

Revista Española de Geriatria y Gerontología

www.elsevier.es/regg



Sesión de Pósters

Jueves, 4 de junio

Área Clínica

Moderan:

Carmen González Benito (Barcelona)
M.^a Montaña Román García (Cáceres)

P001. ACTIVIDAD INTERCONSULTORA DE UNA UNIDAD DE ORTOGERIATRÍA

M.C. Barrero Raya, J.L. Blázquez Carrasco y M.J. Led
Servicio de Salud de Castilla-La Mancha. Hospital Virgen del Valle.
Toledo.

Objetivo: Evaluar la actividad interconsultora de la Unidad de Orto-geriatria del Complejo Hospitalario de Toledo.

Método: Estudio descriptivo de las interconsultas (IC) realizadas a nuestra Unidad desde Agosto de 2008 hasta Marzo de 2009. La Unidad de Ortogeriatria se compone de dos geriatras a tiempo completo que realizan valoración geriátrica íntegra preoperatoria y control postoperatoria con seguimiento diario de todo paciente ingresado en la Unidad de Traumatología con edad mayor de 70 años. Asimismo se realiza la gestión y planificación del alta. Además, otra labor realizada por esta Unidad es la valoración de pacientes ingresados en cualquier otro servicio del Complejo Hospitalario de Toledo que lo requiera y solicite por presuponerse dichos pacientes candidatos para realizar rehabilitación por deterioro funcional. O bien en algunos casos, sobre todo en otros servicios quirúrgicos, para valorar traslado a la Unidad geriátrica de agudos por complicaciones médicas siempre que no se requiera ya seguimiento por cirugía.

Resultados: Se realizaron en el periodo estudiado 57 interconsultas. Edad media 82 años. El 54,4% eran varones. Los diagnósticos más frecuentes fueron: Enfermedad cerebrovascular aguda, isquémica o hemorrágica: 38,6%, Deterioro funcional asociado a la hospitalización: 21%, Enfermedades cardiovasculares: 10,5% y Tumores: 8,7%. Los servicios que realizaron más interconsultas fueron: Medicina Interna 28%, Neurocirugía: 21%, Cirugía General: 12,3%, Neurología: 10,5%, Cirugía Vascular: 8,7%, Digestivo: 7%. La demora en la realización de las mismas fue: En el mismo día: 51%, Al día siguiente: 46%. El destino de los pacientes valorados fue: Unidad de Recuperación Funcional: 38,6%, Alta hospitalaria: 22,8%, Hospital de Día: 8,7% y Unidad Geriátrica de Agudos: 7%.

Conclusiones: Se trata pues, de una Unidad de Ortogeriatria que realiza además valoraciones geriátricas de pacientes de cualquier otro servicio hospitalario, muchos de ellos candidatos a Rehabilitación, con gestión y planificación de la misma y demora prácticamente nula. Esto podría explicarse por el conocimiento del resto de especialidades y servicios con respecto a nuestra Unidad y por la capacidad de gestión del destino probablemente más adecuado de esto colectivo concreto de pacientes en el seno del Servicio de geriatria. (Al contar con posibilidad de traslado rápido de pacientes ya valorados para rehabilitación en algunos casos, disponiendo de 21 camas específicas y alto índice de rotación, y en otros para Unidad de Agudos siempre que haya disponibilidad).

P002. EXPERIENCIA DE REHABILITACIÓN GRUPAL DE LA DISFAGIA EN UNA UNIDAD DE MEDIA ESTANCIA

M.V. Cobo Meroño, M.V. Farré Mercadé y R. Rossell Coll
Fundació Hospital-Asil de Granollers. Barcelona.

Objetivos: Evaluación y rehabilitación grupal de la disfagia en la UME para evitar complicaciones respiratorias (broncoaspiraciones) y nutricionales. Damos recomendaciones generales, técnicas y maniobras específicas (posturales y deglutorias) a los pacientes y cuidadores principales.

