$  mmHg de TA diastólica. Se registró también la TA estando sentado 15 minutos y 60 minutos después del desayuno. Se definió la HPP como el descenso de  $\geq 20$  mmHg de TA sistólica.

**Resultados:** Mujeres 31 (51,7%) y varones 29 (48,3%). Las medias fueron: Edad:  $79,1 \pm 7,8$ ; BP:  $91,2 \pm 14,6$ ; BI:  $40,2 \pm 23,5$ ; BA:  $62,9 \pm 24$ ; IL:  $4,9 \pm 2,6$ ; MMSE:  $23,3 \pm 6,8$ ; Y:  $3,1 \pm 3,5$ ; IMC:  $25,8 \pm 4,9$ ; Al:  $3,3 \pm 0,4$ ; Cl:  $168 \pm 46$ ; CH:  $1,6 \pm 1,4$ ; N:  $15,9 \pm 2,6$ ; pacientes con caídas 41 (68,3%) SG:  $4 \pm 1,9$ ; NF:  $6,7 \pm 2,8$ . De los 60 pacientes, 9 (15%) tuvieron HO y 29 (48,3%) tuvieron HPP. La media del IL en pacientes con HO fue de  $3,1 \pm 2,1$ , mientras que en las restantes fue de  $5,2 \pm 2,6$  ( $p < 0,02$ ); la del IMC fue de  $23,3 \pm 3,1$  y  $26,5 \pm 5,1$  ( $p < 0,04$ ) y la de la puntuación de SNA fue de  $2,6 \pm 2,0$  y  $1,4 \pm 1,5$  respectivamente ( $p < 0,05$ ).

**Conclusiones:** La prevalencia de HO fue de 15% y la de HPP fue de 48,3%. Los pacientes con HO presentaron de forma significativa un menor IL e IMC así como una mayor puntuación de síntomas de neuropatía autonómica. No hubo relación estadísticamente significativa entre la HO y HPP ni tampoco en el resto de variables estudiadas.

### 146

#### EVALUACIÓN DEL GRADO DE CONTROL DE LA PRESIÓN ARTERIAL DURANTE 24h EN LA PRÁCTICA CLÍNICA HABITUAL EN MAYORES DE 55 AÑOS ENTRE RESIDENCIAS GERIÁTRICAS Y AP

A. López Rocha, J. Chamorro Romero, J.R. Rodríguez Aizcorbe, B. Berriatúa Eña, C. Ochoa, C. Mediano y A.L. Camps Álvarez  
SUAP 39 Aranjuez, Centros de Salud de Madrid y Centro Geriátrico. Madrid.

**Objetivos:** *Principal:* es determinar el porcentaje de pacientes hipertensos mayores de 55 años cuyo tratamiento farmacológico antihipertensivo no permita alcanzar un buen control de la presión arterial durante 24 horas. *Secundarios:* 1. Evaluar cuáles son los tratamientos farmacológicos que conducen a un mejor control de la presión arterial durante 24 horas. 2. Evaluar el grado de concordancia entre las lecturas en clínica y las lecturas mediante AMPA. 3. Determinar el nivel de cumplimiento farmacológico de la población de estudio.

**Diseño y metodología:** Epidemiológico, descriptivo, transversal de registro de datos, para detectar pacientes hipertensos tratados > 3 meses con pauta insuficiente de anti-hipertensivo para alcanzar un buen control durante 24 horas. Edad superior o igual a 55 años de atención primaria y centros geriátricos. Se incluyen 276 pacientes, aleatoriamente sobre el listado de pacientes hipertensos, con unos criterios de inclusión y exclusión. El estudio se realizará en las condiciones habituales de la práctica clínica. Se informa y entrena al paciente para el AMPA. Duración del estudio seis meses.

**Resultados:** 1. La edad media fue de  $75,9 \pm 11,4$  años y la mayoría mujeres (62,5%). 2. Un elevado porcentaje de pacientes (69,9%) con

un mal control de la presión arterial. 3. Bien controlados se encuentran mayoritariamente los tratados con IECA y ARA II (43 y 41%, respectivamente). 4. Las mayores diferencias entre los valores en la consulta y los medidos en el domicilio se dan en la PAS, con diferencias entorno a 4 mmHg y para la PAD de 3 mmHg. 5. Más de la mitad de los pacientes evaluados no son cumplidores según el test de Morisky-Green (56,8%).

**Conclusiones:** 1. El 70% de las HTA están mal controladas, dentro de ellas destaca las HTA sistólicas aisladas cuyo incremento de no control supera el 86% de las mismas. 2. La monoterapia como mejor mecanismo controlador a estas edades de la HTA, no muestra diferencias entre ARAII e IECA pero habría que detenerse a valorar los beneficios terapéuticos en cuanto a posología y reducción efectos no deseados. 3. La toma de TA al inicio del estudio son más elevadas en consulta. Mejora en la segunda visita, podría deberse a la toma ya esperada. La concienciación estricta al paciente y profesional se obtendrían mejores resultados. 4. El test de Morisky-Green nos arroja un 62,8% de no cumplidores, corresponde al grupo de pacientes mal controlados (69,9%), por lo que se tiene que deducir que una parte de ese mal control se debe al médico.

### 179

#### IMPORTANCIA DEL SÍNDROME METABÓLICO Y SU RELACIÓN CON LAS ALTERACIONES NUTRICIONALES.

G. de la Cruz<sup>3</sup>, R. López Mongil<sup>3</sup>, M. Boronat Martín<sup>3</sup>, P. Fernández Flores<sup>1</sup> y J.A. López Trigo<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Hospital Clínico, Valladolid. <sup>2</sup>Centro Municipal de Tercera Edad. Ayuntamiento de Málaga, Málaga. <sup>3</sup>Centro Asistencial Dr. Villacián. Diputación de Valladolid, Valladolid.

**Objetivo:** Estudiar la prevalencia del Síndrome Metabólico (SD) según la definición de la Federación Internacional de Diabetes (IDF), su distribución por sexo y su asociación a alteraciones nutricionales. Estudiar, desde el punto de vista nutricional, a toda la población analizada tenga o no SM.

**Material y método:** Se ha realizado un estudio transversal de factores de riesgo cardiovascular a una población institucionalizada de 72 residentes. Se ha calculado la prevalencia de SM (IDF-2005). Se analizan los parámetros nutricionales como MNA, indicadores pondero-estaturales (índice de masa corporal [IMC], análisis de parámetros antropométricos: circunferencia braquial [CB] y perímetro de las pantorrillas [P]).

**Resultados:** n = 72 (62,5% mujeres), media de edad de 82,39a. (DE 6,57), distribuyéndose en: 81,04 a. para hombres y 83,20a. para mujeres. La prevalencia de SM es de 44,2% (hombres: 27,8%, mujeres: 54,2%). Por parámetros analizados las prevalencias fueron: obesidad central 71,7%, hipertrigliceridemia 12,5%, descenso de HDL 48,9%, HTA del 72%, la elevación de glucemia del 34,4%. Los pacientes con SM presentan los siguientes parámetros nutricionales: MNA: 20,463; IMC: 26,039; CB: 29,308, P.dcha: 33,238, P.izq: 33,475; El peso medio de la muestra con SM es: 63,453 kg.

En los pacientes sin SM el estudio nutricional muestra: MNA: 18,649, IMC: 21,437, CB: 25,440, P.dcha: 30,713, P.izq: 30,628. El peso medio de la muestra es: 54,868 kg.

**Conclusiones:** Este trabajo describe una elevada prevalencia de SM en mujeres del medio residencial (54,2%), que se asocia con parámetros nutricionales más elevados que en los residentes que no presentan esta patología.

Se precisa situar a la prevención de los factores de riesgo y a la educación sanitaria como uno de los pilares de la asistencia geriátrica también en residencias.

### 251

#### FRAGILIDAD Y ATROSCLEROSIS SUBCLÍNICA EN ANCIANOS

E. López Jiménez, G. Paterna Mellinas, L. Casado Moragón, J.L. Esquinas Requena, M. León Ortiz y P. Abizanda Soler  
Complejo Hospitalario Universitario, Albacete.

**Objetivo:** Analizar la relación entre fragilidad según criterios Fried modificados y aterosclerosis subclínica, en ancianos independientes en ABVD de la comunidad.

**Métodos:** Estudio de cohortes transversal sobre 246 mayores de 65 años de la comunidad, independientes en ABVD y sin enfermedad

aterosclerótica clínica. Se realizó eco-doppler de troncos supraaórticos por un mismo radiólogo experto. Criterios fragilidad: pérdida de peso no intencionada mayor de 4,5 kg en el último año, cansancio autoreferido según dos preguntas de la escala CES-D, kilocalorías de actividad física total en la última semana mediante instrumento Cal-cumed en el quintil inferior (hombres < 1729 kcal y mujeres < 1435 kcal), lentitud de marcha determinada por el quintil superior del Timed Up and Go (hombres > 11,23 seg y mujeres > 11,29 seg) y fuerza prensora de mano dominante en el quintil inferior (hombres < 24 kg y mujeres < 15 kg). Se consideraron prefrágiles si cumplían 2 criterios y frágiles 3 o más. Variable de resultado: existencia de placas ateroscleróticas en el árbol carotídeo.

**Resultados:** Edad media 74,2 años (DE 4,9) rango 65-88. 156 mujeres (63,4%). Lawton 7,2 (DE 1,3). MMSE 25,5 (DE 3,1). HTA 125 (50,8%), diabetes 34 (13,8%), dislipemia 84 (34,1%), fumadores 7 (2,8%), IMC 28,9 (DE 4). Tenían alguna placa 146 sujetos (59,3%). Los sujetos con placas fueron con mayor frecuencia prefrágiles (26,2% vs 15,2%;  $p = 0,040$ ) y frágiles (9,2% vs 2%;  $p = 0,023$ ). Los sujetos con placa basal tuvieron un riesgo aumentado de ser prefrágiles (OR 2,2; IC95% 1,1-4,6;  $p = 0,035$ ) y de ser frágiles (OR 5,0; IC95% 1,1-23,6;  $p = 0,044$ ).

**Conclusiones:** La aterosclerosis carotídea se asocia al estado de fragilidad determinado por criterios Fried modificados, en ancianos independientes de la comunidad sin enfermedad aterosclerótica clínica.



## COMUNICACIONES LIBRES

Sala Andalucía 2

Viernes, 6 de junio de 12:00 a 14:00 horas

## Área Clínica X

Moderan:

Luis Góngora Yudes. *Granada*Ana Rodríguez Valcarce. *Santander*

## Factores de riesgo cardiovascular II

252

**FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR Y ATEROSCLEROSIS SUBCLÍNICA EN ANCIANOS**

P. Atienzar Núñez, L. Casado Moragón, M.I. García-Tomás, E. Martín Sebastián, J.D. Estrella Cazalla y P. Abizanda Soler  
Complejo Hospitalario Universitario, Albacete.

**Objetivo:** Conocer los factores de riesgo cardiovascular (FRCV) asociados a la presencia de aterosclerosis en ancianos sin enfermedad clínica aterosclerótica.

**Método:** Estudio de cohortes transversal. 246  $\geq$  65 años de la comunidad, independientes ABVD, sin enfermedad aterosclerótica clínica. Se realizó eco-doppler de troncos supraaórticos, determinando grosor de íntima-media en arteria carótida interna derecha (IMTD) e izquierda (IMTI), placas ateroscleróticas en el árbol carotídeo, suma de diámetros de las placas en árbol carotídeo bilateral (SDP) y características de las placas (rugosa, heterogénea o calcificada). FRCV: edad  $\geq$  80 años, sexo masculino, HTA, diabetes, dislipemia, hábito tabáquico activo e índice de masa corporal (IMC)  $\geq$  30. También se registró la medicación. Se analiza la relación entre los FRCV y los datos de aterosclerosis.

**Resultados:** Edad media 74,2 años. 156 mujeres. Lawton 7,2. MMSE 25,5. HTA 125 (50,8%), diabetes 34 (13,8%), dislipemia 84 (34,1%), fumadores 7 (2,8%), IMC 28,9. IMC  $\geq$  30 102 (41,5%). Nº fármacos 2,7: hipotensores 119 (48,4%), hipoglucemiantes 27 (11%), hipolipemiantes 53 (21,5%), antiagregantes 13 (5,3%), anticoagulantes 8 (3,3%), AINE 24 (9,8%) Tenían alguna placa 146 (59,3%), en 4 casos era rugosa y en 110 (44,7%) heterogénea o calcificada. El número de sujetos con placa en los distintos segmentos arteriales medidos fue ACCDP 2, ACCDD 23, ACIDP 100, ACIDD 2, ACCIP 4, ACCID 18, ACIIP 92, ACIID 2. La media de la SDP 2,27 (DE 2,72). Para los que tenían placa, la SDP fue 3,82 mm como media (DE 2,56). IMTD 0,89 (DE 0,15), IMTI 0,91 (DE 0,17). Los datos de aterosclerosis se asociaron con edad ( $p = 0,056$ ), HTA ( $p = 0,005$ ), IMC ( $p = 0,031$ ) y hábito tabáquico ( $p = 0,037$ ). Los FRCV se asociaron de manera lineal con la existencia de placas. El 32% de aquellos sin FRCV tuvo alguna placa, el 54,2% si había un FRCV, el 61,6% con dos y el 69,3% con

tres o más ( $p = 0,001$ ). Por cada FRCV la SDP aumentó 0,51 mm (IC95% 0,21-0,81;  $p = 0,0009$ ). Los FRCV no se asociaron con IMTD ni IMTI.

**Conclusiones:** Los FRCV se asocian con aterosclerosis subclínica en ancianos independientes de la comunidad sin enfermedad clínica aterosclerótica. El control de estos factores podría ser relevante para reducir la aterosclerosis en edades avanzadas.

254

**LA ATEROSCLEROSIS SUBCLÍNICA PREDICE LIMITACIÓN FUNCIONAL A DOS AÑOS**

I. García Noguerras, J.L. Esquinas Requena, L. Casado Moragón, J.L. Navarro López, P.M. Sánchez-Jurado y P. Abizanda Soler  
Complejo Hospitalario Universitario, Albacete.

**Objetivo:** Analizar si la aterosclerosis subclínica predice limitación funcional a los dos años.

**Métodos:** Estudio de cohortes longitudinal prospectivo sobre 171 mayores de 65 años de la comunidad, independientes en ABVD y sin enfermedad aterosclerótica clínica. Se realizó eco-doppler de troncos supraaórticos basal por un mismo radiólogo experto, determinando la existencia de placas ateroscleróticas en el árbol carotídeo y la suma de diámetros de las placas en todo el árbol carotídeo bilateral (SDP). Se analiza la relación entre aterosclerosis y enlentecimiento al realizar el Timed Up and Go (TUG) al año ajustado por variables sociodemográficas, funcionales y mentales.

**Resultados:** Edad media 73,7 años (DE 4,8). 110 mujeres (64,3%). IMC 28,9 (DE 3,7). Fuerza prensora de mano dominante 23,3 (DE 8,8). Lawton 7,3 (DE 1,3). MMSE 25,7 (DE 3,1). En el eco basal tenían alguna placa 97 casos (56,7%). La SDP fue 2,18 mm como media (DE 2,68) rango 0-14,6. TUG basal 9,8 seg (DE 2,4), al año 10,1 (DE 2,7). 30 sujetos (17,5%) enlentecieron el TUG más de 2 segundos al año. De los sujetos que tuvieron placa, 24 enlentecieron el TUG (24,7%) frente a los 6 (8,1%) de los que no tenían placa ( $p = 0,005$ ). Los sujetos con placas en el eco basal tuvieron un riesgo 3,9 veces mayor de enlentecer el TUG (IC95% 1,5-10,3;  $p = 0,007$ ) ajustado por

edad, sexo, IMC, Lawton, MMSE y fuerza prensora. Los que enlentecieron el TUG tuvieron una SDP 1,60 mm mayor (3,49 vs 1,90; IC95% 0,56-2,63;  $p = 0,003$ ). Por cada aumento de 2 mm en la SDP los sujetos tuvieron un riesgo de enlentecer el TUG al año 1,9 veces mayor (IC95% 1,3-2,7;  $p=0,001$ ) ajustado.

**Conclusiones:** La aterosclerosis subclínica es un predictor independiente de limitación funcional medida mediante el Timed Up and Go.

## 255

### EVOLUCIÓN DE LA ATROSCLEROSIS SUBCLÍNICA EN ANCIANOS

G. Paterna Mellinas, I. García-Nogueras, E. Martínez-Sánchez, L. Casado Moragón, L. Romero Rizos y P. Abizanda Soler  
*Complejo Hospitalario Universitario, Albacete.*

**Objetivo:** Conocer la evolución natural de la aterosclerosis subclínica en ancianos sin enfermedad clínica aterosclerótica.

**Método:** Estudio de cohortes. 176 mayores 65 años de la comunidad, independientes en ABVD y sin enfermedad aterosclerótica clínica. Se realizó eco-doppler de troncos supraaórticos basal y a los dos años, determinando grosor de íntima-media en carótida interna derecha (IMTD) e izquierda (IMTI), existencia de placas ateroscleróticas en árbol carotídeo y suma de diámetros de placas en árbol carotídeo bilateral (SDP). Se analiza la evolución temporal de la aterosclerosis y sus factores predictores.

**Resultados:** Edad media 73,8. 114 mujeres. Lawton 7,3. MMSE 25,6. HTA 54%, diabetes 14,8%, dislipemia 39,8%, fumadores 2,3%, IMC 28,9. En eco basal tenían alguna placa 100 casos (56,8%). La media de la SDP de los que tenían placa fue 3,85 mm. IMTD 0,89, IMTI 0,91. A los 2 años, tenían alguna placa 120 casos (67,8%). La media de la SDP de los que tenían placa fue 4,82 mm. IMTD 0,93, IMTI 0,95. Todos los sujetos con placa basal tuvieron placas a los dos años y de los 76 que no las tenían, 20 las desarrollaron (26,3%). El IMTD aumentó 0,046 mm y el IMTI 0,042. Los casos con placas en el eco basal aumentaron 0,93 mm. más la SDP que aquellos que no las tenían (IC95% 0,40-1,45;  $p = 0,0006$ ). Los sujetos con placa basal tuvieron un riesgo mayor de aumentar la SDP a los 2 años (OR 58; IC95% 19,7-170,5;  $p < 0,001$ ) ajustado por edad, sexo, IMC, HTA, diabetes y dislipemia.

**Conclusiones:** Los mayores sin enfermedad aterosclerótica clínica que tienen placas en el eco-doppler de TSA, tienen un riesgo 58 veces mayor de que progrese su patología subclínica que aquellos que no tienen placas.

## 343

### FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN UNA POBLACIÓN ANCIANA INSTITUCIONALIZADA

G. Gutiérrez Aparicio<sup>3</sup>, A.M. Mattei Boni<sup>2</sup>, A. García Verdejo<sup>1</sup> y F.J. García Monlleo<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital San Rafael, OH San Juan de Dios. <sup>2</sup>SAS Granada. <sup>3</sup>UGC Loja. Distrito Metropolitano Granada.

**Objetivo:** Este estudio analiza las variables demográficas y los factores de riesgo cardiovascular, valorando su prevalencia y haciendo determinadas intervenciones preventivas y/o terapéuticas en los pacientes para evitar en la medida de lo posible las consecuencias patológicas

Determinar la frecuencia de HTA y otros factores de riesgo cardiovascular en el grupo objeto de estudio. Conocer la posible patología oculta empleando métodos diagnósticos fiables y sencillos al alcance del médico de familia. Contribuir con nuestro estudio a las recomendaciones propuestas por la OMS, en cuanto a la prevención y epidemiología de las enfermedades cardiovasculares en las personas de edad. Se trata de un estudio descriptivo transversal de factores de riesgo cardiovascular tras agrupar a los individuos por una serie de variables sociodemográficas, factores de riesgo, exploración física, hábitos tóxicos, estado nutricional y valoración funcional. Se estudian a 194 individuos institucionalizados en 2 residencias de ancianos de Granada y Loja.

**Resultados:** Edad media de 76,7 años. Los hombres representaron el 38,2%. En el conjunto de la muestra, un 30,3% presentaban una obesidad tipo androide. El porcentaje de sujetos hipertensos de nues-

tra muestra fue de 45,45%. En el global de la muestra presentaron maniobra de Osler positiva el 18,18%. La diabetes mellitus estuvo presente en el 33,3. En global un 28,2% tenían hasta 4 enfermedades asociadas. La prevalencia de los sujetos de la muestra que presentaban alto riesgo nutricional era de un 30,3%, de riesgo moderado un 60,6% y de bajo riesgo el 9%.

**Conclusiones:** Un dato destacable es que son las mujeres las que están más enfermas las que presenta una mayor dependencia física y las que tienen una percepción subjetiva de enfermedad mucho peor. Además, son las mujeres más obesas que los hombres y su tipo de obesidad las predispone a padecer enfermedad cardiovascular. Un hecho importante, es que no hallamos nuevos hipertensos, ni diabéticos, ya que todos estaban adecuadamente controlados.

## 348

### DURACIÓN DEL SUEÑO Y OBESIDAD EN POBLACIÓN ESPAÑOLA MAYOR DE 65 AÑOS

F. Coindreau y S. Ariño

*Fundació Hospital Asil de Granollers, Barcelona.*

La Obesidad esta asociada a un aumento de la morbimortalidad, repercute en la calidad de vida del individuo y conlleva a un aumento del gasto sanitario. En la población española mayor de 65 años la prevalencia de la obesidad se sitúa en el 35%. Se han invocado factores sociodemográficos y de algunos estilos de vida como determinantes de la obesidad. Recientemente un nuevo factor "el sueño" ha entrado en escena con apenas estudios entre la población mayor y con resultados controvertidos.

**Objetivo:** Conocer la existencia de asociación entre escasez de horas de sueño nocturno (inferior a 7 horas) y obesidad (IMC > 30 Kg/m<sup>2</sup>) en la población mayor de 65 años residente en la comunidad.

**Método:** Estudio observacional descriptivo comparativo transversal realizado mediante el cuestionario de salud de la Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud. Se utilizan estadísticos descriptivos, ji cuadrado para comparaciones de variables cualitativas y T-test de muestras independientes para comparación de variables cuantitativas.

**Resultados:** Se analizan 69.555 personas, el subgrupo (18.378 individuos) mayores de 65 años presentaba una edad media de 74,12 años (6,7 SD), peso medio 68,82 (1,8 SD) Kg y estatura media de 161,17 (8,2 SD) cm. El índice de masa corporal fue de 26,47 (4 SD) Kg/m<sup>2</sup> y el promedio de horas de sueño diarias de 7,43 (1,8 SD). Se aprecia una asociación estadísticamente significativa entre obesidad (IMC > 30) y horas de sueño inferior a 7 horas tanto en población menor de 65 a como población general (OR 1,76 [1,67-1,87] y OR 1,53 [1,46-1,59] respectivamente). Sin embargo cuando analizamos el subgrupo de personas mayores de 65 años se pierde la asociación entre estas variables.

**Conclusiones:** A pesar de resultados, en nuestra población general, coincidentes con los datos procedentes de estudios internacionales, en el colectivo de personas mayores de 65 años desaparece la asociación entre escasez de horas de sueño y obesidad.

## 367

### PREVALENCIA DE HIPOTENSIÓN ORTOSTÁTICA EN ANCIANOS ESPAÑOLES

L. Narvaiza Grau, A. Yuste Marco y A. Rodríguez Molinero

*Fundació Hospital Comarcal Sant Antoni Abat, Vilanova i la Geltrú.*

**Objetivo:** Estimar la prevalencia de hipotensión ortostática en la población española mayor de 65 años.

**Método:** Estudio transversal sobre una muestra representativa de la población española mayor de 65 años. Se seleccionaron 800 participantes siguiendo un muestreo probabilístico polietápico estratificado por edad, tamaño de hábitat y zona geográfica. En esta comunicación se exponen datos preliminares relativos a 270 casos iniciales.

Se midió la tensión arterial en sedestación y en bipedestación en dos ocasiones separadas por 30 minutos. Se consideró como ortostatismo el descenso de la tensión arterial sistólica superior a 20 mmHg y/o el descenso de la tensión arterial diastólica superior a 10 mmHg. Se estudió la asociación entre ortostatismo y la presencia de factores de riesgo cardiovascular, consumo de fármacos y enfermedad de

Parkinson, todos ellos autorreportados por el participante (comparaciones bivariadas mediante el estadístico Chi-Cuadrado).

**Resultados:** 59 participantes (24% IC95% 18,7-29,3) presentaron criterios de ortostatismo en al menos una de las determinaciones. Ocho participantes (3,2% IC95% 1,0-5,4) presentaron hipotensión ortostática mantenida (en ambas determinaciones). La hipotensión ortostática fue más frecuente según criterios diastólicos (19,1% vs 10,9%). Ninguno de los factores estudiados se asoció a la presencia de ortostatismo.

**Conclusiones:** Según estos datos preliminares la prevalencia de hipotensión ortostática mantenida en ancianos españoles se encuentra en torno al 3,2%. En cambio pudo detectarse ortostatismo puntual en el 24% de la muestra. La hipotensión ortostática fue más frecuente según criterios diastólicos.

### 370

#### VARIABLES PREDICTORAS DE EVENTO CARDIOVASCULAR EN DIABÉTICOS TIPO 2 MAYORES DE 64 AÑOS DE EDAD

E. Romero Pisonero<sup>1</sup>, E. León Carralafuente<sup>2</sup>, F. Cuesta Triana<sup>1</sup>, P. Matía Martín<sup>1</sup>, A.L. Calle Pascual<sup>1</sup> y J.M. Ribera Casado

<sup>1</sup>Hospital Clínico San Carlos, Madrid. <sup>2</sup>CEP Hermanos Sangro. Hospital Gregorio Marañón.

**Objetivo:** Analizar las variables predictoras de evento cardiovascular (ECV) en sujetos diabéticos tipo 2 de más de 64 años de edad.

**Material y métodos:** Se recogió de forma prospectiva información de los pacientes que acudieron por primera vez a consulta entre Diciembre 1998-Junio 2003. El tratamiento fue modificado para conseguir objetivos de: HbA1c < 6,5%, TA < 130/80 mmHg, colesterol-LDL < 100 mg/dl. Se definió EVC si en el transcurso del seguimiento se producía uno de los siguientes: revascularización coronaria (RC), insuficiencia cardiaca congestiva (ICC), revascularización periférica (RP), amputación en miembros inferiores (MMII), ACV/TIA, angor, infarto miocárdico (IM), muerte súbita o ergometría positiva / diagnóstico de isquemia crónica en MMII si no estaban presentes en la primera visita.

Sólo se registraron ECV recogidos en informes clínicos emitidos por el hospital de referencia. El análisis estadístico se llevó a cabo mediante el modelo de riesgos proporcionales de Cox.

**Resultados:** Se incluyeron 135 pacientes (edad media 72 años –DE 5-, 68 mujeres). La duración mediana de diabetes al inicio era de 9 años (RI 3-17). Durante una media de seguimiento de 32 meses (DE 16,4), se produjeron 29 ECV (3 IM, 7 RC, 9 ICC, 1 RP, 5 ACV, 3 angor, 1 diagnóstico de isquemia en MMII) en 22 pacientes. En la muestra, la incidencia acumulada de un primer ECV fue de 0,95/persona/mes. La probabilidad de estar libre de evento tras un año fue del 92,3%. Los años de evolución de diabetes –HR 1,048; IC 95% 1,003-1,095-, la existencia de cardiopatía isquémica previa –HR 3,471; IC 95% 1,408-8,553-, la media acumulada (MA) de HbA1c hasta el primer ECV –HR 1,939; IC 95% 1,433-2,624-, la diferencia de LDL col final-inicial –HR 1,018; IC 95% 1,002-1,035- y la diferencia HDL col final-inicial –HR 0,944; IC 95% 0,897-0,993- se asociaron con la probabilidad de desarrollar un primer ECV.

Tras extraer del análisis los pacientes con cardiopatía isquémica al inicio del estudio, el tratamiento con insulina –HR 4,855; IC 95% 1,242-18,976- se relacionó con un riesgo mayor de sufrir ECV. En el análisis multivariante, se asociaron de forma independiente con ECV: MA de HbA1c y diferencia de LDL-col final-inicial.

**Conclusiones:** La incidencia de EVC en diabéticos de más de 64 años es elevada. Factores modificables, como la HbA1c y el cambio de LDL-col, parecen relacionados con el riesgo de sufrir un ECV. Debe perseguirse un control óptimo en estos pacientes a pesar de la edad.

### 379

#### ATENCIÓN AL DIABÉTICO DE MÁS DE 64 AÑOS DE EDAD. RESULTADOS Y RECURSOS EMPLEADOS

E. Romero Pisonero<sup>1</sup>, E. León Carralafuente<sup>2</sup>, P. Matía Martín<sup>1</sup>, F. Cuesta Triana<sup>1</sup>, A.L. Calle Pascual<sup>1</sup> y J.M. Ribera Casado<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Clínico San Carlos, Madrid. <sup>2</sup>CEP Hermanos Sangro. Hospital Gregorio Marañón.

**Objetivo:** Describir la evolución de objetivos de control glucémico, tensional y lipídico en diabéticos tipo 2 de más de 64 años de edad, así como los recursos empleados (visitas a educadoras/médico e incremento de fármacos prescritos) para alcanzar dichas metas.

**Material y métodos:** Se recogió de forma prospectiva información de los pacientes que acudieron por primera vez a consulta entre Diciembre 1998-Junio 2003. El tratamiento fue modificado para conseguir objetivos de: HbA1c < 6,5%, TA < 130/80 mmHg, colesterol-LDL < 100 mg/dl.

