

## COMUNICACIONES LIBRES I Sala Victoria

Jueves, 7 de Junio de 09:30 a 11:30 horas

### Niveles asistenciales

*Moderan:*

Francisco Luís Jiménez Muela

*Presidente de la Sociedad Asturiana de Geriátrica y Gerontología*

Juan Rodríguez Solís

*Hospital Universitario de Guadalajara*

#### FACTORES DE RIESGO DE PRESENCIA DE COMPLICACIÓN MAYOR EN UNA UNIDAD DE MEDIA ESTANCIA

C. Bermejo Boixareu, C. Gálvez, E. Fernández de la Puente, J. Rodríguez-Salazar y J.J. Baztán  
*Hospital Central de Cruz Roja.*

**Objetivos:** Identificar los factores de riesgo al ingreso asociados a desarrollar una complicación mayor que requiera el traslado a una unidad de hospitalización de agudos en pacientes ingresados en una Unidad de Media Estancia (UME) por fractura de cadera e ictus.

**Material y métodos:** se recogieron de forma retrospectiva datos de los pacientes ingresados en 2005 y 2006 en UME para recuperación funcional de secuelas de ictus o fractura de cadera. Se recogieron variables sociodemográficas, clínicas, funcionales y mentales al ingreso. Como variable de estudio se recogió la presencia de complicación mayor, catalogada como necesidad de traslado a unidad de hospitalización de agudos.

**Resultados:** 36 pacientes de los 375 ingresados por ictus o fractura de cadera (9,6%) fueron trasladados. Las variables basales asociadas a riesgo de traslado en el análisis bivariante fueron la presencia al ingreso de diabetes (DM) (19% vs 5,4%,  $p < 0,01$ ), alta comorbilidad en I. Charlson ( $\geq 3$ ) (12,5% vs 5,3%,  $p < 0,05$ ), edad 85 (14% vs 6%,  $p < 0,05$ ) y deterioro funcional severo con I. Barthel  $< 40$  (12% vs 3,2%,  $p < 0,01$ ). En el análisis multivariante de regresión logística, permanecían como principales factores asociados riesgo de traslado el deterioro funcional severo (OR = 3,10; IC 95% = 0,95-10,16), la presencia de DM (OR = 2,84; IC 95% = 0,95-8,55) e hipoalbuminemia (OR = 2,88; IC 95% = 0,91-9,11), pero no la edad avanzada ni la comorbilidad.

**Conclusiones:** La presencia al ingreso en una UME de DM, deterioro funcional severo e hipoalbuminemia, se asocia a mayor riesgo de presentar una complicación mayor, una vez consideradas otros factores clínicos, demográficos y funcionales.

#### EL TRATAMIENTO Y LA COMORBILIDAD EN LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER MODERADA Y AVANZADA. EL ESTUDIO EPIDAMA

G. Sánchez Romero<sup>1</sup>, A. Salinas Barrionuevo<sup>2</sup>, M<sup>a</sup> T. González Porras<sup>3</sup>, M<sup>a</sup> V. Rodríguez Linares<sup>4</sup> y J.M. Marín Carmona<sup>5</sup>

<sup>1</sup>Clinica del Pilar. Unidad de media y larga estancia, <sup>2</sup>Unidad Geriátrica. Complejo Hospitalario Carlos Haya, Málaga, <sup>3</sup>Residencia 3<sup>a</sup> edad Ballezol San Carlos, Málaga, <sup>4</sup>Residencia SAR Torrequebrada, Málaga, <sup>5</sup>Residencia Municipal de Mayores, Málaga.

**Objetivos:** Analizar si existen diferencias estadísticamente significativas, entre los diferentes niveles asistenciales geriátricos (Hospitales, residencias y atención en el domicilio) en el tratamiento, comorbilidad y tratamientos concomitantes asociados, de la enfermedad de Alzheimer moderada (EAM) y avanzada (EAA) en Málaga.

**Método:** Se estudiaron 93 pacientes ingresados en hospitales, residencias geriátricas y en el domicilio. Los datos fueron recogidos en CRD (cuadernos de recogida de datos) por 10 médicos investigadores. Fueron gestionados y tabulados en Base de datos Clínica diseñada, con reglas de coherencia y rangos para controlar incongruencias durante la tabulación, en Microsoft Access 97 y Visual Basic Enterprise Versión 6.0. Se aplicó el paquete estadístico SPSS versión 14.0 o posterior. Las diferencias estadísticamente significativas se contrastaron mediante el test U de Mann-Whitney o la prueba de Kruskal-Wallis, la chi-cuadrado o el test exacto de Fisher.

**Resultados:** La edad media fue de 81,5 años, rango erario de 64 a 94 años, un 75,3% mujeres y un 68,8% con estudios primarios. Un 18,3% presentó un grado 5 de las escala GDS-FAST de Reisberg, un 43% grado 6 y un 38,7% un grado 7. La dependencia se distribuyó en un 55,9% en total o grave (I. de Barthel), un 23,7% moderada y un 20,4% leve o independiente. Un 78,5% tomaban algún tratamiento anti-Alzheimer farmacológico, memantina un 50,5%, rivastigmina 23,6% y galantamina un 18,3%. Memantina se usaba con mayor frecuencia en residencias 85,7%. El entrenamiento en ABVD es usada en un 55,1% y la fisioterapia en un 49,4% siendo las técnicas de reminiscencia y validación más empleadas en residencias que en el hospitales al contrario que la fisioterapia. Las enfermedades concomitantes más frecuentes fueron las vasculares 35,5% y un 74,2% tomaban fármacos que afectaban al sistema nervioso.

**Conclusiones:** No se encontraron diferencias estadísticamente significativas, entre los diferentes niveles asistenciales, en cuanto a los tratamientos para la EAM y EAA, las terapias no farmacológicas, los tratamientos concomitantes y la comorbilidad de la muestra de pacientes estudiada.

#### FACTORES ASOCIADOS A LA MORTALIDAD A LOS TRES MESES DEL ALTA DE PACIENTES ANCIANOS HOSPITALIZADOS DE UNA UNIDAD GERIÁTRICA DE AGUDOS (UGA). IMPORTANCIA DE LA VALORACIÓN GERIÁTRICA INTEGRAL

M. Cabre Roure<sup>1</sup>, J. Fernández Fernández<sup>1</sup>, R. Monteis Cahis<sup>1</sup>, E. Palomera Fanegas<sup>2</sup> y M. Serra-Prat<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Hospital de Mataró, <sup>2</sup>Unidad de Investigación. Consorci Sanitari del Marçéeme, Mataró.

**Objetivo:** Identificar aquellos factores clínicos y bioquímicos relacionados con la mortalidad a los tres meses en los pacientes ancianos hospitalizados dados de alta de una UGA.

**Material y métodos:** Estudio observacional prospectivo de una cohorte de pacientes de mas de 70 años hospitalizados en una UGA. Se reclutaron todos los pacientes dados de alta durante el periodo enero de 2001 y junio de 2006. Factores de estudio: edad, sexo, diagnósticos al alta, síndromes geriátricos, comorbilidades, estado cognitivo (Pfeiffer), Índice de Barthel (IB), índice de comorbilidad de

Charlson, creatinina, albúmina, colesterol total y linfocitos. Se realizaron controles hasta los 3 meses del alta.

**Resultados:** Se reclutaron 1815 pacientes, 40,7% hombres y 59,3% mujeres, con una edad media de 84,8 años. La media del IB preingreso, ingreso y al alta fue de 68, 46 y 59 respectivamente. La mortalidad intrahospitalaria fue del 7,5% y la mortalidad a los tres meses fue del 24,5%. Los factores asociados de forma estadísticamente significativa con la mortalidad a los tres meses del alta en el análisis univariado fueron: edad de 80 o más años, IB al alta inferior a 40, síndromes geriátricos: desnutrición, inmovilidad, incontinencia fecal, urinaria, úlceras por presión, delirium y síndrome del declive, presencia de cáncer, presencia de demencia, hepatopatía crónica, enfermedad cerebrovascular, creatinina superior o igual a 1,5 mg/dl, niveles de albúmina inferiores a 34 gr/l, niveles de colesterol total inferiores a 160 mg/dl y recuento de linfocitos inferiores o igual a 800. En el análisis multivariado los factores independientes que se relacionaron de forma estadísticamente significativa con la mortalidad a los tres meses fueron edad superior a 90 años [OR 1,793 (1,124-2,860)], síndrome del declive [OR 2,863 (1,574-5,208)], desnutrición [OR 1,654 (1,166-2,345)] el cáncer metastático [(OR 9,544 (3,506-26,033)), I B al alta < 40 [(OR 5,966 (3,988-8,925)), I B al alta 40-60 [(OR 2,242 (1,419-3,542)], linfocitos < 800 [OR 1,678 (1,218-2,312)], creatinina 1,5- 3 mg / dl [OR 1,800 (1,264-2,563)], creatinina > 3 mg / dl [OR 2,010 (1,041-3,881)] y albúmina < 30 [OR 1,768 (1,158-2,679)].

**Conclusión.** La característica más fuertemente asociada a la mortalidad a los tres meses del alta de la UGA es el estado funcional del individuo al alta, el síndrome clínico del declive, desnutrición, cáncer metastático, la insuficiencia renal, linfopenia y hipoalbuminemia. Con estas variables fáciles de recoger se podría construir una escala pronóstica útil en la toma de decisiones.

#### EVALUACIÓN DE LA RECUPERACIÓN FUNCIONAL EN UNA UNIDAD GERIÁTRICA DE MEDIA ESTANCIA

T. Casanova Querol, B. Fontecha Gómez, E. Betancor Santana, J. M<sup>a</sup> Santiago Bautista, M. Martín Baranera y P. Sánchez Ferrín  
Hospital Sociosanitari de L' Hospital de Llobregat, Barcelona.

**Objetivos:** Análisis de los factores relacionados con la recuperación funcional y de los indicadores de ésta en una unidad de media estancia geriátrica.

**Pacientes y métodos:** Pacientes ingresados desde enero 2001 hasta diciembre 2006 y dados de alta en este periodo. Datos sociodemográficos: edad, sexo, núcleo convivencia, barreras arquitectónicas (BBAA) en domicilio y unidad de procedencia. Datos clínicos: tipología de paciente, diagnósticos, estancia media, reingresos, valoración geriátrica (ingreso y alta): Índice Barthel (IB), Pfeiffer, nº fármacos, IMC, úlceras por presión (UPP), comorbilidad de Charlson, y destino al alta. Indicadores de recuperación funcional: Ganancia funcional (IB alta- IB ingreso), Eficiencia, Heineman y Heineman corregido (excluidos éxitos, y altas a unidad de agudos y paliativos). Análisis estadístico: Test de Wilcoxon (variables cuantitativas), Test de McNemar (variables cualitativas)

**Resultados:** 1734 pacientes, edad media 77 ± 10 años, 58,8% mujeres, 29% viven solos, 61% tienen BBAA en domicilio. Procedencia: 81% hospital de agudos y 19% de domicilio. Tipología pacientes: 31,5% ortogerátrico, 19,7% neurológico, 48,3% patología médica y curas de enfermería. Diagnósticos más frecuentes: Accidente vascular cerebral 337 (19,4%), Fractura fémur 367 (21,2%), Insuficiencia cardíaca 95 (5,5%) y EPOC 76 (4,4%). Estancia media: 39,7 ± 29,7 días. La valoración geriátrica ofrece los siguientes resultados comparativos ingreso-alta:

	Ingreso	Alta	p
Barthel	41 (± 25)	64 (± 29)	< 0,0005
Pfeiffer	2,8 (± 2,6)	2,3 (± 2,7)	< 0,0005
Nº fármacos	6,5 (± 3)	5,7 (± 3)	< 0,0005
Continencia urinaria	796 (46,3%)	1116 (67,7%)	< 0,0005
Continencia fecal	979 (57%)	1222 (74,2%)	< 0,0005
IMC (24-29,9)	87,4%	83,7%	0,317
UPP 290	(6,9%)	179 (10,9%)	< 0,0005

Comorbilidad Charlson: media 2,3 ± 1,8 (mín 0-máx 10). Ganancia funcional: 22,8 ± 20,8 puntos. Eficiencia 0,88 ± 1,3 puntos/día, Heineman 44,9 ± 39,44 y Heineman corregido 66,02 ± 71,07. Destino al al-

ta: 66,4% domicilio, 9,6% larga estancia, 9,3% residencia, 8,4% hospital agudos y 5,9% éxitos. El 63,4% no cambian de domicilio al alta.

**Conclusiones:** La recuperación funcional, principal objetivo de la unidad, se ha alcanzado de manera significativa en relación al ingreso. Los cuatro indicadores se encuentran en niveles iguales o superiores a los descritos en la literatura. Se ha logrado mejoría estadísticamente significativa de: la función cognitiva y las continencias, la disminución de las UPP y de la prescripción de fármacos al alta, y la conservación del estado nutricional.

**Palabras clave:** Recuperación Funcional. Media estancia. Convalecencia

#### CALIDAD DE VIDA DE LOS ANCIANOS UN AÑO DESPUÉS DEL INGRESO EN UNA UNIDAD DE CRÍTICOS

O. H. Torres Bonafont<sup>1</sup>, V. Longobardi<sup>2</sup>, E. Francia<sup>1</sup>, M. Barcelo<sup>1</sup>, S. Benito<sup>2</sup> y D. Ruiz<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Unidad de Geriatria. Servicio Medicina Interna. H. Santa Creu i Sant Pau,

<sup>2</sup>Unidad de Semicríticos. H. Santa Creu i Sant Pau, Barcelona.

**Objetivo:** Evaluar la calidad de vida autopercibida en ancianos un año después de un ingreso en una unidad de críticos.

**Métodos:** Durante el periodo Abril 2003 - Febrero 2004 se estudiaron prospectivamente 158 pacientes 65 años dados de alta de la Unidad de Semicríticos de nuestro Hospital por patología médica (54) o quirúrgica (104) y un grupo control de 74 pacientes quirúrgicos < 65 años. Se realizó un seguimiento al año del ingreso evaluando supervivencia, funcionalidad (I. Barthel y autonomía para las actividades de la vida diaria instrumentales - AVDi) y calidad de vida autopercibida. Se perdió el seguimiento de 6 pacientes quirúrgicos (50% ancianos).

**Resultados:** Al año la supervivencia fue del 64,8% (35 pacientes) para los ancianos médicos y del 68,3% (69 pacientes) para los quirúrgicos (p = 0,09), siendo en los jóvenes quirúrgicos del 85,9% (61 pacientes) (p = 0,01). En los ancianos el I. Barthel fue 84,8 ± 26,6 y AVDi 4,7 ± 2,6 sin diferencias significativas entre los grupos, en cambio los jóvenes quirúrgicos tenían I. Barthel 95,7 ± 13,9, AVDi 5,8 ± 2, (p = 0,002). El 93,4% de los pacientes residían en su domicilio y el 5,4% en residencias o centros de larga estancia, sin existir diferencias significativas entre los grupos. La calidad de vida autopercibida en los ancianos fue: muy buena o excelente en el 16,8%, buena 46%, regular 28% y mala 9,3% sin diferencias significativas entre grupos ni con los controles jóvenes. La calidad de vida se asoció positivamente con el I. Barthel (60,5 vs 58,4 vs 41 vs 35,8; p = 0,003) pero no con AVDi, la residencia al año ni con la edad.

**Conclusiones:** Al año tras el ingreso en una Unidad de Críticos la mayoría de ancianos referían una buena calidad de vida (62,8%) y únicamente el 9,3% de los ancianos describían su calidad de vida como mala. La calidad de vida autopercibida no se relacionó con la edad pero sí con la autonomía para las actividades básicas de la vida diaria; los ancianos valoraron su calidad de vida como buena si no existía una dependencia funcional severa.

#### EDAD Y DEMENCIA: DOS PIEZAS CLAVE EN LA RECUPERACIÓN DEL PACIENTE DE HOSPITAL DE DÍA GERIÁTRICO

M.C. Ortiz Domingo

Hospital San Juan de Dios, Zaragoza.

**Objetivo:** Describir el perfil del paciente que cursa proceso en nuestro Hospital de Día Geriátrico (HDG). Relacionar diversas variables, según edad con la ganancia funcional y analizar la relación de las variables edad y demencia con el resto.

**Metodología:** Estudio analítico retrospectivo de los pacientes de HDG durante 2006. Variables: sexo, edad, motivo de ingreso, procedencia Hospital, comorbilidad, Barthel al ingreso (Bi), Barthel al alta (Ba), ganancia funcional (Bg), Minimental (MEC), motivo del alta, estancias y días/semana que acude, urgencias atendidas (Ur), consultas al geriatra, fármacos al alta (Fa), uso de neurolépticos (NL), ansiolíticos (AS) y antidepresivos (AD), caídas (C) y cura de úlceras (U). SPSS 12.0.

**Resultados:** 248 pacientes de edad media 76 años, más de la mitad mujeres. Motivos de inclusión más frecuentes: recuperación funcional tras ACV (34,7%), recuperación de actividades de vida diaria/atrofia por desuso (21%), tras fracturas (15%) y la inmovilidad (14,5%). Comorbilidad más frecuente: cardiovascular (81,5%), neurológica (51%) y osteomuscular (41,5%). Demencia: 14,1%. Bi: 60 y

Ba: 75. Bg: 15. MEC: 24. Estancia media: 30,2 con 2,94 días/semana. Ur: 25,4%, la más frecuente disnea (22%). Altas fin de tratamiento: 84,7% y 11,3% por patología aguda. 2,16 consultas, la mayoría por dolor (21,4%). Fa: 4,61. NL: 17%. AS: 44%. AD: 36%. C: 2%. U: 20,6%. Ser > 80 años influye ( $p < 0,05$ ) en que el motivo de ingreso sea recuperación tras fracturas (aumenta frecuencia) o tras ACV (disminuye) pero no en el motivo del alta ( $p > 0,05$ ). Presentan más comorbilidad cardiovascular, osteomuscular, demencia e inmovilidad, peor MEC al ingreso, Ur más frecuentes, más consultas por dolor e infecciones, toman más NL y precisan más U. No hay relación entre la procedencia, Fa, NL, AS, AD con la Bg ( $p > 0,05$ ). A mayor MEC, mayor Bg pero sin ser estadísticamente significativa. La demencia influye negativamente en la Bg ( $p < 0,05$ ) y está relacionada con el sexo femenino, ser mayor de 80, el motivo de ingreso (atrofia por desuso, inmovilidad), peor Bi, mayor NL y U pero menos Fa ( $p < 0,05$ ). Ser mujer no influye en la Bg ( $p > 0,05$ ).

**Conclusiones:** El perfil más frecuente de paciente HDG es una mujer menor de 80, que ingresa tras ACV, consulta por dolor, mejora funcionalmente y al alta no presenta polifarmacia. Las mujeres dementes con más de 80 años, se recuperan peor, presentan más inmovilidad y atrofia, precisan más curas y consumen más NL, aunque menos Fa.

### BENEFICIO DEL HOSPITAL DE DÍA DE GERIATRÍA EN PACIENTES NONAGENARIOS

A. Núñez, M. Portillo, Victoria Baños, L. Narvaiza, E. García y A. Gómez  
*Hospital Central de la Cruz Roja, Madrid.*

**Objetivo:** Analizar la relación coste-beneficio de la utilización del Hospital de día de geriatría por pacientes nonagenarios.

**Material y método:** Estudio observacional de los pacientes admitidos en el último año y medio (1-5-05 al 1-1-07) en el hospital de día de un Servicio de Geriatría. Se excluyen aquellos con datos incompletos (5), asistencias < 3 (16) y aquellos del programa piloto de estimulación cognitiva (63 pacientes). N: 223; 146 mujeres, edad media  $82,5 \pm 5,3$  años. Tres grupos a estudio: A: pacientes > 90 años; B: pacientes 89-75 años; C: < 74 años. Se analizan: ganancia funcional según Barthel (alta-ingreso) y mejoría marcha y equilibrio según Tinetti (alta-ingreso), índice de pacientes nuevos corregidos (Nº de pacientes nuevos al año x 10/total estancias, coste medio por paciente (asistencia día 169,13 €), institucionalización al alta. Análisis estadístico con 2, T de Student pareada, Anova de un factor (varianzas homogéneas test de Bonferroni, no homogéneas test de Games-Howells). Intervalo de confianza y nivel de significación del 95%.

**Resultados** > 90 años: N = 22 (13 mujeres, edad media 91,4 + 1,6 años). Media Asistencias: 16 + 4 días. Presentan: una ganancia funcional en Barthel 16,8 + 11,6 y de marcha en Tinetti: 5,5 + 3,7 (en ambos  $p < 0,001$ ); una actividad de IPNC: 0,8; un coste medio por paciente de 2.835 + 787 €; una tasa de institucionalización al alta del 0%; 89 75 años: N = 180 (122 mujeres, edad media 82,5 + 3,7 años). Media Asistencias: 15 + 7 días. Presentan: una ganancia funcional en Barthel 12,8 + 9,1, y de marcha en Tinetti: 4 + 3,1 (en ambos  $p < 0,001$ ); un IPNC: 0,6; un coste medio por paciente de 2.597 + 1.249 €; una tasa de institucionalización al alta del 2%. Resto: N = 21 (11 mujeres, edad media 70,7 + 2,2 años). Media Asistencias: 17 + 4 días. Presentan: una ganancia funcional en Barthel 15,6 + 9,3, y de marcha en Tinetti: 4,8 + 2,7 (en ambos  $p < 0,001$ ); un IPNC: 0,7; un coste medio por paciente de 2.948 + 1.018 €; una tasa de institucionalización al alta del 0%.

Comparando los tres grupos, no hay diferencias estadísticamente significativas entre las diferentes variables estudiadas.

**Conclusiones:** Los pacientes nonagenarios se benefician del Hospital de día de Geriatría en la misma medida que los de menor edad mostrando una ganancia similar tanto en el Barthel como en el Tinetti.

### FACTORES ASOCIADOS A PÉRDIDA DE AUTONOMÍA EN ANCIANOS, UN MES DESPUÉS DE LA HOSPITALIZACIÓN POR ENFERMEDAD MÉDICA AGUDA

E. Sánchez García, B. Montero Errasquin, A. Martínez de la Casa, J. Ortiz Alonso, J. A. Serra Rexach y M.T. Vidán Astiz  
*H.G.U. Gregorio Marañón, Madrid.*

**Objetivo:** Estudiar los factores que se asocian a deterioro funcional en ancianos, un mes después de ser hospitalizados por enfermedad aguda.

**Material y métodos:** Estudio observacional prospectivo de pacientes ingresados en la Unidad de Agudos durante 6 meses. Se excluyeron aquellos con demencia severa, dependencia funcional total o ingreso hospitalario en los 3 meses previos. Analizamos características sociodemográficas, comorbilidad (Índice Charlson), motivo de ingreso y gravedad (Apache II), tiempo en urgencias, desarrollo de síndrome confusional (CAM), procedimientos hospitalarios, mortalidad durante el ingreso y al mes y situación funcional al mes. Se definió deterioro funcional al mes del alta como la pérdida de autonomía para al menos una de las actividades básicas de la vida diaria, con respecto a la situación previa al ingreso.

**Resultados:** Incluimos 141 pacientes, edad media de  $85 \pm 10$  años. Basalmente, el 24% era independiente para todas las AVD básicas, y el 66% realizaba alguna de las domésticas, 40% eran independientes en la calle y 38% realizaban vida social. El motivo de ingreso fue enfermedad infecciosa en 35,5% y cardiovascular en 23,5%. La estancia 9,2 días y la mortalidad acumulada al mes fue 17%. El 46,5% de los pacientes vivos al mes, presentan deterioro funcional. De ellos 60% se deterioraron durante el ingreso. Se asociaron a dicho deterioro, la mejor situación funcional previa, el desarrollo de Sd confusional en el hospital (65 vs 35%,  $p = 0,015$ ), el encamamiento mayor de 48 horas, la sueroterapia más de 48h, y el sondaje vesical. En el análisis multivariado el síndrome confusional agudo durante la hospitalización se asoció a deterioro funcional independientemente de la edad, la comorbilidad o la gravedad de la enfermedad aguda.

**Conclusiones:** El ingreso por enfermedad aguda desencadena una pérdida de autonomía que en muchos casos continúa tras el alta, y afecta a pacientes con diferentes situaciones funcionales previas. Determinados procedimientos hospitalarios no siempre imprescindibles se asocian a dicho deterioro. El síndrome confusional agudo durante la hospitalización es uno de los principales determinantes de este deterioro duradero.

### FACTORES PRONÓSTICOS DE MORTALIDAD EN MEDIA ESTANCIA.

B. J. Fontecha Gómez<sup>1</sup>, E. Betancor Santana, T. Casanova Querol<sup>2</sup>, T. Santiago, N. Olona y P. Sánchez-Ferrín

<sup>1</sup>Hospital Sociosanitari de L'Hospitalet. Consorci Sanitari, <sup>2</sup>Hospital Gral. de L'Hospitalet. Consorci Sanitari de L'Hospitalet.

**Introducción:** Una proporción de los pacientes que ingresan en Media Estancia – Unidad de Convalecencia – Rehabilitación Geriátrica (UCR) no evolucionan hacia la recuperación funcional sino que presentan complicaciones médicas o evolucionan desfavorablemente hacia la muerte. La mortalidad aceptada en Media Estancia, en función de diferentes autores se sitúa alrededor del 5% del total de pacientes ingresados.

No propusimos analizar los factores pronósticos ligados a la evolución desfavorable en nuestra UCR desde su apertura hasta final de 2006.

**Pacientes y método:** Análisis comparativo del conjunto de pacientes atendidos en la unidad, comparando las variables sociodemográficas y de la valoración geriátrica de aquellos que fueron dados de alta (domicilio/residencia) con los que fallecieron en la misma o fueron trasladados a la unidad de Cuidados Paliativos.

**Resultados:** Período de estudio: enero 2001-diciembre 2006. Pacientes atendidos: 1734. Pacientes con evolución desfavorable: 126 (7,26%). En este subgrupo la edad media fue de 79,93 (DE 8,78) años, la proporción varones/mujeres fue 50%, el índice de Charlson al ingreso 3,47, el test de Pfeiffer al ingreso (mediana: 3; rango percentil 25-75: 1-6), el número de problemas médicos activos 3,83 (DE 1,78), el índice de Barthel basal 67,38 (DE 30,14), al ingreso 24,08 (DE 23,69) y la estancia de 29,37 (DE 28,91) días. El análisis univariado para la asociación con evolución desfavorable mostró significación estadística con la edad, la estancia, el índice de Charlson, el test de Pfeiffer, el índice de Barthel basal y al ingreso, y no mostró asociación con el número de fármacos. Al realizar la regresión logística, sólo la estancia (factor de protección), el índice de Charlson y el índice de Barthel al ingreso fueron predictores de mortalidad.

**Conclusiones:** En nuestro grupo de estudio, la evolución desfavorable (éxito o traslado a cuidados paliativos) supuso el 7,2% del total de ingresos. El índice de Charlson, el de Barthel al ingreso y la menor duración del ingreso han demostrado implicación pronóstica en cuanto a evolución desfavorable. La Valoración Geriátrica es de utilidad para conocer el pronóstico en las unidades de media estancia – convalecencia.

### FACTORES PREDICTORES DE NO INICIO Y DE INTERRUPCIÓN DEL TRATAMIENTO REHABILITADOR EN UNA UNIDAD GERIÁTRICA DE CONVALECENCIA

M. Angel Mas<sup>1</sup>, E. Betancor<sup>2</sup>, N. Olona<sup>3</sup>, N. Cañameras<sup>1</sup>, J. Llobera<sup>1</sup> y A.M. Cervera<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Geriátria del IMAS. Centro Forum. Hospital del Mar, Barcelona, <sup>2</sup>Servicio de Geriátria Hospital Sociosanitari, <sup>3</sup>Servicio de Epidemiología Hospital General.

**Objetivo:** Identificar los factores de «no inicio» y de interrupción (una vez iniciado), del tratamiento rehabilitador en una unidad geriátrica de convalecencia.

**Método:** Análisis retrospectivo de pacientes ingresados en convalecencia durante un periodo de 6 meses. Se analizaron edad y sexo, diagnóstico al ingreso (amputación, accidente cerebrovascular (AVC), ortogeriatría (COT) y encamamiento), síndromes geriátricos al ingreso (caídas, depresión, desnutrición, deterioro cognitivo, deterioro sensorial, constipación, incontinencia urinaria, inestabilidad de la marcha, polifarmacia (> 5 fármacos), delirium, inmovilismo (IB < 21), úlceras por presión, alteración de masticación/deglución), estado funcional previo (Barthel y Lawton) y al ingreso (Barthel), situación cognitiva (MMSE Folstein), afectiva (Yesavage15) e Índice Masa Corporal (IMC).

**Resultados:** 132 pacientes. Edad media 75,7 ± 12,6. 67,4% mujeres. Iniciaron tratamiento rehabilitador 112 pacientes (84,8%) y 23 de ellos (20,5%) lo interrumpieron. Resultaron factores estadísticamente significativos de «no inicio» del tratamiento rehabilitador (vs inicio) diagnóstico ingreso (COT 15,0% vs 49,1%, encamamiento 50,0% vs 26,8%, AVC 25,0% vs 20,5% y amputación 10,0% vs 3,6% p 0,03) y deterioro cognitivo (45,0% no inicio vs 23,2% inicio p < 0,05). Fueron variables estadísticamente significativas de interrupción del tratamiento (vs no interrupción): Lawton previo (2,9 ± 2,8 vs 5,2 ± 2,9 p < 0,01), Barthel previo (79,8 ± 21,9 vs 91,3 ± 14,1 p < 0,01), Barthel ingreso (20,0 ± 16,3 vs 42,2 ± 21,5 p < 0,01), MMSE (20,1 ± 5,2 vs 23,4 ± 5,4 p 0,02), Yesavage (3,9 ± 3,2 vs 2,0 ± 2,7 p 0,01), IMC (23,6 ± 5,0 vs 26,0 ± 5,1 p 0,01) y nº síndromes geriátricos al ingreso (5,5 ± 1,6 vs 3,2 ± 2,0 p < 0,01), además de los síndromes inestabilidad de la marcha (73,9% vs 48,3% p 0,02), depresión (52,2% vs 29,2% p 0,04), úlceras por presión (39,1% vs 13,5% p < 0,01), alteración de masticación/deglución (21,7% vs 6,7% p 0,04) y desnutrición (65,2% vs 23,6% p < 0,01).

**Conclusiones:** Diagnóstico al ingreso y la presencia de deterioro cognitivo determinan el «no inicio» del tratamiento rehabilitador. Los pacientes que interrumpen el tratamiento una vez iniciado tienen peor situación funcional previa y al ingreso, peor situación cognitiva y afectiva y mayor nº de síndromes geriátricos.

### RELACION COSTE-BENEFICIO DEL USO DEL HOSPITAL DE DÍA DE GERIATRÍA POR PACIENTES CON DEMENCIA LEVE-MODERADA

L. Narvaiza, A. Núñez, M. Portillo, V. Baños, E. García y A. Gómez  
Hospital Central de la Cruz Roja, Madrid.

**Objetivo:** Analizar la relación coste-beneficio de la utilización del Hospital de día de geriatría por pacientes con demencia leve-moderada.

**Material y método:** Estudio observacional de los pacientes admitidos en el último año y medio (1-5-05 al 1-1-07) en el hospital de día de un Servicio de Geriátria integrado en el área V de Madrid. Se excluyen aquellos con datos incompletos (5), asistencias < 3 (16) y aquellos del programa piloto de estimulación cognitiva (63 pacientes). N: 223; 146 mujeres, edad media 82,5 ± 5,3 años. Dos grupos a

estudio: A = pacientes con diagnóstico de demencia leve-moderada (GDS 3-5), B = resto de pacientes. Se analizan: ganancia funcional según Barthel (alta-ingreso) y mejoría marcha y equilibrio según Tinetti (alta-ingreso), índice de pacientes nuevos corregidos (Nº de pacientes nuevos al año x 10/total estancias, coste medio por paciente (asistencia día 169,13 €), institucionalización al alta. Análisis estadístico con 2, T de Student pareada (análisis ingreso-alta), T de Student (análisis entre grupos). Intervalo confianza y nivel significación del 95%.

**Resultados:** A) Demencia: N = 35 (26 mujeres, edad media 83,9 + 5,9 años). Media Asistencias: 17 + 7 días. Presentan: una ganancia funcional en Barthel 14,1 + 10,5 y de marcha en Tinetti: 3,4 + 3,1 (en ambos p < 0,001); una actividad de IPNC: 0,7; un coste medio por paciente de 2.922 + 1.212 €; una tasa de institucionalización al alta del 0%. B) Resto pacientes: N = 188 (120 mujeres, edad media 82,4 + 5,2 años). Media Asistencias: 16 + 6 días. Presentan: una ganancia funcional en Barthel 12,8 + 9,1, y de marcha en Tinetti: 4,3 + 3,1 (en ambos p < 0,001); un IPNC: 0,6; un coste medio por paciente de 2.760 + 1.082 €; una tasa de institucionalización al alta del 2%. Comparando los dos grupos, no hay diferencias estadísticamente significativas entre las diferentes variables estudiadas.

**Conclusiones:** Los pacientes con demencia leve-moderada se benefician en la misma medida que el resto de los pacientes del Hospital de día de Geriátria mostrando una ganancia significativa tanto en el Barthel como en el Tinetti, sin aumento del coste.

### DIABETES MELLITUS COMO FACTOR PRONÓSTICO DE RECUPERACIÓN FUNCIONAL EN PACIENTES CON ICTUS Y FRACTURA DE CADERA INGRESADOS EN UNA UNIDAD DE MEDIA ESTANCIA

J. Rodríguez-Salazar, C. Gálvez, C. Bermejo Boixareu, E. Fernández de la Puente y J.J. Baztán  
Hospital Central de Cruz Roja, Pozuelo, Madrid.

**Objetivos:** Evaluar el impacto de la diabetes mellitus (DM) en la recuperación funcional de los pacientes ingresados en una unidad de media estancia (UME), por ictus o fractura de cadera.

**Material y métodos:** Se recogieron de forma retrospectiva datos de los pacientes ingresados en 2005 y 2006 en UME para recuperación funcional de secuelas de ictus o fractura de cadera. Junto con la presencia de diagnóstico de DM al ingreso, se recogieron otras variables sociodemográficas, clínicas, funcionales y mentales. La variable de estudio fue la recuperación funcional, medida como situación funcional al alta medida por el Índice de Barthel (IB), así como la ganancia funcional global y relativa obtenida durante el ingreso.

**Resultados:** La prevalencia de DM al ingreso fue del 22,5%. Los pacientes con DM frente a los no diabéticos, ingresaron más frecuentemente por ictus (72,6% vs 46%, p < 0,01), tuvieron peor situación funcional al ingreso medido por el IB (35,9 vs 42,2; p < 0,01), menor incidencia de hipoalbuminemia (41% vs 56%; p < 0,05), y mayor comorbilidad. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en cuanto al tiempo de estancia hospitalaria, incidencia de institucionalización ni en la ganancia funcional global o relativa al alta medida por el IB. Menos pacientes con DM alcanzaban un IB al alta 60 (45,6% vs 65%; p < 0,01), asociación que no persistió al ajustar por patología motivo de ingreso y la situación funcional al ingreso (OR = 1,47; IC 95% = 0,70-3,10).

**Conclusiones:** La presencia de diabetes no se asocia a peor pronóstico de recuperación funcional en pacientes ingresados en UME por ictus o fractura de cadera.

## COMUNICACIONES LIBRES II Sala Turina

Jueves, 7 de Junio de 09:30 a 11:30 horas

### Epidemiología y prevención

*Moderan:*

Ignacio Toranzo

*Presidente de la Sociedad de Geriatria y Gerontología de Castilla-León*

José Luis González

*Hospital Ntra. Sra. de la Montaña. Cáceres*

#### ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD DE LA POBLACIÓN ESPAÑOLA EN EL PERIODO 1987-2003

T. Rivero, M. Roqué, J. C. Rovira y A. Salvá  
*Institut de L'Enveliment Universitat Autònoma.*

**Objetivos:** Describir el estado de salud de las personas mayores de 50 años en términos de dependencia, salud autopercibida y enfermedades crónicas en el año 2003, y la evolución de estos parámetros desde el año 1987.

**Métodos:** Se analizaron descriptivamente las Encuestas Nacionales de Salud de los años 1987 a 2003, encuestas de corte transversal realizadas a personas no institucionalizadas de 50 y más años. Se calcularon las tasas estratificadas por sexo y grupo de edad quinquenal. Se definió la dependencia como la incapacidad de realizar sin ayuda externa las actividades de la vida diaria. La salud percibida se agrupó como muy buena o buena, frente a regular, mala o muy mala.

**Resultados:** En el año 2003, el 30,5% de los españoles de 50 y más años manifestaban estar en situación de dependencia, y un 47,1% consideraban su estado de salud bueno o muy bueno. A partir de los 65 años el porcentaje de salud regular o mala es superior al porcentaje de buena salud. Se observaron diferencias relevantes por género en el estado de salud: los hombres presentaban más prevalencia de buena o muy buena salud percibida que las mujeres (53,9% vs 41,5%, odds ratio = 1,6), así como tasas inferiores de dependencia (23,7% vs 35,6%), y enfermedades crónicas como hipertensión (28,1% vs 36,0%), colesterol elevado (17,9% vs 23,1%) y diabetes (13,2% vs 13,8%). Por el contrario, la prevalencia de asma (10,9% vs 7,7%), problemas del corazón (14,4% vs 13,2%) y úlceras de estómago (4,9% vs 4,0%) era superior en los hombres. En los años previos a 2003, se observó una disminución de las tasas de dependencia para ambos sexos y grupos de edad, mientras que la buena salud percibida se mantuvo estable. El crecimiento de la población, especialmente en las edades más avanzadas, implica que los números absolutos de personas en dependencia aumentan, a pesar de que la prevalencia disminuye. Asimismo, aumentaron las tasas de prevalencia por sexo y edad de hipertensión, colesterol, problemas de corazón y diabetes, y disminuyeron las tasas de prevalencia de asma y úlceras de estómago. Este incremento en la prevalencia de enfermedad crónica se acompañó de un aumento en el consumo sanitario (medicamentos, visitas al médico, ingresos hospitalarios y visitas a urgencias).

**Conclusiones:** Las mejoras en salud y condiciones de vida en el periodo estudiado se traducen en menor dependencia, a pesar de que la prevalencia de enfermedades crónicas aumenta. Las mejoras en supervivencia se traducen en mayor tiempo vivido con enfermedades crónicas pero sin dependencia. Las diferencias entre sexos de las variables de salud no se eliminan durante el periodo considerado.

**Palabras clave:** Encuestas de Salud. Dependencia. Envejecimiento

#### DISCAPACIDAD Y SALUD EN LAS PERSONAS MAYORES DE LA COMUNIDAD

A. Salva, R. Lucas y J. March  
*Universitat Autònoma de Barcelona.*

**Objetivo:** El objetivo es conocer la relación entre la discapacidad en personas mayores y variables sociodemográficas y de salud.

**Métodos:** Estudio transversal en una muestra aleatoria de 2.500 personas mayores 65 años que viven en la comunidad en Cataluña. Todas entrevistas fueron realizadas en el domicilio de los participantes por entrevistadores formados. No fue objetivo de estudio incluir a personas que vivían en residencias. La entrevista contenía información sociodemográfica y socioeconómica; del estado de salud, percepción de salud y un listado de 20 problemas crónicos de salud; sintomatología depresiva (GDS-15) y deterioro cognitivo (Test de Pfeiffer). El grado de discapacidad se evaluó mediante las AVD y AIVD. También se valoró el estado de riesgo nutricional mediante la versión reducida del MNA. Se realiza un análisis multivariado para buscar las correlaciones entre la discapacidad y las otras variables estudiadas. Todos los participantes firmaron la hoja de consentimiento informado

**Resultados:** El 58,4% de participantes fueron mujeres; la edad media de la muestra fue de 74,4 años. El 59% tenían estudios primarios y un 18,8% no tenían estudios, pero sabían leer y escribir. El 71% de los participantes estaban jubilados. Una cuarta parte de la muestra vivían solos, siendo el porcentaje significativamente superior en las mujeres ( $p < 0,001$ ) que en los hombres. El 61% de los participantes puntuó su salud como buena/muy buena/excelente, siendo el porcentaje menor en mujeres ( $p < 0,001$ ) y en las personas de más edad. La media de problemas crónicos de salud fue de 4,3; los más frecuentes fueron los problemas músculoesqueléticos, los cardiovasculares y la hipertensión. Un 25% presentaban sintomatología depresiva y un 11,1% algún grado de deterioro cognitivo. El 68,7% manifestó no necesitar ayuda en ninguna de las AVD, mientras que el resto (31,3%) necesitaba ayuda para realizar como mínimo una actividad. Con relación a los grupos de edad, el número de personas que no presentan discapacidad es del 78% en el grupo de 65-69 años y de 40% en el mayor de 85 años. La discapacidad se relaciona de manera directa con la comorbilidad, el deterioro cognitivo moderado-severo y la sintomatología depresiva.

**Conclusiones:** Estos resultados preliminares indican la necesidad de conocer las variables asociadas a la discapacidad, dado que algunos casos podrían beneficiarse de determinadas intervenciones sociales y/o sanitarias.

#### ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LA POBLACIÓN ANCIANA INSTITUCIONALIZADA EN LA CIUDAD DE MADRID Y ÁREA METROPOLITANA

B. Prado Villanueva<sup>1</sup>, C. Verdejo Bravo<sup>2</sup>, E. Valderrama Gama<sup>3</sup>,  
R. de Dios Álvarez<sup>1</sup>, J. Minaya Saiz<sup>1</sup> y I. Yepes Temiño<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Guadarrama, Guadarrama, Madrid, <sup>2</sup>Hospital Universitario Clínico San Carlos, <sup>3</sup>Área 11 Atención Primaria.

**Objetivos:** Describir las características generales y estado de salud de la población anciana institucionalizada de la Comunidad Autónoma de Madrid.

**Método:** Se realizó un estudio epidemiológico transversal utilizando como metodología la entrevista directa. Se seleccionaron 800 residentes procedentes de 19 residencias públicas y concertadas y 26 privadas tras realizar un muestreo por conglomerados bietápico, y se aplicaron tres cuestionarios, uno dirigido al propio residente, otro a su cuidador principal y el último al médico/enfermera. Se analizaron los datos demográficos, el estado de salud subjetivo y objetivo, la presencia de síndromes geriátricos, la valoración funcional, cognitiva

y afectiva según escalas, la utilización de dispositivos urinarios y el uso de restricciones físicas.

**Resultados:** Se obtuvo una muestra de 754 residentes (edad media 83,4 ± 7,3 años; 76% mujeres), el 54% procedentes de residencias públicas o concertadas. El 56,3% fueron considerados «válidos», el 54,9% percibían su salud como buena o muy buena y un 31,3% tenían dolor diariamente. El proceso patológico más frecuente fue la HTA (45,2%) seguido de la artropatía severa (34,1%) y de la enfermedad vascular periférica (27,1%). Entre los síndromes geriátricos, el más prevalente fue la incontinencia urinaria (54%) y después el aislamiento social dentro de la residencia (48%), el déficit de visión cercana (37,1%), el estreñimiento (33,8%), la demencia (32,9%) y el insomnio (31,5%). El 46,3% de los ancianos eran independientes/dependientes leves (Barthel > 90), el 22,4% dependientes moderados (Barthel 61-90), el 30,6% padecían deterioro cognitivo de moderado a grave (Pfeiffer > 5) y el 31,1% presentaban algún grado de depresión (GDS > 3). Preciaban absorbentes el 51%, sonda urinaria el 3,2% y restricciones físicas el 27%.

**Conclusiones:** La población residencial de la Comunidad de Madrid es esencialmente femenina, tiene una edad media alta, una percepción positiva de su estado de salud y frecuente aparición de dolor. Los problemas de salud más prevalentes son la HTA, la artropatía, la incontinencia urinaria, el aislamiento social y el déficit visual. Sin embargo, las dos terceras partes de los ancianos institucionalizados de la Comunidad de Madrid tienen un buen nivel funcional, cognitivo y afectivo.

#### PERCEPCIÓN DE SALUD DE LOS PACIENTES DE UN HOSPITAL DE DÍA DE GERIATRÍA (HDG) MEDIANTE EL CUESTIONARIO DE NOTTINGHAM. COMPARACIÓN CON LA POBLACIÓN GENERAL

M.A. Mas Bergas<sup>1</sup>, E. De Jaime, G. Nesweda. O. Cunillera<sup>2</sup>, A.M. Cervera y O. Vázquez

<sup>1</sup>Servicio de Geriatria IMAS, Barcelona, <sup>2</sup>Institut Municipal D'Investigació Mèdica<sup>2</sup>

**Introducción:** Para la valoración de resultados en HDG se utiliza la percepción de salud del paciente, ya que ésta se relaciona con su calidad de vida.

**Objetivo:** Determinar la autopercepción de salud de los usuarios de HDG mediante el Test de Nottingham (PSN) comparándola con la población general de referencia por edad y sexo.

**Método:** Se estudiaron 50 pacientes ingresados. Se recogió al ingreso: edad, diagnóstico principal, síndromes geriátricos, Barthel, Lawton, MMSE de Folstein, Charlson, nº fármacos, nº ingresos hospitalarios en el último año y tiempo de estancia en el momento del estudio. Se administró el PSN a todos los pacientes excepto 6 que cumplían criterios de exclusión (MMSE < 10, déficit sensorial grave o negativa).

**Resultados:** Mujeres 56,8%. Edad media 76,1 ± 8,6. Diagnóstico principal: demencia 63,6%, neurológico 22,7%, otros 13,6%. Nº síndromes geriátricos 3,1 ± 1,3. Lawton 1,6 ± 2,2, Barthel 74,7 ± 23,2, MMSE 21,7 ± 4,5, Charlson 0:11,4%, 1:38,6%, 2:50,0%, Nº fármacos 5,8 ± 2,8. Ingreso previo 15,9%. Tiempo de estancia 8,8 ± 8,5 meses. Puntuación PSN total (a mayor puntuación, peor estado de salud): 35,6±21,6 (hombres (H) 31,9 ± 2,4 y mujeres (M) 38,4 ± 21,0) vs 23,5 ± 21,5 (H 17,2 ± 18,2 y M 27,9 ± 22,5) poblacionales. Puntuación por dimensiones respecto a valores poblacionales: Energía: 43,9 ± 37,2 (H 43,8 ± 41,6 y M 44,0 ± 34,3) vs 23,3 ± 34,8 (H 18,3 ± 31,3 y M 6,8 ± 36,9); Sueño: 33,2 ± 29,9 (H 26,3 ± 30,6 y M 38,4 ± 28,8) vs 32,8 ± 35,2 (H 24,1 ± 31,4 y M 23,2 ± 29,2); Aislamiento social: 27,7 ± 25,6 (H 29,5 ± 27,0 y M 26,4 ± 25,0) vs 11,5 ± 18,9 (H 5,9 ± 15,4 y M 7,2 ± 15,0); Dolor: 25,7 ± 27,0 (H 14,5 ± 25,8 y M 34,2 ± 25,2) vs 21,8 ± 27,9 (H 14,6 ± 23,5 y M 27,1 ± 29,8); Movilidad: 46,9 ± 31,2 (H 46,5 ± 32,8 y M 47,2 ± 30,7) vs 27,3 ± 26,5 (H 21,8 ± 25,5 y M 31,2 ± 26,6); Emoción 35,4 ± 27,0 (H 29,1 ± 24,4 y M 40,2 ± 28,2) vs 25,0 ± 26,9 (H 19,9 ± 23,3 y M 28,6 ± 28,8).

**Conclusiones:** Las puntuaciones de PSN total y sus dimensiones son superiores respecto a la referencia poblacional en ambos sexos, por lo que la percepción de salud en nuestra muestra es peor que la de la referencia. Por dimensiones se observan diferencias significativas en el grupo de mujeres para energía y aislamiento social. El PSN es una herramienta útil en HDG para diseñar planes de intervención que mejoren la calidad de vida de los pacientes.

#### VARIABLES ASOCIADAS A RIESGO DE MUERTE A LOS CUATRO AÑOS EN MAYORES DE 65 AÑOS. ESTUDIO POBLACIONAL

F.M. Suárez García<sup>1</sup>, A. Pérez Martí<sup>2</sup>, D. Oterino de la Fuente<sup>1</sup>, S. Peiró Moreno<sup>3</sup> y F.J. García García<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Consejería de Salud del Principado de Asturias, Aviles, <sup>2</sup>Hospital de Fuenlabrada, Madrid, <sup>3</sup>Escuela Valenciana de Estudios en Salud Pública, <sup>4</sup>Complejo Hospitalario de Toledo.

**Objetivo:** Conocer las variables asociadas a una mayor riesgo de muerte a los cuatro años en una población de 65 y más años

**Método:** Cohorte prospectiva de una muestra representativa de la población mayor de 64 años (n = 3214) que fue seguida durante 4 años para identificar los fallecidos en ese periodo y determinar las variables asociadas a una mayor riesgo de muerte. A los individuos de la muestra se les realizó una entrevista domiciliar para obtener información sociodemográfica (edad, sexo, nivel de escolarización, estado civil, recursos sociales y vivir en residencia de personas mayores), comorbilidad (diabetes, HTA, parkinson, ACV, fractura de cadera, insuficiencia renal, patología cardiaca, patología respiratoria crónica, osteoporosis, incontinencia urinaria y caídas) función y calidad de vida (actividades básicas e instrumentales de vida diaria, estado cognitivo, visual y auditivo, autopercepción de salud y calidad de vida evaluada por el Quality Life Index de Spitzer), y uso previo de servicios sanitarios (visitas al médico e ingresos en el mes previo, ingresos en el año previo a la entrevista). Se realizó un análisis de Kaplan Meier para conocer si existían diferencias en las curvas de supervivencia entre las distintas categorías de cada variable y un modelo multivariante, mediante un análisis de riesgos proporcionales de Cox con el fin de identificar los predictores independientes de muerte durante el periodo de seguimiento.

**Resultados:** Durante los cuatro años de seguimiento de la cohorte fallecieron 478 individuos (14,9%). En el modelo final, las variables asociadas de forma independiente con un mayor riesgo de muerte fueron: tener 75 o más años (RR 1,93), sexo masculino (RR 1,73), patología cardiaca (RR 1,32), patología respiratoria crónica (RR 1,78), dependencia en actividades básicas de la vida diaria (RR 1,55), dependencia en actividades instrumentales de la vida diaria (RR 2,19), deterioro cognitivo (RR 1,39), mala calidad de vida (RR 1,85) y el haber ingresado en un hospital en alguna ocasión en el año previo (RR 1,51).

**Conclusiones:** Los resultados de este trabajo son interesantes en la investigación de la asociación de la calidad de vida con otras variables de salud, más si tenemos en cuenta la débil asociación encontrada en algunos trabajos entre la calidad de vida relacionada con la salud y distintos indicadores fisiopatológicos de enfermedad utilizados con gran frecuencia en clínica, lo que podría sugerir que en personas mayores miden conceptos de salud distintos y que por tanto su utilización conjunta posiblemente aporte más información sobre el binomio salud/enfermedad.

#### CORRELACIÓN CLÍNICO-ANATOMOPATOLÓGICA DE LAS NECROPSIAS REALIZADAS EN UN SERVICIO DE GERIATRÍA

V. Baños Lapuente<sup>1</sup>, A. Socorro García<sup>1</sup>, D. Sepúlveda Moya<sup>1</sup>, M<sup>a</sup> L. González Morales<sup>2</sup>, M. Saiz-Pardo Sanz<sup>2</sup> y I. Ruipérez Cantero<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Geriatria Hospital Central de la Cruz, Madrid, <sup>2</sup>Servicio de Anatomía Patológica Hospital Central de la Cruz, Madrid.

**Objetivos:** Analizar la correlación entre el diagnóstico clínico y anatomopatológico de las necropsias realizadas en el Servicio de Geriatria del Hospital Central de la Cruz Roja.

**Método:** Estudio retrospectivo de las historias clínicas y los informes de Anatomía Patológica, de los pacientes ingresados en el Servicio de Geriatria a los que se realizó necropsia tras el fallecimiento en el periodo comprendido entre el 1 de Enero de 1995 hasta el 31 de Diciembre de 2006. Se analizaron las siguientes variables: edad, sexo, tiempo medio de estancia, comorbilidad medida por índice de Charlson. Se analizaron los diagnósticos clínicos (enfermedad fundamental y causa de muerte) y su correlación con los diagnósticos anatomopatológicos.

**Resultados:** La muestra fue de 50 pacientes (52% mujeres), con una edad media de 84,4 años. Presentaban una comorbilidad de 2,5 puntos en el índice de Charlson. La correlación entre el diagnóstico clínico y el anatomopatológico fue del 64% en la enfermedad fundamental y del 60% en la causa de muerte. Destacan como causa de muerte la neumonía (40,9%), el tromboembolismo pulmonar (18,3%),

la insuficiencia cardiaca (16,3%), el infarto agudo de miocardio (16,3%) y otras causas (8,2%). Como causa fundamental las enfermedades cardiovasculares (42%), respiratorias (30,7%), neoplásicas (21,2%) y otras causas (5,8%).

