



Comunicaciones libres

Sala A2. Jueves, 4 de junio de 09:30 a 11:30 horas

Área Clínica I

Modera:

Nicolás Maturana Navarrete (Almería)

Síndromes geriátricos I: caídas, osteoporosis

141. UTILIDAD DE LA POSTUROGRAFÍA EN UNA UNIDAD DE CAÍDAS

P. Gómez Buongermini, M. Lázaro del Nogal, E. González Cuevas, M. Fuentes y J.M. Ribera Casado
Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

Objetivos: Demostrar la utilidad de la posturografía en una Unidad de Caídas para valorar: a) el control postural en ancianos que presentan caídas y b) la repercusión funcional de las caídas en este grupo de población.

Material y métodos: 244 pacientes > 65 años vistos en consultas externas de Geriatria (129 de la Unidad de Caídas, por 2 o más caídas en los últimos 6 meses (A) y 115 pacientes de la Consulta General (B) sin antecedentes de caídas. Técnica: Posturógrafo Balance Master: Distribución de cargas (WB flexión a 0°, 30°, 60°, 90°) Análisis del control sensorial (test mCTSIB). Desplazamiento del Centro de Gravedad (CG) sobre superficie almohadillada con ojos abiertos y cerrados. Análisis del control motor (test RWS): velocidad de desplazamiento del CG y concordancia en la dirección al seguir un estímulo visual. Análisis estadístico: SPSS v.12.0.

Resultados: Grupo A: 129 pacientes (edad: $78 \pm 5,85\%$ mujeres), grupo B: 115 pacientes (edad $78 \pm 6, 69,6\%$ mujeres). *Distribución de cargas* (WB flexión a 0, 30°, 60° y 90°) respectivamente: A: 50,22 B: 51,35 ($p = 0,18$), A: 49,42 B: 51,46 ($p = 0,02$), A: 50,39 B: 52,40 ($p = 0,02$), A: 50 B: 52,69 ($p = 0,004$). *Control sensorial cTISB:* superficie lisa ojos abiertos A: 0,4 (0,3-0,5) B: 0,4 (0,3-0,5) ($p = 0,065$); superficie lisa ojos cerrados A: 0,5 (0,4-0,7) B: 0,4 (0,3-0,6) ($p = 0,0321$); superficie almohadillada y ojos abiertos A: 1,4 (1,0-2,6) B: 0,9 (0,7-1,3) ($p < 0,001$); Superficie almohadillada ojos cerrados A: 3,7 (2,0-6,0) B: 2,0 (1,3-3,4) ($p < 0,001$). *Control motor RWS:* control direccional a velocidades lenta, moderada y rápida (%): A: 46 (30-60) B: 56 (46-71) ($p = 0,54$); A: 48 (32-62) B: 57 (43-74) ($p = 0,06$); A: 55 (35-69), B: 59 (44-68) ($p = 0,004$) respectivamente. *Tests funcionales:* Velocidad de marcha > 39 cm/sg: A: 72%. B: 26%. ($p > 0,001$). Levantarse de una silla (*Transferencia de cargas [RIQ]*) sg: A: 1,81 (0,92-3,70); B: 0,93 (0,49-4,31) $p < 0,001$.

Conclusiones: 1) El control sensorial y motor del equilibrio está alterado en pacientes con caídas de repetición. La detección precoz es cla-

ve para la prevención. 2) Los test mCTSIB y el test RWS son útiles para identificar pacientes con trastornos del equilibrio y riesgo elevado de caídas. 3) Los tests más útiles para valorar la repercusión funcional de las caídas son: la velocidad de la marcha y la capacidad para levantarse de una silla. La velocidad de la marcha es inferior en los pacientes que se caen y la secuencia de movimientos es más lenta a la hora de alcanzar la bipedestación desde la posición de sentado.

227. LA OSTEOPOROSIS MÁS ALLÁ DE LOS OCHENTA

T. Morlanes Navarro, P. Mesa Lampré, P. Vidao Pérez y S. Solsona Fernández
Hospital Real Nuestra Señora de Gracia. Zaragoza.

Objetivo: Analizar las características de los pacientes ingresados en una UGA durante 2008 en quienes se detectó la presencia de fracturas vertebrales y las actitudes terapéuticas adoptadas tras dicho hallazgo.

Material: De los 1.396 informes de alta correspondientes al año 2008, se extrajeron aquellos en los que la fractura vertebral aparecía como antecedente, diagnóstico principal o secundario o en el informe radiológico. Se analizaron variables sociodemográficas, características clínicas y funcionales de los pacientes, fracturas previas y tipo, comorbilidad (Índice de Charlson), factores de riesgo de osteoporosis y presencia/ausencia de tratamientos farmacológicos previos y/o al alta.

Resultados: Edad media 84,4 años. Mujeres 68,3%. Se detectaron 117 fracturas vertebrales en 101 pacientes de las que 73 fueron lumbares, 42 dorsales, y 2 cervicales. Como diagnóstico principal aparecían 15 (14,9%), 23 (22,8%) en secundarios, 6 (5,9%) como antecedente y 57 (56,4%) fueron incidentales. Presentaban más de una fractura vertebral el 42,8% y fractura previa el 36,6% (37,8% vertebrales, 32,4% cadera). Sólo el 35,1% de aquellos con fracturas previas llevaban tratamiento antiosteoporótico. La fractura vertebral como motivo de ingreso fue más frecuente en hombres (OR 4,11; $p = 0,016$) y como diagnóstico secundario o incidental, más en mujeres (OR 1,41 y 1,46 respectivamente). Fallecieron 15 pacientes (14,8%). Al alta hospitalaria se prescribió tratamiento antiosteoporótico al 23,2% de los pacientes totales y al 60% de los que tuvieron como diagnóstico principal fractura vertebral. No se ha encontrado significación estadística entre ausencia de tratamiento antiosteoporótico al alta y polifarmacia ni puntuación en Barthel pero sí para la edad ($p = 0,031$). Se realizó un seguimiento telefónico postalta.

Conclusiones: 1. Existe infratratamiento de la osteoporosis en personas de edad avanzada. 2. No se relaciona con el índice funcional, comorbilidad o polifarmacia por lo que podría explicarse por la menor expectativa de vida de este grupo y/o el hecho de que la mayoría sean

asintomáticas. 3. Debería asegurarse un tratamiento preventivo de la osteoporosis al menos con calcio y vitamina D.

142. FRAGILIDAD Y CAÍDAS: EXPERIENCIA DE UNA UNIDAD DE CAÍDAS

P. Gómez Buongermini, E. González Cuevas, M. Lázaro del Nogal, M. Fuentes y J.M. Ribera Casado
Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

Objetivos: 1. Valorar las características de las caídas en pacientes >65 años que viven en la comunidad, 2. Destacar la importancia de la valoración geriátrica integral (VGI) en estos pacientes, 3. Valorar la correlación entre los tests clínicos que valoran riesgo de caídas y la VGI.

Material y métodos: Pacientes > 65 años con 2 ó más caídas en los últimos 6 meses que acuden a nuestra Unidad de Caídas. El protocolo incluye: a) variables demográficas, b) circunstancias de las caídas, c) valoración biomédica, d) valoración funcional física (Katz), mental (*Mini Mental State*), afectiva (*Yessavage*) y social, e) exploración del equilibrio y marcha (test *timed up and go* y test de *Tinetti*) y f) velocidad de marcha mediante posturografía (*Test walk across* mediante *Balance Master de Neurocom*). Análisis estadístico: SPSS 12.0

Resultados: Se incluyeron 129 sujetos. Edad media: 78 (5) años. (84,9% mujeres). IMC: 27,2 (3,8). Número de procesos crónicos: 5 (2). Número de fármacos: 5 (1). *Características de las caídas:* 63,5% domicilio; 70,9% por la mañana. Mecánica de la caída (hacia delante): 50,4%. *Valoración geriátrica:* Katz > C: 38,8%, MMSE < 24: 34,4%. *Yessavage* > 5: 45,3%. Viven solos: 26,8%. *Exploración física:* osteoarticular: alterada 60,5%; neurológica: alterada 43,3%. *Equilibrio y marcha:* Timed up and go > 20 sg: 50,8%, Tinetti < 18: 46,9%. Velocidad de marcha < 39 cm/sg: 72%. *Correlación de test clínicos y valoración geriátrica:* Los pacientes con Tinetti < 18 tienen un peor situación funcional (Katz > C: p < 0,001), mental (MMSE < 24: p < 0,001), afectiva (*Yessavage* > 5: p: 0,002). No diferencias por edad ni sexo. Los pacientes con Timed up and go > 20 tienen peor situación funcional (Katz > C: p < 0,001), mental: (MMSE < 24: p < 0,001) y afectiva (*Yessavage* > 5: p: 0,035).

Conclusiones: 1) La caída tipo ocurre en mujeres, en el domicilio, por la mañana y predomina la mecánica de la caídas hacia delante. 2) Más de la mitad de los pacientes presentan exploración osteoarticular y neurológica anormal. 3) Existe correlación entre los tests que valoran el riesgo de nuevas caídas y la valoración geriátrica. 4) Destacar, por último que las caídas son un marcador de fragilidad en el anciano y que la detección precoz de sus factores de riesgo es fundamental para la prevención.

434. ANTECEDENTES DE CAÍDAS, Y AUTOPERCEPCIÓN DEL PROPIO RIESGO DE CAÍDA, COMO PREDICTORES DE CAÍDAS MÚLTIPLES. COHORTE LOCAL PARA EL ESTUDIO DE CAÍDAS (CEC-1)

M.J. Sanguino, N.G. Thalía, I. Collado, F. Cavestany, E. Justo y A. Rodríguez-Molinero
Fundació Hospital Comarcal Sant Antoni Abat. Vilanova i la Geltrú, Barcelona.

Objetivos: Analizar la validez predictiva de los antecedentes de caídas (2 ó más caídas en los últimos 6 meses) y de la autopercepción del propio riesgo de caída, para identificar a personas con caídas de repetición.

Método: Estudio prospectivo de cohortes. Se incluyeron en el estudio 98 pacientes seleccionados al azar entre los pacientes atendidos en la consulta externa de geriatría de la Fundació Hospital Comarcal Sant Antoni Abat. En la visita basal se administró el test de Pfeiffer para evaluar la cognición, se registró el número de caídas reportado por los pacientes o sus acompañantes durante los 6 meses previos y se recogió la percepción que el participante tenía de su propio riesgo

de caída mediante la siguiente pregunta de respuesta múltiple: “¿Cómo es la probabilidad de que se caiga en los próximos meses? Baja-Media-Alta” Posteriormente se realizó un seguimiento telefónico trimestral durante 14 meses para detectar caídas incidentes. Se excluyeron del análisis los participantes con más de 4 fallos en el test de Pfeiffer. Como evento final se consideró la presencia de caídas de repetición (> 1) durante el tiempo de seguimiento.

Resultados: En total se analizaron datos de 52 pacientes. La edad media fue de 81,4 años (DE: 6,8). Trece pacientes (25%) tuvieron más de una caída durante el seguimiento. La propia percepción del riesgo de caída se asoció a la presencia de caídas de repetición durante 14 meses (p = 0,008). Los resultados más válidos se obtuvieron agrupando los pacientes que consideraron su riesgo bajo o medio, frente a los de alto riesgo percibido: S 60%; E 90,9%; VPP 60%; VP 74,1%. El antecedente de haber caído más de una vez en los 6 meses previos también mostró una buena validez predictiva a los 14 meses: S 60%; E 88,5%; VPP 50%; VP 92,0%.

Conclusiones: En esta muestra con alta incidencia de caídas, tanto la percepción del riesgo de caída por el propio paciente, como el antecedente de caídas repetidas en los últimos 6 meses, mostraron una buena validez predictiva. El escaso tamaño muestral obliga a tomar estos resultados con precaución.

435. ANTECEDENTES DE CAÍDAS Y AUTOPERCEPCIÓN DEL PROPIO RIESGO DE CAÍDA, COMO PREDICTORES DE CAÍDAS MÚLTIPLES. COHORTE NACIONAL PARA EL ESTUDIO DE CAÍDAS (CEC-2)

N.G. Thalía, M.J. Sanguino, L. Narvaiza, A. Yuste, E. Valldosera y A. Rodríguez-Molinero
Fundació Hospital Comarcal Sant Antoni Abat. Vilanova i la Geltrú, Barcelona.

Objetivos: Analizar la validez predictiva de los antecedentes de caídas (2 ó más caídas en los últimos 6 meses) y de la autopercepción del propio riesgo de caída, para identificar a personas con caídas de repetición (> 1).

Método: En este estudio se presenta un análisis preliminar sobre 351 participantes mayores de 64 años, procedentes de 11 poblaciones españolas y a los que se ha realizado seguimiento durante 9 meses. Los datos proceden de la cohorte prospectiva CEC-2 que tiene una muestra total de 800 participantes y está estratificada por edad, tamaño de hábitat y zona geográfica. En la visita basal se administró el test de Pfeiffer para evaluar la cognición, se registró el número de caídas reportado por los participantes durante los 6 meses previos y se recogió la percepción que el participante tenía de su propio riesgo de caída mediante la siguiente pregunta de respuesta múltiple: “¿Cómo es la probabilidad de que se caiga en los próximos meses? Baja-Media-Alta”. Posteriormente se realizó un seguimiento telefónico trimestral para detectar caídas incidentes. Se excluyeron del análisis los participantes con más de 4 fallos en el test de Pfeiffer. Como evento final se consideró la presencia de caídas de repetición (> 1) durante el tiempo de seguimiento.

Resultados: En total se analizaron datos de 310 pacientes. La edad media fue de 77 años (DE: 7,4). Veintiuna personas tuvieron más de una caída durante el seguimiento (7,2%). La propia percepción del riesgo de caída no mostró utilidad para predecir la aparición de caídas repetidas, aunque mostró una débil correlación con el número de caídas totales (Pearson 0,243; p < 0,01). La presencia de 2 o más caídas en los últimos 6 meses se asoció significativamente a la aparición de caídas de repetición durante todo el seguimiento (p < 0,001). Este antecedente presentó una validez aceptable para predecir caídas durante los 4 primeros meses de seguimiento (S: 54,5%; E: 93,5%; VPP: 25%; VP: 98,1%) y hasta los 6 meses (S: 42,2%; E: 95,0%; VPP: 35%; VP: 96,1%).

Conclusiones: La propia percepción del riesgo de caída no mostró utilidad para identificar personas con caídas de repetición. El antece-

dente de haber tenido más de una caída en los 6 meses previos sí mostró cierta validez predictiva, especialmente durante los 6 primeros meses de seguimiento. La especificidad de este antecedente fue mucho mayor que su sensibilidad.

22. ¿EXISTE EL SÍNDROME DE MIEDO A CAER ENTRE PERSONAS CON DEMENCIA LEVE-MODERADA?

J. Pérez-Jara¹, L. Rodríguez Porto², P. Rois¹, B. Gomez², J. Naveiro³ y M.A. de Dios⁴

¹Hospital El Bierzo. Ponferrada. León. ²Centro de Salud Ponferrada III. León. ³Gerencia de Atención Primaria. León. ⁴Ayuntamiento de Ponferrada. León.

Objetivo: Analizar si existe apreciación sobre si se tiene o no síndrome de miedo a caerse (MAC) entre personas mayores con demencia en grado leve-moderado según sus propias consideraciones y las de los cuidadores más próximos.

Material y métodos: Se ha recogido una muestra de 97 personas mayores de 62 años con demencia en grado leve-moderado (Minimal Test: 12-24 y criterios de demencia) y otra de 112 de personas mayores que no lo sufren. Se recogieron datos demográficos, presencia de enfermedades, mareos, caídas, uso de bastón y fármacos. También Minimal Test, Escalas de Depresión Geriátrica, de Ansiedad de Goldberg, Falls Efficacy Scale-International (FESI) y de Barthel, junto con pregunta sobre si tiene o no preocupación sobre miedo a caerse al deambular y si tiene restricción a salir fuera de casa tanto al sujeto como al cuidador más próximo. Análisis estadístico mediante índice de Kappa, chi-cuadrado y test U Mann-Whitney.

Resultados: El 38,1% de personas con demencia referían MAC frente al 35,7% de los controles. La coincidencia entre personas con demencia y sus cuidadores cuando los primeros referían sufrir MAC era del 62,2% mientras que entre los controles y sus cuidadores era del 52,5%; sin embargo la coincidencia era mucho mayor en el caso de que la persona refiriera que no tenía MAC alcanzando el 83,3% para las demencias y el 90,3% para los controles. Índice de Kappa: 0,46 en ambos grupos lo que demuestra alta concordancia. La concordancia mediante la escala FESI fue superior entre los participantes respecto a los cuidadores. Las variables asociadas con tener MAC fueron usar bastón, haber sufrido caídas y heridas, tener depresión y ansiedad y peor situación funcional y peor visión.

Conclusiones: Existe una coincidencia intermedia entre la apreciación de participantes que refieren padecer MAC con y sin demencia y sus cuidadores; sin embargo la concordancia en el caso de que la persona refiera que no tiene MAC con respecto a lo que piensan los cuidadores es muy elevada tanto si se tiene demencia como si no. Por lo tanto dado que la concordancia en ambos grupos (con y sin demencia) es buena se considera que los pacientes con demencia leve-moderada pueden padecer este síndrome. Usar bastón, sufrir caídas y heridas con las caídas, tener depresión, ansiedad, peor situación funcional y peor grado de visión se correlacionan con el MAC.

275. RELACIÓN ENTRE PSICOFÁRMACOS E HISTORIA DE CAÍDAS DE REPETICIÓN EN PACIENTES INGRESADOS EN UNA UNIDAD DE ORTOGERIATRÍA

A.I. González Alonso, J. Santianes Patiño, M. Bermúdez Menéndez de la Granda, S. Gutiérrez Vara, V. López Gaona y J.J. Solano Jaurrieta

Hospital Monte Naranco. Oviedo.

Objetivo: Estudiar si existe relación entre el consumo de psicofármacos con el historial de caídas de repetición.

Métodos: Se estudian los 152 pacientes ingresados en la Unidad de Ortogeriátría del Hospital Monte Naranco en el año 2007 y se estu-

dian variables sociodemográficas, funcionales, de comorbilidad y de proceso.

Resultados: La edad media de la población de estudio es de 84,38 ± 6,03 años, con mayor prevalencia de género femenino (118 mujeres y 34 hombres, 77,6 y 22,4% respectivamente). Funcionalmente, presentaban una puntuación en el Índice de Barthel de 77,82 ± 21,70. Del total de 152 pacientes, 82 (53,9%) recibían tratamiento con benzodiazepinas, frente a 70 (46,1%) que no lo recibían. Respecto a los neurolépticos, 18 pacientes (11,8%) estaban a tratamiento previo con neurolépticos, mientras que los 134 pacientes restantes (88,2%), no tomaban neurolépticos. Estudiando el historial de caídas previas, 42 pacientes (27,6%) habían sufrido al menos una caída previa a la fractura, frente a los 110 pacientes restantes (72,4%) que no referían historial de caídas previas. Al analizar en conjunto el consumo de psicofármacos y el historial de caídas, un 47,56% de los pacientes que tomaban benzodiazepinas presentaba caídas previas (39 de 82), frente a un 4,28% en los que no las tomaban (3 de 70), siendo esta diferencia estadísticamente significativa. Respecto a los neurolépticos, un 16,6% de los pacientes a tratamiento (3 de 18) tienen historial de caídas previas, frente a un 29,1% (39 de 134) de los que no recibían tratamiento con neurolépticos.

Conclusiones: El tratamiento con benzodiazepinas está relacionado con las caídas de repetición en el anciano, mientras que otros psicofármacos, como los neurolépticos, no presentan este efecto.

144. VALORACIÓN DEL CONTROL POSTURAL EN ANCIANOS CON OSTEOPOROSIS

E. González Cuevas, M. Lázaro del Nogal, P. Gómez Buongermini, M. Fuentes y J.M. Ribera Casado

Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

Objetivos: 1. Valorar el control postural en ancianos osteoporóticos con y sin historia de caídas. 2. Identificar los tests posturográficos más útiles para valorar su sistema del equilibrio y la repercusión funcional de las caídas en este colectivo.

Material y métodos: 101 pacientes con osteoporosis. Grupo A: 68 con caídas de repetición. Grupo B: 33 sin caídas. Técnica: Posturografo Balance Master: Distribución de cargas (WB flexión a 0°, 30°, 60°, 90°) Análisis del control sensorial (test mCTSIB): desplazamiento del Centro de Gravedad (CG) sobre superficie almohadillada con ojos abiertos y cerrados; Análisis del control motor (test RWS): velocidad de desplazamiento del CG y concordancia en la dirección al seguir un estímulo visual. Análisis estadístico: SPSS v.12.0

Resultados: 101 pacientes: Grupo A: 68 pacientes (edad: 78 ± 5, 85% mujeres), Grupo B: 133 pacientes (edad: 78 ± 6, 69,6% mujeres). Distribución de cargas (WB flexión a 0, 30°, 60° y 90°) respectivamente: A: 50,22 B: 51,35 (p = 0,18), A: 49,42 B: 51,46 (p = 0,02), A: 50,39 B: 52,40 (p = 0,02) A: 50 B: 52,69 (p: 0,004). Control sensorial cTISB: superficie lisa ojos abiertos A: 0,4 (0,3-0,5) B: 0,4 (0,3-0,5) p = 0,065; superficie lisa ojos cerrados A: 0,5 (0,4-0,7) B: 0,4 (0,3-0,6) p = 0,0321; superficie almohadillada y ojos abiertos A: 1,4 (1,0-2,6) B: 0,9 (0,7-1,3) p < 0,001. Superficie almohadillada ojos cerrados A: 3,7 (2,0-6,0) B: 2,0 (1,3-3,4) p < 0,001. Control motor RWS: control direccional a velocidades lenta, moderada y rápida (%): A: 46 (30-60) B: 56 (46-71) p = 0,54; A: 48 (32-62) B: 57 (43-74) p = 0,06; A: 55 (35-69), B: 59 (44-68) p = 0,004 respectivamente. Tests funcionales: Velocidad de marcha > 39 cm/sg: A: 72%. B: 26%. P > 0,001. Levantarse de una silla (Transferencia de cargas (RIQ) sg: A: 1,81 (0,92-3,70); B: 0,93 (0,49-4,31) p < 0,001.

Conclusiones: 1) Las alteraciones propioceptivas entre los caedores son más frecuentes en los pacientes con osteoporosis. 2) Los tests posturográficos orientan peor el control del centro de gravedad en los desplazamientos laterales. 3) La repercusión funcional de las caídas (velocidad de marcha reducida e incapacidad para levantarse de una silla) es importante en los pacientes con osteoporosis.

272. CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES INGRESADOS EN LA UNIDAD DE ORTOGRIATRÍA DEL HOSPITAL MONTE NARANCO EN 2007

J. Santianes Patiño, C. Fidalgo, S. Gutiérrez Vara, V. López Gaona, A.I. González Alonso y J.J. Solano Jaurrieta
Hospital Monte Naranco. Noreña. Oviedo.

Objetivo: Conocer las características de los pacientes ingresados en el año 2007 en la Unidad de Orto geriátrica del Hospital Monte Naranco.

Métodos: Se estudian los 152 pacientes ingresados en la Unidad de Orto geriátrica del Hospital Monte Naranco en el año 2007 y se estudian variables sociodemográficas, funcionales, de comorbilidad y de proceso.

Resultados: La edad media de la población de estudio es de $84,38 \pm 6,03$ años, con mayor prevalencia de género femenino (118 mujeres y 34 hombres, 77,6 y 22,4% respectivamente). Funcionalmente, presentaban una puntuación en el Índice de Barthel de $77,82 \pm 21,70$, con una prevalencia de deterioro cognitivo del 27% (41 pacientes). La tasa de institucionalización previa era del 19,1% (29 pacientes). En cuanto a los antecedentes, un 27,6% (42 pacientes) presentaban historia de caídas previas, un 14,5% (22 pacientes) tenían fractura de cadera contralateral y un 11,8% (18 pacientes) habían sufrido un ACV previamente. Un 39,5% de los pacientes (60) realizaban tratamiento con al menos 5 fármacos y un 53,9% (82 pacientes) tomaban benzodiacepinas. Un 36,8% (56 pacientes) estaban antiagregados. En cuanto a las variables del proceso, un 48,7% (74 pacientes) sufrieron la fractura en el miembro dominante. El tiempo transcurrido entre la fractura y la intervención fue de $3,38 \pm 2,53$ días. Un 18,4% (28 pacientes) recibió tratamiento ortopédico; 42,8% (65 pacientes) osteosíntesis; 28,9% (44 pacientes) prótesis parcial y un 9,9% (15 pacientes) prótesis total. La estancia media fue de $19,01 \pm 6,34$ días. 138 de los pacientes (90,8%) volvieron en primera instancia a su domicilio, 5 (3,3%) precisaron institucionalización y 9 (5,9%) fueron exitus durante el ingreso. La pérdida funcional asociada al ingreso fue de $21,4 \pm 6,12$ puntos en el Barthel.

Conclusiones: La mayoría de los pacientes que ingresan en nuestra unidad son intervenidos, con una demora algo superior a los tiempos actualmente recomendados.

143. IMPORTANCIA DE LA VALORACIÓN DEL RIESGO DE CAÍDAS EN PACIENTES CON OSTEOPOROSIS

E. González Cuevas, P. Gómez Buongermini, M. Lázaro del Nogal, M. Fuentes y J.M. Ribera Casado
Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

Objetivos: 1) Detectar ancianos frágiles con caídas mediante una valoración geriátrica integral (VGI) en pacientes con osteoporosis. 2) Destacar la importancia de los tests clínicos de equilibrio y marcha para valorar el riesgo en estos pacientes.

Material y métodos: 244 pacientes > 65 años vistos en consultas externas de Geriatria: 129 en la Unidad de Caídas (UC) por presentar 2 o más caídas en los últimos 6 meses y 115 pacientes en la Consulta General (CG), sin historia de caídas. 101 presentan osteoporosis establecida, 68 del grupo UC y 33 del CG. Protocolo: datos demográficos, de valoración funcional (Katz); de valoración mental (MMSE), afectiva (Yessavage) y social. Análisis estadístico: SPSS v.12.0

Resultados: Grupo UC: Edad: $77,7 (4,9)$. Grupo CG: $80,7 (5,5)$ $p = 0,009$; Varones: Grupo UC: 4,4%. Grupo CG: 27,3%. $p = 0,002$ Katz > C: UC: 36,2%. CG: 9,1%. $p = 0,004$. MMSE < 24: UC: 37,7%. CG: 30,3%. $p = 0,46$. Viven solos: UC: 30,9%. CG: 9,4%. $p = 0,019$. Tinetti < 18: UC: 41,3%. CG: 6,3%. $p = 0,002$. Los pacientes con osteoporosis y Tinetti < 18 tienen un número mayor de caídas (> 3) $p = 0,038$, situación funcional peor (< 0,001), mental peor ($p = 0,003$) y un test timed up and go > 20 sg (< 0,001). Los pacientes con Timed up and go > 20 sg y osteoporosis tienen una mayor número de caídas ($p = 0,05$) y peor situación funcional ($p < 0,001$) y mental ($p = 0,008$).

Conclusiones: 1) Los pacientes con osteoporosis y caídas tienen peor situación funcional que los ancianos sin antecedentes de caídas. Más de un tercio viven solos y un 4,4% de los pacientes son varones. 2) Los pacientes con osteoporosis, test de Tinetti < 18 y test timed up and go > 20 sg tienen mayor número de caídas y peor situación funcional y mental. 3) La valoración del riesgo de caídas es clave para la prevención de caídas y de la fractura osteoporótica en el anciano.

425. FACTORES ASOCIADOS A LAS CAÍDAS EN PACIENTES INSTITUCIONALIZADOS CON DEMENCIA MODERADA Y SEVERA

F. García Gollarte², L. Pérez del Tío¹, P. Sanz², M.D. Martínez² y A. Cuenllas Díaz²

¹*Iubilate Psicólogos. Madrid.*

²*Ballesol Valencia. Madrid.*

Introducción: Se estima que el 50% de las personas institucionalizadas sufre una caída al año. Las caídas son un factor relacionado con la pérdida de funcionalidad y aumento de la dependencia, lo que conlleva pérdida de calidad de vida, máxime cuando la persona tiene demencia. Por lo que es importante analizar los factores relacionados con las mismas, en personas con demencia moderada o severa, para poder diseñar protocolos preventivos y/o de intervención.

Objetivos: Analizar los pacientes que presentan caídas, en función del tipo y grado de demencia y del tratamiento farmacológico y no farmacológico recibido.

Material y método: Estudio descriptivo transversal. Realizado en 4 de los centros geriátricos que el Grupo Ballesol tiene en Valencia. Datos procesados con Excel 2003 y análisis mediante el paquete estadístico SPSS10.

Resultados: La población estudiada quedó configurada por 132 pacientes, el 85,6% mujeres, con una media de edad de 84,68 años (DS 6,4). Todos los pacientes presentan demencia 63,6% Tipo Alzheimer, 14,4% mixta y 22% vascular. El grado de demencia es severo en 70,5% de la muestra y moderado en el resto. El 64,4% de los pacientes no presentan caídas, el 17,4% se cayó en una ocasión, el 9,1% en dos ocasiones, el 4,5% sufrió tres caídas y el 4,5% más de 4 caídas. No se encontró diferencia entre el género ni la edad ni el tipo y grado de demencia y la presencia de caídas. En cuanto al tratamiento farmacológico, se encontró una asociación positiva entre el tratamiento con distraneurine y la presencia de caídas ($p < 0,05$). No se hallaron asociaciones con el tratamiento con midazolam, triazolam, lorazepam, lorazepam, neurolepticos típicos, risperidona, quetiapina, donezepilo, rivastigmina, memantina, galantamina y tracrina. En el tratamiento no farmacológico se halló una asociación positiva entre la ausencia de caídas y los siguientes tratamientos: musicoterapia ($p < 0,005$), estimulación cognitiva ($p < 0,05$), ejercicios de balón ($p < 0,01$) y ejercicios con elásticos ($p < 0,05$). Y una asociación positiva entre la presencia de caídas y los paseos ($p < 0,001$) y la orientación ($p < 0,05$). No se encontraron asociaciones entre la presencia de caídas y AVD, estimulación sensorial, ejercicios de plicas, rehabilitación de la marcha, rehabilitación del equilibrio y potenciación de miembros.

Discusión y conclusiones: El estudio muestra la asociación entre determinados tratamientos y la ausencia de caídas.

393. FÁRMACOS, PSICOFÁRMACOS Y CAÍDAS DE REPETICIÓN. COHORTE NACIONAL PARA EL ESTUDIO DE CAÍDAS (CEC-2)

J.M. Saldaña, L. Narvaiza, A. Yuste, E. Valldosera, N. Gonzalo y A. Rodríguez-Moliner

Fundació Hospital Comarcal Sant Antoni Abat. Vilanova i la Geltrú. Barcelona.

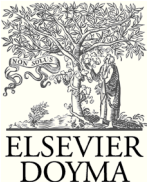
Objetivos: Analizar el efecto de la polifarmacia sobre la incidencia de caídas.

Métodos: En este estudio se presenta un análisis preliminar sobre 272 personas mayores de 64 años, procedentes de 8 poblaciones españolas y a las que se ha realizado seguimiento durante 9 meses. Los datos proceden de la cohorte prospectiva CEC-2 que tiene una muestra total de 800 participantes y está estratificada por edad, tamaño de hábitat y zona geográfica. En la visita basal se registraron todos los fármacos que tomaba el participante, hasta un máximo de 11. Posteriormente se realizó un seguimiento telefónico trimestral para detectar caídas incidentes. Para el análisis se tuvo en cuenta la presencia de caídas repetidas (> 1) durante el seguimiento, el total de fármacos que tomaban los pacientes y de manera específica la toma de antidepresivos, benzodiazepinas y neurolépticos. En este análisis no se tuvieron en cuenta los cambios de medicación durante el seguimiento.

Resultados: La edad media de los pacientes analizados fue de 77,8 años (DE: 7,6). El número medio de fármacos por paciente fue de 2,1 (DE: 0,14). Veinte personas tuvieron más de una caída durante el seguimiento (8,3%). El número total de fármacos que tomaba el anciano

no mostró ninguna asociación con la presencia de caídas durante el seguimiento. Los participantes que tomaban antidepresivos tuvieron caídas de repetición (más de 1 caída) con más frecuencia que el resto ($p < 0,001$). El riesgo relativo (RR) de caídas repetidas para los participantes que consumían antidepresivos fue de 5,02 (IC95%: 2,25-11,21), el número necesario de pacientes a tratar para producir caídas repetidas (NNH) fue de 4 (IC95%: 3-17). La toma basal de benzodiazepinas y neurolépticos no mostró asociación con las caídas posteriores.

Conclusiones: El número total de fármacos no se relacionó de manera independiente con la presencia de caídas repetidas durante el seguimiento. La toma de antidepresivos en cambio sí predijo la aparición de caídas múltiples. En este análisis preliminar no se observa el efecto de benzodiazepinas y neurolépticos sobre el riesgo de caída, posiblemente debido a que éstos se pautan por periodos de tiempo más corto que los antidepresivos, y en este análisis no se tuvo en cuenta la adición o sustracción de medicación durante el seguimiento.



Comunicaciones libres

Sala B Terraza. Jueves, 4 de junio de 09:30 a 11:30 horas

Área Clínica II

Modera:

Pilar Ochoa Calvo (Zaragoza)

Geriatría clínica I

232. FACTORES PREDICTORES DE ESTANCIA PROLONGADA EN UNA UNIDAD GERIÁTRICA DE AGUDOS

T. Casanova Querol¹, I. Anton Rodrigo¹, M. Martín Baranera¹ y P. Sánchez Ferrin²¹Hospital General de L'Hospitalet de Llobregat. Barcelona.²Hospital Sociosanitario de L'Hospitalet. Barcelona.

Objetivos: Identificar las variables relacionadas con la estancia prolongada en una unidad geriátrica de agudos.

Pacientes y métodos: Análisis descriptivo retrospectivo de los pacientes ingresados (enero 2007-diciembre 2008) y dados de alta en este periodo. 1) Datos sociodemográficos: edad, sexo, núcleo convivencia, estado civil y unidad de procedencia, soporte social. 2) Datos clínicos: diagnósticos, estancia media, reingresos, valoración geriátrica: Índice Barthel (IB) previo e ingreso, Pfeiffer, Charlson, síndromes geriátricos (alteración del sueño, broncoaspiración, continencias, caídas, delirium, demencia, sintomatología depresiva, trastornos de conducta, disfagia, estreñimiento, inmovilidad, polimedicación), destino al alta. 3) Factores predictores de estancia prolongada: definimos estancia prolongada > 12 días. *Análisis estadístico:* Bivariado: Chi-cuadrado (variables cualitativas), U de Mann-Whitney (variables cuantitativas) y modelo de regresión logística para Análisis Multivariado.

Resultados: 434 pacientes, mediana edad 85 años, 62% mujeres, 19,8% viven institucionalizados. Procedencia: 92% urgencias. Diagnósticos: 33% infecciones, 22% insuficiencia cardíaca, 13% delirium o demencia, 13% aparato respiratorio. Estancia (mediana): 10 días (1-59). 168 pacientes con estancia prolongada (38%). Reingresos 17%. Destino al alta: 41% domicilio, 24% hospitalización media-larga estancia y 18% exitus. *Análisis Univariado:* los factores asociados a estancia prolongada de manera estadísticamente significativa han sido IB previo y de ingreso < 20, la incontinencia urinaria y fecal, la demencia, el delirium, la sintomatología depresiva, la inmovilidad, la infección nosocomial, el tomar neurolépticos al ingreso, los trastornos de conducta, la malnutrición, la menor autonomía en la actividades instrumentales, el vivir solo o en familia y el cambio de domicilio al alta. *Modelo de regresión logística:* Factores predictores independientes de estancia prolongada:

Barthel de ingreso 0-20: OR 4,07 (1,75-9,46, $p = 0,0011$), sintomatología depresiva OR 2,28 (1,24-4,18, $p = 0,0078$), inmovilidad OR 2,42 (1,37-4,25, $p = 0,021$), trastornos de conducta OR 2,45 (1,26-4,79, $p = 0,083$), gestión de cambio de domicilio OR 2,15 (1,10-4,20, $p = 0,0236$). Núcleo de convivencia: vivir solo OR 5,82 (2,25-15,05, $p = 0,0003$), vivir en pareja/familia OR 2,98 (1,53-5,82, $p = 0,0013$)

Conclusiones: Los factores clínicos predictores de estancia prolongada en la unidad geriátrica de agudos han sido: dependencia funcional severa al ingreso, la sintomatología depresiva, la inmovilidad y los trastornos de conducta. La gestión de un cambio de domicilio también ha demostrado ser predictor independiente de estancia prolongada. Los pacientes institucionalizados antes del ingreso no han presentado estancias prolongadas.

408. ¿QUE GRADO DE AUTOCUIDADO EN RELACIÓN A LA INSUFICIENCIA CARDÍACA TIENEN NUESTROS PACIENTES?

N. Collell Domènech, R.M. García, R. Jordana, X. Pla, E. Ribas y M.A. Villarino

Corporació Sanitària Parc Taulí. Sabadell. Barcelona.

Introducción: La insuficiencia cardíaca (IC) es una de las principales causas de ingreso hospitalario en los ancianos y las hospitalizaciones representan una gran alteración de su calidad de vida. La mayoría de los programas de atención para la IC destacan que un buen nivel de autocuidado es clave para la mejoría en la evolución de estos pacientes (p.), mejorando su calidad de vida y disminuyendo el nº de ingresos hospitalarios.

Objetivos: 1. Valorar el nivel de autocuidado de los p. visitados durante la 2ª mitad del año 2008, utilizando la European Heart Failure Self-care Behaviour Scale (EHFSc-BS) o escala europea de autocuidado en insuficiencia cardíaca. 2. Analizar los ítems de mayor incumplimiento. 3. Comparar resultados obtenidos con otros estudios realizados.

Método: Estudio prospectivo-descriptivo de 69 p. incluidos en un programa de atención al enfermo frágil con IC (PAMF-IC) del Hospital de Sabadell. Se recogen datos de valoración geriátrica (cognitiva; funcional; social;) y los datos propios de la EHFSc-BS. (cuestionario con 12 ítems que abordan diferentes aspectos del autocuidado. Cada ítem puntúa de 1 (completamente de acuerdo) a 5 (completamente en desacuerdo). La puntuación global varía de 12 (mejor autocuidado) a 60 (peor autocuidado). Estudio descriptivo con media, mediana y desviación típica. Paquete estadístico SPSS 13.

Resultados: Edad 82,0 años; 56% mujeres; 82% viven con familia y el 12% solos; barthel 83; pfeiffer 0,2; Charlson 3,01; 72% CF III-IV de la NYHA. La puntuación media obtenida en la (EHFScBS) fue 27, el porcentaje de p. que puntuaron por debajo de la media fue del 45%. El ítem de menor cumplimiento fue el de llamar por el aumento de peso (media 4),

y el control de peso diario (media 3,9). Los ítems de mayor cumplimiento: cumplimiento farmacológico (media 1,2), vacunación (media 1,5), restricción de líquidos (media 1,9) y dieta (media 1,8). Comparando los resultados con otros estudios, son similares en cuanto a los ítems de mayor o menor cumplimiento, pero nuestros resultados globales denotan un peor grado de autocuidado. No existe relación entre sexo, edad, I Barthel, Charlson y CFNYHA y el grado de autocuidado.

Conclusiones: La Escala europea de Autocuidado en IC es un buen instrumento para evaluar el autocuidado en los p. con IC, y por lo tanto es un buen elemento para evaluar la efectividad de nuestra intervención educativa. Es necesario reforzar la importancia del cumplimiento del control de peso, ya que ha sido la puntuación mas elevada incluso en aquellos pacientes con una puntuación global mas baja. Seria necesario hacer una evaluación transversal en el tiempo para saber el impacto real de la intervención educativa.

172. INSTITUCIONALIZACIÓN AL AÑO DE UN INGRESO POR INSUFICIENCIA CARDÍACA

E. Delgado¹, O. Suárez¹, V. López², J.C. Miñana², S. Gutiérrez² y C.B. Martínez de Vega²

¹Hospital de Jarrío. Coaña. Asturias.

²Hospital Monte Naranco. Oviedo.

Objetivo: Identificar variables asociadas a institucionalización al año de un ingreso hospitalario por insuficiencia cardiaca.

Método: Estudio prospectivo de cohortes en pacientes con diagnóstico de insuficiencia cardiaca que ingresaron en una Unidad de Geriátría de Agudos entre febrero y julio de 2007. Se recogieron datos al ingreso, a los 3 meses y al año mediante entrevista telefónica y consulta de historia clínica. Las variables seleccionadas fueron: sociodemográficas, funcionales, clínicas, parámetros ecocardiográficos y analíticos.

Resultados: Se recogieron datos de 162 pacientes, de los que el 40,1% eran varones; con una edad media de 84,56 (\pm 5,8). El 14,9% de los pacientes vivía en una residencia. El 73,9% de los pacientes institucionalizados tenía un diagnóstico previo de depresión ($p = 0,017$). A los tres meses el 45% de los pacientes institucionalizados tenía un IL de tres o más y el 80% con IB de 60 ó mayor. La proporción de individuos con pérdida funcional (PF) en actividades básicas (ABVD) o instrumentales fue similar en ambos grupos, pero cuantitativamente fue mayor a los tres meses en el grupo de pacientes institucionalizados ($12,3 \pm 19,9$ vs $4,9 \pm 14,2$; $p = 0,045$). El IL a los tres meses fue significativamente peor ($1,9 \pm 2$ vs $3,4 \pm 3$; $p = 0,034$). En el análisis multivariante se asociaron de forma independiente a un mayor riesgo institucionalización el diagnóstico previo de depresión (OR: 2,3; $p = 0,018$) y una puntuación menor en el IL a los tres meses (OR: 2,7; $p = 0,017$)

Conclusión: El Índice de Lawton y el diagnóstico previo de depresión son variables que pueden ayudar a predecir la institucionalización tras un ingreso hospitalario por insuficiencia cardiaca.

242. CUANTIFICACIÓN DEL RIESGO DE AMPUTACIÓN DE MIEMBROS INFERIORES DE CAUSA VASCULAR EN EL ANCIANO: ESCALA IRAMI (ÍNDICE DEL RIESGO DE AMPUTACIÓN DE MIEMBROS INFERIORES)

R. Peñafiel Marfil, B. Vera Arroyo, S. Lozano Alonso, R. Asensio García, D. Carrasco de Andrés y E. Ros Díez
Hospital Universitario Clínico San Cecilio. Granada.

Introducción: La elevada frecuencia con la que se realiza amputaciones de extremidades inferiores en ancianos por arteriopatía periférica oclusiva está relacionada con la alta incidencia de isquemia crónica que se mantiene oculta por la escasa valoración de la clínica y el desconocimiento de esta enfermedad en el área asistencial, lo que complica en

gran medida el tratamiento de estos pacientes en estadios avanzados.

Objetivos: Crear un método de detección precoz basado en el análisis de los factores de riesgo cardiovascular, factores psicosociales y del entorno para su empleo como herramienta de aplicación rápida y para valorar el riesgo de amputación.

Material y método: Estudio observacional retrospectivo de una muestra de 100 pacientes amputados por causa isquémica en nuestro Servicio de Angiología y Cirugía vascular. Se establecieron variables demográficas (edad y sexo), factores de riesgo cardiovascular: diabetes, tabaquismo, hipertensión y dislipemia. Variables psicosociales: deterioro cognitivo, nivel sociocultural y grado de movilidad. Se asignó un valor numérico a cada variable en función de su mayor frecuencia de la población analizada, la suma de variables con un máximo de 20 puntos clasificaban el riesgo de amputación en niveles alto, medio y bajo. Los datos fueron analizados de forma descriptiva.

Resultados: En el análisis en la población amputada puso de manifiesto en cuanto a la edad una mayor frecuencia en la séptima década (47%) y mas prevalente en varones (68%). En los factores de riesgo cardiovascular el tabaquismo supuso el 65%, la hipertensión arterial 60%, diabetes de larga evolución 20%. El nivel de deambulación era con vida cama-sillón en el 65% y el deterioro cognitivo en el 40%. Aplicando la escala a la población de la muestra se obtuvo un riesgo alto (> 15 puntos) en el 81%, riesgo medio (14-10 puntos) en el 6% y riesgo bajo (< 9 puntos) en el 3%.

Conclusiones: Es posible establecer el riesgo de amputación de extremidades en el anciano mediante la escala IRAMI como herramienta de valoración inicial por cualquier personal sanitario. Esta escala permitiría indicar estudios diagnósticos y actitudes terapéuticas en estadios precoces de la enfermedad.

387. UTILIDAD DE LA ESCALA DE ORPINGTON PARA PREDECIR EL ALTA A DOMICILIO EN PACIENTES ANCIANOS CON ICTUS EN FASE AGUDA

M.K. Iparraguirre Azcona, X. Guevara Linares, P. Gotor Pérez, J.I. González-Montalvo, T. Alarcón Alarcón y B. Pallardo Rodil
Hospital Universitario La Paz. Madrid.

Objetivos: Conocer la validez de la Escala Pronóstica de Orpington (EPO) en la predicción del destino al alta hospitalaria de los pacientes ancianos con ictus en fase aguda.

Método: El Equipo de Valoración Geriátrica realiza una valoración geriátrica (VGI) a todos los pacientes ingresados en la Unidad de Ictus del Servicio de Neurología a petición de éste. La VGI incluye la aplicación de la versión española de la EPO adaptada y validada por San Cristóbal et al (Rev Esp Geriatr Gerontol. 1999;34:135-40). En función del estado basal, las necesidades de cuidados y las posibilidades de recuperación funcional de los pacientes, al alta hospitalaria se recomendó la derivación a su domicilio previo (recuperación completa o casi completa), a una unidad de recuperación funcional (posibilidad de recuperación tras tratamiento funcional) o a otros niveles (unidades de larga estancia o residencias). Se contrastó la puntuación en la EPO con el destino al alta de los pacientes.

Resultados: Desde el 1 de octubre de 1999 hasta el 31 de diciembre de 2004 se valoraron 668 pacientes. Se excluyeron 120 por residir en residencia de ancianos o presentar un problema social severo que condicionó el destino al alta. En los 548 pacientes incluidos la edad media fue 75 años y la estancia media 14,7 días. La EPO se aplicó en la primera semana tras el ictus. La derivación al alta fue directamente a domicilio en 230 (45%) pacientes, a unidades de recuperación funcional en 251 (45%), a unidades de larga estancia 23 (15%) y fallecieron 44 (8%). En función de su puntuación en la EPO 214 (39%) pacientes se clasificaron como de buen pronóstico, 216 (39%) de pronóstico intermedio y 118 (22%) malo. La puntuación en la EPO mostró un valor predictivo positivo (VPP) de 79% para la vuelta a domicilio previo y de 71% para la derivación a una unidad de recuperación funcional.

Conclusiones: La versión española de la EPO, aplicada en los primeros días tras un ictus presenta una aceptable validez predictiva para la vuelta del paciente a su domicilio. Su uso puede recomendarse en entornos donde no exista acceso a una VGI especializada. Es posible que la implementación de ítems con otro tipo de datos como la cuantificación del estado basal, la fuerza en la extremidad inferior o la situación social del paciente mejoren las cualidades métricas de la EPO para su uso en nuestro país.

504. INSUFICIENCIA RENAL OCULTA: DETECCIÓN E IMPORTANCIA EN ANCIANOS HOSPITALIZADOS. ¿LOS VALORES DE CREATININA SON FIABLES?

R. Vial, S. Ulloa-Levit y E. García-Arilla

Hospital Real Nuestra Señora de Gracia. Zaragoza.

Objetivos: Conocer la prevalencia de IRO (Insuficiencia Renal Oculta) y estadios de enfermedad renal crónica (National Kidney Foundation) en paciente geriátrico hospitalizado.

Método: Estudio descriptivo transversal entre noviembre 2008 y enero de 2009 de los ingresos y reingresos (168 pacientes, edad media: 85 años, 40% hombres) en un Servicio de Geriátría. *Variables estudiadas:* creatinina sérica (Cr), filtrado glomerular estimado (FGE) mediante Modification of diet renal disease-6, (MDRD-6), IRO, estadios de enfermedad renal crónica, edad, sexo, estancia, mortalidad, grado de dependencia (Índice de Barthel), polifarmacia, comorbilidad (Charlson) y parámetros bioquímicos. Se comparan variables según sea el FGE superior o inferior a 60 ml/min y Cr superior o inferior a 1,5 mg/dl ($p < 0,05$). SPSS 10.0.

Resultados: FGE: 153 pacientes. IRO: 44 pacientes (28,7% del global, 29% de las mujeres y 22% de los hombres), edad media: 87,9, con una estancia: 14,6 días (global: 16,56), mortalidad: 23% (global: 21%), dependencia total: 34%, severa: 36,4%, Barthel ≥ 60 : 18,2% (42,9%, 25% y 20% respectivamente en el global de la población), polifarmacia: 72,7% (63,1% global). Estadios de enfermedad renal crónica en la población: Estadio 1: 33 (19,6%), Estadio 2: 59 (35%), Estadio 3: 48 (28,6%), Estadio 4: 9 (5,4%) Estadio 5: 4 (2,4%). Comorbilidad alta: 27,3% y comorbilidad baja: 32% (31,5% y 28,6% respectivamente en el global de la población). Entre los pacientes con aclaramiento superior e inferior a 60 ml/min se encontraron diferencias con significación estadística ($p < 0,05$) en edad, número de fármacos, dependencia severa, hemoglobina, urea, ácido úrico, fósforo, calcio corregido, bicarbonato y mortalidad. No se han encontrado diferencias con significación estadística respecto a las cifras de creatinina mayor o menor a 1,5 con la edad y polifarmacia, pero si en cuanto a mortalidad. **Conclusión:** La IRO en ancianos hospitalizados (por definición, enfermedad renal crónica en estadios 3 a 5) justifica, en la práctica clínica, la necesidad de estimar el filtrado glomerular mejor que la creatinina sérica como medida de la función renal y puesta en marcha de actuaciones que corrijan complicaciones asociadas.

469. PROGRAMA DE ATENCIÓN AL PACIENTE FRÁGIL DE INSUFICIENCIA CARDÍACA EN EL HOSPITAL DE SABADELL

X. Pla Salas, N. Collell, R. Comet Monte, R. Jordana Comajuncosa, M.A. Villarino y R. García

Hospital de Sabadell. Fundació Parc Taulí-Institut Universitari-UAB. Sabadell.

Objetivos: Exponer la actividad del Programa de Atención al Paciente Frágil (PAPF) de Insuficiencia Cardíaca (IC) en el 2008. Describir características, procedencia y destino de los pacientes con IC. Evaluar la efectividad global del PAPF.

Material y métodos: Revisión retrospectiva de los casos atendidos en PAPF. Descripción de características socio-demográficas y clínicas. Análisis de destinos al alta. Comparación de atenciones e in-

gresos de pacientes activos entre un periodo de tiempo similar antes y después de su incorporación al PAPF en 2008. Análisis SPSS v17.0.

Resultados: (N = 133) 78 nuevos y 45 altas. Prevalentes a 12/08' 88. Seguimiento medio 12,42 m ($\pm 14,22$). Edad media 82,3 a ($\pm 8,2$), mujer 57,9% (77). Barthel medio 59,85 ($\pm 39,3$), Charlson medio 2,31 ($\pm 1,9$). Alteración cognitiva (Pfeiffer > 2) 4,2%. Vivian solos 13,3%. Cuidador principal cónyuge 32% e hijos 64%. 26% con barreras arquitectónicas. *Derivación:* hospitalización 57,4%, Equipo de Atención Primaria (EAP) 24,1%, Consultas especialistas 13%, Urgencias (UCIAS) 3,7%, PADES 1,9%. *Etiología:* C. Isquémica 53,5%, Valvular 20,9%, Hipertensiva 11,6%, Dilatada 5%. Clase funcional NYHA: II: 36,5%, III: 58,3%, IV: 5,2%. Fracción de Eyección: ($> 45%$): 56,4%; (30-45%): 26,5%, ($< 30%$): 15,4%. 389 visitas compartidas, 80 visitas enfermería y 39 trabajo social. 828 contactos telefónicos con pac., 38 contactos con EAP. 8 ingresos UHD, 19 UGA y 13 consultas urgentes. 153 UCIAS, 51% (78) por IC. 180 analíticas, 111 ECG. Curas de úlceras 23 pac. *Destino (45 altas):* fallecimiento 62,5%, EAP 18,8%, otras consultas 12,5%, Socio-sanitario o residencia 6,3%. Fallecimientos por: IC descompensada 66,7%, desconocida 25% y no cardíaca 8,7%. 76% fallecieron en Hospital, 14,3% en domicilio y 9,5% en UCIAS. Seguimiento al duelo 41,7%. De los 88 pacientes activos (12/08') se observó disminución del -23% de atenciones UCIAS, -33,5% de ingresos hospital, -52% estancia media en ingreso, comparado con igual periodo de seguimiento antes y después de PAPF IC ($p < 0,05$).

Conclusiones: 1) Nuestro programa realiza un trabajo importante y útil sobre una población específica de difícil manejo y multifrecuentador. 2) Pacientes predominante mujeres de edad avanzada con funcionalidad y cognición aceptablemente mantenidas, alta comorbilidad, alteración esfera social y alta mortalidad. 3) Abordaje interdisciplinar, basado en programa "enfermera gestora de casos", es fundamental y efectivo para disminuir el número de ingresos y probablemente para mejorar la calidad de vida. 4) Efectividad demostrada del PAPF IC con reducción en número de atenciones UCIAS, número de ingresos hospital y de la estancia media, desde su inclusión.

451. LA ANEMIA ESTÁ ASOCIADA A AUMENTO DE LA MORTALIDAD EN ANCIANOS CON INSUFICIENCIA CARDÍACA

S. Nieto Colino, N. Muñoz, M. Méndez, P. Renieblas, L. Audibert y J. Ortiz Alonso

Hospital Gregorio Marañón. Madrid.

Introducción: La insuficiencia cardíaca (IC) es una enfermedad de alta prevalencia en el anciano, más del 85% de las muertes por IC ocurren en mayores de 65 años. Los factores de riesgo de peor pronóstico en ancianos con IC incluyen edad, género masculino y clase funcional. La influencia de otros factores como anemia y función sistólica (FEVI) no están claros.

Objetivo: Analizar factores asociados a mortalidad en ancianos con IC.

Material y métodos: Estudio longitudinal prospectivo de 306 pacientes consecutivos mayores de 60 años incluidos en un programa de gestión de IC. El manejo de la IC se realizó según las guías de práctica clínica de la sociedad europea de cardiología (SEC). Se presenta la tasa de mortalidad por 100 personas-año. Los factores asociados con mortalidad se estudiaron mediante regresión de cox ajustada a covariables. Estas covariables incluyen factores conocidos asociados con mal pronóstico así como factores basales asociados con mortalidad en nuestro estudio.

Resultados: Se analizaron 306 pacientes. Las características basales incluyen edad 78 \pm 9; 58% mujeres; 58% independientes para todas las AVD básicas; 77% con marcha independiente; NYHA III-IV 39%; índice de Charlson 3,0 \pm 1,8; insuficiencia renal crónica 55%; anemia 50%. Etiología de la IC: hipertensiva 51%, isquémica 39%, valvular 37%; FEVI preservada 49%. La mediana de seguimiento fueron 254 días. Durante el seguimiento fallecieron 46 (15%) con una tasa de

mortalidad de 18% (13-24). Los factores asociados de forma independiente con mortalidad fueron edad ($p = 0,011$), índice de Charlson ($p = 0,009$), etiología valvular de la IC ($p = 0,034$) y anemia ($p = 0,005$)

Conclusiones: En esta población de ancianos con IC, la presencia de anemia está asociada con mal pronóstico. No obstante, la función sistólica preservada no está asociada a mejor pronóstico que la disfunción sistólica. Deben hacerse esfuerzos para diagnosticar y tratar la anemia, incluso en grados leves, en ancianos con IC.

368. ATENCIÓN DE PACIENTES > 75 CON HEMORRAGIA DIGESTIVA INGRESADOS EN UNA UNIDAD DE CORTA ESTANCIA DE URGENCIAS

A.I. Hormigo Sánchez¹, F.J. Martín Sánchez², C. Fernández Alonso², R. Cuervo Pinto², D. Chaparro Pardo² y J.J. González Armengol²

¹Hospital La Paz. Madrid.

²Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

Objetivo: Describir el perfil de paciente mayor con hemorragia digestiva (HD) atendido en una Unidad de Corta de Estancia de Urgencias (UCEU).

Material y métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de todos los pacientes > 75 años con HD ingresados en la UCEU del Hospital Clínico San Carlos (HCSC) durante 2008. Se diseñó un protocolo para recogida de datos obtenidos de los informes de alta de cada paciente, incluyéndose variables clínicas y asistenciales.