**Resultados:** Se incluyeron 135 pacientes (edad media 72 años –DE 5-, 68 mujeres). La duración mediana de diabetes al inicio era de 9 años (RI 3-17). La media de seguimiento fue de 32 meses (DE 16,4). La evolución media (o mediana) inicial/final fue: TAs 147,6/141,4 mmHg (p = 0,005), TAd 78,0/72,2 mmHg (p < 0,001), HbA1c 8,39/6,77% (p < 0,001), colesterol tot 218,2/179,1 mg/dl (p < 0,001), HDL col 49,1/57,0 mg/dl (p < 0,001), LDL col 141,6/101,8 mg/dl (p < 0,001), triglicéridos 130,5/105,0 mg/dl (p < 0,001), IMC 29,6/29,5 Kg/m<sup>2</sup> (p = 0,292). Las medias (o medianas) de las medias acumuladas durante el seguimiento fueron: TAs 142,6 mmHg, TAd 74,2 mmHg, HbA1c 6,93%, Colesterol tot 184,8 mg/dl, HDL col 54,6 mg/dl, LDL col 106,9 mg/dl, Triglicéridos 112,5 mg/dl. El porcentaje de pacientes que alcanzó los objetivos previstos fue: HbA1c 42,2%, TAs 25,9%, TAd 57,0% y LDL col 54,1%. El porcentaje inicial /final de los tratamientos prescritos fue: sulfonilureas 48,1/38,5% (p = 0,049), repaglinida 6,7/5,2% (p = 0,774), metformina 25,2/62,2% (p < 0,001), glitazonas 0,7/1,5% (p = 1), inhibidores de alfa-glucosidasas 13,3/6,7% (p = 0,012), insulina 31,9/48,1% (p < 0,001), diuréticos 25,2/32,6% (p = 0,052), betabloqueantes 14,1/17% (p = 0,424), calcioantagonistas 23,7/33,3% (p = 0,007), IECA 34,8/39,3 (p = 0,440), ARAII 6,7/35,3 (p < 0,001), alfabloqueantes 6,7/13,3% (p = 0,022), estatinas 34,8/71,1% (p < 0,001), fibratos 8,1/5,2% (p = 388), resinas de intercambio iónico 0,7/0,7% (p = 1), AAS 19,3/51,9% (p < 0,001), clopidogrel 2,2/3,7% (p = 727), dipiridamol 2,2/0% (p = 500), acenocumarol 6,7/9,6% (p = 289). El número medio de fármacos prescritos al inicio/fin de seguimiento fue de 4,39 (DE 2,65)/6,52 (DE 2,30) –p < 0,001-. Al principio del seguimiento tomaban más de 6 fármacos un 25% de los pacientes; al final del seguimiento esta cifra se elevó al 50% de la muestra. Realizaron autoanálisis inicio/fin un 55,6/93,3% (p < 0,001) Presentaron hipoglucemias sintomáticas al inicio/fin un 19,2/21,3% (p = 0,002). La mediana de visitas al centro en los seis meses previos al fin (médico/educadora) fue de 2 (RI 2-3).

**Conclusiones:** Es posible mejorar el control glucémico, tensional y lipídico en diabéticos de más de 64 años. Debe valorarse si la polifarmacia y el seguimiento estricto condicionan la calidad de vida de estos pacientes.

## COMUNICACIONES LIBRES

Sala Andalucía 3

Viernes, 6 de junio de 15:30 a 17:30 horas

## Área Clínica XI

Moderan:

Enrique Santo Medina. Murcia

Ana Fernández-Torija. Oyún (Logroño)

## Patología Vascular

138

ÍNDICE TOBILLO/BRAZO EN EL PACIENTE DIABÉTICO  
¿EXISTEN DIFERENCIAS EN LA POBLACIÓN GERIÁTRICA?L. Cuixart Costa, M. Verdú, V. Martínez, C. Campmajó  
y E. Parra

EAP Dreta Eixample, Barcelona.

El índice tobillo Brazo (ITB) se utiliza como predictor de riesgo cardiovascular y del pie diabético, ya que detecta la presencia de patología aterosclerótica arterial de las piernas.

**Objetivo:** Comparar los resultados del ITB en pacientes diabéticos, diferenciado dos grupos: superior e igual a 65 años e inferior a 65 años.

**Material y métodos:** Estudio descriptivo transversal efectuado en pacientes diabéticos de una área básica de salud urbana. *Muestra:* 100 pacientes diabéticos a los que se ha realizado el ITB seleccionados aleatoriamente. *Variables:* edad, sexo, ITB, tabaco y otras complicaciones ateroscleróticas (cardiopatía isquémica y accidentes vasculares cerebrales).

**Resultados:** Se diferenciaron dos grupos: 1. *Pacientes con edad superior o igual a 65 años (63 pacientes, 60% varones):* Valores del ITB normales (76%), patológico (19%) y no valorable (4,7%). Fumadores activos: 3 pacientes (5,2%).

Complicaciones ateroscleróticas: 12 pacientes (19%). 2. *Pacientes con edad inferior a 65 años (37 pacientes, 64% varones):* Valores de ITB normales (70%), patológico (18%) y no valorable (10,8%). Fumadores activos es de 7 pacientes (20%). Complicaciones ateroscleróticas 11 pacientes (29%).

**Conclusiones:** Pese a esperar peores puntuaciones de ITB en el grupo con edad mayor o igual de 65 años, este grupo presenta mejores porcentajes de ITB normales (76% versus 70%) y porcentajes de ITB patológicos similares (19% versus 20%) atribuible probablemente al menor número de fumadores activos en el grupo de mayor edad (4,7% versus 20%), existiendo en este grupo menos complicaciones ateroscleróticas (19% versus 29%). Debe insistirse en la importancia de abandonar el hábito tabáquico en pacientes diabéticos, para disminuir el riesgo cardiovascular global y de pie diabético.

198

¿ES DIFERENTE LA EVOLUCIÓN Y PRONÓSTICO DEL  
POSTOPERATORIO DE LOS ANCIANOS CARDIOPATAS?O.H. Torres Bonafonte, V. Longobardi, E. Francia Santamaría,  
M. Barcelo Trias, S. Benito Vales y D. Ruiz Hidalgo

Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona.

**Objetivo:** Estudiar cómo influyen los antecedentes cardiológicos en la evolución y pronóstico de los ancianos con postoperatorios complicados.

**Métodos:** Estudio prospectivo de pacientes (pac)  $\geq$  65a con postoperatorios complicados ingresados en Semicríticos (11m). Se registraron: antecedentes de insuficiencia cardíaca (ICC) e infarto agudo de miocardio (IAM), Índice (I) Charlson, estado funcional (IBarthel), gravedad (APACHE II) y fallo orgánico (SOFA). Seguimiento al año de 127pac. Análisis estadístico mediante pruebas no paramétricas y regresión logística múltiple.

**Resultados:** 130 pac de  $76 \pm 6a$  (59% varones). *Preoperatoriamente:* IBarthel  $89 \pm 18$ , ICharlson  $2 \pm 2$ , alb  $27 \pm 8$  g/l y Cr  $103 \pm 51$   $\mu$ mol/l. El 7% institucionalizados. *Principales comorbilidades:* 28% neoplasias, 25% diabetes y 22% EPOC. El 61% fueron cirugías urgentes. *Tipo de cirugía:* 66% general, 13% traumatológica, 9% vascular y 8% neurocirugía. APACHE al ingreso  $13 \pm 5$ . 13 pac (10%) tuvieron antecedentes de IAM y 16 (12%) de ICC (en 1 caso coexisten). Diferencias en cardiopatías: a) en pac con ICC: predominio de mujeres (69% vs 37%,  $p = 0,03$ ), más diabetes (50% vs 21%,  $p = 0,02$ ) y diferente intervención (general 50%, cardíaca 12%, neurocirugía 12% y traumatológica 11%,  $p = 0,04$ ), b) en pac con IAM: mayor ICharlson ( $3 \pm 3$  vs  $2 \pm 2$ ,  $p = 0,04$ ) y mayor Cr ( $130 \pm 47$  vs  $100 \pm 50$ ,  $p = 0,05$ ). *Durante su estancia:* mayor disfunción y fallo cardiovascular los pac con ICC (31% vs 10% y 37% vs 27%,  $p = 0,02$ ) y mayor disfunción renal los pac con IAM (61% vs 29%,  $p = 0,05$ ). No hubo diferencias en mortalidad hospitalaria (20%), estancia ( $35 \pm 31d$ ), IBarthel al alta ( $56 \pm 27$ ), mortalidad al año (42%), ni IBarthel al año ( $83 \pm 28$ ). En el análisis multivariado de mortalidad y declive funcional a corto y largo plazo únicamente la ICC predijo mortalidad al año (OR 5 IC95% 1-26  $p = 0,03$ ) junto con el APACHE y el tipo de intervención (AUC 0,8, IC95% 0,7-0,9).



**Conclusiones:** Los ancianos con cardiopatía presentaron características prequirúrgicas comparables a las del resto de pac. En la evolución postoperatoria los pac con ICC presentaron más fallo cardiovascular y los pac con IAM mayor disfunción renal. No se observaron diferencias a corto o largo plazo en supervivencia o funcionalidad en los pacientes cardiopatas si bien el antecedente de ICC fue un predictor de mortalidad al año.

295

#### UTILIDAD DEL D-DIMERO EN EL PROCESO DIAGNÓSTICO DEL TROMBOEMBOLISMO PULMONAR EN PACIENTES ANCIANOS HOSPITALIZADOS

C. Gálvez Barrón, J. Rodríguez Salazar, M. Sarró, C. Bermejo, V. Baños, J.J. Baztán

*Hospital Central Cruz Roja, Madrid.*

**Objetivo:** Evaluar la utilidad del d-dímero para mejorar la capacidad diagnóstica de los modelos de predicción clínica de tromboembolismo pulmonar (TEP) en pacientes ancianos hospitalizados.

**Métodos:** Se evaluaron todos los pacientes de 65 y más años registrados en el servicio de radiología durante los años 2004-2006 a quienes se realizó CT torácico helicoidal por sospecha de TEP. El resultado del CT helicoidal fue utilizado como "patrón oro" en el diagnóstico de TEP. Se categorizaron los pacientes en riesgo clínico bajo, moderado o alto según el modelo predictivo de Wicki et al. y en probable o improbable según el modelo de Wells et al. Se midió el D-Dímero por turbidimetría con un punto de corte anómalo > 250. Se realizaron tablas de contingencia para calcular la sensibilidad, especificidad, valores predictivos y cociente de probabilidad

**Resultados:** Se recogieron datos de 76 pacientes, 61% mujeres, de 82,2 años de edad ( $\pm 7,21$ ), de los cuales 30 (39,5%) presentaban diagnóstico radiológico de TEP en CT helicoidal de tórax. Según el modelo de Wicki se clasificaron 4 pacientes de riesgo bajo, 45 de riesgo moderado y 4 alto con una prevalencia de TEP de 25%, 36% y 100% respectivamente. Según el modelo de Wells 60 pacientes fueron clasificados como improbables y 13 como probables con una prevalencia de TEP de 39% y 46% respectivamente. La sensibilidad del D-Dímero fue del 66,6%, la especificidad del 31,4% con un cociente de probabilidad de 0,98. La presencia de D-dímero normal no modificó sustancialmente los valores de probabilidad de TEP encontrados en los pacientes según su riesgo clínico.

**Conclusión:** El D-Dímero no modifica la probabilidad diagnóstica de TEP evaluada por modelos de predicción clínica en pacientes ancianos hospitalizados.

434

#### ADECUACIÓN DEL MANEJO DE LOS MUY ANCIANOS HOSPITALIZADOS POR ICTUS

A. Esteve Arrien<sup>2</sup>, J. Minaya Saiz<sup>2</sup>, G. Domínguez de Pablos<sup>2</sup> y D. López Macías<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Central de La Cruz Roja, Madrid. <sup>2</sup>Hospital de Guadarrama, Madrid.

**Objetivos:** Describir la adecuación del manejo subagudo del ictus a las recomendaciones de la Sociedad Americana de Geriatría (2007).

**Métodos:** Estudio descriptivo. 24 pacientes > 85 años ingresados en dos años con ictus en un hospital de apoyo. Se recogieron edad, situación funcional (Índice de Katz), cognitiva (Índice de Pfeiffer), comorbilidad (Charlson), destino al alta y parámetros de calidad de manejo subagudo del ictus. Se utilizaron los tests de Chi cuadrado con corrección de Yates y Fisher y el T Student con la U de Mann Witney, y el programa SPSS 13.0.

**Resultados:** Muestra de 24 casos, edad  $88 \pm 3$  años, pérdida de actividades básicas  $1,3 \pm 2,1$  (Katz medio B, Barthel medio al ingreso  $23 \pm 22$  y al alta  $44 \pm 30$ ), Pfeiffer  $2,5 \pm 3,4$ , Charlson  $1,3 \pm 1,3$ . El 50% se institucionalizaron. La ganancia funcional fue  $21 \pm 16$ , con estancia de  $69 \pm 28$  días. El ictus fue cardioembólico en 10 pacientes, (6 anticoagulados, 3 contraindicada) y aterotrombótico en 14 (antiagregados 10 con ASA y 4 con clopidogrel). Screening de hiperlipemia en 100% y 16% tratados con estatinas. Recibieron rehabilitación-fisioterapia 100%, logoterapia 66,7%, prueba-tratamiento de disfagia 100%. Screening de depresión 37%, (100% recibieron antidepresivos). Barthel al ingreso < 20 se relacionó con mayor institucionalización, p 0,001, y

Barthel al alta > 45 con menor institucionalización (p < 0,005). Pfeiffer > 2 se relacionó con mayor institucionalización, p 0,02.

**Conclusiones:** La adecuación a los criterios de calidad en el manejo subagudo del ictus es mejorable. La gravedad del ictus (situación funcional y cognitiva al ingreso) determina la institucionalización. Los pacientes muy ancianos se beneficiaron de la recuperación funcional geriátrica, aunque presentaron altas tasas de institucionalización.

446

#### TRATAMIENTO DE REVASCULARIZACIÓN Y TIPO USADO, INDICADORES, FRCV Y COMPLICACIONES EN PACIENTES > 65 AÑOS CON SCASEST ATENDIDOS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL QUE DISPONE DE HEMODINÁMICA 24 HORAS

O.J. Simón Padilla, C.A. Yago Calderón, J.F. Romero Aguilar, A. Buforn Galiana y F. Tembury Ruiz

*Hospital Clínico Virgen de la Victoria, Málaga.*

**Objetivo:** Conocer porcentajes de tratamiento de revascularización y tipo usado en la población de pacientes > 65 años con SCASEST en un hospital de tercer nivel que dispone de hemodinámica 24 hs en los años 2006/07, así como indicadores, FRCV y complicaciones que aparecen.

**Método:** Estudio descriptivo de datos recogidos del proyecto ARIAM-Andalucía.

**Resultados:** Revisamos 277 pacientes > 65 años con SCA, de los cuales 70,04% presentó SCACEST (n = 194) y 29,96% SCASEST (n = 83). El subgrupo SCASEST presenta edad media 73 años, un 30,12% eran mujeres. La estancia media en UCI fue de 2 días y la mortalidad intra UCI fue del 3,61%. Eléctricamente presentaron descenso ST 70%, ST elevado transitorio 4%, cambios en onda T 20% y ECG normal 6%. Bioquímicamente presentaron niveles de troponinas normales 8%, ligeramente elevada 20%, notablemente elevada 68%, desconociéndose el dato en un 5%. Se objetivaron una alta prevalencia de FRCV: Cardiopatía isquémica previa el 51,21%, Fumadores 14,63%, Ex fumador 36,5%, Dislipemia 31,7%, Diabetes 39,02%, HTA 60,97%, Historia Familiar 6,09%, ninguno 2,43%. El número de factores de riesgo que presentaron: 0 7%, 1 28%, 2 42%, 3 22%, 4 1%, 5 0%. Revascularización: Ninguna 78%, IIb/IIIa 19%, ICP Primaria 2%, Fibrinólisis 0%. Lugar IIb/IIIa: Urgencias 50%, UCI 50%, 061 0%, c. Salud/DCCU 0%, CHARE 0%, Otros 0%. Complicaciones IIb/IIIa: 0%. Complicaciones ICP: sangrado menor 2,5%, Acceso 3,5%, ACV 0%, Arritmias 0%, Disección 0%, Otros 2,5%.

**Conclusión:** Se ha realizado revascularización en un 21% de los pacientes con SCASEST. Hasta en un 78% de los casos no se realiza ninguna intervención. Se ha usado el IIb/IIIa sin complicaciones y la ICP primaria, con un 3,65%. Los FRCV más frecuentes fueron HTA y CI previa. Los indicadores más frecuentes fueron descenso de ST (70%) y elevación de notable de troponinas (68%).

448

#### TRATAMIENTO DE REVASCULARIZACIÓN, TIPO USADO PACIENTES > 65 AÑOS CON SCACEST EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL QUE DISPONE DE HEMODINÁMICA 24 HS EN LOS AÑOS 2006/07, ASÍ COMO INDICADORES, FRCV Y CRONOGRAMA DE ACTUACIÓN

C.A. Yago Calderón, J.F. Romero Aguilar, O.J. Simón Padilla, A. Buforn Galiana y M.C. Delgado Fernández

*Hospital Clínico Virgen de la Victoria, Málaga.*

**Objetivo:** Conocer porcentajes de tratamiento de revascularización y tipo usado en la población de pacientes > 65 años con SCACEST en un hospital de tercer nivel que dispone de hemodinámica 24 hs en los años 2006/07, así como indicadores, FRCV, cronograma de actuación.

**Método:** Estudio descriptivo de datos recogidos del proyecto ARIAM-Andalucía.

**Resultados:** Revisamos 277 pacientes > 65 años con SCA, de los cuales 70,04% presentó SCACEST (n = 194) y 29,96% SCASEST (n = 83). El subgrupo SCASEST presenta edad media 73 años, un 32,47% eran mujeres. La estancia media en UCI fue de 3 días y la mortalidad intraUCI fue del 10,82%. Eléctricamente presentaron BCRI un 6%, ST elevado < 2mm 16% y ST elevado > 2 mm 78%. Se objeti-



varon una alta prevalencia de FRCV: cardiopatía isquémica previa el 24,8%, Fumadores 21,7%, Exfumador 25,9%, Dislipemia 35,75%, Diabetes 44% HTA 32,84% Historia Familiar 4,14%, ninguno 2,5%. Inicio Sintoma/fibrinólisis 268,5 min. Retraso Hospital/Fibrinólisis 112,4 min. Retraso Sintoma/Inflado Balon 2021,4 min. Retraso hospital/Inflado Balon 1502,1 min. Revascularización: Fibrinólisis 54%, ninguna 28%, ICP Primaria 18%, otros 1% Tasa Fibrinólisis eficaz 51,9% ICP fibrinólisis fallida 28,84%. Lugar Fibrinólisis: Urgencias 74%, 061 14,4%, DCCU 1,9%, UCI 8,7%, Otros 1%. Complicaciones Fibrinólisis: ACV Hemorrágico 1,9% Hemorragia mayor 0% Otras 2,9%.

**Conclusión:** Se realiza una Fibrinólisis en la mitad de los SCACEST con una tasa eficaz del 52% y hasta en un 30% de los casos no se realiza ninguna intervención. Aparece un 5% de complicaciones tras fibrinólisis.

473

#### ÁCIDO HIPOCLOROSO COMO TRATAMIENTO DE ÚLCERAS VASCULARES EN MIEMBROS INFERIORES

L. Morelo Negrete, A. Morelo Negrete, M. Ocampo Chaparro y D. Osorno Chica

*Hospital Universitario San Ignacio, Bogotá, Colombia.*

Se utilizan terapias convencionales y no convencionales en el manejo de úlceras de miembros inferiores que derivan en cronicidad, no cicatrización y recurrencia en el 1% de la población mundial e incrementan costos en salud y comorbilidad.

trización y recurrencia en el 1% de la población mundial e incrementan costos en salud y comorbilidad.

**Objetivo:** Evaluar el efecto del uso tópico de solución de ácido hipocloroso al 0,046% en el Hospital San Ignacio, Bogotá, Colombia, de junio a septiembre del 2005.

**Materiales y métodos:** Estudio descriptivo, reporte de serie de casos.

Asistentes a clínica de úlceras que cumplieran criterios de inclusión. 10 botellas de solución de ácido hipocloroso al 0,046%. Manejo integral, control de factores de riesgo y patologías asociadas.

**Resultados:** 18 pacientes tratados en seis meses. 75% mayores de 60 años; 85% de sexo femenino, funcionalidad para autocuidado adecuado 73%.

Etiología del 90% de las úlceras: vasculares venosas. 78% de los casos con úlceras crónicas en estadio II con uso previo de materiales de curación diversos.

Buena adherencia hasta el final en 75%, con curación del 100% en un lapso de 1 a 3 meses.

**Conclusiones:** El ácido hipocloroso es una alternativa útil para el manejo de úlceras vasculares en miembros inferiores que además previene infecciones.

El cuidado de los pacientes debe ser integral con control de comorbilidad y factores precipitantes o agravantes para que el cuidado local de la herida con el material asignado sea eficaz.

## COMUNICACIONES LIBRES

Sala Andalucía 2

Viernes, 6 de junio de 15:30 a 17:30 horas

## Área Clínica XII

Moderan:

José María Jiménez Pérez. Córdoba

Guillermo Gutiérrez Aparicio. Granada

## Miscelánea I

472

**CARACTERÍSTICAS CLÍNICO-EVOLUTIVAS DE LA DIVERTICULITIS AGUDA:****ANÁLISIS DE UNA SERIE DE 215 CASOS**C. Pastor Ochoa<sup>1</sup>, M.A. Montoro Huguet<sup>2</sup>, S. Santaloria<sup>2</sup>, L. Morlans Gracia<sup>1</sup> y M.R. de Sousa Duso<sup>2</sup><sup>1</sup>Hospital Sagrado Corazón de Jesús, Huesca. <sup>2</sup>Hospital San Jorge, Huesca.**Objetivo:** Evaluar la incidencia de la DA en la última década, así como el comportamiento clínico-evolutivo de la enfermedad.**Método:** Se investigaron todos los casos de DA diagnosticados en el Hospital San Jorge entre los años 1997-2004. En todos los casos se recogió información relativa a la presentación clínica, índice de sospecha al ingreso, pruebas de imagen, respuesta al tratamiento, complicaciones, necesidad de cirugía y mortalidad.**Resultados:** Inicialmente, el estudio constaba de 256 casos, 41 fueron excluidos por no reunir los criterios diagnósticos exigidos. Así, los 215 casos restantes correspondían a 178 pacientes [55,1% mujeres;  $\bar{x}$ : 66,7  $\pm$  13,8 años]. De los 3 grupos de edad en que se agrupó a las mujeres, 49 pacientes tenían edad > 80 años, 35 pacientes entre 51 y 80 años; y sólo, 14 mujeres  $\leq$  50 años. La incidencia fue incrementándose gradualmente [8 x 10<sup>5</sup> y año en 1997; 45 x 10<sup>5</sup> y año en 2004 (> 500%)].Un 30,9% de los casos mostraban antecedentes de DA. En los varones, se observó una mayor frecuencia de DA en rango de edad no geriátrica  $\leq$  50 años (71,9% vs 39%) ( $p < 0,05$ ) (OR = 3,9; IC 95%: 1,72-9,2). Aunque el dolor en FII fue el síntoma de presentación más común (70,2%), se observó dolor en hipogastrio en el 31,2%, dolor en FID en el 13,5% y dolor difuso en el 5,6%. Únicamente se registró fiebre en el 14,3% (febrícula en el 34,7%).El índice de sospecha clínica se estimó en un 54%, siendo superior entre los casos que se presentaron con dolor en (FII) (60% vs 39,7%;  $p < 0,05$ ). Un 23,3% mostraron síntomas de cierre abdominal y un 35,3% signos de peritonismo.Se observó leucocitosis en el 38,6%. El enema opaco resultó más sensible que la TC abdominal en la detección de divertículos (88,8% vs 21,3%;  $p < 0,001$ ). Sin embargo la TC permitió detectar engrosamiento de pared (45,9%), afectación de grasa pericólica (13,1%) y absceso (6,6%). La evolución fue favorable en el 82,4%, registrando

una tasa de complicaciones del 17,6% [perforación (6,9%), absceso (5,6%), fístula colovesical (3,7%) y oclusión intestinal (1,4%)]. Un 19,5% requirieron cirugía, con mortalidad global del 1,4%.

**Conclusiones:** 1. La incidencia de DA se ha incrementado de forma gradual en la última década. 2. La probabilidad de presentar una DA por debajo de los 50 años es más frecuente en el varón. 3. La mayoría de los pacientes con DA presentan un curso favorable, con una tasa de mortalidad muy baja, incluso entre aquellos que desarrollan complicaciones.

536

**MEDIDA DEL FLUJO INSPIRATORIO MÁXIMO COMO FACTOR QUE PUEDE DETERMINAR LA ELECCIÓN DE DISPOSITIVO DE INHALACIÓN EN ANCIANOS**

R. Petidier Torregrossa, F. Pérez Rojas y D. Nagore

Hospital Universitario de Getafe.

**Objetivos:** Valorar la correcta indicación del dispositivo de inhalación de la medicación broncodilatadora en los pacientes que reciben el alta de una unidad de agudos en base a la medida del flujo inspiratorio máximo.**Material y métodos:** Se incluyeron en el estudio todos aquellos pacientes que recibieron el alta de la unidad de agudos de nuestro Servicio de Geriatria entre los meses de Diciembre y Marzo de 2008, y cuyo informe de alta incluyera dentro del tratamiento pautado la realización de terapia inhalada con broncodilatadores. Se realizó medida del flujo inspiratorio máximo mediante el cálculo de la media de las tres medidas realizadas con el dispositivo In Check-Dial (Clement Clarke Internacional Ltd, Essex, England) que permite comparar medidas según las diferentes resistencias que corresponden a los dispositivos de cartucho presurizado (ease-breath), accuhaler y turbuhaler. Se recogieron también del informe de alta el/los tipo/s de tratamientos broncodilatadores pautados, la causa que determinaba su prescripción, el responsable de administrarlo/s (propio paciente o cuidador).**Resultados:** El tratamiento broncodilatador estuvo presente en casi el 30% de los informes de alta de la unidad de agudos en el periodo citado. La muestra estaba formada por un 56,8% de mujeres, y un 43,2% de varones. La causa más frecuente de pautar terapia con inhaladores fue la EPOC (56,25%); el resto de casos se relacionaron

con la presencia de hiperreactividad bronquial, asociada a diferentes circunstancias: infección respiratoria, neumonía, bronquiectasias. De los pacientes que por su condición mental eran capaces de realizar las maniobras de inspiración, sólo un 8% alcanzó el rango mínimo de 60 l/min de máximo flujo inspiratorio cuando se realizó la prueba con resistencia correspondiente al dispositivo turbuhaler. A pesar de ello, hasta un 20% de esta última muestra tenían pautado ese sistema de inhalación. En el 71,2% de los casos el cuidador era quien administraba la terapia inhalada.

**Conclusiones:** 1) La medicación broncodilatadora inhalada constituye un muy frecuente elemento del tratamiento pautado al alta en nuestra unidad de agudos; 2) La presencia de deterioro cognitivo al menos moderado debe influir en la elección del dispositivo de inhalación pautado, pero la correcta técnica de realización no debería ser el único factor que se tuviera en cuenta; 3) Los pacientes ancianos pueden beneficiarse de ser valorados con el dispositivo In Check-Dial, puesto que la capacidad inspiratoria debería ser un elemento importante en la toma de decisión del dispositivo de inhalación más adecuado; 4) Los ancianos frágiles con deterioro mental deberían ser subsidiarios de administración de medicación broncodilatadora a través de dispositivo de nebulización también en domicilio.

111

### CONDICIONES DE MORBILIDAD Y FRECUENCIA DE SÍNTOMAS EN UNA COHORTE DE MAYORES DE MEDIO COMUNITARIO RURAL DE SALAMANCA

D. Bernardini<sup>1</sup>, A. Martín<sup>2</sup> y J. Macias<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Facultad de Medicina, Universidad de Salamanca. <sup>2</sup>Centro de Salud "Miranda del Castañar" SACYL.

**Objetivo:** Evaluar condiciones de morbilidad y frecuencia de síntomas en una cohorte de mayores de medio rural.

**Método:** Estudio de corte transversal en dos comunidades rurales Garcibuey (C1) y Villanueva del Conde (C2), con revisión sistemática de historia clínica de una muestra de 165 (94,2%) personas de 65 años sobre un total de 175. Realizamos entrevista directa a 159 (97%), 144 (93%) en domicilio. La información se obtuvo entre Octubre de 2007 y Febrero de 2008. Los datos se trataron con SPSS 12.0.

**Resultado:** 97 (58,8%) personas fueron alertadas de su tensión arterial (TA), 72 (74,2%) están medicados. 132 (80%) reciben controles periódicos de TA. 23 (13,9%) ha tenido o tiene alterado su glucemia, 10 (43%) reciben medicación prescrita, 4 (17%) inyectable. 14 (8,5%) han recibido un diagnóstico de cáncer. 16 (9,7%) refirieron diagnóstico de EPOC, 1 recibe O2 suplementario. 36 (22%) ha tenido algún episodio coronario, 16 (9,8%) tuvieron un episodio cerebro vascular. 100 (61%) sufrían artrosis, 70% de ellos sufren dolor o hinchazón en articulaciones, casi la mitad de este grupo esta medicado (47%). 17 (10,7%) se cayeron en el último año, 12 de C2, 13 (76,4%) mujeres; 13 requirieron atención médica. El dolor de espalda 75 (46,6%), problemas de articulaciones 47 (29,2%), la hinchazón persistente de pies y tobillos 39 (24,2%) y la cefalea 39 (24,2%) fueron los síntomas de mayor frecuencia. 41 (25,2%) personas han tenido o tienen algún problema nervioso o de memoria, 9 (22%) con fármacos prescritos. 9 personas refieren estar con tratamiento psiquiátrico, 7 son mujeres y 2 varones.

**Conclusiones:** El dolor crónico secundario a procesos degenerativos, y las mujeres como grupo de riesgo marcan dos áreas de intervención comunitaria en medio rural, un medio del que siempre se pensó que envejecía distinto al medio urbano y al que estos datos otorgan más luz de cara a la toma de decisión política.

361

### PROGRAMA DE LIMITACIÓN DEL ESFUERZO TERAPÉUTICO EN EL ÁMBITO RESIDENCIAL

A. Fernández Peña, M. Aguilar Casacuberta, M.J. Ruda Valencia y J. Martos Gutiérrez

Fundació Antonia Roura, Granollers.

**Objetivos:** Diseñar un programa que permita establecer los límites y niveles de tratamiento en residentes, después de una valoración geriátrica integral, atención a las voluntades anticipadas de la persona y un consenso con los familiares.