Método: Criterios de inclusión: a) Pacientes con diagnóstico de disfagia en la fase oral preparatoria, fase oral o fase faríngea. No se incluye la fase esofágica. b) Pacientes que realicen dieta oral (pueden llevar SNG o PEG y realizar dieta mixta). c) No cumplir criterios de demencia avanzada ni síndrome de inmovilidad. d) Implicación del cuidador principal.

La rehabilitación grupal se lleva a cabo una vez a la semana durante el almuerzo de los pacientes y tiene una duración de 80 minutos. El grupo incluye un máximo de 5 pacientes.

Resultados: La modificación de las texturas i volúmenes mejoran la seguridad y la eficacia de la deglución. Con este sistema de rehabilitación, implicando al cuidador principal, estamos ayudando a generalizar los aprendizajes llevados a cabo con la aplicación de técnicas de tratamiento específicas para la deglución. Mejoramos la alteración de los síntomas de alarma en una mala deglución, reduciendo los episodios de broncoaspiraciones y las desnutriciones.

Conclusiones: Esta experiencia que estamos llevando a cabo en nuestra Unidad de Media Estancia favorece: 1) Mejor manejo de la disfagia. 2) Los cambios e introducción de: nueva textura, adecuado volumen, estrategias posturales y sensoriales, así como las maniobras específicas deglutorias dan un buen resultado, para prevenir aspiraciones y con ello complicaciones médicas graves en pacientes geriátricos.

P003. VALORACIÓN DE LAS ALTAS EN UNA UNIDAD DE CONVALECENCIA SOCIO-SANITARIA

M. Amor, D. Quera, V. Torralbo y N. Saiz
Mutuam Eixample. Barcelona.

Introducción: La unidad de convalecencia es una unidad de internamiento para pacientes que presentan una pérdida de autonomía potencialmente recuperable después de un proceso agudo.

Objetivo: Analizar las altas de la unidad de convalecencia de un centro socio-sanitario y la relación existente entre la mejora funcional y el diagnóstico principal que motiva el ingreso, la presencia de deterioro cognitivo, el nº de fármacos y el control del dolor.

Material y métodos: Estudio retrospectivo de los pacientes ingresados en la unidad de convalecencia durante el año 2008. Analizamos el diagnóstico principal que motiva el ingreso, la situación cognitiva mediante la escala de Pfeiffer, relación entre fármacos, nivel cognitivo y mejora funcional global. La mejora funcional global, se mide con las escalas de Barthel y Tinetti y el dolor se midió mediante EVA.

Resultados: En el centro sociosanitario Eixample, se han atendido 176 pacientes durante el año 2008, en una unidad de 23 camas. La edad media de los pacientes fue de 81,6 años. En un 70% el diagnóstico que motiva el ingreso es traumatológico, un 8% patología cardíaca, 6% neurológica, 5% neoplásica y 8% otras causas médicas. Al ingreso, el 18% de los pacientes tenían un Barthel inferior a 20 y el 61% entre 25 y 60, mientras que al alta, el 59% presentaban un Barthel superior a 65 y un 12% inferior a 20. Del total de pacientes, un 15% presentan un deterioro cognitivo grave, un 18% un deterioro moderado-grave y un 67% no tenían un deterioro cognitivo o era leve. Al alta, el 72% no tenían deterioro o era leve (1-2 errores en Pfeiffer). En cuanto al control sintomático, al ingreso, un 74% presentaban dolor no controlado, mientras que al alta, el control de este síntoma fue de un 90%.

Conclusiones: 1. Los pacientes con deterioro cognitivo presentan un peor pronóstico en cuanto a mejora funcional y el dolor es un síntoma más prevalente. 2. Ha habido una mejora cognitiva en este grupo de pacientes en los que el objetivo inicial era conseguir una mejora funcional i no psicológica. 3. El porcentaje de exitus es el esperado en un grupo de pacientes con patología cardio-respiratoria severa.