Resultados: N = 124 pacientes. 63 (50,8%) hombres. *Antecedentes:* índice de Comorbilidad de Charlson mediana = 3 (2-5), 37 (31,1%) HD, 6 (5,0%) hepatopatía, 41 (40,2%) antiagregados y 29 (28,5%) anticoagulados. *Motivo de consulta:* 4 (3,3%) hematemesis, 7 (5,8%) vómitos posos de café, 24 (19,8%) melenas, 11 (9,1%) hematoquecia, 66 (54,5%) rectorragia, 9 (7,4%) anemia. *Exploración física:* 36 (29,8%) dolor abdominal, 7 (6,0%) fiebre, 21 (17,4%) taquicardia, 8 (6,6%) hipotensión y 11 (9,5%) confusional. *Pruebas:* hemoglobina 11,5 (DE 2,9), urea 60,9 (DE 30,9), creatinina 1,2 (DE 0,6), sodio 137,9 (DE 4,7), potasio 4,5 (DE 0,6), leucocitos 8.820,2 (DE 3.406,2), plaquetas 241.972 (DE 102.897), INR 1,2 (1-3), ttpa 30 (DE 7,2), PCR 1 (1-3), lactato 1,6 (1-2,4), ph 7,41 (DE 0,05), amilasa 57,3 (DE 25,7). 87 (73,7%) radiografía simple de abdomen, 4 (3,4%) ecografía abdominal, 6 (5,1%) TAC abdominal, 42 (35,9%) gastroscopia, 78 (68,4%) colonoscopia, 1 (0,9%) capsula endoscópica. *Diagnósticos:* 35 (28,5%) HDALTA: 10 (8,1%) ulcera gastroduodenal, 15 (12,1%) esófago/gastro/duodenitis, 2 (1,6%) mallory-weiss, 2 (1,6%) varices esofágicas, 1 (0,8%) cáncer gástrico y 5 (4,0%) no filiada. Rockall (n = 17) 4,59 (DE 1,77). Forrest (n = 10): III (n = 7), IIb (n = 3). 82 (66,7%) HDBAJA: 26 (21,0%) hemorroides internas, 12 (9,7%) diverticulosis, 2 (1,6%) fisura-úlceras rectales, 10 (8,1%) colitis isquémica, 8 (6,5%) cáncer de colon, 4 (3,2%) angiodisplasia, 3 (2,4%) colitis infecciosa, 2 (1,6%) rectitis actínica, 1 (0,8%) pólipos, 14 (11,2%) no filiada. 6 (4,9%) Indeterminada. *Tratamiento:* 117 (94,4%) médico, 7 (5,6%) quirúrgico. 68 (58,1%) IBP, 40 (34,5%) transfusión, 4 (3,4%) anti-encefalopatías, 1 (0,9%) vasopresores. 9 (7,8%) endoscópico. *Estancia mediana:* 2 días (2-5). Altas (15% festivos): 82 (66,4%) a domicilio (33,3% con consulta externa), 24 (20,0%) traslado interno (17 a medicina y 7 a cirugía) y 17 (13,6%) hospital de apoyo. 5,6% Reingreso.

Conclusión: La UCEU representa una unidad de alta resolución para pacientes con HD con criterios determinados.

372. PREVALENCIA Y TRATAMIENTO DEL DOLOR EN ANCIANOS INSTITUCIONALIZADOS DE CATALUNYA

X. Rojano², C.H. Catanantí², P. Brugulat¹, E. Séculi¹ y A. Salvà²

¹Departament de Salut. Generalitat de Catalunya. Barcelona.

²Institut de l'Envelliment de la UAB. Barcelona.

Introducción: Entre un 50 y un 80% de las personas institucionalizadas refieren padecer algún grado de dolor, siendo el cáncer y las en-

fermedades musculoesqueléticas las causas más frecuentes. Por otra parte, la valoración y el tratamiento del dolor en este colectivo no siempre son adecuados, cosa que influye negativamente en el estado de ánimo, la autonomía y la calidad de vida de los residentes.

Objetivo: Examinar la prevalencia de dolor y tratamiento analgésico y evaluar el patrón de uso de analgésicos en ancianos institucionalizados de Cataluña.

Materiales y métodos: Análisis de la Encuesta de Salud de Personas Institucionalizadas de Catalunya (ESPI), representativa de la población catalana institucionalizada, realizada en 49 centros de larga estancia (343 encuestas) y 91 residencias (1.036 encuestas). La información sobre el dolor se recogió directamente (51,8%) o a través del cuidador en una escala de tres categorías (sin dolor, moderado, fuerte). En las encuestas directas también se recogió la puntuación mediante una escala visual analógica del 0 al 10. La información sobre tratamientos se recogió a partir de la historia clínica o del personal asistencial, mediante lista cerrada y genérica de clases de medicamentos. Se consideró que una persona requería tratamiento cuando presentaba dolor o recibía algún analgésico.

Resultados: La edad media de la población es de 84,0 años, el 71,8% son mujeres. El 42,7% de la población refería tener dolor o malestar moderado y un 12,1% severo. La media de puntuación de las personas con dolor fue de 5,5 (4,8 en hombres y 5,8 en mujeres). En total, un 45,6% recibían AINEs (o paracetamol), un 1,7% mórficos y un 4,0% una combinación de mórficos y AINES. Atendiendo al dolor y al tratamiento analgésico, el 25,6% estaban libres de dolor sin necesidad de analgesia, un 19,4% no tenían dolor y recibían tratamiento analgésico, un 32,7% presentaban dolor a pesar de recibir analgesia y un 22,2% presentaban dolor sin recibir ningún tratamiento para el mismo. Un 29,9% de las personas que requieren tratamiento no lo reciben y en otro 44,0% el tratamiento no es suficiente.

Conclusiones: El dolor es muy frecuente en personas institucionalizadas y su manejo presenta mucho margen de mejora. Los mórficos se usan poco, sobretudo en residencias.

505. CREATININA Y FILTRADO GLOMERULAR EN ANCIANOS HOSPITALIZADOS: VERDADES A MEDIAS

S. Ulloa-Levit, R. Vial Escolano y E. García-Arilla

Hospital Real Nuestra Señora de Gracia. Zaragoza.

Objetivos: Analizar las características de una población de ancianos hospitalizados en función del filtrado glomerular.

Método: Estudio descriptivo transversal entre noviembre 2008 y enero de 2009 de los ingresos y reingresos (168 pacientes) en un Servicio de Geriátrica. *Variables estudiadas:* creatinina sérica (Cr), filtrado glomerular estimado (FGE) mediante Modification of diet renal disease-6, (MDRD-6), IRO (Insuficiencia renal oculta), estadios de enfermedad renal crónica, edad, sexo, estancia, mortalidad, grado de dependencia (Índice de Barthel), polifarmacia, comorbilidad (Charlson) y parámetros bioquímicos. SPSS 10.0.

Resultados: 60,1% mujeres. Edad media: 85,5 años. Estancia media: 16 días. Media de fármacos: 6,45. Barthel al alta: Dependencia total: 42% (72 pacientes), severa: 25% (42), leve: 15,5% (26), independiente: 4,8% (8), > = 60: 20,2% (34), desconocido: 12% (9). Comorbilidad (población total/IRO): HTA: 61,3% (33,3%), Demencia: 52% (25%), ACV: 36,3% (28%), Diabetes: 22,6% (27%), Dislipemia: 16,7% (29%), Cardiopatía isquémica: 15% (40%), Insuficiencia cardiaca: 11% (41%), Obesidad: 10% (27%), Insuficiencia renal: 8% (6,7%), Arteriopatía: 3% (50%). Insuficiencia renal oculta según MDRD-6: 26,2% (44 pacientes). Insuficiencia renal según cifras de Cr: 9,5% (16 pacientes). Estadios de enfermedad renal según MDRD-6: Estadio 1: 19,6% (33 pacientes), Estadio 2: 35% (59), Estadio 3: 28,6% (48), Estadio 4: 5,4% (9), Estadio 5: 2,4% (4). No calculable: 8,9% (15). Pacientes control (sin ninguna patología renal): 53% (89). Grado de comorbilidad: Grado 1: 39,3% (66 pacientes), grado 2: 28,6% (48), grado 3: 31,5% (53). Anemia:

61,3% (103 pacientes). Desnutrición según albúmina: Leve: 26,2% (44 pacientes), moderada-grave: 65% (109), no solicitada: 7,7% (13). Desnutrición según colesterol: Leve: 32% (54 pacientes), moderada-grave: 39% (67), no valorados: 9% (15). Destino: Alta: 78,6% (132 pacientes), Fallecen: 21,4% (36).

Conclusiones: Una creatinina normal no asegura la ausencia de enfermedad renal por lo que es necesario determinar el filtrado glomerular. Las características de la población hospitalizada obliga a estimar el filtrado glomerular en lugar de determinarlo con la recogida de orina de 24 horas. La comorbilidad es distinta entre ancianos con y sin IRO.

338. DIFERENTES FORMAS DE EXPRESIÓN CLÍNICA DE LA INFECCIÓN RESPIRATORIA ¿ES ÚTIL LA CLASIFICACIÓN PRONÓSTICA DE FINE EN GERIATRÍA?

C. Pastor Ochoa, M. Clerencia Sierra y M.P. García Díaz
Hospital Sagrado Corazón de Jesús-SALUD. Huesca.

Objetivos: 1. Definir el perfil clínico de las infecciones respiratorias en ancianos. 2. Determinar la clasificación pronóstica de la infección respiratoria en nuestra serie, en función de la escala FINE y valorar diferencias entre infección adquirida en la comunidad (IRAC) y residencia (IRAR). 3. Evaluar la complejidad derivada de la presencia de enfermedades asociadas.

Material y métodos: Estudio retrospectivo, longitudinal y unicéntrico, con duración de 6 meses (abril-diciembre de 2008) realizado en un hospital geriátrico reclutándose todos los pacientes ≥ 70 años cuyo motivo de ingreso es infección respiratoria. Se recogen datos demográficos, clínicos (fiebre, tos, expectoración, disnea, dolor pleurítico, alte-

ración de la conciencia, hipotensión, hipo/hipertermia, taquicardia y taquipnea), analíticos y radiológicos. Comorbilidad (hepatopatía, cardíaca, y renal, ACV, neoplasia) situación funcional, cognoscitiva y clasificación pronóstica (E. FINE). Estadística SPSS 15.0.

Resultados: 95 pacientes codificados, 6 no cumplen criterios, $89 \geq 70$ años, (91% UGA, 7,9% CONVA y 1,1% RHB). 54% proceden de residencia. : $85,13 \pm 7,8$ (53,9% varones, 46,1% mujeres). 46% dependencia funcional total (IBarthel < 20) (36,6% vs 54,2%; $p < 0,009$), 43,8% deterioro cognitivo severo (ECRM 4-5); alto grado de comorbilidad (Charlson) 34,8%. Delirium: 86,5% mujeres, 13,5% varones. Mortalidad intrahospitalaria 57,3% mujeres. *Manifestaciones clínicas de IRAR:* hipoxemia 65%, taquicardia 50%, taquipnea 57,7%, hematocrito ($< 30\%$) 66,7%, hipotermia 33,3% y derrame pleural 59,2%; sin relación estadísticamente significativa entre IRAR e IRAC. La presencia de derrame pleural no comporta mayor sintomatología hipoxémica (65,5% vs 34,5%). *Patología acompañante en IRAR:* hepatopatía 75%, cardíaca en 54,3%, ACV en 52,4%, neoplasia 75%, I. Renal 60,7%, delirium 50%; sin relación estadísticamente significativa entre IRAR e IRAC. Condensación radiológica más significativa en varones (76,9% vs 23,1%; $p < 0,05$). No existe significación estadística con delirium (41,7% vs 58,3%). E. Fine (55% en IV vs 32,6% en V)

Conclusiones: 1) Las infecciones respiratorias son más frecuentes en varones y se manifiestan en mayor porcentaje con condensación Rx en este sexo. A pesar de ello, presentan menos delirium y la mortalidad es menor que en mujeres. 2) Las infecciones respiratorias no presentan diferencias significativas en sus manifestaciones clínicas, imagen radiológica y comorbilidad, en dependencia de su adquisición en residencia o comunidad. 3) Según la escala pronóstica FINE, no hay diferencias estadísticamente significativas entre IRAR e IRAC en su pronóstico vital.



Comunicaciones libres

Sala A2. Jueves, 4 de junio de 15:30 a 17:30 horas

Área Clínica III

Modera:

Domingo de Guzmán Pérez Hernández (Lanzarote)

Síndromes geriátricos II: nutrición, incontinencia, úlceras

86. GIPUZKOA RESIDENCIAL II. ATENCIÓN SANITARIA Y DE ENFERMERÍA EN EL MEDIO RESIDENCIAL GUIPUZCOANO

M.P. Lekuona Ancizar² y J.J. Calvo Aguirre¹¹Asociación Vasca de Geriatria y Gerontología "Zahartzaroa".

San Sebastián.

²Colegio Oficial de Enfermería de Guipúzcoa. Irún.

Introducción: El medio residencial guipuzcoano, ha acogido en la última década una población con altas cargas de dependencia y con necesidades de atención sociosanitaria. Se ha desarrollado y publicado un Catalogo de Residencias que marca ratios mínimos de profesionales dedicados a la asistencia y define las tareas que deben realizar y registrar.

Objetivos: En la totalidad de la población residencial de Guipúzcoa nos planteamos como principales los siguientes objetivos: 1) Conocer las características globales de la población institucionalizada. 2) Conocer los ratios de profesionales sanitarios y sistemas de atención. 3) Conocer el material sanitario disponible y las funciones de enfermería. 4) Contrastar los datos reales con los requerimientos del Catalogo de Servicios.

Material y método: La recogida de datos se ha realizado "in situ" en cada una de las 55 Residencias de Guipúzcoa, (4.000 plazas concertadas) por una entrevistadora única, enfermera con gran experiencia profesional en Geriatria. Se inició la recogida de datos el 2/11/2008 y en la actualidad han sido evaluadas 45 Residencias geriátricas, que incluyen al 95% de la población institucionalizada. Los datos se han recogido con una encuesta cerrada, que incluía variables correspondientes a tres bloques principales, subdivididos en 21 apartados. Los bloques principales han sido: 1. Profesionales sanitarios y organización interna, 2. Características de la población y morbimortalidad, y 3. Material sanitario y funciones de enfermería.

Resultados: Los datos iniciales indican que la población institucionalizada, tiene 83,04 años de media, habiendo sido evaluados como grandes dependientes el 79% de los mismos. La tasa de ocupación de las Residencias es del 99%. Entre las patologías más prevalentes están las demencias (47%), diabetes (25%), depresión (24%) y úlceras por presión (11%). Casi un 50% de la población institucionalizada ha pre-

cisado algún ingreso hospitalario el año 2008. La incidencia de fracturas de cadera el año 2008 ha sido del 2,6%. En material técnico encontramos que en el 58% de las Residencias no disponían de un medidor de pliegues antropométricos, o que el 49% no disponían de un peso apropiado para personas dependientes, o que el 18% no tenían electrocardiógrafo o que el 9% no disponía de pulsioxímetro. Únicamente un 40% de la Residencias habían evaluado el estado nutricional de sus residentes, y en ellas el 20% de la población presentaba malnutrición.

Conclusiones: Mientras que la población institucionalizada presenta un nivel de homogeneidad importante entre unas Residencias y otras, ello no se corresponde con una homogeneidad esperable en la prevalencia de algunas enfermedades, sugiriéndonos infradiagnóstico en algunos Centros. Los ratios de profesionales sanitarios presentan importantes diferencias, así como el material técnico sanitario.

454. CARACTERÍSTICAS Y ESTADO DE SALUD DE LAS PERSONAS PARTICIPANTES EN LA ENCUESTA DE SALUD DE PERSONAS INSTITUCIONALIZADAS DE CATALUNYA (ESPI)

X. Rojano², P. Brugulat¹, E. Séculi¹ y A. Salvà²¹Departament de Salut. Generalitat de Catalunya. Barcelona.²Institut de l'Envel·liment de la UAB. Barcelona.

Introducción: Aproximadamente un 5% de las personas mayores de 65 años están ingresadas en residencias o centros de larga estancia, quedándose fuera de las encuestas de salud. Por otra parte los centros, al igual que los criterios de admisión, son heterogéneos, motivo por el cual la información disponible de otros estudios tiene limitaciones.

Objetivo: Determinar las características y el estado de salud de las personas institucionalizadas.

Materiales y métodos: Análisis de la Encuesta de Salud de Personas Institucionalizadas de Catalunya (ESPI), representativa de la población catalana institucionalizada, realizada en 49 centros de larga estancia (343 encuestas) y 91 residencias (1.036 encuestas). Muestreo estratificado con fijación aporportional, seleccionándose los centros y posteriormente los residentes. La información se recogió directamente del enfermo (51,8%) o a través del cuidador del centro. La información sobre enfermedades y tratamientos se recogió a partir de la historia clínica o del personal asistencial, mediante lista.

Resultados: La media de edad de las personas institucionalizadas es de 84,0 años (81,3 en hombres y 85,0 en mujeres), el 71,9% son mujeres. El 57,8% ha alegado problemas de salud autonomía para ingresar al centro. El 40,9% refiere tener un estado de salud regular y el 18,0% malo. El 11,5% de los que respondieron directamente refirieron tener mala calidad de vida, mientras que el 46,4% refería tenerla buena. Tienen una media del índice de Charlson de 2,4 y una media de 7,2 pato-

logías crónicas. Las más prevalentes son la HTA (55,3%), la incontinencia urinaria (54,9%), la demencia (46,7%), artrosis, artritis y reumatismo (46,3%) y la depresión y ansiedad (43,3%). El 78% es dependiente para alguna ABVD (media: 3). El 68% tiene un MMS menor de 20 puntos (mediana: 14). El 77,3% consume 4 o más fármacos (media 5,6). Los más consumidos son aquellos para el estómago (56,8%), AINEs (49,2%), antiHTA (48,4%), somníferos (44,6%) y laxantes (42,4%).

Conclusiones: En comparación con las personas que viven en la comunidad, las personas institucionalizadas tienen más edad y hay una sobrerrepresentación de mujeres. El sexo y la edad determinan diferencias en algunos aspectos, siendo las de edad más avanzada las que perciben un mejor estado de salud.

248. ¿MEJORAMOS LA INCONTINENCIA DE LOS RESIDENTES DE NUESTROS CENTROS?

I. Iturrioz¹, N. Galdona², L. Goikoetxea¹ y A. Olaizola¹

¹Matia Fundazioa. Donostia. ²Ingema Fundazioa. Donostia.

Objetivo: Identificar las causas principales que originan incontinencia en los residentes del centro Julián Rezola y prevenir su instauración en aquellos casos en los que sea posible.

Metodología: Identificación de los residentes del centro gerontológico JR con diagnóstico de incontinencia. Categorización de los mismos según ítem "control vesical" de la valoración Barthel. Análisis de la evolución de estos residentes en este ítem durante los 2 últimos años. Buscar y analizar motivos que justifiquen la evolución de este ítem a lo largo del tiempo.

Resultados y discusión: Se han valorado 125 residentes. Se han clasificado en 5 grupos del ítem control vesical del Barthel. La valoración se ha realizado durante los años 2007, 2008. Del total de usuarios: 125, 12 (10%) no presentaron ningún problema de incontinencia, 15 (12%) algún accidente muy ocasional, 8 (6,4%) algún accidente bastante frecuente, 10 (8%) algún accidente muy frecuente y 80 (64%) presentaban incontinencia. Se ha estudiado aquellos usuarios en los que se ha observado cambio de ítem a lo largo del tiempo que han sido 12. En 15 personas no se ha podido observar el cambio por tener una única valoración en el momento de estudio. De las personas estudiadas presentan como diagnóstico prevalente: 4 hemiplejía severa, 4 patología cardiovascular como insuficiencia cardiaca y los 4 restantes demencia. En todos ellos se ha observado un empeoramiento global del Barthel y en todos ellos se han observado procesos morbosos que han afectado a su situación general y en concreto a la urinaria. Se ha intervenido sobre estos procesos pero sin incidir de una manera específica sobre la incontinencia.

Conclusiones: Debido al perfil de usuario con pluripatología y gran dependencia de nuestros centros consideramos como primer paso decidir aquellos usuarios sobre los que podemos intervenir en el síndrome de incontinencia y analizar las causas desencadenantes más prevalentes para poder incidir en su prevención. Un tercer paso sería seleccionar las personas que podrían beneficiarse de una atención especializada por remitirlos a ese nivel.

60. ESTUDIO DE INCONTINENCIA URINARIA EN PACIENTES GERIÁTRICAS DE UNA UNIDAD DE CONVALECENCIA

R. Gómez Cortijo², G. Romero Cullerès¹, M. Rius Pujol², C. Barnaus² y F. Hernández²

¹Fundación Althaia. Manresa. Barcelona. ²Fundación Sociosanitaria de Manresa. Hospital de Sant Andreu. Manresa. Barcelona.

Objetivos: Evaluar el perfil de mujeres geriátricas (edad igual o superior a 65 años) con incontinencia urinaria (IU) en una unidad de convalecencia; definir el tipo de incontinencia y establecer un plan terapéutico.

Método: Estudio prospectivo-descriptivo iniciado a finales de 2008, con pacientes incontinentes urinarias (n: 10). Excluidas aquellas con

jo aquí posaría con minimal:... y/o que rechacen el estudio. Se valora: fecha inicio IU, desencadenantes, antecedentes (enfermedades neurológicas, cirugías, antecedentes obstétricos,...), fármacos vinculados y situación urológica al ingreso (sonda vesical, tipo de protección,...). Se realizan tests genéricos (Barthel, Up&Go) y específicos (IU-4, ICIQ-SF (Qu), test gravedad de Sandwich, calendario miccional y test de la compresa); parámetros antropométricos; función renal; tira de orina; residuo post-miccional; exploración ginecológica-neurológica.

Resultados: Edad media: 79,2. El 30% tiene histerectomía previa. Intervalo predominante de inicio de la menopausia: 51-55 años. Un 40% toma hipnótico y el 50% recibe diuréticos. El desencadenante es desconocido en el 80%. Tipo clínico predominante: mixta (con predominio del componente de urgencia). 40% fueron sondadas en Agudos. Tests: las medias (ingreso-alta) fueron: Barthel (44,4%-71,6%), Up & Go (29,6"-25"), ICIQ-SF (QU): 10,3-8,3, Sandwich: 5,6-5,1. El test de la compresa (> 8 gramos en 24 horas) es positivo en el 100%. Exploraciones: El 50% presentan IMC < 26 y un 20% IMC > 30. El 80% no tienen insuficiencia renal. El test de orina es negativo en el 80% y el 100% no tienen residuo post-miccional. Las medias del test de Oxford: vaginal: 0-1 y rectal: 2-3; siendo negativo la fuga en Valsalva en el 100%. Sensibilidad sacra conservada en el 60%. Reflejos vulvo-anales y reflejo anal superficial: abolidos en un 50% y un 60%, respectivamente.

Conclusiones: Se trata de un estudio piloto, con escasas pacientes en este momento; lo que limita la elaboración de conclusiones. Hasta ahora, se observa que son pacientes consumidoras de fármacos potencialmente causantes de incontinencia en un importante % de casos, domina la incontinencia de tipo mixta, las pérdidas de orina son importantes en cantidad, no presentan infección de orina asociada y no se objetiva residuo post-miccional. Las autoras tienen como objetivo seguir a las pacientes a las que se prescribe tratamiento anticolinérgico, (en consultas, a los 3 meses) para realizar control de residuo posmiccional y valorar la respuesta clínica a los fármacos. Otro tema pendiente sería la valoración de pesarios en pacientes geriátricas, como alternativa a la cirugía.

98. RIESGO DE MALNUTRICIÓN EN POBLACIÓN ESPAÑOLA INSTITUCIONALIZADA. PAPEL DEL MININUTRITIONAL ASSESSMENT SHORT FORM. ESTUDIO NOVOMET

J.A. López Trigo¹, R. López Mongil²

y Grupo colaborativo NOVOMET¹

¹Unidad de Memoria. Ayuntamiento de Málaga. ²Centro Asistencial Dr. Villacián. Diputación de Valladolid.

Introducción: Conocer y determinar el riesgo de malnutrición de la población mayor institucionalizada debe ser una prioridad de los sistemas de salud. Evaluamos la versión abreviada del test Mini Nutricional Assessment (MNA-SF) en un estudio multicéntrico (Estudio NOVOMET) y la relación entre éste y los diferentes marcadores antropométricos y bioquímicos.

Material y método: Se realiza estudio multicéntrico, transversal, observacional y randomizado (noviembre 2007-enero 2008) en 45 residencias de ancianos, estando representadas todas las Comunidades Autónomas. Se incluyeron residentes mayores de 65 años y se excluyeron pacientes con criterios de terminalidad o en cuidados paliativos. El estado nutricional ha sido evaluado por médicos geriatras y especialistas en endocrinología y nutrición recurriendo a variables antropométricas, índice de masa corporal (IMC), MNA-SF y parámetros bioquímicos.

La distribución de variables analizada con prueba de Kolmogorov-Smirnov. Variables cuantitativas analizadas con la prueba t-Student y las cualitativas con la de chi-cuadrado.

Resultados: Se han incluido 863 residentes (64,5% mujeres). Edad media 82,9 años (DE = 8,0). El número de residentes malnutridos (42,1%) fue mayor en el rango de edad 65-74 (52,6%) que en 75-84 (40,2%),

85-94 (43,8%) y en mayores de 95 (24%). Se detectó riesgo de malnutrición en 507 residentes (57,9%), siendo más alto en mayores de 95 años (76%) que en los otros rangos: 65-74 (47,4%), 75-84 (59,8%) y 85-94 (56,2%). No detectamos diferencias por sexo (odds ratio: 0,85, IC95%: 0,64-1,12). Los niveles de albúmina, iones y glucosa fueron más altos en los grupos bien nutridos que en los que presentan riesgo de malnutrición. En la distribución por sexo, en mujeres fueron más altos: edad, colesterol total y transferrina. MNA-SF correlacionó con hemoglobina, transferrina e iones en todos los grupos y por sexos. MNA-SF y albúmina solo correlacionaron en el grupo total, no por sexos.

Conclusiones: En el estudio NOVOMET hay una alta prevalencia de riesgo de malnutrición determinada por MNA-SF. Éste test presenta clara correlación con niveles de hemoglobina, albúmina, iones y transferrina.

10. RESULTADOS DE LA APLICACIÓN DE UN MODELO ASISTENCIAL PARA PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE UPP EN POBLACIÓN DE RIESGO

C. Alderete, I. Arana, J. Rouget, L. Laredo, A. Olivares y M. Álvarez de Arcaya

Hospital Ricardo Bermingham. Fundación Matía. San Sebastián.

Objetivos: 1. Implantar modificaciones al modelo asistencial que integren disminución de factores de riesgo, prevención, diagnóstico precoz y tratamiento de las UPP. 2. Diseñar indicadores que nos permitan seguir la aplicación del modelo y sus resultados.

Método: En 2006 se constituyó un equipo asistencial interdisciplinar para implantar modificaciones al modelo de atención a las UPP basado en: a) Valoración inicial: Identificación de factores de riesgo y posibilidad de mejora de éstos durante la estancia hospitalaria. b) Plan de cuidados: Orientado a mejora de dichos factores y medidas protocolizadas de prevención en pacientes con riesgo medio o elevado, así como al tratamiento protocolizado de UPP si aparecieran. c) Concienciación y adiestramiento del personal auxiliar en la detección precoz. d) Continuidad de cuidados: Reevaluación periódica de factores de riesgo y actualización del plan de cuidados. Modificación según protocolo de los cuidados locales en base a la evolución de la úlcera. Informe de enfermería al alta hospitalaria. e) Sistema de registro de UPP de nueva aparición y de evolución. f) Indicadores de estructura, proceso y resultado, responsable de su obtención, seguimiento de los mismos e implantación de acciones de mejora.

Resultados: Tras aplicación de este modelo asistencial, presentamos los resultados de 2006, 2007 y 2008. 1) Indicadores de estructura: En diciembre de 2007 se han cambiado las camas hospitalarias, utilizando un modelo que disminuye la presión en la zona sacra. Se ha incrementado el número de SEMP a lo largo de los tres años. Se han impartido 16 sesiones formativas de ½ hora de duración con cuatro temas (valoración de riesgo, cuidados de la piel, cambios posturales y utilización de superficies antipresión) a los equipos de enfermería y auxiliares. 2) Indicadores de proceso: Se ha aplicado el plan de cuidados protocolizado en un 82,61% de los pacientes con riesgo de UPP en 2007 y en un 95% en 2008. 3) Indicadores de resultado: *Incidencia de UPP estadio II-IV:* Ha sido del 3,8% en 2006, 2,5% en 2007 y 1,5% en 2008. a) *Detección de UPP en estadio I:* Se han detectado en estadio I el 77,6% de las úlceras en 2006 el 84,6% en 2007 y el 92,9% en 2008. b) *Pacientes que durante la estancia hospitalaria han disminuido los factores de riesgo para el desarrollo de UPP (mejoría en la escala de NORTON):* Han sido el 79,5% en 2007 y el 90,5% en 2008. c) *UPP que han mejorado durante la estancia hospitalaria:* El 82,6% en 2007 y el 90,9% en 2008.

Conclusión: La planificación, protocolización, formación, seguimiento de resultados asistenciales e implantación de acciones de mejora preventivas en pacientes con riesgo de UPP ha demostrado ser de gran utilidad para disminuir la aparición de esta grave complicación asistencial.

512. ÚLCERAS POR PRESIÓN EN UNA UNIDAD DE GERIATRÍA DE AGUDOS. PROTOCOLO DE PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO

J. López¹, S. Puig², F. Blasco⁴, M. Soriano³, B. Fernández-Matamoros⁵, A. Esperanza¹, S. Puig², F. Blasco⁴, M. Soriano³, B. Fernández-Matamoros⁵ y A. Esperanza¹

¹Servicio de Geriátrica IMAS. ²Hospital de la Esperanza.

³Hospital del Mar. ⁴Centro Fórum. ⁵Instituto de Atención Geriátrica y Sociosanitaria IAGS.

Introducción: Las úlceras por presión constituyen un reto para los profesionales de la salud en todos los niveles de la atención sanitaria, ya que las situaciones de déficit capaces de desencadenar la aparición de una úlcera son susceptibles de prevención, pues se estima que un 95% son evitables. Los pacientes con úlceras presentan una morbimortalidad asociada importante y repercuten gravemente sobre la calidad de vida de los ancianos.

Objetivos: Describir el perfil de paciente de UGA (Unidad Geriátrica Aguda), que al ingreso, durante el mismo y al alta presentan úlceras por presión y la utilización del protocolo de prevención y tratamiento.

Material y método: Se evaluaron 92 pacientes, registrándose edad, sexo, capacidad funcional (Índice de Barthel) ingreso y alta clasificados en: grupo 1 (0 a 30 puntos), grupo 2 (31 a 60 puntos), grupo 3 (61 a 100 puntos); Norton ingreso categorizado en: grupo 1 (1 a 11 puntos), grupo 2 (12 a 20 puntos); y los síndromes geriátricos (incontinencia, inmovilidad, demencia); úlcera previa al ingreso, durante y al alta; grado de la úlcera al alta, cura según protocolo y destino al alta. Se utilizó para el tratamiento y prevención de las UPP el protocolo que se elaboró en la institución (IMAS), siendo actualizado en 2008.

Resultados: De los 92 pacientes, 59 (64,1%) mujeres y 33 (35,8%) hombres, con media de edad de 91 ± 6,5 años, Barthel ingreso: grupo I, 78 pacientes (84,7%); grupo II, 12 (13,0%) y grupo III 2 (2,1%); y al alta: grupo I, 83 (91,2%) y II, 8 (8,7%). Norton: grupo I, 74 (80,4%) y grupo II, 18 (19,5%). Tenían úlcera previa al ingreso, 45 (48,9%); úlcera durante 76 (82,6%) y úlcera al alta 72 (78,2%). Úlceras al alta: grado I, 35 (38%); grado II, 27 (29,3%); grado III, 20 (21,7%) y grado IV 10 (10,8%). Cura según protocolo 91 (99%) vs 1 (1%) (era una úlcera desbridada en quirófano). Síndromes geriátricos durante ingreso: incontinencia 89 (96,7%); inmovilidad 84 (91,3%); demencia 34 (36,9%). Destino alta: éxitus 33 (35,8%), CSS 21 (22,8%), residencia 20 (21,7%), domicilio 18 (19,7%). Enfermos con úlceras al alta: éxitus 33 (35,8%), CSS 21 (22,8%), residencia 20 (21,7%) y 18 (19,7%) a domicilio.

Conclusión: 1. El protocolo de úlceras por presión se aplica en la totalidad de los pacientes. 2. El perfil del paciente es anciano de edad muy avanzada, dependiente, con síndromes geriátricos y casi la mitad de ellos al ingreso ya tenían úlceras. 3. Más de una tercera parte de los pacientes fueron éxitus y tenían úlceras.

9. VALORACIÓN DE LA SITUACIÓN NUTRICIONAL AL INGRESO EN MEDIA ESTANCIA

M. Álvarez de Arcaya Vitoria, K. Vecino, E. Fernández, T. Olazábal, J.L. González y L. Alkorta

Hospital Ricardo Bermingham. Fundación Matía. San Sebastián.

Objetivo: Aplicar un método sencillo de valoración de la situación nutricional de los pacientes ingresados en media estancia geriátrica y analizar los resultados de su aplicación.

Material y método: En el año 2008 se diseñó en nuestro Hospital un modelo de valoración nutricional que se aplica en las primeras 72 horas tras el ingreso a todos los pacientes excepto a los clasificados como cuidados paliativos.

El modelo consta de: Breve encuesta nutricional (3 preguntas), valoración por el personal de enfermería de la ingesta en las primeras 48 horas de ingreso en nuestro hospital, valoración antropométrica

(IMC) utilizando para el cálculo de la talla de los pacientes que no pueden mantener la bipedestación la medida rodilla-maléolo, valoración analítica (albúmina y linfocitos), aproximación a los requerimientos nutricionales según la severidad de la enfermedad.

Resultados: Se han revisado la valoración nutricional de 174 pacientes, 64% mujeres y 36% varones con una edad media de 80 años. La encuesta nutricional se había rellenado en 159 pacientes de los que un 72% referían estar comiendo bien a su ingreso, un 18% regular y el 9% mal. El 60% de los pacientes afirmaban no haber perdido peso en los meses previos al ingreso, e l 25% referían haberlo hecho y el 15% no sabían. Durante su ingreso previo en agudos el 40% decían no haber perdido peso frente al 26% que referían haberlo perdido y el 34% no sabían. La valoración de la ingesta media en las primeras 48 horas se recogió en 163 pacientes habiendo sido de la ración completa en el 50%, $\frac{3}{4}$ de ración en el 31%, $\frac{1}{2}$ ración en el 18% y solo en 3 casos había sido inferior a $\frac{1}{4}$ de ración. La valoración antropométrica se realizó a los 174 pacientes siendo clasificados según el IMC 24% como obesos, 14% sobrepeso, 48% normopeso, 6% peso insuficiente, 6% desnutrición leve y 2% desnutrición moderada. La albúmina sérica se había recogido en los 174 pacientes, encontrándose en parámetros de normalidad en el 37%, de desnutrición leve en el 52%, desnutrición moderada 9% y severa en 1%. El recuento linfocitario aparecía en 112 casos siendo normal en el 43%, en el 29% sugería desnutrición leve, moderada en el 20% y severa en el 7%. La valoración de requerimientos nutricionales se realizó en 84 pacientes considerándose como normales en el 36%, aumentados en el 49% y muy aumentados en el 15%.

Como conclusión global de la valoración 24 (14%) pacientes se clasificaron como obesos y 10 (6%) como sobrepeso con normonutrición proteica. 30 (17%) pacientes se consideraron normonutridos. 88 (50%) pacientes se etiquetaron de malnutrición proteica leve, de ellos 23 tenían sobrepeso, 50 normopeso y 15 peso por debajo de la normalidad. Como malnutrición proteica moderada se clasificaron 17 (10%) pacientes de los cuales 13 tenían peso en parámetros normales 2 presentaban sobrepeso y 2 peso bajo.

La malnutrición proteica severa se diagnosticó en 2 casos y ambos se acompañaron de de malnutrición calórica. En 3 pacientes se diagnosticó malnutrición calórica leve con normonutrición proteica.

Conclusiones: 1) Es importante la creación de herramientas sencillas de aproximación al estado nutricional que deben ser aplicadas al ingreso de los pacientes en media estancia, para poder intervenir de forma adecuada. 2) Una cuarta parte de los pacientes referían haber perdido peso en los meses previos al ingreso y otra cuarta parte lo referían durante el ingreso en agudos. 3) Existe una buena correlación entre la apreciación subjetiva de la ingesta por el paciente y familia y lo constatado por el personal de enfermería, siendo esta adecuada en un porcentaje elevado de pacientes. 4) La desnutrición proteica en mayor o menor grado ha sido habitual en los pacientes estudiados acompañándose de normopeso e incluso de sobrepeso en muchas ocasiones. 5) La desnutrición calórica ha sido menos frecuente, siendo rara su presentación aislada. 6) Los requerimientos nutricionales de los pacientes se encuentran con frecuencia aumentados debido a la enfermedad que ha ocasionado su ingreso, situación que se debiera tener en cuenta desde su atención en agudos.

383. LA MALNUTRICIÓN SE ASOCIA CON UNA MAYOR ESTANCIA MEDIA EN PACIENTES CON EPOC INGRESADOS EN NUESTRO HOSPITAL SOCIO SANITARIO.

ESTUDIO PILOTO

J. Majó Llopart³, M. Miravittles¹, T. Molins³ y M. Inzitari²

¹Fundació Clínic (IDIBAPS). Barcelona. ²Institut de l'Entornament de la UAB. Barcelona. ³Hospital Sociosanitari Pere Virgili. Barcelona.

Objetivos: La malnutrición es frecuente en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) ingresados y condiciona

una estancia prolongada, mayores costes sanitarios y mortalidad. El objetivo de este estudio fue investigar la asociación entre malnutrición y estancia media en un hospital sociosanitario.

Método: Estudio observacional transversal. Al ingreso en nuestro Hospital, recogimos datos demográficos, estado cognitivo (Pfeiffer), funcional (i. de Barthel), comorbilidad (i. Charlson), riesgo de caídas (escala Downton), gravedad de la disnea (escala MRC), función respiratoria (FEV1), número de visitas a urgencias y de ingresos hospitalarios en el último año y malnutrición (Mini Nutritional Assessment [MNA] < 17 puntos). Analizamos la asociación entre estas variables y los días de estancia en nuestro centro, utilizando el coeficiente de correlación de Spearman (variables continuas) y la U de Mann-Whitney (variables dicotómicas).

Resultados: Se captaron 30 pacientes EPOC, de los cuales 27 completaron la evaluación basal (3 eran afásicos). La edad media (DE) fue de 76,4 años (7,5), 24 (89%) eran varones. Doce (44%) tenían malnutrición según el MNA. El índice de Barthel previo al ingreso fue 79,9 + (27,6), la puntuación del Pfeiffer 1,1 + (1,5), el índice de Charlson 8,4 + (12,6). La estancia media 39,9 + (19,14) días. Los pacientes con malnutrición tuvieron una estancia significativamente más larga que el resto 46 + (16) frente 32 + (20) días, p = 0,037. Ninguna de las otras variables basales estaba asociada significativamente con los días de estancia en el centro.

Conclusiones: En nuestra muestra de pacientes EPOC ingresados en Hospital Sociosanitario, la malnutrición al ingreso estaba asociada a una mayor estancia media. Estos resultados, si confirmados por estudios longitudinales de mayores dimensiones, podrían tener relevancia clínica, ya que la malnutrición es un factor potencialmente corregible.

8. LOS REGISTROS DE ENFERMERÍA EN LOS CENTROS DE MAYORES: REFLEJAR LA CALIDAD ASISTENCIAL

M. Delgado Centeno², R. Juárez Vela¹ y A. Sánchez San Lorenzo³
¹Servicio Aragónés de Salud. Zaragoza. ²Enfermería San Estanislao. Salamanca. ³Universidad de Salamanca.

El objetivo de esta comunicación es poner de manifiesto la relevancia y la importancia de reflejar por escrito y de forma adecuada todos los protocolos, cuidados y técnicas de Enfermería que se deben llevar a cabo en un centro de mayores.

Se tiende a pensar que los centros de mayores, al ser distintos de los centros hospitalarios, no precisan reflejar adecuadamente, de manera ordenada, protocolizada y estandarizada todas las técnicas y cuidados de Enfermería que en ellos se proporcionan a los pacientes/residentes.

Es fundamental, para ofrecer una asistencia de calidad al residente, que todos los procedimientos de Enfermería que se llevan a cabo sean registrados ya sea por escrito o electrónicamente, de manera que quede constancia del mismo, facilitando también la labor del profesional y evitando confusiones y/o errores de consecuencias, a veces, muy graves.

Ello redundará en una mayor satisfacción por parte de los usuarios y de sus familias, ofreciendo así una atención de calidad a la persona mayor institucionalizada.

394. DETECCIÓN DE DISFAGIA EN ANCIANOS HOSPITALIZADOS EN PERÍODO DE CONVALECENCIA

L.J. Silveira Guijarro, V. Domingo García, N. Montero Fernández, C.M. Osuna del Pozo, L. Álvarez Nebreda y J.A. Serra Rexach
Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.

Objetivo principal: Describir prevalencia de disfagia orofaríngea en ancianos de la Unidad de Subagudos (USA) del Servicio de Geriátría del Hospital General Universitario Gregorio Marañón (HGUGM) usando el

Método de Evaluación Clínica Volumen- Viscosidad (MECV-V) y una versión adaptada en ancianos con demencia grave (MECV-V-G).

Metodología y diseño: Estudio transversal, descriptivo en un periodo 50 días. Se recogen al alta datos demográficos, clínicos incluido disfagia previa, factores de riesgo de disfagia, complicaciones de disfagia en USA, evolución funcional y resultados del MECV-V y MECV-V-G. Los datos se describen comparando las características de los grupos con y sin disfagia.

Resultados: N= 86. Mujeres 60%, edad media $83,8 \pm 6,7$ años. El 94,2% procedían de servicios médicos. Barthel medio previo al ingreso $67,66 \pm 34,9$. Un 41,9% presenta deterioro cognitivo siendo el 29% moderado-grave (FAST > 5). Mantenían independencia en la alimentación 78%, problemas de masticación 41,9%. La anamnesis dirigida detectó disfagia orofaríngea previa en el 26%. El 9,3% utilizaba espesante. Al ingreso en USA: Barthel medio $32,12 \pm 30,5$, el 43% mantiene alimentación independiente, un 40% utilizó psicofármacos, un 34,9% presentó alteraciones de nivel de conciencia, infección respiratoria un 37,2% con broncoaspiración confirmada radiológicamente un 4,7%, un 15,1% deshidratación y un 48,8% malnutrición. El 82% vuelven a su domicilio habitual.

El MECV-V detectó disfagia orofaríngea en el 53,5% de la muestra. Alteraciones de la eficacia 52,3% (19,8% alteración del sello labial, 18,6% residuo oral, 9,3% residuo faríngeo y 47,7% deglución fraccionada) y alteración de la seguridad 36% (desaturación de oxígeno 9,3%, trastornos en la voz 20,9% y tos 26,7%). Trastorno mixto (seguridad y eficacia) el 34,8%. Los pacientes con disfagia presentaron diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,05$) en factores de riesgo de disfagia (deterioro cognitivo, síndrome de inmovilidad, edad, consumo de espesantes previo, peor situación funcional y de movilidad previas, al ingreso y al alta de USA y dependencia en la alimentación tanto previa como durante el ingreso y al alta) así como en complicaciones en USA (cuadro confusional e infección respiratoria).

Conclusiones: La disfagia es un importante y prevalente problema de salud en ancianos hospitalizados. En nuestra muestra el test clínico detectó una alta prevalencia de disfagia que recomienda su uso rutinario especialmente en pacientes de riesgo teniendo en cuenta las peculiaridades de su utilización en ancianos.

5. CALIDAD DE VIDA Y REPERCUSIONES DE LA INCONTINENCIA URINARIA EN ESPAÑA 2008

J.M. Dios Diz

Servicio Galego de Saúde (SERGAS). Santiago de Compostela.

Objetivos: Valorar la Calidad de Vida de las personas con Incontinencia Urinaria; estudiar determinadas cuestiones Socio-Sanitarias relacionadas con el tema. Conocer la Prevalencia del cuadro.

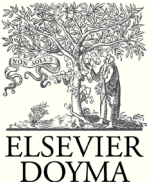
Método: Estudio descriptivo, basado en un cuestionario pasado de forma individual por 10 Médicos. El tamaño de la muestra se calculó con el programa EPIDAT. Los puntos de muestreo fueron obtenidos usando un proceso aleatorio, proporcional a la población. Se realizaron 609 entrevistas en 5 Comunidades Autónomas (País Vasco, Galicia, Madrid, Cataluña y Canarias). En cada una, el nº de personas, fue escogido al azar; se le explicó el objetivo del estudio y les fue entregado el Consentimiento Informado, por escrito.

Resultados: Realizado el test de Calidad de Vida ICIQ-SF se obtuvo un rango entre 4 y 11 entre los que presentaron IU (con una media de 8,74). La Incontinencia Urinaria afecta más a mujeres que hombres: 32,56%/14,12%.

Afecta de forma muy importante a la Calidad de Vida: 8,7 (donde 0 es nada de afectación y 10 mucho). 1) Afecta de manera muy importante a las Actividades de la Vida Diaria. 2) Repercute en sus tareas habituales: Mujeres: 13%; Hombres: 30%. 3) Necesita Ayuda: Mujeres: 16%; Hombres: 30%. 4) Sale menos de casa: Mujeres: 14%; Hombres: 33%.

Conclusiones: 1) La Incontinencia Urinaria es un importante problema de salud, que afecta a una de cada tres mujeres mayores de 40 años y al 14% de los varones. 2) La afectación de la Calidad de Vida, es evidente y el deterioro, tanto físico como psíquico, queda reflejado en el estudio. 3) Que existan más de 4 millones de personas, en España, en el año 2008 con IU, debe hacer reflexionar a las Administraciones y a los profesionales sanitarios, de un tema, que considerado todavía "tabú", se lleva grandes cantidades de dinero público y repercute de manera muy importante en el gasto sanitario. Con una buena praxis, muchas de las repercusiones descritas en el estudio podrían evitarse.

Palabras clave: Incontinencia Urinaria. Calidad de Vida. Repercusiones.



Comunicaciones libres

Sala A2 Nivel 1. Jueves, 4 de junio de 18:00 a 20:00 horas

Área Clínica IV

Modera:

José Gutiérrez Rodríguez (Oviedo)

Síndromes geriátricos III: demencia y delirium

437. VARIABLES PREDICTORAS DE CONVERSIÓN DE DETERIORO COGNITIVO LEVE A ENFERMEDAD DE ALZHEIMER EN UN PERIODO DE 2 AÑOS

M.A. Vilorio Jiménez, R. Yubero Pancorbo, M. Ramos Cortés, C. Masegu Serra, P. Gil Gregorio y J.M. Ribera Casado
 Unidad de Memoria. Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

Objetivos: Confirmar los datos de un estudio previo de progresión de Deterioro cognitivo leve (DCL) a Enfermedad de Alzheimer (EA) a 6 meses, ampliando el periodo de seguimiento de la población en estudio a 24 meses.

Método: Estudio retrospectivo. Se incluyen pacientes valorados en la Unidad de Memoria y en seguimiento durante 24 meses. Se incluyen 4 grupos de pacientes: controles (C), deterioro cognitivo leve (DCL), Enfermedad de Alzheimer (EA) en la visita de inicio y DCL al inicio con conversión a EA (DCL/EA) durante el periodo de estudio. Se incluyen los grupos control y EA al inicio para eliminar sesgo en los grupos de estudio. Se recogen variables en la visita de inicio de los cuatro grupos descritos. Variables demográficas: edad, sexo, nivel educativo. Situación funcional: Índice de Katz para actividades básicas de la vida diaria e Índice de Lawton para actividades instrumentales. Escalas cognitivas: Minimental State Examination (MMSE), Textos I y II WMS-III, Test de Stroop, Test de Denominación de Boston abreviado, Fluencia verbal fonética y categorial, praxias ideomotoras, Span de dígitos, Test del Reloj. Escala psicológica-conductual: Neuropsychiatric Inventory (NPI). Programa estadístico: SPSS 17.0. Nivel de significación 95%.

Resultados: Se incluyeron 103 sujetos: 21 controles ancianos, 32 DCL, 30 DCL/EA y 20 EA. Edad media: 77,4 años (DS 6,8), sexo: 72% mujeres, nivel educativo: 67% ≤ 10 años. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre el grupo DCL y DCL/EA en las siguientes variables: índice de Katz (p 0,018), textos I (p 0,007), textos II (p 0,001), BNT (p 0,034) y FS (p 0,001).

Conclusiones: 1) Las variables cognitivas que mejor predicen progresión a demencia en dos años son memoria episódica y lenguaje. 2) A diferencia del estudio previo, a nivel funcional, el deterioro en

las actividades básicas de la vida diaria constituye el mejor predictor de progresión a demencia.

448. INCIDENCIA DEL CUADRO CONFUSIONAL AGUDO (CCA) EN ANCIANOS EN RELACIÓN AL MOTIVO DE INGRESO

F. Flores Fukuda, V. García, E. Sánchez, M. Alonso, A. Martínez de la Casa y V. María Teresa

Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.

Objetivo: Determinar la incidencia del CCA en ancianos hospitalizados por enfermedad aguda en relación al diagnóstico primario.

Material y métodos: Estudio de cohorte prospectivo de pacientes en riesgo de CCA (al menos uno de: MMSE < 24, déficit visual, cociente urea/creatinina > 40, APACHE II > 16), ingresados en los servicios de Geriatria y Medicina Interna. Se analizaron las características socio-demográficas, comorbilidad, gravedad de enfermedad, demencia previa, estancia media y mortalidad. El motivo de ingreso se clasificó en 7 categorías (infección, cardiovascular, metabólico, ictus, EPOC, neoplasia y otros). La aparición de CCA se evaluó diariamente según el algoritmo diagnóstico del Confusion Assessment Method (CAM). La asociación entre el diagnóstico primario de ingreso y aparición de CCA se realizó mediante test de Pearson y regresión logística, incluyendo puntuación del MMSE y gravedad de enfermedad.

Resultados: Se incluyeron 930 pacientes de edad media 83,6 ± 6,6 años, 54,7% mujeres, 54,4% viudos, con un Charlson de 2,7 ± 2,4, APACHE II de 11,3 ± 4, 17,7% con demencia previa, estancia media de 8,6 ± 6,8 días y mortalidad durante el ingreso de 5,1%. Los motivos de ingreso fueron infecciones (40,7%), patología cardiovascular (25,4%), EPOC (10,2%), neoplasia (8,4%), trastorno metabólico (3,4%), ictus (2,4%) y otros (9,5%). La incidencia global de CCA durante el ingreso fue de 16,2%, significativamente mayor en trastornos metabólicos (37,5%), frente a infecciones (18,2%), trastornos cardiovasculares (14,8%) e ictus (18,2); p: 0,02. El índice de gravedad fue de 11,9 ± 4,3, 11,6 ± 4, 11,3 ± 3,9 y 10,2 ± 4,1 y la prevalencia de demencia previa de 21,9%, 25,1%, 13,6% y 22,7% respectivamente. El riesgo relativo de desarrollar CCA entre los ingresados por trastorno metabólico frente a los ingresados por cualquier otra causa fue 2,4. Esta asociación se mantiene independientemente de la puntuación del MMSE y la gravedad de la enfermedad; OR (95% CI): 2,7 (1,3-5,8)

Conclusiones: El ingreso por trastorno metabólico, a pesar de tener baja prevalencia, se asocia con alto riesgo de desarrollo de delirio durante la hospitalización en ancianos. La identificación de estos pacientes como especialmente vulnerables y una intervención preventiva exhaustiva podría disminuir este riesgo.

12. ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN DE LAS PERSONAS CON DETERIORO COGNITIVO SOLICITANTES DE RECURSOS SOCIALES

M. Eliceji² y E. Arriola¹

¹Unidad de Memoria y Alzheimer. Matia Fundazioa. Donostia.

²Unidad de Valoración. Instituto Gerontológico Matia. Donostia.

Objetivos: El objeto del presente estudio es conocer el perfil de personas con este problema que solicitan recursos de carácter social así como la situación cognitiva, conductual, el grado de diagnóstico de aproximación así como la calidad del tratamiento farmacológico que reciben.

Material y métodos: Se han recogido al azar los datos de 432 solicitantes de recursos sociales durante el período de Febrero a Mayo de 2007 en el territorio histórico de Gipuzkoa. Los datos se obtuvieron de un familiar o cuidador principal y del propio usuario, mediante una entrevista de aproximadamente de 1 hora de duración. Para la recogida de la información se ha utilizado la escala de valoración prevista en la Orden Foral 809/97 de 15 de diciembre de 1997 (Gipuzkoa), Escala Sakontzen. Es un instrumento en el que se recogen datos demográficos, capacidades funcionales para ABVD (alimentación, vestido, higiene, movilidad y contención de esfínteres, puntuándose de 0 a 2, donde 0 es autónomo y 2 dependiente total), diagnósticos clínicos (codificados según el CIE-10), diagnósticos sindrómicos, tratamiento farmacológico y una "evaluación cognitiva" mediante el MEC de Lobo de 35 puntos. Se ha considerado deterioro cognitivo leve para un resultado de 24-30 puntos, deterioro cognitivo moderado entre 24-10 puntos y deterioro cognitivo severo < 10 puntos. Las habilidades instrumentales (AIVD) se valoran mediante el Test de Lawton. El tratamiento farmacológico se ha obtenido del informe médico.

Resultados: 1) *Sobre el número total de valoraciones:* El número total de valoraciones evaluadas en este periodo de tiempo fue de 432 sobre un total de (%) de las cuales el X% eran mayores de 65 años. El ratio total hombres/mujeres total era de 135/297. 2) *Porcentaje y n° de personas con deterioro cognitivo y por sexo:* El número total de personas con MEC por debajo de 30 puntos era 250 (57,8%). El ratio total hombres/mujeres total era de 177/73, en edades comprendidas entre 56 y 102 años. El total de personas por debajo de 24: 178 (71,2%). Mujeres por debajo de 24: 125 (70%). Hombres por debajo de 24: 53 (30%). Mayores de 65 años con MEC por debajo de 24: 174 (97,8%). Mayores de 75 años con MEC por debajo de 24: 147 (82,6%). 3) *Diagnósticos:* Demencia senil + "enfermedad de Alzheimer": 50 + 47: 97. Pacientes con MEC por debajo de 24: 178: es decir el 54% tiene un deterioro cognitivo relevante y sin embargo el 46% no está diagnosticado. 4) *SCPD:* El 32% de los pacientes diagnosticados presentan SCPD. Siendo los más habituales: la agitación psicomotriz y la agresividad física y verbal. 5) *Tratamiento:* 37 pacientes que toman tratamiento farmacológico: supone el 74% de los 50 con diagnóstico. De estos el 32% toma tratamiento antidemencia: El 68% de los pacientes con demencia no toman ningún tratamiento antidemencia y de aquellos diagnosticados de enfermedad de Alzheimer no toman ningún tratamiento en el 53% de los casos.

Conclusiones: 1. Se vislumbra poca sensibilidad por parte de los médicos de cabecera en relación con los pacientes con deterioro cognitivo en su remisión a consultas especializadas para llegar a un diagnóstico cierto. 2. Se está realizando una mala codificación de la enfermedad pues el término demencia senil da muy poca información y en estos momentos ya no se utiliza esta terminología. 3. La mitad de los pacientes con deterioro cognitivo solicitantes de recurso no tiene diagnóstico que justifique su deterioro cognitivo. 4. Menos de la mitad de los pacientes diagnosticados de demencia o enfermedad de Alzheimer está en tratamiento con fármacos para esta enfermedad. 5. Los trastornos de conducta más frecuentes en este colectivo son la agitación, la agresividad tanto física como verbal y los delirios. 6. El perfil de usuario con dete-

rioro cognitivo que solicita un recurso social en Guipúzcoa es: mujer, mayor de 75 años, sin diagnóstico y sin tratamiento específico. 7. La proporción de solicitantes de recursos es base al sexo Mujeres/hombres es: 2/1.

446. DIAGNÓSTICO PRECOZ DE LA DEMENCIA POR CUERPOS DE LEWY. LA PERSONALIDAD INWARD CON TENDENCIAS LEWY PROPUESTA DESDE EL MODELO POSTRACIONALISTA

D.J. Quintana Hernández, A. Alayón Fumero y D. Morales Casanova
Centro Neurológico Antonio Alayón. Santa Cruz de Tenerife.

Objetivos: La demencia por Cuerpos de Lewy (DCL) es la segunda de mayor prevalencia, sin embargo su incidencia no es la segunda enfermedad neurodegenerativa más diagnosticada de forma precoz, pues recoge rasgos que se superponen con las características de la EA y de la enfermedad de Parkinson (EP). Una de las áreas de investigación que facilitaría el diagnóstico precoz es establecer factores ontológicos de personalidad que permitan diferenciar tendencias que acaben manifestándose en síndromes neurodegenerativos. Desde el modelo postracionalista Guidano y Arciero han propuesto, en el ámbito de la psiquiatría, Sistemas de Organización Personal (SOP) Inward (depresivos, fóbicos) y Outward (dápicos, obsesivos). Actualmente estudios en el campo de la neurología están manifestando tendencias mixtas Inward (Somatomorfes, Lewy e Hipocondriacas) y mixtas Outward (Somatomorfes y Rumiantes).

Método: Se realizó una valoración neurológica integral (VNI) a 470 pacientes. De ellos 75 fueron diagnosticados con un DCL probable, 18 mujeres y 57 hombres. La VNI aborda el área mental valorando la personalidad y la identidad desde un punto de vista procesual a través de la entrevista clínica según los criterios propuestos desde el modelo postracionalista.