**Método:** Estudio observacional descriptivo y prospectivo de un programa de limitación del esfuerzo terapéutico en el ámbito residencial, de los residentes ingresados de enero a diciembre de 2007. Se registro la evaluación clínica; funcional mediante I. Barthel, y evaluación cognitiva mediante MEC. Aplicamos en el caso de las demencias la escala FAST y la de "National Hospice Organization", como evaluadoras de pronóstico vital. Mantuvimos entrevistas programadas con las familias, para comentar el resultado de nuestra evaluación, y la opinión de las mismas de cara al futuro. Registramos la existencia de documento de voluntades anticipadas o en su defecto verbalización previa de las mismas, en los pacientes con afectación cognitiva. Clasificamos según nuestra valoración de pronóstico vital y la entrevista familiar, a los pacientes en los clásicos niveles de asistencia del 1 al 4, siendo el nivel 4, el de cuidados para incrementar la confortabilidad y el bienestar del paciente. La historia clínica de los incluidos en el nivel 4 la identificamos con un distintivo verde, de cara a evitar traslados a hospital de forma innecesaria y contra la voluntad de los pacientes y las familias. Análisis estadístico mediante el paquete SPSS versión 10.0.

**Resultados:** Se incluyeron los 52 residentes ingresados en nuestra residencia a 1 de enero de 2007: 32 (61%) fueron catalogados como tributarios de distintivo verde, pero sólo se incluyeron 27 ante la negativa de la familia. De los 16 exitus: 4 no tenían distintivo verde, pero tres tenían criterio de inclusión. La derivación al servicio de urgencias hospitalario se redujo en un 76%. No aumentó la mortalidad en el grupo de pacientes con distintivo verde y aquellos tributarios del mismo que no estaban incluidos en el grupo.

**Conclusiones:** La aplicación de un programa de limitación del esfuerzo terapéutico, comporta una mejora en la calidad asistencial, tanto para el residente como para su familia, y a su vez una racionalización en la utilización de recursos.

527

### ¿CAMBIA LA ACTUACIÓN EN LA HEMODIÁLISIS INCIDENTE DE OCTOGENARIOS?

D. Carrasco de Andrés, M.D. Prados Garrido, F. Fernández Quesada, M.J. Lara Villoslada, R. Peñafiel Marfil y E. Ros Díez  
Hospital Universitario San Cecilio, Granada.

**Objetivos:** Comprobar si la edad avanzada supone un sesgo en la decisión de someter al paciente a hemodiálisis (HD) periódica y en la elección del acceso vascular para llevarla a cabo.

**Método:** 49 pacientes, 35 varones y 14 mujeres, con una edad media de 65 años (14-85 años), con los datos del 2007 del Registro Oficial de la Coordinación Autonómica de Trasplantes (SICATA) referido a nuestra área, de obligada cumplimentación en todos los centros de HD, en los que hemos comparado sexo, causa de inclusión, tipo de acceso vascular al inicio del tratamiento y mortalidad del paciente en HD incidente (seguimiento en el año natural de entrada en HD).

**Resultados:** La distribución por sexos para HD incidente ha sido a favor del varón, 2,5 veces frente a la mujer, tanto globalmente como en octogenarios. Tampoco hay deferencias en cuanto a la causa de inclusión, predominando las enfermedades vasculares y la diabetes mellitus. Cumplimos con los marcadores e indicadores del Proceso Asistencial Integrado (PAI) en ambos grupos, entrando la mayoría de pacientes a HD con una Fístula Arteriovenosa (FAV) madura. Sólo un paciente ha fallecido, por infección bacteriana pulmonar, menor de 80 años.

**Conclusiones:** No se evidencian diferencias en octogenarios que acceden a HD respecto al global de población. No se ofrece acceso subóptimo a éste grupo. No se observa mortalidad en la HD incidente de octogenarios.

265

### DESCRIPCIÓN DEL CONSUMO DE RECURSOS HOSPITALARIOS DE UNA COHORTE DE POBLACIÓN MAYOR DE 65 AÑOS EN LA COMARCA DE OSONA

J. Espauella Panicot

Hospital de la Santa Creu, Vic. Barcelona.

**Introducción y objetivos:** Las personas mayores de 65 años, forman un grupo poblacional muy heterogéneo, tanto en aspectos de

salud como en el uso de recursos. Un subgrupo reducido de los mayores consume un alto porcentaje de recursos hospitalarios.

El objetivo es describir el consumo de recursos hospitalarios de las personas de 65 años o más residentes en la comarca de Osona y definir un perfil que nos permitan detectar este subgrupo de personas consideradas como grandes consumidoras de recursos hospitalarios.

**Material y métodos:** Estudio observacional de diseño transversal. La selección de los participantes se realizó a partir del censo de cada área básica de salud, por muestreo aleatorio estratificado.

A cada individuo se le realizó una encuesta de salud y el consumo de recursos durante el último año se obtuvo de las bases de datos hospitalarios.

La variable consumo de recursos se estandarizó a partir del coste real, dando valor 1 a un día de ingreso, 0,5 a la visita a urgencias y 0,25 a la visita a consulta externa. Se definieron como altos consumidores los individuos del percentil 90.

**Resultados:** La muestra está formada por 891 personas de 77,1 años de edad de promedio. El 64,1% eran autónomos para las actividades básicas de la vida diaria, el 17,5% presentaban sospecha de deterioro cognitivo.

El 10% de la población consume el 70% de los recursos hospitalarios y son etiquetados como altos consumidores. Se observa asociación estadísticamente significativa entre ser gran consumidor, la edad, autonomía para las actividades instrumentales de la vida diaria, el índice de comorbilidad de Charlson y las alteraciones de la marcha.

En el análisis multivariado los grandes consumidores tienen relación con la comorbilidad y las alteraciones de la marcha, explicando este modelo el 67% de la variabilidad observada.

**Conclusiones:** Se confirma que un 10% de la población estudiada consume el 70% de los recursos hospitalarios. La comorbilidad y la funcionalidad son las variables que mejor detectan a estos pacientes.

Los sistemas de salud deberían poder detectar este subgrupo de pacientes para analizar la idoneidad de los recursos utilizados y proponer nuevas formas de atención.

## 426

### ESTUDIO DE POSIBILIDADES DE INTERVENCIÓN EN LA PATOLOGÍA ORAL DE ANCIANOS INSTITUCIONALIZADOS EN LANZAROTE

J.P. Simón<sup>1</sup>, J. Díaz Melián<sup>1</sup>, P. Jarauta Moreno<sup>2</sup>, E. Carmona Águila<sup>2</sup>, B. Torres Moreno<sup>1</sup> y C. Alastuey<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Insular de Lanzarote, <sup>2</sup>Centro de Salud. Canalejas.

**Objetivo:** Analizar la patología estomatológica en la población institucionalizada de Lanzarote, las posibilidades de actuación y colaboración por parte de los residentes y un plan de intervención sobre la misma.

**Método:** Se recogen los datos de todos los pacientes institucionalizados en el HIL: Edad, sexo y existencia de deterioro cognitivo y de discapacidad física: A) Pueden acudir al odontólogo por solos o con ayuda. B) Necesitan transporte en medios especiales. Se pasa el test de comportamiento odontológico de Nordenram (ICON) dividiéndose los pacientes en 3 grupos: 1. Pacientes con altas posibilidades de colaboración ICON entre 20 y 15. 2. Pacientes con cuestionables posibilidades de colaboración ICON entre 15 y 10. 3. Pacientes escasas posibilidades de colaboración ICON menor de 10.

Se valora la presencia de patología oral más frecuente en los pacientes que colaboran total o parcialmente. Xerostomía, caries coronal o radicular, enfermedad periodontal, edentulismo parcial o total.

Y según los resultados se programa la intervención: visita al odontólogo en su consulta o que este acuda al centro.

**Resultados:** 67p. V45%, M55%. Edad media 79. Demencia 58%. ICON: grupo 1, 54%; grupo 2, 10%; grupo 3, 36%. Discapacidad: A, 48%; B, 52%. Edentulismo: 59%. Caries: coronal, 36%; radicular, 25%. Enfermedad periodontal 30%. El 18% precisarían de atención en el domicilio y el 9% con sedación.

**Conclusiones:** Un 64% de pacientes no precisan de odontólogo por ser edentulus. La caries radicular es mas frecuente que la coronal. El 25% de los pacientes precisarían sedación para la intervención.

## 390

### SIGNOS PARKINSONIANOS, PARKINSONISMO Y ENFERMEDADES CRÓNICAS EN NONAGENARIOS. DATOS DEFINITIVOS DEL ESTUDIO NEDICES

V. Domingo<sup>2</sup>, M.E. Carrillo<sup>3</sup>, R. Trincado<sup>2</sup>, T. Jiménez<sup>2</sup>, F. Bermejo<sup>4</sup> y J.M. Ribera<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Clínico, Madrid. <sup>2</sup>Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid. <sup>3</sup>Hospital de Guadarrama. <sup>4</sup>Hospital Doce de Octubre, Madrid.

**Objetivos:** Relacionar la presencia de signos parkinsonianos (SP) y Parkinsonismo (P) con enfermedades crónicas en nonagenarios del estudio NEDICES.

**Pacientes y métodos:** Sujetos  $\geq 90$  años a 1 de Mayo de 1999. Enfermedades crónicas: criterios de Coroni-Huntley (Established Populations for the Epidemiologic Study of the Elderly-EPESE-). *Signos cardinales parkinsonianos:* puntuación en la subescala motora UPDRS (mUPDRS)  $\geq 2$  para bradicinesia e inestabilidad, y  $\geq 1$  para temblor de reposo y rigidez. *Diagnostico de P:* criterios de la Sociedad del Banco de Cerebros del Reino Unido. Análisis bivariante, considerando significativo  $p < 0,05$ .

**Resultados:** n = 166. Información = 144 (86,7%). mUPDRS: 96 (57,8%). Factores de riesgo cardiovascular: HTA (52,2%), Diabetes (18,8%), Dislipemia (4,6%), Cardiopatía Isquémica (CI) (21,4%) e ictus (16,5%). La bradicinesia se correlacionó con fractura de cadera (FxC) ( $p = 0,04$ ) y CI ( $p = 0,04$ ), el temblor de reposo y la rigidez con FxC ( $p = 0,01$  y  $p = 0,03$  respectivamente), y la inestabilidad con FxC ( $p = 0,00$ ) e ictus ( $p = 0,01$ ). El P se relacionó positivamente con problemas genitourinarios, fractura de cadera e ictus, con tendencia significativa en CI. La artrosis presenta una relación inversa con cualquier SP y P, siendo significativa en el temblor de reposo ( $p = 0,03$ ).

**Conclusiones:** La presencia de cualquier SP o de P se relaciona con mayor frecuencia de fractura de cadera. También lo hacen con CI e ictus, aunque en este caso la relación sólo es significativa entre bradicinesia y CI así como inestabilidad y FxC. La artrosis presenta una relación inversa con los SP y el P.

## 389

### SIGNOS PARKINSONIANOS LEVES Y PARKINSONISMO EN NONAGENARIOS. DATOS DEFINITIVOS DEL ESTUDIO NEDICES

V. Domingo<sup>2</sup>, M.E. Carrillo<sup>3</sup>, T. Jiménez<sup>2</sup>, R. Trincado<sup>2</sup>, F. Bermejo<sup>4</sup> y J.M. Ribera<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Clínico, Madrid, <sup>2</sup>Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid. <sup>3</sup>Hospital de Guadarrama. <sup>4</sup>Hospital Doce de Octubre, Madrid.

**Objetivos:** Describir la prevalencia de signos parkinsonianos leves (MPS) y parkinsonismo (P) en una población nonagenaria del estudio NEDICES.

**Pacientes y métodos:** Se seleccionaron sujetos  $\geq 90$  años a 1 de Mayo de 1999, realizando cuestionarios estandarizados incluyendo la subescala motora UPDRS (mUPDRS), de 14 ítem de 0-4 puntos cada uno. Definición de MPS: (1) al menos 2 ítems de la mUPDRS = 1, (2) 1 ítem  $\geq 2$ , o (3) el ítem temblor de reposo = 1. Diagnostico de P y Enfermedad de Parkinson (EP) según criterios de la Sociedad del Banco de Cerebros del Reino Unido. Los otros P se clasificaron según criterios internacionales. Categorías de P según puntuación de los ítems de la mUPDRS en signos cardinales: P claramente definido (Pcde), definido con inestabilidad (Pedi) y P dudoso (Pdu).

**Resultados:** n = 166 nonagenarios. Información: 144 (86,7%). mUPDRS realizada: 96 (57,8%). Puntuación = 0 en la mUPDRS: 96 (1,04%). MPS: 95 sujetos (98,9%). Pcde: 16 sujetos (11,1%). EP: 5 (3,5%), P de otro tipo: 5 (3,5%), P mixto: 3 (2,1%), P vascular: 1 (0,7%) y P inespecífico: 1 (0,7%). Pedi: 6 sujetos (4,1%). Pdu: 76 sujetos (52,7%).

**Conclusiones:** Los signos parkinsonianos leves se objetivan en la práctica totalidad de estos nonagenarios.

Se observa una elevada prevalencia de Parkinsonismo, siendo congruente con estudios previos. Hay un cambio en la prevalencia de los subtipos de Parkinsonismo respecto a publicaciones anteriores.

Existe un aumento de Parkinsonismos de otro tipo perdiendo importancia la Enfermedad de Parkinson y, sobre todo, el Parkinsonismo vascular.

376

**PREVALENCIA DE DEPRESIÓN EN LA POBLACIÓN ESPAÑOLA MAYOR DE 65 AÑOS.**

M. Porta Casals, I. Collado Pérez, L. Narvaiza Grau, A. Yuste Marco y A. Rodríguez Molinero

*Fundació Hospital Comarcal Sant Antoni Abat, Vilanova i la Geltrú.***Objetivo:** Estimar la prevalencia de depresión en la población española mayor de 65 años y sus factores asociados.**Método:** Estudio transversal sobre una muestra representativa de la población española mayor de 65 años.

Se seleccionaron 800 participantes siguiendo un muestreo probabilístico polietápico estratificado por edad, tamaño de hábitat y zona geográfica.

En esta comunicación se exponen datos preliminares relativos a 270 casos. Se administró la Escala de Depresión Geriátrica de 5 apartados (GDS-5), validada para población española (valor predictivo positivo 0,5).

Se estudió la asociación del resultado positivo con factores sociodemográficos (sexo, edad, estado civil, nivel de estudios, convivencia), funcionales (Índice de Katz, percepción sensorial) y con la presencia de dolor.

Se excluyeron del análisis las personas con deterioro cognitivo moderado o grave (test Pfeiffer &gt; 4)

**Resultados:** 52 (21,8 IC95% 16,5-27,1) participantes mostraron resultados positivos en el test de cribado de depresión.El resultado positivo fue más frecuente en mujeres (27%,  $p < 0,05$ ) y en ancianos mayores de 79 años (29,4%  $p < 0,05$ ). Otros factores asociados con el resultado positivo del test fueron el estado de viudez, el deterioro funcional, el escaso nivel de actividad y el déficit auditivo.En varios modelos multivariantes las variables más fuertemente asociadas fueron el estado civil (OR 1,1  $p < 0,01$ ) y el índice de Katz (OR 0,5  $p < 0,01$ ).**Conclusiones:** Un alto porcentaje de ancianos mayores de 65 años presenta resultados positivos en un test de cribado de depresión. Esta alteración fue más frecuente en personas viudas y con deterioro funcional.

171

**SEGURIDAD CLÍNICA EN EL ANCIANO: USO DE MEDICACIÓN APROPIADA Y MEJORA DE LA PRESCRIPCIÓN AL ALTA**

N. Fernández, M. Arenere, E. Núñez, C. Cánovas, T. Morlanes y E. García-Arilla

*Hospital San Jorge Zaragoza.***Objetivos:** Analizar la medicación inapropiada e interacciones medicamentosas en ancianos hospitalizados. Búsqueda de estrategias que faciliten el cumplimiento de la prescripción al alta.**Método:** Estudio observacional, descriptivo y prospectivo de una muestra aleatoria de pacientes ingresados durante el año 2007. Base de datos SPSS: variables epidemiológicas, clínicas y farmacológicas. Control telefónico al mes con encuesta de satisfacción sobre la hoja de prescripción al alta (programa Infowin).**Resultados:** En el 36,78% de los 522 pacientes con polifarmacia (> de 6 fármacos al ingreso) se detectaron 158 potenciales interacciones medicamentosas (ingreso: 61, hospital: 53, alta: 44): digoxina- diurético 70, IECA-furosemida 89, IECA-espironolactona 27, antiácido-IECA 60. El riesgo de potenciales interacciones farmacológicas fue mayor en pacientes con insuficiencia cardíaca  $p = 0,016$ . Los pacientes que tomaban mayor número de fármacos al ingreso tuvieron más interacciones  $p = 0,04$ . Medicación inapropiada (criterios de Beers): (ingreso: 38, hospital: 12, alta: 13): BZD largos periodo-depresión 15, BZD acción larga-EPOC 12, BZD acción corta-síncope 4, beta bloqueantes-EPOC 4, AINE-ulcus o Sintrom 3, anticolinérgicos-demencia o retención orina 2, amiodarona 3, digoxina altas dosis 2. Los pacientes con medicación inapropiada al ingreso tuvieron mayor mortalidad durante la hospitalización  $p = 0,015$ . No existió relación con la estancia media ni con la capacidad funcional al alta. Control telefónico: 20%. Fue útil la hoja de prescripción al cuidador en el 77,8%. 50% se la enseñó a su médico de Atención Primaria y un 44% la consideró útil.**Conclusiones:** 1. Durante la hospitalización se debe intentar disminuir la polimedición y continuar con ésta política en la prescripción al alta. 2. Es necesario conocer la medicación inapropiada en el anciano e identificar las interacciones farmacológicas para evitar efectos adversos en el entorno hospitalario. 3. En ancianos con plurifarmacia es fundamental la búsqueda e implantación de estrategias que faciliten al alta el cumplimiento de la prescripción.



## COMUNICACIONES LIBRES

Sala Andalucía 3

Viernes, 6 de junio de 18:00 a 20:00 horas

## Área Clínica XIII

Moderan:

Juan José Calvo Aguirre. *San Sebastián*Gregorio Jiménez Díaz. *Madrid*

## Miscelánea II

80

## FUNCIÓN VISUAL VERSUS AGUDEZA VISUAL EN LAS PERSONAS MAYORES

J. López-Torres Hidalgo<sup>1</sup>, B. Navarro Bravo<sup>1</sup>, F. Andrés Pretel<sup>1</sup>, I. Párraga Martínez<sup>1</sup>, M.A. López Verdejo<sup>2</sup> y A. Villena Ferrer<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Gerencia de Atención Primaria, Albacete. <sup>2</sup>Hospital General Universitario, Albacete.

**Objetivo:** Determinar el estado de la función visual en los mayores, establecer su grado de correlación con la agudeza visual y comprobar su asociación con otras limitaciones funcionales, tanto físicas como mentales.

**Métodos:** *Diseño:* estudio observacional descriptivo. *Participantes:* 1.160 personas de 65 o más años de edad seleccionados mediante muestreo simple aleatorio. *Variables de estudio:* en los sujetos participantes se evaluó el estado de la función visual (The Visual Function Index – VF-14), la agudeza visual, la visión autopercebida, la situación funcional física y mental (Katz Index, Short Portable Mental Status Questionnaire y Geriatric Depression Scale) y las características sociodemográficas. *Análisis principales:* mediante regresión lineal múltiple se comprobó la asociación de la función visual (puntuación VF-14) con sus factores condicionantes, realizando un ajuste estadístico por las posibles variables de confusión.

**Resultados:** La prevalencia de sujetos con agudeza visual inferior a 6/18 fue del 6,3% (IC 95%: 4,93-7,82) e inferior a 20/40 del 20,9% (IC 95%: 18,6-23,3). La mejor agudeza visual de cada participante mostró una moderada correlación con la puntuación del cuestionario VF-14 ( $r = 0,416$ ;  $p < 0,001$ ). Las variables asociadas, mediante regresión múltiple, con el estado de la función visual fueron: visual impairment, pobre visión autopercebida, dependencia para realizar actividades básicas, deterioro cognitivo, síntomas depresivos, género femenino, mayor edad y clase social inferior. La variabilidad explicada por dichas variables independientes fue del 45,5% ( $r^2 = 0,455$ ).

**Conclusiones:** El deterioro de la función visual es frecuente en las personas mayores y se asocia a otras limitaciones funcionales físicas o mentales, por lo que puede considerarse un problema de salud de gran magnitud y trascendencia. Como complemento a las recomendaciones preventivas sobre determinación de la agudeza visual en los mayores resulta aconsejable la evaluación de la función visual mediante adecuados instrumentos de screening en la práctica clínica.

109

## ESTUDIO DE LA PREVALENCIA DE DISFUNCIÓN TIROIDEA EN UNA UNIDAD GERIÁTRICA DE AGUDOS

A. Muñoz Pascual, P. Iglesia Lozano, M.T. Guerrero Díaz, F. Prado Esteban, M.c. Macías Montero, E. Ridruejo Gutiérrez y V. Hernández  
 Hospital General, Segovia.

**Objetivos:** Estudiar la prevalencia de disfunción tiroidea conocida y no conocida y de autoinmunidad tiroidea en pacientes ancianos hospitalizados. Analizar las características de los pacientes seleccionados, fundamentalmente el sexo, la edad, grado de dependencia funcional a través del índice de Barthel, motivo de ingreso en la Unidad de Agudos, enfermedades previas conocidas, fármacos de uso crónico y mortalidad durante el ingreso.

**Material y métodos:** Se estudiaron todos los pacientes ancianos mayores de 65 años que ingresaron en el Servicio de Geriátrica del hospital General de Segovia durante un año. En cada paciente se estimó la función tiroidea mediante la determinación de la concentración sérica de tirotrópina (TSH), de tiroxina (T4) y de triyodotironina (T3) libre. Para la valoración del estado de autoinmunidad se cuantificó el título de anticuerpos anti-peroxidasa tiroidea (anti-TPO) y de anticuerpos anti-tiroglobulina (anti-Tg).

**Resultados:** Se evaluaron 447 pacientes [277 mujeres (62%), edad media  $\pm$  DS, 86,3  $\pm$  6,5 años y 170 varones (38%), edad 84,3  $\pm$  6,5 años] ingresados por patología aguda. Veintiún pacientes (4,7%, 19 mujeres) presentaron disfunción tiroidea previamente conocida: 10 casos de hipertiroidismo (8 franco y 2 subclínico) y 11 casos de hipotiroidismo (10 franco y 1 subclínico). Tras excluir los pacientes con disfunción tiroidea conocida, el 73,0% ( $n = 311$ , 189 mujeres) presentó alguna alteración hormonal tiroidea: 266 (62,4%) síndrome del enfermo eutiroideo, 17 (4%) hipertiroidismo (9 franco y 8 subclínico) y 28 (6,6%) hipotiroidismo (4 franco y 24 subclínico). La autoinmunidad tiroidea fue positiva en el 5,6% y, tras excluir los pacientes con patología tiroidea conocida, este porcentaje se redujo al 4,4%. La prevalencia de disfunción tiroidea total (conocida y no conocida) en nuestra población anciana hospitalizada sin considerar el síndrome del enfermo eutiroideo fue del 14,7% [8,7% hipotiroidismo (3,1% franco y 5,6% subclínico) y 6% hipertiroidismo (3,8% franco y 2,2% subclínico)]. Se encontró relación entre disfunción tiroidea, mortalidad y gra-

edad de la dependencia funcional del paciente al ingreso ( $p < 0,05$ ), aunque no con el diagnóstico principal al alta.

**Conclusiones:** En nuestro medio, alrededor de las tres cuartas partes de los ancianos hospitalizados por procesos agudos presenta alteración de las hormonas tiroideas, fundamentalmente un síndrome del enfermo eutiroideo. La prevalencia total de disfunción tiroidea (hiper e hipofunción) es también elevada (14,7%) y mayor en mujeres. La hipofunción tiroidea es más prevalente que la hiperfunción tiroidea. Por último, la prevalencia de autoinmunidad es baja (5,6%).

## 132

### DOCENCIA DE GERIATRÍA EN LAS FACULTADES DE MEDICINA

R. López Mongil<sup>2</sup>, J. Mateos del Nozal<sup>1</sup>, M. Boronat Martín<sup>3</sup>, J.A. López Trigo<sup>4</sup> y IFMSA-SPAIN. International Federation of Medical Students Associations<sup>5</sup>

<sup>1</sup>Facultad de Medicina. Universidad de Valladolid, Valladolid. <sup>2</sup>Centro Asistencial Dr. Villacián. Diputación de Valladolid, Valladolid. <sup>3</sup>Dpto. de Nutrición y Dietética. Universidad de Valladolid, Valladolid. <sup>4</sup>Centro Municipal de Tercera Edad. Ayuntamiento de Málaga, Málaga. <sup>5</sup>Multicéntrico.

**Objetivo:** En este estudio se plantea conocer como se lleva a cabo la formación en Geriatria en las Facultades de Medicina (FM) de España. La Geriatria es una especialidad reconocida oficialmente en nuestro país desde 1978.

**Método:** Analizamos los datos recogidos por estudiantes de Medicina de 29 FM, que cumplimentaron un cuestionario, siguiendo un modelo diseñado a tal efecto. *Duración del estudio:* Octubre 2007-Marzo 2008.

**Resultados:** Se recoge información de 29 FM. La fuente mayoritaria de obtención de la misma es a través de webs y de las guías propias de cada FM. En 10 FM, además, el decano ayudó a completar el registro. Se imparte Geriatria en un 72,41% de las FM. Es asignatura independiente sólo en un 55,17% de ellas. En un 17,24% está incluida dentro de la asignatura de Patología Médica y en un 6,90% dentro de Medicina Interna y Patología Médico-Quirúrgica. La Geriatria forma parte del temario de 4º curso en un 6,09%, de 5º en un 27,59% de 6º en un 34,48% y en el 2º ciclo en un 10,34%. Se imparte mayoritariamente en un trimestre (20,69%) y como máximo en un cuatrimestre (17,24%). Se oferta con carácter obligatorio en un 51,72% y es impartida por especialistas geriatras en un 20,69% y por internistas en la misma proporción. En un 27,59% la enseñanza es sólo teórica y en un 48,28% teórica y práctica, realizándose las mismas en hospital en un 31,03%. No se facilita la información de quien imparte las prácticas en un 65,50%.

**Conclusiones:** La curva demográfica demuestra que la actual práctica médica está muy vinculada a la Geriatria, pero en la mitad de las FM los estudiantes finalizan su formación sin recibir conocimientos específicos de esta materia. Se precisa un compromiso de las FM para conseguir el aprendizaje necesario de esta especialidad.

## 148

### RESULTADOS DE LA APLICACIÓN DE LA CAMPAÑA SOBREVIVIR A LA SEPSIS EN LOS PACIENTES GERIÁTRICOS INGRESADOS EN LA UCI EN SHOCK SÉPTICO

M. Holanda Peña, B. Suberviola Cañas, M. Hernández Hernández, L. García Astudillo y A. Castellanos Ortega

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander.

**Objetivo:** Teniendo en cuenta que la población mayor de 80 años se verá doblada en 2030, la sepsis grave en la población geriátrica representa un importante problema de salud pública. El objetivo de este estudio es demostrar que la cumplimentación de un protocolo estandarizado puede llegar a mejorar el manejo y la supervivencia de los pacientes mayores de 65 años con shock séptico.

**Material y métodos:** Se trata de un estudio prospectivo de cohortes unicéntrico. Se incluyó a todos los pacientes mayores de 65 años con sospecha de infección y criterios de shock séptico según las definiciones propuestas por la Conferencia de Consenso SCCM/ESICM/ACCP/ATS/SIS, que ingresaron en la Unidad de Cuidados Intensivos General (UCIG) del Hospital Universitario "Marqués de Valdecilla" entre el 1 de septiembre de 2005 y el 31 de diciembre de 2007. Tras un periodo educacional de 2 meses, se comenzó a implementar el protocolo de reanimación para las primeras 6 horas de la campaña sobrevivir a la sepsis (CSS).

**Resultados:** Se documentaron un total de 132 pacientes, 72% varones y 28% mujeres con una edad media de  $75 \pm 6$  años. Los valores medios de APACHE II y SOFA fueron  $22 \pm 7$  y  $8 \pm 3$  respectivamente. El 46% fueron pacientes médicos y el 54% quirúrgicos, presentando algún tipo de comorbilidad en el 15% de los casos. Durante su estancia en UCI, el 44% requirió ventilación mecánica y HDFVVC el 43% y 11% respectivamente. La mortalidad en la UCI fue del 34% y a nivel hospitalario del 48%, habiéndose llevado a cabo LET en el 5% de los casos. Los porcentajes de cumplimentación de las medidas de resucitación de la CSS fueron: lactato 65%, extracción de hemocultivos 45%, antibioterapia precoz 41% y fluidoterapia 81%. Y los porcentajes de cumplimentación de los objetivos de resucitación hemodinámica fueron: TAM > 65 mmHg 71%, PVC > 8 75% y SvcO<sub>2</sub> > 70% 56%. El foco de infección se evacuó en el 59% de los casos en que estaba indicado. Tan sólo se cumplimentó la totalidad de las medidas en el 29% de los pacientes. Los supervivientes presentaron porcentajes de aplicación mayores e intervalos de tiempo más cortos hasta la consecución de los objetivos terapéuticos observándose diferencias estadísticamente significativas en los tiempos (horas) de cumplimentación de las variables hemodinámicas y del drenaje del foco infeccioso: en la consecución de una TAM > 65 mmHg ( $4 \pm 6$  vs  $7 \pm 9$ ,  $p = 0,01$ ), para la PVC > 8 mmHg ( $5 \pm 8$  vs  $12 \pm 22$ ,  $p = 0,001$ ), para la SvcO<sub>2</sub> > 70% ( $4 \pm 0,7$  vs  $10 \pm 22$ ,  $p = 0,005$ ) y ( $2 \pm 10$  vs  $22 \pm 34$ ,  $p = 0,01$ ). Los pacientes en que se logró la cumplimentación del total de medidas de tratamiento presentaron una disminución del 23% de la mortalidad con respecto a aquellos en que no se logró (18% vs 41%, RR: 0,43,  $p = 0,01$ ). En el análisis multivariable, la necesidad de ventilación mecánica, la consecución de una SvcO<sub>2</sub> > 70% y la evacuación precoz del foco infeccioso fueron marcadores independientes de supervivencia.