**Conclusiones:** La necropsia es un instrumento útil para evaluar la calidad del diagnóstico clínico y a nivel docente. La correlación entre el diagnóstico clínico y AP en los pacientes ingresados en nuestro centro es adecuada, en comparación con otros estudios. Destacan como causa de muerte la neumonía y como enfermedad fundamental la patología cardiovascular.

#### VARIACION ESTACIONAL DE LA VITAMINA D EN POBLACION MAYOR DE 64 AÑOS Y FACTORES ASOCIADOS

M. Vaqueiro Subirats<sup>1</sup>, M.LL. Baré Mañas<sup>2</sup>, E. Antón Nieto<sup>1</sup> y Grupo del estudio D'AVIS<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Albada Sociosanitari, Corporació Sanitària Parc Taulí – Sabadell, Barcelona, <sup>2</sup>Unitat d'Epidemiologia UDIAT-CD. Corporació Sanitària Parc Taulí, Sabadell, Barcelona, <sup>3</sup>Àreas Básicas de Salud, Vallés Occidental, Barcelona.

**Objetivos:** Confirmada la elevada prevalencia de hipovitaminosis D durante el invierno en la población ambulatoria mayor de 64 años, nos propusimos conocer el estado de vitamina D (vitD) después del verano en dicha población, constatar si existe variación estacional y los posibles factores asociados a esta variación.

**Método:** Estudio de seguimiento de una cohorte de mayores de 64 años atendidos en 5 Áreas Básicas de Salud (Vallés Occidental, Barcelona), realizado durante el invierno (fase I) y el otoño del 2003 (fase II). Criterios de exclusión: Enfermedades relacionadas con el metabolismo de la vitD; Tratamiento (ttº) actual sustitutivo; Ttº actual con fármacos que interfieran con la vitD; Institucionalización; Creatinina 1,4 mg/dL. Muestra analizada: 239 personas (fase I) y 150 sin deficiencia (fase II). Se realizó una encuesta (vivienda, capacidad funcional, exposición solar, paseos, alimentación) y una analítica. Se definió la hipovitaminosis D como 25 (OH) D3 25 ng/ml: insuficiencia (11-25 ng/ml) y deficiencia (10 ng/ml). Se estimó la mejora o empeoramiento en el tiempo de exposición solar y de los paseos por el sol y los cambios en el consumo de calcio y vitD entre las dos fases. Se aplicaron análisis bivariantes y técnicas de regresión logística para identificar los factores asociados de forma independiente al estado deficitario.

**Resultados:** El 53,3% eran mujeres. Edad media: 71,4 ± 5,4 años. De los 26 participantes con vitD normal en la fase I, el 81% pasaron a un estado de insuficiencia o de deficiencia. El 71,8% (89) de los que presentaban insuficiencia en la fase I mantuvieron su estado y el 28,2% (35) pasaron a deficiencia. Prevalencia de hipovitaminosis D en la fase II: 96,6% (insuficiencia 72,0% y deficiencia: 24,6%). El 70,3% de las personas con deficiencia y el 51,3% de las personas sin deficiencia vivían en un piso (p = 0,04). El 67,7% de las personas con deficiencia y el 42,1% de las personas sin deficiencia declararon no pasear por el sol o hacerlo de forma indiferente (p = 0,01). El 13,5% de los deficitarios y el 3,6% de las que no tenían deficiencia empeoró su exposición al sol (p = 0,02). No se observaron cambios significativos en el consumo de calcio y vitD. Las variables asociadas de forma independiente al estado deficitario de vitD fueron el nivel de vitD en la fase I (OR 0,80; IC 95%: 0,71-0,91) y el empeoramiento de la exposición solar (OR 9,1; IC95%: 1, 7-47,5), ajustando por edad, sexo y vivienda.

**Conclusiones:** Se mantiene una elevada prevalencia de hipovitaminosis D en la población estudiada después del verano. El empeoramiento de la exposición solar y el nivel basal de vitD se asociaron a una mayor probabilidad de deficiencia de vitD en la fase II.

#### ADAPTARSE PARA SEGUIR ACTIVOS. UN PROGRAMA PARA PERSONAS MAYORES CON DISCAPACIDAD VISUAL

P. Díaz Veiga y R.M. Blanco Sanz

Delegación Territorial de la ONCE en Castilla y León, Valladolid.

**Objetivos:** Favorecer la independencia y el bienestar personal de personas mayores con deficiencia visual como consecuencia del proceso de envejecimiento.

**Método:** El programa se desarrolla en grupo (10-15 personas mayores con ceguera legal reciente, sin deterioro cognitivo), consta de 5 sesiones de periodicidad mensual, cada una de 90 minutos de duración. En cada sesión se presentan, analizan y practican es-

trategias para compensar las dificultades que las personas mayores indican tener en el desarrollo de las actividades de la vida afectadas por la deficiencia visual. Tales estrategias conciernen a las siguientes áreas: habilidades para manejarse en la mesa, reconocer y utilizar el dinero, medios de acceso a la información, desplazarse con seguridad, y relacionarse con los demás. La estructura de las sesiones es la siguiente: presentación del tema, discusión por parte de los participantes, práctica de las estrategias adecuadas a los contenidos que se abordan y conclusiones. En todas ellas se fomenta la participación de los asistentes y se favorece el intercambio de experiencias entre los participantes. Las sesiones son coordinadas por un técnico de rehabilitación y una psicóloga, ambas con experiencia en discapacidad visual y envejecimiento.

**Resultados:** El programa se desarrolla desde hace 5 años. El análisis del desarrollo de la experiencia muestra que ésta ayuda a los participantes a conocer y practicar estrategias específicas que minimizan los efectos de la deficiencia visual en la vida cotidiana, y a reducir así su vulnerabilidad. El formato en grupo promueve el apoyo mutuo así como el inicio de nuevas actividades socio-recreativas.

**Conclusiones:** Adaptarse para Seguir Activos constituye una iniciativa útil para que las personas mayores con deficiencia visual adquieran nuevas estrategias que compensen los efectos del deterioro visual en la ejecución de las actividades cotidianas. El formato en grupo resulta adecuado para favorecer la adaptación a la deficiencia visual y a complementar intervenciones individualizadas

Nota: Este programa forma parte de la red «Envejecimiento Vulnerabilidad», promovida por IMSERSO

#### ENVEJECER EN LOS PUEBLOS ES MÁS FRÁGIL

J.R. Urbina Torija<sup>1</sup>, J.M. Flores Mayor<sup>2</sup>, M.P. García Salazar<sup>3</sup>, L. Torres Buisan<sup>4</sup> y R.M. Torrubias Fernández<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Centro de Salud Azuqueca de Henares, Guadalajara, <sup>2</sup>Centro de Salud Brihuega, Guadalajara, <sup>3</sup>Centro de Salud Cogollado, Guadalajara, <sup>4</sup>Centro de Salud Atienza, Guadalajara.

**Objetivos:** Determinar la prevalencia de ancianos frágiles en el medio rural y las características de su tipología según seis marcadores y diez enfermedades incapacitantes en ancianos.

**Método:** Estudio descriptivo transversal mediante encuesta dirigida a una muestra representativa de la población mayor de 64 años residente en Guadalajara en Enero del 2002. El cuestionario se cumplimentó por una enfermera entrenada al respecto y contenía variables sociodemográficas, clínicas y escalas evaluativas para el deterioro cognitivo (Folstein), la discapacidad (Barthel), el riesgo social (Díaz-Palacios) y la depresión (Yesavage). Se definió medio rural como conjunto de poblaciones inferiores a diez mil habitantes. Los datos se analizaron mediante software específico para determinaciones epidemiológicas con un nivel de significación de p-valor 0,05.

**Resultados.** Se encuestaron 434 mayor es, de los cuales 257 resultaron frágiles según alguno de los 6 criterios al menos, 59,2% (IC: 54,6-63,8). De estos vivían en el medio rural 157, que suponían el 61,1% (IC: 55,1-67) del total de frágiles. Los marcadores más frecuentes que aportaron esta fragilidad fueron; síntomas depresivos, riesgo social, deterioro cognitivo y comorbilidad. Presentándose diferencias significativas con el medio urbano en el caso de deterioro cognitivo 70,4% (IC: 61,4-79,4) y síntomas depresivos 68,7% (IC: 59,5-77,8). En el ajuste multivariado simultaneo por edad y sexo persistió un mayor riesgo de deterioro cognitivo O.R = 2,2 (IC: 1,28-3,87) y de síntomas depresivos O.R = 1,9 (IC: 1,14-3,13). En el medio urbano, sin embargo, se presentó un mayor riesgo de discapacidad OR = 4 (IC: 1,92-8,18). Respecto a enfermedades incapacitantes, a pesar de la mayor prevalencia rural de la obesidad, la patología osteo-muscular, la EPOC, las caídas y el ACV, sólo se pudo obtener significación en la diferencia de presentación del Infarto de Miocardio, para el que había una protección en el medio rural después del ajuste multivariado por edad y sexo O.R = 0,35 (IC: 0,14-0,91).

**Conclusiones:** El anciano que vive en los pueblos de nuestra provincia es más frágil, y lo es por razones neuro-afectivas. Sin embargo tiene menor riesgo de padecer discapacidad física y eventos cardiacos graves.

### RESULTADOS DE LA APLICACIÓN DE PROTOCOLO DE PREVENCIÓN DE LA INFECCIÓN HOSPITALARIA POR CLOSTRIDIUM DIFFICILE EN EL ANCIANO

Eva Fernández de la Puente, J. Gómez Pavón, C. Bermejo Boixareu, J. Rodríguez Salazar, A. Cortes y I. Ruipérez  
*Hospital Central de La Cruz Roja. Servicio Geriátrica, Madrid.*

**Objetivo:** Estudio de las tasas de incidencia anual de la infección hospitalaria por clostridium difficile en la Unidad Geriátrica de Agudos tras la implantación del protocolo de prevención.

**Material y método:** Estudio observacional retrospectivo. Pacientes ingresados en la Unidad Geriátrica de Agudos (UGA) del H. Central de la Cruz Roja de Madrid desde el 1-1-2002 al 1-1-2007. Se recogieron los datos de toxina de clostridium difficile positiva del laboratorio de microbiología, corroborándolos con diagnóstico de infección hospitalaria del informe clínico de alta, descartándose las recidivas hospitalarias. N = 103 (68 mujeres, 86,29 ± 6,9 años). Variable a medir: Tasa de infección anual: nº de casos nuevos de infección/ N° total de pacientes ingresados. Se compararon dichas tasas antes (Grupo A) y después (Grupo B) de la aplicación del protocolo de prevención de la infección el 1-1-2004. Grupo A: 63 (40 mujeres, edad media 86,6 ± 8 años), Grupo B: 46 (30 mujeres, edad media 85,9 ± 6,9 años). Análisis estadístico con 2 para variables categóricas. Intervalo de confianza y nivel de significación del 95%.

**Resultados:** Tasa de infección por año: 2002: 32/1289 (2,48%); 2003: 31/1296 (2,39%); 2004: 14/1197 (1,16%); 2005: 19/1405 (1,35%); 2006: 13/1363 (0,95%). La tasa de infección por CD disminuye de forma significativa en el periodo tras la aplicación del protocolo: 2,43% vs 1,16%, p < 0,001).

**Conclusiones:** Las tasas de incidencia anual de la infección hospitalaria por clostridium difficile en la Unidad Geriátrica de Agudos han disminuido de forma significativa tras la implantación del protocolo de prevención.

### ANÁLISIS DE LA MORBILIDAD CAUSADA POR EL SONDAJE VESICAL EN ANCIANOS HOSPITALIZADOS

O. Gutiérrez Duque, F. Veiga Fernández, L. Martínez Lado, S. Barros Cerviño, R. Malfeito Jiménez y P. Mañana Rendal  
*Hospital Xeral Calde, Lugo.*

**Objetivo:** Determinar la morbilidad que causa la cateterización vesical, que por diversas indicaciones, se realiza durante el ingreso hospitalario en el paciente geriátrico.

**Material y métodos:** Con consentimiento informado, se incluyen de manera prospectiva pacientes consecutivos ingresados en el Servicio de Geriátrica desde Enero a Abril de 2006 en la unidad de agudos y desde enero a marzo 2007 en la unidad de media estancia, que precisan cateterización vesical hospitalaria. Se realiza valoración geriátrica exhaustiva y seguimiento a todos los pacientes, incluyendo análisis elemental de orina (DRAS) y urocultivo antes, durante, y en el momento de la retirada de la sonda.

**Resultados:** Precisan sondaje vesical 100 pacientes, con edad media de 85.1 años (66-98), el 57% mujeres, con mala situación funcional (Katz > A: 84%) y cognitiva (demencia: 77%). El 45% tenían síndrome de inmovilidad (20% encamados) y el 67% polifarmacia. Los diagnósticos más frecuentes han sido la infección respiratoria y la neumonía (38% en conjunto) y el accidente cerebrovascular (15%). La indicación del sondaje ha sido: retención aguda de orina (48%) y necesidad de control estricto de diuresis (43%); considerándose adecuada la indicación en el 62%. La duración media del sondaje fue de 9,8 días (1-33). Antes del sondaje el DRAS era patológico en el 66% de los casos, con crecimiento significativo de gérmenes en el urocultivo del 13% de los pacientes. El día de la retirada de la sonda el DRAS fue patológico en el 88%, con crecimiento significativo de

gérmenes en el urocultivo del 50% de los pacientes. Los gérmenes aislados a la retirada de la sonda han sido: Escherichia Coli (16,6%), Candida sp (11,5%), Enterococcus sp (7,3%), Polimicrobiana (5,2%) y Pseudomonas sp (2,1%). Se indicó tratamiento antibiótico en relación con el sondaje vesical en 55 ocasiones. Los únicos factores que influyeron significativamente en la aparición de la infección urinaria a la retirada de la sonda son la insuficiencia renal (P = 0,01) y la polifarmacia (P = 0,007). El tratamiento antibiótico durante el sondaje ha disminuido la incidencia de infección urinaria (P = 0,0002).

**Conclusiones:** El sondaje vesical durante el ingreso hospitalario, independientemente de su indicación, es fuente de importante morbilidad (infección urinaria) y es la causa del tratamiento antibiótico en muchos casos.

### EL EJERCICIO FÍSICO Y LA DIETA EQUILIBRADA MEJORAN LA FUNCIÓN COGNITIVA EN LA VEJEZ

S. Ballesteros Jiménez, J. Mayas Arellano, J.M. Reales Avilés, M. González Encinas, B. García Rodríguez y A. Fusari Santillo  
*Universidad Nacional de Educación a Distancia, UNED, Madrid.*

Los cambios producidos durante el envejecimiento en ciertas zonas cerebrales como la corteza prefrontal lateral (implicada en las funciones ejecutivas), el hipocampo y el sistema temporal-medial (memoria episódica) parecen causar el deterioro de estas funciones cognitivas con la edad. Dado el rápido crecimiento de los mayores en la sociedad actual y el coste asociado al deterioro cognitivo, es importante identificar los factores que puedan ayudar a prevenir el deterioro cognitivo.

**Objetivo:** El objetivo de este estudio fue comprobar la influencia del ejercicio físico en la actuación cognitiva en tareas de control ejecutivo, velocidad de procesamiento y memoria, procesos que se deterioran en el envejecimiento normal y patológico.

**Metodología:** En el estudio participaron 5 grupos de adultos: jóvenes, mayores sanos con y sin entrenamiento físico, mayores con déficit cognitivo leve (DCL) y con desnutrición. A través de la aplicación individual de cuestionarios y pruebas psicológicas se seleccionaron los participantes en la fase experimental. De forma individual participaron en tres experimentos diseñados para evaluar las funciones ejecutivas, la velocidad de procesamiento y la memoria explícita e implícita.

**Resultados:** Los mayores sanos que han realizado ejercicio físico continuado actuaron mejor en la tarea de control ejecutivo y en las de velocidad de procesamiento de la información (detección y selección) que los mayores sanos sin ejercicio físico mientras que no hubo diferencias en tareas de memoria implícita y explícita. Los mayores DCL fueron los que actuaron peor: cometieron más errores perseverativos en el Wisconsin, fueron más lentos en las tareas de velocidad de procesamiento, su memoria explícita fue peor y no mostraron priming en una tarea de memoria implícita. Los adultos jóvenes actuaron mejor que todos los grupos de mayores en todas las tareas cognitivas. El grupo de mayores desnutridos mostraron graves carencias en las distintas pruebas.

**Conclusión:** El ejercicio físico ayuda a mantener los procesos ejecutivos y la velocidad de procesamiento de la información en la vejez. Estos procesos cognitivos dependen de las áreas cerebrales que sufren un mayor deterioro con la edad. Favorecer la práctica de ejercicio físico durante todo el ciclo vital, pero especialmente entre las personas mayores, junto a una alimentación adecuada, es una forma de mantener el funcionamiento cognitivo y evitar la dependencia. Estos resultados pueden servir de base a futuras intervenciones preventivas y/o compensatorias que favorezcan el envejecimiento saludable. El objetivo ha sido contribuir a definir los perfiles de estilos de vida que favorezcan el envejecimiento activo y puedan servir para prevenir la dependencia.

## COMUNICACIONES LIBRES III

Sala Victoria

Jueves, 7 de Junio de 16:00 a 18:00 horas

### Valoración geriátrica

Moderan:

Montaña Román

Vocal Extremadura SEGG

Ana Rodríguez

Hospital Santa Clotilde. Santander

#### DESARROLLO Y VALIDACIÓN DE UN INSTRUMENTO DE VALORACIÓN DE LA DEPENDENCIA

T. Rivero, M. Roqué, J. C. Rovira y A. Salvà  
Universitat Autònoma de Barcelona.

Presentamos los resultados de un estudio transversal de validación del Instrumento de Valoración de la Dependencia (IVD), un cuestionario para la medición de la dependencia en personas mayores de 3 años desarrollado en el marco de la aplicación de la nueva ley de la Dependencia. Mediante una entrevista en persona, el instrumento recoge las dificultades y la necesidad de ayuda externa en la realización de un conjunto de actividades de la vida diaria, seleccionadas de la Internacional Classification of Functioning, Disability and Health. Las actividades consideradas fueron comer y beber, continencia, lavarse, otros cuidados corporales, mantenimiento de la salud, transferencias corporales, y desplazamientos dentro y fuera del domicilio. El IVD tiene un rango de 0 a 100, con 0 indicando una persona totalmente autónoma y 100 indicando una persona totalmente dependiente.

**Métodos:** El estudio se ha realizado sobre una muestra de conveniencia de 2416 personas discapacitadas, tanto institucionalizadas como residentes en domicilio en todas las Comunidades Autónomas. La muestra se estratificó por grupo de edad (3-17, 18-64 y 65 y más años) y discapacidad primaria (retraso mental, neuromuscular, osteoarticular, trastornos del desarrollo, otros problemas mentales, trastornos de órganos internos y piel, visuales, problemas cognitivos, otras). Había 1156 casos con discapacidad intelectual o enfermedad mental (DIEM) y 1260 con discapacidad exclusivamente física (no-DIEM). Los participantes respondieron el IVD, el Índice de Barthel (IB) y el Mini-Examen Cognitivo de Lobo.

**Resultados:** El IVD generó una distribución amplia de puntuaciones (media 37,97, desviación standard 33,10), sin signos de efecto techo. El IVD muestra una alta consistencia interna (fiabilidad), con valores de alfa de Cronbach de 0,947 para la muestra total, y 0,941 y 0,950 para los subgrupos DIEM y noDIEM, respectivamente. La validez de constructo del IVD se prueba por su elevada y significativa correlación con el IB, tanto en la muestra total ( $\rho$  de Pearson  $-93,9$ ,  $p < 0,001$ ), como en los subgrupos DIEM ( $\rho = -94,2$ ) y noDIEM ( $\rho = -93,8$ ). El IVD discrimina entre niveles de dependencia, y sus valores medios decrecen según disminuye el nivel de dependencia medido con el IB (t-test,  $p < 0,001$ ). El IVD medio en el grupo de individuos con IB 0-15 es 89,3, en el grupo IB 20-35 es 70,0, en el grupo IB 40-55 es 50,2, en el grupo IB 60-90 es 24,3 y en el grupo IB 95-100 es 4,6.

**Conclusiones:** El IVD es una herramienta fiable y válida para medir la dependencia, incluyendo a personas con dependencia de origen físico o mental.

#### EFFECTIVIDAD DE LA VALORACIÓN GERIÁTRICA EN TRAUMATOLOGÍA

C. Fernández Alonso, A. Rodríguez Calvo, M. Fuentes Ferrer, F. Cuesta Triana y J.M. Ribera Casado  
Hospital Clínico San Carlos de Madrid.

**Objetivos:** Definir el perfil de pacientes valorados en traumatología mediante interconsulta. Establecer el peso específico global tras va-

lorar los diagnósticos según la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-9).

**Material y métodos:** Se seleccionan de un total de 332 seguimientos a 51 pacientes de Traumatología en los que se requirió realizar informe de valoración geriátrica durante el ingreso hospitalario en el año 2006 por alguna complicación en el manejo médico. En estos pacientes se realizó un informe completo adicional que recogió a los datos del seguimiento, completando así el informe realizado por el traumatólogo. Posteriormente se valoró el peso de los diagnósticos, codificados según CIE-9, y se comparó con el obtenido mediante el informe de alta de Traumatología.

**Resultados:** Edad media 83,8 años (DE 6,5), mujeres 80,4%. Motivos de ingreso mayoritarios: fractura de cadera 78,4%, implantación de prótesis por coxartrosis 9,8%, fractura humeral 3,9%, desimplantación protésica 3,9%. Situación funcional basal: Comorbilidad promedio 68,6% (Índice de Charlson 0-2). Índice de Katz A-B 54,9%, Lawton 2 5,8%, CRF 0-2 76%, CRP 0-1 69%. El número de diagnósticos secundarios en los informes de geriatría fue de 5,58 frente a 4,32 en los informes traumatológicos. Los diagnósticos secundarios más frecuentes recogidos por el geriatra fueron: infección del tracto urinario (25,5%), trastornos hidroelectrolíticos-hiponatremia (19,6%), anemia (17,6%), desnutrición proteico-energética (17,6%), trastornos funcionales digestivos (15,7%), úlceras por presión (15,7%), síndrome de inmovilidad (13,7%), cuadro confusional agudo (13,7%) e insuficiencia cardiaca (7,8%). El peso específico medio extraído de los informes de Geriatría fue de 4,79 frente a 3,68 considerando sólo los diagnósticos de los informes de Traumatología. Esto equivale a un desembolso adicional para el hospital de 3502 euros como media por paciente.

**Conclusiones:** El perfil del paciente que se atiende en forma de interconsultas en Traumatología se caracteriza por su comorbilidad. Entre las complicaciones que requieren un seguimiento más estrecho destacan los trastornos hidroelectrolíticos, los cuadros confusionales y la insuficiencia cardiaca. La intervención del Geriatra como consultor permite alcanzar unos diagnósticos más exhaustivos, lo que incrementa el peso específico del ingreso hospitalario y su correspondiente valoración económica.

#### VALIDACIÓN DE UNA MINIBATERÍA (FMML) PARA DISCRIMINAR ENTRE ENFERMEDAD DE ALZHEIMER Y DETERIORO COGNITIVO LEVE EN UNA CONSULTA DE MEMORIA

B. López Ramos, L. Romero Rizos, C. Luengo Márquez, M. León Ortiz, E. Martín Sebastia y P. Abizanda Soler  
Hospital Perpetuo Socorro, Albacete.

**Objetivo:** Validar una nueva minibatería con el siguiente constructo: FMML= [Memoria lógica 2 Weschler (ML2)/32 + FAS semántico (FAS)/17 + MMSE/30 + Lawton/8]/4 x100 para diferenciar entre mayores con deterioro cognitivo leve (DCL) y enfermedad de Alzheimer (EA) en una unidad geriátrica de memoria.

**Métodos:** Cohorte de construcción con 92 DCL (Petersen revisados) y 95 EA (NINCDS/ADRDA) estadio GDS 4-5. Cohorte de validación con 41 DCL y 57 EA. Cálculo de validez concurrente (correlación de

Spearman con MMSE y GDS Reisberg) y de constructo (análisis factorial), consistencia interna (a de Cronbach), curva ROC de discriminación de EA con IC 95%, sensibilidad y especificidad para mejor punto de corte.

**Resultados:** En cohorte de validación, correlación de Spearman entre FMML y GDS  $r = 0,792$  ( $p < 0,001$ ). Validez de constructo: se identifican 2 factores (cognitivo y funcional) que explican el 77% de la varianza ( $p < 0,001$ ), a de Cronbach 0,6358. Área bajo la curva ROC 0,824 (IC 95% 0,771-0,885;  $p < 0,001$ ) en cohorte construcción, con especificidad (E) = 1 si FMML 30% y 0,9 si 43%. En cohorte de validación, área 0,886 (IC 95% 0,821-0,951;  $p < 0,001$ ), con especificidad (E) = 1 si FMML 25% y 0,9 si 43%.

**Conclusiones:** La minibatería FMML discrimina de manera adecuada a pacientes con enfermedad de Alzheimer en una consulta especializada de memoria de geriatría.

#### CORRELACION ENTRE INDICES DE COMORBILIDAD Y MODIFICACIÓN ANUAL DEL INDICE DE BARTHEL EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS HOSPITALIZADOS

N. Martínez Velilla<sup>1</sup>, M. Andérix<sup>2</sup>, J. Alonso Renedo<sup>1</sup>, I. Iraizoz Apezteguia<sup>1</sup>, J.L. Larión Zugasti<sup>1</sup> y J.M. Redín Larraz<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Geriatría. Hospital de Navarra, <sup>2</sup>Ciencias de la Salud. Universidad Pública.

**Objetivo:** Comparar el grado de correlación entre diez Índices de Comorbilidad y la modificación del Índice de Barthel (IB) anual en pacientes ingresados mayores de 75 años

**Método:** Estudio prospectivo observacional de 131 pacientes mayores de 75 años ingresados en el Hospital de Navarra (100 en el Servicio de Geriatría, 21 en Traumatología y 10 en Neurología). Se realiza Valoración Geriátrica Integral durante el ingreso y posteriormente seguimiento anual para detectar la variación del IB. Basándose en la Valoración Geriátrica y con los datos obtenidos de la Historia Clínica informatizada se elaboraron diez Índices de Comorbilidad y Dependencia: Índice de Charlson (Ch I), Índice de Charlson modificado por edad (Ch I m), Suma de Diagnósticos (SD), American Society of Anesthesiology (ASA Escala Cruz Roja Funcional (E CR), Cumulative Illness Rating Scale (CIRS) modificado, Índice Geriátrico de Comorbilidad (IGC), Burden of Illness Score (BIS), Prognostic Index (PI), Grenfield Index of Disease Severity (IDS). Posteriormente se correlacionan dichos índices con la variación anual del IB. Análisis estadístico: SPSS 13.0; Coeficiente de Correlación de Pearson ( $p < 0,05$ )

**Resultados:** La media de edad de los pacientes fue 85,4 años (SD 5,28) (rango 102-75. 56,5% mujeres, IB al ingreso 65,7 (SD 34,2), Índice de Karnofsky 43,4 (SD 18,6), el 51,5% de pacientes tenía deterioro cognitivo al menos leve. La correlación de los diversos Índices de Comorbilidad que fue significativa fue la siguiente: BIS r: -0,365 ( $p 0,008$ ), GIC r: -0,216 ( $p 0,013$ ), ECR r: 0,247 ( $p 0,004$ ), ASA r: -0,230 ( $p 0,008$ ), Ch I m r: -0,189 ( $p 0,03$ ). Por otro lado se analizaron diversos parámetros analíticos y sociodemográficos, de los tuvieron correlación significativa: colesterol r: 0,279 ( $p 0,002$ ), albúmina r: 0,256 ( $p 0,004$ ), edad r: -0,284 ( $p 0,001$ ), el IB al ingreso r: 0,173 ( $p 0,048$ ), Índice de Karnofsky r: -0,248 ( $p 0,004$ ). Las únicas patologías con correlación fueron la presencia de deterioro cognitivo al menos leve r: -0,351 ( $p 0,000$ ) y diabetes r: 0,365 ( $p 0,031$ ).

**Conclusiones:** Estos hallazgos refuerzan la utilidad de los Índices de Comorbilidad como factor predictor de deterioro funcional al año, medida por IB. No todos los Índices de Comorbilidad tienen correlación significativa. De hecho en nuestra muestra fueron los Índices elaborados específicamente para ancianos los que mejor correlación demostraban.

#### ADAPTACIÓN Y BAREMACIÓN DE TRES ÍNDICES DE LA FIGURA COMPLEJA DE REY EN POBLACIÓN MAYOR

I. Amayra Caro<sup>1</sup>, M. Varela Campelo<sup>1</sup>, N. Ortiz Marqués<sup>1</sup>, A. R-Antigüedad<sup>2</sup>, J.M<sup>a</sup> Uterga Valiente<sup>2</sup> y J.F. López-Paz<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universidad de Deusto de Bilbao, <sup>2</sup>Hospital de Basurto, Bilbao, Servicio de Neurología.

**Objetivo:** El estudio presenta los datos normativos de una muestra española de 197 personas mayores de 60 años tras la administración de la Figura Compleja de Rey (Rey, 1941; Osterrieth, 1944), una de las diez pruebas neuropsicológicas de mayor aplicación (Camara et al, 2000; Rabin et al 2005). Este instrumento evalúa la habilidad

constructiva visuo-espacial y la memoria visual. Existen adaptaciones españolas previas con población infantil, adolescente y adulta (TEA, 1987) y estudios preliminares con población mayor (Vidal, 2000). En nuestro estudio, siguiendo criterios psicométricos, hemos evaluado a una muestra heterogénea y distribuida según edad, género y nivel sociocultural, más representativo que en estudios anteriores. Finalmente, hemos obtenido los baremos normativos de tres índices de la prueba.

**Método:** Una muestra de 197 sujetos (Media = 76,5 años; DE = 7,89) fue evaluada a través de la Figura Compleja de Rey (TEA, 1987). Los participantes fueron divididos en seis grupos de edad, cuatro niveles de escolarización y por género, siendo evaluados mediante los siguientes índices: exactitud y riqueza de la copia, tipo de copia y tiempo utilizado para su ejecución. En primer lugar, se procedió a comprobar las frecuencias y datos descriptivos (media, mediana, desviación típica, percentiles) en los tres índices, obteniéndose datos normativos para uso clínico y con población sana.

**Resultados:** Las puntuaciones en los dos índices de la FCR, exactitud de la copia y tiempo invertido, revelan una relación directa o inversa, respectivamente, con dos variables sociodemográficas: nivel de escolaridad y grupo de edad. Dichas magnitudes son estadísticamente significativas ( $p < 0,05$ ). No se hallaron diferencias estadísticas según el género. Finalmente, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el tipo de estrategia de copia, demostrándose la existencia de mayor desorganización visuo-espacial en grupos de mayor edad y nivel de escolaridad.

**Conclusiones:** La FCR demuestra ser un instrumento válido y fiable para el diagnóstico de problemas de salud relacionados del SNC que afectan a la memoria y funciones ejecutivas en ancianos. El presente estudio incluye datos normativos que permitan la aplicación en población geriátrica sana y con deterioro cognitivo.

#### ADAPTACIÓN Y BAREMACIÓN DE UN INSTRUMENTO NEUROPSICOLÓGICO QUE MIDE FUNCIÓN EJECUTIVA NO VERBAL CON POBLACIÓN MAYOR: H5PT-R

N. Ortiz Marqués<sup>1</sup>, I. Amayra Caro<sup>1</sup>, M. Varela Campelo<sup>1</sup>, J.M. Uterga Valiente<sup>2</sup>, A.R. Antigüedad<sup>2</sup>, S. Martínez Rodríguez<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universidad de Deusto de Bilbao, <sup>2</sup>Hospital de Basurto, Bilbao, Servicio de Neurología.

**Objetivos:** El siguiente estudio presenta los datos normativos de una muestra española de 207 personas mayores tras la administración del Hamasch -5 Point Test-Revised (Haid et al., 2002). Dicho instrumento evalúa la fluidez no verbal mediante la producción de diseños originales. Los estudios previos con la versión 5 Point Test (Regard et al, 1982) no han incluido datos normativos adecuados (Spren y Strauss, 1998), si bien dicho test ha demostrado ser sensible a la detección de patologías de lóbulo frontal (Lee et al, 1997). Asimismo, ha demostrado correlaciones significativas con medidas visuo-espaciales y visuo-constructivas (Glosser y Goodglass, 1990). Nuestro estudio presenta datos preliminares de la muestra normativa de personas mayores sin déficit neurológico y psiquiátrico grave. Incluye un nuevo índice clínico, el tipo de estrategia, válido en el diagnóstico neuropsicológico con pacientes con dolor crónico (Amayra, 2006).

**Método:** Una muestra de 207 sujetos (Media = 76,5 años; DE = 7,89) fue evaluada a través del H-5PTR. Los participantes fueron divididos en seis grupos de edad, cuatro niveles de escolarización y por género, y evaluados mediante los siguientes índices: respuestas correctas, respuestas totales, porcentaje de correctas y perseveraciones. Posteriormente, se comprobó los supuestos de normalidad en la distribución, los estadísticos (media, desviación típica, percentiles), puntuaciones z según edad, nivel de escolaridad y género y un MANOVA.

**Resultados:** Los resultados demuestran que las distribuciones de cada uno de los cinco índices siguen criterios de distribución normal (K-S Test;  $p \leq 0,05$ ). Por otro lado, se observa una disminución estadísticamente significativa en el número de respuestas correctas según la edad y un incremento según el nivel de escolaridad en otros índices descriptos. Por último, y al igual que en otros estudios, no se demuestran diferencias significativas en ninguno de los índices según el género.

**Conclusiones:** La escala H-5PTR es un instrumento psicométrico adecuado para el diagnóstico de déficit ejecutivos en población adulta y geriátrica. La prueba ha sido adaptada y estandarizada con

una muestra preliminar, obteniéndose puntuaciones ordinales y típicas, que permiten posteriores comparaciones con poblaciones geriátricas.

### LOS CRITERIOS DE FRAGILIDAD DE FRIED PUEDEN NO SER VÁLIDOS EN ANCIANOS ESPAÑOLES

J.A. Vivancos Fuster<sup>1</sup>, M. León Ortiz<sup>1</sup>, E. Martín Sebastián<sup>1</sup>, E. Martínez Alarcos<sup>2</sup>, E. Martínez Sánchez<sup>1</sup> y P. Abizanda Soler<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Hospital Perpetuo Socorro, Albacete, <sup>2</sup>SESCAM.

**Objetivo:** Conocer la aplicabilidad de los criterios de fragilidad de LP Fried a una muestra de ancianos españoles independientes de la comunidad.

**Métodos:** 247 mayores independientes de la comunidad, 157 mujeres, edad media 74. Se aplicaron los criterios de fragilidad descritos por LP Fried y se calculan los porcentajes de ancianos frágiles o con fragilidad intermedia aplicando dichos criterios. Posteriormente se modificaron los criterios de fragilidad en nuestra población con nuevos puntos de corte según nuestros quintiles, calculando el número de frágiles.

**Resultados:** Criterios fragilidad Fried originales aplicados a nuestra muestra: Pérdida peso (PP) 13,3%. Agotamiento (A) 13,6%. Actividad física (AF) 1,4%. Velocidad de marcha (VM) 7,2%. Fuerza prensora (FP) 60%. Frágiles 1,7%. Fragilidad intermedia 21,3%. Criterios fragilidad modificados a nuestros quintiles: PP sin cambios. A sin cambios. AF en el quintil inferior hombres < 1729 y mujeres < 1435 kcal, 19,7%. VM mujeres 1,59 m. altura 6 seg. y > 1,59 > 5,6 seg. Hombres 1,73 m. altura 4,7 seg. y > 1,73 > 4,2 seg, 20%. FP último quintil: mujeres 15 Kg y hombres 24 Kg, 18,2%. Frágiles 12,9% y con fragilidad intermedia 12,9%.

**Conclusiones:** Aplicando criterios de Fried, los ancianos de nuestra muestra perdieron más peso, caminaron más deprisa y tuvieron menor fuerza prensora. Los criterios de fragilidad de Fried pueden no ser válidos para ser aplicados en ancianos españoles. Se precisan estudios poblacionales que confirmen estas tendencias.

### VALIDACIÓN AL ESPAÑOL DEL INSTRUMENTO LATE LIFE FUNCTION AND DISABILITY INSTRUMENT

G. Paterna Mellinas<sup>1</sup>, M López Jiménez<sup>2</sup>, E. Martínez Sánchez<sup>1</sup>, P. Atienza Núñez<sup>1</sup>, A. B. Perona Moratalla<sup>1</sup> y P. Abizanda Soler<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Hospital Perpetuo Socorro, Albacete, <sup>2</sup>Gerencia Atención Primaria, Albacete.

**Objetivos:** Validación del instrumento late life function and disability instrument (LLFDI) abreviado al español.

**Métodos:** Traducción de la escala por dos traductores independientes con posterior retrotraducción para comprobar la exactitud. Aplicación de la escala late life function and disability instrument abreviado a 50 sujetos mayores de 70 años con diferentes grados de discapacidad por cuatro entrevistadores independientes. Repetición de la escala a los quince días por un mismo observador. Cálculo de validez concurrente (correlación de Spearman con Barthel y Lawton) y de constructo (análisis factorial), consistencia interna (a de Cronbach), fiabilidad intra e interobservadores (coeficientes de correlación intraclase - CCI -), curva ROC de discriminación de discapacidad.

**Resultados:** LLFDI tiene una buena correlación con Barthel ( $r = 0,770$ ;  $p < 0,001$ ) y Lawton ( $r = 0,656$ ;  $p < 0,001$ ). Validez de constructo: subescala de función con 3 factores el modelo explica el 72% de la varianza ( $p < 0,001$ ); subescala de discapacidad con 4 factores el modelo explica el 76,4% de la varianza ( $p < 0,001$ ). Consistencia interna: a de Cronbach 0,9546. Fiabilidad interobservadores: CCI 0,9802 (IC 95% 0,9802 a 0,9921;  $p < 0,001$ ). Fiabilidad intraobservador: CCI 0,9816 (IC 95% 0,9671 a 0,9897;  $p < 0,001$ ). Área bajo la curva ROC para detección de discapacidad moderada (Barthel < 60) = 1, ( $p < 0,001$ ), para punto de corte de LLFDI 60, la sensibilidad y especificidad es = 1; para discapacidad severa (Barthel < 40), área bajo la curva 0,99 ( $p < 0,05$ ), para punto de corte 50, con especificidad 1 y sensibilidad 0,96. El área bajo la curva ROC para discriminar discapacidad en AIVD (Lawton < 4) es 0,96 ( $p < 0,001$ ), con punto de corte 80, la sensibilidad es 0,93 y especificidad 0,9.

**Conclusiones:** El LLFDI abreviado es un instrumento válido en español para detectar discapacidad en ABVD y AIVD, pudiendo obviar los efectos techo y suelo de escalas como el Lawton y Barthel.

### FEMINIZACIÓN DE LA FRAGILIDAD

J.R. Urbina Torija<sup>1</sup>, J.M. Flores Mayor<sup>2</sup>, M.P. García Salazar<sup>3</sup>, L. Torres Buisan<sup>4</sup> y R.M. Torrubias Fernández<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Centro de Salud Azuqueca de Henares, Guadalajara, <sup>2</sup>Centro de Salud Brihuega, Guadalajara, <sup>3</sup>Centro de Salud Cogollado, Guadalajara, <sup>4</sup>Centro de Salud Atienza, Guadalajara.

**Objetivos:** Describir la prevalencia de mujeres frágiles mayores de 64 años en nuestra provincia. Definir su perfil según 6 criterios de fragilidad estudiados y las diez enfermedades más frecuentemente incapacitantes en ancianos.

**Métodos:** Estudio descriptivo transversal mediante encuesta dirigida a una muestra representativa de la población mayor de 64 años residente en Guadalajara en Enero del 2002. El cuestionario se cumplimentó por una enfermera entrenada al respecto y contenía variables sociodemográficas, clínicas y escalas evaluativas para el deterioro cognitivo (Folstein), la discapacidad (Barthel), el riesgo social (Díaz-Palacios) y la depresión (Yesavage). Los datos se analizaron mediante software específico para determinaciones epidemiológicas con un nivel de significación de p-valor 0,05.

**Resultados:** Se encuestaron 434 mayor es, de los cuales 257 resultaron frágiles según alguno de los 6 criterios al menos, 59,2% (IC: 54,6-63,8). El 65% (IC: 59,2-71,7) de las mujeres lo fueron, y por tanto más que los hombres, (56,8% vs 43,2, diferencia significativa  $p < 0,05$ ). En los seis marcadores estudiados eran más frecuentes las mujeres que los hombres (Síntomas depresivos, Riesgo Social, Poli-farmacia, Comorbilidad, Discapacidad y Deterioro Cognitivo), pero sólo presentó significación la diferencia de este último, siendo las mujeres el 64,3% (54,8-73,8) de los mayores con deterioro cognitivo. Esta diferencia se mantuvo en el ajuste por edad y por los seis marcadores simultáneos, presentando la mujer un riesgo doble que el hombre de tener deterioro O.R = 2 (IC: 1,24-3,15). Respecto a las patologías, las más frecuentes se dieron más en la mujer (osteomuscular, obesidad, diabetes, déficit visual, insuficiencia cardiaca y caídas), apareciendo significativa la diferencia de la patología osteomuscular, en la que fueron mujeres el 67,9% (IC: 60,6-75,4). Incluso en el ajuste simultáneo las mujeres tenían un riesgo de enfermar del triple O.R = 2,9 (1,90-4,52). En el hombre fue más frecuente, significativamente, la presentación de Infarto Agudo de Miocardio 72,7% (54,1-91,3) y la EPOC 80,9% (69,1-92,8), con riesgo de enfermar, tras el ajuste multivariado, O.R = 2,4 (IC: 1-6,6) y O.R = 5,8 (IC: 2,54-13,2) respectivamente.

**Conclusiones:** La fragilidad no sólo tiene nombre de mujer sino que tiene dos apellidos muy frecuentes; deterioro cognitivo y patología osteomuscular.

**Palabras clave:** Envejecimiento. Fragilidad. Género.

### RELACIÓN ENTRE EL ESTADO MENTAL Y GRADO DE COMPRENSIÓN DE LAS ESCALAS DEL DOLOR. CORRELACIÓN ENTRE LOS DISTINTOS TIPOS DE ESCALAS

T. Roig González, C. Farriols Danés, A. Digon Llopis, J. Planas Domingo, R. Miralles Basseda y A.M. Cervera Alemany  
Hospital de la Esperanza, Barcelona.

**Objetivos:** Relacionar el estado mental (escolaridad y cuestionario Pfeiffer) con la comprensión de las escalas del dolor y establecer la correlación entre ellas.

**Métodos:** Se estudiaron 52 pacientes ingresados en una unidad de cuidados paliativos (19), convalecencia (22) y larga estancia (11), todos con dolor en el momento de la valoración o en 24 horas previas. Características de la muestra: edad media  $78,2 \pm 10,8$ , 63,5% mujeres, nivel de escolaridad > 8a en 28,9% y < 8a en 71,2%, cuestionario Pfeiffer  $3,5 \pm 3,7$ . Las escalas aplicadas fueron: categórica verbal (ECV), categórica numérica (ECN), analógica visual (EVA), de grises (EG) y de rostros (ER). El grado de comprensión fue valorado para cada escala (rango 0-4). Se aplicó al cuidador la escala observacional de Anderson (EA) y una valoración de cambios de comportamiento (expresividad facial, verbalización, movimientos corporales, cambios de rutina y de estado mental).

**Resultados:** La relación entre nivel de escolaridad y grado de comprensión fue: ECV  $2,7 \pm 1,7$  en < 8a y  $3,3 \pm 1,2$  en > 8a ( $p < 0,2$ ); ECN  $2,1 \pm 1,8$  en < 8a y  $3,3 \pm 1,2$  en > 8a ( $p < 0,02$ ); EVA  $1,9 \pm 1,6$  en < 8a y  $3,2 \pm 1,2$  en > 8a ( $p < 0,01$ ); EG  $1,9 \pm 1,7$  en < 8a y  $3,4 \pm 1,2$  en > 8a ( $p < 0,01$ ); ER  $1,8 \pm 1,7$  en < 8a y  $3,2 \pm 1,3$  en > 8a ( $p < 0,01$ ). La relación entre Pfeiffer y grado de comprensión fue: ECV ( $r = -0,7$ ,  $p < 0,0001$ ); ECN ( $r = -0,8$ ,  $p < 0,0001$ ); EVA ( $r = -0,8$ ,  $p < 0,0001$ ); EG ( $r =$

-0,7,  $p < 0,0001$ ); ER ( $r = -0,7$ ,  $p < 0,0001$ ). Se valoró la correlación entre las escalas (incluyendo las de comprensión  $> \text{ó} = a$  1), considerando las valoraciones de intensidad del dolor como puntuaciones de 0-10. Las medias obtenidas fueron: ECV  $6,1 \pm 2,4$ ; ECN  $6,1 \pm 2,5$ ; EVA  $5,4 \pm 2,5$ ; EG  $5,8 \pm 2,2$ ; ER  $5,9 \pm 2,1$ ; EA  $4,1 \pm 2,5$ . Se obtuvo una buena correlación (estadísticamente significativa) entre todas las escalas, excepto con EA. La correlación más potente fue entre EVA y EG ( $r = 0,8$ ,  $p < 0,0001$ ). Los cambios de comportamiento más frecuentes valorados como dolor fueron: expresividad facial (55,8%) y verbalización (76,9%).

**Conclusiones:** El nivel de escolaridad y la puntuación de Pfeiffer se correlacionaron significativamente con el grado de comprensión de las escalas, excepto la ECV con el nivel de escolaridad. Asimismo, existió una buena correlación entre los distintos tipos de escalas, excepto en EA.

#### FIABILIDAD Y VALIDEZ DE UN AUTOINFORME DE LIMITACIONES FUNCIONALES (MOVILIDAD) EN PERSONAS MAYORES

J.D. Ramos Pichardo<sup>1</sup>, J. Cabrero García<sup>1</sup>, L. González Llopis<sup>2</sup>, N. Gómez Moreno<sup>3</sup>, M.J. Cabañero Muñoz<sup>1</sup> y M. Richart Martínez<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Departamento de Enfermería, Universidad de Alicante, <sup>2</sup>Centro de Salud de Ontinyent, Valencia, <sup>3</sup>Centro de Salud Hospital General de Alicante.

**Objetivo:** Valorar la consistencia interna, la reproducibilidad y la validez de un autoinforme de limitaciones funcionales (movilidad de las extremidades inferiores), en personas mayores de 70 años, en atención primaria.

**Método:** Participantes: Muestra de 80 personas seleccionadas consecutivamente entre las personas de 70 o más años que acudieron a consulta programada o a demanda en tres centros de Atención Primaria de la Comunidad Valenciana. Se excluyeron aquellas personas con una puntuación de 4 o más errores en el test de Pfeiffer, aquellas que fueron valoradas por el médico o la enfermera como demasiado frágiles, a las que tenían severos problemas de comunicación y a las dependientes en ABVD. De las 80 personas que accedieron a participar en la primera entrevista, 66 aceptaron volver para una nueva entrevista. Diseño: Se utilizó un diseño descriptivo y prospectivo para valorar la reproducibilidad test-retest de un autoinforme de movilidad. Además, con los datos de la línea base, se determinó la fiabilidad por consistencia interna y la validez convergente y discriminante.

**Procedimiento:** El cuestionario se administró en los centros de salud en dos ocasiones separadas una media de 14 días, por cuatro entrevistadores previamente entrenados. Junto al autoinforme de movilidad, consistente en un banco de 48 ítems obtenido a partir de la literatura y teniendo en cuenta los dominios de la Clasificación Internacional de Funcionamiento de la OMS (2001), se administró la Escala de Depresión Geriátrica (GDS), el PF-10 del cuestionario SF-36 y la batería EPESE. Análisis de los datos: La fiabilidad test - retest del autoinforme de movilidad se calculó mediante el coeficiente de correlación intraclase. La fiabilidad por consistencia interna se calculó mediante el alfa de Cronbach. Para el estudio de la validez se calculó el coeficiente de correlación de Pearson.

**Resultados:** El autoinforme de movilidad mostró una gran consistencia interna con un alfa de Cronbach de 0,99, y unos coeficientes de correlación test - retest para los 48 ítems del cuestionario entre 0,56

y 0,90. En cuanto a la validez, las correlaciones con el PF-10 y la batería EPESE fueron de 0,85 y 0,67 respectivamente. La correlación con la Escala de Depresión Geriátrica fue 0,48.

**Conclusiones:** En el presente estudio presentamos una medida de limitaciones funcionales desarrollada en nuestro entorno, que muestra una buena reproducibilidad, así como evidencias de validez convergente con medidas de limitaciones funcionales, mediante autoinforme y mediante test objetivos de desempeño; y evidencias de validez discriminante con medidas de depresión.

#### COLABORACIÓN GERIATRÍA - PSIQUIATRÍA: VALORACIÓN COGNITIVA EN UNA UNIDAD DE PSIQUIATRÍA

J.A. Alonso Bravo<sup>1</sup>, R. López Mongil<sup>1</sup>, L. León Allué<sup>2</sup>, C. Velasco Ortega<sup>2</sup>, M<sup>a</sup> P. Redondo del Río<sup>3</sup> y J.A. López Trigo<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Centro Asistencial Dr. Villacián, <sup>2</sup>Hospital Psiquiátrico Dr. Villacián, <sup>3</sup>Dietética Universidad de Valladolid, <sup>4</sup>Unidad de Memoria Ayuntamiento de Málaga.

Una de las características de la Geriatria es el trabajo en equipo interdisciplinar en el que distintos profesionales con un objetivo común se comunican entre sí.

**Objetivos:** Valorar cognitivamente a pacientes ingresados en una Unidad de Psiquiatria que presentan síntomas psiquiátricos característicos en pacientes con demencia de cualquier etiología.

**Método:** Partiendo de una entrevista con el paciente, su entorno y el cuadro clínico que presentan 17 pacientes ingresados en una Unidad de Agudos con sospecha de demencia, se realiza una valoración cognitiva por un equipo geriátrico que analiza otra dimensión ante la sospecha de demencia. Se solicitan pruebas de neuroimagen para descartar organicidad. En una sesión se realiza una exploración de la memoria reciente, se utiliza el Test de Conceptos Básicos Ergonómico (TCBE), el MIS de Buscke, la prueba de Fluidez Semántica Categorial de animales en un minuto, la orientación Espacial y Temporal y se registra el tiempo de ejecución total. Análisis de los datos: paquete estadístico: SPSS: 14,0 (licencia UVA). Descriptivo de frecuencias de las variables cualitativas; medidas centrales y de dispersión para variables cuantitativas. La normalidad de las variables se estudió con el test de Kolmogorov.

**Resultados:** Se estudian 17 pacientes (10 mujeres/7 Hombres), en los que el motivo de ingreso es predominantemente conductual: síntomas psicóticos: (14/17), depresión (1) y historia de abuso de alcohol (2). Edad media de las mujeres: 74,10a. Hombres: 64,43<sup>a</sup>. Valores patológicos: TCBE: punto de corte (20/25): 41,2%, Memoria Reciente (1/3): 64,7%, MIS (5/8): 70,6%, Fluidez Semántica categorial de animales en un minuto (10): 70,6%, orientación Temporal (60/113): 47,1%, Espacial (3/5): 41,2%. El tiempo de realización medio es de 10,2 minutos (desviación típica: 1,73). Se diagnosticaron de demencia todos los pacientes, excepto uno, prescribiéndose tratamiento anticolinesterásico en 15/17.

**Conclusiones:** En esta pequeña serie, el estudio neuropsicológico analizado constata un deterioro cognitivo marcado, que afecta distintas áreas. Las características clínicas observadas se engloban en el síndrome de demencia. El principal valor del trabajo conjunto es introducir a los pacientes en una cadena de cuidados en la que se puede ofrecer recursos adaptados a sus necesidades. Este trabajo ha permitido desarrollar actitudes apropiadas hacia las personas que sufren este síndrome, la experiencia del trabajo en equipo y profundizar en las técnicas de la valoración cognitiva.

## COMUNICACIONES LIBRES IV Sala Turina

Jueves, 7 de Junio de 16:00 a 18:00 horas

### Síndromes geriátricos

*Moderan:*

Pedro Herrador

*Residencia Mixta Mayores. Imserso. Melilla*

Arturo Vilches

*Hospital Mexoieiro. Vigo. Pontevedra*

#### INCONTINENCIA URINARIA EN LA POBLACIÓN ANCIANA INSTITUCIONALIZADA EN LA CIUDAD DE MADRID Y ÁREA METROPOLITANA

B. Prado Villanueva<sup>1</sup>, C. Verdejo Bravo<sup>2</sup>, E. Valderrama Gama<sup>3</sup>, C. Bischofberger Valdés<sup>1</sup>, L. Garvín Ocampos<sup>1</sup> y E. Carrillo Alcalá<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Guadarrama, Guadarrama, Madrid, <sup>2</sup>Hospital Universitario Clínico San Carlos, <sup>3</sup>Área 11 Atención Primaria.