Resultados: El 90,6% presentaban un SOP Lewy, el 5,9% un SOP Depresivo y el 3,5% un SOP Inward Somatomorfe. Las características más importantes de un SOP con tendencias Lewy son: pareja dápica, estilo de regulación emocional inward e independiente de campo para eventos externos pero dependiente de campo para la familia, alta actividad fisiológica y bajo control de movimiento para realizar cambios, estrategia de afrontamiento primordial autosuficiencia compulsiva y estilo de apego evitante con un componente complaciente. Presentan relaciones sociales cordiales pero sin amistades fuera del ambiente familiar. En todos los pacientes estudiados se había producido una ruptura de la identidad personal.

Conclusiones: El 15,9% de los síndromes neurodegenerativos diagnosticados en nuestro estudio han sido Demencias por cuerpos de Lewy. El SOP Inward con tendencias Lewy es el estilo con más incidencia. Es muy importante destacar que el estilo de personalidad que presentaron todos los pacientes diagnosticados en el estudio es de tendencia Inward. Estos datos sugieren seguir investigando en esta línea para tener en cuenta la personalidad en el diagnóstico diferencial con la EA, tendencia Outward y EP tendencia Inward Depresivo.

398. INFLUENCIA DE LA APARICIÓN DE CUADRO CONFUSIONAL AGUDO DURANTE EL INGRESO HOSPITALARIO EN LA NECESIDAD DE NUEVA AYUDA SOCIOFAMILIAR AL MES DEL ALTA

V. García, F. Flores, E. Sánchez, M. Alonso,
A. Martínez de la Casa y M. Vidán
Hospital Gregorio Marañón. Madrid.

Objetivo: Estudiar la asociación entre el desarrollo de cuadro confusional agudo (CCA) durante el ingreso hospitalario y la necesidad de nueva ayuda socio familiar tras el alta.

Material y métodos: Estudio observacional prospectivo de pacientes ≥ 70 años ingresados en Medicina Interna y Geriátría, con factores de riesgo de CCA (al menos uno de: MMSE < 24 , déficit visual, cociente urea/creatinina > 40 , apache II > 16). Se realizó una búsqueda prospectiva diaria de CCA, según el algoritmo diagnóstico del Confusion Assessment Method. Se considera como nueva ayuda socio familiar el mayor apoyo familiar, nueva ayuda de personal privado o público o la nueva institucionalización, con respecto a la necesaria antes del ingreso. La asociación entre CCA y nueva ayuda se realizó mediante un análisis de regresión logística múltiple.

Resultados: Incluimos 551 pacientes, edad media $83,7 \pm 6$ años. Basalmente, el 25,5% eran independientes para AVD básicas, y el 14% padecían demencia. Previo al ingreso, 35,3% vivía con familia joven, 33% vivía solo con pareja, 14,5% vivían solos y un 13,6% en residencia. Durante el ingreso un 16,5% desarrollaron CCA, y 5,4% fallecieron. De los que sobrevivieron al alta 18% necesitó nueva ayuda (31,9% de los pacientes con CCA y 15,4% de los que no, $p = 0,006$). De los que sobreviven al mes el 50% de los pacientes con CCA necesitaron nueva ayuda o institucionalización al mes del alta frente a un 21,6% de los que no tuvieron CCA, $p < 0,01$. El cuadro confusional agudo se asoció a la necesidad de nueva ayuda o institucionalización independientemente de la edad, el deterioro funcional basal y el deterioro cognitivo basal, con un OR 3,9 (IC95%: 1,95-7,83).

Conclusiones: El desarrollo de CCA durante el ingreso hospitalario por enfermedad aguda en el anciano, se asocia con mayor necesidad de ayuda sociofamiliar, y mayor tasa de nueva institucionalización tras el alta y al mes de la misma. Los programas de prevención del CCA durante el ingreso podrían disminuir el gasto social y la carga familiar tras el alta.

424. TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO Y NO FARMACOLÓGICO EN PACIENTES INSTITUCIONALIZADOS CON DEMENCIA MODERADA Y SEVERA

F. García Gollarte¹, L. Pérez del Tío², P. Sanz¹, M.D. Martínez¹ y A. Cuenllas Díaz¹

¹Ballesol Valencia. Madrid. ²Hilbate Psicólogos. Madrid.

Introducción: Cada vez son mayores los esfuerzos por responder de manera eficaz a las necesidades que plantean las personas con demencia moderada y severa. Sobre todo en los centros geriátricos, dado que son, donde en gran medida, terminan residiendo.

Objetivos: Analizar el tipo de tratamiento farmacológico y no farmacológico que reciben los pacientes institucionalizados en función del tipo (Alzheimer, mixta y vascular) y grado de demencia (moderada, severa).

Material y método: Estudio descriptivo transversal. Realizado en 4 de los centros geriátricos que el Grupo Ballesol tiene en Valencia. Datos procesados con Excel 2003 y análisis mediante el paquete estadístico SPSS 10.

Resultados: La población estudiada quedó configurada por 132 pacientes, el 85,6% mujeres, con una media de edad de 84,68 años (DS 6,4). Todos los pacientes presentan demencia 63,6% Tipo Alzheimer (EA), 14,4% mixta y 22% vascular. El grado de demencia es severo en 70,5% de la muestra y moderado en el resto. En cuanto al tratamiento farmacológico, se encontró una asociación positiva entre el tratamiento con risperidona y el grado moderado de EA frente al grado severo ($p < 0,05$). Y una asociación positiva entre el tratamiento con memantina en el grado severo de EA frente a demencia mixta o vascular ($p < 0,05$). No se hallaron asociaciones con el tratamiento con midazolam, triazolam, lormetazepam, lorazepam, distraneurine, neurolepticos típicos, quetiapina, donezepilo, rivastigmina, galantamina y tracrina. En el tratamiento no farmacológico se halló una asociación positiva tanto en la estimulación cognitiva como en la realización de tabla de gimnasia y la EA y demencia vascular en grado moderado ($p < 0,01$). También se encontró una asociación positiva

entre los ejercicios de balón y el grado moderado en los tres tipos de demencia EA, mixta y vascular ($p < 0,05$). Al analizar los ejercicios con elásticos se halló una asociación positiva con la EA moderada ($p < 0,05$). Por último, se encontró una asociación positiva entre los movimientos de fisioterapia pasiva y la EA y demencia vascular severa ($p < 0,05$). No se encontraron asociaciones entre el tipo y grado de demencia con los tratamientos de musicoterapia, AVD, orientación, estimulación sensorial, ejercicios con picas, rehabilitación de la marcha, rehabilitación del equilibrio, potenciación de miembros y paseos.

Discusión y conclusiones: El estudio muestra la asociación entre el tipo y grado de demencia y algunos tratamientos farmacológicos y no farmacológicos.

90. SEVERIDAD DE LA DEMENCIA EN EL MEDIO INSTITUCIONAL ESPAÑOL. ESTUDIO RESYDEM 1

J.A. López Trigo¹, R. López Mongil² y ¹Grupo colaborativo RESYDEM ¹Unidad de Memoria. Ayuntamiento de Málaga. ²Centro Asistencial Dr. Villacián. Diputación de Valladolid.

Introducción: El estudio RESYDEM (ER) analiza la prevalencia de deterioro cognitivo y demencia en ancianos españoles institucionalizados.

Objetivos: Dentro de los objetivos del ER se encuentra conocer la gravedad/severidad de la demencia en el ámbito institucional.

Material y método: Estudio multicéntrico, transversal, randomizado con participación de de residencias de todas las Comunidades Autónomas del Estado Español. El diagnóstico de demencia se realiza en base a evolución neuropsicológica (MMSE de Folstein con adaptación de Blesa, AMT de Hodkinson, test de fluencia verbal), exploración neurológica incluyendo analítica y pruebas de neuroimagen y evaluación funcional mediante escala Cardenal Marcelo 98 de López Mongil. Gravedad d de demencia determinada por Clinical Dementia Rating (CDR) de Hughes. Se analizan las variables con test de Kolmogorov, *chi* cuadrado y *t* de Student.

Resultados: Participan 55 centros que aportan 1.037 residentes. Prevalencia de demencia 61,7% (IC 95%, 58, 4-65,1) de ella la más frecuente por enfermedad de Alzheimer, 16,9% (IC 95%, 14,3-19,5). Los residentes disponibles para el análisis han sido 777. Análisis por estadios CDR: Estadio 0 = 200 residentes (25,74%), de ellos el 14,5% con diagnóstico de deterioro cognitivo leve (DCL). Estadio 0,5 = 170 (21,57%), de ellos 37,6% con DCL. Estadio 1 = 113 (14,54%). Estadio 2 = 113 (14,54%). Estadio 3 = 181 (23,29%). $P < 0,0001$ para todos los grupos. El análisis por estadios para el diagnóstico de enfermedad de Alzheimer arroja: CDR1 = 12,8%, CDR2 = 36%, CDR3 = 45,9%. $P < 0,0001$ para todos los grupos.

Conclusiones: La demencia alcanza una muy alta prevalencia en residencias españolas. La mayoría de los dementes institucionalizados se encuentran en fase grave. Esto es especialmente válido para el diagnóstico más frecuente de demencia en la muestra (enfermedad de Alzheimer), en la que casi la mitad de los diagnosticados está en fase grave y más de 2/3 entre moderada y grave.

286. CARACTERÍSTICAS DE LOS SCPD EN LAS UNIDADES DE GERIATRÍA. EL PORQUÉ DE SU CONSIDERACIÓN

C. Pastor Ochoa, J. Galindo Ortiz de Landazuri y R. Bielza Galindo Hospital Sagrado Corazón de Jesús. Huesca.

Objetivos: 1) Enumerar los síntomas conductuales y psicológicos que más se asocian a los subtipos de demencia. 2) Evaluar si los SCPD influyen en la obtención de puntuaciones más bajas en los test cognitivos (MEC). 3) Determinar si los SCPD tienen relación con mayor sobrecarga del cuidador. 4) Conocer el grado de satisfacción del cuidador respecto a la información médica sobre los SCPD.

Material y métodos: Estudio prospectivo, analítico, transversal y bi-céntrico, con duración 6 meses. Diagnóstico de demencia y SCPD Navarra (C1) N = 20 e ingresados Huesca (C2) N = 73; según criterios: DSM-IV, NINDS-ADRDA, NINDS-AIREN, criterios clínicos demencia de la E. Parkinson; asignando a cada paciente un subtipo de demencia (Vascular, predominio subcortical y cortical). Enumeramos SCPD (escala NPI). Para cada caso se recogió información sobre: sexo, edad, puntuación NPI, fármacos (IACE's), I.Barthel previo y alta, MEC, delirium. Planteamos un formulario para recoger información referida a cuidadores. Paquete Estadístico: SPSS 15.0

Resultados: 120 casos, 93 casos edad ≥ 70 años [(81 años \pm 6,15) C1 y (86,3 años \pm 5,21) C2] 55,8% mujeres, 44,2% varones. C1: Más pacientes con delirium asociado a diagnóstico de demencia (37,5 vs 62,5; $p < 0,03$). Puntuación obtenida según NPI muy superior respecto a la cohorte 2 (80,5 vs 54,53; $p < 0,04$). C2: mayor pérdida funcional al alta (44,6 vs 13,93) IC 95% (9,04-18,8), Destino al alta (residencia) [15% vs 42,7%; $p < 0,03$]. *Ambas cohortes:* diagnóstico de demencia cortical más numeroso frente a otros. Al comparar resultados test MEC, no hubo diferencias significativas (16,46 vs 16,98). SCPD: alt. sueño (35,7 vs 64,3), apatía (14,3 vs 85,7) y depresión (20 vs 85,7). SCPD-D.Cortical: (alt. Sueño 71,4% apatía 100% y depresión 85,7%). *En Subcortical:* desinhibición y alucinaciones 30%. *Resto demencias:* vagabundeo e irritabilidad (25%). *Cuidador:* Mujer 75,8%, Familia 83,6%, estrés problemas de salud 46,7%, INFORMA geriátría 63,6%.

Conclusiones: 1) DTA presencia de trastorno del sueño, depresión y apatía. 2) DCLewy asociada a desinhibición y alucinaciones. 3) Edad como factor independiente de deterioro funcional. 4) MEC no se ve influido por SCPD. 5) Los cuidados sigue prestándolos la familia, grado medio de estrés. Pocos casos, persona contratada (extranjera) libera de estrés a la familia. 6) Geriatra, profesional médico que más informa y apoya cuidador.

373. RESERVA COGNITIVA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD DE ALZHEIMER: EFECTO EN VARIABLES NEUROPSICOLÓGICAS

C. Masegu Serra, R. Yubero Pancorbo, F. Soria Perdomo, M. Ramos Cortes, P. Gil Gregorio y J.M. Ribera Casado
Unidad de Memoria. Servicio Geriátría. Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

Objetivos: 1) Comparar el rendimiento cognitivo de pacientes con E. Alzheimer con Reserva Cognitiva vs pacientes con nivel educativo básico. 2) Definir que tests neuropsicológicos permiten discriminar entre pacientes con y sin reserva cognitiva en pacientes con E. Alzheimer.

Material y método: Estudio comparativo retrospectivo de un grupo de 40 pacientes diagnosticados de EA (según criterios NINCDS-ADRDA) en la Unidad de Memoria del Hospital Clínico San Carlos. Se recogen variables demográficas, cognitivas, conductuales y funcionales. El criterio de clasificación se basa en los años de escolarización (< 10 vs ≥ 15 años). De esta forma, los pacientes se distribuyeron en dos grupos: No Reserva Cognitiva (N = 19) y Reserva Cognitiva (RC) (N = 21). Se aplican: MMSE, Textos I y II WMS-III, T.Stroop, BNT-30, Fluidez verbal, Span de dígitos, Praxias ideomotoras, T. Reloj, Lawton, Katz y NPI. Análisis estadístico SPSS 15.0

Resultados: El 77,5% de la muestra estaba formada por mujeres. La edad media del conjunto fue de 74,9 \pm 9 años. No se hallaron diferencias significativas en el Lawton, pero si en la escala de Katz ($p = 0,026$) reflejando una mejor funcionalidad en los pacientes del grupo RC. El análisis de los datos reveló un mejor rendimiento en el grupo RC siendo estadísticamente significativo en las siguientes pruebas: MMSE ($p = 0,001$), Textos I ($p = 0,01$), Dígitos Directos e Inversos ($p = 0,001$), Fluencia Fonológica ($p = 0,0003$) y Praxias ($p = 0,01$).

Conclusiones: 1) Los pacientes RC mostraron, en general, un mejor rendimiento en la evaluación neuropsicológica. 2) El grupo RC presentó puntuaciones significativamente mejores en el MMSE, Memoria Inmediata, Memoria de Trabajo (verbal), Fluencia Fonológica y Praxias.

Debemos tener en cuenta el efecto de la Reserva Cognitiva en las pruebas ya que un buen rendimiento puede estar enmascarando el déficit existente.

31. PREVALENCIA DE DETERIORO COGNITIVO "OCULTO" (NO DIAGNOSTICADO) EN UNA RESIDENCIA. FACTORES RELACIONADOS

I. Rodríguez Moreno¹, L. Espantaleón Rueda¹ y R. López de La Torre²
¹Centro Gerontológico Amma Valdebernardo. Madrid.
²Grupo Amma. Madrid.

Objetivos: Conocer la prevalencia de deterioro cognitivo en una residencia; porcentaje de residentes deteriorados diagnosticados y no diagnosticados y diferencias intergrupales; determinar factores relacionados con la falta de diagnóstico y tratamiento.

Método: Estudio retrospectivo de los ancianos ingresados en una residencia de nueva apertura. Variables recogidas: características socio-demográficas, antecedentes familiares de demencia, antecedentes personales médicos y psiquiátricos y tratamiento farmacológico al ingreso. Se realiza valoración de la situación funcional (Barthel) y cognitiva (MEC, SPMSQ y GDS), así como de la sintomatología depresiva y conductual.

Resultados: La muestra se compone de 304 sujetos, de los cuales un 39,14% estaban diagnosticados de demencia al ingreso, un 37,5% no estaban diagnosticados y no la presentaban y un 23,36% no estaban diagnosticados, pero presentaban puntuaciones en los tests indicativas de deterioro cognitivo. Se hará una aproximación descriptiva de los datos, calculándose medias y porcentajes. Los contrastes de hipótesis se realizarán mediante T de Student y χ^2 de Pearson. Comparando los pacientes con demencia diagnosticados y no diagnosticados, se ha encontrado en estos últimos una menor frecuencia de hombres y de casados, mayor tendencia a proceder del domicilio de los hijos y menor prevalencia de antecedentes familiares de demencia. Es una población con menor deterioro funcional y cognitivo, presentan menos síntomas conductuales y toman menor cantidad de anti-depresivos y neurolépticos.

Conclusiones: Un elevado porcentaje de individuos llegan a nuestra residencia con deterioro cognitivo sin diagnosticar, por lo que no se están beneficiando de un tratamiento específico para enlentecer el avance de su deterioro ni para controlar los síntomas conductuales. La menor gravedad de la situación cognitiva y funcional y la menor intensidad de los síntomas conductuales podrían explicar la no derivación a un especialista para su valoración. El deterioro cognitivo es predictor de deterioro funcional, aumento de costes socio-sanitarios e institucionalización. Por ello, el diagnóstico y tratamiento temprano de esta patología es fundamental para mejorar la calidad de vida de estos pacientes y sus familiares.

455. INFLUENCIA DEL DELIRIUM EN LA MORTALIDAD O REINGRESO DE ANCIANOS HOSPITALIZADOS POR CARDIOPATÍA AGUDA

R. Barrera Crispín, E. Sánchez García, C. González de Villaumbrosia Santa Cruz, L. Fernández Peña, F. Flores Fukuda y M.T. Vidán Astiz
Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.

Objetivo: Analizar la asociación entre delirium intrahospitalario y mortalidad o reingreso al mes del alta en ancianos ingresados en cardiología.

Material y métodos: Estudio observacional prospectivo de pacientes ≥ 70 años, ingresados consecutivamente por enfermedad cardiológica aguda. Durante el ingreso se analizaron variables sociodemográficas, clínicas, comorbilidad (Charlson), gravedad (Apache II), diagnóstico primario, situación funcional (Katz) y situación mental (MEC). Se realizó una búsqueda prospectiva diaria de delirium mediante el algoritmo diagnóstico del Confusion Assessment Method. La mortalidad y reingreso se determinaron mediante entrevista telefónica al mes del alta.

Resultados: Se incluyeron 238 pacientes, con una edad media de 80 ± 5 años, 50,4% eran mujeres. El 58,7% eran dependientes para alguna ABVD y el 16,4% vivían solos. El 31% presentaban deterioro cognitivo (MEC ≤ 2). Los principales motivos de ingreso fueron IC (42,4%) y síndrome coronario agudo (37,8%), con un Apache II de $9,5 \pm 3,2$. Durante el ingreso desarrollaron delirium el 15,5% de los pacientes, con mayor frecuencia los ingresados por infarto (22,5%) y por IC (20,6%), y fallecen el 3,4%. De los dados de alta vivos, al mes del alta reingresaron 9,6% y habían fallecido el 5,2%. El 34,4% de los pacientes que desarrollan delirium fallecen o reingresan al mes frente al 12,4% sin delirium ($p = 0,003$). Otros factores asociados a mortalidad o reingreso fueron diagnóstico primario de insuficiencia cardiaca frente a otros diagnósticos ($p < 0,05$) y la gravedad ($p < 0,05$). En el análisis multivariante el delirium se asoció a mayor mortalidad o reingreso al mes del alta (OR 3,49 IC 95% 1,4-8,6) de forma independiente de la edad, la gravedad y de que el motivo de ingreso fuera la insuficiencia cardiaca.

Conclusiones: El desarrollo de delirium durante la hospitalización en ancianos con cardiopatía aguda, se asocia con peor pronóstico a corto plazo independientemente de la gravedad de la enfermedad. Queda por demostrar si la implementación de intervenciones preventivas en los servicios de cardiología modificaría el pronóstico.

147. CLASIFICANDO LA GRAVEDAD DE LA DEMENCIA MEDIANTE LAS ESCALAS DE REISBERG: GDS Y FAST. ESTUDIO RESYDEM 2

R. López Mongil³, J.A. López Trigo² y ¹Grupo colaborativo RESYDEM ¹Multicéntrico. ²Unidad de Memoria. Ayuntamiento de Málaga. Málaga. ³Centro Asistencial Dr. Villacián. Diputación de Valladolid. Valladolid.

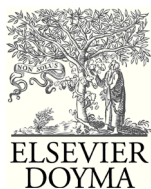
La demencia es un problema creciente en las residencias de ancianos. **Objetivo:** Clasificar la gravedad de la demencia mediante las escalas globales: Global Deterioration Scale (GDS) y Funtional Assessment Staging (FAST)

Método: Estudio longitudinal, aleatorizado, multicéntrico, de tipo prospectivo, en el que participan 520 ancianos. Se estima la severidad de la demencia con la escala GDS, que se usa en prácticamente todos los tipos de demencia, acompañado del instrumento de evaluación funcional para Enfermedad de Alzheimer, FAST, que determina con más precisión los estadios avanzados de la enfermedad. Consideramos la referencia del estadio 7c para enfermedad terminal.

Resultados: Participan 520 residentes con una edad media de 83,8 años y un 67,1% de mujeres. GDS 1 normal: 10,6% GDS 2: deterioro muy leve: 10,6% GDS 3 leve: 14,4% GDS 4 moderado: 12,7% GDS 5 moderadamente severo: 8,7% GDS 6 severo: 15,8% GDS 7 muy severo: 16,2%; N missing: 11,2% FAST 1 .asintomático: 9% FAST2: 8,3% FAST3: 11,7% FAST 4: 12,3% FAST5: 8,1% FAST 6: 18,3%; 6a: 9,5%; 6b: 9,5%; 6c: 12,6%; 6d: 23,2%; 6e: 23,2% FAS T 7: 16,7%: estado de máxima gravedad: 7a: 29,9%; 7b: 4,6%; 7c: 14,9%; 7d: 24,1% 7e: 16,1%; 7f: 10,3% N missing: 15,6%

Conclusiones: Una evaluación cuidadosa de la severidad de la demencia es crucial para valorar las necesidades de recursos. Se sugiere la utilización de la escala GDS para la gradación de la demencia por ser de las más completas y simples Según la evaluación funcional FAST un 82,7% de los residentes presentan algún grado de deterioro funcional y un 13% de los pacientes presentarían enfermedad terminal por demencia. El medio residencial debe ser capaz de ofrecer cuidados de calidad en las distintas etapas de la enfermedad.

Palabras clave. Demencia, discapacidad, Residencias.



Revista Española de Geriatria y Gerontología

www.elsevier.es/regg



Comunicaciones libres

Sala B Nivel 1. Jueves 4 de junio de 18:00 a 20:00 horas

Área Clínica V

Modera:

Ana Rodríguez Valcarce (Santander)

Geriatría clínica II

397. PREVALENCIA DE DOLOR EN ANCIANOS ESPAÑOLES

L. Narvaiza, M.D. Dapena, O. Macho, A. Yuste, E. Valldosera y A. Rodríguez-Molinero
Fundació Hospital Comarcal Sant Antoni Abat. Vilanova i la Geltrú. Barcelona.

Objetivo: Estimar la prevalencia de dolor en la población española mayor de 65 años.

Método: Estudio transversal sobre una muestra representativa de la población española mayor de 65 años. Se seleccionaron 800 participantes siguiendo un muestreo probabilístico polietápico estratificado por edad, tamaño de hábitat y zona geográfica. En esta comunicación se exponen datos preliminares relativos a 689 casos. Se indagó la presencia de dolor en los últimos 15 días y el consumo de fármacos analgésicos siguiendo las preguntas de la Encuesta Nacional de Salud; la intensidad del dolor fue valorada mediante el uso de la Escala Facial del Dolor (EFD). Se estudió la distribución por sexos de la variable dolor, su asociación con el estado funcional (índice de Katz), cognición (cuestionario de Pfeiffer) y la presencia de depresión (GDS-5).

Resultados: Hubo 361 participantes que reconocieron haber tenido dolor en los últimos 15 días (52,7% IC95% 49,5-56,4). El 62% de ellos no tomaba ningún fármaco antiálgico, el 12,2% tomaba paracetamol, el 16,6% antiinflamatorios y el 2,8% opioides. La mediana de intensidad de dolor según la EFD fue 3 (RIQ 2-4). De 165 individuos que tenían dolor de intensidad superior a 3, el 54,4% no tomaba analgésicos. El 72% de mujeres y 28% de hombres tenían dolor, (Chi cuadrado, $p < 0,001$). Se detectó relación significativa entre la presencia de dolor y el estado funcional y la presencia de depresión (Pearson $p < 0,001$) No se observó asociación entre el dolor y cognición.

Conclusiones: El dolor tiene una alta prevalencia en la población anciana española y posiblemente está infratratado. Las mujeres, las personas con mala situación funcional y los que cumplen criterios de depresión experimentan dolor con mayor frecuencia.

314. URGENCIAS ¿UN NUEVO NIVEL ASISTENCIAL EN GERIATRÍA?

A.I. Vena Martínez, G. Prunera, T. Noguera, J. Barbera y M. Serrano
Hospital Santa Maria (GSS). Lleida.

Objetivo: Análisis de la intervención de un Equipo de Geriatria formado por un geriatra, enfermera y asistente social en un Servicio de Urgencias con capacidad de intervención, gestión y posterior derivación.

Material y métodos: Estudio descriptivo prospectivo de 3.866 valoraciones (Abri06-Diciembre08) realizadas en Urgencias (Nivel I/Nivel II) tras aplicación de protocolo de inclusión (PI) y Valoración Geriátrica Integral (VGI). Valoración médico-enfermería (PI) Paciente ≥ 80 años y de los > 70 años que cumplen criterios paciente geriátrico agudo o geriátrico frágil. Valoración A. Social (PI). Los anteriores excepto los derivados de residencia o sociosanitario. VGI: I. Barthel, E. Pfeiffer, Braden, MNA, CAM, E. Gijon, I. Charlson.

Resultados: Edad media: 82,89 años. Tipología paciente (41% Geriátrico frágil, 35,43% Geriátrico agudo, 16,97% Anciano enfermo, 0,66% Paliativo no oncológico, 5,44% otros). Etiología $>$ frecuente: EPOC 12,8%, ICC 11,5%, Delirio 7%, AVC 6%. I Barthel previo/ingreso (IB < 40 : 31%/57%, IB $< 40-60$: 23%/20%, IB > 60 : 46%/23%). E. Pfeiffer (no realizable 21,96%). V. social: en un 47% el cuidador ppal son hijos, 36,56% viven con ellos, 13% tiene riesgo social, intervención $>$ fr información sobre ley dependencia. Síndromes geriátricos $>$ fr: Ulceras cutáneas, polifarmacia, delirium, caídas. Tiempo de derivación casos < 24 h en 90,64% (67% Unidad Agudos, 14% Domicilio, 10% Consulta geriatría y PADES, 7% Sociosanitario, 2% exitus)

Conclusiones: 1. La implementación de un equipo de geriatría como un miembro más de urgencias permite la aplicación de la valoración geriatría integral como herramienta útil en dicho nivel asistencial encontrando dificultades en la utilización de la E. Pfeiffer debido a la situación clínica del paciente. 2. La posibilidad de añadir al informe convencional de la urgencia un informe geriátrico específico interdisciplinar permite la posibilidad de actuación sobre los síndromes geriátricos detectados, las necesidades de enfermería específicas y la problemática social de manera precoz antes de ingresar en las unidades de destino. El paciente valorado es un enfermo frágil con una dependencia leve-moderada cuyo síndrome geriátrico más frecuente son las úlceras de presión y la polifarmacia y el cuidador principal son sus hijos.

356. BENEFICIO DE LA MEDIA ESTANCIA PARA PACIENTES NONAGENARIOS

L. Navarri-Sesé, A. Rossi, I. Antón-Rodrigo y B. Fontecha-Gómez
Hospital Sociosanitari de L'Hospitalet. Consorci Sanitari Integral. Hospitalet de Llobregat. Barcelona.

Fundamento y objetivo: Las intervenciones geriátricas en pacientes de edad muy avanzada a veces son cuestionadas por evidencia insu-

ficiente. Por este motivo nos propusimos estudiar la evolución clínica y el resultado de la intervención en nonagenarios atendidos en nuestra unidad de media estancia durante 7 años comparándolas con las de pacientes con edades inferiores.

Pacientes y método: Revisión de las epicrisis de todos los pacientes atendidos en nuestra unidad de media estancia durante el periodo comprendido entre 2001-2008. Recogimos las variables sociodemográficas, valoración geriátrica integral, ganancia funcional, índice de Heineman corregido e institucionalización.

Resultados: Han sido atendidos 2.513 pacientes. El grupo de nonagenarios fue de 178 (66% mujeres) y el grupo control 2.335 (56,7% mujeres). Como grupo, los nonagenarios muestran una situación funcional basal comparable a los de edad inferior ($p = 0,814$). El I de Barthel al ingreso es inferior 30 vs 43 ($p = 0,02$), al igual que el I de Barthel al alta 53vs 67 ($p = 0,05$). El I de Charlson es inferior 1,8 vs 2,3 ($p = 0,002$) y el I de Heinemann corregido de 60 vs 65 ($p = 0,007$). No hubieron diferencias entre el test de Pfeiffer al ingreso y al alta aunque sí mostraron una tendencia de mayor deterioro los nonagenarios. Ambos grupos presentaron una ganancia funcional superior a 20 puntos de Barthel. La institucionalización representó el 26,4% de los nonagenarios y el 17,4% del grupo control.

Conclusiones: 1. El beneficio obtenido en términos de autonomía funcional es al menos similar al del grupo control. Los nonagenarios se beneficiaron del programa de intervención geriátrica integral en la unidad de media estancia. 2. Hemos observado una mejoría del estado cognitivo en ambos grupos que supone la reducción de 1-2 errores en el test de Pfeiffer. 3. El I de Charlson en los nonagenarios es inferior. La menor comorbilidad de los nonagenarios podría deberse a una selección natural de los más sanos.

Limitación del estudio: El estudio es retrospectivo. No disponemos de seguimiento para estudiar si el beneficio obtenido se mantiene en el tiempo.

349. COMPLETE AMBIENT ASSISTED LIVING EXPERIMENT (CAALYX): TELEMONITORIZACIÓN DE PERSONAS ANCIANAS

E. Justo, O. Macho, L. Narvaiza, A. Yuste y A. Rodríguez-Molinero
Fundació Hospital Comarcal Sant Antoni Abat. Vilanova i la Geltrú. Barcelona.

Objetivos: Testar el sistema CAALYX en condiciones clínicas reales. El proyecto CAALYX (IST-2005-045215) tiene como objetivo crear un sistema de telemonitorización y teleasistencia para personas mayores. En este proyecto participan 8 centros de investigación de 6 países europeos y ha sido subvencionado por la Comisión Europea dentro de su 6º Programa Marco (1,5 M#e). Los parámetros fisiológicos y síntomas que monitoriza el sistema se obtuvieron del análisis retrospectivo de las patologías más relevantes en 1.500.000 ancianos españoles (CMBD de altas hospitalarias). Los rangos de normalidad para estos parámetros se establecieron en un estudio transversal con 556 ancianos Españoles. El sistema envía alarmas a un centro de asistencia en caso de detectar una alteración de salud. Esta detección se hace en función de determinaciones secuenciales de sus múltiples sensores, que son combinadas de forma "inteligente" por el sistema. El sistema monitoriza caídas, varias constantes vitales (tensión arterial, frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria, saturación de oxígeno, peso y ECG), varios síntomas a través de cuestionarios (pérdida funcional, estreñimiento, síntomas afectivos...), permite comunicación mediante videoconferencia y localización GPS fuera de casa. A toda esta información pueden acceder a través de servicios Web, tanto el operador de teleasistencia, como el médico del paciente y los familiares.

Material y métodos: Dos médicos españoles previamente entrenados monitorizaron a 2 pacientes italianos desde 1.800 Km de distancia durante 11 días. Cada día del estudio los médicos analizaban la información disponible, rellenaban un pequeño cuestionario de sa-

lud y reportaban posibles dificultades en el manejo del sistema. Los médicos pudieron ajustar los niveles de alarma de los sensores y la frecuencia de administración de cuestionarios. Un médico realizó además una entrevista telefónica con su paciente. Al final de la experiencia los médicos respondieron a un cuestionario sobre la utilidad del sistema que incluía cuestiones de "usabilidad".

Resultados: El sistema fue considerado útil por los médicos, que se hicieron una idea ajustada de la salud de los pacientes monitorizados. Los sensores del sistema aportaron 140 mediciones durante los días de la experimentación, de las cuales sólo 4 fueron consideradas como falsos positivos, no se detectaron falsos negativos. Durante las pruebas no se pudo testar el sensor de caídas, ECG y la videoconferencia, aún así los médicos consideraron el sistema útil y fácil de manejar. Los médicos resaltaron la importancia de confirmar cualquier hallazgo estableciendo comunicación directa con el paciente, y la no utilidad del sistema en pacientes con demencia.

Conclusiones: La experiencia fue valorada muy positivamente confirmando la utilidad práctica del sistema para monitorizar ancianos a distancia y su enorme potencial en el estudio de caídas.

298. PROGRAMA DE SEGUIMIENTO POSTALTA EN ANCIANOS CON INSUFICIENCIA CARDÍACA: EFECTO SOBRE LOS REINGRESOS Y LA MORTALIDAD

J.L. González Guerrero, T. Alonso Fernández, O. Gea, I. Quintana, L. García Martín y J.M. Ribera
Complejo Hospitalario de Cáceres. Cáceres.

Objetivo: Los programas de gestión de la insuficiencia cardiaca en pacientes de alto riesgo pueden reducir la tasa de reingresos y mortalidad. El objetivo de nuestro estudio es evaluar la eficacia de un programa de seguimiento postalta en pacientes ancianos con insuficiencia cardiaca en la reducción de los reingresos y la mortalidad.

Método: Estudio prospectivo y randomizado. Se presentan los datos preliminares del estudio respecto a 40 pacientes incluidos: 21 pacientes que se asignaron a un programa de intervención y fueron seguidos durante un período de 12 meses en un Hospital de Día Geriátrico (HDG), y 19 pacientes que recibieron la atención sanitaria habitual.

Resultados: Tras un año de seguimiento se observó que en el grupo de intervención hubo menos pacientes con eventos (reingreso o muerte) comparado con el de control (8 vs. 16 pacientes), lo que supone una reducción del 46% (IC 95%: 1,9-39,4; $p: 0,008$), principalmente por una reducción de la mortalidad (IC 95%: 0,03-0,68; $p: 0,02$). Tras un año, la probabilidad de no haber padecido un evento era significativamente más alta en el grupo intervención que en el control (log rank 9,25; $p: 0,002$).

Conclusiones: El programa de gestión de la insuficiencia cardiaca desarrollado reduce el número de pacientes con eventos, fundamentalmente por una disminución de la mortalidad.

81. INFLUENCIA DEL ESTADO DE ÁNIMO FRENTE AL DOLOR

C. Grande Muñoz, M.I. López Oyarzabal y R. Vaca Muñoz
Centro Residencial y Asistencial SAR Isdabe. Estepona. Málaga.

Introducción: El dolor es un fenómeno de gran complejidad, de génesis multicausal producto de la interacción de factores psicológicos, fisiológicos y socioculturales, en el que además estarían implicados procesos motivacionales y emocionales. Este proyecto se basa en la "Teoría de la Puerta de Control" de Melzack y Wall que sostiene que señales aferentes no dolorosas pueden inhibir las señales del dolor que llegan a las áreas del córtex cerebral no dando paso a los impulsos nerviosos que proceden de los nociceptores. Partiendo de esta teoría, se pretende constatar la eficacia de terapias no farmacológicas en el afrontamiento del dolor y evaluar si estados anímicos tales

como ansiedad, preocupación, depresión y el hecho de concentrarse en una lesión determinada, pueden incrementar el dolor, mientras que la distracción, relajación y emociones positivas, puedan reducir o bloquear la percepción del mismo.

Objetivos: 1) Obtener datos empíricos que apoyen la hipótesis de base. 2) Intentar reducir el dolor mediante estimulaciones positivas a nivel cognitivo y físico mediante actividades lúdicas, terapéuticas y físicas. 3) Proporcionar bienestar al residente con el fin de mejorar el estado de ánimo.

Metodología: Se trata de un estudio semi-experimental y prospectivo, en el que se pretende medir la influencia del estado de ánimo frente al dolor, a través de una serie de terapias no farmacológicas.

La recogida de datos se realiza a nivel cualitativo y cuantitativo: *Cualitativo:* La técnica utilizada es la observación. Se recogen las propias verbalizaciones de los usuarios, la expresión facial, el grado de participación y adherencia a las terapias. *Cuantitativo:* Cuestionarios EuroQol 5-D, Escala de Depresión de Yesavage, Cuestionario de Salud SF-36 y Test de Lattinen.

Resultados: 1) *Datos cualitativos:* A través de la observación se han obtenido los siguientes resultados: Participación: en Musicoterapia, Terapia Asistida con Animales y Aquagym se ha logrado la participación del 100%. 2) *Datos cuantitativos:* En los resultados previos a la aplicación del cuestionario SF-36, la salud para el 44% de los entrevistados era buena, para el 22% regular y para el mismo porcentaje mala. Aunque comparándola con la salud que tenían hace un año el 43% consideran estar peor, el 34% más o menos igual y sólo el 11% se encuentran algo mejor.

En el análisis individual de las terapias, según las encuestas realizadas, Aquagym es el que reporta más beneficios físicos al 90% de los usuarios. Comparando la percepción del estado de salud en el periodo analizado, el 50% considera que su salud es mejor que hace 6 meses, para el 30% está peor y para el 20% está regular.

Conclusiones: Los resultados que se han estado obteniendo muestran cambios en las variables evaluadas, en concreto se han encontrado diferencias significativas en depresión, ansiedad, autoestima y disminución en la percepción del dolor. Los usuarios que han pasado por este programa de afrontamiento del dolor (según la hipótesis del Gate Control de Melzack y Wall) han mejorado de manera significativa.

105. CONDICIONANTES DE LA TASA METABÓLICA EN REPOSO EN ANCIANOS E INFLUENCIA SOBRE LA FUNCIONALIDAD

I. García Noguera, P. Atienzar Núñez, J.L. Esquinas Requena, E. Martínez Sánchez, A. Ruiz Gómez y P. Abizanda Soler
Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. Albacete.

Objetivo: Analizar los condicionantes de la tasa metabólica en reposo (TMR) en mayores de 69 años así como su influencia sobre la funcionalidad de los mismos.

Método: 116 mayores de 69 años capaces de deambular 5 metros, estudiados en Hospital de Día del Complejo Hospitalario Universitario de Albacete en 2008. Se les determinó la TMR mediante calorimetría indirecta. Se determinó la edad, sexo, índice de masa corporal (IMC), perímetro abdominal (PA), masa grasa (MG) y libre de grasa (MLG) por impedanciometría, kilocalorías de actividad física (KAF), velocidad de marcha (VM), Timed Up and Go (TUG) y fuerza prensora (FP) y flexora de codo (FC). Se analiza mediante regresión múltiple la relación entre TMR y el resto de variables.

Resultados: Edad media 75,6 (DE 4,4). Mujeres 41,4%. Barthel 96,6 (DE 5,8). MMSE 25,2 (DE 3,2). TMR 4.659 KJ/d (DE 1.443). IMC 29,1 (DE 4,1). PA 104 cm (DE 14). MG 23,2 (DE 6,8). MLG 49,8 (DE 8,4). KAF 2.054 (DE 484). VM 0,93 m/s (DE 0,28). TUG 11,8 seg (4,0). FP 27,5 (DE 12,6). FC 19,0 (12,7). Los mayores, las mujeres y los delgados tuvieron menor TMR ($p < 0,01$). La MLG se asoció con la TMR ajustado por edad e IMC [$B = 50$; IC95% 18,82; $p < 0,01$], pero la MG no. La TMR se asoció con TUG, VM, KAF, FP y FC ($p < 0,05$) en el análisis crudo.

Conclusiones: Los principales determinantes de la tasa metabólica en reposo en ancianos son la masa libre de grasa, la edad, el sexo y la obesidad. La TMR se asocia con funcionalidad aunque solo en el análisis crudo.

65. ¿CONSEGUIMOS APROXIMAR A LOS ALUMNOS DE MEDICINA A LA GERIATRÍA CON LA DOCENCIA UNIVERSITARIA?

M. Román García, M.M. Luengo Pérez, L.M. Rodríguez Barquero y M.J. Pérez Miranda

Introducción: La enseñanza de la geriatría en la UEx se inició en 2002 como asignatura troncal y en los 2 últimos años se analizó mediante encuesta la opinión de los alumnos al iniciar la asignatura, lo cual premió una aproximación a su percepción; observándose que disminuía la proporción de alumnos que no habían oído hablar de la Geriatría, la consideraban innecesaria o que los contenidos estaban implícitos en otras asignaturas; aumentaban los que consideraban que les podía resultar útil y mejoraba la percepción sobre posible ubicación de los geriatras y de los ancianos en los niveles asistenciales.

Objetivos: Considerando la investigación previa y que no habíamos analizado las opines antes y después de cursar la asignatura, realizamos la encuesta en dos tiempos para ver las variaciones.

Método: Encuesta voluntaria a los alumnos de Geriatría (2008-09), al inicio y al fin de la docencia (4 preguntas dicotómicas, 7 opcionales). Se recogieron 69 encuestas iniciales y 98 finales, seleccionando al azar 32 para comparar los resultados mediante análisis observacional descriptivo y cuantitativo; la cuantificación simple de los resultados se expresa como: opinión previa/ opinión posterior.

Resultados: Habían oído hablar de geriatría: Si 30/24, No 2/8. Geriatría 3 primeras opciones MIR: Si 0/2, No 32/30. Podría aportarles algo: Si 31/29, No 1/3. Contenidos en otras materias: Si 10/9; No 22/23. Necesaria (15/9) Interesante (15/21) Maria (1/0) Innecesaria (1/0) Ns/nc (0/2). Utilización para familiares: Especialidades (9/2) AP (2/1) Geriatría (21/29). Ubicación actual de geriatras: H 1/24 R 12/27 AP 2/3 Ningún sitio especial 2/0 Ns/nc 14/5. Ubicación idónea H, R, AP (23/24) H, R (4/3) AP, R (4/3) AP (1/2). Formación: MIR G (18/24) MIR AP (3/0) MIR MI (0/4) Masters (0/1). Población diana: > 65 (22/17) Institucionalizados (4/1) AF y DPD (2/12) Agudos (1/1) NS/NC (2/1). Se benefician más: > 65 (16/6) Institucionalizados (3/0) AF y DPD (11/24) Crónicos (1/0) NS/NC (1/2).

Conclusiones: 1. Cursar la asignatura influye positivamente en que sepan que se hace por el MIR de G y se planteen elegirla entre las tres primeras opciones, la consideren interesante y que los contenidos no están implícitos en otras materias. 2. Mejora el conocimiento sobre ubicación actual de los geriatras, población diana, utilidad de la misma incluso para sus propios familiares y ubicación idónea de los especialistas en geriatría; por lo que consideramos que, en nuestro medio, conseguimos aproximar a los alumnos a la Geriatría con la docencia universitaria reglada.

417. INFLUENCIA DE LA SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA EN EL PRONÓSTICO A CORTO PLAZO EN ANCIANOS INGRESADOS POR ENFERMEDAD CARDIOLÓGICA AGUDA

C. González de Villaumbrosia Santa Cruz, E. Sánchez García, R. Barrera Crispin, M.J. Lorenzo Hernández, A. Vázquez Castañón y M.T. Vidán Astiz
Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.

Objetivo: Analizar si la presencia de sintomatología depresiva se relaciona con mayor mortalidad o reingresos al mes del alta en ancianos ingresados en el Servicio de Cardiología.

Material y método: Estudio observacional prospectivo en el que se incluyeron a los pacientes ≥ 70 años ingresados por enfermedad car-

diológica aguda. Se analizaron variables sociodemográficas, diagnóstico principal al ingreso, comorbilidad (Charlson), gravedad (Apache II), situación funcional (Katz) y mental. Se definió sintomatología depresiva como una puntuación en la escala de Yesavage mayor de 6. Se realizó un seguimiento telefónico al mes del alta recogiendo la presencia de muerte o reingreso.

Resultados: Fueron incluidos 238 pacientes, con una edad media de 80,7 años, siendo un 50,4% mujeres. El 41,3% era independiente para todas las actividades básicas de la vida diaria y el 7,6% estaban diagnosticados de demencia. La mayor parte vivía con su pareja (53%) y un 2,6% en residencia. Los diagnósticos más frecuentes al ingreso fueron insuficiencia cardíaca (42,2%) y síndrome coronario agudo (37,8%). El Apache II medio fue de $9,5 \pm 3,2$ y la estancia media de $6,7 \pm 6$ días. Hubo un 20,6% de pacientes con sintomatología depresiva al ingreso. La mortalidad intrahospitalaria fue del 3,4%, al mes del 5,2% y reingresaron al mes el 9,6% (tasa combinada de muerte o reingreso al mes del 14,8%).

El 31% de los pacientes que presentaron síntomas depresivos murió o reingresó al mes frente al 11,1% de los que no la presentaban ($p = 0,003$). Otros factores que presentaron una asociación estadísticamente significativa con mortalidad o reingreso al mes fueron la presencia de insuficiencia cardíaca como motivo de ingreso ($p = 0,034$) y la gravedad ($p = 0,041$).

En el análisis multivariante la existencia de sintomatología depresiva al ingreso mostró asociarse con mayor mortalidad o reingreso al mes (OR 4,37, IC al 95% 1,7-11,1) independientemente de la edad, del diagnóstico al ingreso y de la gravedad.

Conclusiones: La existencia de sintomatología depresiva durante el ingreso hospitalario por enfermedad cardiológica aguda se asocia con peor evolución tras el alta. Se necesitan más estudios para conocer si las intervenciones encaminadas a identificar y tratar precozmente dichos síntomas podrían mejorar el pronóstico.

485. TRATAMIENTO TROMBOPROFILÁCTICO EN ANCIANOS CON FIBRILACIÓN AURICULAR: ADECUACIÓN DE LA INDICACIÓN Y FACTORES CONDICIONANTES ASOCIADOS

O. Duems Noriega, I. Saez Aguayo, F. Riba Porquet y S. Ariño Blasco
Hospital General de Granollers. Barcelona.

Contexto: La fibrilación auricular (FA) es la arritmia más frecuente, aumentando su prevalencia en ancianos. Es un importante factor de riesgo para eventos tromboembólicos. La terapia con anticoagulantes (AC) disminuye dicho riesgo. A pesar de los ensayos clínicos que demuestran la eficacia de tratamiento AC éste permanece infrutilizado en pacientes ancianos sin obvias contraindicaciones.

Objetivos: 1) Identificar el grado de adecuación de las nuevas recomendaciones internacionales (AHA/ACC, publicadas en 2006) a la población anciana con FA. 2) Identificar factores condicionantes en la toma de decisión para el tratamiento AC.

Método: Estudio observacional, retrospectivo y comparativo entre un grupo de pacientes con FA atendidos en la unidad de geriatría de agudos de un hospital comarcal durante el 2007 y otro grupo de pacientes atendidos en la misma unidad en el 2008, separados por una intervención (la presentación de las Guías AHA/ACC en sesión clínica y su acercamiento a los profesionales). Se obtuvieron datos demográficos, antecedentes patológicos, clínicos y analíticos, tratamiento previo y al alta. Se definió la indicación del tratamiento AC de la FA según las recomendaciones de la AHA/ACC (criterios de indicación CHADS2 y de contraindicación según BRMD), se analizó el grado de adecuación clínica a las recomendaciones (al ingreso y al alta) y se identificaron los factores predictores de la falta de adecuación clínica, comparándose los resultados en ambos grupos.

Resultados: Se registraron 238 pacientes con FA. La mediana de edad fue de 86,0 años (rango 25-75 82-90), con predominio del sexo femenino (63%). Presentaban 115 pacientes (48%) AC al ingreso y 112 pa-

cientes (47%) al alta. La aplicación de los criterios de la AHA/ACC de anticoagulación en ambos grupos indicarían tratamiento en 105 y 100 pacientes (88% y 84% de los casos respectivamente). El grado de adecuación de las recomendaciones previo al ingreso y al alta fue de 57% y 63%, sin diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos.

En modelos multivariados, los factores de riesgo para un menor grado de adecuación a las recomendaciones fueron: edad > 85 años, con OR 3,14 (95% CI 1,17-8,5) y dependencia funcional OR 1,49 (95% CI 1,035-2,14)

Conclusiones: El grado de adecuación de las recomendaciones internacionales de tromboprolifaxis en pacientes con FA en nuestro estudio es escaso (52%), pero similar al encontrado en estudios previos. Tras descartar el desconocimiento de las Guías por parte de los profesionales, se aprecian factores de riesgo como la edad y la dependencia funcional que condicionan un menor grado de adecuación a las recomendaciones internacionales.

188. REINGRESO HOSPITALARIO AL AÑO DE UN INGRESO POR INSUFICIENCIA CARDÍACA

E. Delgado¹, O. Suárez¹, J.C. Miñana², S. Gutiérrez², V. López² y C.B. Martínez de Vega²

¹Hospital de Jarrío. Jarrío-Coaña.

²Hospital Monte Naranco. Oviedo.

Objetivo: Identificar variables asociadas con un nuevo ingreso hospitalario por cualquier causa al año de una estancia hospitalaria por insuficiencia cardíaca.

Método: Estudio prospectivo de cohortes en pacientes con diagnóstico de insuficiencia cardíaca que ingresaron en una Unidad de Geriatría de Agudos entre febrero y julio de 2007. Se recogieron datos al ingreso, a los 3 meses y al año mediante entrevista telefónica y consulta de historia clínica. Las variables seleccionadas fueron: sociodemográficas, funcionales, clínicas, parámetros ecocardiográficos y analíticos.

Resultados: Se recogieron datos de 162 pacientes, de los que el 40,1% eran varones; con una edad media de 84,56 ($\pm 5,8$). El 14,9% de los pacientes vivía en una residencia. El 59,7% de los pacientes había ingresado al año al menos una vez en un hospital. Un 14,9% (23 individuos) habían ingresado 3 ó más veces. El 53,3% eran mujeres ($p = 0,05$). La situación funcional previa era buena y similar en ambos grupos, así como las variables sociodemográficas. El 63% ($p = 0,008$) de los individuos que había reingresado tenía un diagnóstico previo de fibrilación auricular y el 33,7% ($p = 0,022$) de EPOC. Ninguna otra variable clínica ni ecocardiográfica de las registradas presentó asociación. A los tres meses, el 52,3% ($p = 0,088$) del grupo de reingresadores presentaba pérdida funcional (PF) respecto a la situación previa en actividades básicas o instrumentales de la vida diaria. En el análisis multivariante se asociaron de forma independiente a reingreso hospitalario: el grupo de nonagenarios (OR = 1,38; $p = 0,043$) y el diagnóstico de EPOC (OR = 1,57; $p = 0,002$).

Conclusión: El diagnóstico de EPOC, así como la pertenencia al grupo etario de nonagenarios son variables que pueden ayudar a predecir un reingreso hospitalario al año de un ingreso por insuficiencia cardíaca.

Palabras clave: insuficiencia cardíaca, reingreso, evolución funcional.

487. NUEVAS PERSPECTIVAS EN EL TRATAMIENTO DEL ANEURISMA AÓRTICO EN EL ANCIANO FRÁGIL: A PROPÓSITO DE 75 CASOS

R. Asensio, R. Peñafiel, D. Carrasco, B. Vera, L.M. Salmerón y E. Ros
Hospital Universitario San Cecilio. Granada.

Introducción: La incidencia (7%) y la alta frecuencia de diagnóstico del aneurisma de aorta abdominal (AAA) en el ámbito geriátrico, en su mayoría como hallazgo casual, han planteado la problemática del

manejo de estos pacientes, ya que hasta la inclusión de las técnicas endovasculares muchos se rechazaban para cirugía convencional, ante la elevada mortalidad de esta técnica.

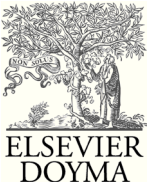
Objetivos: Analizar el perfil de los pacientes mayores de 65 años intervenidos de AAA mediante reparación endovascular, en un Servicio de Cirugía Vasculosa y exponer sus factores de riesgo, analizando los resultados obtenidos en relación a la morbimortalidad, su estancia media y su situación durante el seguimiento.

Pacientes y métodos: Entre marzo 2006 y marzo 2009 hemos intervenido quirúrgicamente de forma electiva 130 pacientes con AAA, de los cuales 95 (73%) se realizaron mediante cirugía endovascular. De este grupo, 75 pacientes (79%) eran mayores de 65 años. Se recogieron los datos de las historias clínicas, especificando factores de riesgo y patología asociada, así como la valoración anestésica, la técnica quirúrgica empleada, estancia en UVI, morbimortalidad perioperatoria y durante el seguimiento llevando a cabo un estudio descriptivo de las variables analizadas.

Resultados: 75 pacientes mayores de 65 años, 72 varones (96%) y 3 mujeres (4%). El 53% (40) en la séptima década. Como factores

de riesgo destaca HTA (87%), tabaquismo (61%), cardiopatía isquémica (40%), EPOC (32%), obesidad (32%) dislipemia (44%), DM2 (28%), IRC (21%) ECV (17%). La mayoría con alto riesgo quirúrgico ASA III-IV (95%). Se obtuvo éxito técnico inicial en 73/75 (97%). Como complicaciones se detectaron insuficiencia renal con 6 casos (8%), complicaciones cardiológicas 5 casos (7%) y complicaciones de herida quirúrgica 4 casos (5%); la mortalidad perioperatoria fue de 2 casos (3%) por IAM. La estancia media postoperatoria en UVI 38 horas (24-144) y la estancia media global 10 días (3-50). El seguimiento medio 13 meses (1-36) durante el que se realizaron 3 reintervenciones (4%). La supervivencia global fue de 62 casos (82,6%).

Conclusiones: La cirugía endovascular en el aneurisma de aorta supone la alternativa al tratamiento quirúrgico convencional en pacientes de edad avanzada con alto riesgo quirúrgico, con buenos resultados y escasa morbimortalidad. Esto ha representado un avance terapéutico que permite una supervivencia alta en pacientes, que hasta el año 1990 en que se inició esta técnica, eran contraindicados para la cirugía.



Comunicaciones libres

Sala B Nivel 1. Jueves, 4 de junio de 09:30 a 11:30 horas

Área Social I

Moderador:

Andrés Vázquez Piñeiro (Vigo)

111. EVALUACIÓN DE LA PUESTA EN FUNCIONAMIENTO DEL SERVICIO FORAL DE RESIDENCIAL SOCIO SANITARIO PARA PERSONAS MAYORES DEL TERRITORIO HISTÓRICO DE BIZKAIA (01/02/2007-31/12/2008)

L. Casado de Dios² y M. Muñiz Estankona¹

¹Servicio de Personas Mayores del Departamento de Acción Social de la Diputación Foral de Bizkaia. Bilbao. ²Área de Inspección Médica de Bizkaia del Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco. Bilbao.

Introducción: El servicio residencial socio-sanitario del Territorio Histórico de Bizkaia, destinado a personas mayores de 60 años en general o de 50 años en casos excepcionales. Este servicio, fruto de la colaboración entre el Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco, Osakidetza (Servicio Vasco de Salud Pública) y el Departamento de Acción Social de la Diputación Foral de Bizkaia, está destinado a (Perfiles): a) Personas con alta hospitalaria y expectativa de vida breve, que precisa de cuidados sanitarios pero no de tipo paliativo. b) Personas en periodo de convalecencia tras ingreso hospitalario que necesitan de cuidados asistenciales continuos y sanitarios frecuentes. c) Personas mayores afectas de demencias con alteraciones del comportamiento. d) Personas que padecen enfermedades infecto-contagiosas que precisan medidas especiales de aislamiento o control no susceptibles de prestarse en las residencias geriátricas.

Objetivo: Evaluar el funcionamiento de los dos primeros años de funcionamiento e identificar perfiles prevalentes en los pacientes.

Material y método: Se han revisado las 759 solicitudes de ingreso presentadas entre el 1 de febrero de 2007 y el 31 de diciembre de 2008, y las correspondientes historias sociales y sanitarias conforme a una batería de indicadores previamente definida.

Resultados: Se constata la existencia de una demanda de este servicio consolidada y creciente. La mayor parte de la demanda proviene de las zonas urbanas. Se produce un fuerte incremento del índice de ocupación a lo largo de 2008 con picos en los meses de verano. Se confirma que la red hospitalaria es la fuente principal y mayoritaria (92%) de los ingresos. Se confirma, también, el predominio de las mujeres con relación al total de los ingresos y en todos los grupos de edad. Se infiere la mayor prevalencia, con tendencia creciente, del perfil correspondiente a ingresos por proceso agudo

o convalecencia tras alta hospitalaria, seguido de lejos por el perfil correspondiente a cuidados al final de la vida; y la casi inexistencia de demanda con base a los perfiles de trastornos conductuales y enfermedad infecto-contagiosa: se presentan motivos principales de convalecencia y patologías prevalentes en los cuidados al final de la vida.

15. CUIDAR AFECTA A LA SALUD FÍSICA, PERO ¿INFLUYE LA FORMA DE PENSAR DE LOS CUIDADORES EN ESTA RELACIÓN?

A. Losada Baltar², M. Márquez González¹, R. Romero Moreno² y D. Loro Ramírez¹

¹Universidad Autónoma de Madrid. Madrid.

²Universidad Rey Juan Carlos. Madrid.