**Conclusión:** Los pacientes mayores de 65 años con sepsis grave tienen un mejor pronóstico y supervivencia cuando son tratados con un protocolo estandarizado, al igual que se mejora la supervivencia en paciente no geriátricos.

## 226

### EPIDEMIOLOGÍA DEL DOLOR CRÓNICO EN PACIENTES AMBULATORIOS DE ATENCIÓN PRIMARIA EN UN SISTEMA DE SALUD PARA GERONTES

L. Cámara, A. Aprile, C. Catoggio, D. Weissbrod, M. Sassano, E. Stonski y B. Martínez

Hospital Italiano, Buenos Aires.

**Introducción:** La prevalencia del dolor crónico oscila entre el 20% y el 80% según los estudios, y es mayor en los ancianos; sin embargo, en nuestro país no hay datos publicados sobre el tema.

**Objetivo:** Analizar la prevalencia de dolor crónico en pacientes mayores de 65 años en la sala de espera de un centro de atención primaria de un sistema privado de salud. Se definió el dolor crónico como aquel cuya duración fuera igual o mayor a tres meses.

**Materiales y métodos:** Durante los meses de julio a septiembre de 2007 se realizó una encuesta anónima, autoadministrada y guiada por monitores, en la sala de espera de los consultorios de atención primaria del Hospital Italiano de Buenos Aires, de lunes a viernes entre las 8 y 18 horas. La encuesta incluyó 14 preguntas, en las que se analizaron las características demográficas, la prevalencia, duración e intensidad del dolor (evaluado con una escala de 0 a 10 puntos); las consultas médicas realizadas por este motivo y la asociación con el diagnóstico de depresión o ansiedad referido por el paciente.

**Resultados:** Se realizó el análisis de las primeras 400 encuestas. La edad promedio de los pacientes fue de 77,31 años (65-94) y el 75,5% fueron mujeres. La prevalencia de dolor crónico fue de 65,5% ( $n = 262$ ), con un promedio de duración de 130 meses (10,83 años), y una intensidad media de 3,29 puntos. El 44,30% presentaba dolor moderado a intenso (mayor o igual a 4 puntos). Las mujeres tenían más dolor crónico que los varones ( $p = 0,0062$ ), de mayor intensidad ( $p = 0,0396$ ) y duración ( $p = 0,0095$ ). La media de consultas médicas realizadas por dolor en el año previo fue de 3,58; y en promedio, cada paciente consultó a 2,82 médicos distintos. El 35,8% ( $n = 143$ ) de los pacientes refería depresión y/o ansiedad y la prevalencia fue mayor en los pacientes con dolor crónico ( $p = 0,0001$ ). Los pacientes con depresión y/o ansiedad, tenían dolor crónico de mayor intensidad ( $p = 0,018$ ) y duración ( $p = 0,013$ ).

**Conclusión:** La prevalencia de dolor crónico fue muy alta: 3 de cada 5 pacientes de la sala de espera lo padecen; su duración es muy prolongada y la intensidad es moderada a intensa en casi la mitad de los casos, especialmente en las mujeres. La asociación con depresión y/o ansiedad es elevada y se relaciona con dolor de mayor duración e intensidad. El dolor crónico es un problema grave que requiere una atención especial, principalmente por los médicos de cabecera

## 227

### DISTRIBUCIÓN Y TRATAMIENTOS DEL DOLOR CRÓNICO EN PACIENTES AMBULATORIOS DE ATENCIÓN PRIMARIA EN UN SISTEMA DE SALUD PARA GERONTES

M. Sassano, C. Catoggio, A. Aprile, D. Weissbrod, E. Stonski, B. Martínez y L. Cámara  
*Hospital Italiano, Buenos Aires.*

**Introducción:** El dolor crónico es muy prevalente en los ancianos y según los estudios publicados, los sitios afectados con mayor frecuencia son la espalda y las grandes articulaciones, especialmente la rodilla. El tratamiento puede ser farmacológico o no farmacológico. Aún no se han publicado datos sobre la distribución del dolor y su tratamiento en ancianos en nuestro país.

**Objetivo:** Analizar los diversos tratamientos para el dolor crónico (más de 3 meses de duración) y las regiones afectadas con mayor frecuencia en pacientes mayores de 65 años, en la sala de espera de un centro de atención primaria de un sistema privado de salud.

**Materiales y métodos:** Los pacientes mayores de 65 años presentes en la sala de espera de los consultorios de atención primaria del Hospital Italiano de Buenos Aires, Capital Federal, fueron encuestados durante los meses de julio, agosto y septiembre del año 2007. La encuesta anónima, autoadministrada y guiada por monitores, se realizó de lunes a viernes entre las 8 y 18 horas. El cuestionario incluía 14 preguntas, entre las que se analizó la presencia de dolor crónico en 14 regiones diferentes, su regularidad en el tiempo y el antecedente de tratamientos realizados.

**Resultados:** Se realizó el análisis de las primeras 400 encuestas. En total, 262 (65,5%) pacientes tuvieron dolor crónico. Las localizaciones más frecuentes fueron la región lumbar (48,10%), las rodillas (32,80%), la región cervical (32,10%) y las piernas (27,10%). Las mujeres presentaron más dolor en el cuello y las manos que los varones ( $p = 0,003$  y  $p = 0,0243$ , respectivamente); el 10,31% de los pacientes refirió dolor total. El 6,9% ( $n = 18$ ) de los pacientes con dolor no recibió tratamiento alguno. El 79% de los 242 restantes recibió tratamiento farmacológico y el 75% tratamiento no farmacológico, entre los que el más frecuente fue la fisioterapia (182 pacientes), seguido de la acupuntura (51 pacientes) y otros (42 pacientes) como la gimnasia y el yoga. Las mujeres realizaron más tratamiento no farmacológico que los hombres ( $p = 0,003$ ).

**Conclusión:** Uno de cada 3 pacientes en la sala de espera del médico de cabecera tiene dolor lumbar y 1 de cada 10 pacientes refiere el dolor en todo el cuerpo. La gran mayoría recibe algún tipo de fármaco y 3 de cada 4 pacientes han intentado otros tratamientos alternativos; estos resultados se correlacionan con los observados en otros estudios similares.

## 326

### CÁNCER PULMONAR EN PACIENTES MUY MAYORES

C. Veliz Lemus y J. Ribera Casado  
*Hospital Clínico San Carlos, Madrid.*

**Objetivo:** Analizar el tipo, estadio, las manifestaciones clínicas y tratamientos del cáncer pulmonar en pacientes mayores de 80 años, según comorbilidad y estado funcional.

**Materiales y métodos:** Estudio retrospectivo de los pacientes mayores de 80 años diagnosticados de cáncer pulmonar en el hospital Clínico San Carlos, durante los años 2004-2006, se valora el tipo de cáncer, estadio, manifestaciones clínicas y tratamientos, comorbilidad (índice de Charlson) y estado funcional (índice de Karnofsky), al diagnóstico.

**Resultados:** 82 pacientes (62 hombres y 20 mujeres). Edad media: 82,85 años (81-91). El 95% de los pacientes tenían el tipo de cáncer no microcítico. De los paciente con tipo no microcítico, el 58,5% estaban en estadio IV, mientras que solamente un 14,6% en estadios ini-

ciales I y II. El 83% de los pacientes en estadio I-II y el 45,8% en estadio IV recibieron tratamiento (cirugía y quimioterapia respectivamente). El cáncer microcítico (5% de los pacientes) se diagnosticó en la mitad de los casos como enfermedad limitada, la otra mitad con enfermedad extendida. **Síntomas:** disnea (39%), dolor pleurítico (7,3%), tos (4,8%), hemoptisis (4,8%), combinación de dos o más síntomas (21,9%), hallazgo casual sin síntomas (12,1%). Índice de Karnofsky entre 100 y 80 (34%) y entre 70 y 60 (48,8%). El 53,6% de los pacientes tenían comorbilidad baja o alta. No diferencias significativas al momento de dar tratamiento en función de edad o sexo, si influyen la comorbilidad y la funcionalidad.

**Conclusiones:** La mayoría de pacientes muy mayores con cáncer de pulmón tienen síntomas que motivan los estudios y posterior diagnóstico, siendo la disnea el más frecuente. La mayoría de pacientes tienen un estadio avanzado en el momento del diagnóstico. La comorbilidad y funcionalidad influyen al momento de decidir tratamiento.

## 331

### INGRESOS DE OCTAGENARIOS POR DESCOMPENSACIÓN DE EPOC EN UN HOSPITAL DE AGUDOS. ESTUDIO PROSPECTIVO

P. Almagro Mena, M. Rodríguez Carballeira, C. Estrada, V. Romani y J. Mascaró Lamarca  
*Hospital Mútua de Terrassa, Terrassa.*

**Objetivos:** Describir las características de la población mayor de 80 años, hospitalizada por descompensación de EPOC.

**Materiales y métodos:** Se estudian de forma prospectiva todos los pacientes hospitalizados por EPOC en un hospital de agudos. Todos los pacientes cumplían criterios espirométricos de EPOC. Se cumplimentó un cuestionario donde se valoraban los ingresos previos, los días de estancia del ingreso actual así como los reingresos en el año posterior. Se estudiaron los índices de de Charlson, Katz, Yesavage, medicación domiciliaria, nivel socioeconómico, recursos sociales, escala de disnea, test de marcha y un cuestionario de calidad de vida específico de EPOC.

**Resultados:** Se estudiaron 374 pacientes (20 mujeres) con una edad media de 72 años (DE 9,4; rango 44 a 93). De ellos 81 eran mayores de 80 años. La estancia media fue de 11,39 días, el FEV1 al alta del 39% del teórico (DE12). Un 55% de los pacientes reingresaron en el año posterior sin encontrarse diferencias entre ambos grupos de edad. La población mayor de 80 años, tenía más comorbilidad ( $p < 0,003$ ), mayor dependencia funcional ( $p < 0,001$ ), peores puntuaciones en la escala de deterioro cognitivo ( $p < 0,004$ ), mayor presencia de cor pulmonale ( $p < 0,05$ ) y peores puntuaciones en la escala de depresión ( $p < 0,009$ ). Las puntuaciones en el cuestionario de calidad de vida fueron similares.

**Conclusiones:** La población mayor de 80 años a pesar de tener mayor comorbilidad, dependencia funcional y rasgos depresivos tienen una estancia media y un número de reingresos similar a los pacientes de menor edad.

## 371

### PREVALENCIA DE DOLOR EN ANCIANOS ESPAÑOLES

L. Narvaiza Grau, A. Yuste y A. Rodríguez Molinero  
*Fundació Hospital Comarcal Sant Antoni Abat, Vilanova i la Geltrú.*

**Objetivo:** Estimar la prevalencia de dolor en la población española mayor de 65 años.

**Método:** Estudio transversal sobre una muestra representativa de la población española mayor de 65 años. Se seleccionaron 800 participantes siguiendo un muestreo probabilístico polietápico estratificado por edad, tamaño de hábitat y zona geográfica. En esta comunicación se exponen datos preliminares relativos a 270 casos. Se indagó la presencia de dolor en los últimos 15 días y el consumo de fármacos analgésicos siguiendo las preguntas de la Encuesta Nacional de Salud; la intensidad del dolor fue valorada mediante el uso de la Escala Facial del Dolor (EFD). Se estudió la distribución por sexos de la variable dolor, su asociación con el estado funcional (índice de Katz), cognición (cuestionario de Pfeiffer) y la presencia de depresión (GDS-5).

**Resultados:** Hubo 149 participantes que reconocieron haber tenido dolor en los últimos 15 días (56% IC95% 50-62) El 55% de ellos no tomaba ningún fármaco antiálgico, el 11,5% tomaba paracetamol, el

16,2% antiinflamatorios y el 6% opioides. La mediana de intensidad de dolor según la EFD fue 3 (RIQ 2 - 4). De 41 individuos que tenían dolor de intensidad superior a 3, el 48% no tomaba analgésicos. El 66,5% de mujeres y 40% de hombres tenían dolor, (Chi cuadrado,  $p < 0,001$ ). No se observó asociación entre el dolor y los otros parámetros estudiados. **Conclusiones:** El dolor tiene una alta prevalencia en la población anciana española y posiblemente está infratratado. Las mujeres experimentan dolor con más frecuencia que los hombres.

### 373

#### DISTRIBUCIÓN DE LA FRECUENCIA RESPIRATORIA BASAL Y LA SATURACIÓN DE OXÍGENO EN SANGRE PERIFÉRICA EN ANCIANOS ESPAÑOLES SIN PATOLOGÍA CARDIORRESPIRATORIA

J.M. Saldaña Rodríguez, J.M. Núñez Fintiveros, L. Narvaiza Grau, A. Yuste Marco y A. Rodríguez Molinero  
Fundació Hospital Comarcal Sant Antoni Abat, Vilanova i la Geltrú.

**Objetivo:** Describir la distribución que siguen los valores de frecuencia respiratoria basal y saturación de oxígeno en sangre periférica en la población española mayor de 64 años.

**Método:** Estudio transversal sobre una muestra representativa de la población española mayor de 65 años. Se seleccionaron 800 participantes siguiendo un muestreo probabilístico polietápico estratificado por edad, tamaño de hábitat y zona geográfica. En esta comunicación se exponen datos preliminares relativos a 270 casos. Se determinó la saturación de oxígeno en sangre periférica mediante pulsioximetría y se cuantificó la frecuencia respiratoria, durante esta última determinación se utilizó una maniobra de distracción. Fueron excluidos del análisis todos aquellos participantes con neumopatía o cardiopatía crónica, a los fumadores activos y aquellos que manifestaron estar ansiosos en el momento de las determinaciones.

**Resultados:** Fueron incluidos en el análisis 116 participantes. La frecuencia respiratoria media fue de 18,2 respiraciones por minuto (IC 95% 17,4-19). Los percentiles 2,5 y 97,5 fueron 10 rpm y 28 rpm respectivamente. Todos los valores estuvieron comprendidos entre 10 y 32 rpm. La mediana de la saturación de oxígeno fue de 96,5% (RIQ 95-97). Los percentiles 5 y 95 se situaron en 92% y 99% respectivamente (recorrido: 88-99%).

**Conclusiones:** Según estos datos preliminares la frecuencia respiratoria del 95% de los ancianos españoles se encuentra entre 10 y 28 rpm. La saturación de oxígeno en sangre periférica determinada por pulsioximetría fue igual o superior a 92% en el 95% de los casos. Estos límites difieren de los adultos más jóvenes.

### 173

#### EFICACIA Y EFICIENCIA DE UN PROGRAMA DE REHABILITACIÓN EN PACIENTES NONAGENARIOS INGRESADOS EN UNA UNIDAD DE MEDIA ESTANCIA GERIÁTRICA

C. Roqueta Guillén, R. Miralles Basseda, I. Llorach Gaspar, M.J. Robles Raya, J.M. Muniesa Portoles y A. M. Cervera Alemany  
Hospital de La Esperanza, Centro Fórum, Hospital del Mar. IMAS. IAGS. Barcelona.

**Objetivo:** Evaluar la ganancia funcional y la eficiencia rehabilitadora en pacientes nonagenarios ingresados en una unidad geriátrica de media estancia durante el año 2007.

**Pacientes y métodos:** De registraron las siguientes características: edad, sexo, diagnósticos principales agrupados, Lawton previo (LP), Barthel previo (BP), Barthel al ingreso (BI), Minimental de Folstein (MMSE), Barthel al alta (BA), estancia media y destino al alta.

Todos ellos siguieron un programa de rehabilitación durante el ingreso. La eficacia del programa de rehabilitación fue evaluada mediante la diferencia entre BA y BI (ganancia funcional) y mediante índice de Heinemann, que expresa en forma de porcentaje la capacidad funcional ganada respecto a la pérdida  $[(BA-BI)/(BP-BI) \times 100]$ . La eficiencia rehabilitadora se calculó dividiendo la ganancia funcional por los días de estancia  $[(BA-BI)/\text{días}]$ .

Se consideró eficacia adecuada, ganancia funcional  $> 20$  puntos e índice de Heinemann  $> 35\%$ . En cuanto a eficiencia, se consideró adecuado un valor  $> 0,5$  (actividad rehabilitadora moderada). (Rev Esp Geriatr Gerontol 2000;35(56):61-76).

**Resultados:** se registraron 43 pacientes (30 mujeres); edad media  $91,9 \pm 2,1$  años. Diagnósticos principales agrupados: fractura-lesión 24 (55,8%), neurológico 8 (18,6%), respiratorio 3 (6,9%), cardiológico 2 (4,6%) y otros 6 (14,1%). Media del LP:  $2,8 \pm 2,9$  y del MMSE:  $18,29 \pm 8,2$ . Estancia media:  $55,3 \pm 25,4$  días. Valores medios de eficacia y eficiencia: ganancia funcional  $27,5 \pm 30,5$  puntos, índice de Heinemann  $51,2\% \pm 43,1\%$  y eficiencia rehabilitadora  $0,7 \pm 0,6$  puntos/día. El destino al alta: domicilio 27 (62,8%); unidad de larga estancia 5 (11,6%); residencia 5 (11,6%); éxitus 4 (9,4%) y otros 2 (2,6%).

**Conclusiones:** 1. Todos los pacientes nonagenarios ingresados en la unidad de media estancia siguieron un programa de rehabilitación. 2. Los programas de rehabilitación en personas de edad muy avanzada siguen manteniendo parámetros de eficacia y eficiencia adecuados.

**Palabras clave:** nonagenarios, eficiencia, eficacia.

## COMUNICACIONES LIBRES

Sala Andalucía 2

Viernes, 6 de junio de 18:00 a 20:00 horas

## Área Clínica XIV

*Moderan:*Enrique Campos Alcaide. *Palma de Mallorca*María Montaña Román García. *Cáceres*

## Nutrición

118

**EVOLUCIÓN CLÍNICA DE PACIENTES GERIÁTRICOS ALIMENTADOS POR SONDA**

L. Martínez Lado, F. Veiga Fernández, I. Pardo Planas, O. Gutiérrez Duque, S. Barros Cerviño, P. Mañana Rendal y R. Malfeito Jiménez  
*Servicio de Geriátria. Hospital Xeral-Calde. Lugo.*

**Objetivo:** Describir la evolución de los pacientes que precisan nutrición por sonda y analizar los factores que influyen en la morbi-mortalidad durante el seguimiento.

**Método:** Estudio prospectivo, descriptivo, de 45 pacientes ancianos ingresados en el Servicio de Geriátria del Hospital de Calde (Lugo), entre Enero 2007 y Marzo 2008, que precisaron sonda de nutrición enteral. Realizamos una valoración geriátrica integral y seguimiento a los 3, 6 y 12 meses de los que fueron alta con alimentación por sonda.

**Resultados:** La edad media fue de 83,42 años, 53,3% mujeres, con deterioro funcional (95,5% Katz D-G) y demencia (66,7%). El tiempo medio de seguimiento ha sido de 4,1 meses. Las indicaciones fueron el accidente cerebrovascular y la demencia, ambos con un 44,4%. Observamos un 53,3% de complicaciones, siendo las mecánicas las más frecuentes (28,8%), seguidas de las gastrointestinales (26,6%) y de las infecciosas (17,7%).

Durante el seguimiento fallecieron el 64,4%, de los cuales, la mayoría (58,6%) durante el primer mes. La satisfacción del cuidador con el proceder ha sido excelente; a la conclusión del seguimiento el 95,4% de los familiares volverían a tomar la misma decisión.

La mortalidad en los pacientes con sonda nasogástrica fue del 85,7%, mientras que en aquellos que se utilizó la sonda de gastrostomía del 47,8%, diferencia significativa ( $p = 0,05$ ). Todas las complicaciones fueron más frecuentes en los pacientes con delirium ( $p = 0,02$ ), fundamentalmente las de tipo mecánico ( $p = 0,008$ ).

**Conclusiones:** La nutrición permanente por sonda tiene una elevada mortalidad y frecuente morbilidad, menor si se utiliza la sonda de gastrostomía.

175

**SUPLEMENTOS GELATINIZADOS: ALTERNATIVA VIABLE PARA LA DISFAGIA**

F. Gómez-Busto<sup>2</sup>, V. Andia<sup>2</sup>, M. Sarabia<sup>2</sup>, I. González de Viñaspre<sup>2</sup>, N. López-Molina<sup>1</sup> y N. Cabo<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Salud y Consumo. <sup>2</sup>Centro Integral de Atención a Mayores San Prudencio, Vitoria-Gasteiz.

En el abordaje de la disfagia, son necesarios suplementos de dietas completas y de consistencia pudín.

**Objetivo:** El objetivo de esta comunicación es presentar el uso de gelatinas para dar consistencia pudín a cualquier dieta entera comercial.

**Material y métodos:** *Suplementos:* 5 de diferentes laboratorios y sabores con concentraciones de 1,5 Kcal/ml y 2 Kcal/ml. *Gelatinas:* Gelatina comercial de cola de pescado (1 lámina = 1,72 g de proteína (6,88 Kcal)). *Elaboración:* Hidratación de la gelatina en agua templada y mezcla con el suplemento, para distribuirlo en recipientes de 100 cc. *Valoración Clínica:* Puntuación de cata ciega entre 4 observadores, valorando textura, sabor y apariencia de los 5 preparados realizados con 1 y 2 láminas de gelatinas. *Conservación* las 5 muestras con mejor puntuación se conservaron en frigorífico (4°C) para control bromatológico y microbiológico los días 0, 1, 2, 3, 4 y 7. *Análisis Bromatológico:* porcentajes de Cenizas, Humedad, Proteínas y Grasa Total tras hidrólisis. *Análisis microbiológico:* recuento de Enterobacterias y de microorganismos a 30°C.

**Resultados:** Las mejores puntuaciones en la cata correspondieron a las preparaciones de 2 Kcal/ml y espesadas con una lámina de gelatina. *Bromatología:* los componentes analizados se mantuvieron estables durante los 7 días estudiados. *Microbiología:* los recuentos de Enterobacterias fueron indetectables (< 10ufc/g) en todas las muestras. El recuento de microorganismos a 30°C se mantuvo indetectable (< 100 ufc/g) hasta el 5º día de refrigeración.

**Conclusiones:** 1. Los suplementos gelatinizados son una alternativa sencilla y segura para la disfagia. 2. Los mejores resultados se obtienen con preparados de 2 Kcal/ml, consumibles con seguridad durante 5 días.



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

J. Fernández Fernández, M. Cabré Roure, D. Salat Foix, C. Ferreiro Casanello, E. Palomera Fanegas y M. Serra Prat

Hospital de Mataró, Barcelona.

**Objetivo:** Conocer el efecto de una intervención nutricional durante los 12 meses posteriores al alta hospitalaria en ancianos ingresados en una Unidad Geriátrica de Agudos.

**Metodología:** Ensayo clínico controlado y aleatorizado con dos ramas paralelas; grupo A intervención nutricional y grupo B seguimiento habitual (control). Durante el ingreso se realizó a todos los pacientes una valoración nutricional para garantizar el aporte calórico, proteico e hídrico adecuado con adaptación de la textura. La intervención consistió en un seguimiento nutricional a los 15 días, 1 mes, 2, 3, 6 y 12 meses del alta con reajuste nutricional si lo requiera y pauta de suplementos si la ingesta era < 60% de la calculada. Medidas del resultado: peso, IMC, estado nutricional según Mini Nutritional Assessment (MNA), albúmina, colesterol y linfocitos, fuerza muscular de la mano, capacidad funcional (índice de Barthel), reingresos y mortalidad.

**Resultados:** Se reclutaron 260 pacientes; 129 en grupo A y 131 grupo B. La mortalidad fue del 24% (A) y del 35,1% (B)  $p = 0,06$ , la pérdida de seguimiento fue de 43,1% y del 30,5%. Incremento de peso de 2,2 Kg (A) y de 1,59 Kg (B)  $p > 0,001$ . Resultado en el MNA a los 12 meses fue satisfactorio en 70% (A) y 41,9% (B)  $p = 0,027$ .

No se observaron diferencias entre grupos en la mejoría del IMC, los niveles de albúmina, colesterol y linfocitos, estado funcional, delirium, reingresos ni en la fuerza muscular.

**Conclusión:** La intervención nutricional personalizada en los pacientes ancianos hospitalizados en una UGA ha demostrado mejorar el peso y MNA.

### 539

#### ¿DEPENDE EL RIESGO DE DESNUTRICIÓN DE LA CAPACIDAD FUNCIONAL BASAL EN LOS ANCIANOS CON CÁNCER?

M.J. Molina-Garrido, C. Guillén-Ponce, A. Mora, M.A. Molina, M.J. Molina y A. Carrato

Hospital General Universitario de Elche.

**Objetivo:** Analizar el riesgo de desnutrición en población oncológica mayor de 75 años, y observar si éste depende o no del estado funcional.

**Métodos:** Estudio retrospectivo transversal de las historias de los pacientes oncológicos mayores de 75 años atendidos entre junio 2006-diciembre 2007. Para evaluar el riesgo nutricional se empleó el test "Determine your nutritional health" (NSI); (puntuación entre 0 y 21 (0-2: buen estado nutricional; 3-4: riesgo nutricional moderado;  $\geq 5$ : riesgo nutricional alto). Para el estado funcional, se emplearon las escalas de Barthel y de Lawton-Brody. La primera evalúa las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) (< 20: dependencia total; 100: independencia); la segunda, las actividades instrumentales (AIVD) (0-1: dependencia total; 8: autónomo). Programa SPSS 11.0.

**Resultados:** 79 individuos. 51,9% mujeres. Edad media 80,33 años; mediana 80,15 años (rango: 75,5-87,0). Tipo de tumor: 32,9% cáncer de mama; 17,7% cáncer de pulmón y colorrectal.

Percentil 75 de escala de Barthel: 100 (puntuación media: 87,64); de escala de Lawton-Brody: 14 (media: 12,69); de escala NSI: 3 (media: 2,36). El 50,0% de los pacientes eran independientes para ABVD; el 26,7% lo era en AIVD.

Comparación de valores medios de la escala NSI entre pacientes dependientes y pacientes independientes en ABVD: *Kruskal-Wallis* y *Jonckheere-Terpstra*:  $p = 0,019$ ; y entre pacientes dependientes e independientes en AIVD:  $p = 0,000$ .

**Conclusiones:** Existe mayor dependencia en AIVD que en ABVD. El riesgo de desnutrición es moderado. Tanto los pacientes dependientes en AIVD, como en ABVD, tienen más riesgo de desnutrición, por lo que se debe asegurar un adecuado aporte nutricional en este subgrupo.

### PREVALENCIA E IMPLICACIONES PRONÓSTICAS DE LA DISFAGIA OROFARÍNGEA Y LA ASPIRACIÓN EN PACIENTES ANCIANOS CON NEUMONÍA

M. Cabre Roure<sup>3</sup>, M. Serra-Prat<sup>3</sup>, E. Palomera<sup>3</sup>, J. Almirall<sup>3</sup>, R. Pallarés<sup>2</sup> y P. Clavé<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Centro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Hepáticas y Digestivas (Ciberehd), Instituto de Salud Carlos III. <sup>2</sup>Hospital de Bellvitge, Universidad de Barcelona. <sup>3</sup>Consorcio Sanitario del Maresme. Hospital de Mataró.

**Objetivo:** Estudiar la prevalencia y el significado pronóstico de la disfagia orofaríngea y aspiración en pacientes ancianos con neumonía.

**Metodo:** Estudio observacional prospectivo de 134 pacientes (> 70 años) hospitalizados por neumonía de forma consecutiva en una Unidad geriátrica de agudos. Se evaluó la disfagia orofaríngea y aspiración con el "test del agua", variables clínicas y sociodemográficas, índice de Barthel, Mini Nutritional Assessment, índice de comorbilidad de Charlson, Pneumonia Severity Index de Fine (PSI), la mortalidad a los 30 días y al año del ingreso.

**Resultados:** El 55,2% de los ancianos, presentaron signos clínicos de disfagia orofaríngea y aspiración. Los pacientes con disfagia eran mayores ( $86 \pm 6,4$  vs  $82,7 \pm 6,9$  años,  $p = 0,004$ ), mostraban unos valores de Barthel inferiores al ingreso ( $22,4 \pm 2,7$  vs  $54,2 \pm 3,1$ ;  $p < 0,001$ ), mayor prevalencia de malnutrición ( $28,38$  vs  $8,33\%$ ;  $p = 0,004$ ), un índice de Charlson más elevado ( $2,73 \pm 1,4$  vs  $1,9 \pm 1,46$ ,  $p < 0,001$ ) con un mayor score PSI de ( $142,1 \pm 31,5$  vs  $126,7 \pm 31,4$ ;  $p = 0,006$ ). La mortalidad a los 30 días ( $22,97\%$  vs  $8,3\%$ ,  $p = 0,033$ ) y al año ( $55,4\%$  vs  $26,7\%$ ,  $p = 0,001$ ) fue mayor en los pacientes con disfagia. La Odds Ratio de la disfagia asociada con la mortalidad a los 30 días y al año fue de  $3,28$  y  $3,42$ .

**Conclusión:** La disfagia orofaríngea y aspiración es muy prevalente en pacientes ancianos hospitalizados por neumonía y además es un marcador de severidad y peor pronóstico de la neumonía en ancianos. El diagnóstico y tratamiento de la disfagia orofaríngea debería incluirse de forma rutinaria en el manejo clínico de los pacientes ancianos con neumonía.

### 288

#### LOS NIVELES DE GHRELINA CONDICIONAN EL ESTADO NUTRICIONAL A LOS 2 AÑOS EN MUJERES ANCIANAS: ESTUDIO DE COHORTES DE BASE POBLACIONAL

M. Serra Prat, L. Ribó Tarré, E. Palomera Fanegas, C. Espinosa Val, M. Cabré Roure y J. Fernández Fernández

Consorci Sanitari Del Maresme, Mataró. Barcelona.

**Objetivo:** Conocer si los niveles de ghrelina en plasma pueden predecir la pérdida de peso y el estado nutricional a los dos años en ancianos de la comunidad.