**Objetivos:** Conocer la características y factores asociados a la incontinencia urinaria en el anciano que vive en residencias de la Comunidad Autónoma de Madrid.

**Método:** Se realizó un estudio transversal sobre una muestra probabilística de población anciana institucionalizada de Madrid y área metropolitana, a través de entrevista directa al personal sanitario y al propio residente. Se seleccionaron 800 residentes procedentes de 19 residencias públicas y concertadas y 26 privadas. Se analizó la prevalencia de incontinencia, sus tipos clínicos, su gravedad medida en términos de frecuencia y cuantía de los escapes y su tiempo de evolución. Se realizó análisis bivariante y multivariante para establecer la asociación de la incontinencia urinaria con variables demográficas, de salud subjetiva y objetiva, síndromes geriátricos y escalas de valoración.

**Resultados:** Se obtuvo una muestra de 754 residentes (edad media 83,4 ± 7,3 años; 76% mujeres). La prevalencia de incontinencia urinaria fue del 54%. El tipo clínico más frecuente fue la incontinencia de urgencia (53,8%), seguido de la incontinencia funcional física (40,5%), funcional mental (40,1%) y de esfuerzo (39,5%). La incontinencia urinaria fue de presentación continua en un 50,5%, de intensidad grave en el 60,1% y, en el 78,9%, de más de un año de evolución. En el análisis multivariante la incontinencia urinaria se asoció de forma positiva con la presencia de ictus en el último año (p = 0,049), el aislamiento de otros residentes (p = 0,049) y la presencia de incontinencia fecal (p = 0,019). El índice de Barthel fue la variable que más se asoció con la incontinencia (p = 0,001) de forma inversa.

**Conclusiones:** La incontinencia urinaria es muy prevalente en los centros residenciales de la Comunidad Autónoma de Madrid, predominando la de urgencia. La incontinencia urinaria se presenta en forma grave, tanto por su frecuencia como por su intensidad, siendo la mayor responsable de dicha gravedad la incontinencia funcional. La incontinencia urinaria se asoció fundamentalmente a puntuaciones bajas en el índice de Barthel, la incontinencia fecal el aislamiento social en la residencia y el ictus en el último año.

#### EL ESTUDIO EPIDAMA SOBRE EL DIAGNÓSTICO Y MANEJO DE LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER MODERADA Y AVANZADA EN MÁLAGA

G. Sánchez Romero<sup>1</sup>, B. Álvarez Fernández<sup>2</sup>, E. Naveros Sánchez<sup>3</sup>, F.J. García Hidalgo<sup>4</sup>, J. Vargas Cruz<sup>5</sup> y J.A. López Trigo<sup>6</sup>

<sup>1</sup>Clínica del Pilar. Unidad de media y larga estancia, <sup>2</sup>Unidad Geriátrica. Complejo Hospitalario Carlos Haya, Málaga, <sup>3</sup>Residencia El Buen Samaritano, Málaga, <sup>4</sup>Residencia Geriátrica. Ex. Diputación Málaga, <sup>5</sup>Centro Asistencial San Juan de Dios, Málaga, <sup>6</sup>Residencia Municipal, Málaga.

**Objetivo:** Describir y analizar la práctica clínica en los pacientes con enfermedad de Alzheimer moderada (EAM) y avanzada (EAA) en los diferentes niveles asistenciales en Málaga.

**Método:** Participaron 10 médicos investigadores en 10 centros diferentes (hospitales, residencias y servicio de atención en domicilio) reclutándose 93 pacientes. Recogiéndose los datos en CRDs (cuadernos de recogida de datos) uno por paciente. Fueron gestionados y tabulados en Base de datos Clínica diseñada, con reglas de coherencia y rangos para controlar incongruencias durante la tabulación de los datos, en Microsoft Access 97 y Visual Basic Enterprises Edition Versión 6.0. Las diferencias estadísticamente significativas se contrastaron mediante el test U de Mann-Whitney o la prueba de Kruskal-Wallis, la prueba chi-cuadrado o el test exacto de Fisher. El paquete estadístico aplicado fue el SPSS.

**Resultados:** Los pacientes presentaron una edad media de 81,5 años, rango etario de 64 a 94 años, un 75,3% mujeres y con estudios primarios (68,8%). Una edad media de 76,3, 82,7 y 81,5 años en el hospital, domicilio y residencia respectivamente. El MEC de Lobo y el MMSE de folstein se utilizaron en más del 70% de los casos. Siendo el SPMSQ de Pfeiffer el más usado entre los hospitalizados y los ingresados en residencias con un 100% y 86%. Al 75,85% se les había realizado alguna prueba de neuroimagen, y todos los pacientes excepto a uno, un análisis de TSH, vit. b12 y ácido fólico. Un 18,3% presentaba un grado 5 GDS-FAST de Reisberg, un 43% grado 6 y un 38,7 grado 7. El 55,9% tenían dependencia total o grave en I. de Barthel, un 23,7% moderada y un 20,4% leve o independiente. I. Katz G un 31,5%, F un 17,4% y E 17,4%.

**Conclusiones:** Atendiendo al lugar de procedencia de los pacientes de la muestra, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los diferentes niveles asistenciales en cuanto al sexo y el nivel de estudios, la realización de pruebas complementarias (MEC de Lobo, MMSE de Folstein, SPMSQ de Pfeiffer, técnicas de neuroimagen y analítica de TSH, vit B12 y ácido fólico), el estadio de la enfermedad GDS-FAST de Reisberg y el grado de dependencia (I. Barthel y Katz).

#### AUSENCIA DE ASOCIACIÓN ENTRE EL VOLUMEN DE LA CORTEZA PARAHIPOCÁMPICA POSTERIOR Y LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER

M.I. García Tomás<sup>1</sup>, A. Inausti Serrano<sup>2</sup>, F. Mansilla Legorburo<sup>1</sup>, L. Maicas Martínez<sup>1</sup>, R. Inausti Serrano<sup>2</sup> y P. Abizanda Soler<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Perpetuo Socorro, Albacete, <sup>2</sup>Facultad de Medicina, Universidad Castilla La Mancha.

**Objetivos:** Analizar si el volumen de la corteza parahipocámpica posterior está disminuido en pacientes con enfermedad Alzheimer (EA) frente a controles (C) o con deterioro cognitivo leve (DCL), su relación con pruebas neuropsicológicas y eventos adversos.

**Métodos:** Estudio de cohortes longitudinal prospectivo sobre 42 ancianos, edad media 74,2. 16 EA, 9 DCL y 17 C. Se recogieron datos sociodemográficos, valoración geriátrica y neuropsicológica. Se realizó RNM seleccionando cortes coronales. Sobre ellos se marcaron límites anatómicos de las siguientes cortezas temporales: temporo-polar (CTP), perirrinial (CPR), entorrinal (CER) y parahipocámpica posterior (CPP) derechas (D) e izquierdas (I). Se estimó el volumen normalizado de cada región con el método Cavalieri. Tiempo seguimiento medio de 26 meses (rango 7-34). Variable resultado:

progresión en la escala GDS de Reisberg, institucionalización o muerte, presentando algún evento 17 sujetos. Método de riesgos proporcionales de Cox.

**Resultados:** Volúmenes (cm<sup>3</sup>) en sujetos C, DC L y EA fueron respectivamente: CTPD (2,48-2,35-2,20), CTPI (2,31-2,29-2,10), CPRD (3,12-2,82-2,83), CPRI (3,61-2,98-3), CERD (1,35-1,17-1,01), CERI (1,23-1,10-0,92), CPPD (0,81-0,77-0,75), CPPI (0,81-0,84-0,87). Sin diferencias entre DCL y EA ni entre C y DCL. Solo CPRI ( $p < 0,05$ ), CERD ( $p < 0,01$ ) y CERI ( $p < 0,01$ ) se asocian con el diagnóstico de EA. CERD y CERI presentaron correlación positiva con test de memoria, lenguaje, gnosias, abstracción, función ejecutiva y visuo-constructiva ( $p < 0,05$ ), así como con función (Barthel, Lawton y GDS) y MMSE. Los sujetos que presentaron evento combinado tuvieron volumen de CERD 0,26 cm<sup>3</sup> menor (IC 95% 0,08 a 0,45;  $p < 0,01$ ) y de CERI 0,18 cm<sup>3</sup> menor (IC 95% 0,01 a 0,37;  $p < 0,05$ ). El riesgo de presentar un evento adverso fue 5,7 (IC 95% 1,9 a 17,8;  $p < 0,01$ ) veces mayor en aquellos con un CERD en el quintil inferior ( $< 0,91$  cm<sup>3</sup>), y 3,7 (IC95% 1,1 a 12,5;  $p < 0,05$ ) veces mayor en aquellos con un CERI en el quintil inferior ( $< 0,85$  cm<sup>3</sup>) ajustado por edad y sexo.

**Conclusiones:** El volumen de la corteza parahipocámpica posterior no es diferente en mayores con o sin EA y no se asocia con mortalidad, institucionalización o progresión en la escala GDS, pero la corteza entorrinal sí.

#### FACTORES PREDICTORES DE APARICIÓN DE ULCERAS POR PRESIÓN EN ANCIANOS INGRESADOS EN UNA UNIDAD DE FRACTURA DE CADERA

E. Marañón Fernández, Y. Gracia de San Román, L. Álvarez Nebreda, M. Toledano Iglesias, M. Alonso Armesto y M. Vidán Astiz  
*Hospital General Universitario Gregorio, Madrid.*

**Objetivos:** Detectar factores asociados a la aparición de úlceras por presión (UPP) en ancianos ingresados en una Unidad de fractura de cadera (UFACA).

**Métodos:** Estudio prospectivo de los ancianos ingresados en nuestra UFACA desde Agosto del 2003 a Enero del 2007. Se estudian variables sociodemográficas, comorbilidad, situación basal funcional, mental y social, retraso quirúrgico, riesgo anestésico (ASA), tipo de fractura, complicaciones médicas y quirúrgicas, además de la estancia media.

**Resultados:** Se analizan 1551 pacientes ingresados en la UFACA de manera consecutiva, con una edad media de 83,64 ( $\pm 7,24$ ) días con una estancia media de 11,47 (7,82) días. Un 83,4% son mujeres, el 21,3% viven en residencia, presentando un Functional Ambulation Classification de Holden (FAC) de 4 ó 5 en un 76,1%, un índice de Katz de 5 ó 6 en un 54%, un ASA mayor o igual a III en un 28,1%. El retraso quirúrgico medio es de 3,10 ( $\pm 2,35$ ) días. La mortalidad es del 4,7%. De ellos desarrollan alguna complicación médica el 75,6% de las cuales la más prevalente es el cuadro confusional (39,2%), y complicaciones quirúrgicas el 14,3%. De los 1551, desarrollan UPP 124 (8,0%). En el análisis univariante se relacionan con la aparición de UPP el presentar fractura patológica, la demencia, la edad, el retraso quirúrgico, el FAC basal, el Katz basal, el desarrollo de complicación médica; sobre todo CCA, así como el desarrollo de complicación quirúrgica. En el análisis multivariante están relacionados de forma independiente con el desarrollo de UPP, el FAC basal y el Katz basal (ambos de manera inversa), la edad, el retraso quirúrgico, el desarrollo de CCA y el sufrir complicación quirúrgica.

**Conclusiones:** Nuestra UFACA presenta una baja incidencia de UPP. Los factores modificables asociados con el desarrollo de UPP son el retraso quirúrgico, la aparición de CCA y el desarrollo de complicaciones quirúrgicas. Tanto la edad como la situación funcional basal son factores también asociados pero en este caso no modificables.

#### TRASTORNOS NEUROLÓGICOS Y CAÍDAS EN EL ANCIANO

A. González Ramírez, M. Lázaro Del Nogal, G. Latorre González, M. Fuentes Ferrer y J.M. Ribera Casado  
*Hospital Clínico San Carlos, Madrid.*

**Objetivos:** Identificar los factores de riesgo neurológicos en pacientes con caídas recurrentes. Comparar las características de las caídas,

la comorbilidad, la situación funcional, mental y social en los pacientes con caídas de causa neurológica y en aquellos con caídas de causas no neurológicas.

**Material y métodos:** 113 pacientes con caídas de repetición ( $> 2$  caídas en los últimos 6 meses) remitidos a la Unidad de Caídas del HCSC. Se ha realizado a todos los pacientes un protocolo que incluye variables demográficas, clínicas, mentales funcionales, sociales y diagnósticas. Análisis estadístico: SPSS v.11.0

**Resultados:** 113 pacientes; Grupo A (grupo neurológico): 71 pacientes (edad media: 77,6 + 5,7; 76,1% mujeres). Causas neurológicas de caídas: 50% deterioro cognitivo (39% enfermedad de Alzheimer); 24% trastornos extrapiramidales (Enf. de Parkinson y PSP); 10% enfermedad cerebrovascular, mielopatía y polineuropatía). Grupo B (grupo no neurológico): 42 pacientes (edad media: 77,8 + 3,7% mujeres). No existen diferencias en el número de caídas ni en la presencia de síndrome poscaída en ambos grupos. La mecánica de la caída es diferente en ambos grupos ( $p < 0,01$ ). Las caídas hacia atrás son más frecuentes en el grupo A y la lesión más frecuente en este grupo es el TCE ( $p < 0,03$ ). La situación funcional (I. Katz, Barthel) es peor en el grupo A ( $p < 0,01$ ) y precisan más ayuda para la deambulación ( $p < 0,034$ ). Tienen puntuación más baja en el Mini-Mental State los del grupo A ( $p < 0,06$ ) y la puntuación del test de Yessavage es más alta en el grupo B ( $p < 0,045$ ). El número de patologías crónicas es mayor en el grupo A ( $p < 0,001$ ). No existen diferencias en el consumo de fármacos. El porcentaje de pacientes que viven solos es mayor en el grupo B ( $p < 0,02$ ).

**Conclusiones:** Los trastornos neurológicos son factores de riesgo importantes de caídas de repetición en el anciano. Los pacientes con caídas de causa neurológica tienen peor situación funcional, mental y una mayor comorbilidad. La mecánica de la caída (hacia atrás) conlleva un mayor riesgo de TCE.4.- La identificación de estos factores de riesgo y la prevención es fundamental en este grupo de población.

#### VALORACIÓN DEL EQUILIBRIO Y MARCHA EN ANCIANOS DIABÉTICOS CON CAÍDAS RECURRENTE

A. González Ramírez, M. Lázaro del Nogal, G. Latorre González, M. Fuentes Ferrer y J.M. Ribera Casado  
*Hospital Clínico San Carlos, Madrid.*

**Objetivos:** Valorar los tests de equilibrio y marcha en ancianos diabéticos con caídas recurrentes y compararlos con un grupo de ancianos caedores no diabéticos.

**Material y métodos:** 113 pacientes caedores que acuden a la Unidad de Caídas por presentar en los últimos 6 meses  $> 2$  caídas. Grupo A: 30 diabéticos. Grupo B: 83 no diabéticos. Se realiza a todos los pacientes protocolo que incluye variables clínicas, tests funcionales: Timed Up and Go (TUG), Tinetti del Equilibrio (TE), Tinetti de la Marcha (TM) y tests posturográficos: Distribución Rítmica de Cargas (test WBS); Control sensorial (test mCTSIB); desplazamiento del Centro de gravedad (CG) en bipedestación y sobre superficie almohadillada con ojos abiertos y ojos cerrados; Control motor (test RWS): velocidad de desplazamiento del CG y concordancia en la dirección al seguir el movimiento de un estímulo visual. Técnica: Posturografo Balance Master. Análisis estadístico SPSS v.12.0.

**Resultados:** El número de enfermedades crónicas es mayor en los diabéticos ( $p < 0,001$ ), así como el consumo de fármacos ( $p < 0,002$ ). TE: Diabéticos 10,0  $\pm$  2,6, No diabéticos 11,3  $\pm$  3,0 ( $p = 0,04$ ). TM: Diabéticos 7,8  $\pm$  2,8, No diabéticos 9,0  $\pm$  2,2 ( $p = 0,04$ ). TUG:  $> 20$  segundos: Diabéticos 72,4%, No diabéticos 40,5%; 10-20 segundos: Diabéticos 27,6%, No diabéticos 53,2%;  $< 10$  segundos: Diabéticos 0%, No diabéticos 6,3% ( $p < 0,05$ ). No existen diferencias en el test WB a 0, 30, 60 y 90 grados de flexión. Test mCTSIB: existen diferencias en la prueba superficie lisa-ojos cerrados ( $p < 0,01$ ) y en la prueba superficie almohadillada-ojos abiertos ( $p < 0,02$ ). Test RWS: no existen diferencias en el control motor del equilibrio.

**Conclusiones:** Los ancianos diabéticos con caídas recurrentes presentan en nuestra muestra mayor trastorno del equilibrio y marcha (TUG y Tinetti) que los caedores no diabéticos, lo que implica mayor riesgo de caídas recurrentes. En nuestro estudio, los diabéticos presentan mayor desplazamiento de su centro de gravedad al suprimir las aferencias visuales y propioceptivas. Los trastornos visuales y propioceptivos son causas de caídas de repetición en los diabéticos. La prevención de caídas es fundamental en los ancianos diabéticos.

### SÍNDROME CONFUSIONAL AGUDA EN PACIENTES ANCIANOS INGRESADOS EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

J. Aliqué Capsada<sup>1</sup>, C. Morales Coca<sup>1</sup>, F. Ramos Soria<sup>1</sup>, V. Feijoo Rodríguez<sup>1</sup>, P. Roura Poch<sup>2</sup> y A. San José Laporte<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Fundació Althaia de Manresa, <sup>2</sup>Hospital General de Vic, <sup>3</sup>Hospital Vall d'Hebron de Barcelona.

**Objetivos:** Determinar la prevalencia e incidencia de síndrome confusional aguda (SCA) en los pacientes ancianos ingresados en un servicio de Medicina Interna, y estudiar los factores predisponentes y precipitantes de su aparición.

**Método:** Estudio prospectivo de 125 pacientes mayores de 74 años ingresados entre marzo y agosto de 2006, en la Fundación Althaia de Manresa. Se estudiaron variables demográficas, funcionalidad (índice de Barthel), comorbilidad (índice de Charlson), riesgo de malnutrición (MNA), función cognitiva (GDS de Reisberg), así como otros factores favorecedores de la aparición de SCA. Se utilizó el Confusion Assessment Method (CAM) para establecer el diagnóstico de SCA o delirium.

**Resultados:** La muestra la componen 125 pacientes, con una edad media de edad de 83,25 años. Mujeres: 60%. 81,6% procedían de domicilio, 13,6% de residencia, 4,8% de centro sociosanitario. 82,4% tenían estudios primarios. La puntuación media del índice de Barthel previo al ingreso fue de 63,72, del índice de Charlson de 2,87, del test de Walter de 4,74, del índice de Norton de 15,26, del MNA de 10,16. Media de 7,1 fármacos recibidos previamente al ingreso. 29 pacientes presentaban GDS > 4. 30 pacientes (24%) tenían antecedentes de síndrome depresivo y 37 pacientes (29,6%) de SCA. 7 pacientes tenían hiponatremia < 130 y 5 hipopotasemia < 3. Albúmina media: 3,53 mg / dl. El motivo de ingreso más frecuente fue la patología respiratoria (56 pacientes), seguida de la IC (11 pacientes). Los fármacos más utilizados durante la hospitalización fueron los antihipertensivos, seguidos del bromuro de ipatropio y las benzodiacepinas. Se realizó sondaje vesical en 19 pacientes. Presentaron SCA el 34,4% de la muestra (24% durante las primeras 24 horas y 10,4% a partir de las 24 horas). El tipo más frecuente de SCA fue el hipoactivo (44,2%), seguido del hiperactivo (32,6%) y el mixto (23,3%). La duración mediana del SCA fue de 6 días. Recibieron neurolépticos el 87,5% de los pacientes con SCA hiperactiva y mixta, y sólo el 15,7% de los que presentaron SCA hipoactiva. Resolución del SCA durante el ingreso en el 81,4%. Estancia media: 11,57 días. Mortalidad hospitalaria: 10,4%. Del conjunto de variables analizadas en el análisis univariable, se asociaron a mayor prevalencia o incidencia de SCA durante el ingreso las siguientes: índice de Barthel previo al ingreso < 40, GDS > 4, Norton < 12, MNA < 12, antecedentes de síndrome depresivo y de SCA.

**Conclusiones:** Presentaron SCA el 34,4% de los pacientes ingresados, siendo más frecuente el hipoactivo (44,2%). Se asociaron a mayor aparición de SCA en el análisis univariable: alta dependencia, mayor deterioro cognitivo, elevado riesgo de aparición de úlceras, malnutrición y el haber tenido antecedentes de síndrome depresivo y SCA antes del ingreso.

### LA PÉRDIDA DE CALIDAD PARA REALIZAR AIVD O AAVD SE ASOCIA CON EL DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDAD DE ALZHEIMER

M.I. García Tomás, G. Paterna Mellinas, P. Atienzar Núñez, P.M. Sánchez Jurado, J.L. Navarro López y P. Abizanda Soler  
Hospital Perpetuo Socorro, Albacete.

**Objetivo:** Analizar si la pérdida de calidad para realizar actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) o avanzadas (AAVD) se asocia con el diagnóstico de enfermedad de Alzheimer (EA) más que con el deterioro cognitivo leve (DCL).

**Métodos:** 41 mayores con deterioro cognitivo leve (DCL) y 57 con enfermedad de Alzheimer (EA). Entrevista al cuidador principal para recoger la pérdida de calidad (peor realización que antes) para realizar AIVD domésticas (lavar, cocinar, limpiar, comprar), no domésticas (finanzas, medicación, teléfono, transporte), globales y AAVD (aficiones, ocio, viajes, relaciones sociales, lectura, TV, juegos, misa, trabajo). Asociación entre actividades y el diagnóstico de EA con «chi» cuadrado y regresión logística ajustando por edad, sexo y MMSE.

**Resultados:** Lawton total DCL 5,9 (DE 0,3) y EA 3,9 (DE 0,3). Doméstico DCL 2,7 (DE 0,2) y EA 1,6 (DE 0,2) y no doméstico DCL 3,2 (DE 0,2) y EA 2,3 (DE 0,1). Pérdida calidad AIVD globales: DCL 63,4%, EA 94,7% p < 0,001. AIVD domésticas: DCL 46,3%, EA 84,2% p < 0,001. AIVD no domésticas: DCL 46,3%, EA 89,5% p < 0,001. AAVD: DCL 56,1%, EA

87,7% p < 0,001. La pérdida calidad en realizar AIVD globales supuso un riesgo 13,3 (IC 95% 3-59; p < 0,01) veces mayor de presentar EA ajustado por edad, sexo y MMSE, clasificando correctamente el 77% de los casos. La pérdida calidad en realizar AIVD domésticas supuso un riesgo 6,6 (IC 95% 2,2-20,1; p < 0,01) veces mayor de presentar EA ajustado por edad, sexo y MMSE, clasificando correctamente el 78% de los casos. La pérdida calidad en realizar AIVD no domésticas supuso un riesgo 13 (IC 95% 3,9-43,3; p < 0,001) veces mayor de presentar EA ajustado por edad, sexo y MMSE, clasificando correctamente el 79% de los casos. La pérdida calidad en realizar AAVD supuso un riesgo 4,9 (IC 95% 1,7-13,7; p < 0,01) veces mayor de presentar EA ajustado por edad, sexo y MMSE, clasificando correctamente el 66% de los casos.

**Conclusiones:** La pérdida de calidad para realizar AIVD y AAVD sin necesidad de perderlas por completo, especialmente las AIVD no domésticas, se asocia con el diagnóstico de enfermedad de Alzheimer.

### LA FUERZA DE EXTENSORES DE TRONCO Y FLEXORES DE CODO, PRINCIPAL VARIABLE PREDICTORA DE CAÍDAS EN ANCIANOS INDEPENDIENTES

E. Martínez Sánchez, J.L. Navarro López, J.A. Vivancos Fuster, A. Lozares Sánchez, J. de Dios Estrella Cazalla y P. Abizanda Soler  
Hospital Perpetuo Socorro, Albacete.

**Objetivo:** Analizar factores predictores de caídas en una cohorte de ancianos independientes de la comunidad

**Métodos:** Estudio de cohortes longitudinal prospectivo. 218 mayores (136 mujeres), edad media 73,8. Residentes en la comunidad, independientes en ABVD. Variables independientes: Barthel, Lawton, MMSE, Yesavage, pruebas funcionales (Timed Up and Go -TUG-, velocidad de marcha -VM-, POMA Tinetti, Test de los 6 minutos -T6M-), kilocalorías de actividad física semanales con instrumento Calcomed (KAF) y mediciones de fuerza (kg) con dinamómetros JAMAR de flexores de codo (FCO), extensores de tronco (ETR), flexores de cadera (FCA), extensores de rodilla (ERO), pinza (PIN) y presión de mano dominante (PMD). Se calculó el percentil 25 (P25) para cada fuerza. Seguimiento 2 años. Variable resultado: caídas al año y dos años. Análisis uni y multivariante.

**Resultados:** Pruebas funcionales y fuerzas basal, al año y dos años respectivamente: TUG (9,8-10, 1-10,2), POMA (27,3-27,1-27,2), T6M (337-350-345), VM (1,19-1,15-1,18), FCO (17,4-15,7-15,3), ETR (51,6-53,3-50,3), FCA (13,3-13,8-13,5), ERO (17,7-14,5-13,6), PIN (8,4-7,2-7,3) y PMD (23,2-22-22,4). 39 sujetos (18%) presentaron alguna caída al año (12 dos o más caídas) y otros 50 (23%) a los dos años (15 dos o más veces). 71 (32,6%) presentaron alguna caída durante el seguimiento. De éstos presentaron una fractura como consecuencia de la caída 6 sujetos (2,8%) en el primer año y 11 (5%) en el segundo. Las mujeres se cayeron con más frecuencia que los hombres (27,3% vs 15,2%; p < 0,05). La edad no aumentó el riesgo de caídas. Variables asociadas a caídas durante los dos años fueron el nº de fármacos, talla, Lawton, Yesavage, TUG, POMA y VM. Todas las fuerzas se asociaron con caídas (p < 0,01). Los sujetos con FCO < P25 (< 10 kg) tuvieron un riesgo 2,5 veces mayor (IC 95% 1,2 a 5,2; p < 0,05) de caer ajustado por edad > 74 años y sexo. Igualmente, aquellos con ETR < P25 (< 32 kg) tuvieron un riesgo 2,2 veces mayor (IC 95% 1,1 a 4,5; p < 0,05).

**Conclusiones:** La determinación de ABVD, Al VD y pruebas funcionales no son buenos predictores de caídas en ancianos independientes de la comunidad. En cambio la medición de fuerzas, sobre todo de flexores de codo y extensores de tronco, se postula como el mejor predictor independiente de caídas.

### INCONTINENCIA URINARIA, LESIONES POR PRESIÓN Y CAÍDAS, EN PERSONAS MAYORES DE 65 AÑOS RESIDENTES EN VIVIENDA FAMILIAR

C. Fuentelsaz Gallego<sup>1</sup>, R M<sup>a</sup> López Pisa<sup>2</sup>, E. Hernández Fabá<sup>3</sup> y T. Moreno Casbas<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Hospital Valle Hebrón, Barcelona, <sup>2</sup>ABS La Gavarra, <sup>3</sup>ABS Premiá de Mar, <sup>4</sup>Instituto de Salud Carlos III.

**Objetivos:** Conocer las características sociosanitarias de las personas mayores de 65 años que viven en su domicilio. Conocer la prevalencia de lesiones por presión, caídas e incontinencia urinaria en dichas personas. Identificar la asistencia que reciben por los 3 problemas de salud

**Método:** Estudio observacional, descriptivo y transversal. Realizado en el territorio estatal excepto Melilla y Ceuta en 2005 y 2006. Los sujetos de estudio han sido personas de 65 años o más, residentes en viviendas familiares. Se ha realizado un muestreo estratificado bietápico, con afijación no proporcional. En una primera etapa se seleccionaron secciones censales y posteriormente individuos. Con un error de muestreo de 1,38% para un nivel de confianza del 95% y en el supuesto de muestreo aleatorio simple, han sido necesarias 5044 personas. La recogida de datos se realizó mediante un cuestionario elaborado ad hoc por el equipo investigador que incluía las variables de estudio relacionadas con incontinencia urinaria (IU), lesiones por presión (LPP) y caídas. El cuestionario se cumplimentó por entrevista o autocumplimentado por ellos mismos mediante visitas domiciliarias, si tenían problemas cognitivos (medido mediante el test de Pfeiffer) el cuestionario lo respondió el proxy o cuidador. Se realizó un análisis descriptivo para todas las variables y un análisis bivariado para explorar posibles relaciones entre las variables.

**Resultados:** Se presentan resultados de 3443 personas, ya que el resto está pendiente de introducir y analizar. El perfil de los sujetos estudiados es: edad media de 77 años (DE = 6); 2007 (58%) eran mujeres; con estudios primarios o primarios inacabados (2636, 77%). La mayoría (3287) no presentaban problemas cognitivos para responder el cuestionario. Habían sufrido IU 771 personas (22%) y utilizaban compresas o pañales 471 (14%); habían caído 563 (16%) y 63 (2%) habían desarrollado alguna LPP. Habían solicitado ayuda en su centro de salud para la IU 302 personas (9%), para las LPP 11 (0,32%) y para las caídas 242 (7%). Les habían informado sobre actividades preventivas en relación con la IU a 571 (17%), sobre LPP 447 (13%) y sobre caídas 579 (17%).

**Conclusiones:** Los participantes eran personas bastante mayores pero con un buen estado cognitivo. La prevalencia de los tres problemas de salud estudiados, que según indica la bibliografía, son los síndromes geriátricos más frecuentes, coincide con la indicada en otros estudios, excepto en las LPP que se ha encontrado más elevada en el presente estudio. Es necesario que en atención primaria se detecten los 3 problemas de salud y se instauren medidas preventivas para evitarlos o minimizarlos.

#### DETERIORO FUNCIONAL EN PACIENTES HOSPITALIZADOS CON RIESGO DE SÍNDROME CONFUSIONAL AGUDO: DIFERENCIAS ENTRE LOS SERVICIOS DE MEDICINA INTERNA Y GERIATRÍA

M.T. Vidan Astiz, B. Montero Errasquin, M. Alonso Armesto, E. Sánchez García, J.A. Serra Rexach y J. Ortiz Alonso  
*Hospital Gregorio Marañón, Madrid.*

**Objetivo:** Estudiar la incidencia de deterioro funcional, factores asociados al mismo y diferencias entre los Servicios de Medicina Interna (MI) y Geriatria (GER), en ancianos hospitalizados por enfermedad aguda.

**Material y métodos:** Subanálisis de un estudio prospectivo sobre Síndrome Confusional (CCA) en estos servicios, analizando la incidencia y los factores de deterioro funcional asociado a la hospitalización. Incluye pacientes mayores de 70 años, con factores de riesgo de CCA. Analizamos características sociodemográficas, comorbilidad, motivo de ingreso y gravedad (Apache II), tiempo en urgencias, incidencia de CCA (CAM), procedimientos hospitalarios, tasa de mortalidad y pérdida de autonomía durante el ingreso. Se definió deterioro funcional al alta como la pérdida de autonomía para al menos una de las actividades básicas de la vida diaria, con respecto a la situación previa al ingreso.

**Resultados:** Estudiamos 379 pacientes (140 en GER y 239 en MI). La incidencia de deterioro funcional fue mayor en MI que en GER (60,2% vs 48%,  $p = 0,04$ ), con una estancia hospitalaria similar (7,7 vs 8,1,  $p = 0,37$ ). Los pacientes ingresados en GER eran significativamente mayores, con mayor incidencia de demencia (37% vs 15,5%,  $p < 0,001$ ) y más dependientes que en MI. Desarrollaron CCA durante el ingreso 25% en GER y 10% en MI ( $p < 0,001$ ). En GER hubo mayor presencia de familiar es, menos encamamiento y menor uso de medicación nocturna. La edad, el Sd confusional así como la ausencia de movilización, el encamamiento > 48 horas, el uso de psicofármacos y sujeciones o de medicación nocturna se asociaron a deterioro funcional. El ingreso en MI se asoció a mayor riesgo de deterioro funcional independientemente de la edad y la situación funcional previa.

**Conclusiones:** Pacientes frágiles. Además de la edad y el CCA, determinados factores asociados con las prácticas clínicas y por lo tan-

to modificables, se asocian a dicho deterioro. El ingreso de estos pacientes en el Servicio de Geriatria conlleva menor pérdida de autonomía que su ingreso en Medicina Interna.

#### EL TEST UNIPODAL COMO FACTOR PREDICTOR DE CAÍDAS EN ÁMBITO AMBULATORIO

J.J. Montero Alía<sup>1</sup>, M.M. Jiménez González<sup>2</sup>, M.M. Rodríguez Álvarez<sup>3</sup>, E. Zurilla Leonarte<sup>4</sup>, M.D. Jiménez González<sup>1</sup> y A. Ferrer Romà<sup>1</sup>

<sup>1</sup>ICS. ABS Mataró 7 (Ronda Prim), Mataró, <sup>2</sup>Unitat Docent Barcelonès Nord i Maresme, <sup>3</sup>ICS. SAP Mataró-Maresme, <sup>4</sup>ICS. ABS Masnou-Alella.

**Introducción:** Se trata de un test de fácil aplicabilidad por su sencillez y rapidez. No se recomienda su aplicación en atención primaria (sí el Timed up&Go). No se ha estudiado la diferente forma de aplicación –ojos abiertos/cerrados; una/dos piernas–.

**Objetivo:** Conocer la relación del Test de Estación Unipodal (en sus diferentes variantes de aplicación) con el riesgo de sufrir caídas en población anciana mediterránea.

**Metodología:** Estudio multicéntrico de cohortes prospectivo realizado en Cataluña. Población semirural. Sujetos mayores de 65 años que acudieron a la consulta de atención primaria por cualquier motivo durante 2004. Se excluyeron los ancianos institucionalizados. Se realizó el test unipodal con una/dos piernas y con los ojos abiertos/cerrados para valorar diferencias metodológicas. Se realizó seguimiento de 12 meses con control telefónico cada cuatrimestre. Se estudiaron las diferencias mediante chi-cuadrado y regresión binomial negativa.

**Resultados:** De un total de 580 pacientes (57% mujeres), con edad media de 74,7 años (6,7DE), 25 no completaron el estudio (4,3%). Incidencia de caídas ( $\times 100p-a$ ): 41,17 (34,7-48,8). Total caídas al año: 223. Los pacientes que no pueden realizar el test unipodal con ojos abiertos caen el 70%, los que pueden realizarlo caen sólo un 30%, con una  $p < 0,0001$ . El tener capacidad de superarlo con una o con dos piernas no genera diferencias respecto a las caídas al año. Si lo hacemos con ojos cerrados tampoco se produce.

**Conclusiones:** Las personas que no pueden realizar el test de Estación Unipodal, en cualquiera de sus modalidades tienen más riesgo de caer que las que pueden superarlo. La aplicación no se hará con los ojos cerrados, y si puede superarlo con cualquiera de las dos piernas, ya será suficiente para darlo por bueno. Debería recomendarse de forma.

#### EFICACIA DEL TEST DEL RELOJ EN EL CRIBADO DE DEMENCIA. UN ESTUDIO COORDINADO ENTRE ATENCIÓN ESPECIALIZADA Y ATENCIÓN PRIMARIA

J.G. Castilla Rilo<sup>1</sup>, F. Bermejo<sup>1</sup>, I. Zamarbide<sup>1</sup>, F. Sánchez<sup>1</sup>, E. Tapias<sup>2</sup> y A. Revuelta<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Hospital Doce de Octubre, Madrid, <sup>2</sup>CAP de Comillas.

**Objetivos:** Establecer la eficacia en el cribado del test del reloj (TR) de una serie de casos de quejas de pérdida de memoria remitidos desde Atención Primaria (AP) a Atención Especializada (AE) para un estudio neuropsicológico y neurológico.

**Métodos:** Se evaluaron a 100 pacientes mayores de 50 años con quejas subjetiva de memoria, que fueron remitidos y evaluados desde AP (cribado: prueba de memoria de fijación, test del reloj y Pfeiffer). Se realizó exploración neurológica y evaluación neuropsicológica (mediante un protocolo estructurado en donde también se incluye el test del reloj, de forma ciega al de AP) y se establecen los diagnósticos de: normalidad cognitiva, ACL (Petersen) y demencia (DSM-IV).

**Resultados:** Casi el 75% de la muestra estudiada son mujeres y la edad media es de 73,8 (DE: 7). El TR en AP tiene de media 4,5 (DE 2,4) y el TR en AE es 5 (DE 2). La correlación entre las 2 evaluaciones de forma ciega con el TR es del 0,62 ( $p > 0,0001$ ). Usando el mismo punto de corte de cribado (< 4 sobre 7) existe una discrepancia de casi el 19% de la muestra. El área bajo la curva COR en AP y AE para detectar dementes vs. normales es 0,74 y 0,71 respectivamente.

**Conclusiones:** En nuestro estudio, el test del reloj en Atención Especializada como en Atención Primaria se muestra como una prueba de cribado poco eficaz para demencia de forma individual. Son necesarias otras pruebas complementarias para mejorar su rendimiento de cribado.

# COMUNICACIONES LIBRES V

## Sala Victoria

### Jueves, 7 de Junio de 18:30 a 20:30 horas

## Geriatría clínica

*Moderam:*

Melchor Riera

*Hospital Son Dureta. Palma de Mallorca*

Jesús Mora

*Hospital Clínico Universitario San Carlos. Madrid*

### **COLITIS ISQUÉMICA, UNA CAUSA FRECUENTE DE COLITIS HEMORÁGICA EN EL ANCIANO. ESTUDIO PROSPECTIVO, MULTICÉNTRICO Y NACIONAL.**

R. Bielza Galindo, S. Santolaria, B. Sánchez Puertotas y M.Á. Montoro

*GTCIE (grupo de trabajo de colitis isquémica en España).*

**Introducción:** La historia natural de la colitis isquémica (CI) es pobremente conocida debido, en gran medida, a la ausencia de series prospectivas.

**Objetivo:** Conocer la historia natural de la CI en España, incluyendo presentación clínica, tipos evolutivos, mortalidad y factores pronósticos

**Método:** Se constituyó un Grupo de Trabajo para el estudio de la CI en España (GTECIE) y se diseñó un estudio prospectivo, multicéntrico y observacional. En cada uno de los 25 hospitales se formó un equipo formado por gastroenterólogo, cirujano y patólogo, coordinados por un médico encargado de enviar la información a un equipo centralizado. Se diseñó una web, un CRD electrónico y guías clínicas dirigidas a evitar sesgos en el manejo clínico. Sólo se computaron los casos definitivos o probables (Criterios de Brandt).

**Resultados:** Entre mayo 2005 y octubre 2006 se incluyeron 341 casos de CI (definitivos (42%); probables (58%) (edad media 74 ± 10 años; 58% mujeres)]. Los factores de riesgo más frecuentes fueron: edad > 65 años (82%), HTA (65%), diabetes (28%) y dislipemia (29%). Un 31% habían tomado AINE antes del episodio. Los síntomas más frecuentes fueron: dolor abdominal (74%), rectorragia (80%) y diarrea (38%). La tríada clásica: dolor abdominal, urgencia defecatoria y rectorragia únicamente se observó en el 46%, con un índice de sospecha al ingreso del 25%. Los hallazgos más frecuentes en la colonoscopia fueron: edema y eritema (72%-85%). Los segmentos más afectados fueron el sigma (69%), colon descendente (53%) y ángulo esplénico (32%). La afectación del colon derecho fue inusual (14%). Signos patognomónicos (infarto de la mucosa o la presencia de células sombra) sólo se observaron en el 8,3 y 6,4% de las biopsias. Los patrones evolutivos fueron: colopatía reversible (38%), colitis transitoria (24%), colitis ulcerativa segmentaria (25%), necrosis gangrenosa (10%) y colitis fulminante universal (2,3%). La mortalidad global fue del 7%, alcanzando el 36% en las formas gangrenosas y el 88% en los casos de pancolitis fulminante ( $p < 0,0001$ ). La necesidad de cirugía y la mortalidad se relacionaron con la presencia de signos peritoneales ( $p < 0,01$ ), silencio abdominal ( $p < 0,01$ ), Hb < 12 g/dL ( $p < 0,001$ ), albúmina < 2,8 g/dL ( $p < 0,001$ ), alteraciones del perfil hepático ( $p < 0,001$ ) y acidosis metabólica ( $p < 0,01$ )

**Conclusiones:** La CI afecta predominantemente a personas con factores de riesgo vascular. El índice de sospecha clínica en nuestro país es extremadamente bajo. Ello podría relacionarse con la heterogeneidad en su modo de presentación. Aunque la mayoría de las CI tienen un curso favorable, la mortalidad sigue siendo alta en las formas gangrenosas.

**Palabras clave:** Colitis Isquémica. Epidemiología

### **SISTEMA DE CLASIFICACION MANCHESTER COMO INSTRUMENTO DE TRIAGE EN EL DOLOR ABDOMINAL URGENTE DEL ANCIANO**

M. Fernández Fernández<sup>1</sup>, B.E. González García<sup>2</sup>, F.M. Suárez García<sup>1</sup>, A. Álvarez García<sup>2</sup> y J.J. Solano Jaurrieta<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Monte Naranco, Pruvia, Asturias, <sup>2</sup>Hospital Central Universitario de Asturias.

**Objetivo:** Analizar la validez del sistema de clasificación Manchester, como instrumento de triage en el anciano con dolor abdominal agudo, que precisa atención urgente.

**Método:** Se incluyeron los pacientes que acuden al servicio de urgencias del Hospital Universitario Central de Asturias, por dolor abdominal agudo, en el periodo comprendido entre 15/5/06 y 15/07/06. Se excluyeron aquellos pacientes que habían sufrido un traumatismo abdominal o habían sido sometidos a cirugía o procedimientos abdominales invasivos en los últimos 30 días. Se obtuvieron datos sobre edad, sexo, número de ingresos hospitalarios, reingresos y sistema de clasificación Manchester, que asigna 5 niveles de prioridad para la atención en urgencias.

**Resultados:** La edad media de los pacientes (n: 699) fue de 52,68 (IC 95%: 51,02-54,34). El 35,9% (259) de los pacientes fueron mayores de 65 años, de los cuales un 57,6% eran mujeres. Existieron diferencias significativas ( $p < 0,001$ ) entre la población menor y mayor de 65 años, con respecto a la proporción de pacientes incluidos en cada uno de los grupos Manchester: niveles 4-5 (58,1% vs 26,8%), nivel 3 (36,5% vs 65,2%) y niveles 1-2 (5,4% vs 8,0%). Ajustando por edad y sexo, los pacientes mayores de 65 años, con nivel de prioridad 1-3, tuvieron un riesgo relativo de ingreso, en relación a los de nivel 4-5, de 2,61 (IC 95%: 1,31-5,22) y 5,93 (IC 95%: 1,94-18,1) respectivamente. De los pacientes mayores de 65 años, el 8,4% (21) precisó cirugía. Entre los pacientes no ingresados se objetivó un 4,4% (11) de reingresos en los catorce días posteriores. No hubo diferencias significativas entre los grupos Manchester en la frecuencia de cirugía tras el ingreso.

**Conclusión:** El sistema de triage Manchester es capaz de discriminar el riesgo de ingreso de los pacientes mayores de 65 años con dolor abdominal agudo, aunque no predice diferencias en lo que se refiere a la frecuencia de procedimientos quirúrgicos o reingresos.

### **CALIDAD DE VIDA EN ANCIANOS CON INSUFICIENCIA CARDÍACA: CONFIABILIDAD Y VIABILIDAD DE APLICACIÓN DE DOS INSTRUMENTOS**

F. Aparecida Cintra, I. Saccomann, M.C. Gallani y J. Bueno  
*Universidad Estatal de Campinas-Unicamp-Brazil.*

**Objetivo:** El objetivo de este estudio fue comparar la confiabilidad, la viabilidad de aplicación, y los «efectos techo y suelo» de dos instrumentos de medida de la Calidad de Vida Relacionada a la Salud (CVRS).

**Método:** El instrumento genérico «The Medical Study 36-item Short-Form Health Survey» (SF-36) y el instrumento específico «Minnesota

Living With Heart Failure» (LHFQ) fueron aplicados en 170 ancianos con insuficiencia cardíaca, en seguimiento ambulatorio.

**Resultados:** La puntuación de CVRS obtenida a través de los dos instrumentos demuestra que la capacidad funcional y la salud física fueron más afectadas. La consistencia interna de los instrumentos SF-36 y LHFQ fue alta, lo que indica la confiabilidad satisfactoria (alfa de Cronbach > 0,80). Ambos cuestionarios presentaron ítems sin respuesta («responses missings»). Sin embargo, el instrumento LHFQ mostró mayor brevedad y sencillez en comparación al SF-36. El «efecto techo» fue observado en todas las dimensiones de ambos instrumentos, con menor proporción de pacientes en el LHFQ. El SF-36 mostró el «efecto suelo» en los aspectos físico y social.

**Conclusión:** Los datos apuntan que los instrumentos son confiables para su aplicación en la muestra estudiada, aunque indican la necesidad de considerar algunos aspectos de los cuestionarios con respecto a su viabilidad de aplicación, lo que sugiere una cuidadosa revisión de las preguntas que no se aplican a los ancianos. Los «efectos techo y suelo» del SF-36 y LHFQ sugieren que los instrumentos pueden presentar limitaciones para detectar cambios en los sujetos tras las intervenciones clínicas.

**Palabras clave:** Anciano. Insuficiencia cardíaca. Calidad de vida.

### BACTERIEMIA EN PACIENTES MUY ANCIANOS: FACTORES DE RIESGO, CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y MORTALIDAD

A. Payeras Cifre<sup>1</sup>, M. García Gasalla<sup>1</sup>, M. Garau Colom<sup>2</sup>, M. Juan i Roca<sup>1</sup>, A. Pareja Bezares<sup>3</sup> y C. Gallegos Álvarez<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Medicina Interna. Hospital Son Llàtzer, Palma de Mallorca, <sup>2</sup>Microbiología. Hospital Son Llàtzer, Palma de Mallorca, <sup>3</sup>Epidemiología y control de infección. Hospital Son Llàtzer - Palma de Mallorca.

**Objetivos:** Existe poca información sobre bacteriemias en pacientes muy ancianos. El objetivo del trabajo fue describir las características de las bacteriemias en esta población y compararlas con las de pacientes más jóvenes.

**Métodos:** Estudio prospectivo de las bacteriemias en pacientes mayores de 80 años y comparación con dos grupos control (<65 y 65-79 años).

**Resultados:** Se analizaron 146 bacteriemias en pacientes de >80 años. En 66,4% hubo alguna comorbilidad, destacando diabetes mellitus; y en 6,8% alguna causa de inmunodeficiencia, principalmente esteroides. El 82,2% no tenía enfermedad de base o ésta no fue fatal. El origen fue comunitario en 80 casos, 53 nosocomial y 13 asociada a cuidados de salud. Los principales focos fueron: primario (25,3%), urinario (20,5%) y abdominal (17,8%). Los aislados más frecuentes fueron: E. coli (30,8%), estafilococos coagulasa negativos (13,7%) y S. aureus (13%). Presentaron sepsis o shock séptico 81 (55,5%) falleciendo 36 (24,7%), 31 en relación con la bacteriemia. Los pacientes >80 años tuvieron menos frecuencia de inmunodeficiencia, una mayor proporción de infecciones comunitarias, por gram negativos. La mortalidad relacionada con la bacteriemia fue mayor en el grupo de mayor edad. En el análisis multivariante, la edad, el origen nosocomial y la existencia de una enfermedad de base se asociaron con un mayor riesgo de mortalidad por la bacteriemia.

**Conclusiones:** los pacientes de >80 años con bacteriemia presentan mayor mortalidad que los pacientes más jóvenes; siendo poco frecuente la presencia de inmunodeficiencia. Existe una tendencia a presentar mayor frecuencia de infecciones comunitarias y por gérmenes gram negativos.

**Palabras clave:** Bacteriemia. Ancianos. Factores Pronósticos.

### CÁNCER DE MAMA EN PACIENTES ANCIANAS

E. Campos Villamiel, P. Alcocer, S. Rehkugler, M<sup>a</sup> del Mar Mas Morey y A. Calvo Pérez

Hospital de Manacor.

**Objetivos:** Presentar la serie de casos de cáncer de mama en mujeres ancianas diagnosticados en nuestro centro desde su apertura en 1997 y revisar los puntos clave en el manejo de esta entidad.

**Métodos:** Se han recuperado las historias clínicas de todas las pacientes con cáncer de mama que en el momento del diagnóstico tuvieran 75 o más años y se han analizado los datos referentes

al tumor y al manejo clínico efectuado. Se ha realizado una búsqueda bibliográfica usando como palabras clave breast cancer y elderly.

**Resultados:** Se han encontrado 101 pacientes con cáncer de mama que cumplieran los criterios de búsqueda. Los tipos histológicos más frecuentes fueron el ductal invasivo (78,2%) y el lobulillar invasivo (8,9%). La mayoría de las pacientes (71%) presentaban tumores en estadios T1 y T2. De los 91 casos en que los receptores estrogénicos estaban disponibles 77 (84%) eran positivos. En 91 casos se realizó tratamiento quirúrgico, que fue complementado con radioterapia en 26 ocasiones. Se realizaron 22 mastectomías radicales tipo Madden, 28 mastectomías simples, 34 tumorectomías y 7 tumorectomías con linfadenectomía axilar. Se prescribió hormonoterapia a 82 pacientes. En solo 2 ocasiones las pacientes o sus familiares rechazaron por completo cualquier tipo de tratamiento. Se han encontrado 303 publicaciones en cuyo título se incluyeran las palabras clave referidas en el apartado MÉTODOS y se han revisado las más relevantes para conocer los estándares internacionales de manejo del cáncer de mama en pacientes ancianas.

**Conclusiones:** El cáncer de mama en mujeres ancianas es un problema frecuente y que previsiblemente irá en aumento en los próximos años. La edad no debe ser un motivo para privar a la mujer anciana de los mejores tratamientos disponibles en cada momento. El tratamiento debe individualizarse y tener en cuenta las características biológicas de la enfermedad y el estado de la paciente. Es posible individualizar algunos subgrupos en los que un tratamiento menos agresivo no significa peores resultados. Los aspectos éticos deben tenerse especialmente presentes en la toma de decisiones terapéuticas que afectan a pacientes ancianas con cáncer de mama.

### MANEJO DE ANCIANOS INGRESADOS EN GERIATRÍA CON DIAGNÓSTICO DE NEUMONÍA

E. Romero Pisonero, M. Ramos Cortés, E. González Cuevas, J. Mora Fernández y J o M. Ribera Casado

Servicio Geriatria. Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

**Objetivo:** Describir las características clínicas, funcionales y psicosociales de los ancianos dados de alta con el diagnóstico de neumonía en el servicio de Geriatria.

**Métodos:** Estudio descriptivo de todos los pacientes dados de alta entre Enero 2004 y Junio 2006. Se recogen variables clínicas (motivo de ingreso, tipo de neumonía, comorbilidad (Índice de Charlson, ICh) características radiológicas y de laboratorio), funcionales (Katz, Barthel y Cruz Roja Física, C RF), mentales (Cruz Roja Psíquica, CRP) y sociales.

**Resultados:** n = 452 pacientes, edad media 85,8 años, 51,8% varones. Un 68,8% tuvieron neumonía como diagnóstico principal al alta, siendo el resto por otros motivos. Previo al ingreso, presentaban un ICh medio de 3,9. En particular, un 6,4% presentaba disnea de reposo, el 24,6% diagnosticado de obstrucción crónica al flujo aéreo, el 6,9% requerían oxígeno domiciliario y un 20,1% ingresos previos en los últimos 2 años. Situación funcional: 67,3% Katz; D. 57,9% CRF: 3; 61,4% Barthel 50 y 48,0% CRP; 3. Situación social: 14% estaban institucionalizados y 12,3% vivían solos. En un 56,4% de las neumonías se sospecha aspiración y un 70,1% fueron extrahospitalarias. La localización del infiltrado fue 41,7% izquierdo, 34,9% derecho y 23,4% bilateral, con resolución durante el ingreso 43,8%. Presentaron inestabilidad hemodinámica 82,3% y dificultad respiratoria (taquipnea y/o broncoespasmo) 30,5%. Hemocultivos + en 9,9% y cultivo de esputo + en 34,3%. La nutrición durante el ingreso fue 90,5% oral, 5,5% nasogástrica, 2,9% gastrostomía y 1,1% parenteral. Determinaciones séricas medias: albúmina 3,1, prealbúmina 11,8, colesterol 144,4, leucocitos 12.140, PCR 7,2 y VSG 43. Complicaciones: 39,4% insuficiencia renal, 33,4% insuficiencia cardíaca, 31,4% infección de orina, 21,9% anemia, 13,7% infección por Cl. difficile, 12,3% otras infecciones, 11,9% delirium, 11,5% síndrome coronario, 7,3% hiponatremia clínica. Estancia media 16,0 días. Mortalidad intrahospitalaria 38,1%.