Introducción: El cuidado familiar de personas mayores tiene efectos negativos significativos sobre la salud física y mental de los cuidadores. Si bien se ha señalado que ser cuidador es un factor independiente a la hora de explicar esta relación, existen escasos estudios que analicen la influencia de dimensiones psicológicas en la salud física de los cuidadores.

Objetivo: Analizar si los pensamientos de los cuidadores sobre el cuidado afectan o no a diferentes dimensiones de su salud física.

Método: Se han llevado a cabo entrevistas individuales con 174 cuidadores familiares de personas con demencia (edad media = 50,1 años; d.t. = 13,3; 78,8% mujeres). Además de las dimensiones de salud física del cuestionario SF-36 función física y función social, se ha evaluado la frecuencia de comportamientos problemáticos del familiar (RMBPC), el estado funcional del familiar (Barthel), la depresión (CES-D), la carga (ZBI) y los pensamientos disfuncionales sobre el cuidado (CPD). Se han llevado a cabo diferentes análisis de regresión jerárquica utilizando como variables dependientes las dimensiones del SF-36 evaluadas. En un primer paso del modelo se han introducido la frecuencia de comportamientos y el nivel funcional; en un segundo paso la depresión y la carga y, en el último paso, los pensamientos disfuncionales del cuidador.

Resultados: Tomando como variable dependiente la función social, el modelo explica un 42% de la varianza de esta variable ($F = 16,79$; $p < 0,01$): una mejor función social se explica por una mayor capacidad funcional del familiar, menor depresión y carga del cuidador y, aun controladas estas variables, un menor número de pensamientos funcionales del cuidador ($B = -0,27$; $p < 0,01$). Resultados similares se obtienen al valorar la función física como variable dependiente. En este caso, el porcentaje de varianza explicado por el modelo es de un 21% ($F = 5,77$; $p < 0,01$). Los cuidadores que señalan que el cuidado les limita en mayor medida a su capacidad física son los que cuidan

de un familiar con menor capacidad funcional, tienen más depresión y, aun controladas estas variables, más pensamientos disfuncionales ($B = 0,26$; $p < 0,01$). Sorprendentemente, la carga no contribuye de forma significativa a explicar la función física.

Conclusiones: Los resultados sugieren que un modo desadaptativo de pensar acerca del cuidado contribuye de forma significativa al malestar físico de los cuidadores, incluso una vez tenidas en cuenta variables como la capacidad funcional del familiar o la depresión del cuidador. La modificación de esta forma disfuncional de pensar por formas adaptativas de afrontar el cuidado puede contribuir de forma significativa al bienestar de los cuidadores.

199. EVOLUCIÓN DE LA TIPOLOGÍA Y CARGAS DE TRABAJO DE ANCIANOS INSTITUCIONALIZADOS

F.J. Jimenez Muela, F. Suárez García y J.J. Solano Jaurrieta
Hospital Monte Naranco. Oviedo.

Objetivo: Conocer la evolución en 10 años de la población institucionalizada, en función de la clasificación RUG-T18 y de las cargas de trabajo.

Diseño: Estudio transversal de la población en residencias públicas del municipio de Oviedo, lo que supone tres centros con capacidad entre 145 y 263 plazas, elegidas por ser una muestra representativa y comparable con estudios previos. Por medio de 2 revisores entrenados, se recogieron los datos demográficos y los criterios de la clasificación RUG-T18. El personal de atención directa, auxiliares y ATS, registran los tiempos que dedican a cada residente. Los tiempos de fisioterapia y terapia ocupacional se recogen de las planillas de intervención. Se compara con un estudio realizado con la misma metodología en el año 1998.

Resultados: Se evaluaron a 547 residentes. La edad media fue de 84,7 años, con un 69,1% de mujeres. La distribución del número de residentes en los Grupos de la Clasificación y el tiempo medio de atención directa diaria en minutos fue la siguiente: PA-202 (13 minutos); PB-41 (48 m); PC-39 (82 m); PD-8 (99 m); BA-76 (27 m); BB-113 (72 m); BC-38 (95 m); CA-5 (22 m); CB-2 (81 m); CC-3 (95 m); RA-13 (40 m); RB-7 (84 m) Tiempo medio de atención 57 min.. En el año 1998 y en el Principado de Asturias el resultado fue: Usuarios 2.131. Distribución: PA-1.118 (31 m); PB-166 (63 m); PC-247 (104 m); PD-111 (146 m); BA- 60 (40 m); BB-97 (82 m); BC-14 (143 m); CA-105 (48 m); CB-68 (116 m); CC-76 (151 m); RA-24 (115 m); RB- 16 (158); SA-3 (139 m); SB-27 (195 m). Tiempo medio de atención: 59 min.

Conclusiones: El perfil de la población ha evolucionado hacia los que presentan unas mayores necesidades de cuidados. No obstante aún existe un alto porcentaje en el grupo de menor necesidad (PA 37%). El mayor aumento se observa en el grupo de alteraciones de la conducta. A pesar de este aumento de las necesidades objetivas no se ha aumentado el tiempo de atención, que promedia en una hora al día por residente.

177. LUGARES EUROPEOS DE RETIRO PARA LOS GERONTOINMIGRANTES: UN DISEÑO MUNICIPAL PARA TODOS

M. Echezarreta Ferrer², R. Caro², R. Durán², M. Martín², J.M. Marín¹ y A. Rodríguez²

¹Ayuntamiento de Málaga.

²Facultad de Derecho. Universidad de Málaga.

Objetivos: 1. Definir, describir y analizar los desafíos y las oportunidades que el fenómeno de la movilidad transfronteriza de personas mayores, que denominamos *gerontomigración*, plantea en los Lugares Europeos de Retiro (LER). 2. Diseñar una oferta de acogida de gerontoinmigrantes atractiva, equilibrada y sostenida.

Método: A partir de la aproximación analítica propia de cada una de las disciplinas participantes (Demografía, Derecho, Medicina y Poli-

tología) creamos de forma interdisciplinaria conocimiento nuevo aplicado a los objetivos gerontológicos descritos.

Resultados: La gerontomigración es un fenómeno complejo y específico, resultado de la confluencia de otros tres: el envejecimiento, la migración y la construcción europea. Está siendo instrumentalizado casi en exclusiva por intereses económicos y se encuentra desprogramado, desprofesionalizado, desregulado y descoordinado. Sus consecuencias más inmediatas son: a) desequilibrios financieros entre las Administraciones, en especial en el ámbito sanitario; b) saturación medioambiental y territorial, fruto de una oferta consumista en exceso de recursos naturales agotables; c) ausencia de compromisos con los estándares gerontológicos, tanto más en el caso de las personas mayores desplazadas; d) procesos de endoculturación, resultado de la autorregulación y el abastecimiento de bienes y servicios por empresas propias; e) escasa actividad participativa en el espacio público de los LER, contrario a la consolidación y/o mejora de una democracia de calidad y de una sociedad civil europea; y f) desjudicialización de los derechos de estos colectivos en situación de vulnerabilidad por su invisibilidad, fruto de la ausencia de integración, y, por ende, de la ausencia de control público.

Conclusiones: 1. Diseño de 70 indicadores de excelencia, evaluables a nivel municipal y comprometidos con el respeto a la dignidad, la solidaridad, la autonomía personal, la protección a la dependencia y el respeto a la diversidad (retos de la ciudadanía europea). 2. Propuesta, en estudio en la actualidad, de creación de una credencial europea "Municipio LER" que acredite la calidad de los esfuerzos y resultados de los municipios que así atienden el fenómeno de la gerontomigración. Para más información, www.gerontomigracion.uma.es

26. ¿CUIDO PORQUE DEBO O CUIDO PORQUE QUIERO?:

DIFERENCIAS ENTRE CUIDADORAS Y CUIDADORES EN LA RELACIÓN ENTRE MOTIVOS INTRÍNSECOS Y EXTRÍNSECOS PARA CUIDAR Y EL MALESTAR

R. Romero Moreno¹, M. Márquez González², A. Sánchez Mazarro², N. Anaya Reig¹ y A. Losada Baltar¹

¹Universidad Rey Juan Carlos. Alcorcón. Madrid. ²Universidad Autónoma de Madrid.

Objetivos: Si bien se han llevado a cabo estudios en los que se analiza, de una forma descriptiva, los motivos por los que una persona cuida de un familiar dependiente, hasta donde sabemos no se ha analizado la relación entre motivos para cuidar y el malestar del cuidador.

A través de este estudio se pretende: 1) analizar la estructura factorial de la escala de Motivos Culturales para el Cuidado (CJCS más el ítem "Cuido porque no me queda otra opción"); 2) analizar la relación existente entre los motivos para cuidar, la activación conductual de los cuidadores, el apoyo social y el malestar (físico y psicológico) y 3) analizar estas relaciones considerando el sexo del cuidador.

Método: Para ello se han realizado entrevistas individuales a 177 cuidadores (edad media = 59,05; dt = 13,06; 78,5% mujeres y 21,5% hombres) y se han medido las variables motivos culturales para cuidar (CJCS), salud física (función física y función social; SF-36), depresión (CES-D), ansiedad (POMS), apoyo social (PSQ) y activación y satisfacción conductual (LS).

Resultados: De la escala Motivos para cuidar se han obtenidos dos factores (varianza explicada del 59,63%) que han sido denominados "motivos extrínsecos relacionados con la obligación cultural de cuidar" (Factor 1), como deber familiar o tener que dar ejemplo y "motivos intrínsecos asociados con aspectos emocionales o personales del cuidado" (Factor 2), tales como satisfacción al sentirse útil o potenciación del vínculo emocional. Si bien el análisis de las relaciones en la muestra total muestra una asociación significativa entre el factor 1 y la ansiedad y la función social, el análisis de los resultados en función del sexo del cuidador muestra perfiles diferentes entre hom-

bres y mujeres. En mujeres, una mayor puntuación en el Factor 1 se asocia con una menor realización de actividades de ocio y tiempo libre ($p < 0,01$) y mayor depresión ($p < 0,05$), ansiedad ($p < 0,01$) e interferencia con la función social ($p < 0,01$). Una mayor puntuación en el Factor 2 se asocia con la recepción de más apoyo social. En hombres, únicamente se ha observado que mayores puntuaciones en el Factor 2 se asocian con menos depresión ($p < 0,01$).

Conclusiones: Es importante considerar los motivos para cuidar no como un constructo homogéneo sino en sus distintas dimensiones, y en función del perfil específico del cuidador (por ej., sexo). Los resultados de este estudio sugieren que, mientras que “cuidar porque uno debe” se asocia con un mayor malestar (especialmente en mujeres), al basarse en normas internalizadas de obligación, “cuidar porque uno quiere” tiene mayores beneficios psicológicos al tratarse de valores elegidos personalmente por su significado emocional.

197. CORRESPONDENCIA ENTRE EL SISTEMA DE CLASIFICACIÓN DE USUARIOS RUG-T18 Y LOS GRADOS DE LA LEY DE LA DEPENDENCIA

F.J. Jiménez Muela, F. Suárez García y J.J. Solano Jaurrieta
Hospital Monte Naranco. Oviedo.

Objetivo: Conocer la posible correspondencia entre los distintos grupos de ambos sistemas de clasificación.

Diseño: Estudio transversal de la población en residencias públicas del municipio de Oviedo, lo que supone tres centros con capacidad entre 145 y 263 plazas. Por medio de 2 revisores entrenados, se recogieron los datos demográficos, los criterios de la clasificación RUG-T18 y los criterios del Baremo de la Valoración de la Dependencia (BVD), para su clasificación de grados de dependencia, sin la subdivisión en niveles.

Resultados: Se evaluaron a 547 residentes. La edad media fue de 84,7 años, con un 69,1% de mujeres. La distribución de los Grados de Dependencia para cada Grupo de la Clasificación RUG fue la siguiente: PA (Sin Grado-90,1%; Grado 1-7,4%; Grado 2-2,5%) PB (SG-26,8%; G1-24,4%; G2-26,8%; G3-22%) PC (G1-7,7%; G2-10,3%; G3-82,1%) PD (G3-100%) BA (SG-60,5%; G1-26,3%; G2-10,5%; G3-2,6%) BB (SG-7,1%; G1-15%; G2-17,7%; G3-60,2%) BC (G3-100%) CA (SG-80%; G2-20%) CB (G2-50%; G3-50%) CC (G3-100%) R1A (SG-53,8%; G2-38,5%; G3-7,7%) R1B (G2-14,3%; G3-85,7%).

Conclusiones: No existe una buena correspondencia entre los grupos de la clasificación RUG y los Grados de la Ley de la Dependencia. Los grupos RUG con el mayor deterioro funcional, e independientemente de las necesidades clínicas se sitúan en un 100% en el Grado 3 de la Dependencia (PD, BC, CC). Dado que el sistema RUG ha sido suficientemente testado, y se relaciona con las necesidades cuidados y tiempos de atención directa, habrá que realizar estudios más extensos que confirmen la idoneidad del BVD como criterio de acceso a los beneficios de los Servicios Sociales.

138. CONFLICTOS ÉTICOS EN LA INTERVENCIÓN SOCIAL CON MAYORES. ESTUDIO DE FRECUENCIA Y PERCEPCIÓN DE LA SEVERIDAD

M. Goikoetxea Iturregi, L. Zurbanobeaskoetxea, E. Calvete y R. Sampedro

Comité de Ética en Intervención Social. Bilbao.

Objetivo del estudio: Examinar las percepciones de los y las profesionales sobre diversos conflictos éticos que pueden presentarse en su ámbito de trabajo.

Metodología: La encuesta anónima y confidencial, fue diseñada por el Comité de Ética de intervención social de Bizkaia e incluía 32 posibles situaciones de conflicto ético; las personas encuestadas señalaban, por un lado, si se daban en su ámbito de trabajo (opción de

respuesta: si o no) y por otro, en que grado lo consideraban grave (escalada de 0 a 3). Se envió junto con una carta-presentación explicativa, a todos los técnicos y profesionales del Departamento de Acción Social de la Diputación Foral de Bizkaia, así como a los profesionales de los servicios residenciales del Instituto Foral de Asistencia Sociales de Bizkaia. Respondieron un total de 154 profesionales, de los que 53 eran del ámbito asistencial con personas mayores (34%).

Resultados: 1) *Prevalencia de conflictos éticos en la asistencia a las personas mayores:* Empleo de medidas de sujeción en personas con riesgos (64,2%). Uso de espacios compartidos para personas con y sin demencia (64,2%). Negativa al tratamiento psiquiátrico en personas usuarias con problemas de conducta (62,3%). Intentos de “salidas” en centros abiertos por parte de personas con competencia limitada (58,5%). Actitud ante las agresiones de unas personas usuarias a otros/as (56,6%). No voluntariedad en el ingreso (58,5%). Invasión de la privacidad (54,7%). 2) *Severidad percibida en los conflictos con las personas mayores (de 0 a 3):* Negativa al tratamiento psiquiátrico en personas usuarias con problemas de conducta (2,69). Intentos de “salidas” en centros abiertos por parte de personas con competencia limitada (2,53). Conflictos entre derechos del trabajador y de las personas usuarias (2,52). No voluntariedad en el ingreso (2,34). Discriminación sanitaria y de servicios sociales en personas con enfermedad mental (2,05).

Conclusiones: Los problemas éticos detectados hacen referencia, fundamentalmente, al conflicto entre la seguridad de las personas usuarias (no-maleficencia) y el respeto a su autonomía, que en algunos casos puede estar disminuida. Los problemas aumentan en ámbitos donde conviven personas con diferentes niveles de autonomía y riesgos. Se propone una metodología deliberativa para la resolución de los problemas éticos detectados.

64. ENVEJECER SIN VER I. PROPUESTA DE UN MODELO DE AJUSTE A LA DISCAPACIDAD VISUAL SOBREVENIDA EN LA VEJEZ

R. Pallero González² y P.J. Ferrando Piera¹

¹Universidad Rovira i Virgili. Tarragona. ²ONCE. Tarragona.

Objetivos: La discapacidad visual puede aparecer por múltiples razones y en cualquier momento de la vida. Su aparición provoca una serie de limitaciones en las actividades realizadas, unas reacciones emocionales y cambios en la vida de la persona afectada y en su entorno inmediato.

Ante esta situación hay que hacer un proceso general de adaptación que incorpore en la vida las circunstancias cambiantes y las modificaciones que se deban a hacer para afrontar la nueva situación. Este proceso hemos dado en llamarle de *ajuste a la discapacidad visual*. En las investigaciones desarrolladas por el equipo investigador mixto entre la ONCE y el departamento de Psicología de la Universidad Rovira i Virgili se ha desarrollado una propuesta marco de modelo de este proceso (modelo general). Como objetivo general de la investigación que se presenta en este artículo está el estudio de ese proceso cuando la pérdida visual ha sucedido en la vejez.

Método: Partiendo del modelo general de ajuste a la discapacidad visual, se realizó una selección de las variables y procesos específicos que lo componen, para obtener un modelo simplificado que sirviera para una primera aproximación a su estudio en este segmento de edad. Se elaboró un protocolo que incluía diversas pruebas psicológicas que permitían evaluar las variables seleccionadas. Se administró a una muestra formada por 335 personas que habían perdido la visión con posterioridad a los 60 años y con restos visuales iguales o inferiores a 10^o en la escala de Wecker. No debían tener enfermedades graves ni otras discapacidades relevantes.

El modelo inicial que se puso a prueba era un modelo estructural MIMIC, formado por cinco antecedentes (variables y procesos) y cuatro indicadores de ajuste, y que planeaba la existencia de un factor

general de ajuste. El modelo se estimó mediante el procedimiento de máxima verosimilitud.

Resultados: El modelo mostró un aceptable ajuste, apoyando los datos el planteamiento teórico de un factor general. Las interpretaciones que se pueden hacer de los dos submodelos que lo componen difieren. En el submodelo de medida los resultados sugieren que todos los indicadores son buenas medidas del factor. En el submodelo estructural o predictor los resultados sugieren que sólo las medidas psicológicas tienen un impacto significativo en el ajuste.

Conclusiones: Se ha podido obtener un modelo razonablemente ajustado para entender el proceso de ajuste a la discapacidad visual sobrevenida en la vejez. El modelo incorpora variables predictoras (medidas de aceptación, actitudes y adaptación) e indicadores (medidas de depresión, de autoestima, de bienestar personal y de ideación suicida). En contra de lo esperado, las medidas de actitud familiar y de funcionalidad para la orientación y movilidad no se han mostrado válidas como antecedentes. Este resultado, debería verificarse en posteriores investigaciones.

La investigación descrita está financiada por la ONCE.

120. ENVEJECER SIN VER II. EVALUACIÓN DEL AJUSTE A LA DISCAPACIDAD VISUAL SOBREVENIDA EN LA VEJEZ

R. Pallero González¹, P.J. Ferrando Piera³, M. Díaz Salabert²,

F. Ceña Coro⁴ y U. Lorenzo Seva³

¹ONCE. ²ONCE. Barcelona.

³Universitat Rovira i Virgili. Tarragona.

⁴ONCE. Oviedo.

Objetivos: El proceso de ajuste a la discapacidad visual puede aproximarse y describirse utilizando modelos teóricos que facilitan su comprensión. Estos modelos suelen evaluarse usando instrumentos de medida que permiten evaluar las variables que los componen. Pueden proceder de los existentes para la población en general o haber sido diseñados expresamente para la población con discapacidad visual. Si las medidas muestran su validez para la evaluación del proceso, pueden ser utilizadas posteriormente en el diseño de programas de intervención profesional que faciliten ese proceso. Uno de los objetivos generales del equipo investigador mixto formado por psicólogos de la ONCE y profesores del departamento de Psicología de la Universidad Rovira i Virgili, es (a) el análisis de la validez de instrumentos diseñados para la población en general en la evaluación del ajuste, (b) la adaptación de instrumentos específicos existentes en otras lenguas y (c) el diseño de otros creados para nuestra población. Se expone aquí la situación actual de las investigaciones del equipo en este campo.

Método: Se seleccionaron los instrumentos de medida a utilizar en la investigación. Para ello se revisó la bibliografía existente sobre la evaluación del proceso de ajuste a la discapacidad visual, en especial aquella referida a la pérdida sobrevenida en la vejez. Se encontraron solo dos instrumentos: a) uno que había sido diseñado específicamente para evaluar el ajuste en ese tramo de edad (Age Related Vision Loss de A. Horowitz y JP Reinhardt) y b) otro que si bien no era específico para la vejez, había sido validado en una muestra cuyo rango de edad cubría la etapa de la vida objeto de nuestro estudio (Nottingham Adjustment Scale de A.G. Dodds). Se seleccionó, a su vez, un instrumento de frecuente uso en la evaluación de población mayor en nuestro país Geriatric Depression Scale de Brink y Gesavage, en su adaptación española de Izial y Montorio). Las escalas AVL y NAS se adaptaron a la lengua y cultura española siguiendo las pautas indicadas por el comité internacional para los tests. Con estos instrumentos se configuró un protocolo de investigación que se administró a una muestra de 335 personas con pérdida visual sobrevenida con posterioridad a los 60 años, restos visuales iguales o inferiores a 10 en la escala de Wecker, sin enfermedades graves ni otras discapacidades relevantes. Como criterios se utiliza-

ron las pruebas cruzadas entre sí, una escala de bienestar subjetivo propia del equipo (Pallero y Ferrando) y medidas objetivas (informes de los profesionales).

Resultados: La escala AVL de 24 ítems mostró para esta muestra una fiabilidad de 0,80, estimada mediante alpha de Cronbach (Intervalo de confianza al 95%. 0,76; 0,83). Los resultados correspondientes a la escala NAS, compuesta por 7 subescalas en su adaptación española fueron: Subescala de indicadores de ansiedad/depresión (0,88; 95%-0,86 ; 0,90); subescala de ideación suicida (0,87; 95%-0,8-0,89); subescala de autoestima (0,81; 95%-0,77; 0,84); subescala de actitudes (0,75; 95%-0,70; 0,79); subescala de aceptación (0,87; 95%-0,85; 0,89) y subescala de autoeficacia (0,76; 95%-0,71; 0,79). Para la mayor parte de las relaciones entre las escalas AVL, NAS (y sus diversas Subescalas) y la GDS, los coeficientes de validez convergente se consideran apropiados.

Conclusiones: Se puede afirmar que se dispone de instrumentos de evaluación que evalúan adecuadamente el proceso de ajuste a la discapacidad y las variables que lo componen y que sirven al profesional de la psicología como herramientas útiles en el diseño y seguimiento de programas de intervención. Las pruebas específicas están incorporadas en un programa para su aplicación y corrección automatizada, disponible para su descarga en www.proyectotattagona.es

158. DISTRIBUCIÓN TERRITORIAL DEL AISLAMIENTO SOCIAL EN UNA GRAN CIUDAD

P. Serrano Garijo, M.C. Tena-Davila Mata y F. Martín Tejedor

Ayuntamiento de Madrid.

Introducción: El aislamiento social entre los mayores es un fenómeno relativamente frecuente, con causas de diversa índole y consecuencias nefastas en ocasiones, como pueden ser los internamientos involuntarios o la muerte en abandono. El Ayuntamiento de Madrid, consciente de la gravedad del problema, ha puesto en marcha varias iniciativas para atender a quienes lo sufren y para prevenirlo, motivo por el que es fundamental incrementar los conocimientos sobre el aislamiento social, incluida su distribución geográfica.

Objetivo: Conocer si la Ciudad de Madrid, tiene tasas semejantes de mayores en aislamiento social en todo su territorio o si, por el contrario, hay zonas de mayor afectación.

Material y método: Se utilizan los registros de 365 personas mayores de 65 años en aislamiento social, procedentes de diferentes fuentes de información y se estudia la distribución geográfica de los casos con el fin de buscar, áreas de mayor frecuencia: cadáveres hallados por los servicios de emergencias, correspondientes a personas en aislamiento social durante el periodo 2004-2008 (141), personas auxiliadas por los servicios de emergencias en sus domicilios, mediante apertura de puertas, en los que se evidencia aislamiento social (2006-2008, 14), personas con un expediente en salud ambiental por acumulación de basuras (2007-2008, 35), personas atendidas por Samur Social en situación de aislamiento (2008, 31) y personas atendidas por el servicio de apoyo psicológico domiciliario del programa de intervención en aislamiento social (2006-2008, 144). Las cifras se ponen en relación con el número de mayores de la ciudad y de sus 21 distritos. Las frecuencias obtenidas de cada una de las fuentes de intervención, se relativizan con la media de la ciudad, a fin de obtener cifras comparables. El análisis entre los distritos se hace con la Prueba de Kruskal-Wallis.

Resultados: La tasa por 10.000 en el periodo señalado para cada uno de los indicadores es: 2,34, 0,23, 0,58, 0,52 y 2,39 respectivamente. Tras relativizar los valores, dividiéndolos por la media de la ciudad, se considera la unidad el índice sintético global. La comparación entre distritos, nos muestra una gran dispersión: < 0,5 (7 distritos), 0,5-0,99 (5), 1 -1,49 (6), 1,5-1,99 (2), y uno de ellos claramente diferenciado (2,54). Esta diferencia es estadísticamente significativa.

Conclusiones: Las diferentes fuentes de información nos indican que el aislamiento social no es un fenómeno homogéneo desde el punto de vista geográfico. La identificación de las zonas de mayor afectación es crucial para la planificación de los servicios preventivos y de intervención.

35. ENVEJECER EN ÁMBITO RURAL NO ES LO MISMO QUE ENVEJECER EN LA CIUDAD: LA PROMOCIÓN DEL ENVEJECIMIENTO ACTIVO EN EL ENTORNO RURAL

P. Monreal, A. del Valle Gómez y B.C. Serdà
Universidad de Girona. Girona.

Tradicionalmente los estudios gerontológicos se han caracterizado por utilizar muestras de contextos urbanos; centrarse en aspectos problemáticos o que pueden serlo; y, estudiar determinados perfiles de las personas mayores y patrones de envejecimiento. Todo ello ha contribuido a homogeneizar la imagen de una población que es por definición heterogénea y a trasladar los modelos de planificación, atención e intervención claramente urbanos a los contextos rurales. (Pérez Salanova 2002).

Esta presentación recoge en parte los resultados del trabajo titulado "Identificación de diferentes patrones de envejecimiento activo en personas mayores en contextos rurales y urbanos" financiado por el IMSERSO 2007-2008

Objetivo: Resaltar las características que definen el envejecimiento en el contexto rural diferenciándolo del envejecimiento en un contexto urbano, desde la perspectiva de las personas mayores que viven en el ámbito rural, para elaborar propuestas de intervención ajustadas al contexto y a las personas que conduzcan a favorecer estilos de vida más activos y participativos y que sirvan de ayuda a los profesionales responsables de la planificación y la gestión de los recursos y la atención a las personas mayores.

La investigación se realizó desde la perspectiva metodológica cualitativa. Las técnicas de recogida de datos fueron entrevistas a informantes clave, grupos focales y entrevistas en profundidad. El muestreo fue intensivo por representatividad teórica. Los participantes fueron personas mayores activas, voluntarios y profesionales en la atención social y sanitaria. Se realizaron 7 entrevistas a expertos, 21 a personas mayores, 5 a profesionales y dos grupos focales de profesionales y agentes sociales significativos. Con un total de 53 participantes.

El análisis de la información se realizó utilizando el Método de Comparaciones Constantes, y la triangulación.

Resultados: Se identifican las principales características de los estilos de vida en contextos rurales para identificar los principales elementos facilitadores (la existencia de redes de ayuda informal normalizadas en las relaciones, el auge del uso de espacios de participación, el sentimiento de seguridad, el alto grado de significado atribuido a las actividades) y dificultadores (el incremento de la distancia entre la vida social y la cotidiana, la creciente heterogenei-

dad en la población, el cambio en las relaciones interpersonales, la pérdida del sentimiento de comunidad) para que la personas mayores mantengan una vida activa.

Conclusiones: Proponiendo actuaciones a diferentes niveles de intervención dirigidas a promover el envejecimiento activo en los entornos rurales.

160. ESTRESORES DE RIESGO DE MALTRATO Y PREVALENCIA DEL MISMO EN UN GRUPO DE CUIDADORES

P. Serrano Garijo, M.S. García Carpio, E. Molina Díaz, M. González Molina, M.C. Tena-Davila Mata y F. Martín Tejedor
Ayuntamiento de Madrid.

Introducción: A pesar de que la inmensa mayoría de los familiares cuidan bien de sus parientes mayores, desafortunadamente, según nos refiere la literatura al respecto, en ocasiones, los cuidados pueden derivar en consecuencias negativas y dar como resultado un aumento de tensiones y presiones que pueden desembocar en conductas abusivas debido a la frustración y fatiga.

Objetivos: Se pretende explorar la presencia de factores de riesgo o estresores de malos tratos a mayores en un grupo de cuidadores sobrecargados, y su relación con el grado de sobrecarga, por otro lado, identificar los casos que pueden haber incurrido en un trato inadecuado.

Material y método: Se utiliza una metodología doble. Por un lado se hace un estudio retrospectivo sobre 378 cuidadores, participantes en el programa municipal de apoyo a cuidadores. Se tienen en cuenta una combinación de posibles factores de riesgo relacionados con el maltrato a mayores, agrupados en función de si están presentes en la persona mayor, en el responsable del cuidado o en el contexto de la situación de cuidado. Los datos se extraen de los cuestionarios que se utilizan en el programa: GHQ-28, Zarit, test del esfuerzo del cuidador y datos sobre el mayor. Por otro lado, se hace un estudio prospectivo, buscando la presencia de trato inadecuado, con un cuestionario diseñado a tal fin, mediante visita a 150 domicilios y entrevista directa tanto al cuidador como a la persona cuidada.

Resultados: La ansiedad por parte del cuidador; la dependencia funcional, los trastornos del comportamiento por parte del mayor y la dedicación > de 7 horas/día, son los más frecuentes (60%), mientras que la vergüenza y el enfado (con una frecuencia inferior al 20%) solo aparece de forma relevante en grados altos de sobrecarga. El número de estresores (moda 6, rango 2-12) aumenta con la carga (Zarit: leve 4,7, moderada 5,2, grave 6,2 y severa 7,6). En cuanto a la frecuencia de maltrato, de los 150 casos estudiados, solo se ha constatado trato inadecuado en 1 que nos arroja una cifra de 0,6% y los entrevistados han percibido un trato exquisito en los domicilios visitados.

Conclusiones: A pesar de que el 100% de los cuidadores estudiados presentan factores de riesgo relacionados con maltrato, la frecuencia registrada es mínima, sin que podamos precisar en que medida puede haber influido el que sean participantes en el programa para cuidadores.



Revista Española de Geriatria y Gerontología

www.elsevier.es/regg



Comunicaciones libres

Sala B Nivel 1. Viernes, 5 de junio de 9:30 a 11:30 horas

Área Clínica VI

Modera:

Ignacio Toranzo Martínez (Zamora)

Cuidados al final de la vida

192. CUIDADOS PALIATIVOS AL FINAL DE LA VIDA. MUERTE EN UNA UNIDAD GERIÁTRICA DE AGUDOS (UGA) HOSPITAL INSULAR DE LANZAROTE

J.P. Simón Turriate, M.D. González Bermudes, C. Alastuey Jiménez e I. Muro Pablo

Hospital Insular de Lanzarote. Lanzarote.

Objetivos: Estudio de los cuidados prestados a pacientes, no oncológicos, que fallecen en una Unidad Geriátrica de Agudos.

Métodos: Estudio observacional descriptivo, de las defunciones durante el año 2008, en nuestra UGA, de pacientes que ingresan sin ser el motivo de su ingreso el de cuidados paliativos.

Resultados: Numero de casos 58. Varones, 43,1%. Mujeres, 56,9%. Edad media, 86,64 años con una DS de 7,4 (rango: 63-100). Procedencia: 53,4% del servicio de urgencias; 22,4%, residencia geriátrica; 17,2%, hospital de referencia. El índice de Barthel al ingreso, media: 10 (rango: 0-90; DS: 20,34). Norton, media: 13,4 (rango 4-16; DS: 2,6). MSQ, 7,2 (rango: 0-10; DS: 3,4) La duración de la fase terminal fue de mas de 48 horas en un 55,2%; 17,2% entre 24 y 48 horas y un 17,2% de muerte súbita. La decisión medica de cuidados paliativos se tomó en un 63,8% de los casos y la orden de "no resucitar" se registro en un 37,9%. Antibioticoterapia fue administrada antes de las 48 horas del desenlace en un 27,6% y en las últimas 24 horas en un 15,5%. Un 50% de los casos no tenían tratamiento antibiótico. En el momento del exitus un 81% tenía instaurada fluidoterapia, con un 43% de bomba de perfusión continua subcutánea. A un 20,7% se le pidieron pruebas complementarias en las 48 horas previas. El diagnostico primario al ingreso fue de Infección respiratoria en un 46,6%; ictus, 12,1%; sepsis, 8,6%; cardiológico, 6,9% y otros (insuficiencia renal, FOD, deterioro general, demencia), 36,2%.

Comentarios: La muerte en una unidad hospitalaria sigue siendo un hecho de difícil aceptación, no solo por el profesional sanitario sino, y sobretudo, por los familiares del paciente. Aunque el medico sea capaz de reconocer la situación de terminalidad de un paciente su actuación se ve condicionada por el entorno familiar y/o el descono-

cimiento del historial previo del paciente. Aun asumiendo actitud de cuidados paliativos, se mantiene acción terapéutica en muchos casos. La tendencia es hacia la hospitalización del final de la vida, un hecho que se observa en estudios realizados en otros países de la Unión Europea.

267. UTILIZACIÓN DE FÁRMACOS INADECUADOS EN ANCIANOS INSTITUCIONALIZADOS

J.M. Arche Coto, F. Suárez García, L. Santiago, M. Ramos, J.J. Solano Jaurrieta y F.J. Jiménez Muela

Hospital Monte Naranco. Oviedo.

Objetivos: Determinar el uso de fármacos potencialmente inadecuados en las residencias de personas mayores.

Métodos: Estudio transversal de los ancianos institucionalizados en las cuatro residencias del ente público ERA en la ciudad de Oviedo. Se obtuvieron parámetros funcionales a través del índice de Barthel recogiendo los principales diagnósticos médicos así como el listado de su tratamiento farmacológico habitual. Se utilizaron los Criterios explícitos de Beers para determinar los fármacos inapropiados tanto de forma cuantitativa como cualitativa. Teniendo en cuenta el hecho de que una de las residencias tiene médicos en plantilla mientras el resto eran atendidos por Atención Primaria, se analizó el posible beneficio de dicho modelo en cuanto a la prescripción inadecuada. Para valorar las diferencias entre variables categóricas se utilizó la prueba de chi cuadrado y, en el caso de las variables cuantitativas se empleó la prueba ANOVA de una vía. Se llevó a cabo un análisis de regresión logística para comprobar las variables asociadas de forma independiente a prescripción inadecuada.

Resultados: La muestra está formada por 645 personas todas ellas mayores de 65 años (edad media 84,36 ± 7,59) siendo el 69% mujeres. El índice de Barthel medio fue de 59,19 ± 37,23. El 32,7% de la muestra tenía el diagnóstico de algún tipo de trastorno cognitivo, el 25,4% eran hipertensos, 17,2% diabéticos, 14,4% padecía de patología osteoarticular y el 11,3% tenía un síndrome depresivo. En cuanto al número de fármacos inapropiados un 18,1% tomaba uno, el 2,3% dos y el 0,3% tomaba hasta tres fármacos inapropiados. No hubo diferencias significativas (22,4% vs 19,6%) ($p = 0,38$) entre la proporción de fármacos inapropiados de la residencia con médicos en plantilla y el resto. Estratificando por situación funcional, se observó que aquellos ancianos que tenían un índice de Barthel entre 40 y 60 puntos (25%) eran los que más fármacos inapropiados tomaban, siendo los más dependientes ($IB < 40$) los que lo hacían en menor proporción (17,2%), aunque las diferencias no llegaron a ser significativas.

Se realizó un análisis de regresión logística ajustando por edad, sexo, número de fármacos, situación funcional, situación cognitiva y residencia, obteniéndose que existía un mayor riesgo de prescripción inadecuada cuanto más fármacos prescritos (OR 1,21) y si no presentaban deterioro cognitivo (OR 1,73).

Conclusiones: Si consideramos la literatura internacional, la prescripción de fármacos considerado como inadecuados es alta. Con una tendencia a mayor inadecuación en pacientes de situación de moderada dependencia para las ABVD y aquellos en los que se lleva a cabo un mayor número de prescripciones.

236. FACTORES ASOCIADOS A LA MORTALIDAD A LOS SEIS MESES DEL ALTA DE PACIENTES ANCIANOS HOSPITALIZADOS POR UN PROBLEMA MÉDICO. ELABORACIÓN DE UN ÍNDICE PRONÓSTICO PARA IDENTIFICAR A LOS CANDIDATOS POTENCIALES A LA UTILIZACIÓN DE CUIDADOS PALIATIVOS

M. Cabré Roure¹, R. Monteis Cahis¹, M. Usas Torrents¹, M.D. Palomar García¹ y M. Serra Prat²

¹Unidad Geriátrica de Agudos. Mataró. Barcelona.

²Unitat de Recerca. Mataró. Barcelona.

Objetivos: Muchos de los pacientes ancianos hospitalizados por una enfermedad aguda presentan un declive funcional, un riesgo de ser institucionalizados y un incremento de la mortalidad durante el primer año después del alta. El objetivo de este trabajo es desarrollar y identificar un índice pronóstico de la mortalidad a los seis meses en los pacientes ancianos hospitalizados por un problema médico.

Material y métodos: Estudio observacional prospectivo de una cohorte de pacientes de más de 70 años hospitalizados en una UGA. Se reclutaron el 70% los pacientes dados de alta de forma aleatoria durante el periodo enero de 2001 y diciembre de 2008. El 30% de los pacientes se excluyeron para hacer la validación. Se ha excluido los pacientes con cáncer y metástasis y los fallecidos durante el ingreso. Factores de estudio: Edad, sexo, diagnósticos al alta, síndromes geriátricos, comorbilidades, Estado cognitivo (Pfeiffer), estado funcional (Índice de Barthel), estado Nutricional (Mini nutricional Assessment), Índice de comorbilidad de Charlson, hemoglobina, creatinina, albúmina, colesterol total y linfocitos. Se registró la mortalidad a los 6 meses del alta.

Resultados: Se reclutaron 1.925 pacientes, 36,4% hombres y 63,6% mujeres, con una edad media de 84,6 (DE 6,2) años. La media del IB al alta fue de 67,8 (DE 31) puntos. La mortalidad a los seis meses fue del 21,41%. En el análisis multivariado los factores independientes que se relacionaron de forma estadísticamente significativa con la mortalidad a los seis meses fueron: Edad mayor de 80 años [(OR 1,76 (1,12-2,75)), Índice de Barthel < 40 [(OR 3,36 (2,27-4,96))], Índice de Barthel 40-60 [(OR 1,83 (1,20-2,81))], Creatinina > 1,5 [(OR 1,83 (1,30-2,60))], albúmina < 30 [(OR 1,83 (1,34-3,10))], linfocitos < 800 [(OR 1,83 (1,34-3,10))], Caídas previas [(OR 1,44 (1,04-1,99))], Demencia [(OR 1,47 (1,03-2,11))], Insuficiencia cardiaca [(OR 1,79 (1,30-2,47))], Neumopatía crónica [(OR 1,88 (1,36-2,60)) y anemia [(OR 1,66 (1,21-2,28))].

Los pacientes se estratificaron en grupos de riesgo basado en una puntuación relacionada con las OR obtenidas. Los porcentajes de mortalidad a los 6 meses fueron: ≤ 2,5 puntos: 7,2%, de 3 a 5,5 puntos: 19,9%, ≥ 6 puntos: 34,3%.

Conclusiones: Estos resultados sugieren que una escala de riesgo sencilla de recoger puede identificar a los ancianos hospitalizados por una enfermedad médica no neoplásica con un alto riesgo de mortalidad a los 6 meses. Esta información puede ayudar al equipo asistencial a identificar aquellos pacientes que están al final de la vida.

441. PERFIL DEL ANCIANO CON ENFERMEDAD TERMINAL. EXPERIENCIA DE 6 MESES EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS DE AGUDOS

M.A. Vilorio, E. Barahona, M. Callejo, R. Ávila, E. Vacas y M. Sánchez Sobrino

Unidad de Cuidados Paliativos de Agudos. Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

Objetivos: Describir las características de los pacientes mayores de 65 años ingresados en una unidad de cuidados paliativos de agudos (UCPA) de nueva creación en un hospital terciario.

Método: Estudio transversal. Se incluyen los pacientes > 65 años ingresados en la UCPA durante el periodo comprendido entre el 26-5-2008 y 31-12-2008. Se recogen variables demográficas: edad, sexo, situación funcional: Palliative Performance Scale (PPS) al ingreso y alta de la unidad, y clínicas: tipo de paciente (oncológico/no oncológico), diagnóstico de terminalidad, síntoma principal al ingreso, servicio de procedencia, estancia media y ubicación al alta. Se incluyen además datos del cuidador principal: edad, sexo y relación con el paciente. Programa estadístico: SPSS 17.0

Resultados: Durante el periodo de estudio 178 pacientes ingresaron en la UCPA, 128 > 65 años (72% de la muestra). Edad media: 78 años (DS 7,6). Sexo: hombres 55,5%. Situación funcional al ingreso: 80,5% PPS ≤ 50, al alta hospitalaria (no exitus): 67% PPS ≤ 50. Tipo de paciente: 90% oncológicos. Diagnóstico de terminalidad al ingreso: Pacientes oncológicos: 17% cáncer de pulmón, 11% colon y 10% páncreas; en los pacientes no oncológicos (10% de la muestra) los diagnósticos más frecuentes fueron: 33% enfermedad cerebrovascular, 25% insuficiencia respiratoria terminal. Síntoma principal al ingreso: 22% dolor, 17% astenia, 15% disnea, el 13% de los pacientes ingresan en agonía. El 69% fueron derivados por el Equipo de Soporte de Cuidados Paliativos (31% desde Medicina Interna, 20% desde Oncología) y el 31% desde el Servicio de Urgencias. Estancia media: 9,2 días. Ubicación al alta: 76,7% exitus, 15,5% domicilio (con apoyo de ESAD, hospitalización domiciliaria o consulta externa de cuidados paliativos), 7,8% traslado a Unidad de Media Estancia de Paliativos. Datos del cuidador: 94% tenían cuidador principal, sexo: 68% mujeres, rango medio de edad: 50-60 años, relación con el paciente: 51% cónyuge, 35% hijos.

Conclusiones: 1. La mayor parte de los pacientes que ingresan en una UCPA son ancianos con dolor, astenia y disnea. Los Servicios de Oncología, Medicina Interna y Urgencias son los principales servicios de procedencia. 2. La cuarta parte de los pacientes incluidos son dados de alta a domicilio o recursos intermedios de CP. 3. Actualmente el número de pacientes ancianos con enfermedad terminal no oncológica que se benefician de unidades específicas de cuidados paliativos es reducido. Es primordial la investigación y concienciación en este campo, para asegurar la inclusión de dicha población en programas específicos. 4. Las mujeres de edad media son las cuidadoras principales de este tipo de pacientes.

443. ANÁLISIS DE LA TRAYECTORIA DE FIN DE VIDA DE LOS PACIENTES CON DEMENCIA QUE MUEREN EN UNA UNIDAD DE PSICOGERIATRÍA

L. Bajo Peñas, L. Bajo Peñas, N. Dalmau Paniagua, M. Barneto Soto, J. Altimiras Roset y J. Espauella Panicot
Hospital de la Sta. Creu. Vic. Barcelona.

Objetivo: Determinar las características de los pacientes con demencia que mueren en una unidad de psicogeriatría y analizar el proceso/trayectoria de final de vida.

Material y método: Estudio retrospectivo de todos los pacientes que mueren en la unidad de psicogeriatría del Hospital de la Sta. Creu de Vic desde agosto del 2005 hasta diciembre del 2008. Es conocida la trayectoria de final de vida en los pacientes con fragilidad i/o con

demencia, como un declive lentamente progresivo. En este estudio proponemos describir tres subtipos de trayectorias de final de vida en pacientes con demencia que mueren en nuestra unidad de psicogeriatría.

Resultados: El número de defunciones comprendidas entre el período objeto de estudio fue de 81, que respecto a un total de 554 ingresos representa una mortalidad del 14,6%. De estos el 67,9% son mujeres y el 32,1% hombres, con una edad media de 85,8 años. El tiempo de estancia media desde el ingreso hasta la muerte fue de 35,5, con una mediana de 19 días. Los motivos más frecuentes de ingreso fueron: 71,6% proceso intercurrente, 16% trastorno de conducta, 9,9% declive cognitivo-funcional y 2,5% soporte. Respecto a la etiología de la demencia: 37% tipo Alzheimer, 31,2% no filiada, 13,6% vascular, 6,2% mixta, y 12% otras. Respecto al estadiage el 72,8% se encontraban en fase avanzada (CDR3, GDS 6-7). De la valoración global de los pacientes al ingreso se registraron las siguientes características: MMSE (en un 71,6% el MMSE no pudo realizarse, y el valor medio en los casos de haberse realizado (n = 23) fue de 9,5), índice de Barthel (IB) previo de 50,1 y IB al ingreso de 17,4, NPI (en un 24,7% no se realizó y el valor medio en los casos realizados al ingreso fue de 31,4). En el momento del ingreso en un 84% se determinó limitación terapéutica. Observando la evolución de los pacientes desde el ingreso hasta el fallecimiento podemos diferenciar tres subtrayectorias: en el 74,1% la muerte es consecuencia directa de un evento gatillo intercurrente siendo el más frecuente la infección respiratoria (28,3%, 15% probablemente por broncoaspiración); en un 17,3% se produce un declive progresivo sin claro factor desencadenante hasta la muerte; y en un 14% los pacientes presentan trastorno de conducta altamente disruptivo precisando de control sintomático.

Conclusiones: 1. En un 84% de los pacientes el equipo asistencial determinó limitación terapéutica en el momento del ingreso. 2. Los problemas intercurrentes fueron un factor decisivo en las últimas semanas de vida en el 74% de los pacientes. 3. La mayoría de los pacientes mueren en fases previas a los criterios establecidos para demencia terminal (7C). 4. En un 14% de pacientes precisaron sedación terminal para control sintomático de trastorno de conducta altamente disruptivos.

507. CUIDADOS Y DECISIONES AL FINAL DE LA VIDA EN ANCIANOS FALLECIDOS EN EL MEDIO HOSPITALARIO (II). FACTORES RELACIONADOS CON LA DECISIÓN DE LIMITACIÓN DE SOPORTE VITAL (LSV)

A. Esteve², M. Zelada², P. Gómez Buognomery¹, J.J. Baztán Cortés², A. Socorro García² e I. Ruipérez Cantera²

¹Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

²Hospital Central de la Cruz Roja. Madrid.

Objetivo: Analizar factores relacionados con la decisión de limitación de soporte vital (LSV) en los cuidados al final de la vida en pacientes ancianos fallecidos en el medio hospitalario por muerte esperada.

Métodos: Se recogieron datos por separado de las historias de enfermería y médicas, sobre parámetros sociodemográficos (edad, sexo, ubicación previa), clínicos (comorbilidad-Índice Charlson-, presencia de enfermedad avanzada oncológica o no oncológica), funcionales (Índice de Katz previo y al ingreso, y magnitud del cambio en la situación funcional), cognitivos (Global Deterioration Scale previo al ingreso y presencia de delirium al ingreso), asistenciales y cuidados al final de la vida de 421 pacientes fallecidos por muerte esperada en 4 hospitales de la Comunidad de Madrid. Se comprobó de la normalidad de las variables y se analizaron medias (T Student) y porcentajes (Chi-cuadrado con correcciones de Fisher y Yates) mediante análisis bivariante previo a la construcción de un modelo máximo para análisis multivariante, mediante el programa SPSS versión 15.

Resultados: La presencia en la historia médica de valoración funcional ($p < 0,001$) y cognitiva ($p < 0,001$) estructuradas se relacionaron con registrar de manera escrita el proceso de toma de decisiones al final de la vida. Una mayor comorbilidad ($p = 0,7$), la presencia de enfermedad avanzada oncológica ($p = 0,5$) y el impacto en la situación funcional de la gravedad o causa de ingreso ($p = 0,14$) no se asociaron con registrar de manera escrita las decisiones de LSV. Los pacientes con presencia de delirium al ingreso tuvieron una menor frecuencia de registro escrito de órdenes de LSV ($p = 0,03$). Los pacientes con deterioro funcional muy grave previo al ingreso, medido por I. Katz = 5-6 ($p = 0,003$) y con mayor número de complicaciones graves durante el mismo ($p = 0,01$) tuvieron mayor frecuencia de registro del proceso de decisión de LSV. Recoger de manera estructurada la situación funcional y cognitiva en la historia médica se asoció con el registro escrito de la información sobre el pronóstico, la discusión sobre el soporte vital, la constancia de la cercanía de la muerte, el registro escrito de síntomas al final de la vida y la prescripción de tratamiento sintomático (todas con $p < 0,001$).

Conclusiones: La recogida de manera estructurada de la valoración de la situación funcional y cognitiva previa al ingreso mejora el porcentaje de registro escrito del proceso de toma de decisiones al final de la vida en ancianos fallecidos en el medio hospitalario por causa esperada.

502. CUIDADOS Y DECISIONES AL FINAL DE LA VIDA EN ANCIANOS FALLECIDOS EN EL MEDIO HOSPITALARIO (I). METODOLOGÍA DE UN ESTUDIO MULTICÉNTRICO

A. Esteve², P. Sorando², E. Pisonero Pisonero¹, A. Socorro García², J.J. Baztán Cortés² y I. Ruipérez Cantera²

¹Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

²Hospital Central de la Cruz Roja. Madrid.

Objetivo: Analizar factores relacionados con el proceso de toma de decisiones y la calidad asistencial en los cuidados al final de la vida en pacientes ancianos fallecidos en el medio hospitalario por muerte esperada.

Métodos: Estudio observacional, longitudinal, retrospectivo multicéntrico sobre 653 pacientes mayores de 65 años fallecidos durante 2007 en servicios médicos de 4 hospitales de la Comunidad de Madrid (2 terciarios (HT) y 2 de apoyo (HA), uno urbano y otro periurbano). El tamaño muestral se calculó para obtener una diferencia del 20% en la frecuencia de registro del proceso de toma de decisiones entre los pacientes con o sin enfermedad avanzada de órgano, estimándose un mínimo necesario de 420. Se sobrestimó el tamaño previendo pérdidas por datos insuficientes (15%) y por criterios de exclusión (25%). Se obtuvieron mediante muestreo aleatorio intraestrato 200 pacientes de cada hospital balanceados según porcentaje de muertes ocurridas en cada servicio o todos si fueron < 200. Se excluyeron pacientes con datos insuficientes, fallecidos por muerte inesperada (súbita, en las primeras 24 h, en las 24 h precedentes al alta programada por mejoría), trasladados o en los que se iniciaron medidas de reanimación.

Resultados: Se recogieron datos de 653 pacientes (200 en cada uno de los 2 HT y 173 y 80 en los 2 HA). No cumplieron criterios de inclusión 137 (24,4%) pacientes y hubo datos insuficientes en 92 pacientes (14%). En hospitales terciarios se excluyeron más pacientes (98 vs 39, $p < .001$), y hubo un mayor número de casos con datos insuficientes (82 vs 10, $p < 0,01$). Los pacientes excluidos fueron más jóvenes ($81,4 \pm 7,3$ vs $83,9 \pm 8,1$; $p = 0,002$) con menor comorbilidad en Índice de Charlson ($3,9 \pm 3,02$ vs $4,66 \pm 2,8$; $p = 0,01$) y menor deterioro funcional previo al ingreso en I. Katz ($3,6 \pm 2,6$ vs $5,4 \pm 1,2$; $p = 0,004$), sin existir diferencias en sexo, procedencia del ingreso, ubicación previa, situación funcional al ingreso o presencia de directrices avanzadas.

Conclusiones: La muestra obtenida para analizar factores relacionados con el proceso de toma de decisiones y la calidad asistencial en los cuidados al final de la vida fue representativa de los mayores de 65 años fallecidos por muerte esperada durante 2007 en servicios médicos de 4 hospitales de la Comunidad de Madrid.

29. LOCALIZACIÓN DE FALLECIMIENTO COMO INDICADOR DE CALIDAD ASISTENCIAL

J. Álaba, A. Urbizu, T. Cestau, J. Nuñez, C. Martins y A. Matos
Centro Txara I Grupo Matia. San Sebastián.

Objetivos: Determinar ubicación en el momento del fallecimiento en población geriátrica residencial como potencial indicador de calidad asistencial, al constituir una población cuyo objetivo principal es el paliativo y de confort.

Material y método: Estudio descriptivo transversal de período desde enero de 1998 hasta 31 de diciembre de 2008, en el Centro Gerontológico Txara 1 de San Sebastián, recogiendo localización en el momento del fallecimiento (centro residencial, hospital, domicilio...), así como utilización de servicios hospitalarios (urgencias e ingresos hospitalarios).

Resultados: El Centro Txara 1 cuenta con 120 residentes, con una edad media de 84 años, donde el 78% son mujeres, un 64% presenta deterioro cognitivo, un 63% con dependencia grave (índice de Bartel < 40), un 31% con malnutrición principalmente calórica.

La media de fallecimientos en el período 1998-2008 es de 22,9% con una desviación típica de 4,5 (intervalo de confianza 95% 13,9-31,9), en cuanto a la localización un 64% \pm 10 (IC 95% 44-84) sucede en el centro residencial y un 36% \pm 13,5 (intervalo de confianza 95% 9-63) en el medio hospitalario. En el último trienio (2005-2008) se aprecia un incremento de fallecimientos en el centro alcanzando cifras > 75%. La media de traslados al servicio de urgencias es de un 35% de los residentes y de ingresos hospitalarios del 20%, principalmente de causa infecciosa (35%) y cardiovascular (22). La principal causa de fallecimiento es por infecciones respiratorias, sin embargo a pesar del riesgo cardiovascular tan elevado la mortalidad de causa cardiovascular aguda (ACV, cardiopatía isquémica aguda) es baja (< 7% de los fallecimientos).

Conclusiones: El conocimiento en los equipos sanitarios de donde fallecen los residentes constituye una información relevante, al ser un objetivo paliativo primordial junto al control de síntomas el ambiente más confortable, especialmente en centros gerontológico de grandes dependientes donde el porcentaje de residentes con síndrome de declive es relevante. El disponer en los centros de procedimientos de control sintomático, habilidades en comunicación, con una adecuada formación paliativa, ayuda para conocer realmente la calidad asistencial en los momentos finales de la vida, para implementar recursos apropiados, estableciendo indicadores de calidad para lograr alcanzar objetivos realistas. Del mismo modo sería conveniente en el momento del ingreso conocer las preferencias de los residentes y sus familias en esta cuestión para desarrollar planes de atención conjuntas.

17. FACTORES DETERMINANTES DE REINGRESO HOSPITALARIO O FALLECIMIENTO EN EL SEGUIMIENTO DE PACIENTES INGRESADOS EN UNA UNIDAD DE MEDIA ESTANCIA HOSPITAL CLÍNICO SAN CARLOS

E. Romero, F. Cuesta, P. Matia, J. Mora y J.M. Ribera
Unidad de Media Estancia. Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

Objetivos: Determinar qué factores predicen mejor la posibilidad de reingreso hospitalario o exitus tras el ingreso en una Unidad de Media Estancia.

Material y métodos: Se seleccionaron todos los pacientes que ingresaron en la Unidad de Media Estancia de Geriátría (UME) durante el año 2008. Se consideran parámetros demográficos y de funcionalidad medidos mediante la escala de Barthel modificado, además de comorbilidad mediante CIRS. Se establece un contacto telefónico en el mes de febrero de 2009 para estudiar los siguientes factores: necesidad de ingreso hospitalario, fallecimiento y deterioro funcional.

Resultados: En total se incluyeron 64 sujetos (73,4% mujeres) con una edad media de 85,71 años (DE 6,62). Los motivos de ingreso fueron los siguientes: accidente isquémico (15,6%), fractura de cadera (25,0%) y cuadro de inmovilidad secundario a enfermedad médica o quirúrgica (57,8%). El 31,3% de la muestra presentaba deterioro cognitivo leve a moderado. El grado de comorbilidad (CIRS) medio fue de 25. Índice de Barthel basal 90 (RI 76-98), al ingreso 39 (RI 20-58), al alta 69 (53-88). Reingresaron el 31,3% (mediana 207 días, RI 81-267) y fallecieron durante el seguimiento el 15,6% (mediana 226 días, RI 114-228). El Barthel modificado al reingreso fue de 80 (RI 57,5-92,5). La ubicación al alta más habitual fue el propio domicilio en un 77,3%. Preciso institucionalización el 15,9%. Las variables relacionadas con el reingreso fueron el sexo femenino (HR 0,399; IC 95% 0,162-0,978), el diagnóstico previo de inmovilidad (HR 0,315; IC 95% 0,105-0,951), la existencia de deterioro cognitivo (HR 0,372; IC 95% 0,153-0,907) y el índice de Barthel modificado basal (HR 0,985; IC 95% 0,971-1,000). Las variables que se relacionaron con el fallecimiento fueron el sexo femenino (HR 0,108; IC 95% 0,028-0,420), el Barthel modificado al alta hospitalaria (0,973; IC 95% 0,951-0,995) y el índice de comorbilidad CIRS (HR 1,183; IC 95% 1,003-1,395).