**Metodología:** Estudio observacional y prospectivo de base poblacional en el que se ha seguido durante dos años una cohorte de ancianos de 70 años o más que vivían en la comunidad. Tanto en el control basal (2003) como en el control de seguimiento (2005) se realizó una exploración geriátrica extensiva que, entre otras medidas, incluyó la medida del peso, talla y valoración del estado nutricional mediante el Mini Nutritional Assessment (MNA). Asimismo, se obtuvo una muestra de sangre en ayunas para determinación de ghrelina. Los niveles de ghrelina basales se categorizaron en el punto de corte del primer quintil (o percentil 20: 773,4 para los hombres y 695,6 para las mujeres), de modo que unos niveles inferiores a dicho punto de corte se consideraron bajos.

**Resultados:** El 53,1% de los ancianos con niveles de ghrelina basales bajos (< percentil 20) presentaron una posible malnutrición (según MNA) en el control de seguimiento de los 2-3 años, mientras que este porcentaje fue del 27,9% entre los sujetos con unos niveles de ghrelina basales > percentil 20 ( $p = 0,004$ ) (Hombres: 19,0% vs 18,4%;  $p = 0,945$ , Mujeres: 70,0% vs 38,8%;  $p = 0,009$ ). El 56,7% de los sujetos con unos niveles bajos de ghrelina su estado nutricional empeoró (según categorías del MNA) durante el período de seguimiento de estudio, mientras que en los sujetos con unos niveles de ghrelina considerados deseables el empeoramiento del estado nutricional se observó en el 24,3% de los casos ( $p = 0,001$ ) (Hombres: 20,0% vs 16,9%;  $p = 0,838$ , Mujeres: 73,7% vs 32,2%;  $p = 0,003$ ). En los hombres, los ni-

veles de ghrelina basales no se correlacionaron con la pérdida de peso durante el período de estudio. A pesar de ello, se observó que los ancianos con unos niveles basales de ghrelina considerados bajos perdieron 0,886 Kg y los ancianos con niveles de ghrelina > percentil 20 ganaron 0,783 Kg ( $p = 0,049$ ). En las mujeres, los niveles de ghrelina basales no se relacionaron con la pérdida de peso durante el período de estudio. En las mujeres con posible malnutrición (según el MNA) la pérdida media de ghrelina fue de 292,8 pg/ml (22,8%) mientras que en las mujeres con un estado nutricional satisfactorio ésta pérdida fue de 38,8 pg/ml (1,5%) ( $p = 0,007$ ).

**Conclusión:** En las mujeres ancianas de la comunidad, con unos niveles de ghrelina mas bajos que los de los hombres y con un peor estado nutricional, unos niveles bajos de ghrelina (< percentil 20) parecen determinar un peor estado nutricional a medio/largo plazo (2-3 años).

87

### ESTUDIO DE EFECTIVIDAD DE LA FIBRA SOLUBLE EN PACIENTES PSIQUIÁTRICOS Y PSICOGERIÁTRICOS CON ESTREÑIMIENTO

S. Martínez Castro, M.C. Martínez Doctor, R. Puente García, R. Serrano González, M. Garay Mateo, R. Del Río Pelaz y M.A. Carbajo Martínez

*Centro Hospitalario Padre Menni de Santander.*

El estreñimiento es uno de los motivos más frecuentes de consulta médica. Se define como la evacuación infrecuente y dificultosa de heces escasas y secas. La frecuencia normal oscila entre 3 veces / día y 3 veces/ semana. La dieta inadecuada es quizá la causa más frecuente, seguida de la falta de ejercicio físico, el cambio de hábitos y horarios, enfermedades del sistema digestivo, el abuso de laxantes irritantes y el tratamiento con ciertos fármacos de forma crónica. Nuestro Centro Hospitalario está dividido en dos grandes áreas médicas diferenciadas: Psiquiatría y Psicogeriatría. En el anciano, el estreñimiento representa uno de los grandes síndromes geriátricos por su prevalencia, sus graves complicaciones y su importante incidencia en la calidad de vida del anciano. En el paciente psiquiátrico, los antipsicóticos son el pilar del tratamiento para las personas con esquizofrenia, que sufren el estreñimiento como uno de los principales efectos secundarios. En la actualidad y cada vez con mayor frecuencia, se opta por sustituir el tratamiento farmacológico con laxantes por fibra soluble o bien hacer una combinación de ambos para así disminuir la polifarmacia que la mayoría de los pacientes tienen, conseguir un buen control del ritmo intestinal y evitar en la medida de lo posible técnicas poco agradables para el paciente como la administración de enemas.

**Objetivo:** Valorar la efectividad de la fibra soluble en pacientes psiquiátricos y psicogeriatricos con estreñimiento y en tratamiento con laxantes farmacológicos.

**Método:** Hemos realizado un estudio de tres meses de duración con sesenta pacientes, treinta de cada una de las áreas de hospitalización, en tratamiento farmacológico con laxantes por vía oral y /o rectal. En treinta pacientes, se ha introducido una pauta ascendente se-

manal de fibra soluble en la dieta hasta un máximo de 18 grs./ día, manteniendo el mismo tratamiento farmacológico con laxantes. En los otros treinta pacientes no se ha realizado ninguna intervención, pero se ha llevado el mismo registro de control que en los pacientes intervenidos. Se diseñaron dos plantillas de recogida de datos: una inicial con datos sociodemográficos, movilidad según escala funcional de la deambulación, tipo de dieta, ritmo de deposiciones, pauta inicial de fibra y tratamiento farmacológico y la segunda de seguimiento y cumplimiento semanal donde se ha registrado el ritmo de deposiciones, los cambios o no en el tratamiento farmacológico con laxantes desde la incorporación de la fibra, el ritmo de deposiciones y la pauta de fibra durante esa semana.

**Resultados:** En la actualidad, estamos en fase de análisis de resultados, pero sí se ha comprobado mayor eficacia en pacientes con perfil psiquiátrico y con mayor autonomía en la movilidad. En algunos de ellos, se ha disminuido el tratamiento farmacológico con laxantes.

195

### PROTOCOLIZACIÓN DE MANTENIMIENTO DE LA HIDRATACIÓN ORAL EN PERSONAS MAYORES DE 60 AÑOS EN TRES SECTORES SANITARIOS DE ATENCIÓN PRIMARIA DE ARAGÓN

Gómez Cadenas, C. Martínez Ayala, M.P. Vitaller Sancho, C. Albiñana Puerto, M. Escusa Anadón, C. Martín Clemente y M. Gómez Pérez

**Objetivo:** Elaborar un protocolo de enfermería basada en la evidencia para identificar los factores de riesgo (FR) de deshidratación y poder mantener una adecuada hidratación en aquellos pacientes en los que se ha detectado algún FR.

**Metodología:** Este protocolo se embarca dentro del proyecto de Enfermería Basada en la Evidencia (EBE) de Aragón. Prior a la elaboración del protocolo, se elaboró mediante grupos de trabajo y consenso un documento metodológico para la elaboración de protocolos EBE común en todo Aragón.

Finalizado este proceso, tres sectores sanitarios de Atención Primaria de Aragón, lo aplicaron para la elaboración del protocolo "mantenimiento de la hidratación oral en personas mayores", utilizando las revisiones sistemáticas del Instituto de EBE "Joanna Briggs" de Australia.

**Resultados:** Se ha elaborado un protocolo de EBE sobre hidratación oral en personas mayores usando una sistemática y metodología basada en la evidencia. En estos momentos procede a la fase de su implementación.

**Conclusión:** La deshidratación en ancianos tiene gran repercusión socio-sanitaria y económica, por ello es importante la identificación de los FR en ancianos para instaurar medidas preventivas. Se ha logrado un modelo de guía consensuado para toda la CCAA y en nuestro caso aplicado a este protocolo, a la espera de tener resultados de la implementación se valora la iniciativa del Instituto Aragonés Ciencias Salud de realizar este trabajo y constituir el grupo EBE como una experiencia enriquecedora y necesaria para mejorar la calidad en la asistencia y motivar a los profesionales de enfermería a trabajar con rigor y conocimiento.

## COMUNICACIONES ORALES

## COMUNICACIONES LIBRES

Sala 6

Viernes, 6 de junio de 15:30 a 17:30 horas

*Moderan:*Mónica Treviño Mosquera. *Granada*Mirian Barandiaran Amillano. *Irún (Guipúzcoa)*

## Área Ciencias Sociales y del Comportamiento IV

271

**VALORACIÓN INTEGRAL DE UNA MUESTRA REPRESENTATIVA DE PERSONAS MAYORES DE 65 AÑOS DEL MUNICIPIO DE NARÓN (A CORUÑA)**J. Tubío ordóñez<sup>2</sup>, S. Fernández Pita<sup>1</sup>, A. Maseda<sup>2</sup>, T. Lorenzo<sup>2</sup>, I. González-Abrales<sup>2</sup> y J.C. Millán<sup>2</sup><sup>1</sup>Hospital Juan Canalejo. <sup>2</sup>Grupo de investigación en gerontología, A Coruña.**Objetivo:** Conocer el estado general de una población de personas mayores de 65 años.**Método:** Estudio descriptivo transversal de una muestra representativa (N = 600) de personas mayores de 65 años de una población semi-urbana. Se analizaron variables demográficas, salud física, recursos sociales (OARS), estado funcional (Katz y Lawton), estado cognoscitivo (MEC Folstein) y estado afectivo (GDS Yesavage).**Resultados:** La media de edad fue de 75,1 años (75,09 ± 7,54), siendo la mayoría (57,2%) mujeres. El 72,9% de la población no tiene estudios, representando los casados el 80,8% de los hombres y el 47,9% de las mujeres, que en su mayoría son viudas. La enfermedad más prevalente son las reumáticas (74,1%). La mayoría (95,9%) de los sujetos tienen a alguien en quien confiar que podría ayudarles. El 65,4% de los sujetos estudiados son independientes en la realización de las ABVD. El 43,9% de las mujeres presentan algún tipo de dependencia. El mayor grado de dependencia afecta a "continencia" (28,8%), y el menor a "comer" (1,7%). La puntuación media obtenida para el estado cognoscitivo fue de 23,9 (DT = 5,6), mientras que para el afectivo fue de 3,91 (DT = 3,2).**Conclusiones:** Los resultados obtenidos nos permiten caracterizar a las personas mayores a fin de promover programas conducentes a mejorar su calidad de vida. La edad, además de modificar la salud desde el punto de vista clínico, también lo hace con respecto a la autopercepción del sujeto. Por otro lado se ha observado un incremento de los niveles de dependencia en relación a la edad.

275

**ENTRENANDO LA MEMORIA**M. González Luque<sup>2</sup>, M. Ruiz Muñoz<sup>3</sup>, A. López Puertas<sup>3</sup>, G. Guerreo Ramos<sup>3</sup>, M.J. Rodríguez Acosta<sup>1</sup> y M.J. Marín Carmona<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Ayuntamiento de Málaga. <sup>2</sup>Programa de Memoria y Demencias. Ayuntamiento de Málaga. <sup>3</sup>Asoc. Jábega.**Introducción:** El programa de entrenamiento en habilidades de memoria para personas mayores que lleva a cabo el Ayuntamiento de Málaga con la colaboración de la Asociación Jábega desde el año 1999 viene aportando excelentes resultados. Más de 5000 personas mayores de la ciudad se han beneficiado del mismo. Se presenta la dinámica y la metodología de las sesiones de este programa.**Objetivos:** 1) Entender las causas de la mejoría en memoria que experimentan las personas que realizan estos talleres. 2) Mostrar la dinámica de trabajo con estos grupos de personas mayores. 3) Definir las Estrategias que subyacen al entrenamiento en habilidades de memoria. 4) Objetivar los fallos de memoria concretos que preocupan a las personas mayores y mostrar cómo actuar ante estos fallos.**Métodos:** 1) Número de Cursos que componen el taller de entrenamiento en habilidades de memoria, número de sesiones de cada curso, duración de cada sesión e intervalo entre sesiones. 2) Aspectos teóricos sobre el funcionamiento de la memoria tratados durante el programa. 3) Estrategias utilizadas para mejorar el rendimiento en memoria (Atención, concentración, visualización, categorización, asociación, repetición,...) Peso de estas estrategias en el cómputo de horas de entrenamiento. 4) Ejemplos de ejercicios con los que se desarrollan estas estrategias. 5) Ejemplos de aplicación de estas estrategias a fallos concretos de memoria.**Resultados:** Se presentarán durante el congreso.**Conclusiones:** Se presentarán durante el congreso.

### PROGRAMA DE MEMORIA EN LA CIUDAD DE MÁLAGA. AÑO 2007

M. Ruiz<sup>2</sup>, M. González<sup>3</sup>, A. López<sup>3</sup>, G. Guerrero<sup>3</sup>, F. Ramos<sup>1</sup> y J.M. Marín<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Ayuntamiento de Málaga. <sup>2</sup>Programa de Memoria y Demencias. Ayuntamiento de Málaga, Málaga. <sup>3</sup>Asoc. Jábega.

**Introducción:** Desde el año 1999 el Ayuntamiento de Málaga en colaboración con la Asociación Jábega vienen desarrollando un programa de entrenamiento en habilidades de memoria para personas mayores de 60 años. Se presentan los resultados obtenidos en este programa durante el año 2007.

**Objetivos:** Tomar conciencia de cómo influye la memoria en la vida cotidiana de la población en general, y en la población de personas mayores en particular. 1. Concienciar a la sociedad y a las personas mayores en particular de cómo se puede mejorar la memoria mediante entrenamiento. 2. Desmitificar la asociación entre mala memoria y envejecimiento. 3. Diferenciar entre Fallos de memoria asociados a la edad y Deterioros cognitivos establecidos.

**Métodos:** Difusión del programa mediante los cauces municipales. Recepción de solicitudes en los centros de Servicios Sociales Comunitarios. Entrevista Clínica y Evaluación de las personas que solicitan el programa (Rivermead test, MMSE Folstein, GDS Yessavage). Población aproximada: 450. Selección de las personas aptas para participar en los talleres de entrenamiento de la memoria. Aplicación de los talleres de entrenamiento de la memoria. Entrevista Clínica y Evaluación de las personas que finalizan los talleres de entrenamiento de la memoria (Rivermead test). Comparación los resultados obtenidos por los participantes en las pruebas de memoria efectuadas antes y después del entrenamiento.

**Resultados:** Se presentarán durante el congreso.

**Conclusiones:** Se presentarán durante el congreso.

### PERCEPCIÓN DE LA ADQUISICIÓN DE COMPETENCIAS EN LA FORMACIÓN PREGRADO Y POSTGRADO EN MATERIAS RELACIONADAS CON EL ÁMBITO GERONTOLÓGICO

M.L. Benítez Lugo<sup>2</sup>, S. Cruz Sicilia<sup>2</sup>, F. Pelayo de los Reyes<sup>1</sup> y P. González García

Asociación Sevillana del Corazón. <sup>1</sup>Unidad de Estancia Diurna Sevilla Este. <sup>2</sup>Universidad de Sevilla.

**Objetivos:** Cada vez es más frecuente introducir la palabra calidad cuando nos referimos a la intervención que, desde las diferentes disciplinas, puede desarrollarse en el sector gerontológico. Es importante cuestionarse si desde las universidades y demás formaciones adicionales se están creando a los futuros profesionales para ser capaces de ejercer su praxis profesional con éxito sobre los mayores. *Esto nos plantea los objetivos siguientes:* 1. Analizar las competencias que según el alumnado se obtienen en la asignatura objeto de este estudio y compararla con aquellas que perciben como necesarias. 2. Analizar si en las actividades diseñadas por los responsables de la materia, se entrenan estas competencias y en cuáles se consiguen los objetivos marcados en el programa y en la guía docente de la asignatura. 3. Comparar las diferencias de percepción entre los alumnos de pregrado y los de postgrado.

**Método:** Utilizamos una muestra de 92 alumnos matriculados en este año académico en la asignatura "Fisioterapia en Geriatría" de la Titulación en Fisioterapia de la Universidad de Sevilla. Esta asignatura se imparte en el segundo curso de la titulación durante el primer cuatrimestre, contando con un total de 4,5 créditos, de los cuales 3 son teóricos y 1,5 son prácticos. Además hemos utilizado como segunda muestra al grupo total de alumnos matriculados en el Experto de Gerontología Aplicada de la misma universidad. Hemos diseñado una escala tipo Likers dividida en cuatro partes fundamentales, y hemos aplicado sobre ella las pruebas estadísticas necesarias para validarla.

**Resultados:** Al correlacionar las competencias entrenadas con las que el alumnado percibe como necesarias para la futura praxis profesional y al comparar a su vez la percepción de los alumnos de formación pregrado con la formación postgrado encontrando diferencias importantes en estos resultados.

**Conclusiones:** Consideramos que el estudio desarrollado es de vital importancia para garantizar la atención al sector gerontológico con calidad. Los alumnos perciben mejor el término objetivo que competencias, quizás porque abarcan de forma más directa los contenidos propios de las materias que son objeto de estudio.

Los alumnos de postgrado, por tener experiencia profesional con personas mayores y por elegir ellos esta formación, tienen más claro los objetivos y competencias que son fundamentales para una asistencia de calidad.

### RELACIÓN ENTRE PETICIÓN DE AYUDA Y APOYO RECIBIDO EN CUIDADORES DE PERSONAS CON DEMENCIA. DIFERENCIAS DE GÉNERO Y SU RELACIÓN CON LA DEPRESIÓN Y LA ANSIEDAD

R. Romero Moreno<sup>2</sup>, A. Losada Baltar<sup>2</sup>, M. Márquez González<sup>1</sup>, C. Peñacoba Puente<sup>2</sup> y M. Cigarán Méndez<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Universidad Autónoma de Madrid. <sup>2</sup>Universidad Rey Juan Carlos, Madrid.

**Introducción:** Ser cuidador de personas con demencia está asociado a un mayor riesgo de tener problemas de salud físicos y psicológicos. Aunque se conoce que el apoyo recibido actúa como amortiguador de esta relación y que la habilidad de pedir ayuda es relevante para los cuidadores, son escasos los estudios en los que se analizan diferencialmente el apoyo formal e informal recibido, así como el grado en el que el cuidador considera que pide ayuda para recibir tal apoyo.

**Objetivos:** En este trabajo se pretende estudiar, desde una perspectiva de género, la relación existente entre la petición de ayuda de los cuidadores a otros familiares, el apoyo formal e informal recibido y la depresión y ansiedad de los cuidadores.

**Método:** Para ello se han realizado entrevistas individuales a 190 cuidadores informales de personas con demencia (148 mujeres y 42 hombres) con una edad media de 59,9 años (d.t. = 13). Se han medido la petición de ayuda (PA), el apoyo formal e informal (FS), la sintomatología depresiva (CES-D) y la ansiedad (POMS).

**Resultados:** Los resultados indican que existe una relación significativa entre la petición de ayuda por parte de los cuidadores y el apoyo informal que reciben los mismos ( $r = 0,28$ ;  $p < 0,01$ ). Además, se observan diferencias de género significativas en el apoyo informal recibido, de manera que los hombres reciben más apoyo informal que las mujeres ( $p < 0,01$ ). No obstante, no existen tales diferencias de género en cuanto al apoyo formal ni a la petición de ayuda. Además, los hombres tienen una menor sintomatología depresiva y menor ansiedad que las mujeres ( $p < 0,01$ ), estando el apoyo informal inversamente relacionado tanto con la depresión ( $r = -.28$ ;  $p < 0,01$ ), como con la ansiedad ( $r = -.20$ ;  $p < 0,01$ ).

**Conclusiones:** Los resultados de este trabajo muestran que, aunque hombres y mujeres piden ayuda en la misma medida, los hombres reciben más apoyo informal. Esta menor recepción de apoyo informal podría estar explicando parcialmente los mayores índices de depresión y ansiedad en las mujeres.

### LA SOLEDAD EN LOS ADULTOS MAYORES CHILENOS

D. Sequeira Daza

Universidad de Valparaíso, Valparaíso, Chile.

**Objetivos:** Identificar la percepción que tienen los ancianos de la soledad; Conocer las causas atribuidas a su soledad y las estrategias que realizan para afrontarla.

**Método:** Estudio descriptivo realizado en enero 2008 en la Oficina Comunal del Adulto Mayor, Valparaíso; muestra de 35 ancianos, 10 hombres y 25 mujeres. Se aplicó encuesta sobre datos socio demográficos, concepto de soledad, causas y estrategias utilizadas para enfrentar la soledad. Datos obtenidos tabulados en Planilla Excel.

**Resultado:** el 37% de los mayores tienen entre 65 y 69 años, viudos 50%, 75% tienen enseñanza media completa, 100% católicos; el 62% vive acompañado; la mayoría jubilados, parte de su tiempo lo ocupan en actividades de ocio; todos pertenecen a organizaciones, el 57% declara sentirse solo porque la familia vive lejos, por enfermedad, por decisión personal. Definen la soledad como "no tener con quien com-



partir”, carencia de afecto, tristeza y castigo por errores cometidos. El 100% enfrenta la soledad refugiándose en la religión; el 50% acepta la soledad; el 90% busca actividades que le ayuden a olvidar su soledad;

**Conclusiones:** Los resultados muestran que los ancianos chilenos no difieren en su percepción de la soledad que tienen mayores españoles, coinciden en percibirla como un sentimiento de tristeza y el no tener con quien compartir, en cuanto a las causas porque vive solo también es coincidente con los estudios españoles en cuanto a que ha sido una decisión personal; las estrategias de enfrentamiento utilizadas son la búsqueda de apoyo religioso, de evitación y de apoyo socioemocional.

## 293

### VALORACIÓN DE DEPENDENCIA EN PERSONAS MAYORES EN “TERRES DE L’EBRE”

M.L. Vicient Navarro, N. González Salvat, R. Tora Boquera, A. Grau Belsa, S. Gálvez Vicente y M.R. Padilla Clemente  
*GESAT, Jesús Tortosa.*

**Introducción:** Con la promulgación de la Ley de Promoción de la Dependencia y Autonomía de las Personas aprobada el 14 de Diciembre de 2006 (Ley 39/2006 del Parlamento Español), en Cataluña, se crearon los Equipos de Valoración de la Dependencia (SEVAD). Nuestro SEVAD Terres de l’Ebre tiene su área de influencia en las Comarcas del Sur de Cataluña (Baix Ebre, Montsia, Terra Alta y Ribera d’Ebre), con una población estimada de 177.992 personas. Actualmente el Equipo de Valoración esta compuesto por 4 valoradores (3 Enfermeras y 1 Fisioterapeuta), contando con un Equipo Asesor (formado por 1 Medico, 1 Trabajadora social, 1 Neuropsicólogo, para resolver dudas o realizar valoraciones conjuntamente si el caso o la situación de la persona o familia lo requiere) y 1 Auxiliar administrativo.

**Objetivo:** Conocer las características de la población mayor de 65 años en situación de dependencia que ha sido valorada en nuestro ámbito de actuación

**Material y método:** Hemos realizado una recogida de datos de los cuestionarios de valoración cumplimentados a mayores de 65 años que posteriormente fueron remitidos al PRODEP (Programa para el impulso y la ordenación de la promoción de la autonomía personal y atención a la dependencia), durante el periodo de tiempo comprendido entre los meses de Julio y Diciembre de 2007. Entre las variables estudiadas están: Sexo, Ámbito de residencia, Escala Utilizada en la valoración (General o Específica), Diagnósticos que influyen en su situación de dependencia y Grado-nivel obtenido. Los resultados obtenidos han sido valorados con el sistema SSPS.

**Resultados:** Durante este periodo de tiempo se valoraron 1600 expedientes correctamente cumplimentados; de los cuales el 83,87% (1342 expedientes) pertenecían a personas mayores de 67 años, el sexo predominante de los mismos fue el de mujer con el 67,26% (902 expedientes). Del total de valoraciones, únicamente el 10% (161 expedientes) pertenecían a personas ingresadas en Residencias Asistidas o centros Socio sanitarios. Destacar que el 77,8% (1246 casos) de los expedientes valorados se identificaron como persona de Gran Dependencia (GRADO III).

**Conclusiones:** Podemos deducir con todos los datos que tenemos que más de la mitad de las personas valoradas son grandes dependientes y que la mayor parte de los casos son atendidos en su domicilio habitual y cuidados por la familia. Creemos también que este estudio puede ser útil a otros profesionales vinculados a la Ley de Dependencia a la hora de poder planificar recursos tanto en el ámbito sanitario como social.

## 313

### ESTUDIO DEL POTENCIAL DE APRENDIZAJE (PA) EN PERSONAS MAYORES: RESULTADOS PRELIMINARES

E. Cabras, M.D. Zamarrón Cassinello, G. Caprara y R. Fernández Ballesteros  
*Universidad Autónoma de Madrid.*

El “Potencial de Aprendizaje” (PA) se ha definido como el incremento que se produce en el rendimiento de una tarea en la que el sujeto estudiado se entrena; se trata de un constructo psicológico que se evalúa

de forma dinámica, contraponiéndose a la evaluación estática de las tareas clásicas de funcionamiento intelectual. El PA permite analizar la modificabilidad cognitiva potencial de una persona, en vez de tener en cuenta sólo el rendimiento en una tarea cognitiva clásica. El objetivo general de este estudio es testar si el PA puede discriminar entre mayores saludables y mayores con deterioro cognitivo, y demostrar que mayores deteriorados cognitivamente poseen un cierto grado de PA. Los participantes en el estudio han sido tres grupos de sujetos mayores de 65 años: uno de mayores saludables (n = 41), uno de mayores diagnosticados con Deterioro Cognitivo Leve (DCL) según los criterios de Petersen (n = 57), y uno de mayores con probable Enfermedad de Alzheimer (EA) en fase leve diagnosticados según los criterios NINCDS-ADRDA (n = 50). Para evaluar el PA, se ha recurrido al BEPAD (Batería de Evaluación del Potencial de Aprendizaje en el Deterioro), constituida por tres pruebas cognitivas: Aprendizaje Verbal Potencial de Aprendizaje (AVPA), Test de Posiciones Potencial de Aprendizaje (TP/PA), Fluidez Verbal Potencial de Aprendizaje (FV-PA); además se emplearon escalas de cribaje de deterioro cognitivo. Los resultados demuestran que entre los tres grupos, los mayores saludables son aquellos con mayor PA, seguidos de los mayores con DCL, y que todos los grupos consiguen mejorar su rendimiento en las tareas cognitivas del BEPAD.

## 314

### EVIDENCIAS EMPÍRICAS DE LA EFICACIA DEL PROGRAMA “VIVIR CON VITALIDAD”: UN PROGRAMA PARA PROMOVER EL ENVEJECIMIENTO ACTIVO

G. Caprara, E. Cabras y R. Fernández Ballesteros  
*Universidad Autónoma de Madrid.*

Desde hace algunos años el interés para el “envejecimiento activo” representa un tema de investigación prioritario en Gerontología; cada vez más se considera como un concepto básico en la promoción del bienestar a lo largo de la vida. El objetivo de la presente investigación es evaluar posteriormente la eficacia del programa “Vivir con Vitalidad”, un curso multimedia creado para promover el envejecimiento activo; el programa está constituido por distintos componentes: salud física, funcionamiento cognitivo, personalidad y funcionamiento social. La muestra de participantes en el estudio ha estado formada por 59 personas mayores de la Comunidad de Madrid: 37 han participado al programa durante 9 semanas y 31 formaban el grupo control. A todos los participantes ha sido suministrada una batería de cuestionarios antes y después de la realización del curso, que comprendían los siguientes indicadores: concepción y creencias sobre el envejecimiento, nivel de actividades, alimentación, estado de salud objetiva y subjetiva, memoria, relaciones interpersonales, satisfacción con la vida, funcionamiento afectivo, control percibido y autoeficacia. Los datos recogidos permiten registrar diferencias significativas en el nivel de actividades realizadas, en el control de la alimentación, en la utilización de estrategias que preserven la memoria, en la satisfacción con la vida y en el sentimiento de autoeficacia después de la realización del curso; además, con posterioridad al curso, mejoran los indicadores referidos a la salud objetiva autoinformada y se registra un incremento en las emociones positivas experimentadas por los participantes. Se confirman los resultados de estudios precedentes sobre la validez del programa.

## 318

### ANÁLISIS DE LA PRESENCIA FAMILIAR EN LA PREVENCIÓN DEL CUADRO CONFUSIONAL AGUDO

R. Herreros del Real, J. Ferrero Lobo, M. Alonso Armesto, C. Cebollero Bermejo, L. Osuna Gonzalo y M. Vidán Astiz  
*Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid.*

**Objetivo:** La presencia familiar en el cuidado del paciente hospitalizado no ha sido estudiada hasta ahora.

Dentro de un estudio realizado para prevenir el Cuadro Confusional Agudo (CCA) durante el ingreso, una de las intervenciones realizadas fue educar a los familiares para fomentar su presencia, analizando las diferencias de ésta en dos servicios: unidad de agudos de Geriátrica (Grupo Intervención) y Medicina Interna (Grupo Control) y la correlación entre presencia familiar e incidencia de CCA.



**Método:** Se analizaron 542 pacientes > 70 años con riesgo de CCA, 170 en GC y 372 en GI. La intervención consistió en educar a los familiares del GI sobre la prevención del CCA y entregarles una hoja de consejos relacionados anotándose diariamente como presencia familiar si la permanencia era más del 50% del tiempo (incluyendo la noche).

**Resultados:** La presencia familiar fue algo mayor en el GI (13,5% versus 8,9% en GC con  $p = 0,103$ ) siendo más significativa en determinados subgrupos: pacientes con demencia (25% vs 13,3%), los dependientes para movilizarse (16,7% vs 11,3%) y los menos autónomos.

**Conclusión:** La presencia familiar durante tiempo significativo en la hospitalización es baja. La intervención consiguió aumentar la presencia familiar sólo en determinados grupos de pacientes (los más dependientes, aquellos con demencia o los que precisan ayuda para movilizarse) lo que sugiere preguntarse si mejoraría el resultado haciendo una intervención más exhaustiva ó bien son los cambios sociológicos los que dificultan la colaboración familiar. La incidencia del CCA fue en el GI 15% y de 10% en GC.