**Conclusiones:** El anciano que ingresa con neumonía en nuestra Unidad presenta una situación clínica y funcional muy deteriorada, elevada incidencia de sospecha de aspiración y alto índice de mortalidad. En general, su manejo terapéutico se basa en medidas escasamente intervencionistas.

### PREVALENCIA DE HIPOTENSIÓN POSTPRANDIAL E HIPOTENSIÓN ORTOSTÁTICA EN UN GRUPO DE PACIENTES ANCIANOS INGRESADOS EN LA UNIDAD DE CONVALECENCIA

C.A. Villavicencio Chávez, P. Gonzáles Marín, F. Blasco Hernández, R. Miralles Basseda, A. Renom Guiteras y A.M. Cervera Alemany  
Servicio de Geriatría del IMAS. Hospital de la Esperanza, 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 (P) ingresados en una unidad de convalecencia y analizar sus características.

**Materiales y métodos:** Se analizaron 27 pacientes con criterios de: Edad > 65 años, ingesta por vía oral, estabilidad clínica y tolerar bipedestación. Se realizó valoración geriátrica, edad, sexo, síndromes geriátricos (SG), número de fármacos (NF), Barthel previo (BP), al ingreso (BI) y actual (BA), Lawton (L), Folstein (MMSE), Yesavage (Y), valoración nutricional: Albúmina (Al), colesterol (Cl), índice de masa corporal (IMC), Charlson (CH), Norton (N), y antecedentes de caídas. Se les tomó la tensión arterial (TA) por la mañana en posición supina y tras 1-3 minutos de bipedestación; Definimos HO como el descenso de > 20 mmHg de TA sistólica a la hora de la ingesta.

**Resultados:** Mujeres 14 (51,9%) y varones 13 (48,1%), La medias fueron: Edad: 78,8 7,3 años; BP: 100 16,4, BI: 34 25; BA: 73 23,8; L: 5; 2,7; MMSE: 25; 7,1; Y: 4; 3,4; IMC: 24,4; 5,6; Al: 5,5; Cl: 164; 45,2; CH: 2; 1,3; N: 17; 2,7; SG: 4; 1,5; NF: 7; 2,9. Pacientes desnutridos: 18 (66,7%) y pacientes con caídas: 18 (66,7%). De los 27, 3 (11,1%) tuvieron HO y 9 (33,3%) tuvieron HPP. No se hallaron asociaciones significativas entre la presencia de HO y HPP en las variables estudiadas. Un paciente presentó ambas hipotensiones.

**Conclusiones:** La prevalencia de HO y HPP fue relativamente baja en la población estudiada. No se demostraron relaciones significativas entre los parámetros de valoración geriátrica y la presencia de HO y HPP debido al limitado tamaño de la muestra.

### ANTICOAGULACIÓN EN PACIENTES GERIÁTRICOS DIAGNOSTICADOS DE FIBRILACION AURICULAR

L. Morlans Gracia, E. Ubis Diez y J. Galindo Ortiz de Landazuri  
Hospital Sagrado Corazón de Jesús, Huesca.

**Hipótesis:** Existe un porcentaje importante de pacientes Geriátricos diagnosticados de fibrilación auricular que no reciben tratamiento anticoagulador

**Objetivo:** Valorar la utilización de anticoagulante oral en una muestra de pacientes geriátricos con diagnóstico de FA. Identificar la toma de fármacos que interfieran en la acción del ACO. Descartar contraindicaciones relativas y absolutas para la anticoagulación oral. Reflejar la utilización de tratamiento alternativo en caso de ausencia de anticoagulación

**Material y métodos:** Estudio observacional, descriptivo y transversal  
Muestra: 53 pacientes ingresados en el Servicio de Geriatría del Hospital Sagrado Corazón de Jesús de Huesca desde Septiembre hasta Diciembre de 2005 Datos recogidos: Procedencia, edad, sexo, situación funcional previa al ingreso (Índice de Barthel), existencia previa de deterioro cognoscitivo (ECR). Motivo de ingreso, presencia de factores de riesgo para padecer ACV. Toma de fármacos que interfieran en la coagulación. Presencia de contraindicaciones absolutas y relativas para la anticoagulación en el momento del ingreso. Historia de contraindicaciones previas. Administración de tratamiento alternativo al anticoagulante oral.

**Resultados:** 53 pacientes. 31 mujeres. 51 pacientes por encima de los 75 años. ACxFA crónica 86,8%, ACxFA paroxística 3,8%, ACxFA de nueva aparición 9,4%. El porcentaje de pacientes en nuestra muestra que no estaban siendo tratados con ACO fue de 77,3% siendo este porcentaje significativamente mayor en los pacientes con más de 80 años. No hay diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la situación cognoscitiva y funcional previa. Entre los no anticoagulados antecedentes de: ACV previo 14,63% DM\* 26,82% HTA\* 53,65% ICC 31,70% hipertiroidismo 0,97%. Sólo dos de los pacientes de la muestra presentaron CI absolutas en el momento de la valoración (hemorragia y alergia al fármaco), relativas: ausencia de colaboración 8, alcoholismo 1, alteraciones psiquiátricas 1, HTA severa 1, IQ reiene 1, hepatopatía 1. 24.5% habían presentadas contraindicaciones algún momento de su vida según las historias

clínicas. Llevaban fármacos potenciadores de la anticoagulación 6 e inhibidores 4. 19% de los no anticoagulados tomaban tratamiento alternativo (antiagregación) \* siendo el fármaco el AAS el más utilizado. \*Significación estadística.

**Conclusiones:** En nuestra muestra. La edad fue un criterio de exclusión para la anticoagulación oral. Los factores de riesgo vascular no implicaron mayor porcentaje de anticoagulación oral. La ausencia de contraindicaciones para esta terapia no implicó su indicación. Pese a la evidencia científica de los beneficios en la ACO en el anciano seguimos apreciando recelos en su utilización.

### COLONIZACIÓN NASAL POR Staphylococcus aureus RESISTENTES A METICILINA EN UNA RESIDENCIAGERIÁTRICA: ¿DE DÓNDE PROCEDEN?

E. Ruiz De Gopegui Bordes<sup>1</sup>, E. Campos Alcaide<sup>2</sup>, C. Andreu Mestre<sup>2</sup>, A. Cifre Socías<sup>2</sup>, A. Oliver Palomo<sup>1</sup> y J.L. Pérez Sáenz<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Microbiología. Hospital Universitario Son Dureta, Palma de Mallorca, <sup>2</sup>Residencia Bosanova, Palma de Mallorca.

**Objetivos:** Estudio de epidemiología molecular de los Staphylococcus aureus resistentes a meticilina (SARM) aislados en frotis nasales de los pacientes ingresados en la Residencia «Bonanova» de Palma de Mallorca (institución pública de cerca de 500 camas); comparándolos con los SARM aislados en el Hospital Universitario Son Dureta (HUSD), que es su hospital de referencia.

**Métodos:** Se recogió un exudado nasal a todos los residentes ingresados en el centro geriátrico que aceptaron participar en este estudio, coincidiendo con la campaña de vacunación de la gripe (octubre-noviembre 2005). Los escobillones se sembraron en una placa de agarmanitol salado. El perfil de sensibilidad antibiótica se determinó mediante difusión con discos. Se realizó PCR en todas las cepas de SARM para la detección de PVL (leucocidina de Pantón-Valentine) y para el tipaje de SCCmec. El estudio de epidemiología molecular se realizó mediante electroforesis de campo pulsado (PFGE), usando Smal como enzima de restricción.

**Resultados:** Se recogieron muestras de 465 residentes. El total de pacientes portadores nasales de S. aureus fue de 89, de los residentes estaban colonizados por esta bacteria multiresistente. Mediante PFGE se detectaron dos clones de SARM: clon A (12 aislados, 32%, con 3 subtipos) y clon C (25 aislados, 68%, con 5 subtipos). Los dos clones encontrados son dos de los tres clones mayoritarios en HUSD. El clon C es idéntico al EMRSA-15, que es el más frecuente en los hospitales británicos, y que está presente en otros países, aunque no en el territorio peninsular español. Todos los SARM de la residencia geriátrica fueron sensibles a la vancomicina, cotrimoxazol, rifampicina, tetraciclina, cloranfenicol, linezolid, mupirocina y ácido fusídico; resistentes a ciprofloxacino. La resistencia fue variable para la tobramicina (todas las cepas del clon A fueron resistentes, mientras que todas las del clon C fueron sensibles), eritromicina (49% resistencia) y clindamicina (11% resistencia constitutiva y 24% inducible). Un aislado fue resistente a gentamicina. Todos los SARM tuvieron el SCCmec tipo I V y en ninguno se encontró el PVL.

**Conclusiones:** La prevalencia de SARM en exudados nasales fue del 8%, relativamente baja comparada con otros estudios. Se ha detectado la presencia de dos clones distintos de SARM, encontrados también en los pacientes ingresados en el hospital de referencia, de ahí la importancia de políticas de control coordinadas entre ambas instituciones. No se han encontrado cepas de SARM con características típicas de SARM comunitario (resistencia exclusiva a lactámicos, PVL+).

### ENFERMEDAD DE HORTON EN PACIENTES DE EDAD AVANZADA

C. Pérez Bocanegra, R. Solans Laqué, J. Pérez López, J. A. Bosch Gil, J. Prieto Toribio y M. Vilardell Tarrés  
Servicio M. Interna. Hospital Vall D'Hebrón, Barcelona.

**Introducción:** La enfermedad de Horton o arteritis de la temporal es una vasculitis sistémica que típicamente aparece en edades avanzadas de la vida. Aunque la esperanza de vida de los pacientes afectados por esta enfermedad es similar a la de la población general, si que puede causar una importante morbilidad, sobre todo por la pérdida de visión secundaria a neuritis óptica isquémica, lo que puede ocasionar un deterioro funcional y dependencia importantes.

**Objetivo:** Describir las características de una serie de pacientes diagnosticados de enfermedad de Horton, y seguidos en nuestro centro desde el año 1990 hasta la actualidad.

**Pacientes y metodología:** Se incluyen un total de 102 pacientes diagnosticados de arteritis de la temporal y seguidos en consultas externas de nuestro centro. Se ha realizado un estudio estadístico descriptivo mediante el programa informático SPSS 13.0 para Windows.

**Resultados:** La edad media de los pacientes fue de 75.66 años (mínimo 55, máximo 92), del total de pacientes 94 (92%) tenían en el momento del diagnóstico 65 años o más. El 73,5% (75) eran mujeres. En el momento del diagnóstico el 84% de los pacientes presentaban cefalea, el 55% claudicación mandibular, el 37% síntomas de polimialgia reumática, el 28% hiperestesia del cuero cabelludo, el 10% cervicalgia, el 1% glosalgia y el 1% se presentó con un scalp. En el 37% de casos hubo pérdida visual transitoria o permanente. Un 47% de pacientes tenía síndrome constitucional y un 24,5% fiebre. Como procedimiento diagnóstico se realizó biopsia de la arteria temporal en todos los pacientes, resultando patológica en el 97% de casos. El tratamiento se realizó en todos los pacientes con prednisona inicialmente, otros tratamientos utilizados fueron deflazacort en el 26.5%, azatioprina en el 4%, metotrexato en el 4%. El 29.4% de pacientes presentaron recidivas en forma de polimialgia reumática, ningún paciente presentó nuevas alteraciones visuales durante el seguimiento.

**Conclusiones:** La artritis de la temporal es una enfermedad propia del paciente de edad avanzada, preferentemente de mujeres, cuya forma de presentación es heterogénea. El procedimiento diagnóstico de elección sigue siendo la biopsia de la arteria temporal. Con tratamiento adecuado y lo más precoz posible la evolución es buena, con buen pronóstico funcional.

#### ASOCIACIÓN ENTRE TIEMPO DE ESPERA QUIRÚRGICA Y MORTALIDAD INTRAHOSPITALARIA EN FRACTURA DE CADERA. ANÁLISIS RETROSPECTIVO DE SEIS AÑOS

M. Martínez Rivero<sup>1</sup>, V. López Gaona<sup>1</sup>, F. M. Suárez García<sup>2</sup>, A. I. González Alónso<sup>1</sup> y J.J. Solano Jaurrieta<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Monte Naranco, Oviedo, <sup>2</sup>Consejería de Salud y Servicios Sanitarios Principado de Asturias, Avilés.

**Objetivo:** Determinar la asociación entre el tiempo hasta la cirugía de fractura de cadera y la mortalidad intrahospitalaria.

**Método:** Estudio retrospectivo de los ingresos por fractura de cadera de personas de 60 y más años producidos en el Servicio de Salud del Principado de Asturias entre los años 2000-2005. La fuente de datos fue el Conjunto Mínimo Básico de Datos. Se seleccionaron todos los ingresos con el diagnóstico de fractura de cadera (CIE-9MC comprendido entre 820.0 y 829.9) y se describieron las características de los mismos realizando un análisis de regresión logística para comprobar si existía una asociación independiente entre el tiempo desde el ingreso hasta la intervención (menor o igual a 24 horas versus mayor de 24 horas) y la mortalidad intrahospitalaria.

**Resultados:** En los seis años de análisis se produjeron 5.717 ingresos de los cuales el 79,2% fueron mujeres, con una edad media de 82,8

(DE: 7,71) y una proporción de mayores de 85 años del 42%. La estancia prequirúrgica media fue de 4,41 días (DE: 3,60). Solo el 12,8% fue intervenido en las 24 horas posteriores al ingreso sin que existiesen diferencias significativas en función de la edad, sexo, hospital o tipo de fractura. La proporción de prótesis parcial y fijación interna fue similar. Fallecieron el 6,4% de los individuos. Tras realizar un análisis de regresión logística ajustado por edad, sexo y hospital la cirugía posterior a las 24 horas de ingreso se asoció a un riesgo de muerte 3,09 veces mayor (IC 95%: 1,87-5,11).

**Conclusiones:** El tiempo entre el ingreso y la cirugía de cadera se asocia al pronóstico en términos de mortalidad, motivo por el cual debería emplearse como indicador de calidad en este proceso.

#### DOLOR ABDOMINAL AGUDO EN EL ANCIANO EN UN SERVICIO DE URGENCIAS

B.E. González García<sup>2</sup>, M. Fernández Fernández<sup>1</sup>, F. M. Suárez García<sup>1</sup>, A. Álvarez García<sup>2</sup> y J.J. Solano Jaurrieta<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Geriátria/Hospital Monte Naranco, Oviedo, <sup>2</sup>Servicio de Urgencias/Hospital Central Universitario.

**Objetivo:** Describir las características del dolor abdominal en pacientes mayores de 65 años, que precisan atención en un servicio de urgencias hospitalario, comparándolos con los menores de esta edad.

**Método:** Se incluyen los pacientes que acuden al servicio de urgencias del Hospital Universitario Central de Asturias, entre el 15-05-06 y 15-07-06, por dolor abdominal agudo, de menos de 7 días de evolución. Se excluyeron aquellos pacientes que habían sufrido un traumatismo abdominal o habían sido sometidos a cirugía o procedimientos abdominales invasivos en los 30 días previos. Se obtuvieron datos relativos a edad, sexo, número de ingresos hospitalarios, servicio de ingreso, realización de cirugía, estancia media, diagnóstico y reingresos.

**Resultados:** La edad media de los pacientes (n: 699) fue de 52,68 (IC 95%: 51,02-54,34). El 35,9% de los pacientes fueron mayores de 65 años. En ambos grupos de edad hubo una mayor proporción de mujeres. Los pacientes mayores de 65 años, ingresaron más frecuentemente (36,8% vs 20,6%) (p < 0,05), pero no precisaron más intervenciones quirúrgicas. El servicio que concentró un mayor número de ingresos, en ambos grupos de edad, fue cirugía general. Los ingresados en este servicio precisaron, en menos de la mitad de los casos, intervención quirúrgica -31,6% de los mayores vs 42,6% de los menores de 65 años- (diferencias no significativas). Los diagnósticos más frecuentes en mayores de 65 años, fueron los procesos relacionados con las vías biliares (20%), mientras que en menores de 65 años lo fueron la diverticulitis y la apendicitis. La estancia media de los pacientes que ingresan fue mayor en ancianos, aunque sin diferencias significativas. Tampoco existieron diferencias en el número de reingresos a los 14 días del alta.

**Conclusiones:** los pacientes mayores de 65 años, que acuden a un servicio de urgencias hospitalario por dolor abdominal agudo, ingresan en mayor proporción que los más jóvenes, lo que puede indicar una mayor adecuación del uso del servicio.

## COMUNICACIONES LIBRES VI Sala Turina

Jueves, 7 de Junio de 18:30 a 20:30 horas

### Ciencias sociales y recursos asistenciales I

*Moderan:*

Nina Mielgo

*Comité Técnico de la SEGG*

Juana M<sup>a</sup> Pascual

*Residencia Mixta Bonanova. Palma de Mallorca*

#### **EL IMPACTO DEL DESCONOCIMIENTO DE LA TASA DE PREVALENCIA DE LAS DISCAPACIDADES EN LA POBLACIÓN INMIGRANTE SOBRE LA ESPERANZA DE VIDA EN SALUD EN ESPAÑA**

A. Solé Auró, M. Guillén Estany y Lluís Bermúdez  
*Universitat de Barcelona.*

**Objetivos:** La composición de la población española ha cambiado en los últimos años debido a la llegada de la población inmigrante. Nuestro objetivo es acotar cuánto podría llegar a cambiar la esperanza de vida en salud y en discapacidad de la población española, debido a la incorporación de un nuevo colectivo, es decir, estimar el impacto sobre la esperanza de vida en salud cuando se tiene en cuenta la inmigración. Se debe tener en cuenta que las tasas de prevalencia de la discapacidad del nuevo colectivo se desconocen. En definitiva, el trabajo acota los límites de las consecuencias de los flujos migratorios sobre los estudios de discapacidad y dependencia, a la vez que pone en evidencia la necesidad de recabar mayor información sobre la nueva composición de la población española y sus características socio-sanitarias.

**Método:** Se trabaja con un modelo de múltiples causas de salida (Preston, et al, 2001, Haberman y Pitacco, 1999) con tres estados: estado activo, estado discapacitado y muerto. Y se utiliza el método de Sullivan (1971) para calcular la esperanza de vida en salud. Además enunciamos un teorema cuyo interés radica en que podemos actualizar las estimaciones de las esperanzas de vida con y sin discapacidad en la población total en función de los indicadores de la población de referencia no inmigrante.

**Resultados:** Una vez obtenida la composición de la población española, diferenciando los dos colectivos del año 1999 hasta el 2005, se observa un importante incremento de inmigrantes en este período. La mayor proporción de inmigrantes por edad se da a los 27 años para los varones y 26 para las mujeres, siendo el porcentaje de población inmigrante un 11,68% y un 9,76%, respectivamente. Suponiendo un 15% de inmigrantes sobre el total de la población y en el caso que el colectivo de inmigrantes carezca de buenas condiciones de salud, la esperanza de vida con discapacidad a los 65 años es de 6,46 años para los hombres y 9,93 años para las mujeres. Lo que representa un incremento de 2,4 y 3,1 años respectivamente respecto a la situación en que los inmigrantes estén en perfectas condiciones sanitarias.

**Conclusiones:** En función del peso de los inmigrantes, la EVD se ve modificada sin grandes oscilaciones. Con el objetivo de estimar la variación en los costes de la dependencia teniendo en cuenta la presencia del grupo inmigrado, hemos obtenido unos intervalos máximos que servirán de guía mientras no se disponga de información sobre el estado de salud de la nueva población española, su mortalidad y su influencia en el coste de la atención de las personas mayores. Suponiendo que para un individuo los costes de cuidados de larga duración (CLD) son proporcionales a la duración de su discapa-

cidad, y utilizando la EVD a los 75 años, por ejemplo, observaríamos un incremento de gastos del 14,21% en las mujeres bajo el escenario más desfavorable en el que todas las inmigradas estén discapacitadas y con una presencia dentro de la población española del 15%. Este porcentaje sería del 20,80% en los hombres.

#### **¿Y SI LES PREGUNTAMOS?**

C. Gasca Rolín<sup>1</sup>, M. A. Marta Lazo<sup>1</sup>, J. García Caballero<sup>1</sup>, D. Cebollada Burzuri<sup>1</sup>, D. Montes Fernández<sup>2</sup> y J. Marta Moreno<sup>3</sup>  
<sup>1</sup>Residencia Las Fuentes, Zaragoza, <sup>2</sup>I.A.S.S. (Instituto Aragonés de Servicios Sociales), <sup>3</sup>GESTO S.C.

El ser humano es el único organismo vivo sobre este planeta que tiene conciencia de que un día morirá. El conocimiento de la vida humana lleva implícita la dimensión temporal, y, en ella, el tiempo biográfico nos conduce a la idea de fin, y, por tanto, a la idea de muerte. Este conocimiento de la inevitabilidad de la muerte puede conducir a ansiedad ante la muerte o a un sentimiento profundo de miedo.

**Objetivos del presente estudio:** Mostrar los sentimientos que nos transmiten los mayores durante el final de su vida. Conocer la respuesta emocional de los ancianos institucionalizados consultados al tratar temas como el de la muerte y averiguar si en esa respuesta influye la edad. Comprobar la predisposición a hablar con una persona ajena a ellos.

**Metodología:** El trabajo sigue un diseño de carácter cualitativo centrado en el aspecto descriptivo. La muestra se compone de un total de 161 ancianos institucionalizados (39 hombres y 122 mujeres). La edad media de la muestra es de 81,2 años siendo el anciano más joven de 63 años y el mayor de 94. Se han considerado variables independientes la edad, el sexo, el estado civil, la autoestima y el nivel de religiosidad.

Para la obtención de información se utilizaron los siguientes cuestionarios: Hoja de respuestas que incluye información referente al nombre de la residencia, edad, sexo y estado civil. Escala de autoestima (SES) de Rosenberg. Escala de ansiedad ante la muerte (DAS) de Templer en su versión de 15 ítem. Escala revisada de miedo a la muerte y al proceso de morir de Collet-Lester.

**Resultados:** El porcentaje de ancianos que muestra una ansiedad ante la muerte elevada es prácticamente insignificante en el conjunto de ancianos entrevistados, ya que corresponde a un 3,3%. El 80% de los ancianos teme a una muerte dolorosa, es decir, tiene miedo al sufrimiento, no a la muerte en sí. El 16,7% está preocupado por lo que pueda haber tras la muerte.

**Conclusiones:** No encontramos ninguna relación entre la edad y la ansiedad ante la muerte, de manera que el paso del tiempo es un factor que no influye. Al tratar el tema de la muerte con los mayores, ninguno de ellos mostró rechazo. La práctica totalidad de los ancianos manifiesta temor al sufrimiento. No temen a la muerte, pero sí que ésta sea dolorosa. La preocupación por la muerte de un ser que-

rido es, indudablemente, mucho mayor que la preocupación por la muerte propia para la mayor parte de los entrevistados. Y lo mismo ocurre con el proceso de muerte.

### MEJORA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL EN UN CENTRO GERONTOLÓGICO. PROMOCIÓN DE LA MEJORA CONTINUA CON EL PROGRAMA CLIENTE MISTERIOSO. UNA PUERTA A LA EXCELENCIA

M. Fuertes Arrizabalaga, R. Sánchez-Ostiz Gutiérrez, D. Gutiérrez Bustillo y J. San Julián Aranguren  
AMMA Gerogestión, Pamplona.

**Introducción:** En el año 2006 se pone en marcha como recurso innovador el programa Cliente Misterioso en 3 centros gerontológicos Amma de Pamplona como parte del proyecto de mejora continua de la Atención al Cliente en el Grupo Amma. El Cliente misterioso es un sistema de diagnóstico de la Calidad Percibida por nuestros usuarios y familiares. Un sistema que permite apreciar, mediante un diagnóstico objetivo, las mejoras que podemos llevar a cabo en los centros.

**Objetivos:** Promover la mejora continua en los centros, implicando a todos los trabajadores, con el fin de llegar a la excelencia en la atención a nuestros residentes y a sus familiares. Fidelizar a nuestros clientes y preguntarnos cómo podemos mejorar.

**Método:** Durante 6 visitas realizadas por Clientes Misteriosos a cada uno de los 3 centros en dos tandas, una en junio y otra en octubre, se sometió a evaluación la atención ofrecida por parte de nuestros profesionales. Los centros desconocían la apariencia de los posibles clientes «evaluadores». Estos clientes desconocidos, examinaron criterios pautados con los Departamentos Técnico y de Calidad, como atención telefónica, tiempo de espera, exterior e interior de las instalaciones, la calidad del servicio, sensibilización con el cliente, empatía percibida... Se preparó a los Clientes misteriosos diseñándoles diferentes escenarios/casos que ellos a su vez plantearían a los profesionales durante sus visitas a los centros. Entre ambas tandas de evaluación se ofrecieron charlas formativas sobre atención al cliente a nuestros profesionales.

**Resultados:** Comparativamente, la calidad percibida por el Cliente Misterioso mejoró un 11,26% entre la 1ª tanda de visitas y la 2ª. El centro A tuvo una media de 83,5% de cumplimiento satisfactorio de los criterios examinados, el centro B un 75,6% y el centro C un 90,6%

**Conclusiones:** Suponer que nuestra atención a las personas mayores y sus familiares es correcta, no es fiable. Los informes resultantes de las visitas nos han indicado nuestros puntos fuertes y débiles de manera objetiva. Como consecuencia del diagnóstico, se han planteado diversas sesiones formativas para los profesionales con el fin de que nuestros clientes siempre sientan que se quedan en buenas manos con los mejores recursos humanos y materiales.

### PERSPECTIVAS PSICOSOCIALES SOBRE LA ADAPTACIÓN A LA PREJUBILACIÓN: RETOS Y CONSECUENCIAS.

I. Lizaso Elgarresta<sup>1</sup>, C. M. Alcover de La Hera<sup>2</sup>, M. Sánchez de Miguel<sup>1</sup> y A. Crego Díaz<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Universidad del País Vasco, San Sebastián, <sup>2</sup>Universidad Rey Juan Carlos-Madrid.

**Introducción:** Se exponen conclusiones de dos proyectos de investigación realizados por la Universidad del País Vasco (UPV) y la Universidad Rey Juan Carlos de Madrid (URJC) sobre la experiencia de la prejubilación.

**Objetivo:** Identificar posibles consecuencias personales y psicosociales asociadas al retiro temprano.

**Método:** Estudio UPV: entrevista semiestructurada a 41 personas prejubiladas (35 hombres y 6 mujeres) mayores de 55 años (M = 66 años, DT = 5,5). Datos sociodemográficos y psicosociales sobre salud física (consumo de alcohol, alimentación, etc), psicológica (ansiedad y depresión) y social (actividades que realizan y, frecuencia y satisfacción de relaciones sociales). Estudio URJC: nueve grupos de discusión integrados por 78 personas prejubiladas (edades comprendidas entre 55-70 años). El contenido de los grupos se centró en cuestiones referentes a la etapa anterior, inmediata y posterior a la salida del mercado laboral.

**Resultados:** Estudio UPV: un porcentaje elevado (75%) percibe una pensión superior a la media (737 €); presentan una buena salud física y psicológica; son frecuentes las relaciones sociales y familiares y se

sienten satisfechos con ellas. Estudio URJC: se identifican posibles consecuencias de la prejubilación a nivel individual (re-construcción del autoconcepto y la autoestima), interpersonal (impacto en las relaciones familiares) y social (identidad social ambigua del prejubilado).

**Conclusiones:** Las consecuencias del retiro temprano son heterogéneas y su carácter positivo o negativo depende de la concurrencia de distintos elementos moduladores. Se subraya la importancia de los programas de preparación para la jubilación temprana con el objetivo de minimizar las consecuencias negativas de la prejubilación.

### ANÁLISIS INTEGRADO (COSTE-BENEFICIO) DE UN TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO EN UNA UNIDAD DE MEMORIA

G. Juxue Erro<sup>1</sup> y K. Moreno Orduna<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Centro Psicogeriátrico San Francisco Javier, Pamplona/Iruña, <sup>2</sup>Universidad Pública de Navarra.

**Introducción:** Entre las patologías neurodegenerativas, las demencias constituyen uno de los problemas más graves de la sociedad actual, siendo la Enfermedad de Alzheimer (E.A.) el más claro exponente. La (E.A.) es un trastorno neurodegenerativo que provoca un deterioro progresivo de las funciones cognitivas con una gran repercusión sobre las habilidades sociales de la persona afectada y carga física y emocional de los cuidadores. Presentando un elevado coste económico de atención, especialmente en las fases más avanzadas de la enfermedad, siendo éste uno de los aspectos menos estudiados. Dentro de las respuestas incipientes a este problema, además del tratamiento farmacológico, se están empezando a aplicar de modo experimental intervenciones no-farmacológicas con el fin de ralentizar la evolución de la enfermedad, sin que aun exista suficiente evidencia científica sobre su eficacia y el coste-beneficio de las mismas.

**Objetivos:** La finalidad de este trabajo es realizar un análisis integrado (clínico y económico) de un tratamiento no farmacológico (con una duración de 18 meses), dirigido a retardar la aparición de síntomas en pacientes que presentan un deterioro cognitivo leve. En concreto, se estudiará el proceso de tratamiento en la Unidad de Memoria del Centro Psicogeriátrico «San Francisco Javier» ubicado en Navarra desde una doble perspectiva: Evaluación de la eficacia del tratamiento aplicado en un grupo de sujetos entre el año 2005 y 2006; coste por proceso de atención al paciente en este periodo.

**Material y métodos:** Para evaluar la eficacia se ha utilizado un estudio pre-post test de todos los pacientes atendidos en la Unidad de Memoria durante los años 2005 y 2006 mediante evaluaciones de seguimiento periódicas (cada 9 meses). Estos controles se han efectuado a través de una batería de instrumentos estandarizados (MMS, MEC, GERMICIDE, CERAD, Pfeiffer, FVS, IDDD, cuestionario de Zarit y Escala de Depresión de Yesavage). En cuanto a la obtención del coste por proceso de atención al paciente, se ha utilizado la filosofía del sistema Activity-Based-Costing (ABC) que supone diseñar el mapa de procesos de atención al paciente, realizar una descripción de las actividades que los componen y asignar los recursos necesarios para llevarlos a cabo para calcular así el coste unitario de cada uno de ellos.

**Resultados:** Tras analizar los resultados obtenidos en las evaluaciones y procedimientos realizados: Se constata un freno significativo en la velocidad del avance del proceso de deterioro cognitivo. Se detecta el mantenimiento e incluso mejora de la reserva cognitiva de los sujetos al finalizar el período de tratamiento. El coste total del tratamiento del paciente es de 2.745 €.

**Conclusiones:** La Unidad de Memoria a través de la aplicación de un tratamiento no farmacológico está obteniendo excelentes resultados en la detención de la evolución de la EFAL lo que conlleva un aumento de la calidad de vida del paciente y de su familia; teniendo en cuenta que su coste es moderado, nos encontramos ante un recurso efectivo que puede servir de ejemplo para que otros similares se constituyan dados sus buenos resultados terapéuticos y económicos

### MEJORA DE LA ATENCIÓN MEDIANTE LA INCORPORACIÓN UNA SISTEMÁTICA DE MEJORA CONTINUA EN LA ORGANIZACIÓN

M.F. Cerdó Pascua, N. Alberdi, G. Beraza y M.L. Genua  
Matia Fundazioa, Fundación Matia, Donostia, San Sebastián.

**Introducción:** Matia Fundazioa en su camino hacia la calidad total-excelencia adoptó en el año 2000 la gestión por procesos como he-

herramienta de gestión en toda la organización siguiendo las pautas que marca el modelo EFQM. Se identificaron y estructuraron los procesos y empezaron a gestionarse siguiendo el ciclo PDCA de mejora continua. No obstante se identificaron problemas y oportunidades de mejora que no se gestionaban adecuadamente a través de los procesos ya que afectaban a varios de ellos o bien se focalizaban en un determinado servicio, etc. Para ello se ha visto necesaria la incorporación de una sistemática para este tipo de mejora no planificada que permita a las personas de la organización participar en la resolución de los problemas y extender las soluciones al resto de la organización.

**Objeto:** Evaluar la idoneidad de los equipos de mejora para la solución de los problemas y/o desarrollo de oportunidades de mejora que no «encajan» en ningún proceso.

**Material y método:** Aprendizaje sobre herramientas para la mejora en la organización. Elección de la sistemática de equipos de mejora. Elaboración del procedimiento «Equipos de Mejora» y de los registros asociados. Elaboración del folleto «Dinámica de trabajo en los equipos de mejora» y del documento «Funciones y responsabilidades». Formación a las personas de la organización. Implantación de los equipos de mejora. Apoyo y dinamización de las reuniones de los equipos de mejora

**Resultados:** Desde el año 2002 se han constituido en Matia 32 equipos de mejora en los que han participado un total de 146 personas. La progresión de los mismos ha sido ascendente (de 1 en 2002 a 8 en 2006). Hasta el momento se han implantado 20 mejoras, de las cuales 11 afectan a la atención directa (garantía de derechos, criterios de terminalidad, caídas, incontinencia urinaria, movilización de enfermos y residentes, lesión cerebral) otras a la gestión (control de la legislación, contratación, etc) y otras a los procesos soporte (menú alternativo, plan DDD...). 3 de los equipos no alcanzaron los objetivos marcados en 2003, 1 en 2004, 1 en 2005 y 1 en 2006. Las mejoras introducidas han ido aumentando con el paso del tiempo. En el año 2006 el impacto económico de las mejoras ha sido de: 93.670 €

**Conclusiones:** La incorporación de la sistemática de los equipos de mejora ha contribuido a la implantación de mejoras tanto en la gestión como en la atención a personas mayores y a discapacitados. Conforme se ha ido afianzando la figura del equipo de mejora en la organización se ha ido incrementando el nº de problemas detectados y, en consecuencia el nº de equipos de mejora y participantes. La madurez en el funcionamiento, el apoyo y el hecho de definir claramente la función, los límites y dinámica de los equipos de mejora ha contribuido también a que progresivamente las mejoras propuestas se ajusten a la realidad y puedan implantarse en la organización.

#### CALIDAD Y CALIDEZ, UN MODELO DE ATENCIÓN GERIÁTRICA INTEGRAL E INTERDISCIPLINAR. VISIÓN DESDE LA UNIDAD DE ATENCIÓN AL USUARIO

M. Covas Bosch, N. Flaquer Terrasa, B. Orta Navarro y A. Cladera Sampol

*Hospital Sant Joan de Déu, Palma de Mallorca.*

**Justificación:** En el año 2000 en el HSJD, se produce un cambio de gerencia que con participación de 30 personas «clave» elaboran un Plan de Viabilidad, un Plan Estratégico y un Plan de Excelencia, orientados a la consecución de un modelo de Asistencia Geriátrica Integral. Frente a las necesidades profesionales, la frialdad clínica, la indiferencia ante el anciano, el paciente cautivo y una orientación a los Servicios, se propone un modelo orientado a las necesidades de la población, con calidez en el trato, sensibilidad ante el anciano, sentirse como en casa y centrado en el enfermo. La Organización adopta el modelo de Gestión de Calidad EFQM y la Unidad de Atención al Usuario elabora el Proceso Clave y Estratégico La Voz del Paciente para garantizar su presencia en la gestión del centro.

**Objetivos:** Incluir «La Voz del Paciente» en la gestión del Hospital San Juan de Dios. Conocer la percepción y opinión de los pacientes y sus familias sobre el funcionamiento del Centro hospitalario y del Centro asistencial de Palma, conocer el impacto de la aplicación de nuestras políticas y conocer el grado de conocimiento o actitud hacia los problemas de salud que atendemos o situaciones que se producen. Mejorar y superar las cifras de satisfacción de los pacientes en cada ejercicio

**Metodología:** Se diseña el Proceso Clave y Estratégico de «La Voz del Paciente» que incluye dos vías de entrada de información: La

atención directa de usuarios, recogiendo sus sugerencias, quejas, reclamaciones y agradecimientos en entrevista personal y mediante la documentación recogida en un sistema de buzones de sugerencias. Se pone en marcha la recogida permanente, 365 días al año, de la opinión de los usuarios, mediante un sistema de encuestas segmentadas y adaptadas a cada tipo de paciente atendido (hospitalizado, consultas externas, cirugía sin ingreso, rehabilitación y hospital de día) Los datos obtenidos se comparan con los obtenidos por el Sistema Nacional de Salud y con otros Hospitales de la Orden Hospitalaria

**Resultados:** De 187 encuestas recogidas entre los años 2003-2004, se pasó a 1052 encuestas recogidas en 2006, lo que supone un aumento de recogida de información del 562%. La satisfacción global de los pacientes sobre el hospital, puntuando de 1 a 10 ha pasado a ser de 7,2 en 2003 a 8,6 en 2005. El porcentaje de pacientes que considera que la atención de nuestro hospital ha sido muy buena ha pasado del 71% en el año 2003 al 86% en el año 2005. La tasa de reclamaciones ha disminuido del 0,02 de 2003 a 0,01 en 2005. Se han introducido Acciones de Mejora a partir de las sugerencias recibidas por el Proceso «Voz del Paciente» En el momento de presentar este resumen no se dispone del análisis de los datos de 2006, que está pendiente de procesamiento y estará disponible para Congreso.

**Conclusiones:** La Voz del Paciente queda garantizada dentro de nuestra Organización.

La tasa de reclamaciones ha disminuido y el grado de satisfacción global percibido por nuestros usuarios ha aumentado, lo que nos hace sentir que nuestros objetivos iniciales han sido cubiertos y nos invita a seguir trabajando para la mejora continua en la atención de nuestros pacientes y sus familias.

#### GRADO DE INFORMACIÓN SOBRE LA «LEY DE INSTRUCCIONES PREVIAS» EN LA POBLACIÓN ANCIANA

M. Herrera Abián, A. Palomo Iloro, C. Verdejo Bravo y J.M. Rebera Casado

*Hospital Clínico San Carlos, Madrid.*

**Introducción:** La Ley de «instrucciones previas» (Ley 41/2 de 14 Noviembre; Ley de la C.A. 3/2005 de 23 Mayo) garantiza la autonomía del paciente, manifestada de forma previa y fehaciente, con objeto de respetar su voluntad en las decisiones sobre su atención médica en los momentos finales de la vida.

**Objetivos:** Conocer la información que sobre la «Ley de instrucciones previas» poseen los pacientes ancianos; 2) valorar la aceptación que tendría esta Ley en aquellos ancianos a los que se les ha informado sobre su existencia y contenido.

**Material y método:** encuesta seriada durante 3 meses (mayo, junio, octubre 2006) a los pacientes mayores de 65 años consecutivamente atendidos en una consulta externa de Geriátrica. Los ítems de la encuesta fueron: características demográficas, conocimiento de la Ley de instrucciones previas, realización y deseo de realizar dicho documento, y grado de implicación de la familia en este tema. A los que desconocían la existencia de la ley de instrucciones previas se les informó durante la entrevista, valorando posteriormente el grado de aceptación de esta Ley.

**Resultados:** Muestra 122 pacientes (edad media: 82 años; 51% varones). Nivel cultural: 5,7% analfabetos, universitarios 9%, y el resto con estudios primarios o secundarios. Conocían la existencia de un documento sobre instrucciones previas el 26%, pero únicamente el 8% sabía de la aprobación de la ley. Habían realizado este documento 3%; le gustaría realizarlo el 81%. Habían consultado con la familia el 66%, y el 75% de éstos confía en que respeten sus deseos al final de la vida. El 75% de los que no conocían esta Ley, una vez informados deseaban realizarlo ( $p < 0,005$ ). Los varones tenían mayor conocimiento sobre el testamento vital ( $p < 0,0001$ ), y tenían más deseo de realizarlo ( $p < 0,0001$ ). Destacar que existía una diferencia significativa entre la formación universitaria entre varones y mujeres ( $p < 0,001$ ). En los dos sexos se había consultado con la familia ( $p = n.s.$ ) pero era significativamente mayor la confianza que tenían los varones en que se respetaran sus deseos ( $p < 0,002$ ).

**Conclusiones:** Los pacientes ancianos atendidos de forma ambulatoria en un Hospital terciario están desinformados de la «Ley de instrucciones previas». Una vez informados, la mayoría desearía realizar un documento de este tipo. Sería conveniente favorecer el conocimiento de esta Ley y de su contenido a la población anciana.

## FUNCIONAMIENTO SOCIAL Y LA EVENTUALIDAD DE INGRESOS HOSPITALARIOS

J. Rodríguez Galván<sup>1</sup>, R. López Mongil<sup>1</sup>, E. Trigo Carnicero<sup>1</sup>, M.P. Redondo del Río<sup>2</sup>, J.A. López Trigo<sup>3</sup> y J.L. Elguero Angulo<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Centro Asistencial Dr. Villacián, <sup>2</sup>Dietética Universidad de Valladolid, <sup>3</sup>Unidad de Memoria Ayuntamiento de Málaga.

Existen centros asistenciales dedicados al cuidado de ancianos, que provienen de hospitales psiquiátricos donde la población atendida se distribuye entre enfermos mentales de edad avanzada y nuevos residentes que presentan discapacidad.

**Objetivos:** Evaluar aspectos concretos del funcionamiento social de los residentes, como la existencia de familia o su carencia, para maximizar la atención ante la eventualidad de ingresos hospitalarios, proponiendo un protocolo de actuación. Analizar si existe correlación entre la existencia de pacientes con antecedente psiquiátrico y la carencia de familia o ausencia de visitas.

**Método:** En una población total de 148 residentes (marzo 2007), distribuidos en 4 Unidades Geriátricas (G1, G2, G3 y Enfermería (E), se estudia el sexo, edad media, antecedente psiquiátrico, y la existencia de familiares que mantienen relación con el residente o la carencia de los mismos, bien por no existir (1: no familia), o porque no puedan hacerse cargo o no quieran (2: no pueden, no quieren, no visitas). Se utilizó el programa SPSS 14.0. Se realizó un análisis descriptivo de las variables cuantitativas y un análisis de frecuencias para las variables categóricas. La normalidad de las variables cuantitativas se estudió con el test de Kolmogorov. La relación entre las variables categóricas se estudió con la prueba de chi-cuadrado y el estadístico de Fisher.

**Resultados:** n = 148; Mujeres (M): (88) Edad Media (E.M): 81,4a, Hombres (H) (60) E.M: 76,50a, G1: M: 30; E.M: 85,07a. H: 20 E.M: 82a.; G2: M: 30 E.M: 82,79a, H: 16 E.M: 83,50a; G3: M: 20; E.M: 68,20a. H: 24 E.M: 67,25a.; Enfermería: M: 8 E.M: 86a. Antec. Psiquiátrico: 75 50,7%) G1: 30%, G2: 39,1%, G3: 93,2% Enfermería: 12,5%. Carencia de Familia: 41,5% 1: No familia: 19,7%; 2: No pueden/No quieren: 21,8% G1: 18%, G2 44,4%, G3: 68,2%, Enfermería: 25%. Existe correlación significativa ( $p < 0,005$ ) entre la existencia de antecedentes psiquiátrico y las no visitas (no pueden/no quieren). El elevado número de residentes con carencia familiar hace necesario disponer de un protocolo de actuación ante situaciones de necesidad de traslado, ingreso y estancias hospitalarias, donde se especifiquen datos de filiación, familiares y/o personas del centro residencial para hacer el seguimiento de los cuidados de salud de los residentes.

**Conclusiones:** La carga de discapacidad por patología mental previa al ingreso en las unidades geriátricas es considerable. La práctica de rehabilitación soci al requiere de una evaluación y trabajo en equipo interdisciplinar utilizando diversas intervenciones: protocolos de intervención, asesoramiento, programas educativos ...para reducir el impacto de la carencia de atención familiar.

## EFICACIA DE LA INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA A DOMICILIO DIRIGIDO A CUIDADORES DE PERSONAS MAYORES DEPENDIENTES

V. Lizarraga Armentia, I. Artetxe Uribarri y N. Pousa Mimbreno

Fundación Bizitzen, Durango, Vizcaya.

**Introducción:** Los cuidadores informales son en un 83% la ayuda principal que reciben los mayores dependientes. El cuidado tiene consecuencias negativas sobre la salud, y se considera un ejemplo prototípico de estrés crónico, con más problemas psicológicos y físicos que el resto de la población. Se observa, pues, una necesidad de intervención para reducir ni veles de estrés, ansiedad y depresión.

**Objetivos:** Mejorar la calidad de vida de los cuidadores reduciendo los niveles de sobrecarga, ansiedad y depresión.

**Material y Métodos:** Realizamos la intervención psicoterapéutica con un enfoque cognitivo-conductual, desde el modelo de estrés aplicado al cuidado de Pearlín. N = 14 cuidadores que presentaban ansiedad, depresión y/o sobrecarga. La intervención consta de 14 sesiones con carácter individualizado y en las que se trabajan variables moduladoras: pensamientos disfuncionales, apoyo familiar, estilos de afrontamiento y habilidades sociales. Para valorar la eficacia se realizó un diseño experimental de pre y post-evaluación utilizando la escala de sobrecarga de Zarit y la escala de ansiedad y depresión de Goldberg.

**Resultados:** Perfil cuidadores: mujeres (92,9%), casadas (78,6%), edad media 61,14 años, hijas (50%) de los dependientes, pensionistas (50%), nivel socioeconómico medio (50%), conviven con la persona dependiente (85,7%). El 42,9% disponen del SAD, en un 64,3% se trata de una familia funcional y tiene una puntuación media de 30/64 en pensamientos disfuncionales. El 78,57% presentaba sobrecarga intensa en la preevaluación, que disminuye a 57,1%. El 92,8% presentaba ansiedad, disminuyendo hasta un 28,5%. La depresión aparece en un 78,5% en la preevaluación, bajando a 42,8% en la post-evaluación.

**Conclusiones:** El perfil de los cuidadores que participan en este programa coincide con el perfil obtenido en las diversas investigaciones. Después de analizar los resultados obtenidos vemos que el programa disminuyó significativamente los niveles de ansiedad, depresión y sobrecarga subjetiva de los sujetos, por tanto los objetivos que nos planteamos en un primer momento se han visto cumplidos.

## SERVICIOS INTEGRADOS PARA PERSONAS MAYORES EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA: UNA SOLUCIÓN INNOVADORA A LOS PROBLEMAS DE CONTINUIDAD ASISTENCIAL

J. Corral Fernández

Hogárta, S.L. Servicios Ayuda en Domicilio.

**Introducción:** Las personas mayores en situación de dependencia plantean desafíos cada vez más complejos a los poderes públicos y a las sociedades en las que habitan. La deficiente coordinación entre niveles asistenciales y entre sistemas, la respuesta parcial y fragmentada a las necesidades de estos usuarios, o la utilización inapropiada de recursos costosos (sobreutilización de recursos hospitalarios y de servicios de urgencia, etc), son algunos de los problemas más acuciantes inherentes al modelo tradicional de provisión de servicios, que cada vez parece más incapaz de ofrecer respuestas adecuadas (integradas) a las complejas necesidades asistenciales de este colectivo. Los modelos de integración de servicios para personas mayores en situación de dependencia constituyen una alternativa innovadora y eficiente a los problemas de continuidad asistencial, cada día más frecuentes en los países del entorno occidental.

**Objetivo:** Exponer los beneficios –tanto en términos de disminución de costes como de aumento de la satisfacción de los usuarios con los servicios recibidos– derivados de la provisión de asistencia social y de salud integrada a personas mayores en situación de dependencia.

**Material y métodos:** Se estudiaron distintas experiencias de integración de servicios sociales y de salud para personas mayores con dependencia moderada y grave llevadas a cabo en países con poblaciones muy envejecidas (Australia, Canadá, Dinamarca, EEUU, Italia y Suecia). Más allá de su realidad cultural, social o política, todos los países estudiados coinciden en la necesidad de implantar un nuevo sistema de provisión de servicios para poder dar respuestas eficaces y eficientes a la creciente complejidad asistencial que plantean las personas mayores con pérdida de autonomía. Este nuevo modelo de servicios integrados garantizaría que todos los organismos y entidades implicadas pudieran trabajar en un marco asistencial más integrador y convenientemente articulado e interconectado. Un modelo de esta naturaleza (programas COMMUNITY OPTIONS en Australia, programas SIPA y PRISMA en Canadá, programa PACE en EEUU, programas ROVERETO y VITTORIO VENETO en Italia, programa ÁDEL en Suecia, etc), debe reunir las características siguientes: un sistema de servicios integrados de ámbito comunitario que ofrezca asistencia social y sanitaria de primer y segundo nivel, y comprenda cuidados agudos y de larga duración ofertados en la comunidad y en instituciones; responsabilidad clínica y financiera de los cuidados y servicios de una población definida; modelo asistencial basado en la gestión de caso; d) responsabilidad financiera del conjunto de servicios ofertados; gestión pública del sistema que respete los principios de universalidad y equidad en el acceso.

**Resultados:** En un contexto de escasez de recursos y ante la evidencia del incesante envejecimiento demográfico y de una creciente e ilimitada demanda de asistencia por parte de la población, es indispensable velar por que los servicios sociales y de salud respondan adecuadamente a las necesidades específicas de cada usuario, y así evitar la duplicidad de recursos y asegurar que su cometido se lleva a cabo de la forma más eficiente posible. Los modelos de integración de servicios fundamentan su práctica asistencial en la atención primaria, integran los servicios sociales y de salud que la perso-

na mayor precisa, y garantizan la continuidad y la coherencia de la labor de los diferentes profesionales, organismos y establecimientos de las redes comunitaria, hospitalaria e institucional. Las ventajas de las redes de cuidados integrados residen a priori en su capacidad para organizar los servicios en función de las necesidades del paciente, más bien que en función de las necesidades del sistema; permiten garantizar, además, una continuidad en los servicios prestados, una mejor utilización de los recursos disponibles, así como una mejora de los vínculos entre los distintos proveedores de cuidados. Este tipo de modelos favorece la integración de los profesionales en la planificación de los servicios y posibilita el desarrollo de cuidados en función de las necesidades expresadas por los pacientes, al basar su práctica asistencial en el desarrollo de equipos de cuidados interdisciplinarios. Las evaluaciones de este tipo de programas llevadas a cabo, nos muestran: una menor frecuentación de las urgencias hospitalarias; una disminución de las tasas de institucionalización; una gestión más eficaz y eficiente de los recursos; una coordinación más ágil en la prestación de cuidados, al garantizar la continuidad en la provisión de servicios; una mayor satisfacción de los usuarios y de sus familias cuidadoras; en definitiva, una disminución notable de los costes presupuestarios.

**Conclusiones:** La implantación de modelos de servicios integrados para la atención a personas mayores en situación de dependencia, constituye la mejor estrategia a la hora de garantizar una provisión de servicios accesibles, ágiles, eficientes y de calidad a este importante segmento de la población, como muestran todas las experiencias llevadas a cabo en el entorno occidental. La Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia debe contribuir en nuestro país al desarrollo y puesta en marcha de experiencias de integración de servicios similares a las expuestas en este trabajo, para que nuestros mayores en situación de dependencia puedan disfrutar también de mayores cotas de bienestar, autonomía, dignidad y calidad de vida el tiempo que les quede por vivir. El esfuerzo de toda la sociedad en este crucial desafío bien merece la pena.

#### **INICIATIVA DE TRABAJO PARA LA GESTIÓN DE ASPECTOS BIOÉTICOS ANTE EL INGRESO DE UN PACIENTE CON DETERIORO COGNITIVO EN UNA UNIDAD DE MEDIA ESTANCIA DE PSICOGERIATRÍA**

J. Catena Mir, C. Pardo Bustamante, D L. Cardona Palacios, C. Ortega García, N. Gali Cornet y C. Cabanes Duran  
*Hospital Sant Andreu, Fssm, Manresa.*

**Objetivo:** Fortalecimiento del proceso de información y de consentimiento e introducción de un instrumento para reflejarlo.

**Método:** El día del ingreso, se realiza la entrevista para la historia y valoración integral del paciente geriátrico con el paciente y la familia o con la familia exclusivamente, en caso de existir un deterioro cognitivo moderadamente grave o mayor. La anterior situación implica una dificultad para el ejercicio de la autonomía, en tanto están comprometidas la competencia cognitiva, la capacidad para recibir, procesar y transmitir información necesaria en la toma de decisiones. Mediante diálogo abierto se discuten los riesgos y beneficios ante la opción del ingreso. Se consensuan los objetivos interdisciplinares que se intentarían trabajar durante la estancia. El paciente autónomo o la familia solidariamente deciden el ingreso en la unidad como alternativa que proporcionará beneficio. El anterior proceso quedará reflejado en un documento de consentimiento de ingreso a la unidad de Media Estancia de Psicogeriatría. Este documento actual está sujeto a revisiones con el objetivo de mejorar continuamente el proceso, reflexionando sobre los aspectos bioéticos relevantes en el respeto de las personas.

**Resultados:** En el 100% de los ingresos realizados desde la fecha de inicio de la implantación de este protocolo se ha llevado a cabo el proceso de consentimiento y registro escrito de éste. Según la experiencia de estos meses, se ha conseguido aumentar el nivel de conciencia en los familiares acerca de los riesgos que conlleva la estancia, por el hecho de haber ofrecido la información oral y escrita. Al mismo tiempo, se ha conseguido una mayor satisfacción en el equipo interdisciplinar y un aumento del interés por el respeto de los aspectos bioéticos.