Conclusiones: El sexo femenino y la existencia de síndrome de inmovilidad y/o deterioro cognitivo fueron factores determinantes de reingreso hospitalario, además del índice de Barthel basal. Fueron determinantes de exitus el sexo femenino, el índice de Barthel al alta y la comorbilidad.

149. MORTALIDAD EN CENTROS RESIDENCIALES DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS. ANÁLISIS DE LA INCIDENCIA Y LOS FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS

J. Gutiérrez Rodríguez¹, L. Sáenz de Santa María Benedit²,

A. Alonso Collada³, F. Jiménez Muela³ y J. Palacios¹

¹OVIDA Asistencial. Oviedo. ²Centro Geriátrico Luanco. Oviedo.

³IGA. Oviedo.

Objetivos: 1) Conocer la tasa anual de mortalidad en el medio residencial del Principado de Asturias. 2) Estudiar los posibles factores de riesgo asociados a mortalidad.

Método: Estudio epidemiológico longitudinal. Se incluye una cohorte de 252 ancianos institucionalizados en octubre de 2007 en 4 centros residenciales del Principado de Asturias. Variables: socio-demográficas (edad, sexo, nivel de estudios y tiempo de ingreso), clínicas (número de diagnósticos, diagnóstico de enfermedades potencialmente incapacitantes y número de fármacos), funcionales (Índice de Barthel ó IB), mentales (Minimental State Examination de Folstein ó MMSE, Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage ó GDS y NPI-Nursing Home ó NPI-NH) y terapéuticas (fármacos y terapias no farmacológicas prescritas para la demencia). Al año de seguimiento, octubre de 2008, se ha recogido la mortalidad de la cohorte de estudio.

Resultados: 252 fueron incluidos en el estudio (81,3 \pm 10,3 años; 69,4% mujeres; IB 50,9 \pm 37,3; GDS 3,5 \pm 3,6; MMSE 14,7 \pm 9,8; número medio de diagnósticos 4,1 \pm 2,5; número medio de fármacos 5,6 \pm 2,9 y tiempo de ingreso medio de 39,5 \pm 32,2 meses). Las enfermedades más prevalentes eran la hipertensión arterial (46%), alteraciones de la vista (40,1%), demencia (36,1%), cardiopatías (32,9%) y depresión (27,4%).

Se detectó una tasa anual de mortalidad del 17,9%. Respecto a las variables estudiadas como factores asociados a mortalidad (edad, sexo, IB, MMSE, GDS, presencia de enfermedades incapacitantes, nú-

mero de diagnósticos y de fármacos, tiempo de ingreso...) presentaron diferencias estadísticamente significativas la edad ($85 \pm 7,6$ en fallecidos vs $80,5 \pm 10,7$ en no fallecidos; $p < 0,05$), el número de fármacos ($6,8 \pm 3,3$ vs $5,4 \pm 2,9$; $p < 0,05$), el IB ($34,1 \pm 36,1$ vs $54,7 \pm 36,6$; $p < 0,05$) y la existencia de diagnóstico de anemia (26,7% en fallecidos y 13% en no fallecidos; $p < 0,05$).

Conclusiones: Para nuestra población de estudio, la tasa de mortalidad anual se sitúa en el 17,9%. La edad, el número de fármacos consumidos, el diagnóstico de anemia y, como no podría ser menos, la puntuación en el Índice de Barthel parecen comportarse como factores de riesgo de mortalidad en Centros Residenciales.



Comunicaciones libres

Sala B Nivel 1. Viernes, 5 de junio de 12:00 a 14:00 horas

Área Clínica VII

Modera:
Salvador Altimir Losada (Barcelona)

Recursos asistenciales

231. ESTUDIO DEL PACIENTE PORTADOR DE SONDA VESICAL PERMANENTE EN LA UNIDAD DE LARGA ESTANCIA Y RESIDENCIA ASISTIDA DE NUESTRO CENTRO

N. Albiol Tomàs, E. Martínez Almazan, E. Mulet Aloras, M. Brull Royo, R. Gisbert Barruè y J. Chavarria Gisbert
Hospital Santa Creu De Jesús. Tortosa.
Tarragona.

Objetivos: Analizar el perfil del paciente portador de sonda vesical permanente y las características clínicas, microbiológicas y terapéuticas de los episodios de infección urinaria. Comprobar si la praxis habitual de manejo cumple las recomendaciones de la Guía de la buena práctica clínica de la SEGG.

Método: Estudio descriptivo retrospectivo. Se recogen datos de todos los pacientes portadores de sonda vesical permanente ingresados en Larga Estancia (164 camas) y Residencia Asistida (105 camas) desde septiembre 2008 hasta febrero 2009: motivo de ingreso, síndromes geriátricos; índice de Barthel, indicación del sondaje vesical, alteraciones del sistema genito-urinario, intentos de retirada y características de la infección urinaria (síntomatología, microbiología, uso de vía intravenosa, necesidad de doble/triple terapia, antibióticos más utilizados y multiresistencias).

Resultados: n = 18 pacientes con sonda vesical permanente. *Diagnóstico ingreso:* Neurológico 23,3%, Infección urinaria 23,3%, Cardiorrespiratorio 16,7%, Barthel: X = 15. *Síndromes geriátricos:* Incontinencia fecal 70%, UPP 60%, deterioro cognitivo 56,7%, incontinencia urinaria 53,3%, desnutrición 40%. *Indicaciones de sondaje vesical permanente:* Retención aguda de orina en vejiga neurógena 56,7%, obstrucción del tracto urinario inferior 20%, hematuria 20% y control de diuresis 3,3%. *Alteraciones del sistema genito-urinario:* HBP 26,7% y neoplasia 20%. *Tipo de sonda vesical:* Foley de silicona 50%, Foley de latex 36,7%, Suprapúbicas 13,3%. *Cambio de la sonda:* X = 30 días. Intentos de retirada 30%. *Infecciones urinarias desde el ingreso (o desde que es portador de sonda vesical):* X = 4. *Síntomatología:* fiebre 40%, piuria/bacteriuria asintomática 23,3% y síndrome miccional 6,7%. *Uso de tratamiento intravenoso:* 40% (78% en pacientes con fiebre); terapia única 45,8%, doble terapia:

45,8%, triple terapia 8,3%. *Antibióticos más utilizados:* Fosfomicina 26%, amoxicilina clavulánico 26%, colistina 17,3% ceftazidima 17,3%, trimetoprim-sulfametoxazol 17,3%. *Microbiología:* Enterococo 33,3%, Pseudomona multiresistente 23,3%, Proteus 16,7%, Klebsiella 13,3%, E. coli 13,3%, Providencia 10%. El 37% son polimicrobianas y en un 20% se aislan microorganismos multiresistentes.

Conclusiones: 1. El perfil de paciente portador de sonda vesical permanente representa una población muy deteriorada, con deterioro cognitivo, UPP e incontinencia fecal. 2. El hecho de que la muestra sea pequeña es una limitación del estudio, pero es un indicador de calidad de buena praxis en paciente de larga estancia, así como el uso mayoritario de sondas de silicona, ya que requieren cambios menos frecuentes. 3. En general, se han seguido las recomendaciones de la Guía de la buena práctica clínica de la SEGG (Los antibióticos empíricos más utilizados son la fosfomicina y el amoxicilina-clavulánico; el empleo de ceftazidima y colistina ha sido justificado por la presencia de Pseudomona sp multiresistente en 4 pacientes. Son pocos los episodios de bacteriuria-piuria asintomática que se tratan y en la mayoría de los casos en que la infección urinaria se acompaña de fiebre se utiliza la vía intravenosa).

43. ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA Y GRADO DE CONTROL EN PACIENTES GERIÁTRICOS INSTITUCIONALIZADOS

J. Alaba Trueba, T. Cestau, A. Urbizu, J. Núñez, C. Martins y A.S. Matos
Fundación Matia. San Sebastián.

Objetivos: Determinar prevalencia de enfermedad renal crónica en pacientes geriátricos institucionalizados como factor de riesgo cardiovascular de relevancia.

Material y métodos: Estudio descriptivo transversal de período recogiendo los datos de la valoración geriátrica integral en el centro gerontológico Txara 1 de San Sebastián. Se considera enfermedad renal crónica (ERC) en relación al aclaramiento de creatinina obtenido según la fórmula de Cockcroft y Gault; graduándose según la Academia Americana de Nefrología como ERC 1 (Cl cr > 90 ml/min), ERC 2 (60-90 ml/min), ERC 3 (30-59 ml/min), ERC 4 (< 30 ml/min), ERC 5 criterios de sustitución renal. Aquellos pacientes con Cl creatinina < 60 ml/min, el objetivo de control de la tensión arterial es < 130/80 mmHg, constituyendo un factor de riesgo vascular de forma independiente, valorando así mismo prevalencia de anemia. El análisis estadístico se realiza a través del paquete estadístico SPSS 11.0.

Resultados: Centro Gerontológico de 120 residentes, con una edad media de $84,5 \pm 8,6$, siendo el 76% mujeres, un 60% dependencia grave o total (barthel < 40), índice de charlson $3,48 \pm 1,48$, media de fármacos $5,79 \pm 2,45$, prevalencia de ERC 1 en un 4,2%, ERC 2 un 17,5%, ERC 3 un 64,2% y ERC 4 un 14,2%. Los pacientes con ERC grados 3 y 4 presentan TA sistólica < 130 mmHg en un 47,9%, y de TA diastólica en un 79,8%, la presión de pulso es > 60 mmHg en un 58,5%, colesterol > 220 mg/dl en un 22,1%. Los residentes con Clcr < 30 ml/min presentan prevalencia de 58% hipotensión ortostática, 21% antecedentes de insuficiencia cardíaca, 42% de cardiopatía isquémica, 21% de fibrilación auricular y un 42% de ACV. La prevalencia de anemia en el centro es de un 30,8% principalmente de trastorno inflamatorio crónico; siendo del 36% en el grupo ERC4, 33% en la ERC3 y de un 16% si Clcr > 60 ml/min. Un 8% de los pacientes con anemia en tratamiento con darbepoetina.

Conclusiones: La enfermedad renal crónica supone un riesgo cardiovascular añadido independiente en el paciente geriátrico, por lo que se debe englobar en el manejo del riesgo cardiovascular integral. Deben establecerse objetivos individuales de control en relación a la clasificación del paciente geriátrico estableciendo procedimientos de actuación multidisciplinarios para su seguimiento, determinando los objetivos de cada nivel asistencial. El cálculo de la función renal es de gran importancia para lograr la máxima seguridad farmacológica en pacientes polimedificados.

360. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LOS PACIENTES NONAGENARIOS INGRESADOS EN UNA UNIDAD DE REHABILITACIÓN GERIÁTRICA

A. Rossi, L. Navarri-Sesé, I. Antón-Rodrigo y B. Fontecha-Gómez

Hospital Sociosanitari de L'Hospitalet. Consorci Sanitari Integral. Hospitalet de Llobregat. Barcelona.

Fundamento y objetivo: Examinar el estado funcional, cognitivo, comorbilidad, ganancia funcional y las características sociodemográficas de los pacientes mayores de 90 años ingresados en nuestra unidad de rehabilitación geriátrica.

Pacientes y método: Revisión de las epicrisis de todos los pacientes con 90 y más años en nuestra unidad de media estancia durante el periodo comprendido entre 2001-2008.

Resultados: *Pacientes:* 178. *Variables sociodemográficas:* La proporción de mujeres, 66%. Viudo/as: 71%. *Viven solos:* 19% y con familiares 59,6%. La institucionalización fue del 7,3%. El analfabetismo fue del 65%. Procedían desde hospitalización el 73% y el resto desde Atención Primaria. El índice de Charlson medio fue de 1,8 y el 70% presentan Charlson < 2. Las patologías más prevalentes han sido: HTA (62%), demencia (31%), Depresión (23%), ICC (23%), AVC (22%), DM (22%) y EPOC (14%). La situación funcional basal medida por I de Barthel fue de 71; al ingreso 30 y al alta 53. El test de Pfeiffer al ingreso mostró 4,5 errores y al alta 3,6 (promedio). La ganancia funcional (Barthel alta-ingreso) de 21 y el índice de Heinemann corregido de 60. Agrupados por tipo de intervención el 40% presentaban patología médica no invalidante, perfil ortogeriatrico el 39%, ictus 10%. La mortalidad fue del 11%. El destino al alta fue el domicilio en el 60% y el resto fueron institucionalizados.

Conclusión: 1. El perfil de nuestro grupo de nonagenarios fue de mujeres, viudas no institucionalizadas, con un alto índice de analfabetismo. (Posible sesgo de selección a favor de los no institucionalizados). 2. El índice de Charlson fue inferior a 2 en el 70% de los casos. 3. La intervención resultó en una ganancia de 20 puntos en el índice de Barthel y la reducción de 1 punto en el test de Pfeiffer. 4. El 80% de los pacientes se repartieron a partes iguales entre los que presentaban patología médica no invalidante y fracturas (ortogeriatricos).

297. IMPLANTACIÓN DE UNA UNIDAD GERIÁTRICA DE AGUDOS EN UN HOSPITAL DE CONVALECENCIA-MEDIA ESTANCIA.

RESULTADOS INICIALES Y PERFIL DE PACIENTES

M.C. Ortiz Domingo², A.B. Esteban Gimeno², M. Giménez López², M.C. Marco Liarte² y F.J. Povar¹

¹Hospital Miguel Servet. Zaragoza. ²Hospital San Juan de Dios. Zaragoza.

Objetivo: Tras la sectorización, nuestro Hospital es centro de referencia de atención sociosanitaria. En el contexto de Hospital de media estancia y diferentes niveles de atención en Geriátrica, se ha implantado una Unidad Geriátrica de Agudos (UGA). Describimos el perfil de pacientes y resultados iniciales.

Metodología: Estudio descriptivo retrospectivo de 4 meses de funcionamiento (fin octubre/08- febrero/09). Pacientes preseleccionados del Servicio de Urgencias del Hospital General del sector que valorados por un geriatra de nuestro centro, cumplen criterios de inclusión y cursan proceso terapéutico en UGA. Variables: sexo, edad, motivo de ingreso, estancia media (EM), Barthel al ingreso (Bi), Barthel al alta (Ba), ganancia funcional (Bg), Pfeiffer a partir de las 72 horas de ingreso (Pf), destino al alta.

Resultados: 151 pacientes de edad media 84,4 años cumplían criterios. Han cursado 136 procesos (15 pacientes aún ingresados) con EM 9,89 días, más de la mitad mujeres (61,7%). Casi la quinta parte eran nonagenarios (18,4%). El motivo de ingreso más frecuente fue patología respiratoria (42,6%) y cardiovascular (26,4%). El 3,6% ingresa en relación a agitación o demencia establecida. La situación funcional y cognitiva, valoradas con el paciente o familiar en Urgencias (el 75% presentaba dependencia leve o moderada y el 30% referían cambios conductuales previos), se reevalúa durante la estancia en nuestro Centro. Bi 50/100 y Ba 85/100. Bg 35. Pf: 3. Tras el alta, el 81,6% regresa al domicilio y el 9,5% se deriva a residencia. La mortalidad fue del 8%, la mayoría por patología cardiovascular (27%). 20 pacientes (8 con Pf 4-5) cursaron estancia en Hospital de Día Geriátrico.

Conclusiones: El paciente tipo es una mujer octogenaria con proceso agudo respiratorio y leve deterioro cognitivo que mejora clínica y funcionalmente en menor tiempo de lo establecido y regresa al domicilio. Los nonagenarios, más dependientes, también se benefician pero sería necesario un estudio analítico prospectivo para extraer más conclusiones. La UGA completa la atención geriátrica en nuestro hospital y el paciente tras la fase aguda, puede beneficiarse de las unidades de convalecencia o recuperación. Si se detecta deterioro cognitivo, puede completarse el estudio y tratamiento en HDG. En nuestra experiencia, la interrelación Urgencias/Geriátrica redundaba en beneficio del paciente con criterios. La satisfacción de los pacientes/familia es alta.

291. TRANSFORMACIÓN ESTRATÉGICA DE UNA RESIDENCIA Y CENTRO DE DÍA HACIA UN CENTRO LIBRE DE SUJECIONES. EL CAMINO A LA GESTIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA Y LA EXCELENCIA EN LA GESTIÓN. INNOVACIÓN EN LOS PROCESOS DE TRABAJO

A. Urrutia Beaskoa y I. Erdoiza Inunciaga

Residencia y Centro de Día Torrezuri-Grupo Torrezuri. Gernika. Vizcaya.

Objetivos: Eliminar totalmente y con garantías las sujeciones, mediante la transformación estratégica de la gestión del centro, creando una metodología de trabajo Libera-Ger basada en el modelo EFQM; utilizar el control y eliminación de sujeciones como indicador de Calidad de Vida; satisfacer la demanda de clientes de trabajar sin sujeciones.

Método: Tras observar la baja eficacia de protocolos de caídas y gestión de sujeciones (10-15% de prevalencia de sujeciones y no reducción del número ni gravedad de las caídas) en los que no estaban implicados los trabajadores del centro y tras recibir la queja de un

familiar por el uso de sujeciones, la dirección se plantea transformar Torrezuri en un centro libre de sujeciones. Se diseña el Programa Libera-Ger, basado en generar un cambio "No Sujeciones" en la cultura de la organización y crear una metodología de trabajo sustentada en un sistema de gestión excelente, modelo EFQM, en el que se implican los trabajadores (formación, participación en Grupos de Mejora, Comité Ético, Garantía de Calidad Interna) y familiares (Comité Ético, Garantía de Calidad Interna).

Resultados: Eliminación del 100% de las sujeciones con garantías; disminución del 19,17% del número total de caídas; 50% de usuarios con alto riesgo de caída mejora 1 ó 2 puntos en los resultados de la Prueba de Tinetti Simplificada; disminución de caídas con consecuencias graves (3 en 2006, 1 en 2007 y ninguna en 2008); 50% de las Auxiliares mejora en los resultados del Inventario de Burnout de Maslach; 100% de las familias y usuarios (MEC > 21) muestran altos índices de satisfacción (4,87/5).

Conclusiones: Se ha conseguido eliminar plenamente las sujeciones con garantías mediante una metodología de trabajo y un sistema de gestión en el que se implica a los principales beneficiarios (usuarios, trabajadores y familias). Se confirma lo ya demostrado en experiencias desarrolladas en EEUU y en la Universidad de Maastrich: Es posible eliminar las sujeciones si el centro se somete a un cambio cultural "no sujeciones" en el que se implique a la dirección, familias y trabajadores. Estos datos animan al Grupo Torrezuri a externalizar su sistema de trabajo mediante el Proyecto Libera-Ger-Fundación Cuidados Dignos que se quiere iniciar en Vizcaya y extender después al resto del Estado Español y Europa.

379. LA DERIVACIÓN DE PACIENTES SUBAGUDOS A UN HOSPITAL SOCIOSANITARIO COMO ALTERNATIVA A LA PERMANENCIA EN UN HOSPITAL GENERAL. UN PROYECTO PILOTO

L. Espinosa Serralta¹, G. Mayordomo Lacambra², M.C. Pérez Bocanegra² y M. Inzitari²

¹Hospital Sociosanitario Pere Virgili. Barcelona. ²Hospital Universitario de la Vall d'Hebron. Barcelona.

Objetivos: El incremento en la demanda de asistencia urgente en Hospitales Generales por parte de pacientes geriátricos obliga a buscar nuevos recursos asistenciales. La derivación rápida de pacientes con reagudización de enfermedades crónicas desde un Hospital General a una Unidad de Media Estancia de un Hospital Socio-Sanitario intenta responder a esta necesidad. Este estudio describe las características clínicas y la evolución de los pacientes incluidos en un programa de este tipo.

Método: En los 3 meses del programa PIUC (Programa Integral Urgencias Cataluña), pacientes ancianos con reagudización de procesos crónicos fueron derivados rápidamente (< 48 horas) desde el Hospital Universitario Vall d'Hebron al Hospital Socio-Sanitario Pere Virgili. Todos habían sido valorados previamente por un equipo especializado UFISS (Unidad Funcional Interdisciplinar Socio-Sanitaria). El plan estratégico geriátrico de Cataluña había fijado los estándares de calidad siguientes: estancia media < 16 días, regreso al lugar de procedencia > 70%, traslado a convalecencia < 15% y mortalidad < 10%.

Resultados: De 61 pacientes ingresados (edad media 83,5 años [rango 65-97], 51% mujeres), 42 (68,8%) procedía de Urgencias y 17 (27,9%) de Medicina Interna. El diagnóstico principal era de enfermedad respiratoria en 32 pacientes (54%), de enfermedad cardiovascular en 14 (23%), de ITU's en 6 (10%). La función en las actividades básicas de la vida diaria mejoró durante la estancia (media del índice de Barthel: 52 al ingreso y 65 al alta). La estancia media fue de 11,5 días. Al alta, 30 pacientes (57,7%) regresaron al domicilio, 10 (19,2%) a la residencia geriátrica de procedencia, 6 (11,5%) ingresaron en convalecencia, 1 (1,9%) en larga estancia y 2 (3,8%) volvió a urgencias. En

total, 40 pacientes (76,9%) pudo volver al lugar de origen. La mortalidad fue del 5,7%.

Conclusiones: En nuestra muestra de pacientes, la mayoría pudo ser dada de alta a su destino habitual. El traslado a otros recursos socio-sanitarios, la mortalidad y la estancia media se ajustan a los estándares de calidad marcados previamente. Los regresos a urgencias fueron escasamente necesarios. Ensayos clínicos futuros tendrán que confirmar el beneficio de este recurso respecto a la estancia en hospitales de agudos.

501. DISPONIBILIDAD DE TELEASISTENCIA EN ANCIANOS ESPAÑOLES

J.M. Nuñez², M. Díaz¹, I. Narvaiza², A. Yuste² y A. Rodríguez-Molinero²

¹Universidad Politécnica de Cataluña. Vilanova i la Geltrú. Barcelona.

²Fundació Hospital Comarcal Sant Antoni Abat. Vilanova i la Geltrú. Barcelona.

Objetivo: Describir la disponibilidad y uso del sistema de teleasistencia en ancianos españoles.

Método: Estudio transversal sobre una muestra representativa de la población española mayor de 65 años. Se seleccionaron 768 participantes siguiendo un muestreo probabilístico polietápico estratificado por edad, tamaño de hábitat y zona geográfica. Se indagó la disponibilidad de teleasistencia y el uso frecuente o no de ella mediante la administración de un cuestionario. Se registró el número de personas con las que vivía el participante, así como la situación cognitiva mediante el test de Pfeiffer, la situación funcional mediante el test de Katz, la presencia de alteraciones visuales o auditivas usando las preguntas de la Encuesta Nacional de Salud y el antecedente de dos o más caídas en los últimos 6 meses. Se analizó la frecuencia de implantación de teleasistencia y su uso, así como la posible asociación de la implantación de teleasistencia con el resto de variables estudiadas.

Resultados: 619 personas (80,6%) no disponían de teleasistencia. De las 148 personas que sí disponían de ella, 86 (58,1%), reconoció no usarla a menudo. De los factores estudiados, los siguientes se encontraron asociados significativamente a la disponibilidad de teleasistencia (análisis bivariado): deterioro funcional para alguna ABVD ($p < 0,001$), déficit visual ($p < 0,05$), vivir solo ($p < 0,001$) y edad avanzada ($p < 0,001$). Todas estas variables mostraron su independencia en el análisis multivariado. De las 273 personas que vivían acompañadas y además no tenían deterioro funcional ni caídas de repetición, 23 (8,4%) tenían teleasistencia. De las 203 personas que vivían solas, 131 (64,5%) no tenían teleasistencia, de ellas, 32 tenían deterioro funcional y 3 deterioro funcional y caídas de repetición.

Conclusiones: La teleasistencia está ampliamente implantada en la población española, si bien su implantación no siempre está en línea con las necesidades de los usuarios.

11. UNA RADIOGRAFÍA A LOS ANCIANOS DEPENDIENTES VIZCAÍOS

P. Gallardo Schall, I. Arenas Segura, A.J. Gonzalez Hernandez, I. Cearra Guezuraga, A. Gonzalez Bada y J.A. Atucha Fernández
Fundación Etxekide. Vizcaya.

El estado de bienestar se enfrenta a un desafío creciente: el de responder a las necesidades psico-sociales y sanitarias integrales de un segmento de la población cuyo aumento es sostenido en la mayor parte de los países del mundo, a saber, el de los Ancianos.

Objetivo: De este estudio es determinar la prevalencia de patologías crónicas en una muestra de ancianos dependientes del Gran Bilbao, en base a la cual se formulen las directrices fundamentales para que

la formación de cuidadores se adapte a las necesidades reales del colectivo objeto de estudio.

Materiales y métodos: Se utilizó, un diseño observacional, bietápico, de carácter transversal, con una población objetivo de 23.347 personas, mayores de 65 años que padecen algún grado de dependencia según el estudio del Plan Gerontológico de Bizkaia. Debido a su situación de dependencia, estas personas solicitan servicio, bien de asistencia a domicilio de tipo privado, o bien una plaza de residencia (concertada o privada). El total de ancianos mayores de 65 años correctamente encuestados fue de 208 personas.

Resultados: La edad mínima de la muestra fue de 65 años y la máxima de 103 años, con una edad media de la muestra de 83,25 años. Respecto a las patologías y complicaciones, la media se situó en $11,35 \pm 3,82$ por persona. Destacan con prevalencias entre un 10-20% UPP, Trombosis venosa, Anemia, Caídas, Ansiedad, Cáncer. 20-30%, Cataratas, Diabetes. 30-40%, estreñimiento, A.C.V, depresión. 40-50% I.C, Pirosis, Incontinencia fecal, demencia. 50-60%, incontinencia urinaria. 60-70% HTA, artrosis. Respecto a las intervenciones quirúrgicas, el 51,92% de la muestra, ha sido operada en los últimos 5 años. Siendo las más frecuentes: cirugía de cadera, cataratas, herniorrafia, colecistectomía. El consumo de medicamentos arrojó una media de $7,03 \pm 2,83$. El 100% de los encuestados consume al menos 1 medicamento de forma regular. El 79,3% de la población estudiada tiene algún grado de dependencia para las actividades de la vida diaria (AVD), y el 68,3% tiene deterioro cognitivo en diverso grado.

Discusión: Los resultados nos permiten asegurar, la necesidad de preparar a los cuidadores formales, para enfrentar el deterioro funcional del anciano dependiente, ofertando seminarios relacionados con la esfera fisiológica, el deterioro cognitivo, su evolución, tratamiento, y de esta forma dar a entender el impacto global que tiene en el paciente.

260. ABORDAJE Y DERIVACIÓN AL ALTA EN LOS PACIENTES INGRESADOS EN LA UNIDAD GERIÁTRICA DE AGUDOS. IMPORTANCIA DE TRABAJO SOCIAL

E. Sánchez Barbas, M. Tapias García, R. Monteis Cahis, N. Pou Canales, M. Cabre Roure y R. Vila Solé
Consorci Sanitari del Maresme. H. Mataró. Barcelona.

Introducción: Las personas mayores dependientes requieren cuidados prolongados y garantía de continuidad a diferentes niveles asistenciales. Por ello es necesario un enfoque integral adecuado al perfil de las necesidades del paciente y la familia. Nuestro estudio enmarca una evaluación de resultados dónde relaciona el grado de dependencia y la ayuda social necesaria para ofrecer un grado de satisfacción y calidad de vida adecuada a cada paciente y disminuir la estancia hospitalaria.

Objetivos: Conocer el perfil de los pacientes ingresados en una Unidad Geriátrica de Agudos. Conocer los recursos sociales y optimizar los soportes a la comunidad según el grado de dependencia y el estado funcional al alta. Aplicar los recursos sociales personalizados de los pacientes ingresados en UGA y disminuir la estancia media en el hospital de agudos según el grado de dependencia.

Material y método: Es un estudio retrospectivo y descriptivo con una cohorte de pacientes > 70 años hospitalizados en una Unidad Geriátrica de Agudos. Se excluyeron y los procedentes de residencia y los fallecidos durante el ingreso. Se reclutaron todos los pacientes hospitalizados en esta unidad desde Enero a Diciembre del 2008. *Factores de estudio:* Socio demográfico: Edad y Sexo; Estancia media: (9,52 días); Estudio funcional: Índice de Barthel (Pre-ingreso/Ingreso/Alta); Escala de deterioro cognitivo: Pfeiffer; Índice de comorbilidad de Charlson (2.5); Síndrome geriátrico (Inmovilidad/Incontinencia urinaria-fecal/Caídas previas/Delirium/Síndrome depresivo); derivaciones al alta y Mortalidad (8,07)

Resultados: De los 360 pacientes ingresados, se evaluaron 280, de los que Trabajo Social intervino en 150 pacientes (41,6%), 35,3% Varones y 64,6% Mujeres. Destino al alta: Convalecencia: 22 (14,6%); Larga estancia: 31 (20,6%); Cuidados paliativos: 1 (0,6%); Traslado a centros interhospitalarios: 5 (3,3%); Residencias: 7 (4,6%); PADES: 3 (2%); Centro de día: 3 (2%); ATDOM*: 14 (9,3%); Ayudas a Domicilio: (SAD** 10 (6,6%)/SSAP*** 30 (20%)); Cuidadora 24H: 2 (1,3%); Exitus: 2 (1,3%); Información de trabajo social hospitalario: 20 (13,3%).

Conclusiones: El 90% de los pacientes ingresados en la Unidad Geriátrica de Agudos son dependientes para las AVD, necesitan soporte y recursos sociales. El 20% de los pacientes han necesitado intervención de la trabajadora social. De manera que con una buena planificación desde el ingreso podemos ofrecer los recursos más adecuados para cada paciente y así optimizar el tiempo y disminuir la estancia media.

165. RESULTADOS ASISTENCIALES TRAS UNA INTERVENCIÓN GERIÁTRICA PRECOZ EN PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGÍA DE RECAMBIO PROTÉSICO

A. Socorro García, R. Aguado Ortego, E. Fernández de la Puente, F. Canillas y I. Ruipérez Cantera
Hospital Central de la Cruz Roja. Madrid.

Objetivos: Evaluar la eficacia de una intervención geriátrica sistemática y precoz, por parte del Servicio de Geriátrica de Hospital Central de la Cruz Roja, en pacientes sometidos a cirugía programada de implantación de prótesis total de rodilla y cadera, comparada con la intervención previa a demanda por el Servicio de Traumatología.

Material y métodos: Estudio retrospectivo de los pacientes trasladados a la Unidad Geriátrica de Media Estancia, procedentes del Servicio de Traumatología de nuestro centro a los que se realizó recambio protésico de rodilla o cadera, entre Octubre de 2008 y Enero de 2009 (grupo A: intervención sistemática); y compararlo con los pacientes ingresados por el mismo motivo entre Enero 2007 a Junio de 2008 (grupo B: intervención a demanda). Se recogieron variables clínicas (número de nuevos diagnósticos); funcionales (Cruz Roja Funcional e Índice de Barthel modificado; previo, al ingreso y al alta); mentales (Cruz Roja Mental) y sociales (intervención social durante el ingreso). Las variables resultado fueron: la ganancia funcional (IB alta-IB ingreso), eficiencia funcional (ganancia funcional/ estancia en días), índice de Heinemann corregido (% de recuperación de la pérdida funcional), estancias en Traumatología y Unidad de Media Estancia y proporción de pacientes en los que se realiza intervención social. Se analizaron los datos con paquete estadístico SPSS 11.0. Intervalo confianza 95%, $p < 0,05$.

Resultados: Se analizaron 35 pacientes en el grupo A (intervención sistemática) con edad media de 75,77 (60-87) y 34 en el grupo B (intervención a demanda), con edad media de 76,47 (65-92), p : NS. Presentaban similar situación funcional previa, al ingreso y al alta medida por el Índice de Barthel (Grupo A: IB previo 92,08, ingreso 56,6, alta 79,8 vs Grupo B: IB previo 94,2, ingreso 61,8 alta 83,45) p : NS. No hubo diferencias en cuanto a pérdida funcional, ganancia funcional e índice de Heinemann (PF: 35,48 vs 32,4; GF: 23,19 vs 21,65, IHc: 65,32 vs 66,82%) p : NS. La estancia media se redujo de forma significativa en el Servicio de Traumatología como en la Unidad de Media Estancia (estancia Traumatología: 6,5 vs 11,1; estancia UME: 10,88 vs 15,06, estancia Global: 17,38 vs 26,22 días) $p < 0,001$. La eficiencia aumentó en el grupo intervención (eficiencia funcional: 2,13 vs 1,44) $p < 0,0001$.

Conclusiones: La intervención geriátrica de forma sistemática en el Servicio de Traumatología del Hospital Central de la Cruz Roja y su paso precoz a la Unidad de Media Estancia, mejora los resultados asistenciales de los pacientes sometidos a cirugía de recambio protésico.

183. CREACIÓN DE UNA UNIDAD DE AGUDOS DE GERIATRÍA: CONTEXTO Y DESARROLLO

A.B. Esteban Gimeno², M. Giménez López², C. Domingo Ortiz², M.C. Marco Liarte² y J. Povar¹

¹Hospital Miguel Servet. Zaragoza. ²Hospital San Juan de Dios. Zaragoza.

Objetivo: Describir el procedimiento de creación de la Unidad Geriátrica de Agudos en San Juan de Dios de Zaragoza, explicando el contexto y desarrollo.

Método: Búsqueda bibliográfica sobre la situación actual de las Unidades Geriátricas de Agudos. Información del Instituto Nacional de Estadística y del servicio aragonés de salud sobre población y sectores sanitarios en Zaragoza. Descripción de la unidad y explicación de la hoja de derivación de pacientes en base a criterios establecidos. Recogida de datos asistenciales (edad, sexo, diagnóstico, destino, estancia media, Barthel y Pfeiffer) y análisis SPSS.

Resultados: En España existen 38 Unidades similares. La población mayor de 65 años en Aragón es de 262.071. En Zaragoza capital existen tres sectores, nuestro centro atiende pacientes del sector II (previamente atendía paciente de los tres). El 22 de octubre de 2008 se crea la Unidad Geriátrica de Agudos (20 camas, dos médicos, seis enfermeras, seis auxiliares y tres celadores). Se derivan los pacientes desde urgencias del Miguel Servet (hospital de referencia) tras valoración por el geriatra del hospital destino utilizando una hoja de valoración con estos datos: filiación, fecha y hora de valoración, demora en urgencias, diagnóstico, Barthel y cognitivo previo, Barber, estado civil, donde vive y quién le acompaña. Se trasladan los pacientes que cumplen criterios: más de 75 años, proceso agudo o reagudización de crónico, demora de 24 horas, pruebas realizadas, que no requieran intervención quirúrgica ni pruebas complejas, que acepten traslado. Resultados iniciales: 29 ingresos, 21 altas, diagnóstico principal: infección respiratoria, estancia media 9 días, edad media 83 años, 50% hombres y 50% mujeres, 55% tenían Barthel > 60 y Pfeiffer < 2 errores el 45%)

Conclusiones: 1. La necesidad de estas unidades está demostrada. 2. Es necesario ajustar la edad para encontrar el perfil de paciente geriátrico y establecer un difícil y modificable límite con otras especialidades. 3. Habrá que crear estrategias para aumentar el número de camas y personal en la Unidad, una de ellas es el trabajo diario y la exposición de los buenos resultados. 4. Se ha observado buena respuesta por los médicos de Urgencias gracias a su esfuerzo y entendimiento con los geriatras.

41. PROPUESTA DE DISPOSITIVOS DE SALUD PARA DESARROLLAR EL ESPACIO SOCIO-SANITARIO EN LA CIUDAD DE SEVILLA (ESPAÑA)

L. Fernández López

Hospital San Lázaro. Área Hospitalaria Virgen Macarena. Sevilla.

Introducción: Las personas mayores de la ciudad de Sevilla, integradas en el medio comunitario, presentan un índice de fragilidad del 18,3%. En esta ciudad, al igual que en el resto de las ciudades andaluzas, la prestación de salud, se gestiona desde el Servicio Andaluz de salud (SAS) que, no cuenta en su cartera de servicios con dispositivos específicos para personas mayores.

Objetivos: 1) Desarrollar el espacio Socio-sanitario en la ciudad de Sevilla. 2) Crear un modelo de gestión pública de dicho entorno, que se pueda extrapolar a otras ciudades andaluzas. 3) Facilitar la integración del mayor en el medio comunitario. 4) Proporcionar y ajustar los dispositivos de salud a las necesidades de las personas mayores.

Método: Proponemos la creación de ÁREAS DE ATENCIÓN GERIÁTRICA (A.A.G.) sectorizadas; con una ratio de, un Área de Atención Geriátrica por cada 55.000 personas mayores. Cada Área de Atención Geriátrica estará vinculada a un Área Hospitalaria, a saber: Área de Atención Geriátrica Virgen Macarena, Área de Atención Geriátrica Virgen del Rocío, Área de Atención Geriátrica Virgen de Valme. De cada A.A.G., dependerán dos Unidades de Valoración Geriátrica que, como recursos de proximidad, proporcionarán apoyo en la valoración y orientación diagnósticas (en forma de consultoría), a los profesionales de los Equipos Básicos de Atención Primaria de su zona de referencia. A su vez, se coordinarán con profesionales de las Unidades de Trabajo Social. Las A.A.G. se vincularán a su Área Hospitalaria de referencia, a través de los Dispositivos de Atención a Procesos Pluripatológicos y, dependerán funcionalmente de ellos, con quienes coordinarán sus intervenciones. Se procurará un flujo de intervención sobre usuarios de al menos, una vez cada tres años. Se diseñarán "mapas de fragilidad, de la ciudad" que faciliten el ajuste de la oferta asistencial a la prevalencia de los problemas sociales y de salud detectados. La interrelación e intervención con la población diana será comunitaria, multisectorial, transdisciplinar y, agregada en intensidad de intervención, según la gradación de necesidades.

Bondades de este proyecto de gestión: 1. Mejora de la Calidad de Vida de las Personas Mayores. 2. Ahorro de gasto y mejora en la rentabilidad de los recursos sanitarios, dado que, la intervención temprana sobre pacientes frágiles, evita la aparición de dependencia en un 1,79% de los casos.



Revista Española de Geriatria y Gerontología

www.elsevier.es/regg



Comunicaciones libres

Sala B Terraza. Viernes, 5 de junio de 18:00 a 20:00 horas

Área Clínica VIII

Moderador:

Primitivo Ramos Cordero (Madrid)

Farmacoterapia y varios

288. TERAPIA ANTICOAGULANTE ORAL EN ANCIANOS HOSPITALIZADOS

R. Bielza Galindo, J. Galindo Ortiz de Landazuri, C. Pastor Ocho, M.P. Gracia y D. Ramón del Río
Hospital Sagrado Corazón de Jesús. Huesca.

Introducción: El tratamiento anticoagulante oral (TAO) se indica para evitar consecuencias tromboembólicas en distintas patologías, para su control se emplea la INR (razón normalizada internacional) y el rango óptimo para evitar eventos tromboticos oscila entre 2 y 4, dependiendo del motivo de anticoagulación. Los controles del TAO deben cumplir unos requisitos de calidad: el número de controles en rango, la incidencia de hemorragias severas, los eventos tromboticos y la mortalidad. En la literatura hay fijados estándares de calidad del control de la coagulación para pacientes ambulatorios (aunque en ellos no se tienen en cuenta la edad) y apenas existen datos de la calidad durante una estancia hospitalaria, de un paciente geriátrico, momento de especial riesgo de mal control. Distintos factores, (que incluyen el incumplimiento terapéutico, multitud de fármacos, modificaciones en el tratamiento, cambios dietéticos, situaciones de estrés o enfermedades intercurrentes), que concurren en el anciano, y de un modo especial en el paciente geriátrico atendido en un centro hospitalario, provocan un deficiente control, que puede llevar a complicaciones graves.

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

Pacientes y método: *Diseño:* Estudio analítico, observacional, retrospectivo y descriptivo. Se incluyen los pacientes ingresados (N = 206) en nuestro centro desde Junio de 2007 hasta Febrero de 2009 en TAO. Para cada caso se recogió información relativa a datos demográficos, motivo de indicación de TAO, valores de la INR recomendados, número total de controles durante el ingreso, número de controles dentro y fuera de rango, complicaciones hemorrágicas (graves y leves), dosis total semanal e índice de Barthel.

Resultados: De los 206 pacientes incluidos, la edad media era de 81 años y un 54,9% eran mujeres. La Fibrilación Auricular fue la principal indicación de TAO (81,1%), seguida de la enfermedad tromboembólica

ca venosa (10,4%), las prótesis valvulares (3,9%) y las valvulopatías (2,6%). La dosis total semanal promedio fue de 10,93 mg, se realizaron 739 controles (5,91 controles por paciente) y el 38,02% están dentro del rango recomendado. Se detectaron en total 17 eventos hemorrágicos, 3 de ellos (1,4%) graves, con ningún fallecimiento. Tampoco se detectaron eventos tromboembólicos. No se estableció relación entre la edad y los pacientes en rango superior al permitido (test de correlación de Pearson).

Conclusiones: La incidencia de efectos adversos que afectan a los pacientes geriátricos hospitalizados en TAO controlados en nuestra unidad es similar a la registrada en grandes series referidas a pacientes jóvenes.

73. ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LOS PACIENTES FRÁGILES QUE INGRESAN EN UNA UNIDAD GERIÁTRICA DE AGUDOS Y LA SITUACIÓN EN LA QUE LLEGAN A LA ETAPA FINAL DE LA VIDA

C. Pujadas Gil, A.B. Martínez Ortuño, M.C. Partera Luque, X. Pla Salas, R. Comet Monte y M.A. Villarino Marzo
Corporació Sanitària Parc Taulí. Sabadell. Barcelona.

Introducción: Las unidades geriátricas de agudos se han demostrado efectivas en disminuir declives funcionales e institucionalizaciones después de un ingreso. Un buen número de estos morirán durante el ingreso (un 30% en nuestra unidad). Estamos hablando de pacientes mayores o crónicos con descompensaciones, con una trayectoria de la enfermedad a veces difícil de pronosticar, lo que puede dificultar el control sintomático y la implantación de las curas paliativas (CP) en la etapa final de la vida.

Objetivo: Conocer el número de pacientes de nuestra unidad que mueren con un buen control sintomático.

Método: El diseño es observacional, descriptivo y longitudinal prospectivo. La recogida de datos fue durante 6 meses, incluimos 87 pacientes con unas medias: edad de 83,7 años ($\pm 7,1$), Barthel 16,61 ($\pm 19,5$), Pfeiffer 3,6 ($\pm 2,9$), Charlson 3,52 ($\pm 2,3$). Los diagnósticos principales fueron: insuficiencia cardiaca (IC) 27,6%, respiratorios crónicos (EPOC) 31%, demencia 6,9%, accidentes cerebrales (AVC) 18,4%. Una vez el paciente era exitus y como máximo 24 horas después, revisamos las últimas 72 horas de las historias clínicas utilizando un cuestionario previamente confeccionado. Recogimos: síntomas más frecuentes (dolor, disnea y/o agitación), tipo de tratamiento, número de fármacos, los procedimientos o pruebas diagnósticas, las órdenes de no resucitación (ONR), las limitaciones terapéuticas, reunión de el equipo asistencial con la familia del paciente y colaboración medico-enfermera.

Resultados: Los síntomas que hemos valorado se mantienen durante los últimos 3 días de vida, 24 horas antes de la muerte tienen: el 12,6%

dolor, el 23% disnea y el 16,1% agitación, pero el control de estos aumenta en la evolución temporal. En las 72 horas antes de la muerte el 44,8% de los pacientes tenían un tratamiento activo versus al paliativo que lo tenían un 23%, pero momentos antes de la muerte la relación era de 9,2%/73,6%. La media del número de fármacos a las 72 horas era de 7,98 y a las 24 horas era de 3,08. Y la instauración de los fármacos para paliar (morfina, midazolam, escopolamina) también aumenta a horas previas a la muerte, en el caso de la morfina se utilizó en el 62,1% a las 72 horas y a las 24 horas en el 93,1%. Los procedimientos terapéuticos más utilizados fueron: punción subcutánea 62,8%, vía endovenosa 33,3%, aspiración de secreciones 27,6%, cura de úlceras 27,6%. Las ONR constaban en la historia en el 67,8%, el mal pronóstico consta en el 92% y limitaciones más específicas en el 23%. La reunión del equipo asistencial con la familia según la historia clínica se dio en el 77% de los casos y en un 86,2% hubo colaboración médico-enfermera. Estos mismos datos desglosados para las principales patologías nos dicen que: con la IC y la EPOC el número de fármacos administrado es mayor (11,17/7,93), hay mayor presencia de síntomas y el tratamiento paliativo se instaura más tarde que en pacientes con demencia o AVC. El mal pronóstico esta presente en todos los pacientes con demencia y en el 83,3% con IC. En cambio, limitaciones terapéuticas más específicas del tipo: no intubación, no transfusiones, no vasopresores,.... están más trabajadas en la IC y el la EPOC.

Conclusiones: Se muestra una marcada implantación de las CP en los últimos días de vida que nos determina una clara tendencia a la retirada de tratamiento activo y por lo tanto una disminución del número de fármacos administrados. Asimismo, la presencia de síntomas es constante desde las últimas 72 horas de vida. El paciente recibe mayoritariamente procedimientos encaminados a garantizar su confort. El manejo sintomático es peor en la IC y la EPOC que en enfermedades como la demencia y el AVC, dado que es más difícil establecer el pronóstico vital (parálisis pronóstica de los profesionales). Parece necesario entonces, afinar o implantar más las herramientas que indiquen el pronóstico de los pacientes con IC y EPOC. Hay un alto nivel de participación de enfermería en la toma de decisiones sobre la atención integral del paciente en sus últimos días de vida. Existe variabilidad en la forma de expresar las limitaciones terapéuticas a las historias clínicas en función de la tipología del paciente.

4. EL SISTEMA DE FARMACOVIGILANCIA EN CUBA

M. García Orihuela

Centro de Investigaciones sobre Longevidad, Envejecimiento y Salud. Vedado.

Los medicamentos modernos han cambiado la forma de tratar y combatir las enfermedades, sin embargo, pese a todas las ventajas que ofrecen, cada vez hay más pruebas de que las reacciones adversas a los fármacos son una causa frecuente, aunque a menudo prevenible, de enfermedad, discapacidad o incluso muerte, hasta el punto de que en algunos países figuran entre las 10 causas principales de mortalidad.

Con el objetivo de prevenir o reducir los efectos nocivos de los medicamentos y mejorar así la Salud Pública, es fundamental contar con mecanismos para evaluar y controlar el nivel de seguridad que ofrece el uso clínico de ellos, lo que en la práctica supone tener en marcha un sistema bien organizado de Farmacovigilancia.

La FV juega un papel importante en la toma de decisiones en farmacoterapia, tanto a nivel individual, como regional, nacional e internacional; es un elemento clave para que los sistemas de reglamentación farmacéutica, la práctica clínica y los programas de Salud Pública resulten eficaces.

En nuestro trabajo describiremos el funcionamiento y la estrategia a seguir de la Farmacovigilancia en Cuba, mostrando ejemplos de los resultados obtenidos en las últimas décadas.

526. DISMINUCIÓN DEL CONSUMO DE MEDICACIÓN POTENCIALMENTE INAPROPIADA EN ANCIANOS

M.A. Sassano, M.E. Guajardo, M. Schapira, B. Martínez y L. Camera
Hospital Italiano de Buenos Aires. Buenos Aires.

Objetivo: Disminuir la prevalencia de consumo de MPI en ancianos ambulatorios, mediante intervención a los médicos de cabecera con clases informativas y envíos de correos electrónicos recordatorios.

Material y métodos: En el año 2005 determinamos el consumo de MPI en ancianos en nuestra población que alcanzó el 26,5%. A partir de estos datos se diseñó un estudio de tipo antes y después, no controlado, para evaluar la disminución del uso de MPI, interviniendo a los médicos de cabecera mediante una estrategia combinada consistente en clases informativas y posteriormente se eligieron al azar del total de pacientes (5.435) que consumían MPI, 879 y se les envió e-mails a sus respectivos médicos de cabecera, 48 h antes de la consulta, con el fármaco problema y brindándole otras alternativas farmacológicas. Se analizaron 12 meses antes de la primera intervención y 18 meses posteriores, dividiendo ambos períodos en trimestres (T1 a T9).se utilizó un test de proporciones que comparó T1 vs T9 y se realizó un gráfico de run chart para describir la tendencia temporal y definir la existencia de variabilidad de causa especial.

Resultados: N: 879 pacientes, edad media 77,2 años, sexo femenino 72,8%.

	T1 (nº y %)	T9 (nº y %)	p
AINE	52 (5,92%)	14 (1,59%)	< 0,001
ADT	71 (8,08%)	36 (4,1%)	< 0,001
ANTI-H1	68 (7,74%)	27 (3,07%)	< 0,001
ANTI-HTA	31 (3,53%)	16 (1,82%)	< 0,006
BZD	89 (10,13%)	61 (6,94%)	< 0,001
Opioides	19 (2,16%)	11 (1,25%)	< 0,06
Oxibutinina	26 (2,96%)	16 (1,82%)	< 0,04
Relaj. Muscul.	68 (7,74%)	30 (3,41%)	< 0,001

En todos los fármacos o grupos de fármacos el run chart, mostró variabilidad de causa especial en el sentido de una disminución en el consumo de fármacos, luego de las diferentes intervenciones.

Conclusión: Combinando diferentes estrategias dirigidas a los médicos de cabecera se logró descender el consumo de MPI en la población anciana ambulatoria.

97. ANEMIZACIÓN DURANTE EL INGRESO HOSPITALARIO: ANÁLISIS DESCRIPTIVO Y FACTORES ASOCIADOS

I. Pardo Planas, O. Gutiérrez Duque, L. Martínez Lado, y F. Veiga Fernández

Complejo Hospitalario Xeral-Calde. Lugo.

Objetivos: Estudiar los factores relacionados con la anemia durante el ingreso hospitalario del paciente geriátrico durante la hospitalización en una Unidad de Agudos.

Material y métodos: Se estudiaron los pacientes ingresados consecutivamente en la Unidad de Agudos de Geriátría del Hospital Xeral-Calde (Lugo) durante el período comprendido entre septiembre y diciembre de 2008 que sufrieron anemia significativa, definida como el descenso de hemoglobina $\geq 1,5$ g/dl durante el ingreso hospitalario. Se obtuvieron datos de filiación, valoración geriátrica, parámetros analíticos, patologías concomitantes, fármacos recibidos, complicaciones hemorrágicas y extracciones sanguíneas. Se realizó el análisis estadístico mediante el programa SPSS.

Resultados: Se incluyeron 80 pacientes (53,8% mujeres, edad media 85,96). Ingresaron por problemas cardiorrespiratorios (43,8%), gastrointestinales (10%) y neurológicos (10%). La mayoría con dependencia funcional (85%), deterioro cognitivo (71,3%) y comorbi-

lidad: enfermedad vascular (62%), insuficiencia renal (41,3%) y diabetes (32,5%). Al ingreso el 76,3% tenían parámetros analíticos de deshidratación precisando sueroterapia. Más de la mitad de los pacientes tenían anemia (según parámetros de referencia) en el momento del ingreso (51,3%), porcentaje que asciende hasta el 90% al alta. Se objetivó algún tipo de sangrado durante el ingreso en el 28,8% de los casos. El 90% recibieron profilaxis con heparinas de bajo peso molecular, y el 20% permanecieron antiagregados. Fueron transfundidos el 8,8%. La anemización durante el ingreso apenas generó la realización de pruebas diagnósticas invasivas y sólo fue considerado en tres pacientes (3,75%) diagnóstico principal. La estancia media fue de 17,05 días y la mortalidad hospitalaria del 10%.

No se ha identificado relación estadísticamente significativa entre la severidad de la anemización y la situación funcional, deshidratación, comorbilidad, eventos hemorrágicos y volumen de sangre extraído para estudios analíticos.

Conclusiones: La anemización es una complicación frecuente durante el ingreso hospitalario del paciente geriátrico, no identificándose factores específicos que influyan en su gravedad. Sin embargo, genera pocos estudios complementarios y no se considera el problema principal.

49. IDENTIFICACIÓN DE LOS PACIENTES ANCIANOS HOSPITALIZADOS POR INSUFICIENCIA CARDÍACA QUE ESTÁN AL FINAL DE LA VIDA

M. Cabré Roure³, R. Icart Palau³, D.S. Pérez Díaz¹, R. Monteis Cahis², E. Palomera Fanegas⁴ y M. Serra Prat⁴

¹Unidad Geriátrica de Agudos. Residente de Geriátría. Barcelona.

²Unidad Geriátrica de Agudos. Barcelona.

³Unidad Geriátrica de Agudos. Residente de Medicina Interna. Barcelona. ⁴Consorti Sanitari del Maresme. Barcelona.

⁵Unidad Geriátrica de Agudos. Mataró. Barcelona.

Introducción: Los modelos predictivos de mortalidad en insuficiencia cardíaca son útiles para la toma de decisiones y la planificación de los cuidados, pero no han sido estudiados de forma específica en pacientes muy ancianos.

Objetivo: Identificar aquellos factores relacionados con la mortalidad a los 6 meses en pacientes con insuficiencia cardíaca hospitalizados en una unidad geriátrica de agudos y desarrollar una escala de riesgo para identificar a los pacientes que están al final de la vida.

Métodos: Estudio observacional prospectivo de seguimiento de una cohorte de pacientes > 70 años con insuficiencia cardíaca hospitalizados, entre enero de 2001 y diciembre de 2007. Factores de estudio: edad, sexo, síndromes geriátricas (incontinencia urinaria, incontinencia fecal, úlceras por presión, inmovilidad, caídas, síndrome confusional agudo, síndrome depresivo), índice de comorbilidad de Charlson, Tensión arterial sistólica (TAS) recogida en urgencias, índice de Barthel (IB) preingreso, ingreso y alta, creatinina, albúmina, colesterol total, linfocitos, natremia, Mini Nutritional Assessment (MNA) y mortalidad por cualquier causa a los 6 meses del alta hospitalaria.

Resultados: Se reclutaron 419 pacientes. El 72,3% mujeres. Edad media de 85,7 años (DE 6,3). Mortalidad a los 6 meses 26,5%. El análisis multivariante identificó 4 variables independientes predictoras de mortalidad a los 6 meses: IB y < 40 al alta OR 2,9, (IC 95% 1,39-4,46), TAS < 110 mmHg OR 4,54, (IC 95% 1,96-10,52), TAS 110-150 mmHg OR 2,10, (IC 95% 1,16-3,80), Creatinina > 1,5 mg/dl OR 1,82, (IC 95% 1,05-3,16), y Natremia < 136 mmol/L OR 2,01, (IC 95% 1,13-3,57). Los pacientes se estratificaron en grupos de riesgo basado en una puntuación relacionada con las OR obtenidas. Los porcentajes de mortalidad a los 6 meses fueron: 0 puntos: 5,4%, 1 punto: 15,7%, 2 puntos: 31,5%, 3 puntos 39,4% y 4 o más puntos: 60%. (P < 0,001).

Conclusión: Estos resultados sugieren que una escala de riesgo sencilla de recoger puede identificar en ancianos hospitalizados por insuficiencia cardíaca con un alto riesgo de mortalidad a los 6 meses. Esta información puede ayudar al equipo asistencial a conocer el pronóstico y a identificar cuales son los pacientes que están al final de la vida.

410. EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO DEL DOLOR CRÓNICO EN PACIENTES CON DETERIORO COGNITIVO NO SEVERO EN LA FUNDACIÓN SOCIO SANITARIA DE MANRESA

D.L. Cardona, J. Catena y C. Pardo

Fundació Sociosanitària de Manresa. Barcelona.

Objetivo principal: Establecer como los pacientes con deterioro cognitivo no severo evalúan el dolor crónico y conocer el tratamiento farmacológico respectivo.

Objetivos específicos: 1) Describir el dolor crónico en el paciente con deterioro cognitivo no severo según edad, sexo, nivel educativo, evaluación geriátrica integral. 2) Analizar qué pacientes con deterioro cognitivo no severo y dolor pueden evaluar "su dolor": tener autopercepción, establecer una localización, y valorar intensidad por una escala unidimensional. 3) Comparar la evaluación del dolor que hace el paciente con la valoración del cuidador principal. 4) Describir el manejo analgésico según intensidad y tipo de dolor.

Metodología: Tipo de estudio: descriptivo prospectivo de corte transversal. Población de estudio: pacientes con deterioro cognitivo no severo con dolor crónico, atendidos por el servicio de psicogeriatría: consultas externas, unidad hospitalaria de media-estancia, hospitales de día, interconsultas de otros servicios, residencia. Se seleccionarán 2 grupos de pacientes según la evaluación cognitiva mediante aplicación de mini-examen cognitivo y escala GDS de Reisberg; se seleccionará un primer grupo: pacientes con deterioro cognitivo leve (GDS 3 / MEC 20-24) y un segundo grupo con deterioro cognitivo moderado (GDS 4-5 y MEC 10-19). Se excluirán: pacientes valorados en la consulta de alivio del dolor, pacientes con deterioro cognitivo no severo que ofrezcan limitaciones para la comunicación verbal y aquellos en los cuales no sea posible obtener un consentimiento válido (paciente, familiar o tutor).

Materiales y métodos: El profesional de psicogeriatría y algesiólogo gestionará un formulario donde constarán datos de: edad, sexo y nivel educativo; la valoración geriátrica integral: funcional, cognitiva, afectivo-conductual y social; los aspectos relacionados con la evaluación del dolor crónico del paciente, la comparación con la valoración del cuidador principal, y el tratamiento para el dolor. La información será consignada en una base de datos en el programa access 2003

El análisis se realizará con los debidos paquetes estadísticos y los resultados presentados en cuadros y tablas.