## COMUNICACIONES ORALES

## COMUNICACIONES LIBRES

Sala 6

Viernes, 6 de junio de 18:00 a 20:00 horas

*Moderan:*Begoña Gutiérrez González. *Madrid*Mariano Sánchez Martínez. *Granada*

## Área Ciencias Sociales y del Comportamiento V

320

**ATENCIÓN SANITARIA EN RESIDENCIAS DE MAYORES.  
MARCO LEGAL**G. Menéndez Zorita y A.E. Rodríguez García  
*E.R.A. (Establecimientos Residenciales de Asturias).***Objetivo:** Conocer la regulación de la atención sanitaria en las residencias de mayores a nivel autonómico.**Metodología:** Se realiza consulta de la legislación vigente en todas Autonomías analizando las Leyes, Decretos, Ordenes y Resoluciones a través de los Boletines Oficiales vía internet, referentes a los distintos niveles asistenciales y características de la atención socio-sanitaria a las personas mayores institucionalizadas, haciendo especial hincapié en lo referente a: tipo de la prestación sanitaria, bien sea de carácter público, propio ó concertado, así como de las categorías profesionales que desarrollan la atención directa (médica y de enfermería).**Resultados:** En cuanto a niveles asistenciales se encontró la gran disparidad en cuanto a la denominación de los centros que realizan la prestación. Que van desde la no diferenciación del tipo de residentes (mayores, válidos, asistidos, mixtas, centros polivalentes de recursos, centros socio-sanitarios, etc...). El carácter de la prestación no se encuentra claro si la asistencia básica tiene que ser pública, propia del centro, ó concertada; dado que se encuentran múltiples diferencias a la complementariedad de los servicios sanitarios de la red pública, con la red social bien sea ésta también pública ó de otra índole. Las categorías profesionales no se encuentran bien diferenciadas en muchas ocasiones en cuanto a ratios específicos. De la misma manera no se concreta los tiempos de atención ni los tipos de presencia bien sea física ó localizada.**Conclusiones:** Sería necesario proceder a la utilización de un lenguaje común que permitiese conseguir: 1. La estandarización de la forma de regular las normativas autonómicas. 2. La unificación de criterios en cuanto a la denominación de establecimientos. 3. La unificación de criterios en cuanto a quien, como, cuando y donde se presta la atención sanitaria. 4. La unificación de criterios en cuanto a ratios de personal y en cuanto a tiempo de prestación.

335

**CENTROS GERIÁTRICOS DE ALBACETE:  
SATISFACCIÓN LABORAL VS FORMAS DE GESTIÓN**A. López Escribano, J.L. López Moyano y P. Jareño Collado  
*GAP Albacete-SESCAM, Albacete.***Objetivo:** Conocer la percepción de la calidad de vida profesional (CVP) del personal auxiliar que presta sus servicios en los centros geriátricos de la ciudad de Albacete. Conocer si existe relación entre las diferentes formas de gestión y la CVP**Diseño:** Estudio transversal descriptivo, realizado durante el mes de enero de 2007**Emplazamiento:** Centros geriátricos con más de 100 plazas asistenciales de la ciudad de Albacete.**Participantes:** Personal auxiliar.**Material:** Cuestionario anónimo autoadministrado CVP-35.**Resultados:** Estimaciones con un (IC) del 95%. Se recibieron 220 cuestionarios lo que supone una tasa de respuesta del 65,7%.El valor medio de la CVP fue de  $5,74 \pm 2,27$ , situándose la percepción de la demanda en  $5,69 \pm 1,61$ , motivación intrínseca  $8,02 \pm 2,20$  y apoyo directivo  $4,16 \pm 1,61$ .Comparando los modelos de gestión encontramos diferencias significativas: *Demandas-cargas de trabajo:* Es mayor en el modelo mixto frente al modelo privado.*Motivación:* El modelo inglés presenta valores más altos que los modelos públicos y privados, siendo mayor la motivación en el modelo mixto vs privado.*Soporte-apoyo directivo:* Es mayor en el modelo privado de gestión en relación al mixto

Pertenenencia a empresa: Es mayor en el público frente al resto de modelos.

**Conclusiones:** La CVP que tienen nuestros profesionales es media baja, con una alta motivación intrínseca, un medio-bajo apoyo directivo en un ambiente que necesita afrontar altas cargas de trabajo. Existen diferencias estadísticamente significativas en la CVP del personal cuidador en función del modelo de gestión.

345

### CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y CALIDAD DE VIDA EN CUIDADORES INFORMALES DE UN CENTRO DE SALUD URBANO

E. Rodríguez Sánchez<sup>1</sup>, A. Pérez Peñaranda<sup>2</sup>, L. García Ortiz<sup>1</sup>, A. Losada Baltar<sup>3</sup>, M. Martín Vicente<sup>1</sup> y M.A. Campos de la Torre<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Unidad de Investigación La Alamedilla, Salamanca C.S. Miguel Armijo. <sup>2</sup>Unidad de Investigación La Alamedilla, Universidad de Carabobo-Venezuela. <sup>3</sup>Universidad Rey Juan Carlos, Madrid.

**Objetivo:** Describir las características sociodemográficas y las dimensiones de calidad de vida de cuidadores de familiares dependientes.

**Método:** Estudio transversal realizado en dos centros urbanos de Atención Primaria. En 153 cuidadores y sus familiares dependientes incluidos en el Programa de Atención Domiciliaria se valoran las características sociodemográficas, el grado de dependencia funcional (I. Barthel) y cognitiva (C. Pfeiffer) y la calidad de vida (Ruiz-Baca; se analizan cinco dimensiones).

**Resultados:** El 73% son mujeres, con edad media de 63,8 años; están casados 64,7%, con estudios primarios el 57,5%; por parentesco, el 47,1% son hijas. Son más frecuentes las enfermedades mentales (36%), seguidas de las circulatorias (19,6%) y del sistema nervioso (12,4%). El 49,7% de los enfermos presentan dependencia funcional severa y el 41,2% deterioro cognitivo importante. Los cuidadores dedican al cuidado un promedio de 29 horas semanales y presentan sobrecarga el 48%. La calidad de vida es percibida como positiva por el 49% de los cuidadores (media=3,26; IC 95:3,35-3,51), sin diferencia entre sexos. Las dimensiones mejor valoradas fueron el apoyo social y la satisfacción general. La dimensión de mayor vulnerabilidad es la sobrecarga laboral y ausencia de tiempo libre (media = 2,7, DT = 1,0, 3,35-3,51).

**Conclusión:** Las características sociodemográficas de los cuidadores del centro urbano son similares a las descritas en estudios representativos nacionales. El apoyo social y la calidad de vida global son percibidos como positivos por parte de los cuidadores, pero se observa una importante percepción de sobrecarga y ausencia de tiempo libre en la muestra evaluada.

347

### IMPORTANCIA DE LA FUNCIÓN FAMILIAR EN EL ESTRÉS DEL CUIDADOR INFORMAL

A. Pérez Peñaranda<sup>1</sup>, E. Rodríguez Sánchez<sup>4</sup>, L. García Ortiz<sup>2</sup>, A. Losada Baltar<sup>3</sup>, I.R. Ramos Carrera<sup>4</sup> y M. Martín Ballesteros<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Unidad de Investigación La Alamedilla, Salamanca. <sup>2</sup>Universidad de Carabobo-Venezuela. <sup>3</sup>Unidad de Investigación La Alamedilla, C.S La Alamedilla Salamanca. <sup>4</sup>Universidad Rey Juan Carlos, Madrid. <sup>5</sup>Unidad de Investigación La Alamedilla, C.S Miguel Armijo, Salamanca.

**Objetivo:** Valorar la importancia de la función familiar en la explicación de la sobrecarga del cuidador de personas dependientes con enfermedades crónicas, basándonos en el modelo de estrés-afrontamiento.

**Método:** Estudio descriptivo transversal. Participaron 153 cuidadores (edad 63,8 años, dt 2,8) y sus familiares dependientes (edad = 71,9 años, dt 17,3; mujeres 68%), incluidos en el Programa de Atención Domiciliaria de dos centros de Atención Primaria. **Mediciones:** variable dependiente: sobrecarga (Zarit) y variables independientes: edad, sexo, parentesco, intensidad de cuidado, nivel educativo, Apoyo Social (Duke-unk), afrontamiento, Función Familiar (Apgar-familiar), deterioro cognitivo, nivel y causa de dependencia del paciente.

**Resultados:** El 48% de los cuidadores presentan sobrecarga. El 69,7% de los cuidadores tienen normofuncionalidad familiar (Media = 1,52; dt = 1,45; rango = 1-3), y tienen una percepción positiva de apoyo social (3,2; dt = 0,7; 1-5). En la regresión múltiple (stepwise) se obtiene una R<sup>2</sup> de 0,498, la cual es explicada por las siguientes variables por orden de importancia: La Función familiar, Apoyo Social y algunas estrategias de afrontamiento (centrarse en emociones y desahogarse, desconexión conductual, supresión de actividades distractoras y refrenar el afrontamiento), el deterioro cognitivo y parentesco (cónyuge).

**Conclusión:** Se destaca el papel relevante de la función familiar como variable predictora de la sobrecarga del cuidador, que junto al

apoyo social, el deterioro cognitivo, el afrontamiento centrado en la emoción y ser cónyuge como cuidador, explican aproximadamente el 50% de la varianza de la sobrecarga, por lo que se sugiere valorar su importancia en la explicación del malestar del cuidador.

407

### ¿ES POSIBLE LA NORMALIZACIÓN DE LOS MAYORES EN AISLAMIENTO SOCIAL?

P. Serrano Garijo<sup>1</sup>, A.B. Santos-Olmo Sánchez<sup>2</sup>, B. Ausin Benito<sup>2</sup> y M. Muñoz López<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Dirección General de Mayores, Ayuntamiento de Madrid. <sup>2</sup>Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid. <sup>3</sup>Universidad Complutense de Madrid, Facultad de Psicológica.

Dentro de un programa amplio, destinado a abordar diferentes aspectos del aislamiento social, la DGM, ha puesto en marcha el servicio de apoyo psicológico domiciliario, mediante un convenio de colaboración con el COP, para lograr un acercamiento a las personas mayores frágiles con claro riesgo de aislamiento, siguiendo la estrategia de búsqueda activa.

**Objetivo:** Conocer si es posible y en que cuantía cabe esperar la normalización de personas en aislamiento social y si existen variables predictoras en sus necesidades que nos ayuden a orientar la intervención.

**Material y método:** Se utilizan los registros de los 143 casos derivados al servicio durante los primeros 18 meses de funcionamiento. Para la evaluación se utiliza la escala CANE de necesidades psicológicas y sociosanitarias. El análisis estadístico se hace con SPSS, realizando ANOVA.

**Resultados:** 33 casos fueron de asesoramiento. En la fase de actualización se cerraron 32 (8 por fallecimiento, 21 por cambios en su situación y 6 por ingreso involuntario). De los 46 cerrados tras intervención, 23 lo fueron por normalización y 23 por ingreso involuntario. 32 continuaban en activo (contención). Es decir, el 63% pueden considerarse normalizados. Las menores necesidades se encuentran en este grupo (CANE total 7,44), mientras que los de custodia son mayores (10,59). El grupo de contención es intermedio (8,3). Los ítem más claramente significativos son el cuidado personal y del hogar, la salud física y el riesgo para sí mismos.

**Conclusiones:** Los resultados son alentadores y se muestran ciertas aproximaciones predictoras que pueden ayudar en la selección de los casos susceptibles de normalización.

413

### EL PROGRAMA ¿CUIDANDO AL CUIDADOR?: MEJORÍA EN LA SOBRECARGA Y LA CALIDAD DE VIDA DE LOS CUIDADORES Y RELACIÓN CON LA SOBRECARGA INICIAL

P. Serrano Garijo, M.C. Tena-Dávila Mata, C. Martín Díez, M.S. García Carpio y F. Martín Tejedor

Dirección General de mayores, Ayuntamiento de Madrid.

**Introducción:** Puesto en marcha en 2004, el programa psicoterapéutico grupal, ha demostrado su eficacia en diferentes esferas, aunque las imitaciones numéricas propias de este tipo de programas haya dificultado la evidencia en algunas variables como Zarit o GHQ-depresión.

**Objetivo:** Conocer la posible relación entre el impacto de este programa en el bienestar de los cuidadores y la sobrecarga del cuidador y la sobrecarga misma en una muestra grande

**Metodología:** Se utiliza GHQ-28 (General Health Questionnaire) antes y al finalizar la actividad terapéutica. Se valoran las diferencias en los distintos apartados del GHQ (afectación somática, ansiedad e insomnio, disfunción social y depresión) y su correlación con el Zarit. Se estudian los registros de los que hay disponible información completa, siendo n variable (280-351). Se analizan los datos mediante SPSS (t-test, ANOVA y correlación bivariada).

**Resultados:** el Zarit mejora en 2,5 puntos y El GHQ total pasa de 37 a 26, siendo el impacto notorio en todas las esferas. La mejoría obtenida se correlaciona significativamente con el valor de Zarit basal (r = 0,64, p = 0,000) y el análisis de la varianza indica diferencias significativas entre los grupos. Quienes presentan una sobrecarga ausente

o de ligera a moderada obtienen menos mejoría en calidad de vida (4 y 7 puntos) que quienes la presentan moderada o severa (13 y 19,6).

**Conclusiones:** La eficacia de la acción terapéutica depende de la sobrecarga inicial, siendo fundamental que ésta sea valorada cuidadosamente. Debería priorizarse la atención, con este tipo de programa, a los grados moderados y severos.

## 414

### PROCESO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL INGRESO Y ESTANCIA EN LA UNIDAD DE PSICOGERIATRÍA

J. Catena, D.L. Cardona y C. Pardo  
*Hospital Sant Andreu-FSSM, Manresa.*

**Objetivo:** Revisar el proceso de información y consentimiento para el ingreso de los pacientes en la unidad de psicogeriatría.

**Método:** En el proceso del ingreso, al realizar la historia y valoración geriátrica integral del paciente, se proporciona el documento "información acerca del proceso de ingreso y sobre la estancia en la unidad de psicogeriatría" a la familia y/o al paciente. Se ha realizado una segunda revisión del contenido con el objetivo de mejorarlo. Al inicio del texto se informa que debido a que está comprometida la competencia cognitiva del paciente, así como la capacidad para recibir, procesar y transmitir información; es la familia quien en muchos casos deberá decidir acerca del ingreso. Se establecen los objetivos y aspectos beneficiantes del ingreso.

También una serie de situaciones que lo justifican, como la pérdida o disminución de capacidad funcional, manejo de situaciones de riesgo para sí mismo o para la familia/vecinos, de agitación y agresividad, necesidad de modificar psicofármacos, y situaciones de alteración de la dinámica familiar. A continuación se exponen las situaciones adversas potenciales durante la estancia, como el trastorno de conducta, agitación y agresividad hacia sí mismo o hacia otros pacientes y/o profesionales, las caídas por causas múltiples que precisan temporalmente mecanismos de contención, el riesgo de fuga por lo que se ha establecido un sistema de puertas cerradas y se ha limitado el acompañamiento del paciente a dos personas para mejor control.

Otro riesgo puede ser la ingesta involuntaria de la medicación de otro paciente. Se explica también la naturaleza crónica, progresiva e irreversible de la enfermedad, a veces fluctuante, donde cabe la posibilidad de que continúe el deterioro durante la estancia. Creemos fundamental abordar aspectos bioéticos: toma de decisiones, procesos de incapacitación, nombramiento de un representante o tutor, directrices anticipadas si es el caso, y de otros aspectos legales.

El siguiente paso es complementar el proceso con un documento de *consentimiento informado* donde la familia tiene la posibilidad de aceptar o no aceptar autónomamente y en condiciones plenas de información.

**Resultados:** La creación de un proceso de toma de decisiones y consentimiento informado plenamente válido en el 100% de los ingresos.

**Conclusiones:** Con este proceso se obtiene el resultado esperado que es que la familia y/o el paciente dispongan de suficiente información acerca de las condiciones del ingreso y de la atención en la unidad para que la decisión sea autónoma.

También encontramos una mayor satisfacción en el equipo interdisciplinar y un aumento del interés por el respeto de los aspectos bioéticos.

## 416

### EFICACIA DE UN PROGRAMA DE PSICOESTIMULACIÓN COGNITIVA EN PERSONAS CON DEMENCIA

M. Barandiaran Amillano<sup>2</sup>, J. Méndez de Cruz<sup>3</sup>, M.V. Lucero Gordo<sup>1</sup> y A. Latiegui Garrido<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Residencia Zorroaga. <sup>2</sup>Residencia Sagrado Corazón-Sesosgi, Irún.  
<sup>3</sup>Asociación Familiares Enfermedad de Alzheimer-AFAGI.

**Objetivos:** Evaluar la eficacia de un programa de psicoestimulación cognitiva en personas con demencia.

**Métodos:** Se reclutaron 38 personas diagnosticadas de demencia (Enfermedad de Alzheimer, Demencia Mixta) miembros de la AFAGI y cuyos familiares demandaban psicoestimulación cognitiva. A todos ellos se les realizó una exploración neuropsicológica extensa (MMSE, Germicide, CERAD), a fin de graduar el deterioro cognitivo y realizar un programa de psicoestimulación.

Los GDS variaban del GDS 3 al GDS 5. Se realizó programa de psicoestimulación grupal en función del GDS. Este programa está basado en el programa realizado en estudio piloto por la Clínica Josefina Arregui. Los participantes acudían dos días a la semana durante hora y media al grupo de psicoestimulación, integrado por un número de 5 a 7 personas. *Se propuso como criterios:* altamente eficaz el mantenimiento en MMSE de puntuaciones a lo largo del tiempo, eficaz: decremento de un punto anual en MMSE, no eficaz: decremento de dos o más puntos anuales en MSME.

**Resultados:** Se analizan los resultados en un seguimiento de 3 años de participación en el programa de psicoestimulación.

De 9 participantes no existen datos por haber abandonado el programa. De los 29 participantes restantes, 12 cumplen criterios de altamente eficaz, 9 de eficaz y 8 de no eficaz. El grupo de GDS 5 fue el que más evolucionó y en el se cumplieron criterios de no eficaz.

**Conclusión:** El programa de psicoestimulación es eficaz en pacientes con demencia en estadios leves-moderados

## 421

### LA ATENCIÓN DE LAS PERSONAS MAYORES. APOYO FORMAL E INFORMAL EN EL MUNICIPIO DE HUARTE (NAVARRA)

S. Anaut Bravo y N. Caparrós Civera  
*Universidad Pública de Navarra, Pamplona.*

**Objetivos:** La apuesta por la descentralización de los servicios sociales, presente en las leyes de Servicios Sociales autonómicas y en la LAAD, ha impulsado el protagonismo municipal en el desarrollo de los sistemas de apoyo formal.

Su relación de proximidad a las realidades sociales, les confiere una responsabilidad que ha potenciado la elaboración de diagnósticos sociales externos, conducentes al diseño de programas y proyectos que den satisfacción a las necesidades y demandas de personas o grupos, como el de personas mayores.

Por otro lado, son cada vez más perceptibles las fisuras y vacíos en materia de apoyo informal y, en concreto, del apoyo familiar. Municipios como Huarte han querido conocer la nueva situación en la que se encuentran los sistemas de apoyo formal e informal respecto a las personas mayores de la localidad.

El proyecto de investigación elaborado se ha propuesto describir y analizar dichos sistemas y, además, detectar las necesidades y demandas de atención de su población mayor, de quienes asumen labores de cuidado y de quienes en los próximos años superarán los 65 años.

**Métodos:** La metodología ha sido mixta. Se han pasado 410 encuestas a los tres grupos de población objeto de estudio, cuatro grupos de discusión y 5 entrevistas en profundidad.

**Resultados:** Se ha constatado el protagonismo del apoyo informal de la familia y de las amistades en todo lo referente a cubrir demandas afectivas, de relación y de adaptación al proceso personal de envejecimiento.

La comunidad ha perdido relevancia como apoyo informal. El apoyo formal, por su parte, se entiende como complementario y dirigido a dar respuesta a necesidades materiales o médico-asistenciales.

Finalmente, se demanda más atención directa, sobre todo, como servicios, pero se valora positivamente la ayuda económica.

**Conclusiones:** La finalidad última ha sido potenciar los sistemas de apoyo formal e informal de modo que, al complementarse, se logre prolongar lo más posible la permanencia en el propio domicilio de estas personas mayores con el menor grado de dependencia.

La opción de un centro multifuncional, un espacio polivalente, y la prestación directa de atención personal han resultado las medidas más adecuadas para quienes presentan deterioro en su salud, aislamiento o dependencia.

429

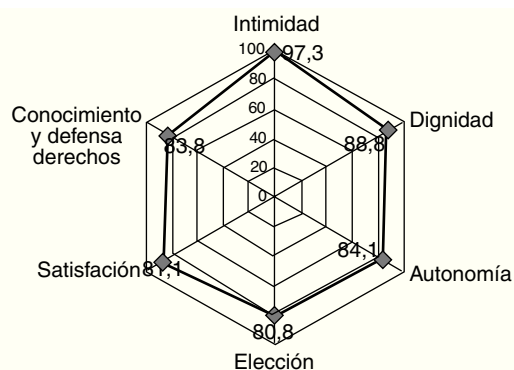
### ANÁLISIS Y EVALUACIÓN DE LOS DERECHOS DE LOS RESIDENTES DE LA RESIDENCIA MUNICIPAL SAGRADO CORAZÓN DE GETXO

J. Salazar Irusta, F.J. Leturia Arrazola, M. Leturia Arrazola, I. Olabarri Gortazar e I. León Nieto

Fundación INGEMA Instituto Gerontológico Matia, San Sebastián.

El proyecto de Análisis y Evaluación de los derechos de los Residentes de la Residencia Municipal de Getxo, se basaba en los siguientes objetivos: 1. Enfocar el Plan Estratégico orientándolo a la Garantía de los Derechos en el marco del Modelo de Atención e Intervención y a la Calidad de Vida. 2. Desplegar las iniciativas y/o planes de actuación derivados del Plan Estratégico. 3. Analizar y diagnosticar la situación actual. 4. Detectar áreas de mejora. 5. Concienciar y sensibilizar a los profesionales del centro. Para la realización del análisis y evaluación de los Derechos de los residentes se utilizaron las siguientes acciones: Análisis del plan estratégico y de las acciones desarrolladas hasta el momento. Análisis y planteamiento con el equipo Interdisciplinar del lugar que ocupan los derechos en el marco del modelo de atención e intervención. Observación directa del Centro, sus instalaciones y equipamiento mediante visita y recogida de información. Analizar como se realiza la comunicación de los derechos a lo largo de todo el proceso. Entrevistas con enfermería y trabajo social. Formar grupos de trabajo con el personal auxiliar para analizar la

práctica asistencial y el cumplimiento de los derechos. Priorización de derechos y puesta en marcha de acciones para su cumplimiento. Los resultados del estudio han sido los siguientes:



**Conclusiones:** Buena actitud y concienciación por parte del centro. Necesidad de desarrollo de protocolos. Necesidad de crear manual de buenas prácticas y manual de estilo.



## COMUNICACIONES ORALES

## COMUNICACIONES LIBRES

Sala Andalucía 3

Sábado, 7 de junio de 09:30 a 11:30 horas

## Área Clínica XV

Moderan:

Pedro Abizanda Soler. *Albacete*  
Nicasio Marín Alonso Gámez. *Jaén*

## Alteraciones de la marcha y caídas I

57

**DETERMINACIÓN DEL SÍNDROME DE MIEDO A CAERSE MEDIANTE LA ESCALA FALLS EFFICACY SCALE-INTERNATIONAL. PUNTOS DE CORTE**J. Pérez Jara, L. Rodríguez-Porto López, J.C. Naveiro Rilo y M.A. de Dios  
*Hospital El Bierzo, Ponferrada.*

**Introducción:** El síndrome de miedo a caerse (SMAC) tiene alta prevalencia en la población mayor. Existen escalas para su determinación traducidas al castellano pero aún no validadas y las que hay en inglés no indican puntos de corte a la hora de determinar si tienen o no SMAC, por lo que no hay un claro "gold Standard" y aún debemos basarnos en la pregunta simple sobre si tiene SMAC y si ésta determina o no restricción a la actividad.

**Objetivos:** Analizar la equivalencia entre la pregunta simple sobre si tiene SMAC y el empleo de la escala Falls Efficacy Scale-International (FES-I) a la hora de determinar qué personas mayores tienen o no SMAC y entre los que, además, restringen la actividad dejando de salir a la calle por el SMAC. Determinar qué puntos de corte de la escala FES-I serían los más adecuados a responder positivamente a la pregunta si tiene miedo o preocupación a caerse y si éste provoca restricción a la actividad dejando de salir a la calle.

**Métodos:** 195 pacientes mayores de 65 años fueron incluidos en el estudio sobre miedo a caerse en una población con y sin demencia leve. A todos ellos se les preguntó si tenían miedo o preocupación a caerse determinando una respuesta "sí" o "no" y, en el caso de los que respondieron afirmativamente, se les preguntó si habían dejado de salir solos a la calle por el miedo a caerse. Se excluyeron pacientes con edad inferior a 65 años, que no eran capaces de completar el protocolo o aquellos con Minimental Test inferior a 13. El protocolo incluye datos demográficos, sociales, funcionales, historia clínica y farmacológica, datos sobre caídas, Minimental Test, escala de depresión y ansiedad, y preguntas sobre miedo a caerse: "¿Tiene usted miedo o preocupación a caerse?", "¿Sale sólo a la calle y en caso de que no fuera así, es debido al miedo a caerse?"; y la escala FES-I.

**Resultados:** 67 pacientes (34,3%) declararon tener miedo a caerse. De estos, 10 (14,5% de los que tienen SMAC y 5,1% del total) declararon que el miedo a caerse les provocaba restricción a la actividad dejando de salir solos a la calle. La media de la escala FES-I para los

que tenían miedo a caerse era de  $29,7 \pm 9,4$  y de los que no era de  $20,7 \pm 4,9$ ;  $p < 0,0001$ . Se realizó curva ROC que se expone debajo, con área 0,82 y significación  $p < 0,0001$ . El punto de corte se estableció en 23 con una sensibilidad del 80% y una especificidad del 75%. Para la restricción a salir solo de casa la media de la escala FES-I fue de 33 para los que declararon positivamente y de 23 para los que no;  $p < 0,0001$ .

**Conclusiones:** El SMAC es un síndrome frecuente entre la población mayor. En nuestra población la restricción a salir solo de casa por miedo a caerse alcanza el 5%. La escala FES-I en castellano tiene una buena correlación con la pregunta simple sobre si tiene o no miedo a caerse con un razonable punto de corte en 23. Respecto a la restricción a salir a la calle la media del FES-I es de 33.

64

**PROTOCOLO DE PREVENCIÓN DE CAÍDAS EN EL DOMICILIO**E.B. Villegas Bruguera, E. Cuadra Rojano, A. Torres Cort, M. Tella Arbos y J. Altés Capella  
*Hospital Dos de Maig, Barcelona.*

**Introducción:** Las caídas en el domicilio son un frecuente motivo de consulta a los servicios de Urgencias, y a menudo implican un gran riesgo de deterioro funcional y de graves consecuencias para la salud. Los pacientes frágiles ingresados en la Unidad de Hospitalización a Domicilio (HADO) en el año 2006 presentaron un alto porcentaje de caídas (8% de los ingresos, ratio caída/paciente 1/12).

**Objetivos:** Elaborar e implementar un protocolo de detección de pacientes ingresados en un HADO con riesgo de caídas, y aplicar una guía de actuación personalizada según los factores de riesgo detectados.

**Métodos:** A partir del 2007, al ingreso de cada paciente del HADO se realizó una valoración de factores de riesgo intrínsecos al propio paciente (antecedentes de caídas, medicaciones...). Si era considerado paciente de riesgo, una vez en el domicilio el equipo sanitario valoraba los principales factores de riesgo extrínsecos o asociados al entorno (iluminación, estado del pavimento...). Atendiendo a los factores detectados, se realizaba la intervención dirigida específicamente a los factores detectados, mediante intervenciones terapéuticas (cambios de fármacos, consejos sobre vestuario...), y la educación del pa-

ciente y/o cuidadores. Finalmente se proporcionaba una guía general de actuación por escrito.

**Resultados:** En el 2007 el porcentaje de caídas en el domicilio disminuyó al 1,7% (ratio caída/paciente 1/58). Ninguna precisó reingreso en hospitalización convencional.

**Conclusiones:** El protocolo diseñado por el HADO es un instrumento útil para minimizar el riesgo de caídas entre los pacientes frágiles ingresados.

## 77

### PARÁMETROS DE MARCHA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD DE PARKINSON

C. Gómez Calero, R. Cano de la Cuerda, M. Carratalá Tejada y J.C. Miangolarra Page

Universidad Rey Juan Carlos, Alcorcón. Madrid.

**Objetivo:** Describir los parámetros de marcha en pacientes con Enfermedad de Parkinson (EP).

**Método:** Presentamos estudio descriptivo con 15 sujetos con EP valorados mediante el Test de 10 metros de marcha. Se obtuvieron datos sobre velocidad, tiempo, cadencia, número de pasos y longitud de zancada a velocidad normal y rápida. El estadio evolutivo se determinó mediante la Escala de Hoehn y Yahr (H&Y), la independencia funcional mediante la Escala Schwab & England y el deterioro cognitivo con el Mini-mental state examination de Folstein (MMSE).

**Resultados:** La edad media fue de 65 años. Un 66,7% se encontraban en Estadio I, 26,7% Estadio II y 6,7 Estadio III según H&Y. El 86,7% era totalmente independiente en la realización de las actividades de la vida diaria (AVD), 6,7% total independencia con mayor lentitud en la ejecución de las AVD y el 6,7% muy dependiente. Un paciente presentaba deterioro cognitivo. El 33,3% presentaba afectación bilateral y el 66,7% unilateral. En el Test de marcha se obtuvieron las medias; tiempo: 7,74, número de pasos: 7, velocidad: 1,39, cadencia: 56,02 y longitud de zancada: 2,98 en la prueba a velocidad normal. A velocidad de paso rápido se obtuvieron las siguientes medias; 5,3, 5,84, 2,04, 67,6 y 3,6, respectivamente.

**Conclusión:** Debido a la baja afectación funcional y clínica de los sujetos valorados con EP, al aumentar la velocidad de marcha se obtuvo una disminución del tiempo y número de pasos, así como un aumento de la cadencia y longitud de zancada.