P004. DIFERENCIAS ENTRE PACIENTES TERMINALES ONCOLÓGICOS Y NO ONCOLÓGICOS INGRESADOS EN UNA UNIDAD SOCIO-SANITARIA

I. Artaza, I. Olivares, N. Lauzirika, I. Aurre, J. Torres y V. Martínez
Unidad Sociosanitaria Igurco Orue. Amorebieta. Bilbao.

Objetivos: Analizar las diferencias entre pacientes oncológicos y no oncológicos ingresados en una unidad socio-sanitaria con perfil de cuidados al final de la vida (CFV).

Material y método: Estudio comparativo de los 17 pacientes ingresados en 2008 con perfil de CFV. Se obtienen dos muestras: una de 8 pacientes neoplásicos (A) y otra de 9 sin patología oncológica (B). Analizamos las variables: edad, sexo, motivo de ingreso, tiempo hasta el fallecimiento, I. Charlson, nº de medicamentos al ingreso, I. Barthel, MNA y MEC también al ingreso.

Resultados: Durante 2008, 107 personas ingresaron en la unidad socio-sanitaria Igurco Orue, de ellas 17, el 15,88% tenían perfil CFV (47% con patología oncológica y 53% no oncológicos). Tipo de neoplasia: mama (2), páncreas(1), hígado (1), vejiga (1), próstata (1), Leucemia L.C. (1), micosis fungoide(1). Patologías del grupo no oncológico: A.C.V (3), I.C.C (2), Fractura de cadera en paciente con pluripatología (2), I. Renal crónica terminal (1), cirrosis hepática (1). La edad media de los pacientes oncológicos era de 76,62 años (46-98) frente a los 87,11 años (71-94) del otro grupo. En cuanto al sexo en el grupo A el

50% eran mujeres y en el grupo B, el 55%. La valoración geriátrica ofrece las siguientes diferencias:

Variables	Oncológicos	No oncológicos
T. Estancia	106,25 días	52,22 días
Charlson	5,87	4,22
Nº fármacos	5,75	5,11
Barthel	33,75	20
MNA	18,12	12,44
MEC	11,87	7

Conclusiones: 1. Los pacientes que ingresan nuestra unidad socio-sanitaria con perfil de cuidados al final de la vida constituyen un grupo importante del total de pacientes (casi uno de cada 6). 2. Como era previsible, los pacientes en estado terminal tienen una elevada comorbilidad, y un nivel importante de deterioro funcional, nutricional y cognitivo. 3. Los pacientes oncológicos a pesar de tener un mayor índice de comorbilidad, tienen una mayor supervivencia que los no oncológicos debido a que son más jóvenes, tienen menor dependencia funcional y mejor estado nutricional y cognitivo. 4. No hemos encontrado diferencias en cuanto al consumo de fármacos en ambos grupos.

P005. INSUFICIENCIA CARDÍACA CON FUNCIÓN SISTÓLICA CONSERVADA EN EL ANCIANO. PAPEL DE LA HIPONATREMIA COMO MARCADOR PRONÓSTICO

L. Muñoz Jiménez¹, R. Peñafiel Burkhardt¹, C. Urbano Carrillo¹, A. Esteban Luque², I. Piñero Uribe¹ y M. de Mora Martín¹

¹Hospital Regional Universitario Carlos Haya. Málaga.

²Hospital Costa del Sol. Marbella. Málaga.

Objetivos: La insuficiencia cardíaca (IC) con función sistólica (FS) conservada es una entidad de elevada prevalencia en la población geriátrica. Es conocido que la hiponatremia es un predictor de efectos adversos a corto plazo en pacientes con IC y disfunción sistólica, sin embargo, el impacto de la hiponatremia en la supervivencia a largo plazo en pacientes con IC con FS preservada no es bien conocido. Nuestro objetivo fue evaluar el impacto de la hiponatremia durante la hospitalización y en el seguimiento, sobre la mortalidad y las nuevas hospitalizaciones en pacientes ancianos diagnosticados de IC con FS conservada.