Resultados: Estudio pendiente de recolección de muestra y ejecución.

103. INFLUENCIA DE LA FUNCIÓN RESPIRATORIA SOBRE LA VELOCIDAD DE MARCHA EN ANCIANOS

P. Atienzar Núñez, G. Paterna Mellinas, I. García Nogueras, Y. Bardales Mas, P. Hernández Zegarra y P. Abizanda Soler
Complejo Hospitalario Universitario Albacete.
Albacete.

Objetivo: Analizar la influencia de la función respiratoria en la velocidad de marcha en mayores de 69 años.

Método: 259 mayores de 69 años capaces de deambular 5 metros, estudiados en Hospital de Día del Complejo Hospitalario Universitario de Albacete en 2008. Se les determinó la función

respiratoria mediante la medición del Peak-flow tres veces tomando la mayor de las medidas. Se determinó la edad, sexo, índice de masa corporal, Barthel, MMSE e índice de Charlson como variables de control. Todos los sujetos deambularon 5 metros a ritmo confortable y se cronometró el tiempo empleado. Se analiza mediante regresión múltiple la relación entre función respiratoria y velocidad de marcha.

Resultados: Edad media 77,0 (DE 5,1). Mujeres 54,8%. Velocidad media de la marcha 0,85 m/s (DE 0,34). MMSE 24,3 (DE 4,2). Charlson 1,2 (DE 1,5). IMC 28,9 (DE 4,6). Barthel 93,4 (DE 12,2). Peak Flow 289,2 l/min (DE 122,2). Por cada 100 l/min que aumentó el peak-flow, los sujetos deambularon 0,07 m/s más deprisa [IC95% 0,01-0,04; $p < 0,001$], ajustado por el resto de covariables.

Conclusiones: Una mejor función respiratoria en ancianos se asocia de manera independiente con mejor velocidad de marcha.

145. ¿QUÉ FÁRMACOS ANTIDIABÉTICOS SE PRESCRIBEN EN RESIDENCIAS DE ANCIANOS? ESTUDIO NOVOMET

R. López Mongil², J.A. López Trigo¹
y Grupo Colaborativo NOVOMET²

¹Unidad de Memoria. Ayuntamiento de Málaga.

²Centro Asistencial Dr. Villacián. Diputación de Valladolid. Valladolid.

Objetivos: Describir el tratamiento farmacológico relacionado con la diabetes mellitus (DM) que reciben los pacientes atendidos en residencias de ancianos de España.

Método: Estudio epidemiológico, transversal, aleatorizado y multicéntrico. Se incluyeron 281 pacientes diabéticos mayores de 65 años, atendidos por médicos de residencia de las 17 Comunidades Autónomas del Estado Español. La presencia de DM y su tratamiento se registró a partir de datos de la historia clínica.

Resultados: Se analizaron un total de 281 pacientes diabéticos, con una edad media de 82,4 años, siendo un 64,6% mujeres. Reciben tratamiento farmacológico un 76,9% de los diabéticos. Se evaluaron las 5 familias principales de antidiabéticos orales (ADO) y los distintos tipos de insulina. Los fármacos prescritos son ADO en un 51,9% e insulino terapia en un 38,8%. Los ADO más prescritos fueron las sulfonilureas (SU) (24,4%), seguido de metformina en un 20,6% y metiglinidas en un 14,6%, (dentro de este grupo no se encontró ningún tratamiento con nateglinida, siendo la replaglinida la única empleada), glitazonas en un 3,6% y finalmente un 1,8% reciben tratamiento con inhibidores de las glucosidasas intestinales. De los diferentes tipos de insulina, los análogos de acción rápida suponen un 2,8%, las insulinas de acción intermedia un 29,4% y los análogos de acción retardada un 26,6%. Un 29,4% asocian rápida más intermedia, un 8,3% rápida más retardada, un 1,8 asocian los tres tipos. En un 13,9% se asocia insulina y ADO.

Conclusiones: En el ámbito institucional el tratamiento de la DM se realiza, mayoritariamente, con fon fármacos ADO, siendo los más usados los insulinosecretoreas (sulfonilureas más metiglinidas), seguidos de los insulinosensibilizadores (metformina y glitazonas), y en último lugar los inhibidores de las glucosidasas intestinales. Algo más de un tercio de los pacientes diabéticos reciben tratamiento con insulina, fundamentalmente, a base de las de acción intermedia, de acción retardada o en combinación intermedia-rápida. No hemos registrado tratamientos con fármacos con actividad sobre el sistema incretina.

113. PRESCRIPCIÓN INAPROPIADA DE FÁRMACOS EN ANCIANOS HOSPITALIZADOS: APLICACIÓN DE LOS CRITERIOS VALIDADOS STOPP Y START

O. Gutiérrez Duque, E. González Colominas y F. Veiga Fernández
Complejo Hospitalario Xeral-Calde. Lugo.

Introducción: Hay prescripción inapropiada de fármacos (PIF) cuando el riesgo de efectos adversos excede los beneficios esperados de su utilización (criterios STOPP) o cuando no se utilizan, sin justificación, fármacos que han demostrado ser beneficiosos (criterios START). El objetivo de este estudio es evaluar la calidad de las prescripciones en pacientes geriátricos hospitalizados según los criterios mencionados.

Método: Estudio descriptivo de una muestra aleatoria de 170 individuos ingresados en el Servicio de Geriátría del Hospital Xeral-Calde de Lugo. Analizamos los datos demográficos, síndromes geriátricos, valoración geriátrica integral, número de fármacos consumidos en domicilio, durante el ingreso y al alta hospitalaria. Aplicamos los criterios STOPP y START examinando sus efectos adversos e interacciones farmacológicas. Realizamos el estudio estadístico mediante el programa SPSS.

Resultados: Edad media 84,75 años, 52,4% mujeres, el 85,3% ingresados en la unidad de agudos, con una estancia media de 14,89 días. Son pacientes con importante comorbilidad (87,1%) y dependencia (74,7%). Los síndromes geriátricos más frecuentes fueron la polifarmacia (93,5%), deprivación sensorial (63,5%) y demencia (58,8%). La media de fármacos prescritos durante la estancia hospitalaria fue de 10,56 por paciente reduciéndose a 6,71 al alta. Fueron pautados fármacos inapropiados según criterios STOPP en un 64,1%, siendo los más frecuentes aquellos que aumentan el riesgo de caídas (21,8%). Los pacientes con criterios STOPP tuvieron mayor incidencia de insomnio ($P < 0,04$), estancia hospitalaria ($P < 0,02$) y consumo de fármacos ($P < 0,02$). El 45,9% no se beneficiaron de fármacos con indicación clínica según criterios START, siendo la terapia con estatinas en pacientes diabéticos con FRCV asociados (14,7%) la omisión más frecuente. La no utilización de fármacos indicados se correlacionó significativamente con la comorbilidad ($P < 0,002$), delirium ($P < 0,004$), incontinencia urinaria y fecal ($P < 0,02$), inmovilidad ($P < 0,02$), insomnio ($P < 0,03$) y dependencia para ABVD ($P < 0,05$).

Conclusiones: El estudio identifica una elevada PIF en ancianos hospitalizados. Es necesario ajustar los criterios STOPP y START a las características de los ancianos frágiles y reevaluar nuestra práctica clínica.

532. HIDRATACIÓN SUBCUTÁNEA EN EL ADULTO MAYOR

J.C. Acosta

Grupo SAR Capdepera.

El adulto mayor se enfrenta a un deterioro físico y cognitivo que paulatinamente y en casos particulares se encuentra ligado a la pérdida de la vía oral; La hidratación por vía subcutánea ofrece una útil alternativa dada su sencillez en cuanto a técnica se refiere, este método ha sido probado con éxito en pacientes oncológicos, con nefropatías y enfermedades terminales; aun no se encuentra evidencia científica escrita de su uso en pacientes con demencias seniles que dentro del curso del cuadro clínico se vea comprometida la vía oral. La hidratación por vía subcutánea es un método seguro, con pocos efectos adversos que permite el uso de diferentes sustancias incluso farmacológicas, lo cual lleva a mejorar y paliar los estados físicos del adulto mayor enfermo.



Comunicaciones libres

Sala B Nivel 1. Viernes, 5 de junio de 15:30 a 17:30 horas

Área Social II

Modera:

M.^a del Puerto Gómez Martín (Madrid)

438. RELACIÓN ENTRE LOS RECURSOS SOLICITADOS Y RECURSOS ORIENTADOS COMO MÁS IDÓNEOS SEGÚN EL GRADO Y NIVEL DE DEPENDENCIA

M. Vecino Peñín, R. Torre Pérez, M.D. de León Gómez, L. Zurbanobeaskoetxea Larauogoitia y J.L. Aldayturriaga Bustamante
Diputación Foral de Bizkaia.

Objetivo: Conocer el perfil de las personas solicitantes de la valoración de dependencia, así como el tipo de recursos solicitados, relacionándolo con el grado y nivel de dependencia, y con la orientación de la Diputación Foral de Bizkaia (DFB).

Material y método: Criterio aleatorio eligiendo una muestra de 450 entre las solicitudes presentadas durante el año 2008, revisando el instrumento de valoración BVD, el Plan Individual de Atención (PIA), el Informe Social, y la Solicitud de Valoración.

Resultados: De la muestra seleccionada, elegimos las personas mayores de 60 años, que eran 367, de las cuales 286 fueron valoradas como personas dependientes, 54 como personas autónomas y 27 no habían sido valoradas, por distintos motivos. De la muestra elegida se ha comprobado que una mayoría amplia eran mujeres, siendo la mayoría de ellas viudas. Atendiendo al lugar de residencia, el mayor número de solicitudes se presentaron desde Bilbao. También se ha comprobado, que el mayor número de personas (64), fueron valoradas con el Grado III, Nivel 1 de dependencia. En cuanto a los recursos solicitados según grado y nivel de dependencia: Se puede decir que independientemente del grado y nivel de dependencia, el recurso más solicitado fue la Prestación Económica para Cuidados en el Entorno Familiar (148), seguido por el de ingreso en Residencia permanente (57).

Por otra parte, atendiendo a los recursos propuestos desde la DFB., encontramos variedad en la oferta de recursos: En los grados más bajos de dependencia hay mayor número de expedientes en los que no se ha realizado el PIA, posiblemente por no estar interesados en ningún recurso de los que en ese momento se podía acceder. Es interesante destacar que el Grado III, Nivel 1 es el único grupo en el que se orienta más como recurso adecuado el ingreso en Residencia (24), frente a la Prestación Económica para cuidados en el entorno familiar (21).

Conclusiones y perfil: Las personas que solicitan la valoración de la dependencia, en su mayoría son: Mujeres, viudas, mayores de 60

años, que viven en Bilbao, que presentan una Gran Dependencia, Grado III, Nivel 1, que solicitan una Prestación Económica o el ingreso en una Residencia, y uno de esos recursos serán los que se orienten desde la DFB.

420. VALOR PREDICTIVO DEL RAI-SCREENER+ SOBRE LA VALORACIÓN DE LA DEPENDENCIA EN BIZKAIA

L. Corcuera Martínez², L. Zurbanobeaskoetxea Larauogoitia¹, B. Pablos de Prado² y R. Torre Pérez¹

¹Diputación Foral de Bizkaia. ²Colegio Oficial de Médicos de Bizkaia.

Introducción: El Consejo Vasco de Atención Sociosanitaria determinó el 17/02/2005 adoptar para la calificación de personas con dependencia en la CAV el sistema RAI, concretamente el RAI-screener+, considerado un instrumento capaz no sólo de evaluar el grado de dependencia sino de determinar el tipo de atención que la persona requiere. En Bizkaia se implantó este sistema de valoración el 1/01/2006 y se ha seguido utilizando conjuntamente con el Baremo de Valoración de Dependencia (BVD), tras la aprobación de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre.

Objetivos: Medir el valor predictivo del RAI-screener+ en la determinación de la dependencia hallada con el BVD. Objetivar la posible correlación del Michigan Choice (MI) con los grados de dependencia del BVD. Describir el comportamiento de los RUG con relación al BVD.

Método: Muestra de 11.143 personas valoradas con el BVD y con el RAI-screener+ en 2008. Los resultados del BVD se han agrupado en dependiente e independiente y sobre ellos se ha aplicado el resultado del RAI. Además se han agrupado en grados de dependencia y se han comparado con los resultados de RUG y MI obtenidos con el RAI.

Resultados: La sensibilidad del RAI-screener+ es alta, 98%. El valor predictivo 94%. El MI, como orientador de cuidados, da un coeficiente de correlación positivo, excepto para cuidados en domicilio (HM). El grado de correlación más fuerte se ha obtenido entre el NH y niveles altos de dependencia.

Los RUG, en una primera aproximación descriptiva se comportan como filtros de estratificación de grados de dependencia. El 87% de las personas autónomas en BVD se agrupan en torno a los subgrupos PA_1 y PA_2; y las personas más dependientes están en los subgrupos CC, IB y PD

Conclusiones: Pese a ser dos herramientas concebidas para distintos fines, la información que proporciona el RAI es de máxima utilidad en la orientación de recursos para los distintos niveles de dependencia. La determinación de dependencia/independencia con el RAI no tiene un valor predictivo alto, pero tanto el MI como los RUG mues-

tran correlación con los grados de dependencia. Se precisa una ampliación de este estudio, en torno a la utilización conjunta de los algoritmos MI y RUG sobre los grados de dependencia para optimizar la potencialidad del RAI en la asignación de recursos.

422. PROCEDIMIENTO DE VALORACIÓN URGENTE DE DEPENDENCIA EN LA DIPUTACIÓN FORAL DE BIZKAIA Y SITUACIÓN ESTATAL DE LAS URGENCIAS

I. Herrero Muguruza

Diputación Foral de Bizkaia. Bilbao.

Objetivo: 1. Conocer procedimientos de Valoración Urgente de Dependencia. 2. Analizar el trabajo de urgencias de la DFB.

Material y método: Cuestionario a la red de Atención a Dependientes y entrevistas con personal técnico. Conjunto de solicitudes urgentes del 1/09/2008 al 28/02/2009. Análisis de los porcentajes de solicitudes recibidas y de sus características.

Resultados: Bizkaia: DF 197/2008 de 16/12/09 crea y regula la CTVPD. Se reciben las solicitudes por administrativos y derivan a una Trabajadora Social que valora e investiga individualmente. En función de los criterios establecidos (capacidad económica, red sociofamiliar y sucesos críticos) se acuerdan con la Responsable Sociosanitario los urgentes. La visita médica se realiza en un máximo de 3 días. Se revisan y aceptan por la CTVPD y tras la OF la Trabajadora Social de urgencias realiza el PIA. En los casos en los que son autónomos se coordina e interviene desde la CTVPD. La DFB garantiza la atención integral y seguimiento con la coordinación con la Sección de Centros Residenciales. *Estado:* En gran parte de las CCAA no existe un especificidad de atención a las urgencias remitiéndonos al SAD, ingresos privados...

En Cataluña están desarrollando la normativa de urgencias y en Canarias cuentan con protocolos específicos. *DFB:* El número total de solicitudes es de 6276 de las cuales 324 fueron consideradas urgentes en los SSB. De las recibidas 127 fueron urgentes. El período con más urgencias fue Febrero 6,4% del total. El mayor número de solicitudes totales es de Octubre (1.183) siendo enviadas como urgentes el 6,4% y se consideró urgente un 1,1 %. Las solicitudes recibidas como urgentes suponen un 2%.

Conclusiones: La diversidad hace difícil contactar con cada CCAA. Se está implantando la Dependencia como 4º pilar del Eº de bienestar y no se han planteado prioridades normativas e instaurar protocolos específicos. Las CCAA con mayor sensibilidad son Cataluña, Canarias y PV (Bizkaia).

De media se reciben 1.046 solicitudes al mes de las que 54 son enviadas como urgentes. El 5,2% de las solicitudes recibidas corresponden a casos urgentes desde los SSB. Al mes, 21,2 solicitudes se confirman urgentes por DFB. Las urgencias suponen un 2% del total. 324 solicitudes en 6 meses son suficientes para plantearse una atención específica.

224. ENCUESTA SOBRE POLÍTICAS LOCALES PARA LAS PERSONAS MAYORES

T. Rivero Fernández¹, M. Pérez Salanova², L. Díaz² y M. Aran²

¹Instituto del Envejecimiento de la Universidad Autónoma de Barcelona. *Barcelona.* ²Fundació Pi i Sunyer. *Barcelona.*

Objetivos: Avanzar resultados de la encuesta panel de la Fundació Pi i Sunyer realizada en Catalunya en el año 2008.

Método: Elaboración ad hoc de un cuestionario dirigido a responsables técnicos de las áreas de personas mayores en Ayuntamientos de 10.000 y más habitantes. El cuestionario, elaborado por el Instituto del Envejecimiento (UAB) sobre las bases del modelo de Envejecimiento Activo de la OMS, consta de los siguientes apartados: Gestión y planificación municipal. Actuaciones municipales en: envejeci-

miento saludable, atención a la dependencia, promoción de la participación social e intervención en situaciones de riesgo social. Relaciones y redes de apoyo. Organización y recursos municipales. Evaluación de las políticas locales.

Resultados: Ha respondido el 71% de los ayuntamientos de 10.000 y más habitantes. El 51,2% de los ayuntamientos dispone actuaciones para las personas mayores en su planificación vigente y el 21,4% cuenta con un plan específico. Los objetivos más frecuentes son: promoción del envejecimiento saludable (45,6%), atención a la dependencia (45,6%) y promoción de la participación (39,2). Respecto a las actuaciones, la mayor frecuencia corresponde a: fomento de la actividad física, formación en prevención y salud y promoción de la participación social (95,1%, 94% y 86,7%), seguida de la promoción del voluntariado y de actividades intergeneracionales (63,4% y 63%). En materia de riesgo social la mayor frecuencia corresponde al aislamiento social (72%) y al maltrato (65,9%). El 100% de los municipios dispone de hogares o clubes, el 98,8% ofrece servicio público de teleasistencia y el 97,6% de ayuda a domicilio; entre éstos, el 45,2% tiene lista de espera y el 59,3% formula el copago. El 89% desarrolla apoyos a los cuidadores no profesionales. El 62,4% evalúa sus actuaciones con personas mayores y el 65,1% indica que éstas se implican bastante o mucho en las actuaciones municipales dirigidas a este colectivo. El 58,3% indica que las estructuras municipales no trabajan habitualmente de forma transversal y coordinada en este ámbito.

Conclusiones: Los ayuntamientos constituyen un agente relevante en la prevención en materia de salud y de dependencia. Si bien el Envejecimiento Activo se ha convertido en un referente clave, se detecta una separación entre la atención a la dependencia y la promoción del envejecimiento activo, aspecto divergente con la perspectiva de la OMS. La Encuesta permitirá establecer indicadores de las intervenciones locales y analizar el desarrollo de la perspectiva del Envejecimiento Activo, y ofrecerá una herramienta de autoevaluación de los ayuntamientos.

205. EL DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA DEPENDENCIA DE LOS GERONTOINMIGRANTES EN ESPAÑA: UNA EXIGENCIA LEGAL Y UNA OPORTUNIDAD LABORAL

M. Echezarreta Ferrer y E.M. Álvarez González

Facultad de Derecho. Universidad de Málaga.

Objetivos: Estudiar el alcance del Derecho a la protección de la dependencia de los gerontoinmigrantes (personas mayores extranjeras) en España, así como su corresponsabilidad con los países de origen y su enfoque como sector generador de empleo.

Método: Se han estudiado las fuentes legales, de *soft law* y *hard law*, supranacionales, estatales y autonómicas reguladoras de los derechos socio-sanitarios de los extranjeros, como conjunto jurídico más amplio de atención a la salud, la práctica jurisprudencial y los problemas derivados del ejercicio de dichos derechos en cuanto a la acreditación de los requisitos necesarios. El análisis jurídico se ha contextualizado sociológicamente con informaciones facilitadas por los Departamentos de extranjeros de Municipios de la Costa del Sol, así como con estudios de organizaciones no gubernamentales e instituciones especializadas en la atención sanitaria y a la dependencia.

Resultados: Todos los indicios apuntan a que el litoral mediterráneo español es un referente en el destino de personas mayores del centro y norte de Europa, y que algunos de dichos Estados están interesados en la deslocalización de sus servicios de atención socio-sanitaria a estos destinos del sur de Europa por razones prácticas y económicas. Del conjunto normativo aplicable podemos concluir: 1) que no puede existir discriminación alguna por razón de nacionalidad en cuanto a la asistencia socio-sanitaria sin violar principios y derechos básicos de todo ser humano; 2) Que existen fórmulas jurídicas de colaboración interestatal entre los países de origen y de destino de los *gerontoinmigrantes* al objeto de corresponsabilizar a ambas Administraciones en el

ejercicio de estos derechos para poder sustentar el sistema de atención como existe ya en el ámbito europeo en materia sanitaria.

Conclusiones: De los resultados alcanzados podemos concluir que el Derecho de todo extranjero a recibir las mismas prestaciones socio-sanitarias que los españoles en España debe convertirse en una apuesta global de la Administración española en su conjunto, derivada de su compromiso con la consolidación de la Ciudadanía Europea. Su objetivo no sólo es protector de derechos de los ciudadanos, sino a la vez generador de empleo. Dicha apuesta requiere importantes dosis de innovación metodológica que incorpore la teoría de la *complejidad* para poder conocer no sólo las partes del fenómeno sino también como se relacionan entre sí, solo así se podrán realizar propuestas coherentes, sostenibles y eficaces.

329. PARTICIPACIÓN SOCIAL Y CALIDAD DE VIDA (CASP-12) EN EUROPA

E. del Barrio Truchado, M.T. Sancho, J. Yanguas, E. Urdaneta y G. Zamora
Fundación INGEMA. Madrid.

Objetivos: Analizar la relación entre la participación social y la calidad de vida de las personas mayores y conocer las peculiaridades y diferencias ideosincráticas existentes entre los diferentes países europeos utilizando como instrumento de análisis el estudio longitudinal Survey of Health Ageing and Retirement in Europe (SHARE).

Método: Análisis estadístico multivariable de los microdatos de la segunda oleada (2006-2007) de SHARE. La Encuesta de Salud, Envejecimiento y Jubilación en Europa es una base de microdatos sobre la salud, el estado socioeconómico y las redes sociales y familiares de individuos de 50 y más años de trece países europeos. Se compone de una muestra de más de 33.000 individuos. En este estudio se ha utilizado como medida de calidad de vida la escala CASP-12 incluida el bloque de Bienestar social de SHARE. El CASP-12 es una escala psicométricamente válida y versión reducida de la original, de 19 ítems. En esta escala la calidad de vida se mide a través de cuatro conceptos o necesidades individuales que son particularmente relevantes en la vejez: el control (C), la autonomía (A), la auto-realización (S) y el placer (P).

Resultados: Existe una relación estadísticamente significativa entre la calidad de vida de las personas mayores y su participación en actividades sociales (voluntariado, asistencia a cursos, centros sociales y asociaciones). Las personas con mayor grado de bienestar son más proclives a participar en este tipo de actividades. Los países con más altos niveles de participación son los situados en el norte de Europa (Suecia, Países Bajos, Dinamarca y Suiza). Éstos, a su vez, son los que contienen mayores índices en la escala CASP-12, su calidad de vida es calificada como alta o muy alta. Entre las personas mayores españolas el indicador de calidad de vida desciende a una media moderada y su participación en actividades sociales contiene uno de los porcentajes más bajos. El voluntariado en nuestro país ha estado asociado más a actividades de asistencia social que a tareas de ocio y tiempo libre. En los países del norte de Europa el voluntariado está dedicado al ámbito cultural o recreativo y esta es una de las causas del mayor índice de participación. Los antecedentes sociales, institucionales y culturales importan en gran medida para el compromiso voluntario.

Conclusiones: La investigación comparativa europea es una buena fuente de información que ha de tenerse muy en cuenta a la hora de planificar programas e intervenciones con este grupo de población. Una vez más, constatamos las paradojas sociales de las distintas sociedades europeas: la del norte, con escaso desarrollo comunitario, ha buscado vías para participar y para generar bienestar entre sus ciudadanos mayores. La del sur, con sólidas redes sociales comunitarias, ha desarrollado mucho menos las estructuras formales de participación.

327. “CONOCER PARA INTERVENIR”. PAPEL DE LA INVESTIGACIÓN CUALITATIVA EN LA CONSTRUCCIÓN DE CIUDADES AMIGABLES CON LAS PERSONAS MAYORES

E. del Barrio Truchado, M.T. Sancho Castiello, J. Yanguas, E. Urdaneta y G. Zamora
Fundación INGEMA. Madrid.

Objetivo: Generar algunas líneas de reflexión acerca de la técnica de grupo de discusión y su potencia para el análisis social desde la perspectiva cualitativa en el marco del Proyecto Ciudades Amigables con las personas mayores.

Método: Análisis de la metodología cualitativa, específicamente de los grupos focales, como punto de partida de una ciudad amigable. Realización de ocho grupos focales, compuestos por personas mayores, mujeres cuidadoras, proveedores de servicios y representantes de ONG's, donde se discute sobre ocho aspectos (espacios al aire libre y edificios, transporte, vivienda, participación social, respeto e inclusión social, participación cívica y empleo, comunicación e información y servicios comunitarios y de salud) que condicionan el grado de “amigabilidad” de la ciudad de Donostia-San Sebastián con las personas mayores.

Resultados: La importancia de la participación de los sujetos en la investigación sociológica cumple en este caso un doble objetivo: analizar la realidad social desde el individuo y fomentar la participación de las personas mayores en la toma de decisiones que afectan a su bienestar y al de la sociedad en general. Ellas colaboran en este proyecto como participantes titulares desde el inicio. Constituyen la fuente fundamental de información de la que partir para buscar las bases de una ciudad amigable. Una ciudad amigable con las personas mayores reorganiza sus estructuras y servicios para que sean accesibles y adaptadas a las diferentes necesidades y capacidades de los individuos, fomentando su participación. Una ciudad amigable con los mayores alienta el envejecimiento activo mediante la optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad a fin de mejorar la calidad de vida de las personas a medida que envejecen.

Conclusiones: El grupo de discusión es una técnica importante en la metodología cualitativa, un instrumento potente en la investigación social que puede complementar necesidades de estudio sobre los complejos cambios y transformaciones de la vida social contemporánea. Además, su utilización en el Proyecto de Ciudades Amigables confluente en torno al paradigma “envejecimiento activo” el empowerment. Este proyecto generado por la OMS tiene como fines últimos generar procesos de participación comunitaria y aprovechar el potencial que representan las personas mayores en la vida ciudadana.

2. EVIDENCIAS DE FIABILIDAD Y DE VALIDEZ DE LAS ESCALAS DE DETECCIÓN DE RIESGO DE MALOS TRATOS DOMÉSTICOS Y COMPORTAMIENTOS AUTONEGLIGENTES EN PERSONAS MAYORES (EDMA)

C. Touza Garima², C. Prado Novoa¹ y M.P. Segura García¹

¹Escuela Universitaria Cardenal Cisneros (U. de Alcalá).

Alcalá de Henares. Madrid. ²Universitat de les Illes Balears. Palma de Mallorca.

Objetivos: Comprobar sus propiedades psicométricas. Establecer los criterios para interpretar las puntuaciones obtenidas. Analizar su sensibilidad y especificidad.

Método: Procedimiento e instrumentos: Fases: 1) Presentación del estudio a los profesionales. 2) Formación de los profesionales. 3) Primera aplicación. a) Clasificación de las personas mayores según el tipo de trato recibido. b) Cumplimentación de los ítems puestos a prueba y del “Indicators of Abuse (IOA) Screen”. En algunos casos fueron dos los profesionales que, independientemente, cumplimentaron los dos ins-

trumentos para valorar una misma situación, de cara a analizar el grado de acuerdo interjueces. 4) Segunda aplicación: Un mes después de la primera aplicación, los profesionales volvían a hacer lo mismo que en la primera aplicación, excepto las valoraciones para calcular el acuerdo interjueces. 5) Codificación y análisis de los datos. 6) Presentación de los resultados. *Sujetos:* Participaron 46 profesionales de equipos de servicios sociales de 32 municipios de Mallorca (España). Con relación a las personas mayores, contamos con una muestra de 278 sujetos, uno de los cuales tenía 61 años, mientras que el resto tenían 65 o más años (el 55,4% de ellos eran mayores de ochenta años).

Resultados: Los análisis estadísticos realizados muestran cómo las dos escalas y sus correspondientes dimensiones han mostrado unos adecuados índices de consistencia interna y de estabilidad temporal. El reducido número de casos con los que se analizó el grado de acuerdo interjueces hace que los resultados sean menos concluyentes. También han demostrado evidencias de validez al distinguir personas posiblemente maltratadas y no maltratadas y al predecir el tipo de trato sospechado y su posible situación de riesgo. Por otra parte, los resultados obtenidos al utilizar las EDMA parecen coincidir con los obtenidos con el IOA.

Finalmente, las EDMA parecen ser un instrumento sensible y específico.

Conclusiones: Las EDMA presentan unas propiedades psicométricas comparables a otros instrumentos similares. En próximos estudios sería conveniente repetir la investigación con una muestra representativa de la población española.

226. EL MAPA DE RECURSOS SOCIALES DE ESPAÑA (SIGMAYORES), UN PUENTE HACIA LA PRÁCTICA PROFESIONAL

C. Bécares, A. Abellán, I. del Bosque, E. Pérez, R. Maestre y C. Giner CSIC. Madrid.

El mapa de recursos sociales (SIGMayores) es un sistema de información geográfica en la web, y pretende ser un instrumento de información sobre servicios sociales para personas mayores en España. Se encuentra en producción en: <http://www.sigmayores.csic.es>

Objetivo: Su principal objetivo es la georreferenciación de los recursos sociales que sirva de apoyo para la toma de decisiones en materia de políticas públicas sociales, y pueda ser de utilidad al colectivo profesional de los servicios sociales en España (gestores de las políticas públicas y profesionales de la producción y distribución de servicios sociales), a las propias personas mayores y sus familias, a la comunidad científico-técnica y a la sociedad en general.

Método: Se ha desarrollado en el Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC), utilizando tecnologías avanzadas de los sistemas de la información geográfica, redes y comunicaciones. Es un proyecto de colaboración del IMSERSO y del CSIC a través de la iniciativa "Portal Mayores", al amparo de la actual "Ley de Dependencia" y la Directiva Europea INSPIRE (Infrastructure for Spatial Information in Europe). **Resultados:** De acuerdo con esta directiva y las especificaciones técnicas de interoperabilidad OGC (Open Geospatial Consortium), SIGMayores se configura como una IDE (infraestructura de datos espaciales) sobre los recursos sociales, de gran interés temático; siguiendo la normativa de TC/211, la familia de normas ISO 19000 relativas a la información geográfica y las recomendaciones del Consejo Superior Geográfico (CSG).

Por otro lado, con este proyecto se pretende demostrar, una vez más, el amplio abanico de aplicaciones y posibilidades que tienen los sistemas de información geográfica y la cartografía en internet, así como la necesidad de la utilización de la información geoespacial y la generación de infraestructuras de datos espaciales en los diferentes entornos económicos, sociales y científicos, en esta ocasión en el ámbito de un proyecto de investigación dentro de las ciencias sociales.

345. EXPERIENCIAS DE UN PROGRAMA EUROPEO TRANSNACIONAL DE FORMACIÓN PARA LA DEPENDENCIA

C. Ortega, J.J. Alfaro, B.A. Maújo Iglesias y A. Prieto Alonso Fundación Universitaria San Pablo CEU; GERIDEN; SERCADE. Oviedo.

Objetivos: Analizar las experiencias de la puesta en marcha del primer proyecto ETIMES de formación transnacional, financiado por la Unión Europea a través del Programa Leonardo da Vinci. Está dirigido a la formación especializada en el sector de la Dependencia para ejecutivos y mandos intermedios de centros y servicios. Al ser un programa piloto, los resultados son muy sensibles para el desarrollo de nuevas versiones del proyecto.

Método: La Fundación San Pablo CEU, Madrid, promueve este proyecto para el sector, junto con cuatro socios de Reino Unido, Grecia, Austria y Bulgaria, financiado con fondos europeos. La elaboración de los temarios para todos los socios y la dirección académica de formación y tutorías es asumida por las empresas colaboradoras Geriden y Sercade. La formación se desarrolla a través de e-learning con tutorías. Los temarios fueron traducidos a los idiomas respectivos de cada socio. Se crea un campus virtual a través de la correspondiente plataforma tecnológica con varias áreas: didáctica con los materiales académicos, un foro sobre temas de actualidad; un chat de uso de alumnos y tutores; un network con enlaces a páginas web para crear oportunidades de empleabilidad; entre otras. Se desarrollan varias acciones de diseminación del proyecto. Reuniones de coordinación en Reino Unido y Grecia como hitos de control.

Resultados: *Perfil de los alumnos:* estudios universitarios o técnicos, con experiencia o al menos conocimiento del sector. La experiencia se traduce en posiciones de gestión, mandos intermedios, directivos o incluso atención directa. Proviene de la empresa privada del sector, del mundo sindical y de Administraciones autonómicas y provinciales, con una amplia dispersión en cuanto a su procedencia geográfica. También participan alumnos de Reino Unido, Grecia, Austria y Bulgaria. *Calificaciones finales:* De los treinta alumnos españoles sólo tres no han superado el curso. Del resto, el rango de calificaciones está entre 7,46 y 9,43, con un alto grado de implicación en la realización de cuestionarios y ejercicios prácticos.

Conclusiones: La valoración global es de un elevado grado de satisfacción. El 68% la valora como máximo o muy bueno, el 21% como bueno, el 11% como regular y el 0% como malo o muy malo. Valoran el curso como una buena oportunidad para la promoción profesional; de ayuda a desarrollar las habilidades propias; que aporta una mayor eficacia en el trabajo; que permite el aumento de conocimientos y competencias; y que potencia la empleabilidad y el reciclaje de conocimientos. Los resultados de la experiencia española fueron expuestos en la reunión final de Bruselas con una valoración global muy positiva.

116. PROGRAMA ZAINDUZ: PROGRAMA DE ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA EN EL MEDIO FAMILIAR MEDIANTE ACTUACIONES DE PREVENCIÓN, VOLUNTARIADO Y DE APOYO PSICOSOCIAL A LAS PERSONAS CUIDADORAS DE PERSONAS MAYORES

J. Elexpe, L.A. Fuente y J. Izquierdo

Sección de Centros y Prestaciones en domicilio del Servicio de Personas Mayores de la Diputación Foral de Bizkaia. Bilbao.

El Programa Zainduz se desarrolla en el Territorio Histórico de Bizkaia a través de una serie de acciones, prestaciones y servicios que sirven para atender y apoyar a las personas mayores dependientes que residen en sus domicilios y a sus familias o personas cuidadoras, con la finalidad de facilitar un cuidado afectivo y cercano y conseguir el mantenimiento de estas personas en su hogar mejorando su calidad de vida.

El Programa Zainduz está integrado por los siguientes subprogramas: a) Acciones, prestaciones y servicios de prevención de las situaciones de dependencia. b) Acciones de información y sensibilización social

destinadas a la ciudadanía en general sobre la dependencia y su cuidado. c) Actuaciones de voluntariado social destinado a la atención de personas mayores dependientes. d) Servicios de formación e información dirigidos a personas cuidadoras de personas mayores dependientes. e) Servicios de apoyo psicológico grupal y grupos de autoayuda dirigidos a personas cuidadoras de personas mayores dependientes.

Objetivos: Conocer el desarrollo del Programa Zainduz en el Territorio Histórico de Bizkaia y describir el perfil de las personas usuarias y las acciones desarrolladas.

Método: En aquellas Entidades Municipales que tienen en funcionamiento el Programa Zainduz se ha realizado una recogida de datos cuantitativa y cualitativa a través de Memorias de actividad semestrales y anuales.

Resultados: Descripción de las actividades realizadas atendiendo a tipología y número de acciones por subprograma y por Entidad Municipal. Especificación del número total de personas usuarias y diferenciación de su perfil. Identificación de las acciones de difusión más significativas.

Conclusiones: El subprograma dirigido a la prevención de las situaciones de dependencia y el dirigido a la formación e información a personas cuidadoras de personas mayores dependientes se caracterizan por un mayor número de acciones desarrolladas. Se diferencian tres perfiles de personas usuarias: personas mayores de 60 años, personas cuidadoras de personas mayores dependientes y personas voluntarias.

Las vías más utilizadas para la difusión del Programa Zainduz han sido el soporte en papel y los medios de comunicación.

117. LA INTERVENCIÓN SOCIAL EN EL SERVICIO DE TELEASISTENCIA

M. Amatria, S. Rodríguez y B. Atutxa

Sección de Centros y Prestaciones en domicilio del Servicio de Personas Mayores de la Diputación Foral de Bizkaia. Bilbao.

Objetivos: Dar a conocer la importancia de la intervención social en el Servicio de Teleasistencia.

Método: Registro y análisis estadístico. El número de Agendas, Dispositivos y Casos sociales. Motivo, frecuencia y duración. Tipología de dispositivos. Casos sociales: problemática y recursos familiares.

Resultados: Respecto a las Agendas de Seguimiento en el año 2008 se han realizado un total de 277, de las cuales 245 están motivadas por soledad y depresión, carencia de apoyo familiar y social. La mayor frecuencia se establece en tres días semanales con un 38,6%, diariamente 7,2%, semanalmente 15,16% y en otros se engloba a las Agendas que se realizan las llamadas cada dos días, cada diez o quince días con un total del 38,9%. Referente a los Dispositivos en el año 2008 de un total de 315, los dispositivos de humos 135 y de gas 117 ascienden a 252, 5 de Video-conferencia, 7 de Largo alcance, 29 dispositivos vibradores, 19 de pasividad, 2 de Teleasistencia móvil y 1 GPS.

De una muestra de casos sociales, se observa que se dan el 70% en mujeres, en población rural el 60%, con apoyo familiar el 40% siendo el 20% sólo para situaciones puntuales, y con carencia de dicho apoyo el 60%. El tipo de problemática se traduce en un 40% de supuestos malos tratos familiares, hijos con problemática de drogas, alcohol, síndrome de Down, Alzheimer, con el 20% de situaciones de falta de limpieza y orden en el hogar, un 10% de alcoholismo y otro 10% de fobia.

Conclusiones: Desde el inicio de la prestación del Servicio de Teleasistencia, se ha visto el incremento de solicitudes y la extensión del Servicio a un número cada vez mayor de perfiles de personas usuarias. Asimismo, desde el Trabajo social se han ido detectando situaciones de desprotección social, ampliando las prestaciones de la teleasistencia con Agendas de seguimiento, de suceso, de medicación; con dispositivos auxiliares, como son detectores de humo y gas, pasividad, gps, videoconferencias, y con el trabajo social coordinado y en red.

Se puede concluir que el trabajo social es cada vez más importante en el Servicio de Teleasistencia pues contribuye a la permanencia en el domicilio y ayudar en la resolución o apoyo de situaciones personales o familiares desfavorecidas o críticas.



Revista Española de Geriatria y Gerontología

www.elsevier.es/regg



Comunicaciones libres

Sala B Terraza. Viernes, 5 de junio de 15:30 a 17:30 horas

Área Social III

Modera:

Begoña Gutiérrez González (Madrid)

115. PROGRAMA ZAINDUZ: SERVICIOS DE FORMACIÓN E INFORMACIÓN Y SERVICIOS DE APOYO PSICOLÓGICO GRUPAL Y GRUPOS DE AUTOAYUDA DIRIGIDOS A PERSONAS CUIDADORAS DE PERSONAS MAYORES DEPENDIENTES

J. Izquierdo, J. Elexpe y L.A. Fuente

Sección de Centros y Prestaciones en Domicilio del Servicio de Personas Mayores de la Diputación Foral de Bizkaia. Bilbao.

El Programa Zaindüz se desarrolla en el Territorio Histórico de Bizkaia a través de una serie de acciones, prestaciones y servicios que sirven para atender y apoyar a las personas mayores dependientes que residen en sus domicilios y a sus familias o personas cuidadoras, con la finalidad de facilitar un cuidado afectivo y cercano y conseguir el mantenimiento de estas personas en su hogar mejorando su calidad de vida.

Las acciones de formación e información proporcionan a las personas cuidadoras de personas mayores dependientes, conocimientos sobre las situaciones de dependencia y su cuidado y facilitan estrategias de autocuidado e información sobre recursos sociales y comunitarios.

Los servicios de apoyo psicológico grupal y grupos de autoayuda dirigidos a personas cuidadoras de personas mayores dependientes están orientados a prevenir la aparición de alteraciones físicas y psicológicas derivadas del cuidado continuo de personas mayores dependientes.

Objetivos: Conocer el desarrollo de los servicios de formación e información y servicios de apoyo psicológico grupal y grupos de autoayuda dirigidos a personas cuidadoras de personas mayores dependientes del Programa Zaindüz en el Territorio Histórico de Bizkaia y describir el perfil de las personas usuarias y las acciones desarrolladas.

Método: En las Entidades Municipales que tienen en funcionamiento el Programa Zaindüz se ha realizado una recogida de datos cuantitativa y cualitativa a través de Memorias de actividad semestrales y anuales.

Resultados: Descripción de las actividades realizadas atendiendo a tipología y número de acciones por subprograma y por Entidad Municipal. Especificación del número total de personas usuarias.

Conclusiones: El número de acciones llevadas a cabo en los servicios de formación e información ha sido mayor que el desarrollado en los de apoyo psicológico grupal y grupos de autoayuda. En los servicios de formación e información se han desarrollado acciones tanto para

proporcionar conocimientos sobre las situaciones de dependencia y su cuidado como para concienciar en estrategias de autocuidado. Todas las Entidades Municipales han desarrollado acciones de información sobre los recursos sociales y comunitarios.

Tanto en los servicios de formación e información como de apoyo psicológico grupal y grupos de autoayuda la proporción de mujeres que ha participado ha sido superior al de hombres.

210. VALORACIÓN DE LAS REDES FAMILIARES DE UN GRUPO DE ADULTOS MAYORES DE LA COMUNA DE VALPARAÍSO.

CHILE

D. Sequeira Daza

Becaria Comisión Nacional de Investigación Científica y Tecnológica. Chile. Granada.

Objetivos: Valorar las redes familiares de los mayores y la percepción que éstos tienen del apoyo social recibido. Evaluar el grado de satisfacción y la frecuencia de contacto con sus redes familiares.

Método: Estudio descriptivo realizado durante julio-agosto del 2008 en los Clubes de Adultos Mayores. La muestra estuvo formada por 125 mayores; 92 son mujeres y 33 son hombres con un promedio de edad de 70,7 años. Para medir el apoyo social percibido se utilizó el cuestionario MOS compuesta por 20 ítems, el primero cuantifica la red familiar y los 19 restantes evalúan el apoyo emocional, la interacción positiva, el apoyo instrumental y el apoyo afectivo, el puntaje fluctúa entre 19 y 95 puntos; para evaluar la frecuencia y la satisfacción con las redes familiares y las características socio-demográficas de la muestra, se elaboró una encuesta estructurada. Los datos se analizaron con el programa estadístico SPSS 15.

Resultados: El 41,6% de la muestra se encuentra casada, un 34,4 viuda, el 41% tiene enseñanza media y el 84% son católica, el 39,3% vive con su la esposa y el 13,5 vive sólo con los hijos, el 37% vive solo; el puntaje máximo alcanzado en el cuestionario MOS fue de 95 puntos y el mínimo de 26, con una media 66,57, el 51,4% percibe un apoyo social alto, el apoyo emocional obtuvo la media más alta (27,97) de las cuatro tipos de apoyo que mide el MOS y el apoyo afectivo el más bajo (11,50). Del análisis de las medias por preguntas, las medias más bajas son las relacionadas con la ayuda instrumental (ayudar en tareas de la casa y preparar comida si está enfermo). Los hombres reciben más apoyo emocional e interacción positiva mientras que las mujeres reciben más apoyo instrumental y apoyo afectivo. El apoyo aumenta a medida que aumenta la edad, registrándose en el grupo de los mayores de 80 años las medias más altas.

El tamaño de la red familiar es mayor en los hombres (media de 4,58) que en las mujeres (media 3,95), hay un 11,2% que declara no tener

familiares. La frecuencia de contactos con la familia es una vez a la semana (70%), el 75% de la muestra está satisfecha con sus relaciones familiares.

Conclusiones: Aunque más del 50% de la muestra percibe un apoyo social alto, en el análisis por preguntas, se observa que en caso de enfermedad, los mayores perciben que no tendrían quien les atendiera en su casa, un 11,2% refiere no tener ningún familiar de confianza a quien recurrir en caso de necesidad. Habiendo numerosos estudios que demuestran la relación entre apoyo social y salud y el efecto beneficioso de éste en algunas enfermedades crónicas, se sugiere que las enfermeras de atención primaria lo incorporen como un indicador más en la valoración del estado de salud de los mayores.

428. INNOVACIÓN EN EL ESTUDIO DE LA JUBILACIÓN: ANÁLISIS DE LAS DIFERENCIAS DE GÉNERO EN LA REALIZACIÓN DE ACTIVIDADES

I. Lizaso Elgarresta, A. Aizpurua Sanz, y M. Sánchez de Miguel
Universidad del País Vasco-Euskal Herriko Unibertsitatea. Donostia.

Introducción: Un importante número de investigaciones sobre la jubilación han utilizado muestras masculinas, por lo que se ha estudiado la jubilación desde un modelo masculino.

Objetivos: Analizar las posibles diferencias de género en relación a las actividades desempeñadas antes y después de la jubilación, tanto individualmente como en comparación a su pareja.

Método y materiales: Participaron 139 (55% mujeres) personas jubiladas mayores de 55 años ($M = 63,69$ años, $DE = 4,85$) entre los cuales había 12 parejas. Los datos sociodemográficos y psicosociales se recogieron a través de un autoinforme con respuestas tipo Likert de 4 puntos.

Resultados: Edad media de jubilación 58,40 años ($DE = 6,55$); media de años que lleva jubilado 4,71 años, ($DE = 4,25$); y media de años de antigüedad en el mercado laboral 37,24 años ($DE = 8,41$). La mayoría de los participantes eran personas casadas, con formación profesional o estudios universitarios, habían ejercido como empleados administrativos y se habían prejubilado o anticipado del mercado laboral y percibían unos ingresos superiores a 1.400 euros. Las diferencias de género fueron significativas, por ejemplo, en una mayor dedicación de las mujeres a los hijos antes y después de la jubilación. Por otro lado, una vez jubilados, los participantes dedicaron mayor tiempo, por ejemplo, a la realización de ejercicio físico y, las mujeres, también al cuidado de familiares. Finalmente, dentro de una misma pareja, las esposas dedicaron más tiempo que los hombres al cuidado de otros familiares y actividades domésticas antes y después de la jubilación.

Conclusiones: Los participantes de este estudio dedican más tiempo a diversas actividades después de la jubilación. Las mujeres, además, realizan tareas relacionadas con el rol que tradicionalmente han desempeñado en nuestra sociedad, dedicando más tiempo al cuidado de familiares, aunque los hombres aumentan el tiempo dedicado a actividades domésticas después de la jubilación.

513. EFECTO DEL EJERCICIO FÍSICO SOBRE INDICADORES DE FUNCIONAMIENTO COGNITIVO Y FÍSICO

M.D. López, M.D. Zamarrón y R. Fernández-Ballesteros

Objetivos: Este estudio versa sobre los efectos beneficiosos de la realización de ejercicio sobre indicadores de funcionamiento físico y cognitivo.

En concreto los objetivos del estudio son: 1) valorar si realizar ejercicio físico está asociado al funcionamiento cognitivo en función de la edad y 2) valorar si realizar ejercicio físico está asociado al funcionamiento físico en función de la edad.

Método: Este estudio se desarrolla sobre la base de datos del estudio europeo sobre envejecimiento EXCELSA (European Longitudinal Stu-

dy of Aging) (Fernández-Ballesteros & cols. 2004). Este estudio profundiza sobre los determinantes bio-conductuales y psicosociales en los cambios de salud y competencia en distintos grupos de edad. La muestra está compuesta por 690 sujetos provenientes 7 países europeos; Alemania, Austria, España, Finlandia, Italia, Polonia y Portugal. Para la selección de la misma se utilizó el método de cuotas por edad (30-49, $n = 175$; 50-64, $n = 175$; 65-74, $n = 169$; 75-85, $n = 171$) género (344 mujeres y 346 hombres) y educación (elemental, $n = 387$ y superior, $n = 303$).

Para el análisis de los objetivos del presente estudio se utilizaron las variables de: ejercicio físico, edad (como variables independientes) funcionamiento cognitivo, funcionamiento físico (como variables dependientes). La variable funcionamiento cognitivo se ha obtenido a través de las subescalas del test Wechler (1955) Memoria de dígitos (Dígitos hacia atrás) y Dígito Símbolo. La variable funcionamiento físico se ha obtenido mediante los indicadores de fuerza muscular, capacidad respiratoria y velocidad de golpeteo (velocidad motora).

Resultados: Para contrastar si la intensidad de realización de ejercicio físico se asocia al nivel de funcionamiento cognitivo y a la edad se llevó a cabo un análisis de varianza factorial (procedimiento-Modelo lineal general: Univariante) con la variable dependiente "funcionamiento cognitivo" y las variables edad y nivel de actividad física como variables independientes. Al mismo tiempo se introdujeron las variables educación y nivel de ingresos (en sus modalidades "ingresos entrevistado" e "ingresos familiares") como covariables debido a la correlación entre estos indicadores con el resto de variables del estudio. Se replicaron los mismos análisis con respecto a la variable dependiente "funcionamiento físico".

Conclusiones: Los resultados permiten confirmar que la actividad física influye sobre las puntuaciones en funcionamiento físico y cognitivo en todos los grupos de edad. Se constata además, que con respecto a la variable funcionamiento físico la influencia es más clara en los grupos de mayor edad.

509. PROGRAMAS OCUPACIONALES PARA LA PREVENCIÓN DE LA DEPENDENCIA EN PERSONAS MAYORES QUE VIVEN EN EL MEDIO RURAL

A.I. Corregidor Sánchez¹, V. Pacheco Bellon², M. Huete Valencia² y M.I. Tendero Moraleda²

¹Universidad Castilla-La Mancha. Talavera de La Reina. Toledo.

²Asociación Castellano Manchega de Terapeutas Ocupacionales. Acamto.

Introducción: La desigualdad en el acceso a recursos para la promoción de la autonomía y a prevención de la dependencia de las zonas rurales en relación a las zonas rurales es bien conocida. El desarrollo del proyecto de la Asociación Castellano Manchega de Terapeutas Ocupacionales conjuntamente con la Junta de Comunidades de Castilla la Mancha, en zonas rurales de la provincia de Ciudad Real para promover la independencia en el desempeño de las actividades de la vida diaria se pretende compensar la escasez de recursos.

Objetivos: Analizar los programas ocupacionales desarrollados durante tres años para prevenir la dependencia de personas mayores que residen en zonas rurales de la provincia de Ciudad Real.

Material y método: Estudio descriptivo de tres años de duración, en los que se valoraron 732 personas mayores de 60 años, residentes en once pueblos distintos y 200 domicilios. De estas personas, fueron susceptibles de tratamiento por Terapia Ocupacional el 60%. Los programas de tratamiento se clasificaron a cinco áreas de actuación: 1) entrenamiento de actividades de la vida diaria y movilidad funcional, 2) prescripción de ayudas técnicas, 3) modificación ambiental del domicilio, 4) formación a cuidadores y 5) programas de estimulación funcional y cognitiva.

Resultados: Se intervino con un total 439 personas, con una edad media de 75,6 años. El 51% de la población padecía patología osteoar-

ticular y el 16% trastornos depresivos. El 57,29% de las personas mayores viven con su cónyuge, un 20,6 viven solos y un 14,23 viven con sus hijos. De los domicilios valorados, son accesibles el 70% no son accesibles y la intervención domiciliaria es la más demandada por las personas mayores y sus familiares/cuidadores. En cuanto a las prescripciones de ayudas técnicas realizadas, la mayoría de ellas, pertenecen al cuarto de baño, concretamente la utilización de tabla de bañera, asidero para el plato de ducha y silla de baño. El programa más solicitado, es el Entrenamiento en las Actividades de la Vida Diaria en el domicilio de la persona mayor, para recuperar/mantener la independencia personal. Normalmente la persona que solicita el servicio es un familiar o cuidador principal, por sobrecarga del mismo.

Conclusiones: En las zonas rurales valoradas existe demanda de atención para la promoción de la autonomía y prevención de la dependencia por parte de las personas mayores y de sus familiares. La atención domiciliaria para el entrenamiento de las actividades de la vida diaria es la intervención más solicitada conjuntamente con al adaptación del hogar.

34. MOTIVACIÓN PARA EL CAMBIO DE HÁBITOS DE VIDA EN PERSONAS MAYORES PARTICIPANTES EN UN PROGRAMA EDUCATIVO DE PROMOCIÓN DE LA AUTONOMÍA PERSONAL

B. Bueno Martínez, J. Buz Delgado y A.B. Navarro Prados
Facultad de Psicología. Universidad de Salamanca.

Introducción: A iniciativa de los organismos políticos provinciales, se ha desarrollado un curso para personas mayores de 60 años denominado "Depende de ti". El objetivo ha sido promover la autonomía personal en las personas mayores, formando a los participantes en buenos hábitos de vida a nivel físico, mental, personal, social y ambiental, y estimular la realización de cambios comportamentales en estos ámbitos.

Métodos y materiales: Participaron 3.754 personas (Media de edad = 71,68, DT = 8,11; 81% mujeres, 19% hombres) procedentes de 234 municipios de la provincia de Salamanca. Los contenidos del curso se han distribuido en cuatro módulos (salud física, salud mental, desarrollo personal, ambiente físico y participación social) y cada uno de los módulos contenía cinco temas específicos (p. ej., Mantenerse activos, La memoria, Hacerle frente a los problemas, Las adaptaciones del hogar). Cada tema específico se desarrollaba a lo largo de una sesión de 1,5 horas. Se han obtenido datos de la evaluación subjetiva de los contenidos de los temas, los módulos y el conjunto del programa, y datos sobre los cambios comportamentales en cada uno de los cuatro módulos.

Resultados: Además de valorar muy positivamente el contenido del curso, el 90% de los participantes considera que la asistencia a los diferentes módulos le ha hecho cambiar sus comportamientos. Los cambios más importantes están relacionados con el aumento en la actividad física y mental, una alimentación más sana, un mayor consumo de agua, cambios en la forma de pensar y de afrontar los problemas, mejoras en las relaciones y habilidades sociales, y mayor atención a la prevención de accidentes dentro y fuera del hogar.

Conclusión: Ofrecer formación sobre hábitos de vida saludables es un medio eficaz para iniciar cambios en los estilos de vida de las personas mayores.

119. PRODUCTOS DE APOYO: ¿HERRAMIENTAS PARA VIVIR? LA PUESTA EN MARCHA DEL SERVICIO GIZATEK

I. Echevarria

Sección de Centros y Prestaciones en Domicilio del Servicio de Personas Mayores de la Diputación Foral de Bizkaia. Bilbao.

Ideas clave: 1. Los productos de apoyo como instrumentos facilitadores de la autonomía de las personas, sean estas personas mayores,

personas con discapacidades o en situación de dependencia. 2. Cualquier elemento adecuadamente adaptado puede ser un producto de apoyo. 3. No hay que tener miedo al uso de las nuevas tecnologías en el ámbito de las personas mayores. 4. Dar a conocer el Servicio Foral Gizatek como canalizador y, a su vez, como receptor de informaciones sobre este tipo de productos.

Objetivos: Dar a conocer entre los profesionales, la existencia de productos, sistemas y tecnologías que ayuden a las personas con limitaciones a recuperar la mayor autonomía posible en la realización de las actividades básicas de la vida, así como, en las actividades instrumentales y en actividades avanzadas. El segundo objetivo es presentar el Servicio Gizatek, de la Diputación Foral de Bizkaia, como elemento dinamizador en el área de las tecnologías de asistencia (assistive technologies), la accesibilidad y el diseño para todos.

Estructura: 1. Aclarar conceptos. 2. Describir de la situación actual en Bizkaia de las tecnologías de apoyo. 3. Servicio Público Foral GIZATEK.

Metodología del servicio: La prestación del servicio seguirá las siguientes pautas: 1) Iniciativa. 2) Valoración de la necesidad. 3) Búsqueda de soluciones. Tipología de la solución. 4) Selección de soluciones. 5) Financiación y adquisición. 6) Administración y seguimiento.

Conclusiones: La información debe llegar a los profesionales (médicos, profesionales de enfermería, auxiliares, cuidadores, etc) que están en atención directa al público ya que éstos mantienen una cercana relación no solo con los pacientes sino con su entorno familiar. El objetivo último es facilitar la autonomía de cualquier persona en cualquier situación vital y para ello se deben utilizar los recursos de cualquier tipo que existen en el mercado, incluido las nuevas tecnologías. En resumen los productos de apoyo tienen que ser "Herramientas para vivir".

413. PERFIL DE POBLACIÓN SOLICITANTE DE VALORACIÓN DE DEPENDENCIA Y GRADO OBTENIDO EN BIZKAIA (2007-2008)

J. Torres Enjuto, A.M. Gómez Ugarte, M.C. Díaz Ibáñez,
A. Castejón Cuevas, A. Aranda Lambrea y B. Pablos de Prado
Diputación Foral de Bizkaia.

Objetivos: Describir las características de la población solicitante de valoración de dependencia según sexo, grupos de edad y grado obtenido, entre abril de 2007 y noviembre de 2008, en el Territorio Histórico de Bizkaia.