**Conclusiones:** Con este protocolo se obtiene el resultado esperado de que la familia y el paciente dispongan de suficiente información acerca de las condiciones del ingreso y de la atención en la unidad para que la decisión del ingreso sea autónoma. Se reafirma una necesaria reflexión entorno a la ética institucional y profesional para la atención del paciente con deterioro cognitivo y su familia.

#### **PROCESO DE TRANSFORMACIÓN DE LAS RESIDENCIAS DE CASTILLA-LA MANCHA PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE MAYORES EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA**

G. Gómez, E. Merchán, M.Á Fuentes y P. Fernández  
*Consejería Bienestar Social, Jccm, Toledo.*

**Objetivos:** Analizar la situación actual de las Residencias y proponer medidas de mejora. Promover la transformación de las Residencias, considerando las nuevas necesidades de cuidado integral de los mayores que propone la Ley.

**Metodología:** La promoción de todo el proyecto se realiza desde el Servicio de Gestión de Centros Residenciales- Dirección General de Atención a Personas Mayores y con Discapacidad-Consejería de Bienestar Social, y está dirigido a 19 Residencias públicas de gestión directa. Las intervenciones están desarrolladas bajo el soporte del Observatorio Cualitativo de Residencias. En el ámbito de su competencia, cooperan en este proyecto otros Servicios y Consejerías (SESCAM, Sanidad). Para la aplicación de algunas acciones se externalizan servicios adjudicados mediante concurso público.

**Resultados:** Adaptación arquitectónica y de equipamiento de 11 Residencias. Ampliación de los recursos humanos, principalmente en la plantilla del área de atención a la salud. Aplicación programa informático para la gestión asistencial de las residencias y su autoevaluación. Aprobación y difusión de la Carta de Servicios para Residencias. Folleto informativo sobre residencias. En proceso de elaboración documentos técnicos asistenciales: modelo básico de residencias. Manuales de funcionamiento para cada una de las residencias. Guía para la elaboración de programas y protocolos. Manual de estilo en el cuidado de personas mayores. Otros Protocolos que se unifican en este proyecto. Programa de actualización de residencias incluyendo las siguientes actividades: + Plan de revitalización residencias: evaluación y medidas de mejoras, creación consejos de participación con inclusión de las familias. + Apoyo técnico a profesionales: programa específico de formación para cada residencia, formación para directores y cuadros intermedios. + Evaluación cualitativa y cuantitativa de la satisfacción de usuarios, familiares y profesionales. + Gestión de casos de evidente complejidad asistencial. Coordinación con el SESCAM para gestión de farmacia en residencias, conexión informática en red corporativa, proyecto para la equiparación administrativa de médicos y DUEs.

**Conclusiones:** El desarrollo de las distintas acciones del proceso de transformación de las residencias irá orientando el camino a seguir en la dialéctica de investigación y acción. La cohesión y sincronía de todas las acciones que se aplican facilita una intervención eficiente. Un plan de I+D+I facilitaría esta labor.

## COMUNICACIONES LIBRES VII Sala Victoria

Viernes, 8 de Junio de 16:00 a 18:00 horas

### Enfermedad neoplásica y atención al final de la vida

*Moderan:*

Rosa López

*Centro Asistencial Dr. Villacrán. Valladolid*

Reyes Ávila

*Hospital Virgen de la Poveda. Madrid*

#### PREVALENCIA DE PACIENTES CON CRITERIO DE ENFERMEDAD TERMINAL EN UNA UNIDAD DE MEDICINA INTERNA DE UN HOSPITAL COMARCAL

D. Chivite Guillen<sup>1</sup>, R. Oliver Fuentes<sup>1</sup>, M. A. Morales Reyes<sup>1</sup> y M. Admetlla Falguera<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Hospital de Viladecans, UFISS Geriatria y Paliativos, Barcelona, Hospital de Viladecans, <sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna, Barcelona.

**Objetivos:** Determinar la prevalencia de pacientes con criterios de enfermedad terminal no oncológica (ETNO) en una Unidad de Medicina Interna, evaluando la presencia de indicadores de abordaje paliativo adecuado de los casos.

**Método:** Estudio transversal de prevalencia de pacientes que reúnen los criterios de la National Hospice Organisation (NHO) de ETNO (pronóstico vital < 6 meses) ingresados en el Servicio de Medicina Interna. Se evaluó la presencia de indicadores de abordaje paliativo (mención explícita del pronóstico y su comunicación al paciente o familia, de medidas de imitación de esfuerzo terapéutico - LET - y de órdenes de no reanimación cardiopulmonar- no RCP), así como la existencia de interconsulta a la UFISS de Geriatria y Paliativos, comparando los datos obtenidos con los correspondientes a los enfermos crónicos sin criterio NHO de terminalidad (prueba de chi-cuadrado o de Fischer).

**Resultados:** De un total de 47 pacientes (edad media 75,6 años, 63% mujeres), 31 (66%, edad media 80,2 años, 67,2% mujeres) presentaban como diagnóstico principal alguna de las enfermedades crónicas evaluadas por la NHO, y de ellos 15 (48,3%; 31,9% del total) cumplían criterios de ETNO. En la historia clínica de los enfermos terminales, en comparación con los no terminales, constaba por escrito en mayor proporción y de forma significativa el pronóstico (80 vs 31%) y su información al paciente o familiares (73 vs 19%), así como las medidas de LET (40 vs 6,2%) y de no RCP (47 vs 12%, p 0,052), aunque estas dos últimas con menor frecuencia. La valoración por UFISS, sin embargo, no difería entre ambos grupos (20 vs 19%).

**Conclusiones:** Aunque el pronóstico de la ETNO en Medicina Interna está correctamente asumido y se comunica adecuadamente en la mayor parte de los casos, las medidas de LET y RCP no se aplican con la misma intensidad, ni se recurre apropiadamente a una UFISS Mixta para la gestión de los casos.

#### UTILIZACIÓN DE LA VÍA SUBCUTÁNEA EN DOMICILIO. EXPERIENCIA DEL PADES IMAS

C. González Soria, C. Noguerras Ramblas, C. Garberí Vila, J. Terrade Bosch, M.Á. Hernández Gutiérrez y A.M. Cervera Alemany  
*Centro Forum Imas, Barcelona.*

**Introducción:** El control sintomático domiciliario es uno de los objetivos principales de los Programas de Atención Domiciliaria-Equipo de Soporte (PADES). La vía subcutánea (VSC) es un procedimiento habitual en su práctica diaria.

**Objetivos:** Analizar la prevalencia y eficacia de VSC en pacientes atendidos por PADES. Analizar factores clínicos, funcionales y sociales asociados.

**Métodos:** Revisión retrospectiva de los pacientes seguidos desde enero-06 hasta marzo-07. Se consideran la tipología: paciente oncológico/no oncológico; situación funcional al inicio: Barthel y Karnofsky; método de administración: discontinua/infusor.

**Resultados:** 214 pacientes seguidos de los cuales llevaron VSC 63 (29,4%). Mujeres 31/hombres 32. Edad media 72 años. Oncológicos 42 (66,6%), no oncológicos 21 (33,4%). Diagnósticos: carcinoma pulmonar 14,3%; hepatocarcinoma, carcinoma gástrico y demencia 11% respectivamente; carcinoma colorectal 4,7%. Barthel < 40: 74,6%, 40-60: 19%. Karnofsky 10: 23,8%, 20-40: 66,6%. Infusor 44,4%, disc ontinua 47,6%, ambas 4,76%. Motivo de inicio: mal control de síntomas 61,9%, agonía 22,2%, ambos 12,7%. Síntomas al inicio: dolor 55,3%, nauseas/vómitos 42,5%, ansiedad 27,6%, disnea 23,4%, agitación 21,27%. Fármacos administrados: morfina 80,3%, midazolam 55,7%, buscapina 50,8%, metoclopramida 40,9%. Control sintomático total 78,7% y parcial 19,1% (55% por nauseas). Causa de finalización: éxitus 69,8%, ingreso hospitalario 23,8% y mejoría 3,1%. Tiempo para control: < 24 horas 83%, 24-48 hs 12,1%. Duración tratamiento: 1,3 días en agonía y resto 6,1 ds. Complicaciones: mal funcionamiento 3,1%, intolerancia cutánea 4,76%, error de administración 3,1%. El 52,4% de cuidadores principales (CP) son cónyuges (60% > 65 años). El 84% de los hijos-CP son mujeres. El 83,7% de CP que administran la medicación son < 65 años. El 24% de CP > 65 años ponen medicación.

**Conclusiones:** La VSC es un método eficaz para el control sintomático en pacientes oncológicos y no oncológicos. Las nauseas/vómitos son los síntomas de más difícil control. Las complicaciones son muy infrecuentes y no obligan a retirar VSC. La edad del CP es un factor importante en la administración.

#### SONDA NASOGÁSTRICA vs GASTROSTOMÍA: ¿ESTÁ CORRECTAMENTE INDICADA? ¿LOS RIESGOS SUPERAN A LOS BENEFICIOS?

E. Isabel Rizo Hoyos, C. Castro Cristóbal, C. Martínez, E. Sánchez Santamaría, L. Rodríguez Mañas y F. Guillén Llera  
*Hospital Universitario de Getafe.*

**Objetivo:** Evaluar el motivo de la indicación de la sonda nasogástrica (SNG) y gastrostomía en pacientes ingresados en Unidad de Agudos de Geriatria (UGA), complicaciones, motivo de reingreso, en relación con factores clínicos, funcionales y psicosociales, basales y del seguimiento.

**Material y métodos:** Estudio retrospectivo, descriptivo de pacientes ingresados en UGA durante los últimos 5 años (2002-2007), en los que se indicó la colocación de SNG o gastrostomía. Se recogió el diagnóstico principal, patologías secundarias, grandes síndromes geriátricos, situación basal, complicaciones de colocación y en los

reingresos (n = 50 gastrostomías y 121 SNG), usando el protocolo previamente diseñado en base File marker 5.0.

**Resultados:** Tras revisión de informes clínicos de alta hospitalaria o fallecimiento. La edad media fue de 86,9 años, con mayoría femenina (58,4%), estancia media de 14,67 días, siendo mayor para SNG (15,43 días vs 12,84). Las patologías más frecuentemente asociadas a la colocación han sido ACVA (33,33%), demencia (32,16%), cáncer (5,26%), Parkinson (3,50%) y otras. Las comorbilidades más frecuentes han sido: HTA (50,29%), ictus previo (29,82%), cardiopatía isquémica e insuficiencia cardíaca (19,29%), DM (16,37%) y otras. Como síndromes geriátricos asociados al diagnóstico: UPP (14,03%), deterioro funcional (5,84%) y caídas (4,67%) y otras. Como motivos más frecuentes de colocación: disfagia (43,85%), aspiración (23,39%), deshidratación (16,95%) y otras. El porcentaje de reingresos es de 16,37%. Se recogen datos asociados con relación a complicaciones de la colocación, causas de los reingresos, cuidados asociados, situación basal al ingreso y al alta, cambios de ubicación con relación a dicha colocación. La mortalidad total fue de 29,82%.

**Conclusiones:** La edad media supera los 85 años con una proporción mayor de mujeres. Las demencias y la patología cerebrovascular representan el principal motivo de dicha colocación. La HTA, ictus y cardiopatía isquémica e IC, tienen un papel de riesgo en la comorbilidad. Se evidencia que la situación basal de los pacientes en que se plantea la gastrostomía es peor que en aquellos en que se plantea o se mantiene la SNG. Es altamente llamativo la tasa de éxitos en pacientes con este tipo de dispositivos, por lo que los riesgos superan a los beneficios en muchos casos y plantea la duda de que habría sucedido sin su colocación.

#### PALIACIÓN NO ONCOLÓGICA EN LARGA ESTANCIA. FACTORES PREDICTIVOS DE MORTALIDAD

B.J. Fontecha Gómez, A. Rossi, E. Betancor, M.J. Juanes, N. Olona y P. Sánchez-Ferrín

Hospital Sociosanitari de L'Hospitalet de Llobregat.

**Introducción:** Una proporción de ancianos en su etapa final de proceso vital requieren atención sanitaria de moderada-alta intensidad de forma mantenida, principalmente de curas de enfermería. En Cataluña el dispositivo que presta esta atención son las unidades de larga estancia (ULE). Nos propusimos analizar las características clínicas de los pacientes ingresados en nuestra ULE e intentar definir si las características clínicas que presentaban al ingreso permitían establecer cuáles eran los factores predictores de mortalidad.

**Pacientes y método:** Análisis retrospectivo de los pacientes dados de alta de la ULE y comparar las variables sociodemográficas y de la valoración geriátrica del total de dados de alta en el período 2001-2006.

**Resultado:** En estos 6 años han sido atendidos 437 pacientes (42,8% varones), las circunstancias al ingreso fueron: edad 78,17 años (DE = 11,65); Barthel 18,49 (DE 27,1), Charlson 3,34 (DE 2,2). La estancia media global ha sido de 206 (DE 260) días. El total de éxitos han sido 171 (39,1%) y la hospitalización hasta el fallecimiento 214 días (DE 292). En el análisis univariado mostraron asociación estadística significativa con mortalidad el índice de Charlson, la presencia de úlceras por presión al ingreso, el índice de Barthel, y el test de Pfeiffer y no mostró asociación la duración del ingreso ni la edad. En el análisis de regresión logística, se comportaron como predictores de mortalidad el índice de Barthel basal, pero no al ingreso, el test de Pfeiffer y el índice de Charlson.

**Conclusiones:** La valoración geriátrica integral, además de permitir la elaboración del plan de cuidados, puede ayudar a predecir la mortalidad en las unidades de cuidados prolongados en pacientes con elevada dependencia. La atención centrada en el paciente es el modelo óptimo de atención al final de la vida.

#### TOMA DE DECISIONES EN PACIENTES CON ESCLEROSIS LATERAL AMIOTRÓFICA EVOLUCIONADA, EXPERIENCIA DE 10 AÑOS

G. Cantarell Barella<sup>1</sup>, N. Duaso i Caldes<sup>2</sup>, E. Andreu i Casañas<sup>2</sup>, M. Lujan Torne<sup>1</sup> y M. Buera Palain<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Corporació Sanitària Parc Taulí, Institut Universitat (UAB), Sabadell, <sup>2</sup>Albada Sociosanitari. Corporació Sanitària Parc Taulí, Sabadell.

**Objetivos:** Analizar la toma de decisiones en relación a la sustitución de las funciones deglutoria y respiratoria, en pacientes con ELA. ¿Quién toma las decisiones?

**Método:** Revisión de las historias clínicas de los pacientes con ELA en el período desde 1997 a 2006, diagnosticados por neurólogos expertos y seguidos por el equipo interdisciplinario formado por: dos neurólogos, un internista, un neumólogo, un logopeda y psicólogo, un rehabilitador y un profesional de enfermería. Identificación de quien toma las decisiones.

**Resultados:** Durante el período del estudio se han analizado las historias de 48 pacientes ya fallecidos. Han tomado decisiones los propios pacientes en 33 casos (68,75%), de ellos 16 recibieron nutrición enteral por gastrostomía instaurada de forma programada y consensuada con el propio paciente, 8 siguieron tratamiento con ventilación mecánica no invasiva (VMNI) y 2 ventilación mecánica con traqueostomía. Ha tomado las decisiones la familia en 2 casos y de ellos 1 recibió nutrición enteral por gastrostomía. Ha tomado las decisiones el propio paciente pero estas no han sido cumplidas en 2 casos, 2 de ellos recibieron nutrición enteral por gastrostomía y 1 ventilación mecánica con traqueostomía. En 11 casos no se ha podido identificar claramente quien ha tomado las decisiones, de ellos 5 han recibido nutrición enteral, uno por sonda naso gástrica y 4 por gastrostomía, 1 siguió tratamiento con VMNI y 1 ventilación mecánica con traqueostomía.

**Conclusiones:** La información y comunicación continuada permite a la mayoría de los pacientes tomar decisiones. El consenso dentro del equipo respecto al derecho del paciente a tomar sus propias decisiones facilita la consecución de este derecho. La garantía de soporte al paciente y la familia hasta el final, facilita la toma de decisiones. Es de máxima importancia hacer constar en los informes, las decisiones tomadas para que estas sean cumplidas.

**Palabras clave:** ELA. Decisiones.

#### ¿COMO MUEREN LOS PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDÍACA AVANZADA? UTILIDAD DE UN PROGRAMA DE ATENCIÓN AL ENFERMO FRÁGIL CON INSUFICIENCIA CARDÍACA PAMF-IC (2002-2007)

N. Collell Domènech<sup>1</sup>, N. de Alfonso<sup>1</sup>, C. Quiñoa<sup>1</sup>, R. Comet<sup>2</sup>, R. Jordana<sup>2</sup> y J. Real<sup>3</sup>

<sup>1</sup>PADES. Hospital de Sabadell. Fundació Parc Taulí, Institut, <sup>2</sup>MI. Hospital de Sabadell. Fundació Parc Taulí, Institut, <sup>3</sup>Unitat d'Epidemiologia. Hospital de Sabadell.

**Introducción:** Las enfermedades crónicas avanzadas, como la IC, se comportan de manera semejante a las neoplasias, en cuanto a la mortalidad y síntomas que provocan al paciente. En este tipo de enfermedades es difícil identificar la situación terminal y esto conlleva una menor frecuencia de cuidados paliativos. La creación de programas de manejo de enfermedades (disease management programs, DMP) puede mejorar la calidad de la atención de estos pacientes.

**Objetivos:** Analizar si existe alguna diferencia entre los pacientes que han sido éxitos de los que no. Evaluar la utilidad de un programa de atención al enfermo frágil con IC para la implantación de cuidados paliativos e información (básicamente a los familiares).

**Método:** Estudio retrospectivo de 214 pacientes incluidos en un programa de atención al enfermo frágil con IC, (todos valorados conjuntamente con el servicio de cardiología) del hospital de Sabadell (comarca, 760 camas, población de referencia 400.000 h) durante 5 años (del 01/01/02 al 28/02/07). Se recogen datos de valoración geriátrica (cognitiva, índice de Pfeiffer; funcional, índice de Barthel; social; comorbilidad, índice de Charlson) y de la propia IC (etiología, fracción de eyección, clase funcional de la NYHA). Se revisa la historia clínica de los 95 pacientes que han sido éxitos. Estudio descriptivo con media, mediana y desviación típica. Paquete estadístico SPSS 13.

**Resultados:** 214 pacientes incluidos. Tiempo de seguimiento 13,7 meses. 95 pacientes han sido éxitos durante el seguimiento. Mortalidad: 35% al 1er año. Valoración geriátrica: edad 82,9 años; 58,4% mujeres; 68,7% Índice de Barthel 70; 86,9% FFSS conservadas; Charlson 3,51. Valoración cardiológica (96,3% de los pacientes con ecocardiograma realizado): 50,2% cardiopatía isquémica; 40,3% FE preservada; 74,6% CF III-IV de la NYHA. De los 95 pacientes éxitos durante el seguimiento: el Charlson, la FE y la CF significativamente peores en los éxitos; el 73,5% en hospital; (57,5% ingresados y 16% en urgencias); 1 paciente tiene DVA; 49,5% tienen limitación en la intensidad de los cuidados; 52,6% entrevista familiar; 35,8% retirada de tratamiento activo; 54,7% utilización de fármacos para el control sintomático; 18,9% seguimiento del duelo; 1 enfermo recibió maniobras de RCP.

**Conclusiones:** Un «PAMF-IC» puede favorecer la implementación precoz de los cuidados paliativos. A pesar de estar controlados por un programa específico un elevado número de pacientes muere en el hospital. La comorbilidad (Charlson) tiene igual valor pronóstico que las variables propias de la enfermedad (FE, CF NYHA). Sería bueno fomentar los DVA i tomar decisiones conjuntas con los pacientes.

#### DIFERENCIA ENTRE ENFERMOS NEOPLÁSICOS Y NO NEOPLÁSICOS EN LAS CARACTERÍSTICAS DEL DOLOR, SU TRATAMIENTO, SÍNTOMAS Y SÍNDROMES GERIÁTRICOS ASOCIADOS

T. Roig González, C. Fariols Danés, R. Pacheco González, J. Planas Domingo y R. Miralles Bassedá  
*Hospital de la Esperanza, Barcelona.*

**Objetivos:** Establecer si existen diferencias entre patología neoplásica (neop.) y no neoplásica (no neop.) en cuanto al dolor y su tratamiento, síndromes geriátricos y síntomas asociados.

**Método:** Se estudiaron 52 pacientes ingresados en una unidad de cuidados paliativos (19), convalecencia (22) y larga estancia (11), todos con dolor en el momento de la valoración o en 24 horas previas. Características de la muestra: edad media  $78,2 \pm 10,8$ , 63,5% mujeres, I. Barthel  $42,9 \pm 29,3$ , cuestionario Pfeiffer  $3,5 \pm 3,7$ . Diagnósticos principales: neoplasia 34,6%, aparato locomotor 32,7%, neurológico 11,5% y otros 21,2%. El dolor se clasificó en: causa neop. 23,1% o no neop. 76,9%; agudo 57,7% o crónico 42,3%; nociceptivo 51,9%, neuropático 9,6% o mixto 38,5%; localizado en cabeza-cuello 9,6%, tronco 26,9%, extremidades inferiores 46,2% y generalizado 17,3%. Tipos de tratamiento: no opioides 71,2%, opioides débiles 13,5%, opioides potentes 30,8%, coanalgésicos 19,2%. Se recogió sistemáticamente la presencia de los síndromes geriátricos y síntomas (náuseas, vómitos, anorexia, disfagia, hemorragia, pérdida peso, disnea, tos, debilidad, insomnio y ansiedad).

**Resultados:** El dolor neop. fue más frecuente en tronco (58,3%) y el no neop. en extremidades inferiores (60%), ( $p < 0,0001$ ). En el resto de características no hubo diferencias significativas. Tratamiento: en dolor neop. 41,7% analgésicos no opioides, en no neop. 80% ( $p < 0,01$ ); en dolor neop. 91,7% opioides potentes, en no neop. 12,5% ( $p < 0,0001$ ); en dolor neop. 50% coanalgésicos, en no neop. 10% ( $p < 0,01$ ). En los síndromes geriátricos no hubo diferencias significativas, excepto en incontinencia fecal: no neop. 50%, neop. 11,1% ( $p < 0,01$ ). En los síntomas, sólo hubo diferencias significativas en: náuseas (neop. 27,8%, no neop. 5,9%;  $p < 0,03$ ), vómitos (neop. 16,7%, no neop. 0%;  $p < 0,01$ ), hemorragia (neop. 33,3%, no neop. 2,9%;  $p < 0,01$ ), tos (neop. 22,2%, no neop. 2,9%;  $p < 0,02$ ).

**Conclusiones:** No hubo diferencias significativas en las características del dolor excepto en la localización. El uso de opioides potentes fue mayor en dolor neop. No hubo diferencias significativas en la presencia de síndromes geriátricos (excepto incontinencia fecal); sí las hubo en determinados síntomas (náuseas, vómitos, hemorragia y tos).

#### SÍNTOMAS AL FINAL DE LA VIDA EN PACIENTES ANCIANOS: ENFERMEDAD ONCOLÓGICA AVANZADA, DEMENCIA AVANZADA, EPOC SEVERO E INSUFICIENCIA CARDIACA SEVERA

A. Isabel Palomo Iloro, M. Herrera Abián y J.M. Ribera Casado  
*Hospital Clínico San Carlos, Madrid.*

**Objetivos:** Conocer los síntomas que aparecen en los últimos días y analizarlos según la enfermedad de base: enfermedad oncológica avanzada, demencia avanzada, EPOC severo o insuficiencia cardiaca (IC) severa. Evaluar la utilización de la sedación terminal y los síntomas que la motivan.

**Material y métodos:** Estudio descriptivo mediante revisión de historias clínicas de los pacientes fallecidos por enfermedad oncológica avanzada, demencia avanzada, EPOC severo o IC severa, en el Servicio de Geriatría del Hospital Clínico San Carlos, durante los últimos 6 meses de 2006.

**Resultados:** Fallecieron 83 pacientes, cumpliendo criterios de inclusión 60. Edad media  $87 \pm 7,4$  años. 53,3% hombres. 25% padecían enfermedad oncológica avanzada, 43,3% demencia avanzada, 15% IC severa y 16,7% EPOC severo. Previo al ingreso, el 75% eran totalmente dependientes, con índice de Karnofsky  $< 40$  el 47%. Los pacientes oncológicos mantenían mejor situación funcional respecto a los pacientes con demencia ( $p < 0,001$ ). 82% tenían orden de no

RCP y 72% orden de priorizar medidas de confort. La media del número de manifestaciones durante el ingreso fue  $3,72 \pm 1,5$ . Los más frecuentes fueron: disnea (78%), somnolencia (50%), secreciones respiratorias (38%), agitación (35%) y dolor (32%). La disnea fue el síntoma más frecuente en todos los grupos. En la enfermedad neoplásica además destacan agitación y dolor; en la demencia, somnolencia, agitación y úlceras por presión. Se realizó sedación terminal en el 33,3%. Fue motivada por disnea (75%), por agitación (20%) o por dolor (5%). No hubo diferencias en el porcentaje de sedación, pero sí en los síntomas que lo motivaron. En las neoplasias, la sedación se indicó tanto por disnea como por agitación o dolor, mientras que en la IC y en el EPOC, únicamente por disnea.

**Conclusiones:** Los pacientes que padecen enfermedad neoplásica mantienen una mejor situación funcional hasta los últimos días, mientras los pacientes con demencia presentan un mayor deterioro previo. El síntoma más frecuente en los pacientes que fallecen en el hospital es la disnea, siendo también el que motiva en mayor proporción la necesidad de sedación. No existieron diferencias en el manejo los pacientes según la enfermedad que padecían.

#### CÁNCER DE COLON EN MAYORES DE 75 AÑOS

C. Pablos Hernández, S. Frutos Díaz y J.M. Ribera Casado  
*Hospital Clínico San Carlos, Madrid.*

**Objetivo:** analizar las manifestaciones iniciales, diagnóstico, complicaciones y tratamiento del cáncer del colon, en pacientes  $> 75$  años, según su estado funcional.

**Material y métodos:** Estudio retrospectivo. Muestra: pacientes  $> 75$  años diagnosticados de cáncer de colon del Sº de Geriatría del HCSC, entre los años 2002-2006. Revisión del historial clínico con recogida del proceso de hospitalización, teniendo en cuenta características diagnósticas, clínicas y terapéuticas del cáncer colon, y situación funcional (CRF, CRP, Katz) y mental previas. Análisis estadístico SPSS 12.0.

**Resultados:** 62 pacientes (34 mujeres y 28 hombres). Edad media 85,3 años (DE 6,4). 61,3% independientes para las actividades básicas de la vida diaria (Katz  $< C$ ), con buena situación física (CRF  $< 3$  65,8%) y psíquica (CRP  $< 3$  65,8%). 83,9% de los pacientes procedían de urgencias. El 96,8% acudían por alguna sintomatología clínica: Deterioro funcional (58,1%), SD. Constitucional (56,5%), alteración del ritmo intestinal (54,8%) y rectoraria (48,4%). En un 51% se detectó anemia (HB  $< 12$  gr). Histología: haden carcinoma (78,4%). Localización: rectosigma en el 55%. El 27,1% en el momento del diagnóstico presentaban extensión tumoral (71%, metástasis hepáticas). El 17,7% presentaban historia previa de otro tumor maligno. El 8,1% urológicos y el 4,9% ginecológicos. Al ingreso: Radiografía de abdomen, colonoscopia (90,3%) ecografía abdominal I (69,4%), TC toracoabdominal (11,29%) y gastroscopia (20%). Complicaciones durante el ingreso: desnutrición protéico-calórica (52,5%), anemia (63,9%), infecciones respiratorias (26,2%) y obstrucción intestinal (18%). El 82,3% fueron valorados por cirugía, recibiendo tratamiento quirúrgico el 59,7% (74,2% con intención curativa). El 8,6% falleció en el postoperatorio. Un 9,7% recibían tratamiento oncológico como alternativa a la cirugía. No diferencias significativas a la hora de operar en función del índice de Katz, edad ni sexo. Los índices de CRP y CRF si influyen en esta decisión.

**Conclusiones:** Los pacientes con cáncer de colon  $> 75$  años que ingresan en nuestro servicio, muestran un cuadro clínico muy sintomático, son evaluados de forma extensa y a pesar de presentar muchas complicaciones, toleran aceptablemente la cirugía. La situación funcional es un parámetro a valorar a la hora de decidir la cirugía.

#### CARACTERÍSTICAS DIFERENCIALES ENTRE ENFERMOS ONCOLÓGICOS Y NO ONCOLÓGICOS EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS

M. Fernández Fernández, J. Collado Ríos, J. Canteli Martínez, F. Gil Gómez, L. Hevia Gutiérrez y C. Martínez Alonso  
*Hospital Cruz Roja de Gijón.*

**Objetivo:** Exponer las características tanto sociodemográficas, como funcionales y cognitivas, de los dos grandes grupos de pacientes que forman parte de nuestra Unidad de Cuidados Paliativos: «Oncológicos» y «No oncológicos».

**Material y método:** Se analizan los pacientes ingresados en nuestra Unidad de Cuidados Paliativos durante el año 2006. Se recogieron datos demográficos, funcionales, clínicos y asistenciales.

**Resultados:** Durante el período de estudio ingresaron un total de 449 pacientes, de los cuales, 160 eran paliativos «Oncológicos», y 289 «No Oncológicos». La edad media era mayor en el grupo de «No Oncológicos»: 82 ± 11,5 años, con una mediana (p50) de 83; frente a una edad media de 73 ± 11,83 años en el grupo «Oncológicos» y una mediana de 76. En el grupo de pacientes «Oncológicos» el 60,6% eran varones, frente al 36% en el otro grupo. La estancia media en ambos grupos fue de: 19,18 ± 60,39 días en el grupo «Oncológicos»; y 17,58 ± 15,76 días en el otro grupo. En ambos casos los pacientes presentaban una dependencia funcional severa. Cognitivamente los pacientes «Oncológicos» no mostraban alteraciones o eran mínimas, mientras que los «No Oncológicos» presentaban así mismo, una dependencia importante en esta esfera. Fueron altas el 66,4% de los «No Oncológicos», frente a un 29,4% de los «Oncológicos».

**Conclusiones:** En ambos grupos observamos una dependencia funcional severa, que los hace subsidiarios de cuidados paliativos, sin embargo, cabe destacar que la dependencia cognitiva es severa sólo en el grupo de pacientes «No Oncológicos». El destino al alta en este último grupo, en más de la mitad de los casos se realiza a domicilio o residencia, frente a casi un 70% de fallecimientos entre los pacientes «Oncológicos».

#### ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LOS PACIENTES ONCOLÓGICOS EXTRANJEROS, MAYORES DE 60 AÑOS, TRATADOS EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO. MITOS Y REALIDADES

C. Guillén-Ponce, M.J. Molina-Garrido, M. Guirado-Risueño, P. Montenegro-Beltrán y A. Carrato  
*Hospital General Universitario de Elche.*

**Objetivo:** El fenómeno de la inmigración es cada vez más frecuente. Con este estudio se pretende describir las características de los pacientes extranjeros mayores de 60 años diagnosticados de cáncer en el Hospital General Universitario de Elche.

**Material y métodos:** Se realizó un estudio prospectivo de las historias clínicas de los pacientes de nacionalidad no española, con más de 60 años de edad, en una consulta externa de Oncología Médica, entre los meses de octubre y diciembre de 2006. Se analizó: sexo, edad, país de origen, tiempo transcurrido desde su llegada al diagnóstico, tipo de tratamiento, grado de integración en nuestro país y concepto que tienen de nuestro sistema público. Se empleó el programa SPSS 11.0 para Windows.

**Resultados:** Se identificaron 27 pacientes (51,9% mujeres). 25,9% con cáncer de pulmón; 18,5% con cáncer de mama y 18,5% con cáncer digestivo. Edad media 70,63 años (rango: 61,74-79,52). Tiempo medio, una vez en nuestro país, hasta el diagnóstico de cáncer: 77,75 meses. Todos procedían de países europeos (76,9% de Inglaterra), salvo uno (Marruecos). El 92,3% vino a España por ocio o cambio de vida. Ninguno lo hizo tras el diagnóstico de cáncer. El 80,8% se dedicaba al área de servicios en su país; inicialmente, 2 de ellos eran pensionistas; sin embargo, en España, lo era el 84,6% (n = 22). Tipo de tratamiento: El 20,2% fue intervenido quirúrgicamente. El 92,6% precisó quimioterapia, el 29,6%, radioterapia, el 12,5%, hormonoterapia, y el 4,8%, nuevos fármacos. La media de tiempo de ingreso en hospitales fue de 3,52 días. Grado de integración: El 38,5% no se manejaba en absoluto con nuestro idioma, y el 50% lo hacía con un nivel muy elemental; el 73,1% intentaba aprender nuestra lengua, y la mitad empleaba traductor en las consultas. Concepto de nuestro sistema público: El 29,2% había consultado inicialmente a un especialista privado. El 8,3% consideraba el ámbito ambulatorio inferior al de su país pero ningún paciente consideró inferior el hospitalario. Ninguno regresó a su país de origen tras el diagnóstico de cáncer.

**Conclusiones:** La población fundamental de inmigrantes en Alicante pertenece a la Unión Europea. Los pacientes con cáncer extranjeros son el 11% del total de nuestra casuística. Son tratados con cirugía, quimioterapia, radioterapia, hormonoterapia y nuevas drogas. Aunque existe la creencia de que muchos extranjeros vienen a nuestro país en busca de tratamientos financiados, en la población estudiada no se cumple dicha premisa. La gran mayoría están interesados en aprender nuestra lengua, aunque pocos la dominan y tienen un alto concepto de nuestro sistema sanitario.

#### CUIDADOS PALIATIVOS GERIÁTRICOS

C. Rosselló Forteza, J. Santamaría Semis, J. Ramón Seguí Mas, E. García Sánchez, M. Barceló Marquet y E. Marín Gelabert  
*Unidad de Paliativos Hospital General Palma de Mallorca.*

**Objetivo:** Definir las características de los pacientes ingresados en una unidad de cuidados paliativos en relación con la edad.

**Material y método:** Estudio descriptivo, transversal, del registro de las altas del 2006.

Las variables recogidas al ingreso: edad, sexo, estado cognitivo (SPMSQ), estado funcional (ECOG), tiempo de estancia, número de síntomas, dolor (escala de valoración numérica EVN) y tratamiento analgésico (escala OMS).

**Resultados:** Se registran 390 ingresos. La mediana de edad fue de 72 años. El 60,5 % son hombres. El 53% (206 pacientes) son mayores de 75 años (grupo III), el 40% (148) tienen de 51 a 75 años (grupo II) y un 9,2% (36) tienen menos de 50 años (grupo I). El 43% de los pacientes del grupo III presenta un deterioro cognitivo moderado-grave, frente al 34% del grupo II y el 28% grupo I. La estancia media del grupo III es 12, 3 días, frente a los 15,8 del grupo II y los 17,3 días grupo I. Los pacientes no oncológicos representan el 19% (39 pacientes) entre los mayores de 75 años, frente a un 9% (12) y 14% (5) del grupo II y I. Todos los grupos presentan una media de 6 síntomas al ingreso. Los pacientes del grupo III y II presentan dolor moderado-intenso en el 50 y 52% de los casos, aumentando a 69,4% en el grupo Sin embargo, el grupo III recibe opioides fuertes en una proporción menor (42,2%) respecto a los demás grupos 48,6% (grupo II) y 58,3% (grupo I).

**Conclusiones:** Más de la mitad de los pacientes ingresados en la UCP (53%) son pacientes de edad avanzada (> 75 años). Los pacientes mayores de 75 años reciben menos tratamientos con opioides fuertes, en comparación con el resto de grupos. Se acuerda con el equipo asistencial de la unidad la necesidad de adaptar y adoptar herramientas de valoración adecuadas al enfermo geriátrico e, incluir y dar continuidad al área de capacitación en geriatría.

#### ATENCIÓN DOMICILIARIA EN UNA ÁREA RURAL: UNA INTERVENCIÓN AL FINAL DE LA VIDA

A. Garnica Fernandez<sup>1</sup>, M. Bonet Martí<sup>1</sup>, M. Canales Romero<sup>1</sup> y J.A. García Navarro<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitario San Juan de Reus, <sup>2</sup>Grup Sagessa.

**Objetivo:** Describir y evaluar las diferencias en el perfil clínico de los pacientes oncológicos atendidos por una unidad de atención domiciliaria y la preferencia de morir en domicilio según grupo etario.

**Método:** 124 pacientes (p) atendidos en el Equipo PADES (Programa de atención domiciliaria - Equipo de Soporte) de la comarca del Baix Camp (Tarragona) durante el año 2006. Fallecieron durante el seguimiento 64 p, de los cuales 39 eran oncológicos. Se estratificó el grupo oncológico en función de la edad: menores o iguales de 75 años (g1) y mayores de 75 años (g2). Se analizaron variables sociodemográficas, perfil clínico, preferencia de morir en domicilio, lugar del éxodo y variables de seguimiento. Se realizaron comparaciones con la prueba de c2 y la U de Mann-Whitney. Se considera la significación estadística la p < 0,05. Se analizó con el programa estadístico SPSS 12.

**Resultados:** Perfil clínico: G1 (21p): edad media 62,24 ± 7,8 años, mujeres 47,6%, índice (I) comorbilidad Charlson 6,21 ± 1,44, mediana = 6, I. Barthel 66,19 ± 31, mediana 80, I Karnofsky 50,50 ± 15,7. El tipo de neoplasia más frecuente fue el cáncer de pulmón (23,8%) seguido por el cáncer de páncreas (14,3%) y de mama (14,3%). G2: edad media 82,44 ± 5,6 años, mujeres 66,7%, I comorbilidad Charlson 5,67 ± 2,1, mediana = 6, I Barthel 57,5 ± 30,7, mediana 62,5, I Karnofsky 50,63 ± 16,9. La neoplasia más frecuente fue la de estómago (22,2%) seguido por la de páncreas (16,7%) y colon (16,7%). La presencia de metástasis fue mayor en el g1 (66,7%), 50% g2 (p = NS). Preferencia morir domicilio: g1: 85%, g2: 94,4% p = NS. Lugar del éxodo: g1: 71,4%, g2: 72% p = NS. Seguimiento: g1: 45,6 ± 63,4 días, mediana: 22, g2: 83,2 ± 66,4 días, mediana: 69 P = 0,04. Controles telefónicos: g1: 6,33 ± 7,3, mediana: 3, g2: 11,4 ± 10,7, mediana: 9 p = 0,07. Visitas programadas: g1: 4,8 ± 5,7, g2: 9,8 ± 8,9, p = 0,017.

**Conclusión:** El perfil clínico de ambos grupos es similar variando el tipo de neoplasia, existiendo una tendencia a mayor presencia de metástasis en el de menor edad. Desde el inicio de la atención domiciliaria la supervivencia de los pacientes menores de 75 años es significativamente menor al grupo de mayor edad, posiblemente debido a la derivación en fases más avanzadas de la enfermedad.

## COMUNICACIONES LIBRES VIII Sala Turina

Viernes, 8 de Junio de 16:00 a 18:00 horas

### Enfermedad cerebrovascular y rehabilitación

Moderan:

Juan Noguera

Residencia «Sa Nostra». Palma de Mallorca

Esther San Cristóbal

Hospital Monte Naranco. Oviedo

#### EFICACIA Y EFICIENCIA DE LA TERAPIA OCUPACIONAL BASADA EN LA INTEGRACION FUNCIONAL: UN NUEVO ABORDAJE PARA EL TRATAMIENTO PRECOZ DEL ICTUS

L. Domínguez Martín, V. Lozano Berrio, A. Martínez Rianza, L. Romero Rizos, C. Luengo Márquez y P. Abizanda Soler  
*Hospital Perpetuo Socorro, Albacete.*

**Objetivo:** Evaluar la eficacia y eficiencia de la Terapia Ocupacional basada en la integración funcional (TOF) aplicada en pacientes con ictus postagudo ingresados en URF, frente a pacientes no tratados con Terapia Ocupacional (sin TO) y pacientes tratados con Terapia Ocupacional convencional (TOc)

**Métodos:** Estudio de intervención, observacional, descriptivo, longitudinal y retrospectivo. Análisis de la ganancia funcional, eficiencia de la ganancia funcional por sesiones y por días de estancia, y el Índice de Heinneman corregido de todos los pacientes con ictus postagudo ingresados en URF del Hospital Perpetuo Socorro de Albacete, desde octubre 2002 hasta septiembre 2006. El 1er. grupo no realizó TO (octubre 02-mayo04), el 2º grupo realizó TOc (junio04 - septiembre05) y el 3er. grupo TOf. (octubre05 - septiembre06).

**Resultados:** 163 pacientes, 88 mujeres. Tres grupos: 55 sin TO, 64 tratados con TOc y 44 con TOf. Edad 82,65 sin diferencia entre grupos. Tipo de ictus 65,4% hemisférico, 20,1% vertebrobasilar, 11,3% lacunar y 3,1% AIT. Pfeiffer ingreso 3,21 TOc y 3,88 TOf (NS). Pfeiffer alta 3,04 TOc y 2,72 TOf (NS). Yesavage ingreso 4,97 TOc y 4,25 TOf (NS). Yesavage alta 3,92 TOc y 3,38 TOf (NS). Días de estancia 14, 82 sin TO, 16,16 TOc y 13,42 TOf estadísticamente no significativo. Nº de sesiones 11,53 TOc y 9,03 TOf  $p < 0,02$ . Barthel previo 82,63 sin TO, 83,05 TOc y 85,34 TOf (NS). Barthel ingreso 17,73 sin TO, 20,94 TOc y 21,14 TOf (NS). Barthel alta 40,48 sin TO, 48,03 TOc, 58,60 TOf (TOf y sin TO  $p < 0,001$  IC95% 7,94-28,31; TOf y TOc  $p < 0,04$  IC95% 0,73-20,41). Ganancia funcional 22,02 sin TO, 26,06 TOc y 37,21 TOf (TOf y sin TO dif. 15,19; IC 95% 8,4-22,02;  $p < 0,001$  TOf y TOc dif: 11,15; IC 95% 4,5-17,74;  $p < 0,001$ ). Eficiencia de ganancia funcional por días estancia 1,79 sin TO, 2,09 TOc y 3,57 TOf ( $p < 0,001$ ). Eficiencia de ganancia funcional por sesiones 2,38 sin TO, 2,95 TOc y 5,13 TOf ( $p < 0,001$ ). IHC 35,68% sin TO, 44,86% TOc y 59,32% TOf (TOf y sin TO dif: 23,64; IC95% 13,06-34,23;  $p < 0,001$  TOf y TOc dif. 14,46; IC95% 4,24-24,70,  $p < 0,003$ ). Por último, para una pérdida funcional al ingreso  $> 50$  y una ganancia funcional al alta  $\geq 30$ , OR 4,8; IC 95% 2,2-10,6;  $p < 0,01$ , ajustado por edad, sexo, nº comorbilidad, situación cognitiva y situación funcional previa.

**Conclusiones:** Los pacientes que reciben TOf, tienen una posibilidad 4 veces mayor de mejoría funcional que los tratados con rehabilitación convencional, ajustado por edad, sexo, comorbilidad, situación cognitiva, situación funcional previa y pérdida funcional al ingreso. La TOf es un abordaje eficaz y eficiente en el tratamiento precoz del ictus.

#### DEPRESIÓN POST ICTUS EN FASE AGUDA

A. Truyols Bonet<sup>1</sup>, L. Vich Martorell<sup>1</sup>, A. Galmés Truyols<sup>2</sup>, L. Rocha Capellán<sup>3</sup>, F. Albertí Homar<sup>1</sup> y L. Feliu Mazaira<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital General de Mallorca. GESMA, <sup>2</sup>Conselleria de Salut i Consum. Govern de les Illes, <sup>3</sup>Complex Hospitalari de Mallorca. GESMA.

**Objetivos:** La depresión es el trastorno afectivo más frecuente tras un ictus, con claras repercusiones sobre la recuperación funcional del paciente. El objetivo de este estudio es la detección de la depresión precoz en una Unidad de Ictus de Media Estancia (UIME), su prevalencia, los factores de riesgo asociados y los resultados funcionales.

**Métodos:** Estudio prospectivo de los pacientes con ictus en una UIME, incluidos en el programa de ictus en el periodo 2003-2006 y diagnosticados de Depresión Post Ictus (DPI). Para captar los síntomas depresivos se usaron los criterios de la clasificación DSM-IV y la Escala de Depresión de Hamilton, elevando el punto original de 13 a 17 para eliminar las manifestaciones somáticas que pudieran tener un efecto contaminante. Se valoró al mes de haber sufrido el ictus. Se analizaron los factores siguientes: Localización, déficit neurológico (escala NIH), dependencia funcional (Barthel, IB), sexo, edad, estado familiar y social y deterioro cognitivo (Pfeiffer). Criterios de exclusión: deterioro cognitivo grave, afasia, depresión previa, comorbilidad grave e ictus previo.

**Resultados:** Los pacientes incluidos fueron 241 (edad media 73,5 años, 57% varones). Cumplía criterios de DPI el 32% (el 28% de hombres y el 38% de las mujeres, y edad media de 73 años en ambos sexos). Al ingreso estos pacientes presentaban mayor dependencia (IB 21 vs. 28) y mayor deterioro neurológico (NIH 9 vs 7). La DPI fue más frecuente en los pacientes que vivían solos (38% frente a un máximo del 31% del resto de categorías de convivencia) y en los que cambiaron de domicilio (49% vs 28%). No hubo diferencias por hemisferio afectado. La ganancia funcional en DPI fue 5 puntos menor (28 vs 33) y la estancia de 11 días más larga (44 vs 33); se mantuvo al estratificar por grado de dependencia al ingreso. El índice de Heinneman corregido fue 8 puntos menor (46 vs. 54). La eficiencia en DPI fue de 0,8 frente a 1,4 del resto. No hubo diferencias respecto al deterioro cognitivo.

**Conclusiones:** La DPI en fase aguda es un factor negativo sobre la ganancia funcional y la estancia media. Se asocia a: género femenino, mayor dependencia, mayor deterioro neurológico, vivir solo y cambio de domicilio. Su elevada prevalencia debe instar al médico a su detección precoz.

#### SONDAJES EN PACIENTES CON ACCIDENTE CEREBROVASCULAR: ¿SIEMPRE APORTAN CALIDAD AL PROCESO?

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

**Objetivos:** Describir el perfil de pacientes con accidente cerebrovascular agudo ingresados en Hospital San Juan de Dios, Zaragoza, en

Unidades de Convalecencia Geriátrica y analizar diferentes variables y complicaciones relacionadas con el uso de sonda nasogástrica y sonda vesical.

**Métodos:** Estudio analítico prospectivo. Pacientes que ingresan por accidente cerebrovascular agudo en Hospital San Juan de Dios de octubre 2006 a febrero 2007. Variables: edad, sexo, Pfeiffer, Barthel previo (Bp), Barthel al ingreso (Bi), Barthel al alta (Ba), ganancia funcional (GF), estancia, mortalidad, objetivo, destino, disfagia, sonda nasogástrica (SNG), días que llevan SNG, sonda vesical (SV), días que llevan sonda vesical, aparición de broncoaspiraciones, infección de orina, infección respiratoria, cultivos de orina y de secreciones. SPSS 12.0.

**Resultados:** N = 92, edad media: 75 + 11 años. 56,2% mujeres. Pfeiffer medio: 7, Bp medio: 85, Bi medio: 10, Ba medio: 35, GF media: 20, estancia media: 41 días, objetivo principal: 72,8% tratamiento Rehabilitador, destino: 26% éxitus, 21,73% domicilio, 5,4% residencia, 5,4% otro hospital, 41,3% permanecen ingresados. Disfagia al ingreso: 42,4%, SNG al ingreso: 22,8%, media de días que llevan SNG: 6, SV al ingreso: 33,7%, media de días con SV: 9. 17,4% broncoaspiran durante estancia, 30,4% infección de orina (52% cultivo positivo), infección respiratoria 27,2% (ningún cultivo positivo). Variables relacionadas con el uso de SNG ( $p < 0,05$ ) = mayor edad (81 años), Pfeiffer ir realizable, peor Bi(0), peor Ba (10), menor estancia media (29 días), mayor mortalidad (66,7%), mayor objetivo convalecencia(52,4%), mayor disfagia 66,7%, más broncoaspiraciones (43,8%). Variables relacionadas con el uso de SV ( $p < 0,05$ ): Pfeiffer irrealizable, peor Bi (0), más infecciones de orina (72,3%).

**Conclusiones:** peor evolución en pacientes sondados con más complicaciones siendo los que llevan SNG los que más fallecen y los que menos recuperan. La peor situación y cognitiva y las complicaciones pueden influir. Los sondajes no siempre aportan calidad mejorando el pronóstico en el ictus.

**Palabras clave:** Ictus. Sondajes. Complicaciones.

#### TÉCNICAS FISIOTERÁPICAS PARA RECUPERACIÓN FUNCIONAL EN UN HOSPITAL DE DÍA GERIÁTRICO

P. Tamame San Juan, C. Ortiz Domingo, B. Esteban Gimeno y J. Manuel Vel

Hospital San Juan de Dios, Zaragoza.

**Objetivo:** Estudiar cuáles son las técnicas fisioterápicas más utilizadas en la recuperación funcional de los pacientes que cursan proceso en el Hospital de día geriátrico (HDG) de San Juan de Dios de Zaragoza.

**Metodología:** Estudio Descriptivo retrospectivo. Pacientes nuevos incluidos en nuestro HDG desde el 1/1/2005 hasta el 31/12/2005, que precisan fisioterapia. Como variables se relacionan motivo de ingreso, número de sesiones en fisioterapia y técnica de actuación.

**Resultados:** 70 pacientes (70% del total). Media de sesiones por paciente: 25. El motivo de ingreso más frecuente fue recuperación funcional tras accidente cerebrovascular (ACV): 34 pacientes (48,57%). Otras causas de ingreso: recuperación funcional tras fractura: 12 pacientes (13,14%), Enfermedad de Parkinson o Parkinsonismo Vascular 3 (4,29%), atrofia por desuso (incluidos 2 pacientes con síndrome de inmovilidad) 6 (8,52%), Otras patologías: 8 (11,43%). Las técnicas aplicadas fueron: Potenciación muscular en banco de cuádriceps 57 pacientes (81,43%), Poleoterapia 53 (75,71%), bicicleta 25 (35,71%), paralelas con obstáculos 56 (80%), escaleras 27 (38,57%) termoterapia 34 (48,57%), ultrasonidos 10 (14,29%), electroterapia 11 (15,71%), técnicas neurofacilitadoras 31 (44,29%) cinesiterapia pasiva 15 (21,43%), cinesiterapia activa asistida 34 (48,57%), adaptación de ayudas técnicas 33 (47,14%), otras 13 (18,57%).

**Conclusiones:** La técnica más aplicada fue la potenciación muscular en banco de cuádriceps, seguida del uso de paralelas con obstáculos, poleoterapia y termoterapia, todos ellos métodos estrechamente relacionados con la recuperación y reeducación de la marcha, alterada en la mayoría de los pacientes geriátricos como consecuencia de su patología. En menos ocasiones se aplicó cinesiterapia activa asistida, técnicas neurofacilitadoras y adaptación de ayudas técnicas, más específicas de recuperación funcional tras patología vascular cerebral.

#### INDICADORES DE RESULTADO EN NONAGENARIOS CON ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR

J.M. Arche Coto, E. San Cristobal Velasco, E. Delgado Parada, S. Gutiérrez Vara, A I. González Alonso y J.J. Solano Jaurrieta  
Hospital Monte Naranco, Oviedo.

**Objetivo:** Identificar aquellas variables sociodemográficas, clínicas, funcionales y asistenciales, que pudieran asociarse a mortalidad, evolución funcional favorable, definida con Índice de Barthel (IB) mayor de 55 y cambio de ubicación al alta en los pacientes con 90 o más años, que han sufrido una Enfermedad Cerebrovascular (ECV).

**Métodos:** Estudio observacional y prospectivo. Se analizan los pacientes de 90 años ingresados entre los años 2001-2006. Se estudiaron las siguientes variables: demográficas (edad y sexo), clínicas (Enfermedades previamente incapacitantes, comorbilidad medida con el Índice de Charlson, fibrilación auricular (FA), características de la ECV y complicaciones) y funcionales (Índice de Barthel (IB) previo y al ingreso). Los datos fueron analizados con el paquete estadístico SPSS utilizando un test de regresión logística incluyendo las variables que demostraron relación estadísticamente significativa en el análisis univariante realizado con cada una de las variables de resultado.