Método: Se diseñó un estudio observacional, retrospectivo, en el que se analizaron pacientes diagnosticados, tras una primera hospitalización, de IC con FS conservada. Se recogieron datos sobre edad, sexo, FRCV, etiología IC y tratamiento prescrito. Se analizó la natremia basal al ingreso y al alta hospitalaria así como en el seguimiento. Igualmente en el seguimiento se recogieron datos sobre mortalidad de causa CV y reingresos por descompensación cardíaca.

Resultados: Se analizaron 66 pacientes, 36,8% son hombres y 60,3% mujeres, con una edad media de 78,3 años. La FE media es del 56,2%. Presentaron hiponatremia al ingreso (sodio < 136 mEq/L) 38,2% (n = 26) de los cuales el 84,6% normalizaron nivel natremia durante el ingreso y alta hospitalaria. En el seguimiento, la mortalidad de los pacientes con natremia normal fue 24%, en los pacientes con natremia normalizada 64%, y los pacientes con hiponatremia persistente 83%. Tras el análisis multivariante el exceso de mortalidad en pacientes con hiponatremia persistente fue estadísticamente significativa (P = 0,025). Con respecto al reingreso por descompensación, fue 31%, 55%, 67%, para los pacientes con natremia normal, hiponatremia corregida e hiponatremia persistente respectivamente.

Conclusiones: En nuestra muestra, la hiponatremia persistente es un predictor de mortalidad a largo plazo en pacientes ancianos con IC con FS conservada. Los pacientes con hiponatremia tanto normalizada como persistente son los que presentan mayor riesgo de reingresos por descompensación cardíaca.

P006. ESTUDIO DE LA MORTALIDAD EN UNA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN DE UN HOSPITAL SOCIO-SANITARIO DE MEDIA ESTANCIA DURANTE EL PERÍODO 2007-2008

L. Feliu Mazaira, J.R. Seguí Mas, F. Alberti Homar, A. Truyols Bonet, L. Vich Martorell y J.A. Parra Roperó
Hospital General de Mallorca Palma de Mallorca.

Objetivos: El Hospital General de Mallorca es un Hospital de Media Estancia desde 2002. Se atienden pacientes derivados de hospitales de agudos en diferentes programas (Convalecencia General, Ictus, Ortopediátrica, Paliativos y Subagudos). En la Unidad de hospitalización de Convalecencia "A", con 30 camas, se atienden pacientes de Convalecencia General y Subagudos. Durante los años 2007 y 2008 contabilizamos 821 ingresos que generaron 21.070 estancias, la mortalidad fue de 25,6% (214 pacientes). Hemos revisado los casos fallecidos en nuestra unidad durante estos 2 años.

Método: Hemos revisado con carácter retrospectivo las historias de 182 pacientes fallecidos (85% del total) a lo largo de los años 2007 y 2008. Recogiendo los siguientes parámetros: Edad, Sexo, Motivo de ingreso, Índice de Barthel previo al ingreso y en el momento del ingreso, Índice de Pfeiffer, Índice de Charlsson y si existían alguna indicación de Limitación de Esfuerzo Terapéutico o de adopción de medidas paliativas.

Resultado: La edad media de los pacientes fue de 84 años (rango-104), en el 52% de casos el sexo fue femenino. El motivo de ingreso fue por procesos respiratorios como neumonías o descompensaciones de procesos crónicos respiratorios en 40 (22%) de los casos, procesos cardiológicos en 40 (22%) de los casos, otras causas infecciosas en 25 (14%) de los casos, procesos Neurológicos en 18 (10%) casos, Ulceras por Presión en 13 (7%) de los casos y solo 5 casos por procesos neoplásicos. El Índice de Barthel previo al ingreso fue de 41 puntos, siendo el Índice de Barthel en el momento de ingreso de 12 puntos. El Índice de Pfeiffer fue de 5,7, solo registrado en 94 casos (51%). El Índice de Charlsson fue de 4,2. En 88 (49%) pacientes se objetivaron indicaciones sobre Limitación de Esfuerzo Terapéutico o adopción de medidas paliativas.