Método: Se han tomado 24.293 solicitudes de valoración de dependencia. Se han agrupado por edad, sexo y grado de dependencia obtenido. Se ha considerado el número de solicitudes no valoradas y los motivos de la no valoración. Se han comparado los resultados obtenidos del Territorio Histórico de Bizkaia con los del Estado.

Resultados: De 20.564 valoraciones el 14% corresponde a valoraciones de oficio. Un 65% son mujeres y el 35% restante hombres. El 80,8% de las personas valoradas son mayores de 65 años y el 2,2% son menores de 18 años. De 17.213 dictámenes emitidos el 14,7% han resultado autónomos y del total de personas dependientes un 46,27% lo son en Grado III, un 28,86% Grado II y el 24,73% Grado I.

Conclusiones: El mayor porcentaje de las valoraciones realizadas en nuestra población corresponde a personas mayores de 65 años, siendo casi el doble la proporción de mujeres valoradas que de hombres. Un 14,7% de la muestra valorada es autónoma. Hemos observado que entre la población mayor de 65 años hay un mayor porcentaje de autónomos (21,8%) que entre los menores de 18 años (6,72%). Entre las personas dependientes el mayor porcentaje lo es en Grado III (46,27%) siendo un 60,6% mayor de 80 años. Al contrastar nuestros datos con los publicados por el IMSERSO a 1 de diciembre de 2008, observamos algunas diferencias significativas tanto en el grado de dependencia obtenido como en las características de género y edad.

Palabras clave: Valoración. Dependencia. Grado.

337. INNOVACIÓN EN EL SOPORTE A LA ATENCIÓN GERIÁTRICA COMUNITARIA. EQUIPOS DE ATENCIÓN RESIDENCIAL. UNA EXPERIENCIA PILOTO EN LA ZONA NORTE DE BARCELONA CIUDAD

C. Minguell Comas³, A. Escosa² y A. Guarga¹

¹Consorti Sanitari Barcelona. Barcelona. ²ICS. Barcelona.

³MUTUAM. Barcelona.

Objetivo: Mejorar la calidad de la atención sanitaria en la población geriátrica institucionalizada en residencias.

Método: Instauración de un modelo sectorizado, que proporcione cobertura geriátrica a la población diana desde la comunidad a través de equipos de soporte externo, domiciliarios, interdisciplinares, especializados y con cobertura a varias Áreas Básicas de Salud (ABS). Serán los Equipos de Atención Residencial (EAR)

EAR tendrá funciones: asistenciales basadas en la Valoración geriátrica integral, formativas a profesionales de AP y Residencias, y cualitativas como la aplicación de Guías de Práctica Clínica y de prescripción.

Serán claves: accesibilidad, capacidad resolutive, competencia profesional, sistema de información accesible y compartido con la atención primaria, flexibilidad de adaptación al entorno y la buena coordinación entre Atención Primaria, Residencias Sociales y el equipo EAR.

Resultados: Por encargo del Ccatsalut, MUTUAM inicia este proyecto de soporte sanitario residencial en la zona Norte de Barcelona. Bajo la tutela del Ccatsalut-Consorti Sanitari Barcelona, MUTUAM y el principal proveedor de AP en la zona, el ICS, a través del Pacto de Estrategia acuerdan y suscriben la base de la operativa del proyecto donde se especifican todos los aspectos de la operativa a desarrollar: a) Cobertura 65 residencias, 3.500 residentes. b) 2 Equipos de Atención Residencial (EAR) + 1 equipo de atención domiciliaria aguda + un equipo de soporte a la prescripción. Un total de 5 médicos y 7 enfermeras. c) Prestación de Atención Geriátrica en la Residencia, Crónica y Aguda y Atención continuada. d) Descripción de todos los acuerdos de trabajo, funciones y prestaciones del EAR, prestaciones de la AP, gestión de la integración y/o coordinación entre equipos, sistemas de información compartidos, población diana, las entidades residenciales y el calendario.

Conclusiones: 1. La atención sanitaria en las residencias es un ámbito de trabajo en el que la administración pública catalana intuye la necesidad de potenciar una prestación más resolutive e intensiva por parte de los servicios asistenciales que, por otro lado, han de garantizar una mayor racionalización eficiente de los recursos. 2. Servicios sociales y sanitarios constituyen los dos pilares de la atención comunitaria destinados a la atención a la dependencia en un modelo de coordinación- integración. 3. La identificación, monitorización y manejo de la población frágil será un elemento clave en la estrategia asistencial de este sector poblacional. 4. El modelo aplicado en el territorio piloto del Norte de Barcelona podrá ser extrapolable a otras zonas de la ciudad tras un periodo de seguimiento y evaluación del proyecto.

266. CORRELACIÓN ENTRE EL BAREMO DE VALORACIÓN DE LA DEPENDENCIA Y EL ÍNDICE DE BARTHEL

F. Suárez García, F.J. Jiménez Muela y J.J. Solano Jaurrieta
Hospital Monte Naranco. Oviedo.

Objetivo: Analizar la correlación entre el baremo para la valoración de la dependencia y el Índice de Barthel en personas mayores.

Diseño: Estudio transversal de la población de 65 y más años institucionalizada en residencias de ancianos públicas del municipio de Oviedo, lo que supone cuatro centros con capacidad entre 73 y 263 plazas. Por medio de dos revisores entrenados se recogieron datos sociodemográficos, comorbilidad, estado funcional (índice de Barthel), presencia de deterioro cognitivo/demencia y puntuación

del baremo de dependencia, grado y nivel asignados previamente por los equipos de valoración de la dependencia. La fuente de datos fue la historia clínica y los auxiliares de geriatría responsables de cada residente. Se realizó un análisis de correlación de Pearson para medir la relación lineal de las variables cuantitativas.

Resultados: Se evaluaron 645 residentes. La edad media fue de 84,3 años (DT 7,59) con un 68,8% de mujeres. El 35,7% presentaba deterioro cognitivo y un 13,4% tenía cinco o más patologías. El índice de Barthel medio fue de 59,34 (DT 37,19) y la puntuación media de dependencia de 46,52 (DT 34,97). El 43,2% no tuvieron ningún grado de dependencia, 12,4% tuvieron el grado 1, 11% el grado 2 y el 33,5% el grado 3. La correlación según el estadístico Rho de Pearson fue de -0,94. La agrupación del índice de Barthel en cuatro categorías (80-100; 60-80; 40-60 y < 40) se correlaciona con los cuatro niveles de dependencia en 0,92 según Pearson.

Conclusiones: El índice de Barthel presenta una correlación muy elevada con el resultado de la aplicación del baremo de dependencia. Éste, a pesar de su complejidad aporta muy escaso valor añadido respecto al primero.

263. EL ACOMPAÑAMIENTO A PERSONAS MAYORES DESDE EL VOLUNTARIADO. LA EXPERIENCIA DE CÁRITAS BIZKAIA

O. Delgado Villanueva y M.P. Castro Blanco
Cáritas Bizkaia. Bilbao.

Objetivo: Presentar los aspectos clave del Proyecto de Acompañamiento a Personas Mayores que Cáritas desarrolla en Bizkaia desde hace más de diez años. Este proyecto pretende ayudar a paliar el sentimiento de soledad basándose en la labor de personas voluntarias.

Método: Se analizan diversos datos acerca de las personas acompañadas (edad, sexo, estado civil, lugar de residencia, personas con las que se convive...), el voluntariado participante (edad, sexo, tiempo de dedicación semanal y permanencia en el proyecto...), la intervención realizada (número de días de acompañamiento, tiempo transcurrido entre las visitas, actividades, tasa de renuncia al servicio...) y la organización del proyecto (reuniones de equipo, formación, coordinación con recursos comunitarios...). Estos datos sirven como indicadores para la descripción del proyecto y para proponer algunos aspectos que pueden resultar centrales en los proyectos de este tipo.

Resultados: La mayoría de las personas que solicitan acompañamiento son mujeres y mayores de 80 años. Algunas de ellas viven solas pero otras muchas viven acompañadas o en residencia. En cuanto al voluntariado, se trata sobre todo de mujeres, cuyo compromiso con el proyecto tiende a ser estable y duradero (más de siete años, como media).

La intervención realizada se caracteriza por la frecuencia y regularidad de los contactos (semanal en casi el 75% de los casos y quincenal en otro 14%), por llevarse a cabo en la casa o residencia en la que vive la persona (aunque también se hacen algunas actividades en el exterior), y por la formación y mantenimiento en el tiempo de un vínculo estable entre la persona acompañada y la voluntaria, que tiende a continuar incluso tras el ingreso en residencia. Las personas mayores raramente renuncian al acompañamiento una vez iniciado, lo que se valora como un indicador de su satisfacción con el proyecto.

La reunión mensual con otras personas voluntarias para contrastar la labor realizada, la asistencia a cursos de formación específicos, la disponibilidad de apoyo técnico y la coordinación con otros recursos comunitarios (servicios sociales y de salud, parroquias, asociaciones...) se valoran como facilitadores de la tarea y de buenas prácticas.

Conclusiones: La soledad no depende únicamente del número de relaciones disponibles sino sobre todo de su calidad. Por ello, desde el proyecto de acompañamiento se intenta facilitar una relación estable, frecuente y gratuita con otras personas con las que no se convive. La experiencia acumulada a lo largo de los años nos lleva a proponer que, tal y como sugiere la literatura sobre la soledad, estos tres

aspectos de la relación que ofrece el voluntariado pueden ser las claves del proyecto.

19. EL APOYO SOCIAL, UN OBJETIVO ASISTENCIAL DE LOS PACIENTES INGRESADOS EN MEDIA ESTANCIA

L. Artola, E. Zubizarreta y J. Fulgencio

Hospital Ricardo Bermingham. Fundación Matía. San Sebastián.

Objetivo: Conseguir que los pacientes dados de alta desde este nivel asistencial lo hagan con el recurso social adecuado a sus necesidades socio-sanitarias.

Material y método: En el año 2008 hemos atendido en nuestro Hospital 1034 pacientes con una estancia media al alta de 32,5 días, categorizados en 3 procesos asistenciales: Convalecencia, Rehabilitación y Cuidados Paliativos. En el proyecto asistencial con el que el paciente pasa de agudos a media estancia se identifica la necesidad de apoyo social. La valoración social forma parte de la valoración inicial al ingreso en media estancia y se ha identificado el apoyo social como uno más de los objetivos del proceso asistencial. Durante el ingreso se ha trabajado con el paciente, familia y equipo la búsqueda del apoyo social al alta que se consideraba más adecuado a sus necesidades de cuidados y su situación social. Valoración social al alta: registro de datos y valoración del resultado de la intervención.

Resultados: Se han identificado como subsidiarios de apoyo social 674 (65,2%) pacientes, con una edad media de 80 años y una distri-

bución por sexos: 39% hombres y 61% mujeres. Un 41,2 % procedían de rehabilitación, un 52,6 % de convalecencia y un 5,6 % de paliativos. Un 81% del total de pacientes dados de alta han precisado de apoyo social y un 77,8% han salido con un nuevo recurso social o ampliación del que disponían. Se ha realizado valoración de dependencia (BVD) y RAI durante el ingreso a 264 pacientes (38,2 %), y se han iniciado trámites de incapacitación en 7 casos.

De los pacientes que se ha valorado como objetivo el apoyo social al alta 108 (19%) han ingresado para estancia definitiva en Centros Gerontológico, distribuyéndose al 50% los que lo han hecho en públicos y privados y 64 pacientes (11,4%) lo han hecho para estancia temporal en espera de plaza definitiva o adecuación socio-estructural del domicilio a sus necesidades. 51 pacientes (9%) han ingresado en Centros Socio-sanitarios. Un 54,4 % (306 pacientes) se han dado de alta al domicilio, de ellos 252 (82,3%) lo han hecho con otro soporte además del familiar. En un 82,9% de los casos las Trabajadoras Sociales han considerado que el recurso social al que accedía el paciente al alta era adecuado a sus necesidades.

Conclusiones: El apoyo social forma parte de los objetivos asistenciales de la mayoría de los pacientes ingresados en convalecencia y rehabilitación en nuestro hospital. Más de 2/3 de los pacientes dados de alta requieren de algún tipo de recurso de apoyo social. La valoración y trabajo social interdisciplinar desde el ingreso y a lo largo de todo el proceso asistencial permite que con una estancia adecuada en el hospital el paciente sea dado de alta con el recurso social necesario o en una fase avanzada de tramitación.



Revista Española de Geriatria y Gerontología

www.elsevier.es/regg



Comunicaciones libres

Sala B Nivel 1. Viernes, 5 de junio de 18:00 a 20:00 horas

Área Social IV

Modera:

José Javier Miguel de la Huerta
(Portugalete. Vizcaya)

88. ESTUDIO ESTRELLA. CERVEZA: NUTRICIÓN, SALUD Y CULTURA

M. Parcerisa García¹, S. Vázquez Albert², E. Creus Catalán², E. Alcaraz Ferrer² y N. Costa-Jussa Bordas¹

¹Fundació Germans Aymar i Puig. Alella. Barcelona. ²Fundació Germans Aymar i Puig.

Introducción: En un marco institucionalizado establecer patrones de rutina es muy importante a la hora de llevar a cabo un trabajo con buenos resultados. Este fenómeno puede ser contraproducente afectando de manera significativa al estado físico, cognitivo y emocional de las personas que habitan bajo estos contextos. Por esta razón, son planteadas también, ciertas actividades esporádicas para evitar combatir los efectos negativos del tedio. Estudios recientes evidencian que el consumo moderado de cerveza es beneficioso para el ser humano reduciendo el riesgo de sufrir enfermedades asociadas a la vejez.

Objetivo principal: Potenciar el bienestar (bio-psico-social) de la persona mayor de forma activa en un contexto lúdico utilizando la cerveza como herramienta de mejora.

Objetivos específicos: Fomentar las capacidades cognitivas mediante la reminiscencia. Potenciar hábitos de vida saludables. Evitar el aislamiento y fomentar las relaciones interpersonales positivas.

Metodología: La muestra del estudio fue seleccionada por el departamento biosanitario descartando a aquellos sujetos que por sus antecedentes médicos no se beneficiarían de dicho estudio. El método que utilizamos para fomentar la introducción de esta bebida en la dieta de las personas mayores es a través de la dramatización/simulación de diversas sesiones del Taller "Aperitivo" desarrollado por el departamento de dinamización del centro.

Resultados: Los resultados fueron recogidos mediante la técnica de entrevista semiestructurada. Los datos aportados reflejan beneficios físicos y mejoras tanto a nivel cognitivo como emocional.

Conclusiones: El incremento del bienestar de la calidad de vida de nuestros mayores, la revalorización del tiempo libre como un espacio enriquecedor fomentando las relaciones intergeneracionales (dentro de la familia y en la comunidad) y la reconstrucción de dichas interacciones con personas mayores a menudo con patologías asociadas. La necesidad de prolongar en el tiempo este estudio piloto para poder mejorar la metodología de aplicación y el análisis estadístico de los datos para objetivar los resultados obtenidos.

106. CARGA DEL CUIDADOR PRINCIPAL EN EL ENFERMO CON DEMENCIA

M. Bodegas Valpuestras, I. Fort, G. Porta y N. Cañameras
Unidad de atención integral a la enfermedad de Alzheimer y otras demencias. Badalona Serveis Assistencials (BSA). Badalona.

Objetivos: Cuantificar el nivel de carga, mediante la escala de Zarit, (EZ) en cuidadores de enfermos con demencia atendidos en la consulta externa de geriatría (EAIA-TC) BSA. Analizar las características de los pacientes y ver las diferencias entre los que ocasionan mayor y menor grado de carga en el cuidador principal (CP).

Método: Registro de las características de 100 pacientes diagnosticados de demencia. 1) Variables estudiadas: *Variables sociodemográficas:* edad, género, parentesco del cuidador principal, convivencia. *Etiología de la demencia. Estado nutricional:* Peso, IMC, Mini Nutricional Assessment (MNA). *Capacidad funcional:* Índice de Barthel (IB) Índice de Lawton (IL). *Estado cognitivo:* Mini mental (MMSE). *Síntomas no cognitivos:* Neuropsiquiatri Inventori-Q, gravedad (NPI-G) y estrés (NPI-E). *Comorbilidad:* Índice de Charlson (ICH). Toma de psicofármacos (benzodiazepinas, antidepresivos, hipnóticos no benzodiazepínicos y neurolepticos). *Gravedad de la demencia:* Clinical Dementia Rating (CDR). *Carga del cuidador:* Se ha utilizado la EZ (22 ítems, puntuando cada uno de 0 a 4; Puntuación de 0 a 88, a mas puntuación mas carga. Existe sobrecarga si EZ > 47 2) Comparación de los datos entre los pacientes con mayor y menor carga, tomando como referencia la media en la puntuación de la EZ. 3) Análisis estadísticos de los datos: Programa SPSS 11.0, medias y desviación estándar, significación estadística valorada con el test de la t de student (variables cuantitativas) y la prueba de chi cuadrado con el test de Fisher (variables cuantitativas). Análisis de regresión logística (para evaluar la asociación independiente entre las diferentes variables).

Resultados: 100 enfermos de los cuales 71 (71%) mujeres, edad media 80,1 (7,46) años, parentesco CP 47(47%) hijo, 39 (39%) pareja. Convivencia: 45 (45%) pareja, 41 (41%) hijos. 35 (35%) E. Alzheimer, 30 (30%) Demencia mixta (E. Alzheimer y D. Vascular) 18 (18%) D. Vascular, 17 (17%) otros tipos de demencia. Media de peso 64, 58, del IMC 27,65, del MNA 22,8 (3,9). Media del IB 74,5 (24,8), del IL 2,1 (1,8), del MMSE 13,8 (7,5), del NPI-G 13,83, del NPI-E 17,47, del ICH de 2,5 (1,5); 66 (66%) tomaban psicofármacos. Media del CDR era de 2,05, Media de EZ 25,79 (13,8), 8 (8%) presentaban sobrecarga. Al comparar el grupo con puntuación en la EZ por encima de la media hubo diferencias estadísticamente significativas en edad, MMSE, IB, NPI G, NPI E, CDR y etiología de la demencia. En el análisis multivariante persistía la significación estadística en el CDR.

Conclusiones: Baja prevalencia de sobrecarga en el cuidador principal. En la fase mas avanzada de la demencia existe mayor carga del cuidador.

516. COMUNICACIÓN CON FAMILIARES EN CENTRO DE DÍA

A. Muruamendiáraz, M. Ochoa, C. Hernández, N. Valor,
C. García y A.M. Jauregui
Fundación Matía. San Sebastián.

Objetivos: Identificar los canales y métodos de información mejor valorados por los familiares en la comunicación con el centro y los datos que más valor aportan en relación a los cuidados y participación del usuario en el centro de día. Además se ha estudiado como realizar el feed-back de dicha información con la aportación y la participación de la familia y se ha realizado la evaluación de los resultados obtenidos.

Metodología: Creación de grupo de trabajo interdisciplinar de profesionales de 5 centros de día gestionados por Matía Fundazioa y participación de familiares de usuarios de estos centros, al objeto de diseñar el formato "bilateral" de transmisión de información. Se ha adaptado así mismo el modelo de formato al Sistema informático soporte para facilitar el proceso de cumplimentación del mismo y se ha realizado una revisión bibliográfica exhaustiva de otros modelos.

Resultados: Se forma un grupo de 6 personas de distintas disciplinas que han trabajado en la identificación de la información relevante de cada área a aportar e intercambiar con la familia así como la forma de recogerla y se ha contrastado con estas. Los profesionales del equipo de atención del centro de día participan a lo largo de la semana en la cumplimentación de los datos requeridos en el informe final, Y el sistema de información elaborado a propósito (SIGECA Centro de Día) los viernes configura el informe alimentado a lo largo de la semana, que la enfermera supervisa, incorpora la solicitud de los materiales que el usuario requiere al mismo tiempo si es necesario. La auxiliar referencial a través del usuario hace llegar a la familia dicha información que la familia contesta si lo considera oportuno en el formato para ello diseñado y la hace llegar al centro también a través del usuario. Se ha contrastado el contenido y valor añadido del nuevo sistema de comunicación establecido con todas las áreas implicadas.

Conclusiones: El valor dado a la información aportada es elevado y mejora el seguimiento de los usuarios. Se ha reforzado la idea de "cuidados compartidos" por centro y familiares, además de mejorar la comunicación entre los mismos. La participación de las auxiliares en el diseño y posterior cumplimentación del informe semanal ha mejorado el trabajo en equipo y la coordinación entre los diferentes profesionales del mismo.

118. LAS NUEVAS TECNOLOGÍAS AL SERVICIO DE LA TELEASISTENCIA

F. Álvarez

Sección de Centros y Prestaciones en domicilio del Servicio de Personas Mayores de la Diputación Foral de Bizkaia. Bilbao.

Objetivos: Aplicación de las nuevas tecnologías a las necesidades y demandas del usuario/a de teleasistencia. Describir la metodología de trabajo para la Información, adaptación y aprendizaje en el uso y manejo de estos dispositivos. (Intervención socioeducativa). Analizar la situación actual a través de técnicas e instrumentos de trabajo para evaluar después los posibles cambios. *Exposición de casos:* Tipología de usuario/a, tipo de dispositivo, evaluación inicial, periodo de adaptación e intervención activa, planes de actuación, resultados y valoración final. Presentar el futuro de la teleasistencia con relación a las nuevas tecnologías.

Método: Presentación de los dispositivos adicionales teniendo en cuenta las necesidades detectadas en el usuario/a de Teleasistencia. Conocimientos sustentados en la experiencia y derivados de la investigación y de la evaluación práctica, mostrando datos sobre las diferentes fases de actuación.

Resultados: Resultados obtenidos sobre la valoración de los dispositivos aplicados con relación a las necesidades planteadas en cuanto a uso y manejo, garantía de seguridad, apoyo en la vida cotidiana, co-

bertura de las necesidades sanitarias y utilidad para las personas con discapacidades físicas, psíquicas o sensoriales. Presentación de incidencias y dificultades encontradas "in situ". Presentación de los planes de futuro con respecto a las nuevas tecnologías aplicadas a la Teleasistencia.

Conclusiones: Se trata de dar a conocer cómo se están aplicando las nuevas tecnologías en base a las necesidades de la persona usuaria del Servicio de Teleasistencia. Nos centramos en aquellos aspectos relacionados con la protección y el cuidado de la persona usuaria y su entorno doméstico, el apoyo para la realización de tareas diarias y la adaptación del servicio para contribuir y ayudar a la persona usuaria ante limitaciones de uso y manejo. Se ofrecerá una visión real, basada en la experiencia e investigación, que analice la cobertura de necesidades y cumplimiento de objetivos, mostrando datos y resultados que justifiquen la inversión en las nuevas tecnologías dentro del Servicio de Teleasistencia y los planes de futuro.

354. DETECCIÓN DE RIESGO EN FAMILIARES CUIDADORES: ANÁLISIS DESCRIPTIVOS EN UNA MUESTRA DE CUIDADORES DE BIZKAIA

S. Martínez Rodríguez, J.J. Miguel de la Huerta, N. Ortiz Marqués,
J.F. López Paz, I. González Rodríguez y M. Carrasco Zabaleta
Universidad de Deusto. Bilbao.

Abstract: La familia y su entorno son los que aportan en mayor medida los cuidados a las personas dependientes y conocer la situación actual de estos cuidadores familiares es fundamental para comprender mejor sus necesidades y orientar posibles planes y estrategias de acción por parte de las administraciones públicas y demás agentes implicados. El objetivo del estudio preliminar que se presenta -y que forma parte de un estudio más amplio- ha sido comprobar cuales son las variables que de algún modo se relacionan con el aumento de la carga que el cuidado supone, evaluado con la versión castellana de la Caregiver Risk Screen (Guberman et al, 2001). La muestra ha estado constituida por 273 personas cuidadoras de la provincia de Bizkaia a las cuales se ha administrado esta escala dentro de un amplio protocolo de evaluación. Los análisis de carácter descriptivo realizados confirman entre otras cosas que el tipo de parentesco con la persona cuidada así como la calidad de la relación entre la persona cuidadora y la receptora de los cuidados y el hecho de que la persona cuidada tenga o no deterioro cognitivo se relacionan con el aumento de riesgo de sobrecarga. Este estudio ha sido realizado gracias al apoyo del Departamento de Acción Social de la Diputación Foral de Bizkaia.

399. NOS SENTAMOS PARA COMER

N. Ortiz García, M.A. Carbajo Martínez, E. Higuera Cobo,
E. González García, M.C. Martínez Doctor y L. Pretell Díaz
Centro Hospitalario Padre Menni de Santander. Santander.

En las Unidades del Área de Psicogeriatría del C. H. Padre Menni los cuidados directos que realiza el personal auxiliar de enfermería son coordinados y supervisados por Enfermeras, las cuales detectan varios problemas susceptibles de mejora. El área de mejora va dirigido a la alimentación porque elementos disruptivos y la ausencia de actitudes funcionales ocasionan conductas contrarias a la alimentación y mayor dependencia.

El lugar físico del problema se localiza en el comedor, donde el personal auxiliar afronta la necesidad de alimentar a pacientes con deterioro cognitivo severo que presentan problemas potenciales o reales de: Trastornos de conducta (negativa a comer), disfagia (dificultad para tragar) inmovilismo, desnutrición y pérdida del componente social de comer (placer, comunicación, disfrute).

Esta actividad la realiza de pie, realizando movimientos repetitivos durante aproximadamente 1 hora en cada turno de comida (desayu-

no, comida, merienda y cena). Como consecuencia, este personal no mantiene posturas ergonómicas durante este tiempo, y por lo tanto debe ser considerado como un área de mejora en la seguridad del personal. Al realizarse la actividad de pie, el personal no puede o tiene dificultades para visualizar de forma segura y directa la cara de los pacientes con el riesgo de atragantamiento de los mismos, siendo ésta un área de mejora en la seguridad de los pacientes. Por otra parte, este tipo de complicaciones, genera una mayor carga asistencial así como un aumento del gasto farmacéutico (antibióticos, sueros...). Otra situación detectada es que el canal de comunicación se ve alterado, porque se pierde el contacto de los ojos del paciente con el personal y viceversa.

Pese a la sensibilidad de los equipos de Geriátría, es difícil mantener criterios comunes de actuación y la concentración del personal hacia este problema. Instrumentos educativos como los Planes de Mejora han demostrado ser útiles a la hora de promover hábitos profesionales comunes y constantes hacia el cuidado del anciano incapacitado, en especial, si son elaborados por los propios cuidadores.

Objetivos de introducción de la mejora: 1. Mejora de la calidad. 2. Mejora de los costes. 3. Mejora de la seguridad.

Método: 1. Búsqueda del problema. 2. Ensayo de la mejora. 3. Implantación de la mejora. 4. Evaluación de la mejora.

Resultados: El personal auxiliar a la hora de alimentar a pacientes dependientes se sentará en un taburete regulable en altura para: 1) Poder comunicarse con el paciente. 2) Mejorar la ergonomía. 3) Alimentarlo con seguridad. 4) Facilitar la actividad de alimentación.

Conclusiones: El equipo se siente satisfecho con los resultados obtenidos en dicha mejora. El trabajo ha servido así mismo para lanzar una reflexión al equipo y demostrar que "estar sentado" en el ámbito asistencial no tiene por qué estar relacionado con "no trabajar".

243. LA PERCEPCIÓN DE LA LEY DE DEPENDENCIA A TRAVÉS DE LAS FAMILIAS Y/O PERSONAS MAYORES DEPENDIENTES

A. García Antón, A.M. Fernández Rodríguez y M. Merino Alainez
Hospital Central Cruz Roja. Madrid.

Objetivo: Analizar el impacto generado por la Ley de Dependencia en las personas mayores y sus familias.

Material y método: Estudio retrospectivo de todos los pacientes ingresados en la Unidad Geriátrica de Agudos (UGA) y pacientes \geq 65 años del Servicio de M.Interna del Hospital Cruz Roja. Se seleccionaron aquellos pacientes con puntuación según Escala de Valoración Cruz Roja (físicos y/o psíquicos \geq 2).

Con la muestra se constituyeron dos grupos comparativos para analizar la evolución de la Ley de Dependencia. Grupo 1 (pacientes del 1-01 al 31-03-08) y Grupo 2 (pacientes del 1-10 al 31-12-08). N = 312 (hombres 36,2%, mujeres 63,8%, edad media 86,04). Variables a estudio: El conocimiento que tienen las familias y/o pacientes mayores acerca de la Ley de Dependencia, las dificultades encontradas para acceder a ella y las expectativas, la resolución y obtención del recurso a través de dicha Ley. Intervalo de confianza y nivel de significación del 95%.

Resultados: No conocen la Ley un 32,5%, y del 67,5% que si la conocen, (a través de los medios de comunicación 52,4% y 17,8% desde Servicios Sociales). De los que conocen la Ley (67,5%) solo la tramitaron un 38,3% y el resto un 61,7% no la tramitaron por: Dificultad en los trámites (19,8%), no creían en ella (41,2%), la consideran una promesa política (22,1%) y otros motivos (16,9%). Del 38,3% de los pacientes que tramitaron la Ley un 32,3% eran pacientes con dependencia grado severo (Escala Cruz Roja 4-5). De los 61,7% que no la tramitaron un 81,6% eran pacientes con dependencia grado severo. Solo un 1,6% (del 38,3% que tramitaron la Ley) han llegado a obtener la resolución y el recurso a través de dicha Ley.

Conclusiones: Consideramos que en la actualidad, hay un porcentaje muy elevado de grandes dependientes, sin acceso a la Ley de Depen-

dencia. Creemos que existe una frustración importante en las familias ante la esperanza creada por la Ley de Dependencia y la triste realidad que viven. La opacidad, el silencio Administrativo y la lentitud de la Ley generan una expectativa de engaño y gran desilusión en las familias y mayores dependientes.

433. RELACIÓN ENTRE LOS RECURSOS SOLICITADOS, RECURSOS ORIENTADOS EN EL PIA Y LOS INDICADOS SEGÚN LA VALORACIÓN RAI

R. Torre Pérez, M.D. de León Gómez, M. Vecino Peñín,
L. Zurbanobeaskoetxea Larauogoitia
y J.L. Aldayturriaga Bustamante
Diputación Foral de Bizkaia.

Objetivo: Conocer el perfil de las personas solicitantes de la valoración de dependencia, así como el tipo de recursos solicitados, relacionándolo con el grado y nivel de dependencia, y con la orientación de la Diputación Foral de Bizkaia (DFB).

Material y método: Criterio aleatorio eligiendo una muestra de 450 entre las solicitudes presentadas durante el año 2008, revisando el instrumento de valoración BVD, el Plan Individual de Atención (PIA), el Informe Social, y la Solicitud de Valoración.

Resultados: De la muestra seleccionada, elegimos las personas mayores de 60 años, que eran 367, de las cuales 286 fueron valoradas como personas dependientes, 54 como personas autónomas y 27 no habían sido valoradas, por distintos motivos. De la muestra elegida se ha comprobado que una mayoría amplia eran mujeres, siendo la mayoría de ellas viudas. Atendiendo al lugar de residencia, el mayor número de solicitudes se presentaron desde Bilbao. También se ha comprobado, que el mayor número de personas (64), fueron valoradas con el Grado III, Nivel 1 de dependencia. En cuanto a los recursos solicitados según grado y nivel de dependencia: Se puede decir que independientemente del grado y nivel de dependencia, el recurso más solicitado fue la Prestación Económica para Cuidados en el Entorno Familiar (148), seguido por el de ingreso en Residencia permanente (57).

Por otra parte, atendiendo a los recursos propuestos desde la D.F.B., encontramos variedad en la oferta de recursos: En los grados más bajos de dependencia hay mayor número de expedientes en los que no se ha realizado el PIA, posiblemente por no estar interesados en ningún recurso de los que en ese momento se podía acceder. Es interesante destacar que el Grado III, Nivel 1 es el único grupo en el que se orienta más como recurso adecuado el ingreso en Residencia (24), frente a la Prestación Económica para cuidados en el entorno familiar (21).

Conclusiones y perfil: Las personas que solicitan la valoración de la dependencia, en su mayoría son: Mujeres, viudas, mayores de 60 años, que viven en Bilbao, que presentan una Gran Dependencia, Grado III, Nivel 1, que solicitan una Prestación Económica o el ingreso en una Residencia, y uno de esos recursos serán los que se orienten desde la DFB.

28. LAS PERSONAS MAYORES QUE CUIDAN DE OTRAS PERSONAS MAYORES: PERFIL E IMPLICACIONES DEL CUIDADO EN SU BIENESTAR

M. Diéguez, A. Borge y C. Marquínez
Sirimiri Servicios Socioculturales S.L. Vitoria-Gazteiz.

Objetivo: Visibilizar la situación de las Personas Mayores que tienen a su cargo a otras personas mayores.

Método: Análisis cuantitativo y cualitativo de los datos descriptivos y de sobrecarga (Zarit) de las personas mayores de 55 años, cuidadoras de personas mayores, que hasta 31/12/2008 han acudido a programas psicosociales del Programa Integral de Apoyo a Familias Cui-

dadoras (Ayto. Vitoria-Gasteiz). 100% del universo: 45 personas. Datos extraídos de la primera entrevista y registrados en la base de datos diseñada a tal efecto.

Resultados: El perfil de las personas cuidadoras > 55 es: mujer (91%), casada (78%), que cuida voluntariamente (73%), de sus progenitores (60%) o pareja (29%), con quien convive en su domicilio (56%). Los cuidados son diarios (88%) desde hace más de tres años (64%) y percibe su propia salud como mala (89%).

Conclusiones: las consecuencias del cuidado sobre el cuidador son las más frecuentes e intensas. No es representativo de gran sobrecarga los conflictos en la relación, y se encuentran muy satisfechos con su labor como cuidadores con creencias y expectativas positivas sobre su capacidad de cuidar. Deberíamos cuestionarnos los recursos sociales ofertados; demandan mayor apoyo instrumental y emocional en el medio, recursos adaptados, flexibles, ágiles y de fácil acceso. Además, el factor edad incide negativamente en su salud y su bienestar subjetivo. Es un colectivo en situación de riesgo o fragilidad con especial necesidad de atención bio-psico-social.

228. ANÁLISIS BIBLIOMÉTRICO DE LA GERONTOLOGÍA Y GERIATRÍA EN ESPAÑA, 1981-2005

E. Giménez Toledo², A. Sevillano³, J. Pérez Díaz³, M.T. Sancho Castiello¹ y A. Abellán García³

¹Fundación INGEMA. Madrid. ²CSIC. Nica. Madrid. ³CSIC.

Estudio retrospectivo sobre el modo en que la vejez ha sido investigada y dada a conocer en España a través de la producción científica publicada en los últimos veinticinco años. Se centra en la evolución del volumen de esa producción, las fases y el peso de las diferentes disciplinas.

La cifra absoluta ha venido aumentando como lo han hecho otras disciplinas. Destaca el crecimiento, claro y muy sostenido, del peso o relevancia de los temas sobre envejecimiento en el conjunto de la producción científica nacional: se pasa del 0,4% a superar el 1% (artículos).

Se puede apuntar la existencia de tres estadios. Tras un período de estabilidad en los primeros 80, se produce una fase de transición con incremento del peso relativo desde mediados de esa década hasta mediados de la siguiente, en paralelo a la progresiva expansión del Estado del bienestar; desde entonces hasta 2005 se estabiliza esa relevancia en el conjunto nacional.

La producción científica sobre vejez en España está dominada ampliamente por temas o materias de Ciencias Médicas y de la Salud, con un 37,7% de todas las clasificaciones de la base GyG, obtenida de la base de datos bibliográfica de Portal Mayores. El segundo puesto corresponde a trabajos incluidos en la categoría Ciencias Sociales (26,5%), aunque seguido muy de cerca de Ciencias Psicológicas (20,5%). Cierran la lista los trabajos sobre Cuidados y Asistencia (10,7%), Ciencias Biológicas y Experimentales (4,2%) y Generalidades (0,4%).

El campo temático que más crece en los últimos años es la Psicología, en especial, los trabajos sobre salud mental. Los profesionales de este campo muestran también un incremento del interés por la medición y la evaluación.

166. PROGRAMA ZAINDUZ: PROGRAMA DE ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA EN EL MEDIO FAMILIAR MEDIANTE ACTUACIONES DE PREVENCIÓN, VOLUNTARIADO Y DE APOYO PSICOSOCIAL A LAS PERSONAS CUIDADORAS DE PERSONAS MAYORES

J. Elexpe, L.A. Fuente y J. Izquierdo

Sección de Centros y Prestaciones en domicilio del Servicio de Personas Mayores de la Diputación Foral de Bizkaia. Bilbao.

El Programa Zainduz se desarrolla en el Territorio Histórico de Bizkaia a través de una serie de acciones, prestaciones y servicios que sirven para atender y apoyar a las personas mayores dependientes que residen en sus domicilios y a sus familias o personas cuidadoras, con la finalidad de facilitar un cuidado afectivo y cercano y conseguir el mantenimiento de estas personas en su hogar mejorando su calidad de vida.

El Programa Zainduz está integrado por los siguientes subprogramas:

1) Acciones, prestaciones y servicios de prevención de las situaciones de dependencia. 2) Acciones de información y sensibilización social destinadas a la ciudadanía en general sobre la dependencia y su cuidado. 3) Actuaciones de voluntariado social destinado a la atención de personas mayores dependientes. 4) Servicios de formación e información dirigidos a personas cuidadoras de personas mayores dependientes. 5) Servicios de apoyo psicológico grupal y grupos de autoayuda dirigidos a personas cuidadoras de personas mayores dependientes.

Objetivos: Conocer el desarrollo del Programa Zainduz en el Territorio Histórico de Bizkaia y describir el perfil de las personas usuarias y las acciones desarrolladas.

Método: En aquellas Entidades Municipales que tienen en funcionamiento el Programa Zainduz se ha realizado una recogida de datos cuantitativa y cualitativa a través de Memorias de actividad semestrales y anuales.

Resultados: Descripción de las actividades realizadas atendiendo a tipología y número de acciones por subprograma y por Entidad Municipal. Especificación del número total de personas usuarias y diferenciación de su perfil. Identificación de las acciones de difusión más significativas.

Conclusiones: El subprograma dirigido a la prevención de las situaciones de dependencia y el dirigido a la formación e información a personas cuidadoras de personas mayores dependientes se caracterizan por un mayor número de acciones desarrolladas. Se diferencian tres perfiles de personas usuarias: personas mayores de 60 años, personas cuidadoras de personas mayores dependientes y personas voluntarias. Las vías más utilizadas para la difusión del Programa Zainduz han sido el soporte en papel y los medios de comunicación.



Revista Española de Geriatria y Gerontología

www.elsevier.es/regg



Comunicaciones libres

Sala A 4. Sábado, 6 de junio de 09:30 a 11:30 horas

Área Clínica IX

Modera:

Enrique Santo Medina (Murcia)

Misceláneas

153. INFLUENCIA DE LA FUERZA, DESTREZA Y COORDINACIÓN RESPECTO A LA SITUACIÓN FUNCIONAL EN PERSONAS MAYORES INSTITUCIONALIZADAS

C. Gómez Calero², R.M. Martínez Piédrola², R. Cano de la Cuerda², B. Tubilla Delgado¹, J.M. Almendro Vázquez² y M. Pérez de Heredia Torres²

¹Residencia AMMA Alcorcón. Madrid.

²Universidad Rey Juan Carlos. Alcorcón. Madrid.

Objetivo: Comprobar la fuerza, destreza y coordinación de los miembros superiores y su influencia en el grado de independencia funcional en una población de personas mayores institucionalizadas.

Método: El estudio se llevó a cabo en la Residencia AMMA-Alcorcón. Se evaluaron sujetos independientes (Barthel 95-100) y dependientes (Barthel 45-90), sin deterioro cognitivo (≥ 23 MEC de Lobo). Para objetivar la fuerza del puño y de la flexo-extensión del codo, así como el tiempo hasta alcanzar dichos Peak torques, se administraron el dinamómetro Jamar[®] y el dinamómetro isométrico Lafayette[®]. La destreza y coordinación se valoraron mediante las pruebas de la Batería de Evaluación Neurológica para Terapeutas Ocupacionales Chessington (COTNAB).

Resultados: La muestra estuvo compuesta por 16 personas mayores diestras (8 varones y 8 mujeres) con edades comprendidas entre 74-90 años. 10 sujetos eran independientes y 6 dependientes. La edad media fue de 81 años.

En el grupo de sujetos dependientes se encontraron correlaciones positivas entre el tiempo en la prueba de destreza para el miembro superior derecho (MSD) y el tiempo en la extensión del MSD ($p = 0,005$), así como en el tiempo en la prueba de destreza en el miembro superior izquierdo (MSI) y el tiempo en la flexión del MSI ($p = 0,005$). El tiempo para la destreza bilateral mostró una correlación positiva con el tiempo para la destreza del MSD ($p = 0,005$)

En el grupo de sujetos independientes se encontraron correlaciones positivas entre el tiempo en la destreza del MSI y el tiempo para la destreza del MSD ($p = 0,001$). Así como entre la fuerza de flexión del MSD y la fuerza de flexión del MSI ($p = 0,0001$), el tiempo para la coordinación del MSI y el tiempo para la coordinación del MSD ($p = 0,005$), la fuerza de flexión del MSD y la fuerza de puño derecho ($p = 0,008$), la fuerza de flexión del MSD y la fuerza de puño izquier-

do ($p = 0,002$), la fuerza de puño derecho y la fuerza de puño izquierdo ($p = 0,0001$), y la fuerza de extensión del MSD y la fuerza de extensión del MSI ($p = 0,0001$).

Conclusiones: Parece existir una relación entre los parámetros de fuerza muscular y la destreza en los pacientes dependientes, hechos que podrían influir en la funcionalidad del paciente y tenerse en cuenta en la planificación del tratamiento. En el grupo de independientes parece existir una relación entre la fuerza, destreza y coordinación de carácter bilateral, por lo que con objeto de prevenir la dependencia funcional deberían incluirse programas de tratamiento rehabilitador de ambos miembros superiores.

161. ESTUDIO PILOTO DE FRAGILIDAD DE LA POBLACIÓN MAYOR DE LLEIDA

P. Jürschik¹, M.A. Escobar Bravo¹, C. Nuin Orrio¹, T. Botigué Satorra¹, A. Lavedán Santamaría² y A. Bonet Augé³

¹Universidad de Lleida.

²Hospital Universitario Arnau de Vilanova de Lleida. Lleida.

³Hospital Santa Maria de Lleida. Lleida.

Introducción: La fragilidad se desarrolla, en general, a lo largo de decenios y su consecuencia principal es la dependencia en varios niveles, desde la económica, la afectiva y eventualmente la física, que puede llegar a comprometer el desempeño de las más elementales actividades de la vida cotidiana. Hasta la actualidad, no existe un "gold Standard" para la valoración de la fragilidad en las personas mayores. Durante mucho tiempo, se han utilizado instrumentos desarrollados a partir de la opinión de los expertos. A partir del año 2001 ha surgido un nuevo concepto de anciano frágil como síndrome clínico o fenotipo.

Objetivos: Conocer la prevalencia y los factores asociados a la fragilidad de las personas de 75 años o más que viven en su propio domicilio en la ciudad de Lleida.

Método: Estudio descriptivo transversal que consiste en la realización y análisis de una encuesta a la población mayor de Lleida. La población está formada por los individuos de 75 años o más con tarjeta sanitaria, no institucionalizados y residentes en viviendas familiares.

El estudio objeto de esta comunicación es un estudio piloto de la encuesta "La fragilidad en la población mayor de Lleida". Esta encuesta es un estudio longitudinal de cohortes en el que se realizó un muestreo aleatorio estratificado según las siete áreas básicas de salud de la ciudad de Lleida, seleccionando una muestra probabilística en cada estrato. Se calcula el tamaño de la muestra en 1.280 individuos. La muestra para el estudio piloto es de 300 individuos. La variable dependiente es la fragilidad del anciano medida por la escala de Fried y Watson. Se miden también las variables de los posibles

factores de riesgo de fragilidad (sociodemográficos, fisiológicos, funcionales psicológicos y sociales). Para el análisis estadístico se realiza un análisis descriptivo univariante, cálculos de prevalencia de situaciones de fragilidad y análisis multivariados para determinar la posible asociación entre la fragilidad y diversas variables explicativas.

Resultados y discusión: Se ha realizado la recogida de datos para el estudio piloto y actualmente se están procesando los datos que se presentarán en esta comunicación. El proyecto del estudio ha sido subvencionado por el Vicerrectorado de Investigación de la Universidad de Lleida y por el Ayuntamiento de Lleida.

331. DELIRIUM EN ANCIANOS HOSPITALIZADOS MAYORES DE 80 AÑOS. PREVALENCIA, COMORBILIDAD Y MORTALIDAD

S. Ulloa Levit, R. Vial Escolano, T. Morlanes Navarro y S. Fernández Doblado

Hospital Real y General Nuestra Señora de Gracia. Zaragoza.

Objetivo: Conocer la prevalencia de delirium o síndrome confusional agudo (SCA) en ancianos hospitalizados, su comorbilidad, estancia hospitalaria y mortalidad.

Metodología: Estudio descriptivo transversal realizado entre los meses de julio a septiembre de 2008 de los ingresos y reingresos (145) realizados en una de las unidades del servicio de Geriátría. Recogida de datos mediante fichas de variables: edad, sexo, procedencia, comorbilidad, índice de Barthel, polifarmacia (6 o más fármacos), estancia hospitalaria, diagnósticos al alta y mortalidad. Se utilizó el Confusional Assessment Method (CAM) y DSM-IV como métodos screening de valoración de delirium. Este estudio forma parte de un trabajo en curso y del que se aporta información preliminar. Utilización de programa SPSS 10.0.

Resultados: Se ha evaluado a 145 pacientes, 95 mujeres (65,5%) y 50 hombres (34,5%) con una media de edad de 84,3 años. Presentaron delirium durante su estancia hospitalaria 44 pacientes (30,3%). Estancia media hospitalaria: 15,4 días. La comorbilidad más frecuente en SCA es: HTA (61%). Demencia (59%) con predominio de tipo vascular. Anemias (38%) e Insuficiencia cardiaca y renal (27,2%). Polifarmacia en SCA es del 40,9%. Diagnósticos al alta más frecuentes: Impactación fecal (65%). Neumonía (34%) e ITU (31%). Tasa de mortalidad en pacientes con SCA es del (18%).

Conclusiones: Los pacientes que presentan Delirium tienen mayor edad y más comorbilidad (cerebral, respiratoria y cardiovascular) que la población que no padeció delirium en el intervalo de estudio. La función cognitiva al ingreso (valorada mediante escala de Pfeiffer y MEC) es peor en los pacientes con SCA. La dependencia para actividades básicas de la vida diaria (Índice de Barthel) es mayor en aquellos pacientes que sufren SCA, así como los episodios de retenciones fecal y urinaria (probablemente como causa desencadenante del cuadro confusional). Se demostró que el paciente cuando desarrolla delirium prolonga su estancia hospitalaria y el riesgo de mortalidad es mayor.

99. DETENERSE AL ANDAR MIENTRAS SE HABLA (STOP WALKING WHILE TALKING TEST): RELACIÓN CON OTROS TESTS DE EQUILIBRIO Y MARCHA (TIMED UP&GO Y TEST DE TINETTI)

R. González Ávila, M. Álvaro Pardo, C. Fariols Danés, R. Miralles Basseda, R.A. Sabaté García y C. Roqueta Guillén
Servicio de Geriátría del IMAS. Centro Fórum. Hospital de la Esperanza. Hospital del Mar. Instituto de Atención Geriátrica y Sociosanitaria (IAGS). Barcelona.

Introducción: El *Stop Walking While Talking Test* (SWWT) ha demostrado ser útil como predictor de caídas. Se basa en examinar la capacidad de ejecutar una segunda tarea mientras la persona está andan-

do. Consiste en hacer una pregunta simple de forma brusca al paciente mientras anda 8 m, y observar si para responder se detiene completamente o no (*Stoppers* y *Non-stoppers*).

Objetivo: Analizar la relación entre el SWWT y otros tests que evalúan el riesgo de caídas: Timed Up&Go (TUG) y test de Tinetti.

Pacientes y método: Se estudiaron 68 pacientes (24 hombres (35,3%) y 44 mujeres (64,7%)) con una edad media de 79,9 ± 8,7 años. Veintitrés (33,8%) residían en la comunidad y 45 (66,2%), en una institución (23 (33,8%) en residencia y 22 (32,4%) en una unidad geriátrica de media estancia. Todos ellos tenían capacidad de marcha en el momento de la inclusión. Se registró el índice de comorbilidad de Charlson, el índice de Barthel y el Minimental de Folstein de cada uno de ellos. Se les aplicó el test de Tinetti, el SWWT y el TUG.

Resultados: La media de los parámetros evaluados fueron; Minimental Folstein 23,3 ± 4,7, índice de comorbilidad de Charlson 1,4 ± 1,6 e índice de Barthel 77 ± 23,6. En cuanto al SWWT, 42 fueron *Non-stoppers* (61,7%) y 26 *Stoppers* (38,3%). Entre los *Non-stoppers*, hubo 25 (59,5%) con TUG < 10 segundos (riesgo bajo de caídas), 13 (31,0%) con TUG entre 10-20 segundos (riesgo moderado) y 4 (9,5%) TUG > 20 segundos (riesgo alto); mientras que entre los *Stoppers* hubo 4 (15,4%), 1 (3,8%) y 21 (80,8%) respectivamente (p < 0,0001). La puntuación media del test de Tinetti en los *stoppers* fue 13,3 ± 4,8 y en los *Non-stoppers* 24,9 ± 3,9 (p < 0,0002).

Conclusión: El SWWT se relaciona con el TUG y el test de Tinetti de forma estadísticamente significativa.

104. PREDICTORES DE GANANCIA FUNCIONAL EN ANCIANOS INGRESADOS EN UNA UNIDAD DE RECUPERACIÓN FUNCIONAL

Y. Bardales Mas, E. Martínez Sánchez, G. Paterna Mellinas, A. Martínez Riaza, L. Domínguez Martín y P. Abizanda Soler
Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. Albacete.

Objetivo: Analizar los factores predictores de buena evolución funcional en ancianos ingresados en una unidad de recuperación funcional (URF).

Método: 178 pacientes ingresados consecutivamente en la URF del Complejo Hospitalario Universitario de Albacete en el periodo 07-08. Se calcula mediante regresión logística la probabilidad de recuperación funcional al alta medida con el índice de Barthel (IB) ajustado por covariables sociodemográficas, asistenciales y de comorbilidad.

Resultados: Edad media 81,9. Mujeres 51,7%. Estancia previa en UGA 10,5 días. Estancia media en URF 14,8 días. Diagnóstico ingreso: Ictus 53,9%, pérdida funcional 35,4%, fractura de cadera 3,9%, otros 6,8%. Incontinencia urinaria 50%, caídas 37,6%, déficit sensorial importante 37,1%, depresión 18,5%, dolor 25,3%. IB previo 79,2, al ingreso 24,6 y al alta 48,0. FAC al ingreso 0,9 y al alta 2,2. Valoración cognitiva: sin deterioro 51,1%, DCL 23,6%, demencia leve 9,0%, moderada 11,2% y severa 5,1%. Ganancia funcional 23,8 (DE 14,0). Ganaron igual o más a 10, 20, 30, 40 y 50 puntos de IB respectivamente 155 (87,1%), 119 (66,9%), 67 (37,6%), 30 (16,9%) y 11 (6,2%) pacientes. Los predictores independientes de una ganancia funcional superior a 20 puntos fueron el IB previo ≥ 80 puntos (OR 5,74; IC95% 2,35-14,00; p < 0,001), la continencia urinaria (OR 2,62; IC95% 1,06-6,50; p < 0,05) y la ausencia de ictus previo (OR 4,04; IC95% 1,42-11,49; p < 0,05). Para una ganancia funcional superior a 30 puntos fueron la edad (OR 0,90; IC95% 0,84-0,97; p < 0,01), la patología respiratoria (OR 0,15; IC95% 0,03-0,66; p < 0,05) y el IB previo ≥ 80 puntos (OR 4,01; IC 95% 1,53-10,64; p < 0,01). Todo ello ajustado por edad, sexo, diagnóstico principal, comorbilidad, procedencia, días de estancia en agudos, pérdida funcional al ingreso, estado cognitivo previo y depresión.

Conclusiones: La situación funcional previa y la continencia urinaria son los principales predictores de ganancia funcional durante el ingreso de ancianos en una URF.

91. EFICACIA Y EFICIENCIA DE UN PROGRAMA DE REHABILITACIÓN EN PACIENTES NONAGENARIOS INGRESADOS EN UNA UNIDAD DE MEDIA ESTANCIA GERIÁTRICA

M. Álvaro Pardo, C. Roqueta Guillén, M.I. Martínez Fernández, I. Rius Codina, S. Ubero Fernández y R. Miralles Basseda
 Servicio de Geriátría del IMAS. Hospital de la Esperanza, Centro Fórum, Hospital del Mar. Instituto de Atención Geriátrica Sociosanitaria (IAGS). IMAS. Barcelona.

Objetivo: Evaluar la ganancia funcional y la eficiencia rehabilitadora en pacientes nonagenarios ingresados en una unidad geriátrica de media estancia durante un periodo de 26 meses.

Pacientes y métodos: Se registraron las siguientes características: edad, sexo, diagnósticos principales agrupados, índice de Lawton previo (LP), índice de Barthel previo (BP), índice de Barthel al ingreso (BI), Minimental de Folstein (MMSE), índice de Barthel al alta (BA), estancia media y destino al alta de los pacientes evaluados. Setenta y siete pacientes (92,8%) siguieron un programa de rehabilitación mediante fisioterapia y/o terapia ocupacional durante el ingreso. La eficacia del programa de rehabilitación fue evaluada mediante la diferencia entre BA y BI (ganancia funcional) y mediante índice de Heinemann que expresa, en forma de porcentaje, la capacidad funcional ganada respecto a la pérdida $[(BA-BI)/(BP-BI) \times 100]$. La eficiencia rehabilitadora se calculó dividiendo la ganancia funcional por los días de estancia $[(BA-BI)/\text{días}]$. Una eficacia adecuada se consideró como: ganancia funcional > 20 puntos e índice de Heinemann > 35%. En cuanto a eficiencia, se consideró adecuado un valor > 0,5 (actividad rehabilitadora moderada). (Rev Esp Geriatr Gerontol 2000;35(56):61-76).

Resultados: Se registraron 83 pacientes (64 mujeres (77,1%)); edad media $92,1 \pm 2,1$ años. Diagnósticos principales agrupados: fractura-lesión 45 (54,2%), neurológico 15 (18,1%), respiratorio 7 (8,4%), cardiovascular 6 (7,2%) y otros 10 (12,1%). Media del LP: $2,5 \pm 2,8$ y del MMSE: $19,5 \pm 5,9$. Estancia media: $51,3 \pm 24,7$ días. Valores medios de eficacia y eficiencia: ganancia funcional $25,6 \pm 22,9$ puntos, índice de Heinemann $50,2 \pm 40,1\%$ y eficiencia rehabilitadora $0,6 \pm 0,9$ puntos/día. El destino al alta: domicilio 48 (57,7%), unidad de larga estancia 9 (11%), residencia 10 (12%), éxitus 9 (11%) y otros 7 (8,3%).

Conclusiones: 1. Un porcentaje elevado de pacientes nonagenarios ingresados en la unidad de media estancia siguieron un programa de rehabilitación. 2. Los programas de rehabilitación en personas de edad muy avanzada siguen manteniendo parámetros de eficacia y eficiencia adecuados.

6. VALORACIÓN INTEGRAL DE NUESTROS ANCIANOS

G. Ruiz, J. Marín, V. Rubio, A.B. Rey, G. de la Parra y M. Cerezal
 Centro de Salud de Irún Centro. Irún.

Objetivo: Analizar la patología y realizar una valoración integral de los ancianos de nuestra zona de salud.

Diseño: Estudio descriptivo observacional.

Emplazamiento: Centro de salud. Atención Primaria.

Participantes: De los 3.278 ancianos mayores de 75 años adscritos al Centro de salud, se obtuvo una muestra aleatoria de 284. Durante un año se realizó captación activa en consulta y domicilio, por el medico y enfermera.

Mediciones principales: Tipo de patología crónica y de tratamiento. Valoración integral que incluye una valoración cognitiva con el Mini-examen de Lobo. Valoración de las actividades básicas (ABVD), mediante el Índice de Barthel. Actividades instrumentales (AIVD), mediante el subcuestionario OARS. Valoración social con la subescala de recursos sociales del OARS, que incluye la situación familiar, económica, convivencia, vivienda y necesidad de ayuda sociosanitaria.

Resultados: 284 ancianos, 83% entre 75-84 años, 17% mayores 85 años. Edad media 82 años. Mujeres 64,4%. El 3% no tiene ninguna enfermedad. 57,4% tiene tres o más enfermedades. 69,4% tiene patología cardiovascular incluyendo HTA. 45% problemas osteomusculares. 39% problemas endocrinológicos. 91% con tratamiento que precisa control medico. 6% precisa cuidados de enfermería. 12% siguen tratamiento antidepressivo. Mediante el Mini Mental 29,2% tiene algún grado de deterioro cognitivo, siendo moderado-grave el 8%. Según el Barthel 30,6% tiene alguna dependencia para las ABVD, siendo moderada-grave 7,4%. 29% tiene dependencia para alguna AIVD sobretodo para viajar, ir de compras y hacer las tareas domesticas. 23,6% vive solo, 36,3% con otros ancianos. 11% en viviendas con barreras. 2,8% no recibe suficiente ayuda social. 12,7% con limitado apoyo familiar.