**Palabras clave.** Enfermedad de Parkinson. Marcha.

## 165

### ANÁLISIS DE LAS CAÍDAS FORTUITAS EN UNA RESIDENCIA DE ANCIANOS. INCIDENCIA, RELACIÓN CON ESCALAS DE VALORACIÓN Y LESIONES ASOCIADAS

M.V. Pacheco Sanjuan, C. Rodríguez Narváez y J.F. Fernández Ortega

Patronato Hogar Nuestra Señora de los Ángeles. Málaga.

**Objetivos:** Conocer la incidencia de las caídas fortuitas acaecidas en una Residencia de Mayores a lo largo de 1 año, analizar su relación con las Escalas de Tinetti, de MNA y de Barthel. Analizar lesiones asociadas y sus secuelas a medio plazo.

**Métodos:** Las caídas fueron registradas inmediatamente después, mediante un formulario a todos los ancianos se les registra anualmente su grado funcional mediante la escala de Barthel, su estado nutricional mediante el MNA y su estado de movilidad mediante la de Tinetti. Un mes después de la caída se repitieron las escalas valoración.

Se compararon los resultados de dichas escalas entre los grupos de los Ancianos con caídas y los que no las presentaron y los resultados de las escalas antes y un mes después de la caída.

El resultado de la edad y de las escalas se analizaron mediante la media y desviación típica. Se compararon la edad de ambos grupos (muestras independientes) y los resultados de las Escalas antes y un mes después de la caída (muestras relacionadas) mediante la T de student.

Definimos como graves aquéllas que requirieron asistencia hospitalaria.

**Resultados:** Se trata de una Residencia que da asistencia a 48 ancianos en régimen de ingreso.

Se registraron 42 caídas en un total de 21 ancianos. Cuatro requirieron asistencia hospitalaria.

La edad media fue de 80,83 años (n = 21), vs 77,60 (n = 27), p = 0,14. Las escalas de Barthel, MNA, y Tinetti de ambos grupos fue de 59,95 vs 61,04 (p = 0,87), 20,30 vs 21,02 (p = 0,58) y 8,40 vs 11,08 (p = 0,21).

Un mes después de la caída la Escala de Barthel descendió de 59,55 a 57,55 (p = 0,96), MNA 20,37 a 19,17 (p = 0,70) y Tinetti 7,98 a 7,35 (p = 0,97)

**Conclusiones:** La mayor parte de las caídas no tuvieron consecuencias adversas graves. La diferencia de edad no alcanzó significación estadística. Los resultados de las escalas de valoración entre ambos grupos mostraron una tendencia a mayor deterioro en el grupo con caídas, pero sin alcanzar significación estadística. Finalmente las caídas no supusieron un deterioro estadísticamente significativo un mes después. Probablemente si incrementáramos el número de ancianos en ambos grupos, nuestras tendencias hubieran alcanzado p significativas.

## 201

### ¿PRÓTESIS DE CADERA U OTROS PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS? ESTUDIO COMPARATIVO DE LOS RESULTADOS DE LA REHABILITACIÓN DE LAS FRACTURAS DE CADERAS SEGÚN LA ELECCIÓN DE INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA

E. Artigas Cardiel

Centro Residencial SAR Fontibre, Zaragoza.

**Objetivo:** Aportar datos cuantitativos sobre la evolución de los pacientes intervenidos con prótesis de cadera.

**Metodología:** Estudio realizado sobre 27 personas con fractura de cadera, entre los 72 y los 95 años, habiendo residido en el Centro Residencial SAR Fontibre entre octubre del 2004 y diciembre del 2007. Los pacientes han sido tratados por la misma fisioterapeuta según un protocolo establecido, registrando la evolución el sistema informático GCR.

**Resultados:** 1) El 85% de los pacientes intervenidos con prótesis de cadera pueden realizar apoyo de la extremidad al alta hospitalaria frente a un 21% de los pacientes intervenidos con otros procedimientos quirúrgicos. 2) La recuperación total del paciente (entendida como la vuelta al estado funcional previo a la caída) es mayor en el caso de los pacientes con prótesis (un 69% frente a un 29% en los casos de otros procedimientos quirúrgicos), más importante aún, el porcentaje de pacientes sin éxito en la rehabilitación es menor (un 8% frente a un 36% en otros procedimientos quirúrgicos). 3) El 54% de los pacientes intervenidos con prótesis de cadera deambula a la semana del ingreso en el Centro, frente a los pacientes intervenidos con otros procedimientos quirúrgicos en los que no existe ningún caso.

**Conclusiones:** 1) El tiempo necesario de reposo sin carga sobre dicha extremidad intervenida en el caso de elección de prótesis de cadera se ve disminuido, evitando los efectos negativos del sedentarismo. 2) El grado de recuperación conseguida a la finalización de la rehabilitación aumenta en el caso de pacientes intervenidos con prótesis de cadera. 3) Disminución del tiempo necesario de rehabilitación para conseguir el máximo de recuperación posible en los casos de pacientes intervenidos con prótesis, lo que favorece el regreso a domicilio. 4) Mejora de la sociabilidad e integración social durante su estancia en el centro residencial en los pacientes intervenidos con prótesis de cadera.

## 253

### MEDICIÓN DE FUERZAS MUSCULARES EN ANCIANOS: PROPUESTA PARA FUTURAS INVESTIGACIONES

J.L. Esquinas Requena, E. López-Jiménez, J.A. Vivancos Fuster, M.I. García-Tomás, C. Luengo Márquez y P. Abizanda Soler  
Complejo Hospitalario Universitario, Albacete.

**Objetivo:** Determinar la mejor manera de medir las fuerzas de seis grupos musculares en ancianos para su posterior aplicación en estudios de investigación.

**Método:** 286 sujetos de estudio, 181 mujeres (63,3%), residentes en la comunidad e independientes para realizar todas las ABVD. Edad

media 74,3 años (DE 4,9), rango 65-88. Se midió la fuerza en kg mediante dinamómetros de JAMAR de 6 grupos musculares (flexión de codo, extensión de tronco, extensión de rodilla, flexión de cadera, pinza y prensora de mano dominante) en tres intentos consecutivos. Se describen los valores individuales, máximos y medios, se analiza su variabilidad, su evolución temporal y la diferencia entre hombres y mujeres así como entre los diferentes intentos. Por último se correlacionan los valores máximos y medios con test de funcionalidad (Bartel, Lawton, Timed Up and Go, POMA y test de los 6 minutos).

**Resultados:** Las fuerzas en cada uno de los 3 intentos fueron: flexores de codo (14,2-15,6-15,9), extensores de tronco (43-48-49), flexores de rodilla (14,7-15,7-16,3), flexores de cadera (11,5-12,2-12,4), pinza (7,8-8,0-7,9), prensora (22,0-21,7-21,1). Se aprecian diferencias significativas entre todos los pares de fuerzas excepto entre bíceps 1-3, psoas 2-3 y pinza 2-3 y 1-3. La diferencia en porcentaje que es mayor la fuerza máxima a la media es del 16% para bíceps, 10% para torso, 20% para cuádriceps, 25% para psoas, 6% para pinza y 5% para prensora. La diferencia fue mayor en hombres que en mujeres. La variabilidad (DE) de la diferencia entre fuerza máxima y media fue mayor para flexores de cadera 24,5% y menor para prensora 5,2%.

**Conclusiones:** Deben realizarse 3 intentos para medir la fuerza máxima de flexión de codo, extensión de tronco, extensión de rodilla y flexión de cadera, porque existe un aprendizaje en la ejecución de las pruebas. Para la pinza un intento es suficiente porque no hay variaciones y para la fuerza prensora también porque aparece fatigabilidad muscular. La variabilidad de la diferencia entre los valores máximos y medios es alta para la flexión de codo, extensión de rodilla y flexión de cadera y baja para las otras 3 fuerzas.

### 329

#### COMPLICACIONES CARDIOVASCULARES TRAS FRACTURA DE CADERA: PREDICTORES DE SU APARICIÓN E IMPLICACIONES PRONÓSTICAS

M.L. Álvarez Nebreda, F. Coca, E. Marañoñ, Y. Gracia y J.A. Serra  
*Hospital General Universitario Gregorio Marañoñ, Madrid.*

**Objetivo:** Describir la aparición de complicaciones cardiovasculares (CCV) en el periodo periquirúrgico de la hospitalización por fractura de cadera e investigar qué factores predicen su aparición.

**Método:** Estudio observacional prospectivo que incluye 275 pacientes consecutivos ingresados en una unidad de Orto-Geriatria, durante 6 meses. Se recogieron datos sociodemográficos, comorbilidad (factores de riesgo cardiovascular y antecedentes de cardiopatía isquémica, enfermedad cerebrovascular o vascular periférica, insuficiencia cardiaca o arritmias), número y tipo de fármacos (betabloqueantes, calcio-antagonistas, diuréticos, iECAs/ARA, nitratos, antiagregantes o anticoagulantes), puntuación ASA, retraso quirúrgico, complicaciones médicas y quirúrgicas, la frecuencia y el tipo de CCV (cardiopatía isquémica, insuficiencia cardiaca, nuevo diagnóstico de arritmia o ictus agudo), estancia media y mortalidad. Se realizó análisis uni y multivariante (regresión logística) para determinar los factores que predicen la aparición de CCV.

**Resultados:** Edad media 83,3 ± 7,3. 85% mujeres. 31,6% con antecedente de cardiopatía y con 3,2 ± 1,7 enfermedades concomitantes. 34% independiente en las AVD-B y 82,2% para la marcha antes de la fractura. 78,9% con puntuación ASA 2-3. Un 12,8% (35/275) desarrolló una CCV: 4 (11,4%) angina, 4 (11,4%) infarto agudo de miocardio, 20 (57,1%) insuficiencia cardiaca, 15 (42,9%) arritmia y 4 (11,4%) ictus agudo. Los pacientes con CCV se diferenciaron del resto en la mayor comorbilidad y polifarmacia, antecedentes de insuficiencia cardiaca y valvulopatía, peor puntuación ASA y mayor consumo de diuréticos e iECAs. Además presentaron con mayor frecuencia cuadro confusional y neumonía. El grupo con CCV presentó mayor estancia media (20 vs 17 días, p = 0,015) y mortalidad intrahospitalaria (11,4% vs 1,7%, p = 0,006). El único factor predictor de desarrollar una CCV en el análisis multivariante fue el antecedente de insuficiencia cardiaca (OR 35,5, CI 95% 2,2-570, p = 0,012)

**Conclusiones:** Las complicaciones cardiovasculares aparecen con frecuencia en el curso de la hospitalización por fractura de cadera. Se ha de prestar especial atención al tratamiento de los pacientes con antecedentes de insuficiencia cardiaca, ya que ésta predice la aparición de nuevos episodios, con consecuencias sobre estancia hospitalaria y mortalidad.

### 332

#### CARACTERÍSTICAS DE LOS ANCIANOS QUE REALIZAN DESCARGA TRAS FRACTURA DE CADERA: EVOLUCIÓN INTRAHOSPITALARIA Y AL AÑO

M.L. Álvarez Nebreda, F. Coca, E. Marañoñ, Y. Gracia y J.A. Serra  
*Hospital General Universitario Gregorio Marañoñ, Madrid.*

**Objetivo:** Describir las características de los mayores de 64 años en descarga durante 6 semanas tras intervención por fractura de cadera y determinar evolución intrahospitalaria y al año.

**Método:** Estudio observacional prospectivo que incluye 812 pacientes consecutivos ingresados en unidad de fractura de cadera, durante 18 meses. Se recogieron datos sociodemográficos, comorbilidad, situación basal (Katz y FAC), tipo de fractura y cirugía, complicaciones médicas y quirúrgicas, estancia, mortalidad y ubicación. Entrevista telefónica a 3, 6 y 12 meses para determinar mortalidad, situación funcional y ubicación. Se compararon las características y evolución del grupo en descarga postquirúrgica 6 semanas (GDES, N = 89) con las del resto (GNOD, N = 723).

**Resultados:** Edad 83,7 ± 7,3. 83% mujeres. 29% demencia. 22% institucionalizado. 31% independiente AVD-B y 80,7% marcha independiente pre-fractura. Un 11% realizó descarga tras la cirugía durante 6 semanas. El grupo GDES respecto al GNOD, tenía similar edad, características y situación funcional y solo se diferenció en mayor porcentaje de artrosis y menor de demencia, cáncer y fractura de cadera previa. 88% del GDES eran fracturas extracapsulares (34% peritrocantéreas y 54% peritrocantéreas; clavo gamma: 50,6% y clavo gamma largo: 40,4%). No sufrieron más complicaciones cardiovasculares ni infecciosas, ni más úlceras por presión ni cuadro confusional pero sí más infecciones de herida quirúrgica, dolor intenso y transfusión. El GDES presentó mayor estancia (12 vs 9 días, p < 0,005) sin diferencias en mortalidad. Al alta GDES presentó mayor problemática social (21 vs 11%, p = 0,009), existiendo diferencia significativa en la ubicación al alta del HGUGM en GDES frente a GNOD (alta a unidad de rehabilitación: 4,5 vs 75%, a domicilio: 67 vs 22%, a residencia: 28,4 vs 2,5%). Únicamente existieron diferencias a los 3 meses respecto a la independencia en la marcha (GDES vs GNOD: marcha nula: 30 vs 18%, marcha independiente: 53 vs 65%). No existieron diferencias en mortalidad, situación funcional, marcha o ubicación a los 6 meses ni al año.

**Conclusiones:** Un 11% de pacientes con fractura de cadera, sobre todo extracapsular, precisan descarga tras la intervención. No suelen presentar más complicaciones médicas ni mortalidad pero sí requieren mayor estancia e intervención social, requiriendo nueva institucionalización al alta en un 28%. Aunque a los 3 meses presentan mayor dependencia en la marcha, al año no existen diferencias significativas, como tampoco en cuanto a independencia en las AVD, ubicación o mortalidad.

### 355

#### ANTICOAGULACIÓN Y CAÍDAS UNA COMPLEJA COMBINACIÓN EN GERIATRÍA

L. Morelo Negrete  
*Hospital Universitario San Ignacio, Bogotá Colombia.*

Según guías es recomendada la anticoagulación en pacientes con el fin de reducir mortalidad y nuevos eventos.

**Objetivo:** Describir casos de ancianos anticoagulados con caídas accidentales y graves consecuencias.

**Metodología:** Reporte de casos de urgencias 3 meses Sanatorio Nuestra Señora del Rosario, Madrid.

**Resultados:** Caso 1 Mujer 76 años con Ictus de repetición hipertensión arterial y dislipemia cae en la ducha con fractura de cara, trauma facial y de cráneo leve. Caso 2 Mujer 84 años con cardiopatía isquémica tipo infarto, diabética cae al salir de la cama; trauma facial con fracturas múltiples en cara, hematomas. Caso 3 Varón 80 años con fibrilación auricular, pluripatología, extabaquismo pesado; cae al levantarse de la cama trauma craneoencefálico leve, no lesiones visibles. Caso 4 Varón 82 años cardiopatía dilatada más arritmia, cae por presíncope. Buena funcionalidad en básicas e instrumentales sin deterioro cognitivo, 3 vivían solos, adecuada red de apoyo. Llegan conscientes con evaluación neurológica normal. Recibían anticoagulación oral por más de 1 año con INR actual superior a 4,5 y TAC inicial normal.

3 cayeron al levantarse por la noche, 1 en el baño. Se hospitalizan y revierte anticoagulación. Evolucionan 3 en 72 horas a hematoma subdural masivo, 1 hemorragia subaracnoidea. Se realiza manejo con desenlace final 4 casos exitus.

**Conclusiones:** Las indicaciones de anticoagulación son claras. En el caso de ancianos las precauciones en seguimiento deben ser rigurosas, sin olvidar recomendaciones en prevención de factores de riesgo y caídas siendo por esto importante el apoyo familiar y capacitación en cuidados.

## 381

### UTILIDAD DE LOS PARÁMETROS DE LA MARCHA EN LA EVALUACIÓN DEL RIESGO DE CAER

J. Justo Nevado, E. Álvarez Fernández, M.J. Sanguino Cáceres, F. Cavestany Ricker, L. Narvaiza Grau y A. Rodríguez Molinero  
*Fundació Hospital Comarcal Sant Antoni Abat, Vilanova i la Geltrú.*

**Objetivos:** Estudiar la relación de parámetros de la marcha con diversos instrumentos de valoración de caídas y con la aparición de caídas.

**Método:** Estudio prospectivo de una cohorte abierta de pacientes atendidos en la consulta externa de geriatría de un hospital comarcal.

En la visita basal se determinaron los parámetros de la marcha mediante posturografía (velocidad de la marcha, longitud, anchura y simetría del paso).

Se registró el número de caídas en los 6 meses previos y se administraron las siguientes escalas: I.Barthel, I.Lawton, *Falls Efficace Scale-I* (FES) y *Performance Orientated Mobility Assessment* (POMA, Tinetti). Se realizó un seguimiento telefónico trimestral para detectar la presencia de caídas.

**Resultados:** 55 pacientes fueron evaluados por posturografía y 39 de ellos completaron el primer control telefónico (mediana de seguimiento 2,5 meses). La velocidad media de la marcha fue de 31,9 cm/seg (IC95%: 27,8–36,0), la longitud media del paso 30,7 cm (IC95%: 26,8–34,6), la anchura media del paso 15,2 cm (IC95%: 14,0–16,5), la mediana del porcentaje de simetría fue 14 (RIC: 7-26); 9 pacientes experimentaron caídas durante el seguimiento.

La velocidad de la marcha y la longitud del paso mostraron una buena correlación (Spearman) con el FES (0,64 y 0,73 respectivamente:  $p < 0,01$ ), con el POMA (0,44 en ambos casos,  $p < 0,01$ ) y con el I. Barthel (0,67 y 0,62 respectivamente,  $p < 0,01$ ). El tiempo de seguimiento fue insuficiente para valorar la relación con caídas incidentes.

**Conclusiones:** La longitud del paso y la velocidad de la marcha son buenos indicadores de la función de miembros inferiores y de miedo a caer.

COMUNICACIONES ORALES

COMUNICACIONES LIBRES

Sala Andalucía 2

Sábado, 7 de junio de 09:30 a 11:30 horas

Área Clínica XVI

Moderan:

Leocricia Jiménez López. Sevilla

Juan Antonio Avellana Zaragoza. Valencia

Alteraciones de la marcha y caídas II

384

PERCEPCIÓN DEL PROPIO RIESGO DE CAÍDA COMO FACTOR PREDICTOR DE CAÍDAS: ESTUDIO CEC-1

M.J. Sanguino Cáceres, E. Justo Nevado, F. Cavestany Ricker, I. Collado Pérez, L. Narvaiza Grau y A. Rodríguez Molinero  
*Fundació Hospital Comarcal Sant Antoni Abat, Vilanova i la Geltrú.*

**Objetivos:** Estudiar el valor clínico de la percepción subjetiva de los ancianos sobre su propio riesgo de caída.

**Método:** Estudio prospectivo de una cohorte abierta de pacientes atendidos en la consulta externa de geriatría de nuestro centro. En la visita basal se recogió el antecedente de caídas en los últimos 6 meses, se administró la escala de Tinetti y se indagó la percepción del propio riesgo de caída mediante las siguientes preguntas: 1.- ¿Cree ud. que se puede caer en los próximos meses? 2.- ¿Cree que se puede romper algún hueso en los próximos meses? Se realizó un control telefónico trimestral para detectar la aparición de caídas.

**Resultados:** Se analizaron datos de 91 pacientes (mediana de seguimiento 5 meses). Para predecir la aparición de caídas fueron válidos los siguientes test: Caídas en 6 meses previos (S38.5, E91.7, VPP76.9, VPN67), autopercepción 1 (S43.5, E80.6, VPP62.5, VPN65.8), y autopercepción 2 (S50, E77.4, VPP61.1, VPN68.6). La escala de Tinetti no mostró utilidad para predecir la aparición de caídas.

Se realizó un análisis de supervivencia mediante regresión de Mantel-Cox tomando la aparición de la primera caída como evento final. En este análisis las tres preguntas mostraron utilidad para identificar los pacientes con caídas: caídas en 6 meses previos ( $p < 0,01$ ), autopercepción-1 ( $p = 0,05$ ), autopercepción-2 ( $p = 0,01$ )

**Conclusiones:** En este estudio la autopercepción de los ancianos sobre su propio riesgo de caer predijo mejor la aparición de caídas que la escala de Tinetti y mostró una validez predictiva similar a los antecedentes de caídas en 6 meses.

387

ALTA INCIDENCIA DE FRACTURA DE CADERA EN ANCIANOS CENTENARIOS ESPAÑOLES

A. Rodríguez Molinero, A. Yuste Marco, L. Narvaiza Grau y E. Valldosera Dorado  
*Fundació Hospital Comarcal Sant Antoni Abat, Vilanova i la Geltrú.*

**Objetivos:** Estimar la incidencia de fractura de cadera en ancianos centenarios españoles.

Estudiar la mortalidad intra-hospitalaria y el coste de la hospitalización por esta patología.

**Método:** Estudio retrospectivo utilizando datos del Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) del sistema nacional de vigilancia de datos hospitalarios del año 2005.

Se analizaron los datos de personas mayores de 99 años que ingresaron por cualquier tipo de fractura de cadera. La incidencia en centenarios se calculó usando las estimaciones de la *U.S. Census Bureau International Database*.

Para estimar el coste de la hospitalización se utilizaron los Grupos Relacionados de Diagnóstico correspondientes.

**Resultados:** 162 centenarios fueron ingresados por fractura de cadera durante el año 2005 (primera causa de ingreso en este grupo de edad), de ellos 28 fueron varones y 134 mujeres.

La incidencia estimada en la población centenaria fue de 3,77% (3.765/100.000), 4,1% en mujeres y 2,76% en varones. Durante el ingreso murieron 28 personas (17,3%).

En total se produjeron 2.040 estancias hospitalarias por esta causa, con lo que el coste total de la hospitalización ascendió a 14.104.942 €.

**Conclusiones:** La fractura de cadera tiene una incidencia alarmantemente alta en la población centenaria, en la que es la primera causa de hospitalización.

La mortalidad intra-hospitalaria asociada a esta patología es también muy elevada.



**MORTALIDAD INTRAHOSPITALARIA POR FRACTURA OSTEOPORÓTICA DE CADERA**

O. Macho Pérez y E. Álvarez Fernández

*Fundació Hospital Comarcal Sant Antoni Abat, Vilanova i la Geltrú.***Objetivos:** Analizar la mortalidad intrahospitalaria tras fractura de cadera en mayores de 65 años.**Método:** Se han analizado todos los pacientes con fractura de cadera dados de alta hospitalaria durante el año 2005, usando los datos del CMBD del Sistema Nacional de Vigilancia de Datos Hospitalarios.

Se han estratificado por sexo, edad (65-74 años; 75-84; 85-99 y más de 99 años) y retraso quirúrgico, considerándose éste si superaba los 3 días de espera. Se realizaron comparaciones entre grupos mediante el estadístico Chi-cuadrado.

**Resultados:** Hubo 40.165 fracturas, 77% mujeres. La edad media de los pacientes fue de 82,62 años (SD7,13, rango 65-107), 162 personas eran mayores de 99 años (0,4%) La mortalidad global fue del 6,2%. El 50,4% de los pacientes fueron intervenidos en menos de 3 días (n = 26.066). La mortalidad se mostró significativamente asociada al sexo (el 10% de varones fallecieron, frente al 5,2% de mujeres) y a la edad (fallecieron el 2,9%, 5,0%, 8,7% y 17,3% en cada grupo de edad) y esta asociación se mantuvo en todos los grupos de edad excepto en centenarios.

El retraso quirúrgico también se asoció significativamente a mortalidad incrementada (mortalidad del 3,7% en el grupo de no retraso, 4,5% en el de retraso). El análisis multivariante confirmó estos hallazgos.

**Conclusiones:** La mortalidad intrahospitalaria por fractura de cadera aumenta de forma exponencial con la edad, siendo del 2,9% entre los 65 y 74 años y pasando al 17,3% en los mayores de 99 años. La mortalidad intrahospitalaria también se encontró asociada al sexo masculino y al retraso quirúrgico.**FRACTURA DE CADERA EN ANCIANOS VARONES: DIFERENCIAS EN EL CURSO CLÍNICO Y PREDICTORES DE MORTALIDAD DEPENDIENDO DEL SEXO**

F. Coca Díaz, M.L. Álvarez Nebreda, E. Marañón Fernández,

Y. Gracia, M.A. García Alhambra y J.A. Serra Rexach

*Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid.***Objetivo:** Estudiar características hospitalarias, recuperación funcional y mortalidad en varones con fractura de cadera. Factores predictores de mortalidad a 3 y 6 meses.**Métodos:** Estudio longitudinal prospectivo sobre 832 pacientes mayores de 64 años con fractura de cadera, desde Marzo de 2004 hasta Octubre de 2006. Comparamos varones y mujeres. Analizamos variables sociodemográficas, funcionalidad (Katz), deambulacion (FAC), complicaciones, estancia y mortalidad. Se analizó mortalidad a 3 y 6 meses. Factores asociados a mortalidad se analizaron mediante regresión múltiple.**Resultados:** Analizamos 832 paciente, edad media 83,7 ± 7 años, 84% mujeres, 22% viven en residencia, 31% independientes en todas ABVD, 81% deambulacion independiente (FAC4-5). Los varones presentaban mayor independencia funcional (Katz 1,5 ± 1 vs 1,3 ± 0,9, p = 0,04), deambulatoria (88,1 vs 79,3%, p = 0,02) y delirium (46 vs 33%, p = 0,004), presentando tendencia a mayor estancia (20 ± 10,4 vs 18,2 ± 10,4, p = 0,06), mortalidad hospitalaria (7,4 vs 4%, p = 0,09), independencia funcional y de la marcha al alta (Katz 1,5 vs 1,3, p = 0,06 y FAC 0,9 vs 0,7, = 0,007). Hubo diferencias varón/mujer en mortalidad a 3 (14 vs 6%, p = 0,001) y 6 meses (9,9 vs 4,1%, p = 0,01).

Predictores de mortalidad en mujeres: hospitalaria (edad, funcionalidad, demencia, neumonía; neumonía en varones), a 3 (edad, demencia; EPOC en varones) y 6 meses (edad, nueva institucionalización; nada en varones).

**Conclusiones:** Varones ancianos con fractura de cadera presentaban mejor estado funcional basal y al alta, peor curso clínico, mayor mortalidad a 3 y 6 meses. Edad o demencia predicen mortalidad en mujeres. En varones, las variables asociadas (EPOC, neumonía), se relacionan con mortalidad a corto plazo.**CARACTERÍSTICAS DE LAS CAÍDAS ASOCIADAS A FRACTURA DE CADERA EN ANCIANOS INGRESADOS EN UNA UNIDAD INTERDISCIPLINAR DE FRACTURA DE CADERA**

Y. Gracia, E. Marañón, P. Vázquez, S. Martín, L. Álvarez y J.A. Serra

*Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid.***Objetivos:** Describir las circunstancias asociadas a las caídas que provocan fractura de cadera en una población de ancianos que ingresan en una unidad interdisciplinar de fractura de cadera.**Método:** Se estudian los ancianos ingresados consecutivamente en nuestra unidad de fractura de cadera durante un periodo de 2 meses.

Se determina sus características sociodemográficas, las circunstancias de la caída (lugar, hora del día, causa, existencia de barreras), realizándose una valoración geriátrica exhaustiva.

**Resultados:** Se incluyeron 85 pacientes con una edad media de 82,92 ± 7,66 años, siendo mujeres el 85,9%. Están institucionalizados el 20%. Presentan marcha independiente el 80%.

La media del índice de Barthel fue 73,88 ± 30,19. Presentan demencia el 28%, alteración visual el 37,6% y auditiva el 31,8%. La media de fármacos al ingreso fue 5,44 ± 3,66. Toman psicofármacos el 49% y tratamiento para osteoporosis el 12,9%.

El 53% de fracturas son del macizo trocantérico. El 76,5% de las caídas son diurnas y el 83% de causa extrínseca. Se detectan barreras arquitectónicas en el 43,5% de casos. La media de caídas en el año previo fue de 1,64 ± 1,11 presentando más de 2 caídas el 33%.

En el análisis bivariante no se detecta relación entre las circunstancias de la caída y la edad, el género, lugar de residencia, existencia de demencia o situación basal previa.

**Conclusiones:** La mayoría de caídas responsables de fractura de cadera son diurnas, en el domicilio y de causa extrínseca. Se deben identificar los pacientes con riesgo elevado de caídas para establecer protocolos preventivos, sobre todo en los que presentan caídas de repetición.**MODELO DE RIESGO PARA PREDECIR CAIDAS DE REPETICIÓN EN ANCIANOS CON ELEVADA COMORBILIDAD RESIDENTES EN LA COMUNIDAD**

M. Lázaro del Nogal, A. González Ramírez, G. Latorre González,

E. González Cuevas, C. Fernández Pérez y J.M. Ribera Casado

*Hospital Clínico San Carlos, Madrid.***Objetivo:** 1) Identificar factores de riesgo de caídas en ancianos con elevada comorbilidad. 2) Elaborar un modelo de riesgo para predecir caídas de repetición en este grupo de población.**Materia y método:** Estudio observacional caso-control. 226 sujetos: 113 casos (> 65 años con > 2 caídas en los últimos 6 meses) y 113 controles (> 65 años sin caídas). Sujetos procedentes de las consultas externas de Geriatria. Se realizó a todo paciente un protocolo exhaustivo que incluye datos demográficos, valoración geriátrica, exploración física y tests de equilibrio y marcha. Velocidad de marcha mediante posturógrafo Balance Master. Análisis estadístico: SPSS. V.12.0.**Resultados:** Mediante un modelo de regresión logística son predictores de caídas de repetición los siguientes factores de riesgo: sexo femenino (OR: 5,7; IC 95%: 1,42-23,72 p = 0,01), edad inferior a 85 años (OR: 8,98; IC 95%: 1,29-6,26 p = 0,03), vivir solo (OR: 3,8; IC 95%: 1,4-10,3 p = 0,008) presencia de patologías neurológicas (OR: 5,3; IC 95%: 2,0-13,5 p < 0,001) y oftalmológicas (OR: 2,2; IC 95%: 0,9-5,3 p = 0,071), realización de "timed up and go" en más de 20 segundos (OR: 42,5; IC 95%: 7,9-226,9 p < 0,001) y presentar una velocidad de marcha inferior a 39 cm/sg. (OR: 4,2; IC 95%: 1,7-10,5 p = 0,001)**Conclusiones:** La presencia de patologías neurológicas y oftalmológicas y la realización de un timed up and go superior a 20 segundos y una velocidad de marcha reducida implica alto riesgo de caídas en pacientes ancianos con alta comorbilidad. La identificación de estos factores es fundamental para establecer programas de prevención eficaces.