**Resultados:** Se incluyeron 226 pacientes (82,7% mujeres). Fallecieron 48 pacientes (21,2%), un 30,5% presentaron un IB  $\geq 55$  puntos y requirieron cambio de ubicación un 26,6%. Las variables que permanecen en el modelo de regresión [IC del 95%] como explicativas de resultado fueron: Mortalidad: Nivel de conciencia (OR: 0,534;  $p: 0,006$ ), fuerza en pierna (OR: 0,626;  $p: 0,001$ ), neumonía (OR: 4,170;  $p: 0,002$ ) e IB previo (OR: 0,534;  $p: 0,027$ ). Evolución funcional favorable: IB previo (OR: 1,133;  $p: 0,000$ ), clasificación pronóstica por medio de la escala de Orpington en el grupo de moderado pronóstico (OR: 155,7;  $p: 0,000$ ), Incontinencia urinaria (OR: 0,190;  $p: 0,0003$ ) e ITU (OR: 0,011;  $p: 0,016$ ). Cambio de ubicación al alta: vive solo (OR: 37,309;  $p: 0,000$ ), infección de orina (OR: 4,033;  $p: 0,014$ ), disfagia (OR: 5,157;  $p: 0,001$ ) e IB previo (OR: 1,030;  $p: 0,006$ ).

**Conclusiones:** Es importante conocer aquellas variables que se asocian de forma independiente a los indicadores de resultado, la situación funcional previa e indicadores de severidad son factores predictivos a tener en cuenta. Las complicaciones durante el ingreso pueden modificar estos indicadores.

#### FACTORES QUE DETERMINAN LA INSTITUCIONALIZACIÓN A LOS 6 MESES DE ANCIANOS CON FRACTURA DE CADERA TRAS EL ALTA DE UNA UNIDAD DE ORTO-GERIATRÍA

F. Coca, L. Álvarez Nebreda, E. Marañón, Y. Gracia, M.Á. García Alambra y J.A. Serra Rexach  
Hospital Gregorio Marañón, Madrid.

**Objetivos:** Analizar los factores que determinan la institucionalización de ancianos con fractura de cadera, 6 meses después del alta de una Unidad de Orto-Geriatria (fase aguda quirúrgica y fase de rehabilitación).

**Método:** Estudio observacional prospectivo que incluye 203 pacientes mayores de 64 años remitidos a la Unidad de Orto-Geriatria (UOG) del HGUGM de Marzo de 2005 a Marzo de 2006. Se analizaron las siguientes variables: características basales (demográficas, ubicación, situación funcional, comorbilidad), las complicaciones intrahospitalarias y la recuperación funcional (AVD y marcha). Se realizó un análisis multivariante para determinar los factores asociados con la nueva institucionalización a los 6 meses.

**Resultados:** Estudiamos 203 pacientes, con edad media  $83,2 \pm 7,2$  años, 85% mujeres, 20% con demencia y comorbilidad  $3 \pm 1,7$ . Un 61,5% toma 4 ó más fármacos. El 37% es independiente para todas las AVD y un 89% presenta marcha previa independiente. De los 203 pacientes, 29 (14,3%) están institucionalizados a los 6 meses del alta de la UOG. Estos pacientes se diferencian de los que permanecen en domicilio a los 6 meses en que: tienen peor situación basal, viven previamente con cuidador, tienen mayor porcentaje de demencia y consumen más psicofármacos. Durante el ingreso menos pacientes realizan apoyo precoz y presentan más retenciones e infecciones urinarias, así como infecciones de herida quirúrgica. Tienen marcha independiente al alta de la UOG en menor porcentaje (32% vs 66%,  $p = 0,001$ ) y también realizan menos AVD de forma independiente (Katz  $2,2 \pm 1,8$  vs  $3,8 \pm 1,8$ ,  $p < 0,001$ ). Al realizar regresión múltiple, los únicos factores que determinan la nueva institucionalización a los 6

meses son la ubicación basal y el grado de independencia en las AVD al alta de la UOG.

**Conclusiones:** Un 14% de los ancianos con fractura de cadera que son remitidos a la UOG y que previamente vivía en domicilio, está institucionalizado a los 6 meses del alta. Vivir solo o con cuidador previamente a la fractura y el grado de independencia en la realización de las AVD al alta de la UOG son los únicos factores que predicen la institucionalización, que no se ve influenciada ni por la edad, comorbilidad, deterioro cognitivo, complicaciones hospitalarias ni por la recuperación del patrón de marcha previo.

## REHABILITACIÓN GERIÁTRICA EN UN CENTRO SOCIO SANITARIO

C. Alegre Muelas, O. Escolante Castro, D. Fernández González, B. Avendaño Bello, R. García González y D. Lázaro Espina  
*Fundación Instituto San José, Madrid.*

**Introducción:** La fundación Instituto San José es un hospital de media estancia situado en el sur de Madrid que recibe pacientes de toda la provincia y colindantes, con una unidad de rehabilitación que trata pacientes en régimen ambulatorio e ingresados en una planta que ocupa 40 camas del hospital.

**Material y métodos:** Se estudiaron retrospectivamente los pacientes mayores de 65 años ingresados a lo largo de un año (un 35% del total de ingresados). El análisis de resultados se ha efectuado con el programa SPSS 11.5. Se establecieron varios grupos de patologías: traumatológica, deterioro funcional y patología neurológica. La más frecuentemente observado ha sido la patología de cadera derecha. Se estudiaron los índices de Barthel y Cruz roja funcional al ingreso y el día previo al alta obteniéndose datos estadísticamente significativos. Se estudiaron las intervenciones de distintos profesionales (psicóloga de la unidad y trabajadora social) relacionando patología con profesional implicado. En un centro religioso y en un grupo de población como el de estudio, es decisiva la intervención del equipo de pastoral. Hemos cuantificado la intervención de este equipo relacionándolo con la patología de ingreso.

**Conclusiones:** La patología más frecuentemente observada es la patología traumatológica especialmente de cadera y dentro de ella la más frecuentemente observada es la derecha. El deterioro funcional es un trastorno con una frecuencia menor a la esperada y las causas del mismo se deben con mayor frecuencia e encamamientos prolongados, sobre todo por ingresos debidos a procesos clínicos y no tanto por procesos quirúrgicos. Los problemas sociales suponen un importante handicap a la hora de dar de alta a algunos pacientes con lo cual se deberían prever estos problemas para disminuir la estancia media y agilizar los procesos de alta

## ¿QUE HACEMOS EN LA UNIDAD DE ORTOGERIATRÍA CON LOS PACIENTES QUE HAN SUFRIDO UNA FRACTURA DE FÉMUR PARA RECUPERAR SU AUTONOMÍA?

M. Guirao Gene, A. Diaz Plana, M.T. Vilarmau Dolcet, M. Saceda Elvira, N. Fernández Segura y M.V. Fontbote Goicoechea  
*Corporación Hospitalaria Parc Taulí. Hospital de Sabadell, Barcelona.*

**Introducción:** Dependencia es aquella situación en que se encuentra una persona cuando, por razones físicas, psíquicas o de tipo intelectual, tiene una pérdida de autonomía. Con el paso de los años se produce de forma natural y gradual una serie de alteraciones consideradas propias de la edad y a las cuales el individuo se va adaptando según sus propios recursos. El problema se presenta cuando existe un cambio brusco en este proceso natural, como sucede al producirse una fractura de fémur, en donde la exacerbación de estas alteraciones amenaza la autonomía de la persona mayor y su calidad de vida.

**Objetivo:** Describir los factores de intervención a nivel de rehabilitación integral para recuperar los parámetros previos de calidad de vida tras sufrir una fractura de fémur.

**Material i método:** Análisis de los datos demográficos, grado de dependencia, entorno familiar y social que presentaron los pacientes antes de producirse la fractura del fémur, al ingreso y a l alta de nuestra unidad ortogerátrica. Descripción de los patrones trabajados por el personal asistencial en base a los problemas propios de la edad y a la aparición de nuevos factores intrínsecos y extrínsecos que tendrán que introducirse en el plan integral de educación sanita-

ria con el fin de conseguir el mismo o similar nivel de autonomía del paciente previo al incidente.

**Descripción:** En el 2006 ingresaron en nuestra unidad ortogerátrica 199 pacientes, de los cuales 114 presentaban como diagnóstico principal una fractura del fémur. La edad media fue 82 años siendo las 3/4 partes mujeres. El promedio del Índice de Barthel previo a la fractura fue 86, al ingreso en nuestra unidad 46 y 70 al alta. La estancia media 34 días. El 40% vivían solos y el 8,5% de los que vivían en familia eran los cuidadores principales. Al alta el 75 % volvió a su domicilio habitual. Como es habitual al ingreso se procede a realizar la valoración geriátrica integral, la cual es primordial para poder establecer los objetivos con el propio paciente, la familia y el equipo asistencial. En nuestra unidad se establecen una serie de protocolos dirigidos a fomentar la autonomía, estableciendo unas pautas cronológicas que nos permiten ir alcanzando los objetivos marcados. La implicación del paciente es el eje principal en donde confluyen todas las intervenciones asistenciales, el apoyo familiar, cuando es posible se dirigirá a fomentar tanto la autonomía funcional como la integración social-relacional.

**Conclusiones:** La correcta valoración geriátrica de las personas que previa a la fractura de fémur tenían una buena calidad de vida, va a permitir trabajar con unos objetivos y con unos procedimientos estandarizados que faciliten la vuelta al entorno habitual manteniendo un nivel de autonomía similar al previo. La intervención asistencial con espacios de terapia ocupacional y punto de interacción interpersonal entre pacientes, y la especialización del personal en los procesos propios de ortogerátrica facilitaran el proceso integral de rehabilitación asociada a la autonomía y a la percepción personal de calidad de vida.

## REHABILITACIÓN GERIÁTRICA EN EL MODELO SANITARIO ALEMÁN

E.M. Martín Pérez<sup>1</sup>, R. Gómez García<sup>2</sup> y S. Wiener<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Hospital San Rafael, Granada, <sup>2</sup>Centro SAR Santa Justa, Sevilla, <sup>3</sup>Rehaklinik Dresden-Löbtau, Dresden.

**Objetivos:** Mostrar cómo una Atención Geriátrica Especializada depende, directamente, del modelo sanitario en el que se desarrolle. Para ello, mostramos los datos referentes a una unidad de Rehabilitación Geriátrica en Sajonia, Alemania; país con un sistema sanitario mixto, entre los sistemas nacionales de salud (España, Gran Bretaña) y los sistemas privados (EEUU). El modelo alemán se fundamenta en la Seguridad Social y es financiado a través de las cajas de enfermedad que integran el llamado «Seguro Estatutario de Enfermedad».

**Método:** Estudio retrospectivo con recogida de datos estructurales y actividad asistencial, correspondientes al año 2005, de la Unidad de Rehabilitación Geriátrica Dresden-Löbtau KHDN. Resultados: Datos estructurales. Unidad de Rehabilitación geriátrica de 80 camas y dependiente de un hospital general que dispone de unidad geriátrica de agudos, 26% proceden de este centro. Total pacientes/ año: 1008 (23,3% hombres; 76,7% mujeres), edad media: 81,5 años (Hombres: 79,3 años; mujer: 82,1 años), índice de ocupación 94,1%. Ratios de personal: personal médico: 5,75 (1: 13,9); Auxiliar y Enfermería: 40,57 (1: 1,97); Fisioterapia: 7,89 (1: 10,14); Terapia Ocupacional: 5,25 (1: 15,2); Logopedia: 1,0 (1: 80); Psicología: 0,8 (1: 10); Trabajo Social: 1,5 (1: 53). Datos médicos. Distribución de pacientes según Grupos diagnósticos: Enfermedades del SNC -ACVA-: 163 (16,2%; 82,7 años), Traumatología -Fractura de cadera-: 512 (50,8%; 82,2 años); Otros diagnósticos: 333 (33,0%; 79,8 años). Estancia media previa ingreso en Unidad de Rehabilitación (URG): 21,0 días; según grupos diagnósticos: Ictus: 17,9 días (162 pacientes); Traumatología: 18,4 días (512 pacientes); Otros diagnósticos: 26,6 días (331 pacientes). Estancia media en URG global: 27, 3 días (0-84); Ictus: 27,5 días (0-75); Traumatología: 28,1 días (0-77); Otros diagnósticos: 25,9 días (0-84).

**Resultados Generales:** Grado dependencia/independencia según Índice de Barthel al ingreso: 48,5; Índice de Barthel al alta: 70,9; IBAI = 22,4. Destino al alta: a) regreso domicilio: 712 (70,7%); b) Nuevo domicilio-estancia temporal: 146 (14,4%); c) Traslado otro centro hospitalario: 130 (12,9%); d) Fallecimiento: 20 (2,0%).

**Conclusiones:** Criterios estrictos de carácter economicista, garantizan la homogeneidad del grupo de pacientes candidato a una URG. Sin embargo, no facilita el acceso de otros posible candidatos que pudiesen beneficiarse de esta infraestructura.

**Palabras claves:** Rehabilitación Geriátrica. Sistema Sanitario Alemán. Selección de pacientes.

### PERFIL DE LOS PACIENTES NONAGENARIOS QUE HAN SUFRIDO UNA ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR

E. García Carreño, J.M. Arche Coto, E. San Cristóbal Velasco, M. Martínez Rivera, V. López Gaona y J.J. Solano Jaurrieta  
*Hospital Monte Naranco, Oviedo.*

**Objetivo:** Conocer las características sociodemográficas, clínicas, funcionales y asistenciales de los pacientes con 90 años o más que han sufrido una enfermedad Cerebrovascular (ECV).

**Método:** Se analizan los pacientes de 80-89 años; de 90 años ingresados en nuestra Unidad de Ictus durante el periodo 2001-2006. Se estudiaron las siguientes variables: factores sociodemográficos (edad, sexo, convivencia, ayuda social formal e institucionalización), clínicos (factores de riesgo vascular (FRV), comorbilidad medida con el Índice de Charlson, características de la ECV, complicaciones y mortalidad), funcionales (Índice de Barthel (IB) previo, al ingreso y al alta) y asistenciales (estancia media, tratamiento rehabilitador y cambio de ubicación al alta).

**Resultados:** En el periodo de estudio ingresaron 226 pacientes que representaban el 12,2% del total de ingresos. Factores sociodemográficos: El 82,7% eran mujeres. El 10,2% vivían solos, percibían ayuda social formal un 12,8%, encontrándose institucionalizados el 15,5%. La mayoría (49,1%) vivían con sus hijos. Características Clínicas: Los FRV más frecuentes eran HTA (69%), FA (40,3%), hiperlipemia (11%) DM (12,7%) y ECV/AIT el 35%. La puntuación media en el índice de Charlson fue de  $1,5 \pm 1,3$  y utilizando los puntos de corte habituales el 45,1% de los pacientes tiene  $> 2$  puntos, el 28,7% tiene un punto y el 26,2% tiene 0. El 63,7% presentaban una ECV severa con una fuerza en brazo ( $1,9 \pm 1,9$ ) y pierna ( $2,3 \pm 1,8$ ), disfagia (58%), disfasia (47%), hemianopsia (53%) e incontinencia urinaria (79,2%). La mortalidad fue del 21,2%. Dentro de las complicaciones, la neumonía (16,4%), la ITU (11,9%), la retención urinaria (12,4%) y el delirium (6,2%) fueron las más frecuentes. Evolución funcional: el IB previo era de  $72 \pm 30$ , al ingreso de  $11,7 \pm 22$  y al alta de  $28,5 \pm 32,8$ . Características Asistenciales: El 25,6% realizaron rehabilitación. El 50% fueron valorados por el trabajador social. Al alta se produjo un cambio de ubicación en un 26,6% (7,3% acogimiento familiar y 19,2% institucionalización). La estancia media fue de  $14,5 \pm 8,7$  días.

**Conclusiones:** Los pacientes nonagenarios representan más de un 10% de la muestra y este estudio supone un principio para conocer las consecuencias del Ictus en este rango de edad.

### PERFIL CLÍNICO Y FUNCIONAL DE LOS PACIENTES CON ACV INGRESADOS EN UNA UNIDAD DE REHABILITACIÓN Y CONVALECENCIA

I. Ferrer, M. Del Águila, P. Margalef, A. Collado, Marcos Navarro y E. Martínez  
*Hospital de La Santa Creu, Tortosa.*

**Objetivos:** Definir el perfil clínico y funcional de los pacientes con ACV ingresados en nuestra unidad de convalecencia y rehabilitación. Definir factores pronósticos en el momento del ingreso capaces de predecir evolución en rehabilitación y morbimortalidad.

**Método:** Recogida de datos de los pacientes con ACV ingresados desde enero 2004 hasta junio 2006: demográficos, tipo de ACV y localización, antecedentes patológicos, síndromes geriátricos, situación funcional basal, al ingreso y al alta, presencia de problema social, rasgos clínicos en el ingreso, complicaciones médicas, destino al alta y mortalidad a los seis meses del ingreso. Análisis estadístico mediante programa SPSS.

**Resultado:** N = 111. Edad media 78 años, mujeres 49,5%, ACV isquémico 84,7% (hemorrágico 15,3%), localización cerebral 92,8%. HTA previa 75,7%, polifarmacia 45,9%. Barthel medio: previo 91, in-

greso 14, alta 42. Problema social 20%. Características al ingreso: trastorno lenguaje 68%, portadores SNG 19%, desnutrición 88%. Cursan con complicaciones importantes el 48,6% y el 8,1% requieren traslado al hospital de agudos. El 58,5% son capaces de deambular al alta. El 63,9% son altas a domicilio y un 13,5% son éxitos. Antiagregación al alta: 49,5%, anticoagulación 18%. Éxitos a los 6 meses: 25,2%. Análisis multivariante en búsqueda de factores pronósticos para la predicción de evolución funcional, aparición de complicaciones significativas, alta a domicilio y mortalidad a los 6 meses: se obtienen modelos estadísticos válidos a partir de los datos recogidos con una  $r^2$  de Cox y Snell entre 0,43-0,73 dependiendo del modelo y con una  $p < 0,001$  en los cuatro modelos analizados.

**Conclusiones:** Se trata de una población con alta prevalencia de patología y deterioro funcional, la cual presenta una elevada incidencia de complicaciones significativas en el transcurso del ingreso. Los rasgos funcionales y clínicos analizados tanto en la situación basal de los pacientes como en su situación al ingreso son, la mayoría de ellos y en su conjunto, predictores de evolución funcional y de morbimortalidad.

### ICTUS: DEL PROCESO AGUDO A EL ALTA HOSPITALARIA

J. Martos Gutiérrez y M. Luque, P. Alcalde  
*Fundació Hospital, Asil de Granollers, Barcelona.*

**Objetivos:** evaluar la efectividad de la valoración pronóstica y la correcta ubicación al alta de los pacientes ingresados con el diagnóstico de ictus en el Servicio de Medicina Interna, llevada a cabo por la UFISS (Unidad Funcional Interdisciplinar Socio-Sanitaria) de nuestro hospital.

**Material y métodos:** Estudio descriptivo, sobre 59 pacientes ingresados en el Servicio de Medicina Interna, entre los meses de enero a diciembre de 2006, y su posterior alta del citado servicio. Se efectúa seguimiento de los pacientes ingresados en la Unidad de Media Estancia (UME) de nuestro hospital. Variables: sexo; edad; deterioro cognitivo previo; situación funcional: previa al ingreso en MI, al alta de la misma y al alta de la UME mediante I. Barthel; tiempo de demora en la valoración por UFISS; presencia de disfagia, hombro doloroso, afasia y disartria. Análisis estadístico: Chi cuadrado de Pearson. SPSS v 10.0.

**Resultados:** 56% hombres; 44% mujeres. Ictus isquémico 89,2%, ictus hemorrágico 10,8%. Edad media 76,34, desviación standard 6,18. Deterioro intelectual 30,5% (Pfeiffer  $> 5$ ). Presentaron: disfagia 55,9%; plegia hemicuero afecto 45,1%; paresia 77,9%; afasia 55,8%. Demora interconsulta a la UFISS  $< 10$  días 89,34%. Los pacientes valorados a  $> 10$  días del proceso agudo por la UFISS presentaron mayor porcentaje de hombro doloroso, disfagia a líquidos y broncoaspiración, evidenciándose diferencias estadísticamente significativas. En cuanto al pronóstico funcional, aquellos que presentaban I. Barthel inferior a 20 presentaron mal pronóstico funcional y mayor mortalidad. Se evidenciaron diferencias estadísticamente significativas en cuanto al deterioro intelectual, procedencia al ingreso y ubicación postalta. Los pacientes que ingresaron en la UME con I. Barthel  $> 20$  presentaron mejora funcional al alta de la Unidad y aumento en el porcentaje de retorno a domicilio. El mayor número de éxitos se dieron en el Servicio de MI y en los pacientes con deterioro cognitivo, siendo a su vez los que presentaron mayor índice de institucionalización al alta de MI y UME.

**Conclusiones:** la valoración geriátrica integral por parte de la UFISS, detecta la aparición de complicaciones cuanto más precoz sea, disminuye la estancia media en los servicios de MI y ubica de forma adecuada a los pacientes afectados de ictus, en el recurso sociosanitario más adecuado.

## COMUNICACIONES LIBRES IX Sala Victoria

Viernes, 8 de Junio de 18:30 a 20:30 horas

### Atención sanitaria en residencias y centros sociosanitarios

Moderan:

Nicolás Maturana

Presidente de la Sociedad Andaluza de Geriatria y Gerontología

Tomás Alfonso

Residencia Mixta Bonanova. Palma de Mallorca

#### APROXIMACIÓN A LA SITUACIÓN DE ATENCIÓN A LAS DEMENCIAS EN RESIDENCIAS DE ANCIANOS EN ESPAÑA. ESTUDIO RESYDEM

R. López Mongil<sup>1</sup>, M.P. Redondo del Río<sup>2</sup>, M. Boronat Martín<sup>1</sup>,  
F. Mongil Jorrín<sup>1</sup>, J.A. López Trigo<sup>3</sup> y Grupo Colaborativo RESYDEM<sup>4</sup>  
<sup>1</sup>Centro Asistencial Dr. Villacián, Valladolid, <sup>2</sup>Dpto. de Nutrición. Universidad de  
Valladolid, <sup>3</sup>Ayuntamiento de Málaga, <sup>4</sup>Multicéntrico.

**Introducción:** Como parte del estudio RESYDEM 2 (Evolución longitudinal de la cohorte del estudio RESYDEM: 1.020 residentes) se realiza a médicos investigadores una encuesta relativa a cuestiones como: titularidad y dependencia orgánica del centro, características de pacientes y médicos, prevalencia de dependencia y demencia, posibilidad de acceso a exploraciones complementarias y tratamiento farmacológico de la demencia.

**Objetivos:** Conocer perfiles profesionales y académicos de los médicos de Residencias Conocer aspectos de la situación diagnóstica de la demencia en residencias como el acceso a exploraciones complementarias. Analizar la posibilidad de prescribir tratamiento específico de la demencia en residencias. Conocer los tiempos promedios desde derivación/petición de pruebas hasta su realización y desde la prescripción hasta inicio de tratamiento.

**Material y método:** Se realiza encuesta de 19 preguntas cerradas a 36 médicos (13 geriatras, 6 diplomados en Geriatria, 11 médicos generales (MG), 3 MG máster en gerontología, 3 médicos de familia) participantes en estudio RESYDEM 2. Están representadas todas las Comunidades Autónomas del Estado Español. Los datos se procesan con paquete estadístico SPSS 14.0. Se realiza un análisis descriptivo de las variables. Los resultados se expresan como media e intervalo de confianza (IC 95%) en el caso de las variables cuantitativas y como porcentaje las categóricas. Se realiza estudio percentilico (Promedio ponderado y bisagras de Tukey) de las variables prevalencia de demencia, petición de pruebas, tratamiento y tiempos medios para recibirlos.

**Resultados:** Un 58,3% de participantes en medio residencial privado. La media del nº de plazas (p50) es 120, con 68% de los residentes considerados como asistidos. Prevalencia media de demencia estimada 56,74% (DT 15,533). Se promedian (p50) 9,50 nuevos diagnósticos de demencia al año. Un 72% de los encuestados no tiene acceso directo a solicitar pruebas de neuroimagen para completar diagnóstico. Un 78% deriva a otros especialistas en otros niveles asistenciales. Un 33% puede prescribir directamente fármacos con indicación específica para la demencia. En un 75% de los casos la prescripción de estos fármacos la hacen especialistas fuera de la residencia. El tiempo medio entre prescripción y autorización/visado es de 38,21 días.

**Conclusiones:** En el promedio de centros se observa muy alta prevalencia de demencia, dependencia y de estimación de nuevos diagnósticos de demencia/año. Pese a la alta prevalencia de demencias en residencias los médicos sufren importantes problemas para com-

pletar el diagnóstico y prescribir directamente fármacos con indicación específica.

#### DESCRIPCIÓN DEL PERFIL, EVALUACIÓN DE NECESIDADES DE ATENCIÓN Y NIVEL DE CARGA ASISTENCIAL EN 3000 RESIDENTES DE 15 RESIDENCIAS PÚBLICAS DE CASTILLA Y LEÓN

A. Uriarte Méndez<sup>1</sup>, M. Hernández<sup>1</sup>, M. Leturia<sup>1</sup>, F. Javier Leturia<sup>1</sup>,  
J. Salazar<sup>1</sup> y Á. Rubio<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Fundación Ingema, <sup>2</sup>Gerencia SS.SS.

El objetivo es analizar individual y comparativamente el perfil y necesidades de atención y nivel de carga de 15 residencias públicas de Castilla y León.

**Metodología:** Se ha analizado el perfil de 3000 residentes. Se han evaluado las necesidades de atención y nivel de carga asistencial aplicando una escala que evalúa la dimensiones: alimentación, higiene y vestido, levantar y acostar, incontinencia, usuarios de W.C., movilidad, medicación, desplazamientos, estado psicoafectivo, estado mental, comportamiento, puntuación en el Barthel y clasificación en válido, asistido grado I y asistido grado II.

**Resultados:** El 68,1% son mujeres y el 31,9% son hombres. Son viudos el 52,9%, solteros los alcanzan un 30,2%. Los que han cursado estudios primarios son un 88% y los analfabetos, 11%. Han realizado labores caseras el 50%, el 30% han llevado a cabo trabajos no cualificados. El porcentaje más alto se sitúa en el de los usuarios que llevan en los centros entre 2 y 5 años, (29,5%). En relación al nivel de carga el 64,75% es autónomo para la alimentación, el 16,87% requiere ayuda parcial y el 17,17% ayuda total. El 31,63% de los residentes realiza de forma autónoma o con supervisión el aseo personal y el vestido mientras que el 38,23% requiere ayuda total. El 25,69% de los residentes es independiente para levantarse y acostarse, y el 35,13% necesita ayuda total. El 34,53% de los residentes se desplaza de forma autónoma, el 21,83% es autónomo en el centro y el 29,03% requiere ayuda total. Y en sus desplazamientos el 31,87% no utiliza ninguna ayuda externa, y el 34,73 y el 23,03% utilizan bastón andador y silla de ruedas respectivamente. El 56,67% es autónomo para el W.C. y el 31,57% requiere ayuda total. El 45,10% es continente y un 28,93 y 31,80% usa pañal y padece incontinencia fecal respectivamente. El 48,23% recibe ayuda total en la toma de la medicación, el 28,83% recibe ayuda parcial y el 19,17% es autónomo. El 45,43% no presenta alteración afectiva alguna, 22,03% presenta síntomas de depresión leve y el 6,77% síntomas de depresión importante. Un 13,97% presenta síntomas de ansiedad. Y en cuanto a su estado mental, el 36,17% tiene un buen nivel cognitivo, el 19,03% tiene un deterioro cognitivo leve, el 17,90% un deterioro moderado y el 18,20% un deterioro grave. El 31,20% de los residentes presenta riesgo de caída y el aislamiento 16,33% y la agitación 10,93% junto con la agresividad 8,45% y la ambulancia 8,93% son los comportamientos más destacados.

**Conclusiones:** Barthel el 18,03% de los residentes tiene una dependencia total, el 21,27% una dependencia leve y el 20,33% es independiente. 27,43% son asistidos grado II y el 36,67% son asistidos grado I mientras que el 23,27% de los residentes es válido.

#### ESTUDIO DE LA MORBI-MORTALIDAD DE LOS USUARIOS DE UN CENTRO GERIÁTRICO SOCIOSANITARIO

J. Pérez Martín, E. Mosquera Losada, R. Vigo Sambade y M. Gallego Pérez

Residencia Asistida de Mayores, Vigo.

**Objetivos:** *General:* Estudiar la mortalidad y la morbilidad de los usuarios fallecidos desde la apertura del centro (1988) hasta la fecha actual (2007) *Específicos:* Investigar la causa última de la muerte. Correlacionar la causa del óxitus con la patología de base de los usuarios. Buscar indicadores y predictores de morbi-mortalidad.

**Material y método** De Historias Clínicas y Base de Datos se extraen los datos: diagnósticos al ingreso, diagnósticos de evolución, tratamientos y causa del óxitus. Se estudian y depuran los datos de los certificados médicos de defunción. Se analizan las variables: Distribución de las bajas por sexo, grupos de edad, diagnósticos de base y causa del óxitus. Se correlacionan los diagnósticos principales con las causas del óxitus. Se examina la estancia media por patologías y causa del óxitus, y la edad a la defunción por patologías y causa del óxitus.

**Resultados generales del trabajo:** Número de óxitus: 1353 Edad al óxitus 84,63 años, Estancia media: 974,74 días; Mujeres 1021 (75,47%) con edad media al óxitus 85,46 años y estancia media 940,60 días; Hombres 332 (24,53%) con edad media al óxitus 82,07 años y estancia media 1079,43 días. Edad media óxitus año 1991: 80,52 años, año 1996: 83,21 años; año 2001: 85,85 años, año 2006: 87,14 años Patologías de base o principal más frecuentes, por grupos de enfermedades de la OMS: trastornos mentales (51,15%), enf. sistema circulatorio (27,39%) y enf. sistema osteoarticular y tejido conectivo (11,22%) Causa más frecuentes de óxitus: cardiovasculares, infecciosas, respiratoria, Cáncer. Lugar del óxitus. Residencia 999 (73,83%). Hospital 354 (26,17%)

**Conclusiones:** Ha aumentado considerablemente la esperanza de vida y supervivencia desde la apertura del centro. La causa más frecuente de óxitus es la patología cardiocirculatoria, seguida de la infecciosa. La causa de óxitus más frecuente en las demencias es la infecciosa. La elevada morbilidad y mortalidad en residencias asistidas comportan un alto nivel de cuidados sanitarios y especialmente de cuidados paliativos y de atención a la muerte, siendo importante aumentar la dotación de personal sanitario y potenciar la formación en esas materias.

#### VALORACIÓN DEL DOLOR EN PACIENTES INSTITUCIONALIZADOS

J. Alaba Trueba, T. Cestau, A. Urbizu, L. Jordan, E. Aizpuru y E. Madelina

Fundación Matia, San Sebastián.

**Objetivos:** Evaluar las características del dolor en el medio residencial, como indicador principal de calidad asistencial al final de la vida.

**Material y métodos:** Estudio descriptivo transversal en 2 centros residenciales de San Sebastián, recogiendo características del dolor (localización, tipo de dolor, intensidad, frecuencia, tratamiento) en personas sin deterioro cognitivo y en aquellas con deterioro cognitivo (MEC < 20) a través de la escala PAINAD (Volicer 2003 donde se evalúa la intensidad del dolor en una escala de 0 a 10).

**Resultados:** Con una muestra de 190 residentes con una edad media de 84 años (DT: 8), donde el 74% son mujeres, una dependencia grave (I. Barthel < 40) del 50%, la prevalencia de deterioro cognitivo es del 65% principalmente de causa degenerativa, en aquellos residentes sin deterioro cognitivo la prevalencia de dolor es del 61% principalmente de causa nociceptiva, en piernas y espalda, la intensidad del dolor a través de la escala numérica es posible en un 24% de residentes de los cuales el 54% son superiores a 6. En pacientes con deterioro cognitivo la escala PAINAD es > 6 en un 11% de los casos. El tratamiento con analgésicos en un 36%, un 5% con tramadol y un 4% con opiáceos.

**Conclusiones:** La identificación de la presencia y características del dolor de forma dinámica, en el medio residencial garantiza una atención de calidad al final de la vida.

#### EVOLUCIÓN DE LA COMPLEJIDAD DE CUIDADOS EN LOS DEMANDANTES DE INGRESO EN RESIDENCIA PÚBLICA EN ASTURIAS

F.L. Jiménez Muela<sup>1</sup>, A. de Pablos<sup>1</sup>, F.M. Suárez García<sup>2</sup>, F. Álvarez<sup>1</sup>, J.J. Solano Jaurieta<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Establecimientos Residenciales del Principado de Asturias, <sup>2</sup>Consejería de Salud y Servicios Sanitarios del Principado de Asturias, <sup>3</sup>Hospital Monte Naranco, Oviedo.

**Objetivo:** Visto en estudios previos que la demanda de ingreso residencial tiene como motivo el deterioro de la salud, nos proponemos conocer la evolución en el tiempo, desde el año 1998 al 2006, en función de la clasificación RUG-T18, la tipología de los ancianos que solicitan ingreso, y compararla con la de aquellos que efectivamente ingresan.

**Material y métodos:** Se estudian las solicitudes de ingreso en residencia pública desde el año 1998 (n = 1.029), año 2002 (n = 1.238) al año 2006 (n = 1.699). Se aplican los criterios de la clasificación RUG-T18. Se estudia el tiempo de espera hasta el ingreso y la distribución por áreas geográficas. Se toman como cortes a estudio los años 1998, 2002 y 2006. No se contemplan criterios de exclusión.

**Resultados:** Existe un incremento en la demanda de aquellos ancianos que se incluyen en los grupos de mayor complejidad clínica y de cuidados (grupo R: 1% - 1,4% - 1,4%); (grupo S: 2,4% - 3,4% - 4,1%); (grupo C: 12,2% - 15,8% - 18,5%); (grupo B: 20,7% - 35,7% - 32,6%); Disminuyendo porcentualmente las solicitudes de ancianos que menos cuidados precisan (grupo PA: 34,3% - 20,4% - 19,9%) . La misma tendencia, pero más acentuada, se da en los ingresos en residencia (grupo R: 1,3% - 2,6% - 1,4%); (grupo S: 1,4% - 2,6% - 3,3%); (grupo C: 14,5%, 14% - 19,4%); (grupo B: 14,1% - 38,4% - 37%); (grupo PA: 36,1% - 18,4% - 14, 6%). Los tiempos de espera hasta el ingreso se mantienen en los grupos más complejos y se incrementan en el resto (grupo SB: 132 días - 133 - 144); (grupo BA: 107 días - 325 - 469); (grupo PA: 198 - 321 - 516). Las tasas de demanda e ingresos por áreas geográficas crecen lenta y progresivamente, excepto en un área en la que se instaló una unidad específica de rehabilitación en el que la demanda se multiplicó por 2,5, y los ingresos por 5

**Conclusiones:** Existen diferencias en la tipología de los ancianos que solicitan ingreso residencial en los tres períodos de tiempo considerados, la situación clínica y funcional se desplaza hacia el extremo de mayor complejidad. En el grupo B, fundamentalmente ancianos con demencia en estadio leve a moderado, no se incrementa la demanda en los últimos años, probablemente por el incremento de unidades de atención especializada no residenciales (Centros de Día). A pesar de que la adaptación de la oferta pública a la demanda, logra estabilizar el tiempo de espera de los ancianos con mayor necesidad de cuidados, no ocurre así en el resto de los grupos.

#### FACTORES ASOCIADOS AL USO DE RESTRICCIONES FÍSICAS EN UN MEDIO RESIDENCIAL PSICOGERIÁTRICO

F. Uriz Otano, M.Á. Arizcuren Domeño, S. Ropero Moriones,

G. Zilbeti Larreategui, J.I. Uriz Otano y G. Gorria Luquin

Residencia Landazábal, Pamplona.

**Objetivo:** Conocer los factores relacionados y tipología de residentes que utilizan medidas de restricción física en nuestro medio.

**Material y métodos:** Estudio prospectivo descriptivo de los residentes ingresados en nuestro centro desde Enero 2005 a Junio 2006, evaluando variables demográficas, presencia de Demencia, Grado deterioro cognitivo (GDS, y MEC), Situación funcional (I. Barthel), Incontinencia urinaria, Equilibrio y Marcha (Tinetti), Caídas en los últimos 6 meses, Situación Nutricional (IMC), Riesgo úlceras de presión (Norton). Número patologías médicas, Polifarmacia, Consumo de Psicotropos en función de la utilización o no de medidas de restricción física Análisis estadístico univariado y multivariado mediante el método de regresión logística.

**Resultados:** 239 residentes, 63,7% mujer, edad media 83,4 años, Pluripatología (media ± DE) (7,8 ± 2,7), 88,9% Deterioro cognitivo (GDS > 2, MEC < 24), 64% demencia, 58,2% Deterioro funcional

grave (IB < 40), 64,9% polifarmacia y 54%, consumo de Psicofármacos. 183 (76,6%) utiliza algún tipo de restricción física, siendo las barras en cama la más frecuente (El 100% de las sujeciones) seguido del uso de cinturones (49,5% de los residentes). En el análisis univariado no encontramos diferencias significativas ( $p > 0,05$ ) en cuanto al sexo, y presencia o no de polifarmacia en ambos grupos (con o sin restricción), encontrando diferencias en el resto de los parámetros ( $p < 0,001$ ). Al realizar el estudio multivariado, observamos 5 factores predictivos independientes: La edad, demencia, dependencia funcional (Índice de Barthel), historia de caída en 6 meses previos y la incontinencia urinaria ( $p < 0,001$ ).

**Conclusiones:** El uso de medidas de restricción física es relativamente frecuente en nuestro medio. El perfil del residente con sujeción en nuestro medio es el de personas de edad avanzada con diagnóstico de demencia, deterioro funcional, presencia de incontinencia urinaria e historia previa de caída en los últimos 6 meses.

### GASTROSTOMÍA ENDOSCÓPICA PERCUTÁNEA. 10 AÑOS DE EXPERIENCIA EN UN CENTRO RESIDENCIAL

N. Peña Sarabia y C. Fernández Viadero  
*Residencia de Mayores de Santander.*

**Objetivo:** Después de más de 25 años de la introducción de la técnica de la gastrostomía endoscópica percutánea (PEG), se siguen planteando discusiones sobre la conveniencia o no de esta técnica para la alimentación en ancianos con demencia avanzada, se quiere aportar la experiencia de su uso en un centro residencial.

**Metodología:** Análisis de todos los pacientes geriátricos que han sido sometidos a este procedimiento en nuestro centro durante 10 años (enero 97-febrero 07). Evaluación retrospectiva de los datos de la historia clínica, así como de las causas de muerte entre los fallecidos.

**Resultados:** 51 ancianos fueron sometidos a este procedimiento, de los que sólo 3 son varones y uno de ellos no tenía demencia. Su edad media en el momento de la colocación de la PEG fue de  $86,4 \pm 6,0$  años. El 49% tenía Enfermedad de Alzheimer, el 27,5% vascular, el 13,7% demencia mixta, el 3,9% otras demencias y en 2 (3,9%) se colocó por disfagia severa tras ACVA. De esta población 38 (74,5%) tenían sonda nasogástrica previa y de ellos precisaban contención para evitar la autoextracción el 78,9%. Ninguno de los pacientes precisó contención para evitar la autoextracción de la PEG. Se retiraron tres PEG una por complicaciones y las otras dos por mejoría progresiva de la deglución. Han fallecido 44 pacientes durante el seguimiento. Los pacientes han permanecido con la PEG una media de  $681 \pm 580$  días (mínimo 30 y máximo 2867), con un número de días totales de seguimiento entre los 51 ancianos de 34933. El 35,3% fallece por infecciones incluidas las respiratorias y el 34,1% lo hace por problemas vasculares. El 59% (30 ancianos) viven más de un año con la PEG. En estos la edad media es de  $89,2 \pm 5,3$  años al final del seguimiento, con una media de días con PEG de  $1045 \pm 491$  (mínimo 464 y máximo 2867).

**Conclusiones:** La PEG es un procedimiento controvertido en la atención al anciano con demencia, aunque parece que bien tolerado y sin necesidad de contención para evitar la autoextracción. En contra de la mayoría de series de países de influencia anglosajona, con una supervivencia residual de hasta menos del 10% en el primer año, los ancianos con PEG en nuestra serie alcanzan una supervivencia del 59%. Ante la controversia de este procedimiento son necesarios estudios internacionales longitudinales y a largo plazo, evaluando detenidamente múltiples aspectos, para poder obtener pruebas más concretas que avalen o rechacen su empleo en el anciano con demencia.

### TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO EN PACIENTES CON DEMENCIA EN CENTROS RESIDENCIALES

E. Elgezua Uriarte<sup>1</sup>, F. Gómez Busto<sup>2</sup>, I. Artaza Artabe<sup>1</sup>, E. Aguirre Amantegui<sup>3</sup>, I. Landeta Lekona<sup>1</sup> y I. Olivares Urkiza<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Residencia Orue, amorebieta, <sup>2</sup>Residencia San Prudencio, Vitoria, <sup>3</sup>Universidad del País Vasco.

**Objetivo:** Analizar los trastornos de comportamiento más frecuentes en pacientes con demencia institucionalizados en residencia.

**Material y Métodos:** Estudiamos 143 pacientes con demencia, 70 de la Residencia San Prudencio de Vitoria y 73 de la Residencia Orue

de Amorebieta. Criterios diagnósticos y Tipo de demencia: Se establecieron según el DSM IV y las recomendaciones de la SEGG. Grado de demencia; según puntuaciones del GDS de Reisberg. Alteraciones del apetito y de la alimentación: según el NPI (versión Nursing Home). Nivel de Dependencia: según el Índice de Barthel.

**Resultados:** De 228 pacientes de ambos centros, 143 cumplen criterios de demencia. y un 80% presenta trastornos de comportamiento. La edad media de la muestra es de 85,3 años, siendo el 76,6% mujeres. Tipos de demencia: 40% Alzheimer, 24% D. Vascular, 16% D. Mixta, 7% Trastornos psiquiátricos cronicados, 3,5% D.C Lewy, 2% Hidrocefalia, 1,5% Fronto Temporal y 9,5% Otras. Trastornos de comportamiento más frecuentes: 38,5% Apatía (55 casos), 34% Delirios (49 casos), 26,5% Agitación (38 casos), 25,2% Irritabilidad (36 casos), 23% Ansiedad (33 casos), 18,2% Alteraciones del Apetito (26 casos), 17% Trastornos del Sueño (24 casos). Trastorno de comportamiento más frecuentes según tipo de demencia: Alzheimer (30% Agitación, 28% Apatía), Vascular (37,5% Apatía y 31,3% Irritabilidad), Mixta (61% Apatía y 35% Irritabilidad). Puntuación media del NPI y del Barthel según grado de demencia: GDS 3 (NPI 10 y Barthel 66,7); GDS 4 (NPI 8,3 y Barthel 56,8); GDS 5 (NPI 12,3 y Barthel 43,8); GDS 6 (NPI 15,1 y Barthel 32); GDS 7 (NPI 7 y Barthel 10,3).

**Conclusiones:** La demencia con trastornos de comportamiento es un síndrome de alta prevalencia en nuestros centros. Los trastornos de comportamiento más frecuentemente observados son la apatía, los delirios, la agitación y la irritabilidad. Los trastornos de comportamiento aumentan y se agravan con la evolución de la demencia, observándose sin embargo una disminución de los mismos en las fases severas.

### PREVALENCIA DE EPOC Y ADECUACIÓN DE TRATAMIENTO BRONCODILADOR EN EL MEDIO RESIDENCIAL.

J. Alaba Trueba, T. Cestau, A. Urbizu, N. Valor, J.M. Crespo y B. Santano  
*Fundación Matia, San Sebastián.*

**Objetivos:** Valoración de la prevalencia de EPOC y diferentes tratamientos instaurados para adecuar los tratamientos a la evidencia disponible.

**Material y métodos:** Estudio descriptivo transversal realizado en 5 centros residenciales de Fundación Matia en el primer trimestre del 2006, determinándose la prevalencia de EPOC identificando los pacientes usuarios de terapia broncodilatadora. Valorar los diferentes regímenes terapéuticos establecidos.

**Resultados:** Muestra de 465 residentes, con una media de 83 años, donde el 75% son mujeres, el 56% con una dependencia grave (Índice de Barthel < 40), deterioro cognitivo en un 62%, un 9% son fumadores activos. Se encuentran en tratamiento broncodilatador el 14% de los residentes, siendo un 43% de sexo masculino. Un 25% en tratamiento con corticoides inhalados, un 58% con betaadrenérgicos o anticolinérgicos de corta duración, un 15% con betadrenérgicos y anticolinérgicos de larga duración; un 3% en tratamiento crónico con teofilinas, 14% con corticoides orales, un 9% con oxigenoterapia crónica domiciliaria. La tasa de reagudizaciones es de 1,12 por cada residente/año.

**Conclusiones:** El uso de terapia broncodilatadora es un indicador indirecto de prevalencia de EPOC, con el sesgo de selección que conlleva especialmente en el medio residencial de personas dependientes. El conocimiento de la terapia permite actualizar las decisiones en relación a las nuevas evidencias y recomendaciones (GOLD) permitiendo la máxima de calidad de atención en una patología crónica que incide de gran manera en la calidad de vida de las personas.

### SELECCIÓN DE MEDICAMENTOS EN GERIATRÍA: DIFERENCIAS ENTRE LA GUÍA FARMACOTERAPÉUTICA DE UNA RESIDENCIA GERIÁTRICA Y LA DEL HOSPITAL DE TERCER NIVEL DE REFERENCIA

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

**Objetivos:** Tras un año de edición de la «guía farmacoterapéutica de residencias para mayores», evaluar la adecuación entre esta guía y la del hospital de agudos de referencia que realiza la gestión

de compras, analizando; número de medicamentos que han tenido que añadirse al petitorio de dicho hospital para cubrir los tratamientos de la población geriátrica institucionalizada; causas de incorporación de estos medicamentos y; grupos terapéuticos más frecuentes.

**Método:** Estudio descriptivo transversal. Se analiza a los seis meses de inicio de la gestión de adquisición de medicamentos por el hospital de referencia qué medicamentos han sido adquiridos específicamente para una población de 385 residentes, de edad media 83 años, polimedicaos un 68% y con una media de 7 medicamentos/paciente / día. Se utiliza el archivo informático I de compras de medicamentos del hospital de referencia al medio año de inicio de la gestión, en el que se indica los que se adquieren exclusivamente para las residencias geriátricas.

**Resultados:** 102 nuevos medicamentos incorporados en medio año. Incorporados 41 medicamentos por necesidad de nuevo principio activo y 61 por modificaciones en Principio Activo (PA) ya existente (29 por distinta dosis, 24 por necesidad de distinta Forma Farmacéutica y 8 por asociación en un mismo medicamento de PA ya existentes por separado). En cuanto a grupos terapéuticos, SNC (28) Cardiología (20) y Aparato Digestivo y Metabolismo (18) son los que han requerido más incorporaciones de medicamentos.

**Conclusiones:** Las peculiaridades de la población de una institución geriátrica (edad, pluriopatología y polimedicaos) hacen que la adecuación de los tratamientos a la selección hospitalaria sea posible sólo en parte, siendo necesario adquirir una serie de principios activos no utilizados por el hospital de referencia pero necesarios en esta población (el 18%: 45 sobre un total de 257 PA seleccionados en nuestra Guía), así como nuevas presentaciones de los PA ya existentes en cuanto a dosis y en cuanto a formas farmacéuticas, adaptándolas a las características de esta población.

#### INFECCIÓN DEL TRACTO URINARIO EN UNA RESIDENCIA ASISTIDA. PATRÓN DE RESISTENCIAS ANTIMICROBIANAS

F. Cibrián Gutiérrez

Residencia Arana, Vitoria, Gasteiz.

**Introducción:** Los expertos recomiendan tener un «mapa» de la flora microbiana y del patrón de resistencia a antibióticos en el medio de trabajo (comunidad, hospitales, residencias,...) de cara a una optimización del tratamiento empírico de las infecciones.

**Objetivos:** Determinar la flora microbiana en ITU de la Residencia Arana (sección Asistida) y su patrón de resistencia a antibióticos y establecer una política de antibióticos empíricos. Relacionarlo con características clínicas de los pacientes.

**Material y métodos:** Revisión de todos los episodios de ITU de la residencia asistida del 1 de enero de 2002 al 31 de diciembre de 2006 considerando microorganismo, patrón de resistencias y características clínicas de los pacientes (edad, sexo, presencia de diabetes, ACV, deterioro cognitivo y sondaje urinario).

**Resultados:** 111 aislamientos en 50 pacientes, 11 hombres y 39 mujeres. La edad media: 78,52 años. Los patógenos aislados: E. coli 65 (57,65%), K. oxytoca: 10 (9,00%), K. pneumoniae: 7 (6,30%), P. aeruginosa: 6 (5,40%), P. mirabilis: 6 (5,40%), P. vulgaris: 3 (2,70%), E. faecalis 3 (2,70%) M. morgagni 2 (1,80), S. aureus 2 (1,80), S. epidermidis 2 (1,80). Las sensibilidades de los tres patógenos más aislados son: E. coli: a fosfomicina: 95,8%, a amoxicilina-clavulámico: 72%, a ciprofloxacino 74,6% a cefoxitina 91,8%. de las cepas de K. oxytoca 78,5 eran sensibles a fosfomicina, 74% a amox-clav., 96% a cefoxitina y 86% a TMP-SMX. De las cepas de K. pneumoniae 100% eran sensibles a amoxi-clav, a cefoxitina y a ciprofloxacino, 97,6% a TMP-SMX, pero sólo 49% a fosfomicina. El 26,12% de los aislamientos se produjo en diabéticos, el 1,80% en sondados, el 11,71% en pacientes con ACV previo y el 61,26%

en pacientes con deterioro cognitivo (9,90% leves, 23,42% moderados y 27,92% severos)

**Conclusiones:** E. coli es el principal aislado sensible a fosfomicina en 95,8%. K. oxytoca (2º en frecuencia) es sensible a fosfomicina en 78,5% por lo que este antibiótico se ha elegido como de primera elección en el tratamiento empírico en ITU no complicadas. Las cefalosporinas orales de tercera generación son una buena alternativa, aunque más cara. La nitrofurantoina presenta buena sensibilidad en los tres primeros aislados, pero la posología no es cómoda y los efectos secundarios más frecuentes según la literatura. Si bien no se ha hecho un análisis estadístico el deterioro cognitivo parece relacionado con las ITU (por la inmovilidad, la incontinencia, etc), en segundo lugar la diabetes parece también un factor de riesgo como se señala en la literatura sobre el tema. El sondaje urinario no es valorable por el escaso nº de muestras.

#### MEDICIÓN DE LA DEPENDENCIA: TEST CM 98 DE ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA BÁSICAS. UTILIDADES

R. López Mongil<sup>1</sup>, M. Boronat Martín<sup>1</sup>, M<sup>a</sup> P. Redondo del Río<sup>2</sup>, J. A. López Trigo<sup>3</sup>, J. L. Elguero Angulo<sup>1</sup> y Grupo Colaborador Enfermería<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Centro Asistencial Dr. Villacián, Valladolid, <sup>2</sup>Dietética Universidad de Valladolid, <sup>3</sup>Unidad de Memoria, Ayuntamiento de Málaga.

La Valoración Funcional constituye la primera aproximación para conocer la dependencia de un anciano.

**Objetivos:** Conocer el grado de funcionalidad y la distribución de la dependencia, así como la prevalencia de síndromes geriátricos: inmovilidad (I), incontinencia (IU) y problemas alimentarios en un centro residencial.

**Métodos:** Realizamos una valoración funcional de Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD) en 144 residentes aplicando el test CM 98 de AVDB, que obtuvo una elevada validez concurrente al compararla con Barthel, Harper y Katz. Valora las siguientes funciones: Alimentación, Aseo, Vestirse, Caminar, Sentarse/Acostarse, Baño, Uso del retrete, Subir y bajar escaleras, Continencia Urinaria y Fecal. Cada ítem se puntúa como 0 si el residente es autónomo; 1 sin necesita ayuda y 2 si es dependiente. La puntuación total se obtiene sumando las parciales de cada ítem, agrupando a su vez los resultados en categorías: 0: autónomos; 1-7: dependencia ligera; 8-11: moderada; 12-15: severa; 16-20: total. Se procesan los datos con paquete estadístico SPSS 14,0. Se realiza un análisis descriptivo a través de una distribución de frecuencias para las variables categóricas generadas. Se estima la prevalencia para los principales parámetros estudiados: alimentación, inmovilidad e incontinencia.

**Resultados:** Del total muestral el 38,4% de los pacientes presenta dependencia ligera, moderada el 9,4%; severa 15,2% y el 31,9% dependencia total; estos últimos son residentes que precisan cuidados al final de la vida. (Los resultados son similares a los obtenidos por el Índice de Barthel). La prevalencia de problemas con la alimentación es del 51,0% (30,6 necesitan ayuda y 10,4 son dependientes); inmovilidad (medida como la conjunción de caminar, transferencias y escaleras): relativa (puntuación 1-5) 44% y absoluta (puntuación 6) 22,7%; prevalencia de incontinencia: 69,2%.