Discusión: En nuestra Unidad atendemos a pacientes de edad avanzada con alta Comorbilidad, con un nivel elevado de Dependencia y un elevado porcentaje de deterioro cognitivo. Los motivos de ingreso corresponden con los procesos mas preponderantes en la población general, a excepción de los procesos Neoplásicos (motivado por la existencia de una Unidad de Paliativos en el Hospital) y las Ulceras Por Presión. En un porcentaje considerable de los pacientes se adoptan medidas de carácter paliativo.

Conclusiones: 1. La mortalidad en nuestra Unidad es elevada. 2. La elevada mortalidad la relacionamos con una mayor Comorbilidad, asociada a un elevado grado de dependencia y un porcentaje elevado de deterioro cognitivo. 3. Todo ello sugiere un tipo de paciente con procesos crónicos avanzados e invalidantes típicos de situación de final de vida. 4. Los Hospitales Sociosanitarios de Media Estancia podemos posicionarnos como referentes en la atención hospitalaria de enfermos Crónicos avanzados, que generalmente no requieren las grandes infraestructuras y equipamientos de los Hospitales de agudos, pero que se benefician de atención integral y multidisciplinar, con especial atención a evitar medidas fútiles y adoptar medidas paliativas (Cuidados Paliativos no Oncológicos).

P007. MEMANTINA EN LAS DEMENCIAS FRONTOTEMPORALES. ANÁLISIS DE EFICACIA Y UTILIDAD

M. Anton, I. Quintana y M.S. Banda
Hospital Nuestra Señora Montaña. Complejo Hospitalario de Cáceres. Cáceres.

Objetivos: Con el progresivo afinamiento diagnóstico y el aumento relativo de los diagnósticos de demencia frontotemporal (DFT) y ante

la falta de eficacia reportada en la literatura de los fármacos anticolinesterásicos, resulta obligado analizar los resultados obtenidos con otros fármacos. Nos proponemos analizar la utilidad del tratamiento con memantina en este grupo de pacientes a nivel cognitivo, funcional, conductual y global y si es de mayor utilidad en algún subtipo o variante tanto a nivel frontal como temporal.

Material y métodos: Estudio observacional. De la muestra general de pacientes, se extraen los diagnosticados de DFT. Se comparan los resultados obtenidos a los 8 meses de tratamiento, analizando separadamente los frontales (DFT-F) y temporales (DFT-T) utilizando las escalas MMSE (cognitivo), Blessed Ay B (actividades básicas e instrumentales) y C (conductual), T. reloj (visoconstruccional) GDS (global). Finalmente, intentamos deslindar en cual de las variedades frontales (orbitofrontal, dorsolateral, apática) se obtuvieron mejores resultados y si fueron significativos, utilizando el paquete estadístico SPSS11,5.

Resultados: A los 8 meses de tratamiento, se obtiene mejoría global tras la intervención, que sólo resulta estadísticamente significativa ($p < 0,05$) a nivel funcional en escala de Blessed, concretándose a nivel conductual ($p < 0,001$) en Blessed C. No se apreció diferencia estadística en cuanto a resultados entre frontal y temporal. En variante DFT-F apática sí se aprecia mejoría, aunque no significativa en IAVD y en planificación motora (Blessed A y T. reloj). En variante dorsolateral, por el contrario, existe mejoría no significativa en IAVD (Blessed A) pero no se aprecia mejoría en planificación y tareas ejecutivas (T.reloj)

Conclusiones: La intervención terapéutica con memantina resultó de utilidad estadísticamente significativa a nivel conductual en los pacientes con DFT, tanto los frontales como los temporales, con la consiguiente repercusión funcional y global. Los mayores beneficios se consiguieron en la variante frontal apática y dorsolateral con beneficio adicional en la actividad ejecutiva.