452

**CONTROL POSTURAL EN ANCIANOS CON Y SIN CAÍDAS**

A. González Ramírez, M. Lázaro del Nogal, E. González Cuevas, G. Latorre González, C. Fernández Pérez y J.M. Ribera Casado  
*Hospital Clínico San Carlos, Madrid.*

**Objetivos:** 1) Valorar el control postural en ancianos con y sin caídas. 2) Identificar los tests posturográficos más útiles para valorar el sistema del equilibrio en ancianos.

**Material y método:** Estudio caso-control. Sujetos de Consultas Externas de Geriatria: grupo A, > 65 años con 2 o más caídas en los últimos 6 meses y grupo B, > 65 años sin caídas. Posturografo Balance Master: Análisis del control sensorial (test mCTSIB): desplazamiento del Centro de gravedad (CG) sobre superficie almohadillada con ojos abiertos y cerrados; análisis del control motor (test RWS): velocidad de desplazamiento del CG y concordancia en la dirección al seguir un estímulo visual. Análisis estadístico SPSS v.12.0.

**Resultados:** Grupo A (113 pacientes): 85% mujeres. 78 ± 5 años; Grupo B (113 pacientes): 69,6% mujeres. 78 ± 6 años. Test mCTSIB [mediana (RIQ) en grados/seg]: Superficie lisa, ojos abiertos: A: 0,4 (0,3-0,5); B: 0,4 (0,3-0,5) [p = 0,065]; Superficie lisa, ojos cerrados: A: 0,5 (0,4-0,7); B: 0,4 (0,3-0,6) [p = 0,032]; Superficie almohadillada, ojos abiertos: A: 1,4 (1,0-2,6); B: 0,9 (0,7-1,3) [p < 0,001]; Superficie almohadillada, ojos cerrados: A: 3,7 (2,0-6,0) B: 2,0 (1,3-3,4); [p = 0,001]. Test RWS: Velocidad del CG [en grados/seg]: sin diferencias entre ambos grupos. Control direccional en desplazamientos antero-posteriores [mediana (RIQ) en %] a velocidad lenta: A: 46 (30-60); B: 56 (46-71) [p = 0,54]; a velocidad moderada: A: 48 (32-62); B: 57 (43-74) [p = 0,06]; a velocidad rápida: A: 55 (35-69); B: 59 (44-68) [p = 0,004] (control direccional en desplazamientos izquierda-derecha: sin diferencias significativas).

**Conclusiones:** 1) El control sensorial y motor del equilibrio está alterado en pacientes con caídas de repetición. 2) El test mCTSIB y el test RWS son útiles para identificar pacientes con trastornos del equilibrio y riesgo elevado de caídas.

481

**VALORACIÓN GERIÁTRICA DEL PACIENTE ANCIANO INGRESADO POR FRACTURA DE CADERA**

B. Álvarez Gómez, M.J. Sánchez, C. Mauleón, N. El Kadaoui, T. Pareja y M. Hornillos  
*Hospital Universitario, Guadalajara.*

**Objetivos:** Valorar situación basal, comorbilidad, tratamiento, complicaciones y funcionalidad al alta y al año de ancianos intervenidos de fractura de cadera.

**Método:** Estudio retrospectivo de 122 pacientes, ingresados en el 2006, mediante revisión de historias clínicas. Se analizaron porcentajes y frecuencias con el programa estadístico SPSS.

**Resultados:** La mayor parte se producen en mujeres (70,2%), con edad media de 83,5 y fractura previa en el 24%. Deambulaban al ingreso independientes 59,8%, con un Barthel medio de 62,18. El 35,2% no tenían deterioro cognitivo y moderada-severa el 25,4%. 68,9% proceden de domicilio. La media de antecedentes fue 4,5%, los más frecuentes HTA, EPOC y cardiopatía. La fractura fue derecha en 53,5%. Como complicaciones presentan cuadro confusional

agudo (53%), anemia, insuficiencia cardíaca e infección de herida quirúrgica. Fallecieron en el ingreso 4,9%. La espera prequirúrgica media es de 2,29 días y la estancia de 18,53 días. Aparecieron úlceras en el 8,2% y al alta eran incontinentes más de una cuarta parte, precisando nueva institucionalización el 18,1%. Al año del ingreso, deambulaban con independencia el 24%, y en 60% de ellos el dolor óseo era leve.

**Conclusiones:** Son pacientes complejos, con múltiples antecedentes, complicaciones y deterioro secundario, lo que hacen de él un paciente geriátrico por definición. La deambulación al ingreso y la cirugía precoz determinan el pronóstico funcional. Es prioritaria la valoración precoz, dada la elevada tasa de síndromes geriátricos al alta que determina la calidad de vida del paciente, a corto y medio plazo y requiere cuidados y seguimiento específico.

533

**NEVA METODOLOGÍA PARA LA DETERMINACIÓN DE PARÁMETROS ESPACIALES DE LA MARCHA FUERA DEL LABORATORIO**

X. Parra Llanas<sup>1</sup>, D. Pardo Ayala<sup>3</sup>, M. Díaz Boladeras<sup>3</sup>, L. Narvaiza Grau<sup>2</sup>, A. Yuste Marco<sup>2</sup> y A. Rodríguez Molinero<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Centro de Estudios Tecnológicos para la atención a la Dependencia y la Vida Autónoma - UPC, Vilanova i la Geltrú; <sup>2</sup>Centro de Estudios Tecnológicos para la atención a la Dependencia y la Vida Autónoma - FHCSAA; <sup>3</sup>Centro de Estudios Tecnológicos para la atención a la Dependencia y la Vida Autónoma - UPC.

**Objetivos:** Diseñar y testar una nueva metodología para determinar parámetros espaciales (PEM) de la marcha, portátil y económica. Esta metodología permitirá realizar estas determinaciones en grandes estudios epidemiológicos.

**Método:** Los PEM se obtienen fuera del laboratorio por impresión de pisadas sobre papel craft extendido en el suelo; se pintan con pintura escolar las suelas de los zapatos previamente cubiertas con esparadrápido sanitario y se secan, posteriormente se pide al individuo que camine quedando sus huellas marcadas en el papel. Para extraer los parámetros de la marcha la imagen se digitaliza y se procesa en laboratorio mediante técnicas de visión por computador: ajuste dinámico del contraste, binarización con un umbral dinámico, eliminación de áreas no relevantes, extracción de contornos y demarcación del polígono que contiene la pisada.

**Experimentación:** Se testó el método en 4 ancianos sin trastornos de la marcha. Se contrastó la medida automática de las pisadas con una medida manual. Se filmó en video la marcha normal del anciano, y la marcha durante la aplicación del método, para valorar la influencia de éste en aquella. Se registró el patrón de balanceo del tórax con un acelerómetro triaxial. La percepción de los participantes respecto al método se recogió mediante cuestionario.

**Resultados:** El error del método en la estimación de los PEM fue inferior a 3 mm. Los ancianos no percibieron alteración en su marcha al aplicarse el método. No se observaron variaciones en la postura y movimiento del tórax medidos por acelerometría. El método produjo una disminución del 10,8% en la velocidad de la marcha, sin cambiar el número total de pasos.

**Conclusiones:** Este método de determinación de parámetros de la marcha es barato y portátil. Su error en la determinación espacial es despreciable, pero puede tener una influencia del 10% en la velocidad de la marcha, y con ello en la longitud del paso. Hacen falta más estudios sobre la precisión de este método.

## COMUNICACIONES LIBRES

Sala 6

Sábado, 7 de junio de 09:30 a 11:30 horas

*Moderan:*María Crespo López. *Madrid*Sacamento Pinazo Hernández. *Valencia*

## Ciencias sociales y del comportamiento VI

437

**EXPRESIÓN DE IRA Y CAPACIDAD FUNCIONAL DEL FAMILIAR: EFECTOS SOBRE LA SALUD FÍSICA DE LOS CUIDADORES INFORMALES DE PERSONAS CON DEMENCIA**M. Cigarán Méndez<sup>2</sup>, C. Peñacoba Puente<sup>3</sup>, A. Losada Baltar<sup>2</sup>, M. Márquez González<sup>1</sup> y R. Romero Moreno<sup>2</sup><sup>1</sup>U. Autónoma de Madrid. <sup>2</sup>U. Rey Juan Carlos, Alcorcón, Madrid.

**Introducción:** La carga física y psicológica asociada con frecuencia al cuidado de personas con demencia se vincula a problemas de salud física en los cuidadores. Aunque es numerosa la literatura que analiza el papel de factores contextuales y relativos a la enfermedad sobre el malestar del cuidador, son escasos los estudios en los que se analiza el papel de estilos concretos de afrontamiento de las emociones negativas asociadas al cuidado, tales como la expresión de la ira.

**Objetivo:** Analizar la influencia de la capacidad funcional de la persona cuidada y la ira expresada por los cuidadores sobre la salud física del cuidador.

**Método:** Se realizaron entrevistas individuales a 136 cuidadores informales de personas con demencia (75,6% mujeres) con una edad media de 60 años (D.T. = 13,2). La edad media de la persona cuidada es de 79,1 (D.T.= 8,4). Se evaluó la expresión de ira (STAXI; versión rasgo), capacidad funcional (Barthel), y salud física del cuidador (subescalas de la SF-36: función física, rol físico, vitalidad y función social).

**Resultados:** Los resultados muestran relaciones significativas ( $p < 0,01$ ) entre la expresión de ira y todas las escalas de salud física: a mayores puntuaciones en ira, peor salud física en todas las escalas. No se observan asociaciones significativas entre la ira y la capacidad funcional. Respecto a la relación salud física-capacidad funcional, únicamente se ha encontrado una asociación significativa entre capacidad funcional y función social (a mayor independencia, mejor función social,  $p < 0,01$ ). Los análisis de regresión, una vez controladas variables como la edad y el sexo del cuidador, el tiempo que lleva cuidando y la edad del familiar, manifiestan el papel predominante de la ira ( $\beta = 0,404$ ,  $p < 0,001$ ) en la salud física del cuidador por encima de la capacidad funcional del familiar ( $\beta = -0,19$ , ns). No obstante, cuando se realizan los mismos análisis de manera específica para las

dimensiones de salud física (función física, rol físico, vitalidad y función social) se observan diferencias en el papel de la ira y de la capacidad funcional de la persona cuidada.

**Conclusiones:** Los resultados muestran que la expresión de ira por parte de los cuidadores se asocia significativamente con una peor percepción de salud física por parte de los cuidadores informales. En algunas dimensiones, como en la función física, el rol físico y la vitalidad, este papel es claramente prioritario frente a la dependencia de las personas cuidadas y condiciona su influencia, mientras que en la dimensión de función social podría ejercer un papel mediador en la relación capacidad funcional de las personas cuidadas-salud física del cuidador.

458

**COMPANIONABLE: TECNOLOGÍA ASISTIDA ADAPTADA A LAS NECESIDADES DE PERSONAS CON DETERIORO COGNITIVO LEVE**I. González-Abraldes<sup>1</sup>, J.C. Millán<sup>1</sup>, A. Maseda<sup>1</sup>, J.J. Yanguas<sup>2</sup>, I. Etxebarria<sup>2</sup> y A. García<sup>2</sup><sup>1</sup>Grupo de Investigación en Gerontología. Universidad de A Coruña. <sup>2</sup>Fundación Ingema (Instituto Gerontológico Matia).

**Objetivo:** Conocer las necesidades de personas mayores con trastorno cognitivo leve (TCL) a fin de desarrollar un sistema de apoyo adaptado (sistema robótico móvil y entorno domótico en el hogar).

**Método:** A fin de conocer las necesidades de personas mayores con TCL, se diseñaron tres modelos de cuestionarios "ad hoc" referidos a usuarios, cuidadores y profesionales de la salud. Se presentan las respuestas referidas a los 61 profesionales participantes.

**Resultados:** Los entrevistados tenían una media de edad de 34,5 años, el 78,7% mujeres; con formación interdisciplinar, enfermeros (23,3%), médicos (20%), auxiliares (18,3%) y psicólogos (16,7%), principalmente de hospitales e instituciones sanitarias (94,1%). El 62,3% señalaron la intervención no farmacológica como funcionalidad a desarrollar, considerando importante el control del estado cognitivo (86,9%) para su seguimiento y monitorización (91,8%). La videoconferencia podría establecerse (67%) como una muy buena forma de contacto con el paciente, debido al interés en nuevas tecnologías

(83,6%). Sería interesante (91,7%) que un sistema de apoyo detectase continuamente situaciones de emergencia, principalmente caídas y no poder levantarse, notificándolo a los servicios médicos por mensaje de voz al móvil (78,7%). Consideraron interesante incluir, con porcentajes superiores al 90%, sistemas de comunicación entre pacientes y cuidadores, programas de estimulación cognitiva, programas formativos para el cuidador y recordatorio de toma de medicación y citas.

**Conclusiones:** En base a las necesidades detectadas, se establecerán requerimientos y funcionalidades de un sistema robot y casa doméstica adaptado a personas con deterioro cognitivo leve, desarrollado en el proyecto CompanionAble, financiado por la Comisión Europea, 7<sup>o</sup> PM.

## 476

### UNIDAD RESIDENCIAL SOCIO-SANITARIA DE LEIOA

I. López y N. Urien

Residencia de Leioa. Instituto Foral de Asistencia Social de Bizkaia (IFAS).

Se realiza la evaluación del primer año de actividad de la unidad socio-sanitaria (36 plazas), ubicada en la Residencia de Leioa, fruto de un convenio de prestación asistencial socio-sanitaria entre el Departamento de Acción Social de la Diputación Foral de Bizkaia y el Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco. La intervención se ha aplicado sobre perfiles de personas usuarias: A. en fase de recuperación de un proceso agudo o convalecencia; B. que precisan cuidados especiales en fase final de su vida; C. con alteraciones conductuales; y D. con enfermedades infectocontagiosas. Todas presentan necesidades intensas de cuidados sociales y sanitarios, en un espacio de transición entre la hospitalización sanitaria y la atención social residencial, con criterios de alta clínica y sin apoyo social necesario. El objetivo del recurso es la reintegración al entorno social previo, salvo perfil B, en estancia media prevista de aproximadamente 3 meses. Se han realizado 84 ingresos con porcentajes de: A = 73,8%; B = 23,8%; C = 1,2%; y D = 1,2%. El 64,3% han sido mujeres, con una edad media de 80,3 años, siendo la media de edad de los hombres de 75,2 años. La procedencia hospitalaria se ha dado en el 85,7% de los ingresos. Los diagnósticos principales de ingreso han sido: patología del aparato locomotor en el 53,6%; enfermedades neoplásicas, 20,2%; accidentes cerebrovasculares, 7,14%; y digestivas 7,14%. Como resultado se han producido 36 altas asistenciales (94,4% del A) y 19 fallecimientos (84,2% del B), con estancia media de 3 meses y 2 días. Predominan dos perfiles de personas usuarias de la unidad residencial socio-sanitaria: la convalecencia derivada de patología del aparato locomotor, destacando las fracturas de cadera en sus distintas modalidades (54,8% de ingresos perfil A); y la de cuidados al final de la vida, en la que destacan las enfermedades neoplásicas (50% de ingresos perfil B). El regreso a domicilio tras alta asistencial (indicador de efectividad del recurso) ha sido del 55,6%. El alta a residencia el 44,4%, (la propia residencia de ubicación de la unidad el 62,5%), por lo que se entiende justificada la implantación del recurso.

## 528

### IDENTIFICACIÓN DE LÍNEAS ESTRATÉGICAS Y ACTUACIONES PARA LA MEJORA DE LA CALIDAD EN LOS CENTROS DE ATENCIÓN A PERSONAS MAYORES EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA EN EL PRINCIPADO DE ASTURIAS

T. Rodríguez Martínez, B. Díaz Pérez, J. Monteagudo Piqueras, J. Bruno Barcena y P. Rodríguez Rodríguez

Consejería Bienestar Social, Oviedo.

**Objetivos:** 1) Identificar las líneas estratégica para la mejora de la calidad de la atención en los centros de atención a personas mayores en situación de dependencia. 2) Diseñar un programa de actuación que permita avanzar en la mejora de los servicios.

**Método:** Partiendo de modelos de calidad de vida, se realiza una identificación de áreas de mejora de la situación general de los centros de atención a personas mayores teniendo en cuenta la información procedente de varias fuentes: memorias de evaluación anual de los centros (residencias y centros de día), opinión de usuarios, familias y profesionales de los centros recogida mediante cuestionarios de opinión y téc-

nicas cualitativas, la valoración de los responsables de servicios e información procedente del Servicio de Inspección de centros.

**Resultados:** Tras este estudio aproximativo del conjunto de centros públicos y de los privados que fueron objeto de inspección, se identifican diferentes líneas estratégicas para la mejora de los centros: 1) La orientación de los centros hacia los derechos y preferencias de las personas, 2) La apertura de los centros a la comunidad, 3) La colaboración familiar en el centro, 4) La puesta en marcha de procedimientos de gestión de la calidad en los centros y 5) La identificación y el refuerzo de las buenas prácticas profesionales. El modelo de calidad propuesto implica necesariamente conjugar y equilibrar todas ellas desde procesos de reorientación participativos y acompañados de formación específica.

**Conclusiones:** Este análisis ha fundamentado el diseño y puesta en marcha del programa bienal para la mejora de los centros de atención social del Principado de Asturias, el cual se estructura en tres áreas y contiene 31 medidas para el año 2008-2009, entre las que cabe destacar las siguientes: a) *Derechos de las personas:* reorientación del modelo residencial, carta de derechos para las personas usuarias de los centros, programa de información y acogida a nuevos ingresos, programa de mejora de la colaboración familiar, intensificación de la labor inspectora, medidas para la detección del maltrato o creación de un comité de ética asistencial intercentros. b) *Mejora continua de la calidad:* formación directivos y profesionales en gestión por procesos, elaboración guías de buenas prácticas, jornada intercambio buenas prácticas, premio anual a las buenas prácticas en centros, elaboración de cartas de servicios con compromisos de calidad o selección de indicadores de calidad. c) *Desarrollo normativo:* modificación de la normativa inspección y acreditación.

## 531

### EFFECTOS POSITIVOS DEL CUIDADO DE NIETOS

E. del Barrio Truchado<sup>2</sup>, M.T. Sancho Castiello<sup>3</sup> y A. Abellán García<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>CSIC. <sup>2</sup>Portal Mayores. CSIC. Madrid. <sup>3</sup>IMSERSO.

**Objetivos:** Cuantificar el apoyo que prestan las personas mayores en el cuidado de sus nietos/as y analizar los sentimientos percibidos por estas personas.

**Metodología:** Análisis estadístico de los microdatos de la Encuesta de Condiciones de Vida de las personas mayores (IMSERSO-CIS 2006) a través de tablas de contingencia.

**Resultados:** Existe un volumen muy importante de mayores que realiza tareas de cuidado a sus nietos (24,9% en la actualidad). Con diferente intensidad y tipos de apoyo (74,2% semanalmente). Esta manifestación de solidaridad familiar ha contribuido de manera decisiva a la incorporación de las mujeres al mercado laboral convirtiendo en realidad la conocida conciliación entre la vida familiar y laboral muy poco desarrollada hasta ahora. Diversos estudios reflejan el efecto perverso que puede causar la sobrecarga de cuidados en los/as abuelos/as. Sin embargo, a pesar de la evidencia de este impacto, la investigación sobre condiciones de vida pone de manifiesto los efectos positivos que supone esta actividad para la mayoría de los abuelos. Estos aspectos se reflejan en los sentimientos declarados por las personas que cuidan de sus nietos. Sentimientos negativos como la tristeza, la soledad y el aburrimiento descienden significativamente entre este grupo.

**Discusión:** La solidaridad familiar es fundamental en nuestra sociedad. La aplicación del principio de reciprocidad en cuanto a intercambio de cuidados está generando progreso en y facilitando la incorporación de las mujeres al mercado de trabajo. Pero también promueve el empowerment entre las personas mayores, siempre que la actividad cuidadora no anule sus posibilidades de desarrollar otros proyectos vitales.

## 534

### ESTILOS DE VIDA ENTRE LAS PERSONAS MAYORES. EL FIN DE LA UNIFORMIDAD

E. del Barrio Truchado<sup>2</sup>, M.T. Sancho Castiello<sup>3</sup> y A. Abellán García<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>CSIC. <sup>2</sup>Portal Mayores. CSIC. Madrid. <sup>3</sup>IMSERSO.

**Objetivo:** En esta investigación se pretende realizar una radiografía de la situación actual de las personas mayores, mostrando la heterogeneidad de sus estilos de vida desde el análisis de sus actividades.



**Metodología:** Análisis estadístico de los microdatos de la Encuesta de Condiciones de Vida de las personas mayores (IMSERO-CIS 2006). Se ha realizado un análisis factorial, para encontrar grupos homogéneos de variables a partir del conjunto de actividades. A continuación se realiza un análisis de conglomerados de k medias que agrupa los casos en función del parecido o similitud existente entre ellos.

**Resultados:** La clasificación más consistente proporciona la división en cuatro estilos de vejez: 1. *Participativo*: agrupa actividades como la asistencia a clases, el voluntariado, el ejercicio físico y la asistencia a espectáculos. 2. *Doméstico*: comprende actividades clasificadas dentro de tareas del hogar. 3. *Ocio-social*: destacan las actividades de ocio y diversión en las que las relaciones personales son parte necesaria. 4. *Ocio inactivo*: consumo de medios de comunicación. Estos cuatro estilos de vida en la vejez muestran la existencia de diferentes modos de vivir esta etapa de la vida, en la que el microcosmos constituido por el hogar es una parte primordial.

**Conclusión:** La categoría de personas mayores comprende un conjunto heterogéneo de individuos que organizan su día a día de manera distinta. Los cuatro estilos de vida analizados aquí son una simple muestra de la diversidad de personas que componen este grupo y que fundamentaría la necesidad de abordar desde la diversidad, la oferta de programas y servicios a estos ciudadanos.

## 94

### INTERENCIÓN SOCIAL EN PACIENTES INGRESADOS EN UNA UNIDAD GERIÁTRICA DE AGUDOS

P. González Ortega, V. Romaní Costa, M. Mañas Magaña, L. González Román, N. Gómez Enrich, C. Estrada Díaz y P. José Almagro  
*Hospital Mútua de Terrassa.*

**Introducción:** En nuestra Unidad Geriátrica de Agudos (UGA) cada paciente es atendido por todos los profesionales del equipo interdisciplinar.

**Objetivo:** Estudiar si todos los pacientes ingresados en la UGA, precisan atención de trabajo social (TS).

**Material y métodos:** Descripción prospectiva de variables clínicas, valoración e intervención social realizadas.

**Resultados:** De octubre a diciembre del 2007 se atendieron 59 pacientes, 42 eran mujeres (71,2%) con una edad media de 88 años (75-100). Evaluada con la escala de Barthel, el estado funcional previo, el día de ingreso, y el día de alta, eran de 75, 39 y 57 de media respectivamente. El estado cognitivo al ingreso según la escala de Pfeiffer era anormal (>2 errores) en 43 casos (27%). La convivencia era con hijos en 19 casos (31%), 13 con pareja (21%), 5 en rotación con los hijos (9%), 4 con otros familiares (7%), 11 vivían solos (19%), y 7 en una residencia (13%). En 29 casos se detectó fragilidad o problemas sociales que requirieron seguimiento por parte de TS: 9 casos (15%) no tenían cuidador principal (CP), en 8 el CP tenía problemas de salud (14%), en 4 el CP ofrecía un cuidado poco eficaz (7%), en 2 el CP cuidaba a otros familiares enfermos (3%), en 1 el CP estaba trabajando (2%), en 3 casos había conflictos familiares (5%), y un enfermo no se dejaba ayudar (2%).

La intervención de TS fue: en 1 se coordinó el retorno a centro socio-sanitario (CSS), en 9 se coordinó con Servicios de Atención Primaria social o sanitario, en 9 simplemente se facilitó información de recursos (trabajadora familiar, teleasistencia, ley de dependencia, residencia...), y en 10 se realizó seguimiento pero finalmente no hizo falta más intervención. En los 30 casos restantes, la TS no detectó riesgo o problema y no realizó seguimiento. Al alta hospitalaria, 42 pacientes fueron al domicilio, 7 a residencia (1 de novo y 6 de donde procedían), 1 volvió a CSS, 9 fallecieron durante el ingreso. Se comparan los casos que requirieron seguimiento e intervención de TS (grupo 1) con los que no (grupo 2). El grupo 1 eran mayores, con peor Barthel previo y de ingreso, mayor descenso del Barthel durante el ingreso y peor Pfeiffer.

**Conclusiones:** Realizar de forma proactiva la valoración social permite detectar problemas y riesgo social, anticipando la resolución antes del alta hospitalaria.

La mitad de los pacientes ingresados en la UGA presentaron suficiente complejidad social como para que en ellos el soporte de TS fuera imprescindible. Los problemas detectados mayoritariamente hacen referencia al cuidador principal.

## 205

### INTERVENCIÓN DE LA UNIDAD DE TRABAJO SOCIAL EN PACIENTES INGRESADOS EN UNA UNIDAD DE AGUDOS DE GERIATRÍA

C.B. Martínez de Vega Fernández, E. Delgado Parada, M.T. Miranda Robles, M.D. Mariño Fernández, F.M. Suárez García y J.J. Solano Jaurieta  
*Hospital Monte Naranco, Oviedo.*

**Objetivo:** Describir la estructura sociofamiliar de pacientes ingresados por insuficiencia cardiaca en los que interviene la Unidad de Trabajo Social (UTS) y evaluar la obtención de recursos de la comunidad a los tres meses.

**Métodos:** Se incluyeron de forma prospectiva pacientes con diagnóstico de insuficiencia cardiaca que ingresaron en una Unidad de Geriatria de Agudos (UGA) entre febrero y julio de 2007. (n: 162; 40,1% varones; edad 84,56 ± 5,8). La valoración en las primeras 24 horas recogió datos de la estructura familiar y demográfica. La intervención y sus características se definieron al alta. A los tres meses se llevó a cabo un seguimiento telefónico.

**Resultados:** Se solicitó intervención en un 25,9% de los pacientes, con 2 pérdidas (3,24%) por sobrecarga asistencial. Fue un proceso multidimensional, clasificándose en asesoramiento tras valoración (55%), gestión directa de algún recurso (20%) y revisión de pacientes conocidos (25%). El grupo de pacientes en que se intervino fue más joven y con mayor deterioro funcional al ingreso, aunque sin presentar asociación. Resultaron más prevalentes el sexo femenino y no tener cónyuge ni apoyo formal. Vivir en un núcleo rural (p: 0,051), con el centro de salud a más de un kilómetro (p: 0,011) y un contacto previo con la UTS (p: 0,007) se asociaron con una mayor probabilidad de recibir intervención. No se intervino sobre pacientes previamente institucionalizados. En el seguimiento un 2,47% de los pacientes no se localizaron y un 10,1% fallecieron. Tenían telealarma un 11,3% y un 3,5% acudieron a un Centro de Día. La intervención se asoció con la obtención de plaza en Centros de Día (p: 0,013) y telealarma (p: 0,01).

**Conclusiones:** La intervención de la Unidad de Trabajo Social en una UGA facilita o acelera la obtención de recursos de la comunidad a los 3 meses (centros de día y telealarma). La recogida de determinadas variables sociodemográficas (convivencia, núcleo residencial y distancia al centro de salud) pueden facilitar una adecuada selección de pacientes.

**Palabras Clave:** Unidad de Trabajo Social, anciano, recursos.

## 424

### ¿INFLUYE EL DETERIORO COGNITIVO DEL PACIENTE DEL HOSPITAL DE DÍA EN LA CARGA Y RIESGO DE CLAUDICACIÓN DEL CUIDADOR PRINCIPAL?

T. Molins Vara, G. Riaño Baztan, E. Ruzafa Valiente, M.L. Revilla Merino y C. Méndez Mur<sup>1</sup>  
*Parc Sanitari Pere Virgili, Barcelona.*

**Objetivos:** Analizar si la presencia de deterioro cognitivo de los pacientes que acuden al Hospital de día respecto al paciente geriátrico es un indicador de riesgo de claudicación y sobrecarga del cuidador.

**Métodos:** El estudio se realiza con una muestra de 45 pacientes ingresados en Hospital de día durante los meses de mayo de 2007 hasta febrero de 2008. Se dividieron en 2 grupos (perfil rehabilitador: R y perfil psicogeriatrico: P). Se analizaron los resultados de la escala Zarit, GDS (Yesavage), Charlson, Barthel y se compararon entre los dos grupos.

**Resultados:** De la muestra analizada 23 eran P (18 mujeres/5 hombres), y 22 R (14 mujeres y 8 hombres), el 62% tenían entre 75 y 85 años. El resultado de las variables analizadas y las diferencias por grupos fue el siguiente: Índice de Charlson (R:  $\bar{X}$  2,11 ± 1,13; P:  $\bar{X}$  2,30 ± 2,32). GDS (R:  $\bar{X}$  7,16 ± 3,9; P:  $\bar{X}$  4,3 ± 2,48). Escala Zarit (R:  $\bar{X}$  29,2 ± 14,18; P:  $\bar{X}$  28,4 ± 14,68). Índice de Barthel (R:  $\bar{X}$  70 ± 24,8; P:  $\bar{X}$  81 ± 19,69).

**Conclusiones:** De todas las variables comparadas, no se encuentran diferencias estadísticamente significativas en ninguno de los dos grupos. La carga y el riesgo de claudicación en el cuidador no es mayor en los pacientes con deterioro cognitivo, por lo que debemos pensar que se debe a otros factores. Este estudio forma parte de un proyecto más ambicioso donde se aumentará la muestra y se relacionará con el tiempo que lleva el cuidador principal atendiendo al familiar.