**Conclusiones:** El test CM98 de ABVD presenta como ventaja una mayor sencillez en su realización y rapidez, categorizando fácilmente la dependencia. Puede ser útil para su uso en diferentes entornos: consultas, domicilio, centros y hospitales de día, hospitales. En nuestro estudio el síndrome más prevalente es la IU seguido por la inmovilidad y los problemas alimentarios. La aplicación de este test aporta una aproximación al conocimiento de la dependencia y de importantes síndromes geriátricos, con poco esfuerzo y siendo útil para los distintos componentes del equipo asistencial. Su uso puede ser considerado como una alternativa útil frente a otros instrumentos de valoración.

## COMUNICACIONES LIBRES X Sala Turina

Viernes, 8 de Junio de 18:30 a 20:30 horas

### Farmacoterapia y yatrogenia

Moderan:

M<sup>a</sup> José Juan

Residencia «Llar dels Ancians». Palma de Mallorca

Pilar Mesa

Presidenta de la Sociedad Aragonesa de Geriatria y Gerontología

#### ESTUDIO DESCRIPTIVO DE PACIENTES NONAGENARIOS EN TRATAMIENTO CRÓNICO CON ANTICOAGULANTES ORALES

N. Quilez Salas, C. Duarte, B. Álvarez, M. Hornillos, M P. Jiménez y J. Arbeteta

S. Geriatria y S. Hematología. Hospital Universitario de Guadalajara

**Objetivos:** El aumento del número de pacientes ancianos con anticoagulación oral y el envejecimiento progresivo de este grupo, unido a los escasos datos existentes en la literatura sobre la población nonagenaria nos impulsó a analizar el grado de control de anticoagulación oral de los pacientes nonagenarios y la evolución de los mismos.

**Método:** Estudio retrospectivo de los pacientes nonagenarios registrados a través del programa Anticoagulant Therapy Information System (Dade Behring) del servicio de Hematología. Se analizaron las variables sociodemográficas, grado de control con INR, diagnósticos, complicaciones, comorbilidad y riesgo de sangrado.

**Resultados:** Se registraron 49 pacientes anticoagulados entre Enero 2003 y Diciembre 2006 con una media de edad de 92,47 años, siendo el 75% mujeres, que procedían del servicio de Geriatria en el 46,9%, seguidos de Cardiología en el 28,6% y Medicina Interna en el 12,2%. El 75,5% de la muestra comenzó el tratamiento antes de los 90 años. De la muestra siguen anticoagulados el 53%. Los pacientes llevan una media de 5 años con ese tratamiento, y este periodo es mayor en los que siguen anticoagulados. El rango de INR prescrito era 2-3 en el 98% de los casos, siendo el motivo de anticoagulación más frecuente la fibrilación auricular en un 77,6%, los ACV cardioembólicos un 28,6% y la TVP/TEP un 18,4%. Se analiza el porcentaje de los pacientes tenían historia de complicaciones hemorrágicas, de éstas las más frecuentes fueron la digestiva seguida de la cutáneo muscular. En cuanto a la gravedad de las hemorragias casi la cuarta parte de los pacientes necesitaron hospitalización. La dosis media de acenocumarol semanal era de 9,7 mg. Se realizaron una media de 12,7 controles/año y 2/3 de los nonagenarios presentaron un riesgo de sangrado medio y un tercio riesgo alto.

**Conclusiones:** Los pacientes nonagenarios de la provincia de Guadalajara en tratamiento con anticoagulantes orales llevan un largo periodo de tiempo con dicho tratamiento. La FA es el diagnóstico más frecuente. Las complicaciones hemorrágicas son frecuentes, por lo que precisan una valoración periódica del riesgo-beneficio.

#### HIPOALBUMINEMIA COMO FACTOR DE RIESGO DE HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA EN ANCIANOS QUE TOMAN ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDEOS

C. Bermejo Boixareu, A. Rodríguez Molinero, J. Rodríguez Salazar, P. Sorando, R. Mainar y J.J. Baztan Cortes  
Hospital Central de la Cruz Roja, Pozuelo, Madrid.

**Objetivo:** Analizar si la hipoalbuminemia es un factor de riesgo para desarrollar hemorragia digestiva alta (HDA) en pacientes ancianos

que toman antiinflamatorios no esteroideos (AINEs)

**Pacientes y métodos:** Estudio retrospectivo de casos y controles. Se compararon los niveles de proteínas y albúmina de 38 casos de pacientes con HDA, con 76 controles también consumidores de AINEs, de las mismas características clínicas, pero que no hubieran tenido HDA previa. Los controles fueron pareados por edad, sexo, fármacos administrados y diagnósticos de ingreso.

**Resultados:** En el análisis bivariante los niveles de proteínas, albúmina y creatinina fueron inferiores en el grupo de casos de HDA, pero la única variable que presentó diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos fue la albúmina ( $3,24 \pm 0,46$  en los casos vs  $3,46 \pm 0,41$  en controles;  $p < 0,05$ ). En el Análisis de regresión logística los niveles de albúmina sérica se asociaban de forma inversa a riesgo de sufrir hemorragia digestiva con una OR cruda de 0,33 (IC 95%: 0,13-0,82) que ajustada por la presencia de insuficiencia renal era de 0,35 (IC 95%: 0,14-0,87).

**Conclusiones:** Estos resultados sugieren un mayor riesgo de HDA en pacientes ancianos que toman AINEs si estos presentan niveles bajos de albúmina.

**Palabras clave:** Hipoalbuminemia. Factor de riesgo. Hemorragia Digestiva Alta.

#### ESTRATEGIA EDUCATIVA PARA CAPACITAR A MÉDICOS DE CABECERA (MC) SOBRE MEDICACIÓN POTENCIALMENTE INAPROPIADA (MPI) EN GERIATRÍA

M. Schapira, M.E. Guajardo, M.E. Soderlud, M. Sassano, E. Quintar y L.A. Cámara

Programa de Medicina Geriátrica Hospital Italiano, Buenos Aires.

**Introducción:** La prescripción de MPI es un problema frecuente en Geriatria. Existen criterios conocidos, como los criterios de Beers (CB), que identifican la MPI. Se han desarrollado diferentes estrategias para disminuir la MPI, por ejemplo: alertas electrónicas o fichas con algoritmos de opciones. Sin embargo, no hemos encontrado evidencia que una intervención educativa para el aprendizaje de los CB haya sido utilizada.

**Objetivo:** Evaluar una estrategia educativa sobre los CB para capacitar a MC.

**Métodos:** Se invitó a MC, internistas, de familia y clínicos con competencia en temas geriátricos de un programa de atención primaria de ancianos, a participar en una serie de clases prácticas donde se enseñaron los CB y su racionalidad. Se realizaron dos encuentros. Al primero asistieron 27 MC, se desarrollaron exposiciones de 20 minutos cada una sobre 10 grupos de fármacos incluidos en los CB. Se entregaron dos cuestionarios, uno previo (cuestionario 1 -C1-) y otro posterior a la - exposición (C2), con cuestionarios anónimos de opción múltiple. Los resultados de ambos cuestionarios fueron analizados. Al segundo encuentro (2 meses después) asistieron 26 MC. Se mostraron los resultados de los cuestionarios previos y se reforzar on

los conocimientos mediante de algoritmos especialmente diseñados por nuestro grupo. Al finalizar se entregó un nuevo cuestionario (C3) cuyo resultado se comparó con el cuestionario posterior de la primera reunión.

**Resultados:** Porcentaje de respuestas correctas: C1 44%, C2 72%. El porcentaje de respuestas correctas mejoro en un 28% ( $p < 0,0001$ ). Porcentaje de respuestas correctas de C3 fue del 92,5%. Los resultados del cuestionario de C3 se compararon con los de C2, y se observó una mejoría en la respuestas correctas de un 20,5% ( $p < 0,0001$ ). Todos los MC mostraron complacidos con la propuesta la dinámica y desarrollo capacitador docente

**Conclusión:** Esta estrategia fue adecuada para capacitar a nuestro grupo de médicos. Se mantuvo el conocimiento al menos por un tiempo razonable. Hubo excelente respuesta y predisposición por parte de los MC al programa educativo

#### USO DE MEDICACIÓN POTENCIALMENTE INAPROPIADA EN ANCIANOS (MIA) EN UN PROGRAMA DE ATENCIÓN PRIMARIA DE GERIATRÍA

M. Schapira, M.E. Guajardo, M. Sassano, V. Simonovich, J. Pollán y L.A. Cámara

*Programa de Medicina Geriátrica, Hospital Italiano, Buenos Aires.*

**Introducción:** Los efectos adversos de fármacos tienen consecuencias médicas y económicas importantes. La prevalencia de MIA oscila entre el 10-40% de todas las prescripciones. Se han desarrollado criterios para identificar MIA. Los más difundidos son los Criterios de Beers (CB). No hemos encontrado información al respecto, publicada en Argentina.

**Objetivo:** Estudiar la prevalencia de MIA .

**Método:** Se analizó una base de datos que incluyó a 20.505 pacientes mayores de 65 años. Un grupo de expertos revisó los CB para adaptarlos a la medicación disponible en el país. Usando la historia clínica electrónica se identificaron los fármacos usados por cada paciente durante un año (julio 2004- junio 2005). Se aplicaron los CB a los fármacos comprados en la farmacia durante ese período.

**Resultados:** De 20505 sujetos 5435 (26,5%) recibían MIA, con una edad promedio de 77 años. Un 74% eran mujeres. Entre los que recibían MIA 79% recibía una, el 17% dos y el 4% más de dos. Los MIA mas frecuentes fueron: bromazepam en dosis mayores de 3 mg / día (53%), fluoxetina en dosis diarias (36%), clorzoxazona (34%), amitriptilina (30%) y lorazepam en dosis mayores de 2 mg / día (26%). Algunas medicaciones son inapropiadas cuando el paciente presenta determinada comorbilidad. Las asociaciones más frecuentes fueron: deterioro cognitivo y anticolinérgicos o relajantes musculares (2,7%), caídas y uso de benzodiazepinas de acción corta e intermedia o antidepresivos tricíclicos (1%).

**Conclusión:** Los resultados muestran una prevalencia elevada de MIA. Los psicofármacos (especialmente las benzodiazepinas) y los miorrelajantes, son el grupo farmacológico más frecuentemente prescripto. Esta información ha generado un programa para disminuir la prevalencia de MIA

#### USO DE MEDICACIÓN POTENCIALMENTE INAPROPIADA (MPI) EN ANCIANOS VULNERABLES (FRÁGILES) EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO

M.E. Guajardo, M. Schapira, M. Sassano, L. Chueco, J. Pollán y L.A. Cámara

*Programa de Medicina Geriátrica Hospital Italiano, Buenos Aires.*

**Introducción:** Los efectos adversos de fármacos tienen consecuencias médicas y económicas importantes. La prevalencia de MIA oscila entre el 10-40% de todas las prescripciones. Se han desarrollado criterios para identificar MPI. Los más difundidos son los Criterios de Beers (CB). No se encuentra información al respecto, publicada en Argentina

**Objetivo:** Estudiar la prevalencia de MIA en ancianos vulnerables de la comunidad.

**Métodos:** Se revisó la historia clínica electrónica de 165 pacientes referidos por los médicos de cabecera (MC), atendidos en la Unidad de Evaluación Funcional del Anciano (EFA) donde se evaluaron características socio-demográficas, nivel educativo, comorbilidades,

cognición, actividades de la vida diaria (AVD) e instrumentales, y medicación crónica. Se usaron los CB 2003 adaptados al uso local por un panel de expertos. Se realizó análisis univariado (AU) y multivariado (AM), con intervalos de confianza del 95%.

**Resultados:** La prevalencia de MPI fue del 39% (64 pacientes), 26 pacientes recibían una MPI, 16 recibían 2 y 22 recibían más de 2. Las MPI más comunes fueron: uso de benzodiazepinas (BZD) en pacientes con historia de caídas y en pacientes con diagnóstico de depresión sin recibir tratamiento antidepresivo, uso de fluoxetina en dosis diarias, y el uso de bloqueantes cálcicos en pacientes con estenocardias. El AU mostró asociación significativa entre MPI y sexo femenino OR: 2,8 (CI: 1,3-6,34); más de 10 consultas a especialistas. OR: 3,06 (CI: 1,49-6,18); polifarmacia OR: 3,06 (CI: 1,46-6,44); AVD alteradas OR: 2,16 (CI: 1,03-4,55), y depresión OR: 3,02 (CI: 1,35-6,78) El AM mostró asociación significativa entre MIA y sexo femenino OR: 2,91 (CI: 1,26-6,73); visitas a especialistas OR: 3,08 (1,45-6,51) y Depresión OR: 2,56 (CI: 1,11-5,94).

**Conclusión:** Existió alta prevalencia de MPI; y una asociación significativa entre MPI y sexo femenino, Depresión y múltiples visitas a especialistas. La EFA detectó a un grupo de pacientes aún más vulnerables dados por MPI. La EFA ayudó a identificar la MPI y permitió realizar intervenciones en conjunto con los médicos de cabecera.

#### CARACTERÍSTICAS, EVOLUCIÓN INTRAHOSPITALARIA Y DESTINO AL ALTA DE ANCIANOS CON FRACTURA DE CADERA Y CAÍDA RECIENTE. IMPORTANCIA DEL USO DE PSICOFÁRMACOS Y FÁRMACOS CARDIOVASCULARES

F. Coca, L. Álvarez Nebreda, E. Marañón, Y. Gracia, M.Á. García-Alhambra y J.A. Serra Rexach

*Hospital Gregorio Marañón, Madrid.*

**Objetivos:** Describir las características de los ancianos con fractura de cadera y caída reciente, su curso intrahospitalario y ubicación al alta. Determinar si existen diferencias en el consumo de psicofármacos y fármacos cardiovasculares.

**Método:** Estudio observacional prospectivo que incluye 590 pacientes mayores de 64 años ingresados en la Unidad de Fractura de Cadera del HGUGM de Noviembre de 2004 a Febrero de 2006. Se comparan dos grupos: 97 pacientes con caída reciente (al menos otro episodio en los 2 meses previos a la fractura) y el de los 493 pacientes sin antecedentes. Las variables a comparar son: características basales (demográficas, situación funcional basal, comorbilidad), factores de riesgo de caídas (edad > 80 años, demencia, déficit visual, depresión, Functional Ambulation Classification (FAC) basal 3, uso de ayudas técnicas, osteoartritis, 4 ó más fármacos, uso de psicofármacos o fármacos cardiovasculares relacionados con caídas: digoxina, diuréticos o antiarrítmicos de grupo IA), el curso intrahospitalario (complicaciones, estancia, mortalidad) y ubicación al alta.

**Resultados:** Edad media  $83,7 \pm 7,3$  años, 83% mujeres, 31% con demencia, 20% institucionalizadas, 32% independiente para todas las AVD y 83% con marcha previa independiente. De los 590 pacientes, 97 (16,4%) refirieron caída reciente. Este subgrupo presenta: peor situación basal previa (Katz:  $3,2 \pm 2,1$  vs  $4,1 \pm 2,1$ ,  $p < 0,001$ ), mayor porcentaje de institucionalización (31 vs 18%,  $p = 0,04$ ), demencia (45 vs 28%,  $p = 0,001$ ), depresión (27 vs 16%,  $p = 0,01$ ), fractura de cadera previa (21 vs 11%,  $p = 0,015$ ), marcha basal no independiente (FAC 3: 36 vs 12%,  $p < 0,001$ ), consume significativamente menos fármacos cardiovasculares relacionados con caídas (27 vs 41%,  $p = 0,017$ ) pero más antidepresivos (27 vs 16%,  $p = 0,01$ ). No existen diferencias en: edad, sexo, comorbilidad, polifarmacia ni en otros factores de riesgo, ni tampoco en complicaciones intrahospitalarias, estancia media o mortalidad. El grupo con caída reciente presenta marcha más dependiente al alta (FAC 3: 4 vs 11%,  $p = 0,05$ ), realiza en menor porcentaje rehabilitación intrahospitalaria (56,5 vs 66,7%) y presenta mayor porcentaje de nueva institucionalización al alta (8,7 vs 1,7%,  $p = 0,003$ )

**Conclusiones:** Un 16% de los ancianos con fractura de cadera ha caído al menos otra vez en los 2 meses previos. Son pacientes institucionalizados, con peor situación funcional y marcha previa, más porcentaje de demencia, depresión y consumo de antidepresivos y antecedentes de fractura de cadera. Estas características no determinan un peor curso intrahospitalario pero sí mayor institucionalización al alta.

### PRESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS POTENCIALMENTE INAPROPIADA EN UNA RESIDENCIA DE ANCIANOS DE SANTIAGO, CHILE.

C. Moya Acevedo<sup>1</sup>, M. Jiron Aliste<sup>2</sup>, P. Reyes Riffo<sup>2</sup>, L. Arriagada Rivas<sup>2</sup>, V. Carrasco Meza<sup>1</sup> y I. Ruiz Álvarez<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Hospital Clínico Universidad de Chile, <sup>2</sup>Facultad de Ciencias Químicas y Farmacéuticas, Universidad de Chile.

**Introducción:** El uso inadecuado de medicamentos aumenta el riesgo de desarrollar problemas de salud e incrementa los costes sanitarios. Los ancianos institucionalizados constituyen una población frágil y de alto riesgo debido a diversos factores, como la polifarmacia, la presencia de co-morbilidades y la prescripción de medicamentos potencialmente inapropiada (PMPI). Entre las residencias de ancianos existentes en Chile se encuentran algunas de escasos recursos, de las cuales no se cuenta con información de la población atendida ni de la calidad de sus cuidados.

**Objetivo:** Determinar la prevalencia de PMPI en una residencia de ancianos > 65 años de Santiago, Chile.

**Métodos:** Mediante un estudio descriptivo transversal se evaluaron las terapias con medicamentos de una muestra no probabilística de adultos > 65 años de una residencia de ancianos, para esto se utilizó el Índice de Prescripción Inadecuada de Medicamentos (MAI). El análisis estadístico se realizó con STATA 7.0.

**Resultados:** De una muestra de 58 ancianos de edad promedio 82,9 ± 9,1 años, 96,5% eran mujeres y 11 estaban postrados. En promedio consumían 3 ± 2 fármacos, el 21% tenía polifarmacia y el 62% padecía más de 1 patología. Se encontró una prevalencia de PMPI del 62,3% y el 83% (48) recibía al menos 1 medicamento en forma inapropiada. El promedio de PMPI por paciente fue de 2. En el 100% de los pacientes con polifarmacia hubo PMPI vs 78,2% en los sin polifarmacia. Los problemas más comunes fueron dosis inadecuada (43%), interacciones medicamentosas (37%) e interacción fármaco-enfermedad (26%). Los fármacos más frecuentemente involucrados fueron cardiovasculares (42%) y con acción en el Sistema Nervioso Central (36%). En orden decreciente las prescripciones de enalapril, nifedipino, fluoxetina y alprazolam dieron cuenta del 28,8% de la PMPI.

**Conclusiones:** Existe una alta prevalencia de PMPI en la muestra estudiada, esto es particularmente preocupante dada la calidad de los cuidados esperados y la fragilidad de los pacientes institucionalizados. Además sería conveniente monitorizar más estrechamente las prescripciones de medicamentos en los ancianos, especialmente aquellos con polifarmacia, en quienes se encontró una mayor prevalencia de PMPI. Sin embargo, es necesario realizar estudios con mayor número de pacientes y un diseño metodológico más riguroso para establecer esta asociación.

### PRESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS POTENCIALMENTE INAPROPIADA EN ANCIANOS ATENDIDOS EN UNA FARMACIA COMUNITARIA.

M. Jirón Aliste<sup>1</sup>, Carlos Moya Acevedo<sup>2</sup> y P. Reyes Riffo<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Facultad de Ciencias Químicas y Farmacéuticas, <sup>2</sup>Hospital Clínico Universidad de Chile.

**Introducción:** Diversos estudios han confirmado que la prescripción de medicamentos potencialmente inapropiada (PMPI) es un serio problema para los ancianos, incrementando el riesgo de institucionalización, la aparición de eventos adversos y la dependencia en cuidados. Para esto se han diseñado instrumentos, como los criterios de Beers, que permiten identificar medicamentos potencialmente inapropiados de acuerdo a la condición de fragilidad del paciente > 65 años, apoyando al profesional en la selección del tratamiento más adecuado para cada paciente.

**Objetivo:** Determinar la prevalencia de PMPI en ancianos atendidos en una farmacia comunitaria. **Material y Métodos:** Mediante un estudio descriptivo transversal se evaluó una muestra significativa de prescripciones médicas de ancianos > 65 años atendidos en una farmacia comunitaria de Santiago, Chile, aplicando los criterios de Beers. El análisis estadístico se realizó con el software STATA 7.0.

**Resultados:** De las 301 prescripciones evaluadas, el 66,1% provenía de mujeres, la edad promedio de los pacientes fue de 75,4 ± 7 años. Los fármacos más prescritos fueron alprazolam (27,9%), fluoxetina (10%), ciclobenzaprina (4,3%) y lorazepam (4%), c on un gasto promedio por fármaco de USD \$ 4,40 por anciano. La prevalencia de

PMPI encontrada fue del 50,8%, siendo la fluoxetina (24,2%), los relajantes musculares y antiespasmódicos (22,9%) y las benzodiazepinas de acción prolongada (20,3%) los medicamentos que dieron cuenta de gran parte de esta prescripción potencialmente inapropiada en la muestra, la severidad de la PIM fue clasificada como alta para el 99,3% de los medicamentos.

**Conclusiones:** Aunque la aplicación de los criterios de Beers no reemplaza en lo absoluto la opinión del profesional, dada la alta prevalencia de PMPI encontrada en este estudio, pudiera ser necesario evaluar y monitorizar más estrechamente, tanto las prescripciones dirigidas a los ancianos como a los profesionales que los prescriben y dispensan, con el fin de promover el uso adecuado de los medicamentos en este grupo etéreo.

**Palabra clave:** Medicamentos inapropiados. Criterios de Beers. Farmacia Comunitaria

### ANTICOAGULACIÓN ORAL ¿RIESGO O BENEFICIO? ¿A QUIÉN?

A. Zamora Mur, J. Alarcón Corominas y E. García-Arilla

Hospital San Jorge, Zaragoza.

**Objetivos:** Estudiar algunas características de pacientes ingresados a lo largo de un año en tratamiento con anticoagulantes orales.

**Metodología:** Estudio descriptivo desde Enero del año 2006 hasta Febrero del año 2007. Variables: edad, sexo, procedencia, estancia hospitalaria (EM), índice de Barthel previo (IBP) y al ingreso (IBI). Test de Pfeiffer, si > 3, MEC de Lobo. GDS de Reisberg. Cuidador principal. Presencia de AC x FA. Albúmina y colesterol séricos. Complicaciones trombóticas y hemorrágicas (HR). INR. Polifarmacia. Información riesgos-interacciones. Hospitalización previa.

**Resultados:** N = 121 (8,5%). Varones 42 (34,7%), mujeres 79 (65,3%). Edad media: 82,26 ± 5,84. EM anticoagulados: 16,4 días. EM hospital: 14. Procedencia: urgencias hospital 85(70%), Atención primaria 28(23%), consulta externa Geriatria 7 (6%), hospitalización 1%. IBP medio: 55. IBI medio: 30. IBP > 65 45(37%). IBP < 20 18 (15%). Pfeiffer < 3 en 40%. Pfeiffer > 3 en 60%, de los que MM < 24 15%. Demencia como antecedente en 59%. Distribución GDS: G1 43,8%, G2 0%, G3 5,8%, G4 13,2%, G5 12,4%, G6 9,1%, G7 15,7%. Caídas en año previo 50 (41,3%). Albúmina media: 3,3 (< 3 en 30%). Colesterol medio: 149(< 150 en 56%). Cuidadores principales: Ninguno 21 (17%), cónyuge 30 (25%), hijos 36 (30%), residencia 22 (18%), otros 11 (10%). AC x FA en 93 casos (77%). Complicaciones en 48%, HR menor 22%, HR mayor 8,5%, trombosis 26%. INR fuera de rango 73%, INR < 2,5 46%, INR > 3,5 27%. Media de fármacos: 8 ± 2,7. En 50% 7 o más fármacos. No información en 35,5%. Hospitalización 50% en 7 meses previos.

**Conclusiones:** Alta dependencia, frecuentes caídas, malnutrición y alto porcentaje de dementes en fases muy avanzadas en pacientes anticoagulados. Escasa información sobre riesgo de interacciones y polifarmacia e ingreso hospitalario reciente en la mitad de los pacientes hospitalizado. Alta tasa de complicaciones aunque de carácter menor.

### DETECCIÓN DE INTERACCIONES EN UNA POBLACIÓN GERIÁTRICA INSTITUCIONALIZADA

M.J. De Juan García, C. Pagan Pomar y J.A. De Antonio Veira

Residencia Geriátrica «Llar dels Ancians», Palma de Mallorca.

**Objetivos:** conocer la frecuencia y severidad de interacciones y los medicamentos implicados; detectar la posibilidad o necesidad de realizar alguna intervención en los tratamientos; valorar si el método usado es un instrumento adecuado para mejorar el uso de medicamentos en esta población.

**Método:** Estudio descriptivo transversal, muestra de 20 residentes de una población asistida institucionalizada de 229 (15 mujeres 5 hombres edad media 83 años 70% polimedicaados y media 6,7 medicamentos/día). Chequeo de todos los medicamentos que se administran usando un programa de interacciones de «chequeo múltiple».

**Resultados:** Detectadas 45 interacciones entre medicamentos. Media, 2,25 por paciente. Severidad: 20 menor, 17 moderada y 8 mayor. Información sobre la interacción: 4 bastante documentadas, resto poco. Por pacientes: ninguna interacción (5 pacientes), una (7) dos (1) tres (2) cuatro (1) cinco (2) siete (1) y 9 interacciones (1). Pacientes con interacción de severidad mayor: 4. Medicamentos implicados: 22 (Omeprazol en 14 interacciones, AAS en 10, carbonato cálcico en

9, furosemida en 7, enalapril torasemida y paracetamol en 6). Interacciones más frecuente: omeprazol/carbonato cálcico (7 casos, severidad moderada), omeprazol/aspirina (5 casos, severidad menor), omeprazol/ alprazolam y paracetamol/furosemida (3 casos, severidad menor). Interacciones potenciales medicamento/alcohol: 29 en 8 pacientes.

**Conclusiones:** La mayoría de interacciones documentadas no tienen relevancia clínica y no es necesario realizar ninguna intervención. Valorar la necesidad de uso de IPB (omeprazol) dado que la disminución de pH gástrico altera la absorción de otros medicamentos (carbonato cálcico, AAS entérica). Separar la administración de suplementos de Fe y enalapril. Los tratamientos con digoxina elevan en número y severidad las interacciones especialmente en polimedicados (paciente con 9 interacciones, 6 por digoxina y dos severas), realizar control periódico de digoxinemia y potasio. Es un método adecuado para realizar un chequeo inicial y detectar problemas de interacciones (por número elevado o severidad mayor) en los que es necesario buscar más información y/o modificar el tratamiento y debería realizarse sistemáticamente en todos los pacientes.

#### «TOMO UNA PASTILLICA AZUL, OTRA ROJA, LA DE LA RAYICA...» Y LUEGO PASA LO QUE PASA

M. De Azúa Jiménez<sup>1</sup>, N. Fernández Letamendi<sup>2</sup>, R. Royo Hernández<sup>1</sup>, A. Ferrer Dufol<sup>1</sup>, P. López Lahoz<sup>1</sup> y F.J. Esteban Fuente<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Hospital Universitario Lozano Blesa, Utebo, <sup>2</sup>Hospital Geriátrico San Jorge, Zaragoza.

**Objetivos:** Estudiar el perfil de pacientes mayores de 80 años atendidos en Urgencias tras haber estado en contacto con cualquier tóxico.

**Método:** Estudio observacional, descriptivo y prospectivo de pacientes mayores de 80 años atendidos en Urgencias, en los últimos diez años, con patología relacionada con tóxicos, recogiendo la información en una ficha creada para tal efecto.

**Resultados:** Total de pacientes 95. El 42,10% fueron varones y el 57,89% mujeres. La edad media fue de 84,23 ± 3 años. El tipo de intoxicación fue sobredosis en el 4,21%, autolítica en el 27,36%, doméstica en el 41,05%, yatrogenia 17,89% y el resto (2,10%) otros tipos de intoxicaciones. Los agentes causantes implicados fueron medicamentos en un 47,66%, drogas en un 4,64% y el resto de tóxicos en un 48,83%. En el 9 pacientes (9,47%) no se identificó el tóxico. Drogas y fármacos se asociaron en un 1,16%, siendo el alcohol (4,21%) y las benzodiazepinas (14,73%), respectivamente, los más frecuentes. La vía de entrada del tóxico fue exclusivamente oral en 70,52%, inhalatoria en 15,78% y cutánea en 3,15%. Fueron recogidas muestras en el 33,68%. Presentaron clínica en el 83,15% (neuroológica con más frecuencia). Se utilizó tratamiento evacuador en el 18,94%, eliminador en el 1,05% y antidótico en el 17,02%. No hubo fallecimientos

**Conclusiones:** El perfil del paciente es una mujer de 84 años, con clínica neurológica, tras intoxicación medicamentosa que evoluciona favorablemente. La mayoría de intoxicaciones se debieron a accidentes domésticos, seguido en frecuencia por la intencionalidad suicida y la yatrogenia. A pesar de que las intoxicaciones recogidas no revistieron gravedad se debe pensar siempre en la posibilidad de intoxicación en los mayores de 80 años dada la elevada prevalencia de deterioro cognitivo, déficit visual y polifarmacia en este grupo de población.

#### ¿SE AUTOMEDICAN NUESTROS ANCIANOS? PREVALENCIA Y CARACTERÍSTICAS

E. Vacas Rodilla, M. Sánchez Giralt, I. Castella Daga, C. Pallares, A. Pujol y M. Balague

Centro de Atención Primaria Lepant, Sabadell.

**Objetivos:** Estimar la prevalencia de automedicación en ancianos y describir las características de la automedicación.

**Métodos:** Diseño: Estudio descriptivo transversal. Emplazamiento: Centro de Atención Primaria (AP) de ámbito urbano. Participantes: Muestra de 240 pacientes iguales o mayores de 75 años. Variables principales: Cuestionario estructurado administrado por enfermería. La recogida de datos fue efectuada entre abril y junio del 2006. Las variables de estudio fueron: edad, sexo, vivir solo, saber leer y escribir, nº patologías crónicas, nº prescripciones crónicas, sugerencia de automedicación por familiares o amigos, tipos de fármacos de automedicación, fuente y motivo (agudo/crónico). Se definió automedicación en cuatro subgrupos: automedicación general, automedicación farmacológica, automedicación de herboristería y automedicación farmacológica y de herboristería.

**Resultados:** La media de edad fue 81,4 años (+ DE 5,03) y el 58,3% eran mujeres. Un 14,2% vivía solo. El 92,9% sabían leer y escribir. El 52,9% presentan más de tres patologías crónicas y el 74,2% tomaba más de tres fármacos. La frecuencia de automedicación general fue 31,2% (IC 36-26%), siendo farmacológica un 22,9% (IC 27,5-17,5%) y de herboristería 15,4% (IC 17,3-13,1%). Entre los pacientes automedicados existía un mayor porcentaje de mujeres (62,7%) respecto a los hombres (37,3%) que fue estadísticamente significativo ( $p = 0,028$ ). El 63,6% toma fármacos sin prescripción médica, el 25,5% recupera medicación antigua, el 27,3% acorta el tratamiento prescrito y el 16,7% lo alarga. Los medicamentos más utilizados fueron los analgésicos (30,9%) y los fármacos para el resfriado (27,2%). La fuente más habitual de automedicación es la farmacia (49,3%). Se automedican por motivo agudo el 46,6% y crónico el 50,7%.

**Conclusiones:** Importante prevalencia de automedicación en los ancianos. Las características de ésta son multifactorial, por lo que es necesaria una educación por parte de los diferentes ámbitos: farmacéuticos, profesionales AP y administración en el uso responsable de la medicación.

**Palabras clave:** Automedicación. Ancianos. Atención Primaria.

## COMUNICACIONES LIBRES XI Sala Victoria

Sábado, 9 de Junio de 09:30 a 11:30 horas

### Ciencias sociales y recursos asistenciales II

*Moderan:*

Pilar Rodríguez

*Directora de la colección de Gerontología Social*

José Fernández

*Residencia Mixta Bonanova. Palma de Mallorca*

#### **INTERVENCIÓN FAMILIAR EN DEMENCIAS: UN GRUPO INFORMATIVO Y DE APOYO EN LA RESIDENCIA (GIA)**

I. Vaquer Ricart<sup>1</sup>, V. Puertas Martín<sup>2</sup>, P. Gómez Pajuelo<sup>2</sup>, N. Sech Macías<sup>1</sup>, J. Valls Ballespi<sup>1,3</sup> y M. Jodar Vicente<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>AIDAR, Centro Residencial Terapéutico, Barcelona, <sup>2</sup>Universidad Autónoma de Barcelona (UAB), <sup>3</sup>Fundación Instituto San José (OHSJD), Madrid.

**Introducción:** Actualmente, la información y el soporte psicoeducativo del cuidador de un paciente con demencia, mediante grupos de ayuda o información, forma parte y debe incluirse dentro del abordaje integral de las demencias. Hasta el momento, habitualmente estos grupos son promovidos por asociaciones y son externos a la institución en la que residen los pacientes. Presentamos el programa y los beneficios de un grupo informativo y de apoyo (GIA) para familiares de pacientes con demencia, llevado a cabo en nuestro propio centro residencial.

**Objetivos:** Describir un programa psicoeducativo para familiares de pacientes con demencia ingresados en nuestro centro. Estudiar el beneficio del (GIA) en el estado de ánimo y la calidad de vida del familiar.

**Método:** Fueron analizados 15 cuidadores principales de un total de 22 que participaron durante 2 meses en los GIA. El GIA consistió en 8 sesiones semanales en el que se proporcionaba información y estrategias de manejo de diferentes aspectos relacionados con las demencias. Para objetivar el beneficio del GIA, se administraron diferentes escalas a los cuidadores al inicio y al final del programa: inventario de depresión de Beck (BDI), cuestionario de ansiedad (STAI), escala de sobrecarga del cuidador (ZARIT) y calidad de vida (WHOQOL-BREF). La escala de cambios subjetivos diseñada por AIDAR, se aplicó al finalizar los GIA con el objetivo de detectar de manera más global y sencilla los cambios percibidos de manera subjetiva por los familiares.

**Resultados:** Se demostró la reducción de la sintomatología depresiva ( $x_0 = 10,57$ ;  $x_1 = 8,50$ ) y ansiosa ( $x_0 = 36,07$ ;  $x_1 = 40,33$ ), con una significación  $P < 0,025$ . En la sobrecarga familiar, se observó una tendencia a la disminución ( $x_0 = 53,27$ ;  $x_1 = 50,07$ ). En cambio, en la calidad de vida, no se detectaron diferencias. La escala de cambios subjetivos, mostró que un 93% de los cuidadores consideraba tener más información de la enfermedad, un 80% creía mejorar la comunicación con los profesionales, un 40% mejoró la relación con el familiar y un 67% consideraba tener más estrategias personales. La mayoría de los cuidadores (87%) no había participado previamente en ningún grupo y casi el 100% volvería a participar y lo recomendaría. En general, el beneficio de la participación en GIA se situó en 7,3 puntos.

**Conclusiones:** El GIA mejora algunos aspectos emocionales en los cuidadores de pacientes con demencia ingresados en nuestro Centro Residencial Terapéutico. Así mismo, la realización de estos gru-

pos en el propio centro, favorece la adaptación, la comunicación y la relación entre familiares y profesionales.

#### **PROGRAMA DE ESTIMULACIÓN COGNITIVA Y SOCIAL EN UNA UNIDAD DE PSICOGERIATRÍA**

D. Quera, G. Roqueries, L. Xamani y E. López  
CSS Güell, Mutuam, Barcelona.

**Introducción:** La psicoestimulación es el conjunto de intervenciones terapéuticas que tienen como objetivo la estimulación y rehabilitación de determinadas funciones cognitivas y la estimulación de las habilidades sociales de la persona, fomentando la relación social, la autoestima y evitando el aislamiento social.

**Objetivos:** Valorar los cambios que se producen después de una intervención de psicoestimulación cognitiva/social en una unidad de psicogeriatría.

**Material i métodos:** En una unidad de psicogeriatría con 21 camas de internamiento de larga estancia o temporales se realiza un estudio durante 6 meses de intervención. Se realiza una valoración cognitiva al ingreso, se valoran las capacidades cognitivas conservadas y afectadas, los síntomas conductuales previos y se elabora el plan de psicoestimulación individualizado. Las actividades individuales básicamente consisten en fichas de estimulación y las grupales son las de psicomotricidad, terapia creativa, música terapia, taller de memoria, taller de lenguaje, taller ponte guapo/a y AVDs. La revaloración se hace a los 2 meses o al alta del paciente si el ingreso es inferior a los 2 meses.

**Resultados:** Se ha realizado la valoración completa en 24 pacientes, el 50% con enfermedad de Alzheimer diagnosticada. El grupo esta formado por 20 mujeres y 4 hombres de edades comprendidas entre 74 y 94 años. La valoración de NPI al ingreso observamos que solo 4% tenían NP = 0, un 62% tenían NPI entre 2 y 9 y 33% con NPI entre 10 y 16. Al alta el 21% presentaron NP = 0, 58% NPI entre 2 y 9 y 12% NPI entre 10 y 16 (1 paciente fue éxitus y 1 paciente alta voluntaria). La valoración emocional mediante escala Cornell, 92% tenían puntuaciones inferiores a 9 y el 8% restante presentaba semiología depresiva por contra al alta solo el 4% mantenían puntuaciones superiores a 9. Al ingreso presentaba delirio grave el 17% de los pacientes y al alta el 4%. Los trastornos alimentarios al ingreso los encontramos en el 25% y al alta 0%. Los trastornos del sueño al ingreso 29% y al alta 0%. En el grupo de pacientes estudiado el 42% han recibido estimulación individual además de terapia de grupo.

**Conclusiones:** Las medidas de actuación sobre el entorno afectan de manera positiva en la evolución del enfermo con Alzheimer. En la valoración del trastorno conductual influye mucho el grado de angustia que genera en el entorno. La evidencia constatada de la bue-

na evolución con la intervención es un factor de estímulo positivo para los profesionales de la unidad.

### IMPLANTACIÓN DE UN DOCUMENTO DE INDICACIONES MÉDICAS ANTICIPADAS EN CSS GÜELL (MUTUAM BARCELONA)

M.J. García, G. Roquerias, N. Saiz, E. López y D. Quera  
CSS Güell, Mutuam, Barcelona.

**Introducción:** Cada vez mas en el ámbito socio-sanitario se producen situaciones que pueden plantear dilemas éticos. Es por ello que tanto desde la perspectiva del paciente como del profesional que ha de dar respuesta a un problema, la toma de decisiones en momentos clave de la vida de una persona ha de basarse en sus expresos deseos.

**Objetivos:** Elaborar un documento de indicaciones médicas anticipadas que garantice el principio de autonomía de la persona y una buena praxis asistencial.

**Metodología:** Hemos elaborado un documento de indicaciones médicas anticipadas, que se presenta al paciente y en el caso de que este no pueda decidir a la familia en el que constan decisiones referentes a utilización de SNG, traslado a hospital de agudos y medidas intensivas de recuperación. Posteriormente se recogen estos documentos y se realiza una entrevista con la psicóloga en la que se analiza la valoración que hace el paciente o la familia de la decisión que tomaron y si creen que deben cambiar alguna de las voluntades previas.

**Resultados:** El documento se puso en funcionamiento el mes de junio de 2006. Desde entonces se han cumplimentado 23 documentos, 19 mujeres y 9 hombres, en la mayoría de los casos la cumplimentación del documento corre a cargo de la familia, la edad de los pacientes oscila entre los 71 años el mas joven y los 98 el mas anciano. En todos los casos eran pacientes ingresados en la unidad de larga estancia o en la unidad de psicogeriatría. El 95,6% de los documentos estaban firmados con orden de no traslado a Hospital de Agudos, a destacar el 17% de los documentos en los que se firmó sí a las medidas de RCP. El 39,5% de las personas fueron éxitos sin llegar a la entrevista de revaloración con la psicóloga. A destacar 1 paciente que fue dado de alta a domicilio. El 79% no desean la retirada de SNG o no aceptan firmar la no colocación de la misma en caso de dificultad de deglución.

**Conclusiones:** El documento de voluntades anticipadas es un documento útil para la toma de decisiones profesionales. Es especialmente útil para asegurar la continuidad asistencial en momentos en que no hay los profesionales habituales. Tanto el paciente como los familiares se sienten tranquilos y seguros después de las decisiones tomadas y clarificados sus deseos.

### EFFECTOS PROTECTOR ES DE LA RED SOCIAL FRENTE A LA DISCAPACIDAD AL COMIENZO DE LA VEJEZ

M Á. Escobar Bravo<sup>1</sup>, D. Puga<sup>2</sup> y M. Martín<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Universitat Internacional de Catalunya, <sup>2</sup>Consejo Superior de Investigaciones Científicas, <sup>3</sup>Universitat Autònoma de Barcelona.

**Objetivo:** El deterioro funcional y cognitivo que se puede alcanzar en momentos avanzados de la vejez no se asocia tan sólo con el envejecimiento, sino también con el estilo de vida y las características del entorno del individuo. Investigaciones recientes han demostrado que más allá de las condiciones biológicas específicas, factores como la red social próxima del mayor, su integración social y participación, afectan a la vulnerabilidad social del individuo, actuando como predictores de la discapacidad en la vejez. El objetivo de este estudio es analizar el efecto de las redes sociales de una cohorte de mayores españoles al inicio de la vejez, sobre su nivel de autonomía (en términos de discapacidad instrumental y básica).

**Método:** La fuente de datos es la encuesta «Procesos de Vulnerabilidad en la Vejez», cuya primera oleada se realizó en 2005. La población objeto de estudio es la cohorte entre 70 y 74 años residente en grandes áreas urbanas (Madrid y Barcelona) y no institucionalizados, con una muestra de 1250 individuos. Se mide discapacidad para el desarrollo de actividades básicas de la vida diaria (ABVD), y actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD), mediante los test de Katz y Lawton. Los aspectos estructurales de las relaciones sociales se miden a través de la diversidad de la red social y de la participación social. Tras un análisis factorial confirmatorio se construyó un mode-

lo de medida de la red social definiendo dominios que organizan los vínculos según rol-específico (hogar, hijos y nietos, hermanos y amigos, etc). Las características de la red social se miden de forma diferenciada para cada vínculo, lo que permite obtener un indicador global de diversidad de red.

**Resultados:** La probabilidad de sufrir tanto discapacidad instrumental como básica, disminuye sensiblemente a medida que aumenta la diversidad de la red social de los mayores, de forma más acusada en el caso de la discapacidad básica. Por cada unidad que disminuye el indicador de diversidad de red, la probabilidad de padecer una discapacidad instrumental aumenta un 3%, y la de padecer una discapacidad básica un 9%.

**Conclusiones:** El hallazgo más importante ha sido la sensibilidad que ha demostrado el indicador construido, a la hora de detectar el efecto de los aspectos estructurales de las relaciones sociales sobre el nivel de discapacidad al inicio de la vejez. Al igual que en otros ámbitos geográficos, la diversidad de la red social tomada en su conjunto (redes con diversos vínculos y participación social) resulta predictora de una situación de discapacidad en la población urbana española entre 70 y 74 años, así como del nivel de gravedad de la misma.

### CUIDADORES Y CUIDADORAS DE MAYORES DEPENDIENTES EN EL HOGAR: CARACTERÍSTICAS DIFERENCIALES

M. Crespo López<sup>1</sup>, J. López Martínez<sup>2</sup> y C. Hornillos Jérez<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universidad Complutense- Madrid, <sup>2</sup>Universidad San Pablo, CEU.

**Objetivos:** Determinar si existen diferencias en función del género entre los cuidadores de mayores dependientes de nuestro entorno sociocultural, tomando en consideración sus propias características y las de su situación, sus recursos personales y su estado físico y emocional.

**Método:** Se evaluaron 205 cuidadores (195 mujeres y 33 varones), mediante un amplia batería de instrumentos en la que se consideraban las siguientes variables: características del cuidador, de la persona cuidada y del apoyo prestado (diseño propio); dependencia y deterioro del mayor (índice Katz, Escala de Incapacidad Mental de la Cruz Roja, Escala de Deterioro Global de Reisberg); estado emocional y de salud del cuidador (HAD - subescala ansiedad -, Inventario de Depresión de Beck, consumo de psicofármacos, componentes físicos SF-12, ira -STAXI-); variables mediadoras de ese estado emocional (Escala de Carga de Zarit, Escala de Autoestima de Rosenberg, disponibilidad y percepción de apoyo social - cuestionario Saranson -, estrategias de afrontamiento al cuidado - COPE abreviado-).

**Resultados:** Existen diferencias en los perfiles sociodemográficos de cuidadores y cuidadoras: los cuidadores masculinos se ocupan primordialmente de su pareja, lo que se traduce en una mayor edad; las cuidadoras son sobre todo hijas y cuidan de personas más mayores. Los hombres utilizan menos los centros de día, y los desconocen más. En cuanto a estrategias de afrontamiento y recursos personales, los hombres utilizan más el consumo de alcohol/drogas como estrategia de afrontamiento a su situación; las mujeres utilizan en mayor medida el desahogo y muestran una peor autoestima, y mayor sobrecarga. En cuanto a su estado, las mujeres presentan mayores reacciones de ira e ir a rasgo, mayores niveles de depresión, y consumo más frecuente de psicofármacos.

**Conclusiones:** El perfil de los cuidadores muestra características diferenciales en función del género. Asimismo existen diferencias en la utilización y conocimiento de algunos recursos (centros de día). En líneas generales las mujeres cuidadoras muestran un peor estado emocional con mayores niveles de depresión, ira y consumo de psicofármacos, sin que existan diferencias en ansiedad. Esto podría relacionarse con ciertas estrategias y recursos personales, como la mayor utilización del desahogo emocional, la mayor percepción de carga en la situación, y los menores niveles de autoestima.

### VIVIR CON DEPENDENCIA EN EL MEDIO RURAL. LA PROPUESTA DE ATENCIÓN SOCIAL EN EL MUNICIPIO DE AIBAR (NAVARRA)

S. Anaut Bravo y C. Oslé Guerendi

Dpto. Trabajo Social-UPNA. Dpto. Trabajo Social, Universidad Pública de Navarra, Pamplona.

**Objetivos:** La confluencia de fenómenos como la inmigración, el envejecimiento de la población, los cambios en la estructura de las fa-

milias y el despoblamiento del medio rural se haya en la base de propuestas de atención social municipales como la del pequeño municipio de Aibar (Navarra). La presente comunicación recoge el encargo de este municipio de, en primer lugar, diagnosticar la situación y las demandas de las personas mayores y, en segundo lugar, proponer intervenciones que den respuesta al deseo de sus vecinos mayores de permanecer en sus domicilios el mayor tiempo posible, a evitar/retrasar la marcha de algunos de ellos a residencias de otras localidades, mejorar la conciliación de la vida laboral y familiar, y generar nuevos puestos de trabajo en buenas condiciones, ajustándose al contexto social y presupuestario de la localidad.

**Método:** En el estudio, entre noviembre de 2005 y junio de 2006, se procedió a realizar entrevistas en profundidad, de tipo individual a profesionales sociosanitarios y personas relevantes del municipio, y grupales a personas mayores. Asimismo fue cumplimentado un cuestionario adaptado al estudio de casos por el 78% de las personas mayores de 65 años empadronadas en Aibar, y se elaboró un reportaje fotográfico y una observación directa sobre recursos y dotaciones públicas, estructura urbana y condiciones de las viviendas particulares.

**Resultados:** Se confirma que el estado de salud y el grado de valimiento es bueno en algo más del 80% de las personas mayores de Aibar, que no existen casos de desprotección social severa ni de ausencia de supervisión (familiar, vecinal o de los servicios sociales). Los escenarios sociales y espaciales (vivienda y municipio) cuentan con unas condiciones adecuadas para el mantenimiento de la autonomía personal, si bien son susceptibles de mejoras. Destacan en este punto, la necesidad de facilitar la movilidad a través de algunas reformas en el interior de ciertas viviendas y espacios públicos, al igual que la introducción de ciertos programas de animación sociocultural y de servicios puntuales de atención domiciliaria.

**Conclusiones:** El medio rural presenta rasgos sociodemográficos y sociosanitarios que requieren propuestas específicas desde instancias públicas de proximidad, en particular municipales, que han de contar con el respaldo social y de las instancias autonómicas pertinentes. La propuesta final que se perfila para su puesta en marcha es el desarrollo de un multiservicio que adecue, a través de una intervención con casos, los programas, recursos y servicios a cada demanda real o potencial, aunque los resultados apuntaban a la apertura de un centro integral con un centro de día, un servicio de comedor, talleres de rehabilitación y mantenimiento, programas de actividades de ocio y programas de estancias temporales de personas mayores dependientes.

#### HACIA UNA ESCALA DE VALORACIÓN DE LA SATISFACCIÓN DE RESIDENTES AL FINAL DE LA VIDA

L. Literas, I. Ancizu y M. Dulce Fontanals  
Fundación SAR.

**Introducción:** Mejorar la calidad del servicio de atención residencial implica valorar la satisfacción de los residentes. La satisfacción depende de la situación personal, por lo que su medición en el caso de personas que están al final de la vida representa un reto conceptual y metodológico. El estudio de los índices de satisfacción de acuerdo a grupos etarios permite ajustar la valoración y en consecuencia las mejoras, personalizando el servicio destinado a aquellos residentes que se encuentran al final de la vida.

**Objetivo:** Conocer las demandas y necesidades específicas de residentes al final de la vida, a efectos de compararlas con las de población residencial de grupos etarios más jóvenes. El objetivo último es analizar la aplicabilidad de una misma escala a ambos grupos de acuerdo a la aparición de diferencias estadísticamente significativas de los índices de satisfacción.

**Metodología:** La muestra está formada por 143 residentes de 14 centros de 5 CCAA, distribuidos en dos grupos etarios (79 años y 80 años). Se han aplicado a ambos grupos un cuestionario estructurado en cuatro áreas (atención recibida, espacio, bienestar personal y social). El criterio para definir los grupos es la esperanza de vida al nacer en el año 2001 (82,9 años las mujeres, 75,6 años los hombres) según el Informe sobre las personas mayores en España realizado el año 2004 por el Observatorio de personas mayores, IMSERSO.

**Resultados:** 51% residentes de 80 años (media 85,4 años), 49% residentes de 79 años (media 71,3 años). 67% mujeres y 33% hombres. Ambos grupos de edad manifiestan tendencias similares en los índices de satisfacción, a excepción de los aspectos vinculados a la sub-área de autonomía personal y relaciones interpersonales.

**Conclusiones:** La ausencia de diferencias significativas en un número importante de áreas de valoración de la escala, exige por un lado profundizar la indagación de aquellas sub-áreas donde se registraron diferencias y por otro formular nuevas áreas ajustadas a la población que se encuentra al final de la vida con el propósito de construir una escala ajustada a sus características.

#### INTERVENCIÓN SOCIAL Y MORTALIDAD HOSPITALARIA EN ANCIANOS COMPLEJOS

M.C. Merino Cáceres, M.A. Maganto Villamiel, M.Á. Benito García, M.C. Cano Fernández, J. Mora Fernández y J.M. Ribera Casado  
Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

**Objetivos:** Describir la actividad de la Unidad de Trabajo Social (UTS) de una Unidad de Agudos (UA) en relación con la complejidad médica y los recursos disponibles. Analizar la influencia de los parámetros sociodemográficos en la elección de dichos recursos. Valorar la adecuación de poner en marcha una intervención social en ancianos que posteriormente fallecen en el Hospital.

**Método:** Estudio descriptivo de los ancianos atendidos por la UTS en el periodo 2002-2006, que habían precisado ingreso en UA. Se recogen variables demográficas, forma de convivencia, recurso aconsejado y destino al alta. Se describe la relación existente entre lugar de ubicación al alta y mortalidad intrahospitalaria con el recurso prioritario solicitado. Análisis estadístico: Chi cuadrado y t Student para comparación de proporciones o medias. Regresión logística para identificar las variables asociadas de modo independiente. Nivel significación  $p < 0,05$ . SPSS 12.0.

**Resultados:**  $n = 1265$  (edad media 85,4 años [63-102]; DE 6,8) 60,4% mujeres. Diagnósticos más frecuentes: respiratorio, cerebrovascular, demencia. Situación de convivencia: Viven solos 23,3%, con cuidador mayor 33,7%, cuidador joven 39,9% y en Residencia 3,1%. Destino al alta: Domicilio previo 52,1%, Larga Estancia (ULE) 12,5%, Residencia 19,5%, falleciendo el resto (15,9%) antes del alta. Los pacientes que viven solos van a residencia más frecuentemente que el resto ( $p < 0,001$ ). Recurso aconsejado: ULE 18%, solicitud de residencia 48,7% y se orienta únicamente hacia atención en domicilio el 33,3%. La situación de convivencia no influye en la gestión del recurso, salvo para los que viven solos ( $p < 0,001$ ). De los orientados hacia ULE, 24,4% fallecen en el Hospital, siendo menor en los orientados hacia residencia (14%) y atención en domicilio (12,4%) ( $p < 0,001$ ). La edad  $> 90$  años, no vivir solo y la propuesta para ULE son los factores que se asocian con mayor mortalidad ( $p < 0,01$ ) en el análisis multivariante.