Conclusiones: La valoración integral es un instrumento fundamental para detección de problemas y básico para elaborar programas de atención a ancianos con pluripatología y tratamiento que precisa control medico. En nuestra zona de salud hay un porcentaje en torno al 30%, de ancianos con deterioro cognitivo, incapacidad funcional o limitaciones sociofamiliares. Buen apoyo sociosanitario.

415. PATOLOGIA MÁS INVALIDANTE EN LA POBLACIÓN SOLICITANTE DE VALORACIÓN DE LA DEPENDENCIA EN BIZKAIA DURANTE EL AÑO 2008

A. Aranda Iambea, A. Castejón Corcuera, L. Corcuera, A. Gómez Ugarte, M.C. Díaz Ibáñez y J. Torres Enjuto
 Diputación Foral de Bizkaia.

Objetivo: El objeto de este estudio es mostrar la prevalencia de las patologías más invalidantes que presentan las personas a las que se ha valorado su grado de dependencia en Bizkaia durante el año 2008.

Método: Se parte de una muestra de 11.143 solicitantes valorados entre el 1 de enero y el 30 de noviembre de 2008. Se codifican las patologías más invalidantes recogidas en el informe de salud presentado con la solicitud y se codifican con la CIE 9-MD. Se realiza un estudio descriptivo de estas patologías con respecto a los grupos de codificación y a los grupos de edad.

Resultados: Se han clasificado un total de 33.799 patologías que corresponde a un promedio de 3 patologías invalidantes por persona valorada. Este cociente muestra un rango entre 2,34 y 3,35 patologías por persona que viene condicionado por la edad. Con respecto a la clasificación general en la CIE 9-MD, la mayor prevalencia corresponde a las enfermedades del Sistema Osteo-mioarticular (71%) seguido del Sistema Circulatorio (70,13%), Sistema Nervioso y Órganos de los Sentidos (55,74%) y Trastornos Mentales (39,41%). Cuando se consideran las patologías por grupos de edad se observan variaciones de esta prevalencia obtenida en la clasificación general. En el grupo mas joven (3-30 años) la mayor prevalencia corresponde a Trastornos Mentales (67,25%) seguido de Sistema Nervioso y Sentidos (50,25%) y Anomalías Congénitas (27,1%). En edades intermedias (31-64 años) prevalecen las enfermedades del Sistema Nervioso y Sentidos (81,57%) seguido de Trastornos Mentales (58,35%). En el grupo de 65-80 años la mayor prevalencia la tienen las enfermedades Osteo-mioarticulares (107,7%) y las del Sistema Circulatorio (74,15%). En los > 80 años, tienen la mayor prevalencia las enfermedades del Sistema Circulatorio (79,87%) y las del Sistema Osteo-mioarticular (60,25%).

Conclusiones: A partir del análisis de los datos podemos concluir que la prevalencia de patologías se modifica en función de la edad. Los grupos más jóvenes presentan un menor número de patologías por persona pero más invalidantes. El grupo más numeroso lo forman las personas > 80 años con más de 3 enfermedades invalidantes que corresponden al Sistema Circulatorio y al Osteo-mioarticular.

101. INFLUENCIA DE LA HIPOACUSIA SOBRE LA FUNCIONALIDAD EN ANCIANOS

J.L. Esquinas Requena³, J. López-Torres Hidalgo², E. de la Osa Nieto¹, M. Carrión González¹, M. Martínez Peñalver² y P. Abizanda Soler²
¹Hospital General de Almansa. Albacete. ²Gerencia de Atención Primaria Albacete. Albacete. ³Complejo Hospitalario Universitario Albacete. Albacete.

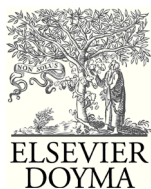
Objetivo: Analizar la influencia de la hipoacusia sobre la funcionalidad en mayores de 69 años.

Método: 282 mayores de 69 años estudiados en Hospital de Día del Complejo Hospitalario Universitario de Albacete en 2008. El nivel de hipoacusia se determinó mediante la escala ADDA, y se recogieron la edad, sexo, MMSE e índice de Charlson como variables de control. Se

les determinó la funcionalidad mediante el índice de Barthel y Lawton, Timed Up and Go (TUG) y velocidad de marcha (VM). Se analiza mediante regresión múltiple la relación entre audición y funcionalidad ajustada por el resto de covariables.

Resultados: Edad media 77,4 (DE 5,4). Mujeres 50,7%. MMSE 23,8 (DE 4,9). Charlson 1,2 (DE 1,5). ADDA 29,8 (DE 5,9). Barthel 90,0 (DE 18,6). Lawton 5,7 (DE 2,4). TUG 12,1 seg (DE 5,5). VM 0,8 m/s (DE 0,3). Por cada punto que aumentó la escala ADDA, los sujetos presentaron 0,6 puntos de Barthel más [IC95% 0,3-0,9; p < 0,001], 0,06 puntos de Lawton más [IC95% 0,03-0,10; p < 0,001] y realizaron 0,2 seg más rápidamente el TUG [0,1-0,3; p < 0,05] ajustado por el resto de covariables.

Conclusiones: La hipoacusia es un determinante independiente de la funcionalidad de ancianos y debe valorarse adecuadamente en estudios poblacionales.



Comunicaciones libres

Sala A2. Sábado, 6 de junio de 09:30 a 11:30 horas

Área Clínica X

Modera:

Miguel Oliver Ramón (Palma de Mallorca)

Biológicas y varios

102. INFLUENCIA DE LA HEMODINÁMICA CEREBRAL EN LA SITUACIÓN NEUROPSICOLÓGICA DEL PACIENTE ANCIANO

P. Hernández Zegarra, T. Segura, B. López Ramos, E. López Jiménez, P.M. Sánchez Jurado y P. Abizanda Soler
Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. Albacete.

Objetivo: Analizar la influencia de la hemodinámica cerebral medida con Doppler transcraneal en los diferentes dominios neuropsicológicos de sujetos mayores con diferentes grados de deterioro cognitivo. **Método:** 57 sujetos mayores de 65 años con enfermedad de Alzheimer (EA; n = 22), deterioro cognitivo leve (DCL; n = 21) o cognitivamente normales (CN; n = 14) captados de la consulta externa de geriatría. Se realizó valoración neuropsicológica, valoración geriátrica, determinación de los alelos del gen apoE y doppler transcraneal (velocidad media -VM-, índice de pulsatilidad -IP- e índice de resistencia de Pourcelot -IR- en arterias cerebral media, anterior y posterior bilateralmente). Se analiza la relación existente entre las determinaciones sonográficas y los test neuropsicológicos empleados ajustada por variables sociodemográficas y la gravedad del deterioro cognitivo.

Resultados: Edad media 74,7 (DE 5,3). La VM disminuyó con la edad de los sujetos y el IP e IR aumentaron ($p < 0,05$). No hubo diferencias entre hombres y mujeres. Los sujetos con presencia del alelo 4 del gen apoE no presentaron parámetros vasculares diferentes de aquellos sin dicho alelo. Los test neuropsicológicos que se asociaron en mayor medida con peor hemodinámica cerebral (menor VM y mayores IP e IR) fueron el test de figuras incompletas, el TMTA, TMTB y las secuencias posturales de Luria ($p < 0,05$) y los que menos el test de Boston, GDS de Yesavage y NPI. El Timed Up and Go e índice de Lawton también se asociaron con disminución de VM y aumento de IP e IR ($p < 0,05$).

Conclusiones: Los sujetos de mayor edad y aquellos con peor rendimiento en test cognitivos de atención y velocidad psicomotora presentan una peor hemodinámica cerebral.

221. CARACTERÍSTICAS DEL SÍNDROME MIELODISPLÁSICO EN UNA UNIDAD HOSPITALARIA DE AGUDOS DE GERIATRÍA

I. Lozano Montoya, L. Donis Barber y J. Velasco
Hospital Clínico San Carlos de Madrid. Madrid.

Objetivo: Descripción de parámetros clínicos del Síndrome Mielodisplásico, en una Unidad Hospitalaria de Agudos de Geriatria.

Métodos: Estudio descriptivo transversal. Recogida de datos clínicos de pacientes ingresados en la Unidad de Agudos, periodo 2004-2008, diagnosticados de Síndrome Mielodisplásico. Se describieron los parámetros: edad, género, hemoglobina, hematocrito, hierro, ferritina, si tratamiento con quimioterapia, eritropoyetina, transfusiones (y número en último ingreso), o hierro (y dosis), número fármacos prescritos, tiempo evolución de la enfermedad, situación funcional (escala KATZ), deterioro cognitivo, comorbilidad (Índice Charlson) y exitus laetalis. Análisis estadístico mediante SPSS 14.0 con un nivel de significación del 95%.

Resultados: Total: 39 pacientes (24 mujeres, 15 hombres), edad: $87,5 \pm 6,6$ años. Analítica: Hb: $11 \pm 2,1$, Hto: $33,5 \pm 6,6$, Fe: $58,9 \pm 45$ y ferritina: $500,1 \pm 576$. Tratamiento: Eritropoyetina semanal: 12,8%, hidroxiurea: 17,9% y transfusión en último ingreso: 53,8%, hemoconcentados: $1,5 \pm 2,0$. Comorbilidad: Charlson: $3,4 \pm 1,7$, Deterioro cognitivo: 53,9%, Leve: 28,2%, Moderado-severo: 25,7, I. Cardíaca: 51,3%, C isquémica: 61,5% FA: 38,5%. Tiempo evolución: $2,5a \pm 2,1$, Número fármacos: $6,8 \pm 2,6$, Mortalidad: 38,8%

Conclusiones: 1. Existe una importante relación entre SMD y patología cardiovascular. 2. SMD conlleva un alto riesgo de mortalidad en población muy enferma. 3. El tratamiento utilizado presenta gran variabilidad.

471. HERRAMIENTAS DE CRIBADO DE FRAGILIDAD EN ANCIANOS CON CÁNCER. COMPARACIÓN DE DOS ESCALAS: CUESTIONARIO DE BARBER Y VULNERABLE ELDERLY SURVEY-13

M.J. Molina-Garrido¹, A. Mora Rufete², C. Guillén Ponce³, J.A. Santiago Crespo¹, A. Olaverri Hernández¹ y A. Carrato³
¹Hospital General Virgen de la Luz. Cuenca. ²Hospital General Universitario de Elche. Alicante. ³Hospital General Universitario Ramón y Cajal. Madrid.

Introducción: La Valoración Geriátrica Integral (VGI) es indispensable en los pacientes geriátricos, pero consume mucho tiempo en una consulta. Con este estudio se pretendía aplicar dos escalas utilizadas como screening de fragilidad en mujeres > 65 años con cáncer de mama, y conocer su validez, así como la correlación entre ambas en este ámbito.

Métodos: Se aplicó el cuestionario de Barber, así como la *Vulnerable Elders Survey* (VES-13) y una VGI (I.Barthel, I.Lawton-Brody, *Determine* su salud, C.Pfeiffer, escala de Gijón, consumo de fármacos) a todas las pacientes con cáncer de mama mayores de 65 años que eran valoradas de forma consecutiva en una consulta de Oncología Médica entre enero y diciembre 2007. Posteriormente, se estudio las características de ambos cuestionarios por separado, y su utilidad como cribado comparándolas con presentar una VGI indicativa de fragilidad (≥ 2 escalas patológicas). También se analizó la correlación entre todas ellas. Programa estadístico SPSS 15.0.

Resultados: 41 pacientes. 19 con ≥ 2 escalas patológicas en la VGI, 17 con puntuación > 0 en el cuestionario de Barber, y 12 con VES ≥ 13 . *Datos acerca del índice de Barber:* sensibilidad (S) 68,4%; especificidad (E) 81,8%; índice de validez (V) 75,6%; valor predictivo positivo (VPP) 76,5%; valor predictivo negativo (VPN) 75,0%. Índice kappa Barber-VGI: 0,51 (I 95%: 0,24 - 0,77); $z = 3,26$ ($p = 0,001$). Área ROC: 0,75 (IC 95%: 0,62-0,89). *Datos acerca de la escala VES-13:* S 60%; E 100%, V 80,5%, VPP 100%, VPN 72,4%. Índice kappa VES-13-VGI: 0,60 (IC 95%: 0,38-0,83); $z = 4,22$ ($p < 0,001$). Área ROC: 0,80 (IC 95%: 0,69-0,91). *Correlación de rho Spearman's:* Barber y VGI: 0,643; VES-13 y VGI: 0,770; Barber y VES-13: 0,579 ($p = 0,005$).

Conclusiones: En una consulta externa de Oncología Médica es posible aplicar cuestionarios de cribado para seleccionar a los pacientes candidatos a someterse a una VGI completa. Tanto el cuestionario de Barber como el VES-13 son escalas útiles en la valoración de ancianas con cáncer de mama en tratamiento adyuvante con quimioterapia. La escala VES-13 ha demostrado tener mayor especificidad, mayor validez y mayor VPP, así como mayor concordancia y una correlación más estrecha con la VGI. Recomendamos esta escala como cribado de fragilidad en esta población específica.

176. EFECTO DE LA RESTRICCIÓN DE METIONINA SOBRE EL PROTEOMA MITOCONDRIAL DE HÍGADO DE RATA

A. Naudí Farré, M. Jové Font, M. Portero Otín y R. Pamplona Gras
Facultad de Medicina. Universitat de Lleida. Lleida.

Objetivos: El estrés oxidativo juega un papel central en el proceso de envejecimiento. Se conoce que la restricción en metionina, al igual que la restricción proteica, mimetiza los efectos de la restricción calórica. Dichas intervenciones nutricionales conllevan un aumento de la longevidad en ratas y ratones, reduciendo la producción mitocondrial de radicales libres y la lesión molecular que se deriva. En cambio, se desconocen los posibles mecanismos por los cuales se produce dicho efecto. Por ello, el objetivo de nuestro estudio es analizar los efectos de la restricción de metionina sobre la modificación del proteoma en hígado de rata.

Métodos: Se han sometido ratas macho Wistar a un protocolo nutricional de restricción de metionina al 80%, durante 7 semanas, idéntico al que se sabe que induce un incremento de la longevidad. Se han aislado las mitocondrias de hígado del animal y se han procesado para analizar i) la expresión de las proteínas mitocondriales, mediante electroforesis bidimensional y posterior identificación por huella peptídica con MALDI-TOF; y ii) las dianas proteicas de lesión oxidativa, mediante electroforesis bidimensional y western-blot anti-DNP y posterior identificación por huella peptídica con MALDI-TOF.

Resultados: Se demuestra que el proteoma de las mitocondrias de hígado de rata sometidas a restricción de metionina se ve modificado. Las proteínas que se expresan diferencialmente están preferentemente relacionadas con el metabolismo del nitrógeno (ciclo de la urea) el de carbohidratos (ciclo de Krebs), o el de los lípidos (beta-oxidación). También están modificadas proteínas de la cadena de transporte electrónico, enzimas antioxidantes, así como proteínas relacionadas con la señalización redox intracelular. Por otro lado, la disminución de la lesión oxidativa producida por la restricción en metionina también afecta primordialmente a las mismas vías mencionadas anteriormente.

Conclusiones: La restricción de metionina afecta de manera preferencial a la expresión de proteínas, así como las proteínas diana de oxidación.

174. EFECTO DE LA SUPLEMENTACIÓN DE METIONINA SOBRE EL ESTADO OXIDATIVO EN CEREBRO, RIÑÓN, HÍGADO Y CORAZÓN DE RATA

M. Jové Font, A. Naudí Farré, M. Portero Otín y R. Pamplona Gras
Universitat de Lleida. Lleida.

Objetivos: Estudiar los efectos de la suplementación de metionina analizando los niveles de éste aminoácido y dos de sus metabolitos (SAH y SAM) en cerebro, riñón, hígado y corazón, y el posible efecto de éstos sobre distintos parámetros relacionados con el estrés oxidativo en dos grupos experimentales de ratas Wistar machos alimentados con dieta control (CTL) y dieta suplementada en un 2,5% de metionina (MetS) durante 7 semanas.

Métodos: Se ha utilizado cromatografía líquida acoplada a espectrometría de masas-QTOF para la detección y cuantificación de los niveles de Metionina, S-Adenosilmetionina (SAM) y S-Adenosilhomocisteína (SAH) y cromatografía de gases acoplada a espectrometría de masas para la cuantificación de marcadores de lesión oxidativa proteica y la composición en ácidos grasos. Se ha realizado inmunodetección por western blot para la estimación del contenido de complejos mitocondriales de la cadena respiratoria.

Resultados: Se constatan diferencias significativas interórganos en los niveles basales de metionina y metabolitos, y en la respuesta tisular de dicha suplementación. Una suplementación del 2,5% de metionina en dieta provoca un aumento significativo de los niveles de metionina, SAM y SAH en hígado y corazón. En cerebro y riñón, en cambio, aumentan significativamente los niveles de metionina y SAH, mientras que los niveles de SAM no varían. A partir de éstos resultados se ha calculado la ratio SAM/SAH que indica el potencial que tienen las células para realizar reacciones de metilación, y se ha observado una disminución significativa de éste parámetro en los 4 órganos analizados. Asimismo, se constatan cambios significativos en el contenido de los complejos de la cadena de transporte electrónico mitocondrial. Por contra, estos cambios no se asocian a modificaciones generalizadas en los niveles de los marcadores de lesión oxidativa proteica analizados.

Conclusiones: La administración de una dieta suplementada en un 2,5% de metionina durante 7 semanas en ratas Wistar macho aumenta los niveles titulares de metionina y sus metabolitos en los tejidos analizados disminuyendo el potencial de metilación de las células y afectando al contenido de complejos mitocondriales.

234. LA DEFENSA ANTIOXIDANTE DECAE EN PERSONAS ANCIANAS EN SITUACIONES HIPOXÉMICAS

D. de Gonzalo Calvo¹, F. Suárez García², A. Coto Montes¹, M. Fernández Fernández² y J.J. Solano Jaurrieta²

¹Universidad de Oviedo. Oviedo.

²Hospital Monte Naranco. Oviedo.

Las enfermedades hipoxémicas tienen una alta prevalencia en las personas mayores de 75 años, lo que las convierte en un campo de estudio de alto interés.

Objetivo: Estudiar que factores se encuentran alterados desde el punto de vista molecular en los individuos que padecen este tipo de enfermedades.

Metodología: Estudio observacional transversal. Se obtuvieron muestras sanguíneas de los mayores de 75 años que acudieron a urgencias hospitalarias del Hospital Central de Asturias, los cuales se agruparon en hipoxémicos (sat O₂ < 95%) y no hipoxémicos (sat O₂ \geq 95%). Se cogió como grupo control una muestra de personas jóve-

nes sanas. En estas personas estudiamos el nivel de Actividad Antioxidante Total de cada individuo en plasma.

Resultados: Una de las primeras reacciones al descenso de los niveles de oxígeno en sangre es la alteración del balance oxidativo del organismo, sin embargo, esta alteración no afecta por igual a los tres grupos de estudio. Nuestros resultados mostraron siempre con diferencias estadísticamente significativas que las personas jóvenes contaban con una mejor defensa antioxidante que las personas ancianas ($p \leq 0,001$), existiendo una menor capacidad de defensa antioxidante en la lucha contra el estrés oxidativo en las personas mayores con hipoxia respecto a las que no presentaban esta situación ($p < 0,001$).

Conclusiones: El hecho de que la defensa antioxidante se encuentre disminuida de forma significativa en personas aquejadas de procesos hipoxémicos tiene gran importancia por el efecto negativo que esto provoca, con un claro incremento en el estrés oxidativo a corto plazo y con grave posibilidades de actuar como inductor de fragilidad a medio y largo plazo en un grupo poblacional en el que ya en condiciones normales se observa un descenso importante de su capacidad de defensa.

209. LAS HEMBRAS CON DIABETES TIPO 2 TIENEN MENOS ESTRÉS OXIDATIVO Y DESARROLLAN MÁS LENTAMENTE LA ENFERMEDAD QUE LOS MACHOS CON DIABETES TIPO 2

C. Borrás Blasco, J. Gambini Buchón, R. López-Grueso, A. Díaz, R. Edo y J. Viña Ribes

Universidad de Valencia. Valencia.

La diabetes tipo 2 es la forma más común de diabetes y aparece predominantemente asociada al envejecimiento. En ella, o bien el cuerpo no produce suficiente insulina, o bien los receptores celulares de insulina se tornan insensibles a ella. En muchas enfermedades que cursan con problemas metabólicos y vasculares, como es el caso de la diabetes tipo 2, se ha demostrado que el estrés oxidativo juega un papel fundamental. Se sabe que la incidencia de diabetes tipo 2 es mayor en los hombres que en las mujeres, y por otro lado, también es conocido que los hombres sufren un mayor estrés oxidativo que las mujeres.

Objetivo: Estudiar las diferencias de estrés oxidativo entre machos y hembras con diabetes tipo 2 y su importancia en el desarrollo de la enfermedad.

Método: Utilizamos ratas machos y hembras Goto-Kakizaki, que es un excelente modelo de diabetes tipo 2, porque desarrolla todas las características típicas de la diabetes tipo 2 con la edad, pero no presentan obesidad.

Resultados: Los machos desarrollaron la enfermedad (considerando 200 mg/dL de glucemia como punto final) 15 semanas antes que las hembras (20 ± 4 vs. 35 ± 1). Cuando los animales alcanzaron esa glucemia, determinamos el consumo de glucosa *in vivo* y los sacrificamos para determinar los parámetros de estrés oxidativo. Las mitocondrias hepáticas de los machos producen un 40% más de peróxido de hidrógeno, poseen un cociente GSSG/GSH un 50% mayor y unos niveles 200% veces superiores de malondialdehído en comparación con las hembras. Además, la actividad de la enzima xantina oxidada en plasma también es superior en los machos frente a las hembras.

Por otro lado, el consumo cerebral y cardíaco de glucosa es inferior en machos que en hembras, demostrando la menor capacidad de los machos para incorporar la glucosa a las células.

Conclusión: Existen diferencias de estrés oxidativo al igual que en el consumo de glucosa entre machos y hembras diabéticos tipo 2, que pueden explicar, al menos en parte, la menor incidencia de diabetes tipo 2 en las mujeres comparado con los hombres.

276. EFECTO DEL ESTRÉS OXIDATIVO SOBRE MEDIADORES INFLAMATORIOS EN PROCESOS HIPOXÉMICOS

D. de Gonzalo Calvo², F. Suárez García¹, A. Coto-Montes², M. Fernández Fernández¹ y J.J. Solano Jaurrieta²

¹Hospital Monte Naranco. Oviedo.

²Universidad de Oviedo. Oviedo.

El estrés oxidativo es uno de los primeros procesos que se desencadenan ante situaciones de hipoxia. A su vez, la hipoxia es un denominador común de importantes enfermedades que afectan a las personas mayores, como son la enfermedad pulmonar obstructiva crónica y la insuficiencia cardíaca. El estrés oxidativo actúa directamente en la generación de diversas cascadas de respuesta inflamatoria.

Objetivo: Estudiar los niveles de estrés oxidativo y que citoquinas se elevan ante situaciones de hipoxia, de envejecimiento o ambas al unísono.

Material y métodos: Estudio observacional transversal. Se obtuvieron muestras sanguíneas de los mayores de 75 años que acudieron a urgencias hospitalarias del Hospital Central de Asturias, los cuales se agruparon en hipoxémicos (sat O₂ < 95%) (n: 30) y no hipoxémicos (sat O₂ ≥ 95%) (n: 30). Se cogió como grupo control una muestra de personas jóvenes sanas (n: 30). Como marcador de estrés oxidativo utilizamos el nivel de proteínas carboniladas y para cuantificar las citoquinas kit (Bender MedSystems). Para medir el estado inflamatorio analizamos dos citoquinas importantes en la respuesta inflamatoria: TNF- α e IL-6. Para valorar las diferencias entre variables categóricas se utilizó la prueba de chi cuadrado.

Resultados: Los resultados mostraron un incremento estadísticamente significativo del estrés oxidativo en las personas mayores de 75 años en relación con las personas jóvenes ($p = 0,011$). Entre las personas mayores hubo un mayor nivel de estrés oxidativo en el grupo con hipoxia ($p = 0,04$). Respecto a los niveles de citoquinas, los resultados mostraron subidas diferenciales dependiendo de los grupos experimentales de los que se tratase. Así la IL-6 si bien mostró incremento en sus niveles en personas ancianas respecto a las jóvenes, esta subida solo fue significativa respecto a las personas ancianas con bajos niveles de saturación de oxígeno ($p \leq 0,05$). Sin embargo, respecto a TNF- α , su incremento fue significativo al comparar personas jóvenes con ancianas ($p = 0,023$) aunque entre éstas sólo experimentó un ligero incremento en las personas del grupo con hipoxia aunque sin resultar significativo.

Conclusiones: Los resultados de este estudio muestran un incremento oxidativo en personas mayores con hipoxemia. La IL-6 es un mediador relacionado con situaciones de hipoxemia mientras que el TNF- α se asocia más con el envejecimiento o edad de los individuos.



Comunicaciones libres

Sala B Nivel 1. Sábado, 6 de junio de 09:30 a 11:30 horas

Área Social V

Moderadora:

Silvia Martínez Rodríguez (Leioa. Vizcaya)

37. ANÁLISIS DEL ESTADO DE ÁNIMO EN PERSONAS QUE PARTICIPAN EN EL PROGRAMA SALIDAS CULTURALES EN UN MEDIO RESIDENCIAL

M.R. Mañas Ruiz

Residencia Santo Hospital del Glorioso San Juan Bautista. Portugalete. Vizcaya.

Objetivos: Conocer la relación entre “estar ilusionado por salir”, “disfrutar de las salidas”, “sentir que tras participar en las salidas está más animado”, el “número de veces que participa en salir” y la “elección de los destinos” con la alteración del estado de ánimo controlando otras variables como edad, años de residencia y frecuencia con la que salen de la residencia independientemente del programa.

Método: Se evaluó el estado de ánimo de las personas con el GDS durante dos años y se aplicó un cuestionario de satisfacción en el que se incluyeron otros datos como: edad, años de residencia y frecuencia con la que sale de la residencia independientemente del programa.

Resultados: Se incluyó a 23 personas de edad media 84 (66-97, Ds 8,64), hombres 4 (17,4%) y mujeres 19 (82,6%), la media de años de residencia 5,78 (2-20, Ds 4,66). Con el GDS se diagnosticó que en el 2007 había sin alteración del estado de ánimo 10 (43,5%) y alterado el estado de ánimo 13 (56,5%). En el 2008 9 personas (39,1%) no tenían alterado el ánimo y 14 (60,9%) tenían alterado el estado de ánimo. Hay correlación entre las variables: “ilusión por las salidas” - “disfrutar de las salidas” $p < 0,01$, “ilusión por las salidas” - “sentirse animado después de las salidas” $p < 0,01$, “disfrutar de las salidas” - “sentirse animado después de las salidas” $p < 0,05$ e “ilusión por salir” - “número de veces que se ha salido” $p < 0,05$. Las personas que no tienen alterado el estado de ánimo se ilusionan más por salir que aquellas que lo tienen alterado. $p < 0,05$. Una vez que han decidido salir no hay diferencias significativas entre las personas con alteración del estado de ánimo y las que no tienen esa alteración en: “disfrute de las salidas”, “sentirse más animado después de haber participado”, “el número de veces que se ha salido” y la “variedad de destinos elegidos”. No hay diferencias entre “edad”, “años de residencia” y “frecuencia con la que se salga de la residencia independientemente del programa” con participar en el programa. Tampoco, entre las dos puntuaciones del GDS en ambos años de seguimiento.

Conclusiones: Para lograr un cambio significativo en las puntuaciones del GDS es necesario lograr aumentar el número de veces de “tener ilusión por salir” entre las personas que tienen alterado el estado de ánimo. Por esta razón, es necesario lograr que las salidas sean experiencias significativas teniendo en cuenta los gustos, intereses, aficiones e historia de vida.

32. DAR Y RECIBIR APOYO AL FINAL DE LA VIDA: EFECTOS MEDIADORES DE LA PERCEPCIÓN DE RECIPROCIDAD EN EL BIENESTAR SUBJETIVO

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

Objetivo: Se ha encontrado que recibir apoyo se relaciona con un mayor bienestar subjetivo en la vejez. En los últimos años también se han analizado los efectos restauradores de dar apoyo a otras personas (Post, 2005). Se ha sugerido que los efectos positivos de dar apoyo se deben a que las relaciones se perciben como más recíprocas (Rook, 1987). En este trabajo analizamos los efectos directos de dar y recibir apoyo, así como los efectos indirectos, a través de la reciprocidad percibida, sobre la soledad.

Método: $N = 646$ personas residentes en la comunidad de ambos sexos, con edades entre 60 y 95 años. Se recogió información sobre variables sociodemográficas, de salud y de integración en la comunidad. También se plantearon preguntas sobre la red y del apoyo social siguiendo el método jerárquico propuesto por Antonucci (1986). Los efectos de dar y recibir apoyo, de tipo emocional e instrumental, se analizaron en dos modelos de regresión independientes.

Resultados: Dar y recibir apoyo instrumental predecían una menor soledad después de controlar el efecto de las variables sociodemográficas, de salud, de integración en la comunidad y las propiedades estructurales de la red social. Los efectos del apoyo emocional en la soledad no eran significativos. Finalmente se encontró que la percepción de reciprocidad en las relaciones sociales mediaba parcialmente los efectos de dar y recibir apoyo instrumental en la soledad.

Conclusiones: Las relaciones sociales tienen efectos positivos en el bienestar a través del apoyo que las personas mayores dan y reciben de otros. Estos efectos se explican parcialmente debido a que se percibe un mayor balance en las relaciones sociales. En las personas mayores españolas el intercambio de apoyo instrumental es importante para mantener el bienestar y prevenir la dependencia. Se proponen otros mecanismos que pueden mediar en la relación entre dar y recibir apoyo y el bienestar subjetivo.

Palabras clave: Apoyo social, reciprocidad, bienestar subjetivo, soledad.

61. EFICACIA DE UN PROGRAMA DE FORMACIÓN EN PSICOESTIMULACIÓN EN EL DOMICILIO PARA PERSONAS CUIDADORAS DE MAYORES CON DETERIORO COGNITIVO LEVE, MODERADO O GRAVE

V. Lizarraga Armentia, A. Astiazaran Bilbao, I González Calvo y A. Arruti Lejarzegi
Fundación Bizitzen. Bizkaia.

Introducción: El abordaje más eficaz en las personas que presentan demencia es la combinación del tratamiento farmacológico junto con el no-farmacológico. Entre los tratamientos no-farmacológicos se incluye la estimulación cognitiva. Por otro lado, según se viene a advertir en el anteproyecto del Plan de Atención a los Enfermos de Alzheimer y otras demencias, las familias suponen el principal suministrador de cuidados a los afectados.

Objetivos: Mejorar la atención de las personas mayores con deterioro cognitivo leve, moderado o grave que son atendidas en el propio entorno formando a la persona cuidadora principal para realizar un plan de estimulación cognitivo-motora individualizado.

Método: Según el grado del deterioro se realizaron 15 sesiones (leve-moderado) o 20 (grave) junto con la persona mayor y la cuidadora (N = 65) en las que se intervino combinando la psicomotricidad, la psicoestimulación cognitiva, la estimulación por ordenador a través del programa AKTIBA-T y los ejercicios basados en el método Montessori. La metodología utilizada fue el modelado y posteriormente supervisión. Para valorar la eficacia se realizó un diseño experimental pre y post evaluación utilizando el Mini Examen Cognoscitivo de Lobo, el índice de Barthel, el Inventario Neuropsiquiátrico NPI y las láminas Coop-Wonca para la calidad de vida.

Resultados: Perfil de las personas mayores: mujeres 78,5%, edad 81 ± 7 , demencia senil sin especificar 41,5%, evolución de 1 a 3 años 46,2%, estudios primarios 70,8%. Perfil de las personas cuidadoras: mujeres 75,4%, edad 55 ± 16 , cuidadora familiar 80%, estudios primarios 50,8%, salud percibida buena 58,5%. A nivel cognitivo los resultados pasan de $17,45 \pm 10,19$ a $18,85 \pm 9,92$ siendo esta una diferencia significativa ($p < 0,05$). La calidad de vida mejora 2,31 puntos con diferencia significativa ($p < 0,001$). La capacidad funcional pasa de $63,02 \pm 34,21$ a $59,98 \pm 35,36$ y la frecuencia de los trastornos del comportamiento pasa de $7,36 \pm 6,31$ a $7,31 \pm 5,38$. En el seguimiento a un mes finalizado el programa dedican semanalmente 1 h 24 min. de media a realizar el plan de psicoestimulación individualizado.

Conclusiones: El programa no muestra beneficios a nivel conductual y funcional pero muestra efectos beneficiosos a nivel cognitivo y de calidad de vida.

430. CONSECUENCIAS DE LOS TIPOS DE JUBILACIÓN EN LA SALUD PSICOLÓGICA Y SOCIAL

A. Aizpurua Sanz, I. Lizaso Elgarresta y M. Sánchez de Miguel
Universidad del País Vasco-Euskal Herriko Unibertsitatea. Donostia.

Introducción: Por jubilación se entiende el cese de la actividad laboral remunerada y el subsiguiente cobro de la pensión. Como consecuencia de ciertos factores (condiciones laborales, situación económica, estado de salud), la jubilación ha dejado de ser un suceso normativo que ocurre a la edad de los 65 años.

Objetivos: Analizar las diferencias en indicadores relacionados con la salud psicológica, el apoyo social y el nivel de actividad, en función de los tipos de jubilación más habituales (jubilación obligatoria, pre-jubilación, jubilación anticipada, y jubilación parcial)

Método y materiales: Participaron 121 personas jubiladas (55% hombres), con una edad media de 63,44 años ($SD = 4,99$), con una edad media de jubilación de 58,82 años ($SD = 4,87$), y una media de años de antigüedad en el mercado laboral de 37,52 años ($SD = 7,46$). Los datos sociodemográficos y psicosociales se recogieron a través de un autoinforme con respuestas tipo Likert.

Resultados: La mayoría de los participantes estaban casados, con formación profesional o estudios universitarios, habían ejercido como empleados administrativos, se habían prejubilado o anticipado del mercado laboral y percibían unos ingresos superiores a 1.400 €. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre aquellos participantes que se habían jubilado antes de los 65 años (82% de la muestra) y aquellos jubilados de forma obligatoria en las actividades que realizaban, pero no así en las demás variables estudiadas. Así, las personas prejubiladas (44% de la muestra) manifestaron realizar con una mayor frecuencia tanto actividades físicas como de ocio.

Conclusiones: El tipo de jubilación parece tener consecuencias en las actividades que realizan las personas jubiladas, siendo más activas aquellas personas jubiladas previamente a la edad normativa de los 65 años. En cambio, el estado de salud psicológico y el nivel de apoyo social podrían depender de otros factores, los cuales podrían ser analizados en futuras investigaciones.

411. UNA NUEVA FORMA DE ENTENDER LA ESTIMULACIÓN COGNITIVA EN PACIENTES CON DEMENCIA EN ESTADIO MODERADO

M. Arellano Vioque y D. Porta Pelayo
Complejo Asistencial Hermanas Hospitalarias del Sagrado Corazón de Jesús, Málaga.

Objetivo: Determinar qué variables han condicionado un cambio en la forma de plantearse la estimulación cognitiva.

Método: La hipótesis de partida de nuestro estudio y que da pie a una nueva forma de plantearse la estimulación cognitiva tiene que ver con que el perfil de los pacientes ha cambiado significativamente a lo largo de estos años.

Se diseñó un estudio retrospectivo de 120 pacientes que han asistido a lo largo de estos últimos seis años a nuestra UED. Se evaluó el grado de incapacidad física (Cruz Roja), grado de autonomía para las actividades básicas de la vida diaria (Barthel), estado cognitivo (MMSE Test), trastornos de conducta (NNPI) y estado global (GDS). Partiendo de esta base, se diseñan actividades con un objetivo claro, con sentido, con una finalidad, donde el paciente vea el resultado de su trabajo y donde terapeutas y pacientes estén motivados y disfruten por igual con las mismas.

Resultado: Mayor proporción de pacientes que sufren un deterioro cognitivo grave o muy grave (Estadio VI y VII según la Escala de Deterioro Global de Reisberg). Mayor incidencia de inatención, apatía y abulia cognitiva, trastornos de conducta asociados a demencia en estadios avanzados que repercuten de manera muy negativa con un trabajo individual de estimulación cognitiva. Mayor rendimiento y motivación de nuestros pacientes con la creación e implementación de una novedosa programación de actividades significativas.

Conclusiones: Se hace necesario plantearse una nueva forma de entender la estimulación cognitiva en virtud de un cambio en el perfil del paciente de Unidad de Estancias Diurnas. Así, no puede concebirse de igual manera la estimulación en pacientes afectados por demencia en estadio leve y estadios moderados-graves. La clave del trabajo cognitivo en este segundo grupo bien pudiera estar en actividades diseñadas con un objetivo claro, con sentido, con una finalidad, donde el paciente vea el resultado de su trabajo y donde terapeutas y pacientes estén motivados y disfruten por igual con las mismas.

223. LA CULINOTERAPIA: PSICOESTIMULACIÓN Y TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

A. Miguez, F.J. Castro Granado, E. Sánchez Castro y M. de la Vega Otxandiano
Residencia Elexalde. Galdakao. Vizcaya.

Objetivo general: Analizar el impacto producido por un programa de psicoestimulación en la cantidad, variedad de la dieta y en el

nivel de trastornos de conducta manifestados durante las comidas.

Método: Se llevaron a cabo sesiones de psicoestimulación a un grupo de residentes (N = 43) previamente seleccionados al azar (grupo experimental). El otro subgrupo formó parte del grupo control. Se realizaron un total de 24 sesiones en un periodo de tres meses. Se aplicó a los residentes (N = 43) un cuestionario para medir la cantidad de ingesta y variedad de la dieta nutricional construido "ad hoc", además de una escala observacional construida también "ad hoc" para medir el nivel de participación activa/pasiva, el nivel de dependencia del profesional y el nivel de interacciones positivas entre los residentes durante las sesiones de culinoterapia en el grupo experimental, en comparación con el grupo control, también se administraron en ambos grupos la escala de Eating Behaviour Scale (EBS) (Tully & cols. 1998) en su versión castellana a los residentes con deterioro cognitivo grave (MMSE = 0-12) (N = 17). Por último, se analizaron (SPSS) los datos pre-tratamiento y post-tratamiento (t-test).

Resultados: En el grupo experimental se apreciaron puntuaciones más bajas en la escala Eating Behaviour Scale y mayor variabilidad en la toma de las comidas. Además, durante las sesiones de culinoterapia se registró mayor participación activa y un mayor número de interacciones positivas en comparación con las sesiones de psicoestimulación realizadas en el grupo control.

Conclusiones: Tras el programa de psicoestimulación culinaria se produce un decremento de los trastornos de conducta y un incremento en la ingesta de más tipos de alimentos en los residentes.

377. INNOVACIÓN EN EL SOPORTE A LA ATENCIÓN GERIÁTRICA COMUNITARIA. EQUIPOS DE ATENCIÓN RESIDENCIAL. UNA EXPERIENCIA PILOTO EN LA ZONA NORTE DE BARCELONA CIUDAD

C. Minguell Comas³, A. Escosa² y A. Guarga¹

¹*Consorti Sanitari Barcelona. Barcelona.* ²*ICS. Barcelona.* ³*MUTUAM. Barcelona.*

Objetivo: Mejorar la calidad de la atención sanitaria en la población geriátrica institucionalizada en residencias.

Método: Instauración de un modelo sectorizado, que proporcione cobertura geriátrica a la población diana desde la comunidad a través de equipos de soporte externo, domiciliarios, interdisciplinarios, especializados y con cobertura a varias Áreas Básicas de Salud (ABS). Serán los Equipos de Atención Residencial (EAR).

EAR tendrá funciones: asistenciales basadas en la Valoración geriátrica integral, formativas a profesionales de AP y Residencias, y cualitativas como la aplicación de Guías de Práctica Clínica y de prescripción.

Serán claves: accesibilidad, capacidad resolutive, competencia profesional, sistema de información accesible y compartido con la atención primaria, flexibilidad de adaptación al entorno y la buena coordinación entre Atención Primaria, Residencias Sociales y el equipo EAR.

Resultados: Por encargo del Catsalut, MUTUAM inicia este proyecto de soporte sanitario residencial en la zona Norte de Barcelona. Bajo la tutela del Catsalut-Consorti Sanitari Barcelona, MUTUAM y el principal proveedor de AP en la zona, el ICS, a través del Pacto de Estrategia acuerdan y suscriben la base de la operativa del proyecto donde se especifican todos los aspectos de la operativa a desarrollar: Cobertura 65 residencias, 3.500 residentes. 2 Equipos de Atención Residencial (EAR) + 1 equipo de atención domiciliaria aguda + un equipo de soporte a la prescripción. Un total de 5 médicos y 7 enfermeras. Prestación de Atención Geriátrica en la Residencia, Crónica y Aguda y Atención continuada. Descripción de todos los acuerdos de trabajo, funciones y prestaciones del EAR, prestaciones de la AP, gestión de la integración y/o coordinación entre equipos, sistemas de información compartidos, población diana, las entidades residenciales y el calendario.

Conclusiones: 1. La atención sanitaria en las residencias es un ámbito de trabajo en el que la administración pública catalana intuye la necesidad de potenciar una prestación más resolutive e intensiva por parte de los servicios asistenciales que, por otro lado, han de garantizar una mayor racionalización eficiente de los recursos. 2. Servicios sociales y sanitarios constituyen los dos pilares de la atención comunitaria destinados a la atención a la dependencia en un modelo de coordinación- integración. 3. La identificación, monitorización y manejo de la población frágil será un elemento clave en la estrategia asistencial de este sector poblacional. 4. El modelo aplicado en el territorio piloto del Norte de Barcelona podrá ser extrapolable a otras zonas de la ciudad tras un periodo de seguimiento y evaluación del proyecto.

330. RELACIÓN ENTRE EL SENTIMIENTO DE SOLEDAD, SU ATRIBUCIÓN CAUSAL Y SU AFRONTAMIENTO EN PERSONAS MAYORES

M.P. Castro Blanco

Universidad del País Vasco. Universidad de Deusto. Cáritas Bizkaia. Basauri. Bilbao.

Los modelos cognitivos sugieren que la atribución causal puede tener relación con el surgimiento y el mantenimiento de la soledad por su efecto sobre otras variables, entre las que destaca el afrontamiento. Sin embargo, son escasos los estudios realizados con mayores en este sentido.

Objetivos: Conocer qué tipo de explicaciones causales sobre la soledad elaboran las personas mayores de nuestro entorno sociocultural, qué modos de afrontamiento consideran posibles y cuáles ponen en práctica cuando se sienten solas. A partir de ello, se pretende analizar su relación con el nivel de soledad.

Método: Se aplicó a 371 personas mayores de 60 años y/o pensionistas de la comarca vizcaína del Duranguesado un instrumento multidimensional para valorar la intensidad de cuatro tipos de soledad (general, objetiva, emocional y social sintónica). La información sobre la atribución y el afrontamiento se obtuvo mediante preguntas abiertas que se formularon en una entrevista estructurada. Las causas y formas de afrontamiento apuntadas fueron agrupadas según su contenido y clasificadas, después, mediante un acuerdo interjueces en las correspondientes dimensiones atribucionales (internalidad, externalidad y controlabilidad) y tipos de afrontamiento (búsqueda de contacto social, cambio personal, activo centrado en el problema y pasivo).

Resultados: Se identificaron 73 causas diferentes de soledad, 38 formas de afrontamiento que el colectivo considera posible frente a ella y otras 32 que realmente se llevan a cabo. Casi todas las causas apuntadas son estables (97,5%) y la mayoría tienden a ser incontrolables (85,2%). El 66,6% de las respuestas de afrontamiento posible describen conductas de búsqueda de contacto social o de cambio personal, útiles para solucionar la soledad. Sin embargo, el 80,4% de las respuestas que se llevan a la práctica buscan evitar el dolor de la soledad, no solucionarla. El nivel de soledad no se relaciona significativamente con la atribución. Tampoco hay relación con el afrontamiento en las personas poco o muy solas, pero sí en las moderadamente solas. Asimismo, quienes responden a la soledad con conductas únicamente pasivas tienden a sentirse más solos que quienes desarrollan otros tipos de afrontamiento.

Conclusiones: Las causas y modos de afrontamiento concretos obtenidos ayudan a comprender la soledad de los mayores y a diseñar nuevos instrumentos para estudiar la atribución y el afrontamiento de la soledad. La relación entre la atribución, el afrontamiento y la soledad, no parece ser tan clara y directa como proponen los modelos teóricos; puede estar mediada por otras variables y tener características especiales en el caso de la población de más edad.

68. CONOCIMIENTO ACERCA DE LA DEMENCIA EN DISTINTOS LUGARES DE ESPAÑA

M. Boronat Martín⁵, R. López Mongil⁵, J. Mateos del Nozal³, Miembros de IFMSA¹, G. de la Cruz González⁵, M. Román García² y J.A. López Trigo⁴

¹International Federation of Medical Students Associations. ²Facultad de Medicina. Universidad de Extremadura. ³Facultad de Medicina. Universidad de Valladolid. ⁴Unidad de Memoria. Ayuntamiento de Málaga. ⁵Centro Asistencial Dr. Villacián. Diputación de Valladolid.

La demencia es una patología asociada al envejecimiento y España es un país envejecido.

Objetivos: Evaluar el conocimiento de aspectos clave de las demencias en población general. Sensibilizar a los participantes en el conocimiento de este síndrome geriátrico.

Método: La herramienta de trabajo es una encuesta realizada para este fin con la colaboración de distintos artistas nacionales. Participaron miembros de IFMSA (International Federation of Medical Students Associations) a través del proyecto ISNAH (International Student Network on Ageing and Health) en el día Mundial de la Salud, en Cádiz, Sevilla, Granada, Santiago de Compostela, Valencia, Alcalá de Henares, Alicante y Albacete. Además de presentan datos de Valladolid (Dr. Villacián) y Facultad de Medicina y los recogidos en el Día Mundial del Alzheimer en Cáceres.

La encuesta incluye los siguientes ítems: ¿Conoce qué es la demencia? (P1), ¿Conoce la triple sintomatología de la Enfermedad de Alzheimer y de otros tipos de demencia? (P2), ¿Conoce cómo evoluciona la enfermedad? (P3), ¿Le gustaría conocer cómo ayudar a cuidar y mejorar a estos enfermos? (P4), ¿Puede controlarse con tratamiento adecuado? (P5), ¿Tiene algún miembro de su familia con demencia? (P6). Las respuestas son cerradas a "sí" o "no". Valoramos el grado de conocimiento por la respuesta "sí".

Resultados: El análisis recoge 1008 encuestas realizadas en 2008 a 55,36% mujeres, con las siguientes edades: 47,02% menores de 26 años, 10,12% comprendidas entre 26 y 35 años, 10,62% entre 36 y 45 años, 8,13% entre 46 y 55 años, 8,82% entre 56 y 65 años y 13,99% mayores de 65 años. Un 39,58% son titulados superiores, 18,5% titulados medios, 8,53% Formación profesional, 21,73% Graduado escolar, 6,15% Enseñanza primaria, 3,77% sin estudios. El grado de conocimiento (respuestas afirmativas), por ítems, es: P1 = 89,58%, P2 = 49,90%, P3 = 61,61%, P4 = 74,60%, P5 = 84,23%, P6 = 59,82%.

Conclusiones: La demencia puede y debe ser considerada una enfermedad de la sociedad. Más de la mitad de los encuestados reconocen tener alguna persona en su entorno con demencia. Se requiere la participación de expertos para elaborar planes de atención a la misma, pues la mitad de las personas desconocen la triple sintomatología de la enfermedad, más del 75% piensan que puede controlarse con tratamiento adecuado y a una gran mayoría les gustaría conocer cómo ayudar a cuidar y mejorar a estos enfermos.

130. FACTORES DE BIENESTAR SUBJETIVO EN LA CALIDAD DE VIDA DE LA POBLACIÓN MAYOR QUE ENVEJECE EN CASA. UNA COMPARACIÓN DE MODELOS PREDICTIVOS

F. Rojo Pérez^a, G. Fernández Mayoralas^a, V. Rodríguez Rodríguez^a, M.E. Prieto Flores^c, R. Lardies Bosque^b, J.M. Rojo Abuín^a y G. Fernández Mayoralas^a

^aCentro de Ciencias Humanas y Sociales. Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CCHS, CSIC). Madrid. ^bFacultad de Filosofía y Letras. Universidad de Extremadura. ^cEscuela Nacional de Sanidad. Instituto de Salud Carlos III. Madrid.

Objetivos: Esta comunicación pretende analizar los factores del bienestar subjetivo, basado en el nivel de satisfacción¹, y determinar cuáles actúan como predictores de satisfacción con la vida, como indicador de Calidad de Vida (CdV) de la población mayor que envejece en casa².

Datos y análisis: Los datos provienen de la encuesta de CdV realizada en 2005 a población de 65 años y más en la Com. de Madrid. Para examinar la influencia de los dominios de bienestar subjetivo en la CdV se utilizan técnicas de Análisis Factorial (AF), Análisis de Regresión Lineal Múltiple (ARLM) y Análisis de Regresión Categórica con escalamiento óptimo (ARC) que permite asignar cuantificaciones numéricas a las categorías de cada variable.

Resultados y conclusiones: De las 20 variables de satisfacción con los dominios de vida, la aplicación de AF reduce la información a 5 factores que, utilizados como variables independientes en ARLM, alcanzan una R² de 0,450 en la explicación de la CdV Global (satisfacción con: a) afrontamiento de vida, b) salud, c) hábitos saludables, d) entorno residencial; e) forma de convivencia y redes familiar y social). Por su lado, el modelo con ARC presenta una R² de 0,637, indicando que un 64% de la varianza de la variable transformada de satisfacción con la vida es explicado por los coeficientes de regresión tipificados de bienestar subjetivo. Ello muestra como mejor opción el uso de ARC por la naturaleza categórica de las variables, su relación no lineal y mayor poder de predicción. Futuras investigaciones habrán de indagar sobre qué variables de bienestar subjetivo óptimamente transformadas son las de mayor poder de predicción de la CdV global en la vejez.

Investigación financiada por el MEC (PN I+D+I, ref. BSO2003-00401); por la Com. Madrid (PR I+D+I, ref. 06/HSE/0417/2004); y por el IMSERSO (PN I+D+I, ref. 48/06).

1. Bramston, P. (2002). "Subjective quality of life: the affective dimension". In Gullone E. and Cummins, R. The universality of subjective wellbeing indicators. Dordrecht, Kluwer, p. 47-62.
2. Rojo-Pérez, F. et al. (2007). "The environments of ageing in the context of the global Quality of Life among the elderly living in family housing". In Mollenkopf, H. and Walker, A. *Quality of Life in Old Age*. Dordrecht, Springer, p. 123-150.

67. ENVEJECIMIENTO: MEMORIA Y LENGUAJE

J.A. Alonso Bravo y R. López Mongil

Centro Asistencial Dr. Villacián. Diputación Provincial de Valladolid.

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

Método: Análisis de la Comprensión Escrita-Verbal y la Expresión Verbal-Escrita de 46 residentes en programas de estimulación cognitiva, conforme a 4 Grupos: 1) Lectura de pregunta sencilla (ejercicio de comprensión escrita) y respuesta (expresión escrita), entre aquellos que no presentan impedimento visual, saben leer y a su vez son capaces de responder por escrito. 2) El examinador lee la pregunta y escribe la respuesta dada por el residente que no es capaz de leer o por la dificultad que entraña la comprensión escrita-abstracción-expresión escrita. 3) Lectura de pregunta sencilla (ejercicio de comprensión escrita) y selección múltiple con una única respuesta (comprensión abstracción), entre aquellos que no presentan impedimento visual, saben leer y a su vez son capaces de responder por escrito. 4) El examinador lee la pregunta y señala la respuesta dada por el residente que no es capaz de leer o por la dificultad que entraña la comprensión escrita-abstracción-selección escrita.

Resultados: Edad media > 83 años; estadios GDS de Reisberg: 1-2, 3 y 5. 1) Las diferencias observadas en la comprensión lectora pueden deberse a un deterioro debido a la afección de la capacidad de procesamiento especialmente en la memoria de trabajo (MT) y en la capacidad atencional, con la influencia en el mantenimiento de la conversación, en la producción de oraciones complejas, etc. 2) Las alteraciones en la comprensión y producción de estructuras sintácticas complejas se deben a una disminución en la MT, el procesamiento sintáctico implica, al menos, la participación de un procesador específico para la gramática y de la MT. La dificultad tiene su origen

en las limitaciones para operar simultáneamente con diferentes tipos de información o con material complejo, o en la limitación de la memoria verbal a corto plazo.

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

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

179. PROGRAMA INFORMÁTICO DE PSICOESTIMULACIÓN. AKTIBA-T

I. González, A. Astiazaran Bilbao, A. Arruti Lezarzegi y V. Lizarraga Armentia
Fundación Bizitzen. Bizkaia.

Objetivo: Difundir el programa informático de psicoestimulación AKTIBA-T.

Metodología: El programa informático fue creado en tres fases. La primera de ellas fue la fase de diseño en donde se creó el soporte informático y se diseñaron cerca de 5.000 ejercicios en castellano y en euskera. Los ejercicios se agrupan en 6 categorías cognitivas: memoria, cálculo, orientación, lenguaje, funciones ejecutivas y gnosias. Además existe un apartado para los profesionales en el que se pueden consultar el rendimiento obtenido por parte de la persona con demencia. La segunda fase fue la denominada experimental en donde se analizó la eficacia del programa. Se realizaron 90 evaluaciones para la inclusión de los participantes del estudio y así conformar el grupo control y el grupo experimental que definitivamente incluyeron 25 personas cada uno. Los criterios de inclusión fueron $3 \leq \text{GDS} \leq 4$, ausencia de trastornos del comportamiento disruptivos y ausencia de déficits sensoriales que imposibiliten el uso del ordenador. La evaluación se realizó al inicio y al final de la intervención. Las sesiones se realizaron durante 6 meses, tres veces por semana y duraban 30 minutos. La evaluación se realizó con la subescala cognitiva de la batería neuropsicológica Camdex-R, CAMCOG-R. Se utilizó una metodología de aproximaciones sucesivas con las que las personas participantes iban adquiriendo las habilidades del manejo del ratón para posteriormente comenzar con el entrenamiento cognitivo en sí. Finalmente, en la fase de difusión se distribuyó el software junto con un manual explicativo a profesionales de la Comunidad Autónoma Vasca. De igual manera, el programa informático se incluyó en la página web.

Resultados: Los resultados mostraron la evidencia de una diferencia significativa en las personas del grupo experimental $n = 25$ comparados con el grupo control $n = 25$ (sig. $< 0,05$). De igual manera en la media de ambos grupos se observa que mientras los sujetos del grupo experimental pasaban de 51,96 puntos a 54,8 puntos, los sujetos del grupo control pasaban de 46,08 a 47,84 puntos en la subescala CAMCOG-R.

Conclusiones: El programa informático AKTIBA-T se muestra eficaz para mejorar la puntuación a nivel cognitivo.

139. PROGRAMA DE ESTIMULACIÓN COGNITIVA CON PERSONAS MAYORES: EJEMPLO DE UNA EXPERIENCIA DURADERA EN UN AYUNTAMIENTO GALLEGO

S. Fernández Prado, M. Gandoy Crego y J.M. Mayán Santos

Doctorado en Gerontología. Universidad de Santiago de Compostela.

Objetivos: Se pretende plasmar los datos recogidos de una experiencia de estimulación cognitiva con un grupo de personas mayores de un ayuntamiento de Galicia. Esta experiencia se ha mantenido en el tiempo desde el año de su inicio en el curso 2004-2005, consiguiendo una gran aceptación en el entorno de desarrollo y una implicación duradera y estable hasta el día de hoy. Con la exposición de los resultados y el análisis de esta experiencia también queremos transmitir la importancia de intentar buscar la estabilidad, apoyo e implicación de las Administraciones Públicas directamente relacionadas con los programas destinados a las personas mayores. Los objetivos se podrían formular en términos de: 1) Analizar la repercusión del Programa de Estimulación Cognitiva en el grupo de mayores. 2) Conocer el efecto específico en aspectos de ansiedad, depresión y memoria en sus diferentes dimensiones. 3) Estudiar y comparar la repercusión anterior con la falta de intervención en un grupo control de personas mayores del mismo entorno.

Método: A través de la recogida de datos, mediante la aplicación de cuestionarios y seguimiento de los sujetos participantes en la investigación (tanto el g. experimental como el g. control) a lo largo de toda la experiencia. Los datos se han ido incluyendo en registros a lo largo del tiempo y se han analizado estadísticamente mediante el programa SPSS, para poder extraer conclusiones lo más fiables posible.

Resultados: Se esperan resultados significativos en cuanto a la diferencia de rendimiento cognitivo, rasgos de ansiedad y depresión entre el grupo asistente a las sesiones de estimulación y el grupo que no asiste.

Conclusiones: Además de importarnos recoger resultados positivos de nuestro trabajo de intervención, consideramos fundamental implicar a las Administraciones Públicas del ámbito local para que consigan la estabilidad de esta experiencias, que repercuten de forma positiva en su población. Mediante la difusión de datos significativos de los trabajos desarrollados en esta línea y el análisis de los detalles de experiencias de este tipo, podemos intentar concienciar de la importancia y sencillez que tienen para las personas mayores.