**Conclusiones:** Los ancianos atendidos en la UTS presentan una elevada tasa de mortalidad a la espera del recurso adecuado al alta hospitalaria, sobre todo aquellos de más edad y con mayor complejidad. La edad del cuidador no se muestra como factor protector en este sentido.

#### ENCUENTRO INTERGENERACIONAL EN EL ÁMBITO EDUCATIVO. PROYECTO «CUÉNTAME»

A. Mosquera Lajas<sup>1</sup>, M. Jauregui González<sup>1</sup>, G. Ruiz Santana<sup>2</sup> y R. Salazar Torre<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Centro Gerontológico Aspalduko, Portugalete, <sup>2</sup>Bakeola.

A partir de un proyecto intergeneracional entre el centro gerontológico Aspalduko y Bakeola, centro para la mediación y regulación de conflictos de la EDE, nace la experiencia «Cuéntame». Mayores y Jóvenes toman protagonismo en un intento de recuperación y reconocimiento de las diferentes culturas y realidades, propiciando el acercamiento para lograr el diálogo y la transmisión de valores.

**Objetivos:** Promover espacios en los que se generen articulaciones y reconocimientos intergeneracionales. Potenciar una visión positiva de la persona mayor como fuente de experiencias de vida, historia, costumbres y tradiciones. Descongelar mitos y prejuicios sobre las personas mayores como sinónimos de enfermedad o dependencia. Propiciar una vinculación intergeneracional desde la integración, participación y transmisión de la cultura oral. Destinatarios: El programa esta dirigido a la población infantil del municipio de Laudio de entre 7 y 12 años en el ámbito escolar y personas mayores de diferentes realidades.

**Método:** Previo: Selección de las personas mayores de diferentes ámbitos y realidades y centros educativos a participar en el programa.

ma. *Primera Fase:* Encuentro con los mayores, conocimiento entre ellos e ir concretando la entrada en los colegios; temas a desarrollar, decisión y elaboración de la unidad didáctica... *Segunda Fase:* En los centros escolares, dentro del horario escolar, se habilitará un aula para desarrollo de la sesión, como aula de ocio y cultura. Previo a cada encuentro, la motivación de los/as alumnos/as en sus centros educativos, y la motivación de los mayores a través de entrevistas personales y grupales. La presencia de los/as educadores/as de los centros y los/as dinamizadores/as permitió la detección de dificultades indicando conductas a seguir con los mayores y niños/as, facilitando un buen nivel de comunicación.

**Resultados:** Participaron 355 niños/as, de entre 7 y 12 años, pertenecientes a cuatro centros educativos de Laudio (Milagrosa, Legorburu, Lamuza, Lateorro). 18 personas mayores; 6 del centro gerontológico Aspaldiko, 3 de un grupo de teatro de Galdakao, 4 naturales de Laudeo y 4 de Nagusiak, con una edad media de 72 años. Y dos Educadores/as por aula, una del programa, y otra del centro educativo. Los encuentros se realizaron durante el segundo trimestre escolar, entre los meses de febrero y mayo, con dos sesiones por grupo. Necesitando varias reuniones para la buena integración y unificación de criterios y objetivos. Las sesiones tenían una duración de una hora, comenzando con la presentación por parte de los/as educadores/as de las personas mayores narradoras y de las temáticas variadas (pueblos, familia, juegos...) de las sesiones.

**Conclusiones:** Cumplimentación de los objetivos; capacidad de adaptación y posibilidad de concretar relaciones enriquecedoras entre ambas generaciones. Modificación de conductas y cogniciones por parte de las dos generaciones; aumento de la comunicación interpersonal, contacto físico, mejora de la autoestima, creación de espacios mutuos. En los encuentros se logró que los/as niños/as interiorizaran a la persona mayor, como fuente de sabiduría y experiencia, mostrando sus capacidades para aprender y enseñar.

#### LA ATENCIÓN PSICOSOCIAL EN EL ÁMBITO RESIDENCIAL: REALIDADES Y NUEVAS DEMANDAS

J.C. Sacedo Gómez y M. Arroyo Zárate

*Mapfre Quavita, Madrid.*

Mediante el presente estudio queremos detectar nuevas demandas o problemáticas a las que se tienen que enfrentar los profesionales de la Psicología en los Centros MAPFRE Quavita. Los Centros MAPFRE Quavita llevan más de diez años realizando intervenciones psicosociales sobre la población mayor que reside en nuestros Centros, unas intervenciones que se basan en la metodología, objetivos, protocolos de actuación, etc. recogidos en los distintos Programas de Intervención Psicológica construidos por equipos de trabajo de la Compañía, en base a su experiencia, y además certificados por AENOR, pues forman parte del Sistema de Calidad de la Compañía que cuenta con la certificación UNE-EN-ISO 9001:2000. Mediante el diseño de un cuestionario, y apoyando la recogida de datos en los formatos y registros que forman parte del citado Sistema de Calidad y que se manejan en todos los Centros MAPFRE Quavita, pretendemos conocer cuál es la cobertura de usuarios en cada uno de los Programas de Intervención Psicológica que hoy están implantados en nuestros Centros, así como conocer cuáles son las principales problemáticas atendidas (Depresión, Ansiedad, Alteraciones de Conducta, Problemas de adaptación al Centro, Diseño ambiental, Formación a otros profesionales,...). Mediante la aplicación de este cuestionario a todos los profesionales de la Psicología que hoy trabajan en nuestros Centros y, buscando dar un paso más allá, vamos a buscar conocer cuáles son las nuevas demandas o problemas a los que los profesionales que cubren esta parcela de atención sobre las personas mayores que conviven en nuestros Centros se están enfrentando (conflictos familiares, conflictos entre profesionales,...), y cuáles son las necesidades que los propios profesionales detectan para llevar a cabo un correcto afrontamiento y atención desde su parcela profesional a estas nuevas demandas (formación más especializada, formación de otros profesionales, etc). El análisis de las nuevas problemáticas detectadas, así como de las necesidades que los propios profesionales manifiestan para un adecuado desempeño profesional, nos ayudarán a plantear medidas de mejora y cambio para estos profesionales de nuestros Centros, medidas que supondrán una mejora en la atención directa a los usuarios que en ellos atendemos

#### LA CONSPIRACIÓN DEL SILENCIO. LAS PERSONAS MAYORES EN LA PUBLICIDAD

E. Del Barrio Truchado

*CSIC, Instituto de Economía y Geografía (IEG), IMSERSO, Observatorio de Personas Mayores, Madrid.*

**Objetivos:** Analizar la imagen de las personas mayores en la publicidad e identificar los posibles cambios en su tratamiento.

**Metodología:** La metodología utilizada está insertada dentro de las denominadas técnicas cualitativas. Se ha realizado un análisis exhaustivo de los discursos dentro del marco de la sociohermenéutica. Se trata de realizar la reconstrucción del sentido de los discursos en su situación -micro y macrosocial- de enunciación, encontrar un modelo de representación y de comprensión del anuncio concreto en su contexto social y en la historicidad de sus planteamientos, desde la reconstrucción de los intereses de los anunciantes que están implicados en el discurso. Para la realización de este estudio se ha seleccionado dos anuncios publicitarios que tienen en común varias características: son publicidades no específicas para personas mayores, no dirigidas especialmente a ellos, y utilizan la estrategia de la longevidad para conseguir su finalidad, la compra del producto. Estructura: Se analiza el lenguaje utilizado en ambos anuncios, buscando y resaltando el lenguaje connotado, sus significados y las estrategias utilizadas por los publicitarios. Análisis de la «imagen», en este apartado hace referencia al espacio; la situación de los protagonistas en un contexto (lugares) y colores más representativos. Análisis más exhaustivo de la imagen del mayor; cuáles son los papeles que desempeñan, y dónde se ubican los protagonistas dentro de unos ejes previamente establecidos. Dos ejes que dualizan la imagen representada de las personas mayores en la publicidad y que nos ayudaran a situar a cada uno de los personajes gracias a la estrategia utilizada en cada uno de los anuncios. El eje de las X enfrenta Retiro/anonimato y Actividad/Nominación/Excelencia, y el eje de las Y: Rejuvenecimiento/Modernización frente a Avenjentado/Tradicional. Resultados obtenidos en el tercer bloque: Se han obtenido dos claros estilos de vida de personas mayores que se ubican en diferentes lugares dentro de los ejes anteriormente mencionados. El primero de los spots analizado representa a un mayor que se situaría en el extremo final de la modernización y de la excelencia. Es una imagen de un mayor totalmente inserto en la sociedad actual con el acatamiento de valores que implica. Es una persona mayor rejuvenecida, que se desvincula del grupo social de personas mayores, vive como un joven moderno que participa activamente de la sociedad. Es una persona mayor extraordinaria, su estilo de vida es diferente a los estereotipos vigentes de cómo debe ser una persona mayor. Es un mayor con nombre y apellidos, un ejemplo a seguir para muchos jóvenes y adultos, pero del que los mayores se desligan totalmente, no tiene nada que ver con ellos y no se sienten reflejados en su imagen. Es un buen refuerzo de imagen positiva de la vejez para adultos y jóvenes, pero sin embargo resulta una imagen de juventud para las personas mayores ya que no se ven identificadas con su conducta y estilo de vida. El protagonista del segundo anuncio se sitúa en una posición mucho más céntrica, dentro de los ejes de retiro/anonimato y rejuvenecimiento/modernización, pero siempre muy cerca de la línea divisoria, a un paso de traspasar esas categorías y situarse en las contrarias. Es un mayor con nombre, pero sin identidad, que no ejerce ninguna actividad. Pero, también es un mayor que se distancia del rol tradicional, aunque no demasiado, se le identifica dentro del mundo rural, dentro de una familia convencional, es un abuelo algo moderno y que acata valores tanto de la modernidad como de la tradición. Es una imagen de un mayor con la que se identificarían muchos mayores, y que el resto de sectores reconoce como dentro de ese grupo de población. Es una imagen de persona mayor dentro de la normalidad, nada que ver con la excelencia. El lenguaje que utiliza, muy infantilizado, y el gesto, muy juvenil, es lo que más le distancia de su posición de anciano, es algo que parece salirse de su rol y que, en este caso, puede llegar a tener un efecto perverso y ridiculizarlo. Estos hechos son los que le hacen situarse más cerca del eje de la rejuvenización que del avejentado, aunque es esta separación la más difusa y en la que sería más fácil posicionarse tanto en un sitio como en otro.

**Conclusiones:** Las personas mayores constituyen un segmento emergente de consumidores, tanto por su creciente número, como por la mejora que han experimentado de su poder adquisitivo en los últimos años, pero la realidad publicitaria y sobre todo los anuncios dirigidos a personas mayores siguen siendo un pequeño reducto de

la publicidad. Sin embargo, el recurso publicitario más utilizado, donde aparecen personas mayores, es el anuncio que no es específicamente dirigido a este sector. En los dos ejemplos analizados, en los que dos personas mayores son protagonistas de un anuncio publicitario, tienen en común la utilización de estas personas como mediadores o «instrumento» (no como sujetos) en atribución de sus competencias en un determinado tema. Aunque, los dos spots utilizan imágenes diferentes de personas mayores utilizan la misma estrategia; dar confianza, experiencia, credibilidad y veracidad al producto. Son dos imágenes positivas de la vejez aunque muy diferenciadas, pero no totalmente opuestas. En la actualidad están surgiendo en la publicidad nuevas formas de tratar la imagen de las personas mayores intentando abarcar una multitud de tipologías, diferentes estilos de vida que es como se compone en realidad esta etapa vital, la vejez. Aunque todavía queda mucho para que las personas mayores se vean totalmente representadas, tanto en los medios de comunicación como en la publicidad, es evidente que estamos en un momento de cambio y son cada vez más tenidos en cuenta.

#### **ANIMACIÓN, 1 COMPRIMIDO AL DÍA: TEATRO GUIÑOL EN LA UNIDAD DE CONVALECENCIA**

I. Caulín<sup>1</sup>, S. Borrás<sup>2</sup>, A.I. Pérez<sup>2</sup>, M. García<sup>1</sup>, M.D. Caulín<sup>2</sup> y P. González García<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Hospital San José, Teruel, <sup>2</sup>Grupo de Voluntariado de los Talleres de Animación.

**Introducción:** Los pacientes adultos que vienen participando durante más de 2 años en el programa de animación sociocultural han demostrado un gran interés por las actividades artísticas. Ante un grupo de pacientes con limitación funcional, problemática sociofamiliar y baja autoestima se programa un taller de títeres con ayuda de voluntarios, que culmina en una representación teatral ante público y medios de comunicación.

**Objetivos:** Ocupar el tiempo de ocio en el Hospital con actividades lúdicas para prevenir situaciones de soledad, aislamiento y

estados depresivos en pacientes hospitalizados con problemática social en media y larga estancia; confirmar que las actividades artísticas lúdico-compensadoras atraen a personas mayores, y favorecen la integración y la superación personal; crear un lazo de conexión entre el «mundo hospitalario» y el «mundo real» al hacer coincidir los temas de los talleres con los eventos que tienen lugar en la ciudad.

**Material y método:** Se describe de forma detallada uno de los talleres que se realizan dentro del programa de animación sociocultural del Hospital San José «Un comprimido de animación» (expuesto en congresos anteriores).

**Resultados:** se planea y realizan un taller de teatro guiñol, cuya temática es la historia de los amantes de Teruel. Participaron todos los pacientes en situación de hacerlo. El taller ocupó el mes de febrero de 2007, coincidiendo con la recreación de las bodas de Isabel de Segura, que tiene lugar en la ciudad de Teruel el fin de semana más próximo al 14 de febrero, y en el que la participación ciudadana es masiva, así como la afluencia de turistas. Fundamentado en la pedagogía del ocio, los centros de interés del taller fueron: teatro, leyenda popular, manualidades y reconocimiento social del trabajo realizado (representación utilizando los títeres elaborados por los pacientes). Contenidos: momento histórico de la leyenda, arte mudéjar como representativo del patrimonio cultural; conmemoración actual de las fiestas y su difusión. Montaje escénico creativo: fabricación de los 6 guiñoles que intervienen en la obra, elaboración del decorado con motivos mudéjares, actividades de costura, aprendizaje de técnicas del papel maché, pasta de sal, pintura. Grado de motivación de estas actividades en los pacientes: inquietud cultural antes del espectáculo; sorpresa e ilusión (propia y ajena) durante el espectáculo; comentarios y crítica positiva tras el espectáculo.

**Conclusiones:** La realización de actividades plásticas en ambiente hospitalario: es bien aceptada por los pacientes y sus cuidadores; tienen gran valor estimulante y educativo, reforzando comunicación y participación, desarrollando creatividad e imaginación, e incidiendo positivamente en el estado de ánimo; es eficaz como «normalizado» de la vida intrahospitalaria.

## COMUNICACIONES LIBRES XII Sala Turina

Sábado, 9 de Junio de 09:30 a 11:30 horas

### Miscelánea clínica

*Moderan:*

Jaime Juliá

Atención Primaria. Mallorca

Bernardí Homar

Centre de Salut Pere Grau. Palma de Mallorca

#### EVOLUCIÓN DE LAS FUNCIONES COGNITIVAS EN UNA MUESTRA DE ENFERMOS DE ALZHEIMER CON GDS 5-6 TRAS UNA INTERVENCIÓN COGNITIVA

C. Buiza Bueno, J. Yanguas Lezáun, E. Urdaneta Artola, N. Galdona Erquicia, I. Etxeberria Arritxabal y A. Etxaniz Olariaga  
Fundación Instituto Gerontológico Matia-INGEMA, San Sebastián.

**Objetivos:** El objetivo del ELD fue investigar si existían beneficios en la cognición, el comportamiento y la calidad de vida de los enfermos de Alzheimer que participaron en una intervención cognitiva de 144 sesiones, en comparación con un grupo control de personas con enfermedad de Alzheimer probable.

**Método:** Una parte del ELD se llevó a cabo en una muestra de 77 sujetos con un GDS 5-6 distribuidos en 2 grupos (experimental y control). La intervención se basó en un modelo teórico creado por los autores, el cual está apoyado en el modelo neuropatológico de Braak y Braak. Se basa en la existencia de diferentes correlatos anatomopatológicos que afectan a las diferentes áreas cerebrales en las distintas fases de la enfermedad de Alzheimer. La intervención diseñada para estos sujetos está basada en actividades básicamente procedimentales, debido a que estas capacidades tienen una base anatómica que está más conservada hasta fases muy avanzadas de la enfermedad. Se pretende capacitar a los sujetos para realizar las acciones básicas (movimientos, secuencias, decisiones simples, respuesta a estímulos) que les van a permitir realizar actividades básicas de la vida diaria, bien sean completas o partes de éstas. La eficacia de esta terapia fue evaluada con evaluaciones post-hoc de variables bio-médicas, cognitivas y comportamentales.

**Resultados:** A los seis meses se observó una disminución significativa ( $p < 0,05$ ) de las puntuaciones, lo cual implica un empeoramiento, en el grupo control de las variables: MEC, comportamiento, amplitud atencional auditiva, lenguaje denominación, lenguaje comprensión auditiva, habilidad visoconstructiva, coordinación visomanual velocidad, categorización. Por el contrario, este grupo aumenta sus puntuaciones en la variable estado cognitivo general. En el grupo experimental tan sólo se advierte un decremento significativo ( $p < 0,05$ ) en sus puntuaciones en las siguientes variables: atención selectiva y praxias ideomotoras.

**Conclusiones:** Es importante la comparación entre la evolución que del grupo control (disminuye su ejecución en la mayoría de funciones) y el experimental (sólo disminuye en dos funciones), pese a que partían de una situación cognitiva similar. El poder ralentizar el declive cognitivo que se produce en estos estadios de la enfermedad se considera un resultado que repercute positivamente tanto en clínicos como en los propios familiares y/o cuidadores de la persona con enfermedad de Alzheimer.

#### EFICACIA DEL USO DE UN SUPLEMENTO NUTRICIONAL CON FIBRA EN PACIENTES ANCIANOS CON ESTREÑIMIENTO. EL ESTUDIO NUTRIMA.

G. Sánchez Romero<sup>1</sup>, M.V. Rodríguez<sup>2</sup>, T. González<sup>3</sup>, J. Vargas<sup>4</sup>, A. Salinas<sup>5</sup> y M. Franquelo<sup>5</sup>

<sup>1</sup>Clínica del Pilar-Málaga, <sup>2</sup>Residencia SAR, Torrequebrada, Málaga, <sup>3</sup>Residencia Ballesol, Málaga, <sup>4</sup>Hospital San Juan de Dios, Málaga, <sup>5</sup>Hospital Carlos Haya, Málaga.

**Objetivos:** El estudio Nutrima se desarrolló en diferentes niveles asistenciales geriátricos en Málaga, Hospital General (H.G.), unidad de media y larga estancia (UME/ULE) y medio residencial (M.R.). Los objetivos son describir la práctica clínica y evaluar si existen diferencias en el número de deposiciones y en la consistencia de estas tras el uso de un suplemento nutricional con fibra.

**Método:** Es un estudio multicéntrico, epidemiológico y transversal con 25 pacientes ancianos con estreñimiento y en tratamiento con un suplemento nutricional sin fibra con o sin laxante asociado. Durante tres semanas (1ª fase) se realiza una cuantificación del número de deposiciones/día, del de laxantes/día, la consistencia de estas y la tolerancia al suplemento. Así como una valoración de la T. arterial, glucemia basal, albúmina sérica, triglicéridos y colesterol total. En una 2ª fase se retira el laxante y el suplemento sin fibra y se añade uno con fibra. En la tercera fase de duración tres semanas, se cuantifican los mismos parámetros que en la 1ª fase. Finalmente se comparan los resultados por niveles asistenciales.

**Resultados:** De los 25 pacientes 14 eran mujeres y 11 hombres, la edad media de 69.85 años rango etario  $79 \pm 16$ , el diagnóstico principal más frecuente el ictus y la demencia. Tras la retirada de los laxantes y la sustitución del suplemento sin fibra por uno con fibra. El número de deposiciones/día aumentó de 0,59 a 1,2 en el M.R. con un incremento de heces blandas de un 9% y un decremento de líquidas de un 10,7%, desde un 0,34 a 1,6 en la UME/ULE con un incremento de las heces blandas en un 73% y una disminución de las duras en un 58% y de las líquidas en un 14,5%; y desde 0,74 a 0,8 en el H.G. con un aumento del 65% de blandas y una disminución del 50% de duras y del 5% de líquidas. Buena tolerancia al suplemento con fibra en el 99% de los casos, sin afectación de los niveles de T. arterial, Glucemia basal y triglicéridos en el 100%. Ligera elevación de colesterol total en un 11% y un incremento en el porcentaje de pacientes con la albúmina sérica mayor 3,5 del 30%.

**Conclusiones:** Según los datos obtenidos concluimos que la ingesta adecuada de un suplemento nutricional con fibra aumenta en estos pacientes el número de deposiciones y el porcentaje de heces blandas respecto al de duras y líquidas, sin afectación de la de T. arterial, glucemia basal y triglicéridos, aumentando en un 30% los de albúmina sérica en todo los niveles asistenciales estudiados. Proponemos la utilización de suplementos con fibra como una alternativa eficaz al uso de laxantes.

### ATENCIÓN PROTOCOLIZADA A LA DISFAGIA NEURÓGENA EN EL ÁMBITO SOCIO SANITARIO: PARTICIPACIÓN MULTIDISCIPLINAR

N. Duaso I Caldes. C. Serra Chevaulier y V.O. Arreola García  
Albada Sociosanitari Corporació Sanitària Parc Taulí, Sabadell, Barcelona.

**Objetivo:** Aportar un diseño protocolizado para la detección, evaluación y tratamiento de la disfagia neurógena, diseñando las funciones de los componentes del equipo interdisciplinar y la implementación de medidas rehabilitadoras de las alteraciones.

**Método:** La población ingresada en los centros Sociosanitarios suele estar afectada por enfermedades neurológicas, por enfermos frágiles con comorbilidad y edad avanzada. Las estadísticas añaden, a los síntomas específicos para cada una de estas etiologías, la manifestación de la disfagia. Exponemos la relevancia clínica y las características de la disfagia neurógena en las etiologías más prevalentes en nuestro ámbito, incluyendo la presbifagia, para justificar la intervención especializada y de abordaje interdisciplinar. Presentamos un protocolo de actuación para la protección de la función alimentaria en nuestros enfermos que va desde la detección de los primeros síntomas hasta la toma de decisiones y recomendaciones para el paciente, el equipo sanitario y familiares de cómo alimentar y rehabilitar a nuestros pacientes. La exploración clínica de la disfagia consiste en valorar el grado de eficacia y seguridad en la deglución con el Método de Exploración Clínica Volumen Viscosidad, test que está en proceso de validación con alta sensibilidad para la detección de las alteraciones de la deglución.

**Resultados:** El proceso de implementación de nuestro protocolo para la atención a la disfagia nos lleva a constatar el aumento de la demanda de valoraciones clínicas, como van cambiando perspectivas y hábitos que parecían muy consolidados y que en cambio pueden mejorar las condiciones para una mejor alimentación.

**Conclusiones:** Creemos que la efectividad y la eficacia de un programa de atención integral dependen de la técnica y de lo expertos que sean los profesionales del equipo así como de su correcta organización para atender las necesidades de cada paciente. Nuestra aportación, en tanto que expertos en el abordaje de la disfagia, permite a todo el equipo, unir esfuerzos y mejorar los aspectos de calidad de vida implicados en la alimentación.

**Palabras clave:** Disfagia. Valoración. Tratamiento.

### EL ECG EN EL ANCIANO: ¿TODOS LOS REGISTROS SON PATOLÓGICOS?

N. Fernández Letamendi, P. Mesa Lampré, J.M. Cucullo y E. García Arilla  
Clínica Geriátrica San Jorge, Zaragoza.

**Objetivos:** Analizar alteraciones más frecuentes en ECG de ancianos hospitalizados por causas cardíacas (CC) y no cardíacas (CNC).

**Método:** estudio observacional, descriptivo y prospectivo de pacientes ingresados en nuestro servicio del 15/11/06 al 31/01/07. Recogidas variables epidemiológicas, electrocardiográficas y farmacológicas. Comparación de proporciones, distribución de  $\chi^2$ .

**Resultados:** Total: 108, 86 mujeres (CC: 13,9%); 22 varones (CC: 22,7%). Edad media: 86,2 años. Ingresados por CC (15,7%), 16 cardiopatas conocidos, todos desde Urgencias. No diferencias significativas en destino al alta, ni relación entre Barthel e ingreso por CC. Frecuencias en ECG: 60-100 lpm (74,5%), 100-140 lpm (14,5%) y bradicardia (7,3%) sobretodo por calcioantagonistas (50%). Más frecuentes ACxFA (70,5%) y uso de marcapasos (5,8%) en pacientes que ingresan por CC. Eje a derecha (10%) más frecuente con cardiopatía isquémica (CI); eje izquierdo (21%) sin CI. Extrasistolia SV más frecuente con CI (14,4% frente a 0%), pero no auricular (2,4% frente a 15%) ni ventricular (8,4% frente a 10%). No diferencias significativas de sexo en relación con Cornell patológico e HTA. En Valvulopatías más frecuente HASIHH (38,4%), bloqueo trifascicular (30,7%) y alargamiento del QT (25%) con r respecto a los no valvulopatas. Alargamiento del QT: con uso de alfaagonistas (40% frente a 6,1%) y anticolinérgicos (1% frente a 0%). QTc alargado con uso de IECAs (25,9% frente a 5,2%) y diuréticos (17,3% frente a 5,2%). Tomadores de amiodarona mayor frecuencia de BAV1° (16,6% frente a 8,1%), BCRI (16,6% frente a 1%) y bloqueo trifascicular (16,6% frente a 4%). En los pacientes que tomaban dopaminérgicos e IACEs aparece más extrasistolia SV y ventricular.

**Conclusiones:** El perfil del paciente que ingresa por cardiopatía corresponde a un varón de 86 años, cardiopata conocido que ingresa

desde Urgencias. No existe mayor mortalidad en los que ingresan por causa cardiológico. Las alteraciones en el ECG aparecen como bloqueos, extrasistolia y alteraciones en el QT en relación con fármacos, antecedente de CI o valvulopatía.

### DEPRESIÓN COMO FACTOR DE RIESGO DE INGRESO HOSPITALARIO EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS TRAS VALORACIÓN GERIÁTRICA INTEGRAL EN UN SERVICIO DE URGENCIAS

M. Suárez Linares<sup>1</sup>, A. Álvarez Álvarez<sup>2</sup>, J. Vicente Cobo<sup>3</sup>, E. García Carreño<sup>1</sup> y F.M. Suárez García<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Hospital Monte Naranco, Oviedo, <sup>2</sup>Hospital Universitario Central de Asturias, <sup>3</sup>Departamento Salud Mental Corporación Sanitaria Pa, <sup>4</sup>Consejería de Salud y Servicios Sanitarios, Avilés.

**Objetivo:** Analizar si los trastornos depresivos en la persona mayor que acude a urgencias por una causa médica constituyen un factor de riesgo independiente de ingreso hospitalario.

**Método:** Se recogieron los casos de personas mayores de 75 años que acudieron al Servicio de Urgencias del Hospital Central de Asturias durante el periodo 2004-2005 y que requirieron de una valoración geriátrica previa realización de interconsulta por dicho servicio. Se obtuvieron datos sociodemográficos, estado funcional previo, situación cognitiva previa y trastornos depresivos. Se realizó un análisis de regresión logística para valorar si existía una asociación independiente entre depresión y riesgo de ingreso hospitalario.

**Resultados:** En total se valoraron 1.177 pacientes de los cuales el 61,2% eran mujeres, con una edad media de 86,59 años (IC 95%: 86,20- 86,98), teniendo las mujeres una superior edad media ( $p < 0,05$ ). El 71,4% de los individuos estaba soltero, separado o viudo estando el 16,7% institucionalizado. El 8% acudía sin acompañante y en el caso de los que venían acompañados era la familia en un 96,7% la que lo hacía. El índice de Barthel previo medio era de 71,74 (IC 95%: 69,72-73,77) y presentaban deterioro cognitivo el 17,2%. Estaban diagnosticados como depresivos el 17,6% de los pacientes de los cuales el 76,2% eran mujeres. Del total, ingresaron 752 (70,7%) individuos, mientras que de los diagnosticados de depresión ingresaron el 80,1% ( $p = 0,002$ ). Tras el análisis de regresión logística ajustando el estado depresivo por edad, sexo, estado civil, institucionalización, índice Barthel previo y deterioro cognitivo, solamente la depresión se asoció de forma independiente a un mayor riesgo de ingreso RR: 1,86 (IC 95%: 1,23-2,82).

**Conclusiones:** La depresión en personas mayores de 75 años que acuden a urgencias se les realiza valoración geriátrica integral tienen un mayor riesgo de ingreso hospitalario, por lo que imprescindible incorporar la evaluación del estado de ánimo en la historia clínica de urgencias

### ALTERACIÓN COGNITIVA LEVE Y DEMENCIA EN UNA SERIE DE CASOS DE QUEJAS DE PÉRDIDA DE MEMORIA.2 AÑOS DE SEGUIMIENTO EN UN ESTUDIO COORDINADO ENTRE ATENCIÓN PRIMARIA ATENCIÓN Y ESPECIALIZADA. DATOS PRELIMINARES

J. Gonzalo Castilla Rilo<sup>1</sup>, F. Bermejo<sup>1</sup>, I. Zamarbide<sup>1</sup>, F. Sánchez<sup>1</sup>, E. Tapias<sup>2</sup> y A. Revuelta<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Hospital 12 De Octubre Servicio de Neurología, <sup>2</sup>C.A.P de Comillas Área 11, Madrid.

**Objetivos:** Establecer la prevalencia e incidencia de alteración cognitiva leve (ACL) y demencia en una serie de casos de quejas de memoria remitidos desde Atención Primaria (AP) a Atención Especializada (AE), unidad de Memoria Hospitalaria, para su estudio.

**Métodos:** Análisis de 100 pacientes consecutivos mayores de 50 años cuyo principal criterio de inclusión fue la queja de pérdida de memoria en consultas de AP. En este ámbito se les realizó una historia clínica estructurada y pruebas psicométricas (test de Pfeiffer y del reloj, y una prueba de memoria de fijación), pero los criterios de remisión a la AE fueron solamente clínicos. En el hospital se efectuó a cada caso un protocolo: entrevista clínica, exploración neurológica, evaluación neuropsicológica que incluía test psicométricos y pruebas de memoria. Los diagnósticos finales habían de ser: normalidad cognitiva, alteración cognitiva leve (ACL) con criterio de Petersen y demencia (DSM-IV).

**Resultados:** El 71% de la serie fueron mujeres; la edad media fue 74,2 (DE = 7) años. El seguimiento medio hospitalario se estableció en dos años. El porcentaje de los diagnósticos al final del periodo de segui-

miento fueron: normalidad cognitiva: 60%, ACL: 20% y demencia: 20%. El 18% de la serie mostró sintomatología depresiva aparente.

**Conclusiones:** Esta serie de casos muestra que la mayoría de las quejas de memoria en consultas de asistencia primaria no sufren de demencia ni alteración cognitiva objetiva. En esta serie existe un porcentaje notable de pacientes con sintomatología depresiva.

#### MORBIMORTALIDAD Y PREVENCIÓN SECUNDARIA DE LOS PACIENTES CON FRACTURA DE CADERA EN UN HOSPITAL COMARCAL

E. Conesa<sup>1</sup>, L. Bernacer<sup>2</sup>, I. Marimon<sup>2</sup>, P. Pozo<sup>2</sup>, G. Mateos<sup>2</sup> y C. Escuder<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Medicina Interna, Hospital de Manacor, <sup>2</sup>Traumatología, Hospital de Manacor.

**Objetivos:** Análisis y evaluación de la morbilidad y de la prevención secundaria de los pacientes atendidos mediante el proceso cadera y su comparación con el standard y el Benchmark de los hospitales que participan en el programa Hospitales Top 20 IASIST.

**Métodos:** Estudio observacional, retrospectivo y analítico realizado en un hospital comarcal de 207 camas. Intervención: implementación de un proceso asistencial previamente diseñado. Población de estudio: pacientes con fractura de cadera atendidos durante el periodo 01 enero 2000 y 01 junio 2004. Variables analizadas: edad, sexo, grupo relacionado con el diagnóstico (GRD), clasificación AO, riesgo quirúrgico, circunstancia del alta, peso medio, peso relativo, mortalidad, morbilidad, estancia media, diferencia estancia media, estancias evitables, tratamiento previo, fracturas previas, tratamiento al alta. La estancia media por GRD se estima a partir de los 4 centros con mejor funcionamiento en gestión de camas. Se comparó los datos del servicio con los que componen el Benchmark para la misma casuística y se revisó y analizó de una muestra aleatoria de 170 pacientes las variables de morbilidad.

**Resultados:** Durante el periodo de análisis se han realizado 1690 intervenciones de fractura de cadera. Edad media de 82 años (rango 51-100), 68,5% mujeres, razón 2,16. Tasa cruda 30,1 por 10.000 hab/año. Clasificación AO 35% A1, 45% A2, 20% A3. Riesgo quirúrgico ASA II 7,7%, ASA III 77,9%, ASA IV 14,3%. El 65% intervinieron primeras 12 horas y el 95,36% primeras 24 horas. Tiempo quirúrgico 25.55 minutos (rango 6-70), mediana 24 y CV 49,3. El 75% del tiempo quirúrgico inferior a 30 minutos. Mortalidad intrahospitalaria 1%, mortalidad al año 22%. Morbilidad intraoperatoria 13,5%, primeras 24 horas postcirugía 23,2% y entre las siguientes 24 horas y el alta 12,5%. Las complicaciones más frecuentes fueron trastornos SNC 11,9%, tracto digestivo 2,4%, trastornos renales 1%, Cardiovascular 1% e infección herida quirúrgica 1%. Seguimiento medio de 376 días (rango 1-837). Impacto con disminución de 4539 estancias evitables en el periodo de estudio. Del análisis de los últimos 68 pacientes, el 79,4% (54 pacientes) de los pacientes no habían tenido ninguna fractura previa, 5,88% fractura vertebral, 4,41% fractura de cadera y 2,94% más de una fractura. El 98% no tenía tratamiento previo frente a la osteoporosis, y del 20,4% de los pacientes con fractura previa tan solo 1 tenía tratamiento preventivo. Tan solo en dos pacientes se recogió el antecedente de consumo crónico de corticoides. Al alta solo el 10,2% (7 pacientes) tenían tratamiento, 1 con calcitonina, 2 con calcio y vitamina D, 3 con calcio y vitamina D asociado a risedronato y 1 con calcio y vitamina D asociado a alendronato.

**Conclusiones:** El análisis y evaluación del proceso después de 5 años de funcionamiento ha mostrado ser una herramienta segura en el tratamiento de las fracturas de cadera y ha permitido mejorar la mortalidad, morbilidad y eficiencia en el uso de los recursos asistenciales respecto a los hospitales que componen el Benchmark. Toda vez que desde el punto de vista científico-técnico el proceso de cadera ha permitido mejorar los resultados asistenciales y disminuir las tasas de morbilidad, se requiere incidir en mejorar la prevención secundaria y controlar las comorbilidades asociadas a los pacientes con fractura de cadera

#### FACTORES RELACIONADOS CON BACTERIEMIA EN PACIENTES ANCIANOS CON SOSPECHA DE SEPSIS

E. Delgado Parada, V. López Gaona, S. Gutiérrez Vara, E. San Cristóbal Velasco, J.C. Miñana Climent y J. Solano Jaurrieta  
Hospital Monte Naranco, Oviedo.

**Objetivo:** Determinar la asociación entre la sospecha de bacteriemia en el anciano y su confirmación diagnóstica.

**Método:** Se realiza un estudio entre los pacientes ingresados en la Unidad de Agudos (n: 125; 55,2% mujeres; edad 80,4 ± 7,09) desde enero de 2005 a mayo de 2006 en los que se solicita extracción de hemocultivos. En el protocolo se incluyeron variables sociodemográficas, funcionales (Índice de Barthel, escala de deterioro global (GDS) en los pacientes con el diagnóstico de demencia), clínicas (comorbilidad, farmacoterapia), los indicadores clásicos de sepsis (temperatura, hipotensión arterial, leucocitosis o leucopenia, taquicardia, taquipnea, escalofríos, nivel de conciencia), focos de infección, factores iatrogénicos y el motivo de petición de hemocultivo.

**Resultados:** Un 24,8% de los hemocultivos solicitados resultaron positivos de los que el 13,6% fueron verdaderos positivos. El foco de infección más frecuente es el respiratorio (46%), seguido del genitourinario (30%) y el gastrointestinal (9,6%). Ninguno presenta asociación con bacteriemia. Variables sociodemográficas y funcionales. Los pacientes con demencia (16%) y una mayor dependencia funcional secundaria (GDS 6 ± 2) se relacionan con bacteriemia ( $p < 0,05$ ) en el análisis. Comorbilidad y farmacoterapia. Patología cardiovascular, respiratoria, tiroidea o neoplasia no tienen relación con un resultado positivo en el hemocultivo, como tampoco el empleo de fármacos inmunomoduladores. El número total de fármacos prescritos al ingreso presenta asociación con bacteriemia (7,45 ± 2,93;  $p < 0,05$ ). Indicadores clásicos de sepsis: La temperatura (38,442 ± 1,2) y la presencia de escalofríos (48,4%) presentan asociación con: Factores iatrogénicos: La presencia de sondaje vesical o accesos venosos periféricos (número y tiempo de cateterización) no presentan asociación significativa. Motivo de petición de hemocultivo: Si el clínico valora in situ el proceso febril, la probabilidad de que el resultado sea positivo es significativamente mayor (64,5%;  $p < 0,05$ ).

**Conclusiones:** Se requieren definir variables relacionadas con bacteriemia en el anciano para una óptima selección de los pacientes. Una temperatura elevada, escalofríos, el número de fármacos prescritos al ingreso y la visión clínica subjetiva son las únicas variables que presentan asociación en el análisis multivariante.

#### PERFIL DEL PACIENTE MAYOR DE 75 AÑOS EN EL QUE SE REALIZA UN ESTUDIO ECOCARDIOGRÁFICO

V. López Gaona, E. Delgado Parada, J. Santianes Patiño, A. Medina García, E. García Carreño y E. San Cristóbal Velasco  
Hospital Monte Naranco, Oviedo.

**Objetivo:** Determinar las características de los pacientes mayores de 75 años que ingresan en la Unidad de Agudos de Geriatría (UGA) del Hospital Monte Naranco en los que se solicita una ecocardiografía.

**Método:** Se realiza un estudio entre los pacientes ingresados en la UGA (n: 384; 62% mujeres; edad: 84,3 ± 5,121) desde enero de 2004 a enero de 2005 en los que se realiza un estudio ecocardiográfico. En el protocolo se incluyen variables funcionales (índice de Barthel -IB- previo), de comorbilidad, farmacoterapia, parámetros ecocardiográficos, electrocardiográficos y el motivo de solicitud de la prueba, además de variables evolutivas.

**Resultados:** Variables sociodemográficas y funcionales: el 82,6% de los pacientes eran independientes para ABVD o con una dependencia leve (IB: 82,98 ± 22,112), con un porcentaje de institucionalización del 10,9%. Variables de comorbilidad: los factores de riesgo cardiovascular más prevalentes eran HTA (64,3%), fibrilación auricular (36,2%), cardiopatía isquémica (28,4%) y diabetes mellitus (25%). Parámetros ecocardiográficos: la fracción de eyección - Femedia es de 52,2127 ± 13,38. Un 30,2% tienen una FE afectada (FE < 45). Un 47,1% presentan hipertensión pulmonar (15,04% severa). Un 16,1% presenta insuficiencia aórtica (0,8% severa), 36,2% insuficiencia mitral (13% severa) y un 46,4% tricuspídea (5,5% severa). Un 2,1% presentan estenosis mitral y un 13,8% aórtica (19,6% crítica). Variables electrocardiográficas: el ritmo cardíaco más frecuente fue el sinusal, seguido muy de cerca por la fibrilación auricular (40,9% y 38,3% respectivamente), un 6% tenían un marcapasos, y menos de un 10% presentan extrasístoles ventriculares o bloqueo de rama izquierda. Motivo de solicitud de la prueba: La prueba se solicitó fundamentalmente por un cuadro de insuficiencia cardíaca a estudio (59,6%), siendo el estudio de una fibrilación auricular «de novo» responsable del 12,5% de las peticiones y en un 13,3% por la presencia de factores de riesgo cardiovascular. Variables evolutivas: la estancia media es de 9,04 ± 4,99 días. Los pacientes tenían un ingreso previo por insuficiencia cardíaca en el 33,6% y hasta el 2006 reingresan en un 34,9%. Al alta se prescriben más diuréticos, inhibidores de la en-

zima convertidora de angiotensina, digoxina, antiagregantes y estatinas que al ingreso.

**Conclusiones:** El perfil del paciente en el que se solicita una ecocardiografía en la UGA es una mujer, de 84 años, independiente, con HTA, que ingresa por insuficiencia cardíaca, en la que la FE está preservada, permanece ingresada nueve días y existen cambios en el manejo farmacológico al alta

**Palabras clave:** Anciano. Ecocardiografía. Unidad de Agudos de Geriatria.

#### PREVALENCIA DE LA INFECCIÓN NOSOCOMIAL EN UNA UNIDAD DE LARGA ESTANCIA. PRESENTACIONES ATÍPICAS Y RELACIÓN CON LA EDAD.

N. Cañameras Viñas, J. Llobera Estrany, M.P. García Caselles, C. Conill Lafranco, O. Vázquez Ibar y A.M. Cervera Alemany  
Servicio Geriatria IMAS. Centre Fòrum Hospital del Mar, Badalona.

**Objetivo:** Valorar la prevalencia de infección nosocomial en una unidad de larga estancia. Determinar la relación entre la presentación clínica y la edad.

**Material y método:** Durante tres días consecutivos se realizó un estudio transversal para valorar la presencia de infección nosocomial en una unidad de larga estancia. Se recogieron datos de filiación, diagnóstico principal, factores de riesgo intrínsecos y extrínsecos, tipos de infección, presentación clínica típica y atípica, exploraciones complementarias realizadas y datos sobre el tratamiento. A todos los pacientes se les realizó una valoración geriátrica integral que incluía capacidad funcional (I. Barthel), función cognitiva (MMSE), comorbilidad (I. Charlson) y síndromes geriátricos asociados.

**Resultados:** De los 205 pacientes ingresados, 25 (12,2%) presentaron criterios clínicos de infección nosocomial. La edad media fue de 80,4 ± 9,9 años, 13 varones (52%). La media del I. Barthel, del MMSE y del I. Charlson fueron de 38,7 ± 35,6, 13,1 ± 11,3 y 2,5 ± 1,5 respectivamente. Presentaron una media de 4,7 ± 2,4 síndromes geriátricos. El diagnóstico principal fue demencia en 10 pacientes (40%), enfermedad cardiovascular 3 (12%), enfermedad neurológica 3 (12%), enfermedad neumológica 3 (12%), patología digestiva 1 (4%), enfermedad osteoarticular 1 (4%) y otras enfermedades 4 (16%). Las infecciones detectadas fueron 8 cutáneas (32%), 7 respiratorias (28%), 4 urinarias (16%), 2 gastrointestinales (8%), 2 oftalmológicas (8%), 1 odontológica (4%) y otras (4%). Sólo se realizó estudio microbiológico en 3 de los 25 casos (12%). De las 25 infecciones nosocomiales, 3 (12%) tuvieron una presentación atípica. No se detectó relación estadísticamente significativa entre el tipo de infección y la presentación clínica típica o atípica. Nueve (36%) de las 25 infecciones nosocomiales afectaron a pacientes mayores de 84 años, de los cuales sólo dos presentaron síntomas atípicos. No se halló relación significativa entre la aparición de síntomas atípicos y la edad.

**Conclusiones:** La prevalencia global de infección nosocomial fue mayor que la referida en la literatura, probablemente debido a la exhaustividad en la recogida de datos. La infección nosocomial más frecuente fue la cutánea. No se halló relación estadísticamente significativa entre la presentación atípica de las infecciones nosocomiales ni con el tipo de infección ni con la edad, probablemente debido al reducido tamaño de la muestra.

#### VALORACIÓN DE PACIENTES CON DETERIORO FUNCIONAL CANDIDATOS A HOSPITAL DE DÍA GERIÁTRICO

A. De Val Lafaja, A. Zamora Mur, J.M. Cucurullo, I. Guajardo y M. Navarro  
Hospital San Jorge, Zaragoza.

**Objetivo:** Descripción y análisis de los pacientes con déficit funcional valorados en Consulta de Alta Resolución (C.A.R.) orientada hacia la recuperación funcional en Hospital de día Geriátrico.

**Material y métodos:** Estudio descriptivo retrospectivo de pacientes valorados en CAR desde mayo del 2002. Detección de pacientes candidatos a Hospital de Día Geriátrico para recuperación funcional. Variables: sexo, edad, procedencia, motivo de derivación, tiempo desde el inicio del déficit funcional, demora asistencial, fármacos previos a la consulta y al alta, índice de Barthel, prueba de Tinetti simplificada, MSQ de Pfeiffer.

**Resultados:** 904 pacientes (36,8% varones), 516 candidatos de recuperación funcional. Edad media: 80 años. 55,8% proceden de

Centro de Salud, 22,9% de Equipo Sociosanitario de Valoración del Hospital Universitario Miguel Servet, 13,1% de Consultas Externas de Geriatria y 5,6% de Unidad de Hospitalización del Servicio de Geriatria. Diagnóstico principal: 23,5% fractura de cadera, 19,6% deterioro funcional inespecífico, 17,7% ACV, 6,7% otras fracturas, 5,7% recuperación tras ingreso hospitalario. El tiempo desde el inicio del déficit funcional hasta su valoración fue de un mes en el 44,8%, de dos meses en el 71,5% y de tres meses en el 88,5%. Demora asistencial: 4,9 días. Polifarmacia previa a C.A.R. 78,3%, tras consulta 65,5%. Barthel medio 55 (total independencia 6,7%, dependencia leve 35%, dependencia moderada-severa 58,3%). 54,1% Tinetti-equilibrio > 3, 55,4% Tinetti-marcha > 3. Pfeiffer medio: 2. Proceso asistencial realizado en 1 día (99,9% de los casos).

**Conclusiones:** Con la Valoración Geriátrica Integral y el trabajo interdisciplinar (médico, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, enfermero, auxiliar de enfermería) se logra una aproximación más exacta del déficit funcional del anciano y la instauración de tratamientos pertinentes. La necesidad de atención precoz de aquellos pacientes con déficit funcional requiere de consultas que faciliten la rapidez en el acceso a la Valoración Geriátrica Integral.

#### SUSTITUCIÓN TOTAL DE RODILLA Y CALIDAD DE VIDA: IMPACTO FÍSICO

N. Parra Macías<sup>1</sup>, A. Graells Fitó<sup>2</sup>, A. Haro Royo<sup>2</sup>, M. de la Rosa Alzamora<sup>2</sup>, J. Solé Forteza<sup>2</sup> y F. Rosell Abaurrea<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitari Sagrat Cor, Barcelona, <sup>2</sup>Universidad de Barcelona. Facultad de Psicología.

**Objetivo:** La artrosis es la enfermedad osteoarticular más prevalente y causa frecuente de discapacidad. Si bien la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) a largo plazo tras este procedimiento ya ha sido estudiada, no hay datos sobre el impacto físico precoz postintervención. Comparamos la CVRS en su dimensión física percibida por el paciente geriátrico preintervención y a los 3 meses.

**Método:** Estudio de cohortes prospectivo sobre 235 pacientes incluidos en un protocolo de valoración geriátrica integral (VGI) de un hospital universitario. La muestra de trabajo selección 52 pacientes con: 71 años o superior; ingreso en Cirugía Ortopédica y Traumatología para sustitución total de rodilla programada y; ausencia de deterioro cognitivo diagnosticado. Al ingreso se practicó una batería de VGI en la que además de variables clínicas y sociodemográficas básicas, se evaluaba la CVRS en su dimensión física mediante el SF-12 Health Survey validado en español a través de entrevista personal. Todos los pacientes fueron reevaluados a los 3 meses. Para el análisis estadístico se realizaron comparaciones mediante el t de Student para datos apareados. Los datos se procesaron mediante SPSS 12.0.

**Resultados:** Las características basales de la muestra de trabajo fueron las siguientes: 82,27 años de media (7,27), 71,9% hombres (41 pacientes), Índice de Barthel medio 85,96 (17,74) e Índice de Charlson medio 1,05 (1,30). La puntuación media del Índice Físico SF-12 basal fue de 34,45 (10,66) mientras que a los 3 meses fue de 38,42 (9,67). La comparación de medias para datos apareados pre y post intervención fue significativa (t = -2,82; p = 0,007).

**Conclusiones:** La CVRS en su dimensión física de las personas con edad superior a 71 años sometidas a sustitución total de rodilla de manera programada mejora significativamente a los tres meses de la intervención.

**Palabras clave:** Calidad de Vida. Sustitución Total de Rodilla. Anciano.

#### EL VOLUMEN DE LA CORTEZA TEMPOROPOLAR SE ASOCIA CON SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS Y CONDUCTUALES EN PACIENTES CON ENFERMEDAD DE ALZHEIMER Y DETERIORO COGNITIVO LEVE

E. López Jiménez<sup>1</sup>, L. Maicas Martínez<sup>1</sup>, A. Insausti Serrano<sup>2</sup>, F. Mansilla Legorburo<sup>1</sup>, R. Insausti Serrano<sup>2</sup> y P. Abizanda Soler<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Perpetuo Socorro Albacete, <sup>2</sup>Facultad de Medicina, Universidad Castilla.

**Objetivo:** Analizar si el volumen de las cortezas del giro temporal medial se relacionan con síntomas psicológicos y conductuales en pacientes con enfermedad Alzheimer (EA) o con deterioro cognitivo leve (DCL).

**Métodos:** Estudio transversal sobre 23 sujetos (17 mujeres), edad media 74,2. 14 EA (NINCDS/ADRD), 9 DCL (Petersen). Se recogieron datos sociodemográficos, MMSE, GDS Yesavage y NPI. Se realizó RNM seleccionando cortes coronales. Sobre ellos se marcaron límites anatómicos de las siguientes cortezas temporales: temporopolar (CTP), peririnal (CPR), entorrinal (CER) y parahipocámpica posterior (CPP) derechas (D) e izquierdas (I). Se estimó el volumen normalizado (con volumen intracraneal) de cada región con el método Cavalieri. Análisis univariante mediante t de Student y multivariante mediante regresión lineal ajustado por edad, sexo, años de escolaridad, MMSE y grupo estudio.

**Resultados:** Edad DCL 73 y EA 75. GDS DCL 4,1 y EA 2,9. MMSE DCL 25 y EA 18,4. NPI en DCL 7,6 (DE 2,1) y en EA 7,6 (DE 2,2). Volúmenes (cm<sup>3</sup>) en sujetos con DCL y EA fueron respectivamente: CTPD (2,35-2,34), CTPI (2,29-2,18), CPRD (2,82-2,85), CPRI (2,98-2,97), CERD (1,17-1,00), CERI (1,10-0,90), CPPD (0,77-0,76), CPPI

(0,84-0,90). Solo CTPD ( $r = -0,499$ ;  $p < 0,05$ ) y CTPI ( $r = -0,528$ ;  $p < 0,01$ ) correlacionaron con NPI, pero ninguna corteza lo hizo con GDS Yesavage. CTPD correlacionó con delirios ( $r = -0,499$ ;  $p < 0,05$ ), agitación ( $r = -0,484$ ;  $p < 0,05$ ) y apatía ( $r = -0,524$ ;  $p < 0,01$ ) y CTPI con delirios ( $r = -0,554$ ;  $p < 0,01$ ), agitación ( $r = -0,391$ ;  $p = 0,06$ ) e irritabilidad ( $r = -0,523$ ;  $p < 0,01$ ). La puntuación NPI para los cuartiles de CTPD fue 15-5,8-9,3-1,3 ( $p < 0,01$ ) con diferencias entre el primer y último cuartil ( $p < 0,01$ ). La puntuación NPI para los cuartiles de CTPI fue 15,6-5,7-8-2,3 ( $p < 0,05$ ) con diferencias entre el primer y último cuartil ( $p < 0,01$ ). CTPD se asoció con puntuaciones en NPI ( $B = -7,21$ . IC 95% -13,02 a -1,40;  $p < 0,05$ .  $r^2 = 0,431$ ) al igual que CTPI ( $B = -8,95$ . IC 95% -14,89 a -3,01;  $p < 0,01$ .  $r^2 = 0,502$ ) ajustado por edad, sexo, años escolaridad, DCL/EA y MMSE.

**Conclusiones:** El volumen de la corteza temporopolar se asocia con síntomas psicológicos y conductuales en pacientes con EA y DCL.