P008. ¿ANTIBIOTICOTERAPIA ENDOVENOSA DOMICILIARIA EN PACIENTES GERIÁTRICOS INGRESADOS EN UNA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO DE UN CENTRO TERCIARIO UNIVERSITARIO?

I. Bardés Robles, J. Pérez López, J. Pardo, D. Oltean y A. Sanjose Laporte
Hospital General de la Vall d'Hebron. Barcelona.

Objetivos: Conocer las diferencias en la incidencia, los diagnósticos principales, parámetros funcionales, comorbilidad y destino final de los pacientes octogenarios con respecto a los menores, ingresados por patología infecciosa en la unidad de hospitalización a domicilio (HAD) del Hospital General de la Vall d'Hebron.

Metodología: Estudio comparativo entre los pacientes ingresados en la HAD durante el periodo que abarca de Abril de 2007 a Enero 2008. Se diferenciaron dos grupos: en el primero, se incluyeron pacientes de 80 años o más y en el segundo se incluyeron menores de 80 años. El material utilizado fue obtenido a partir de la base de datos del soporte informático de la Unidad de Hospitalización a Domicilio. Se recogieron las variables de edad, sexo, diagnóstico principal, índices de Barthel y Charlson, microbiología, antibiótico, días tratamiento, efectos secundarios y destino final de los pacientes.

Resultados: El número global de pacientes ingresados por la HAD durante el período del estudio fue de 285. En el primer grupo se incluyeron 72 pacientes, lo que representa el 25,3% de los cuales 54,2% fueron mujeres y 45,8% fueron hombres. En el segundo grupo se incluyeron 213 pacientes, lo que representa el 74,7% de los cuales el 44,6% fueron mujeres y el 55,4% fueron hombres. Los diagnósticos principales por grupos de patologías fueron en el grupo uno: infección respiratoria 58,3%; infección urinaria 25%; partes blandas 11,1%; abscesos intraabdominales 2,8%, y en el grupo dos: aparato respiratorio 40,4%; infección urinaria 29,1%; partes blandas 16,9%; abscesos

intraabdominales 8,5%. En el grupo uno el índice de Barthel medio fue de 60 y el Charlson de 2 y en el grupo dos, el índice de Barthel medio fue de 80 y el Charlson de 2. Los gérmenes identificados en el grupo uno fueron: Desconocida 47%; *E. coli* 26,4%; *P. aeruginosa* 6,9% y en el segundo grupo: Desconocida 34%; *E. coli* 23%; *P. aeruginosa* 16,9%. Los antibióticos prescritos fueron en el grupo uno: Ceftriaxona 41%; Ertapenem 22,5%; Levofloxacino 19,7%. En el segundo grupo fueron: Ceftriaxona 32,7%; Ertapenem 25%; Ceftazidima 12%. Los días de tratamiento del primer grupo fueron 7 y en el segundo 9. Se observaron efectos adversos en el grupo uno en un 4,2% y en el dos un 4,7%. El destino final de los pacientes del grupo uno fue: Alta en el 90%; reingreso 10% y en el grupo dos fue: Alta en el 92% y reingreso en el 8%.

Conclusiones: Un importante grupo de pacientes ingresados en la HAD son octogenarios. La patología de los aparatos respiratorio y urinario constituyen los ingresos principales. No observamos diferencias en cuanto a terapéutica, días de tratamiento y efectos adversos respecto al grupo más joven. El destino final más frecuente es la resolución del proceso.

P009. UTILIZACIÓN DE ESCALAS PARA VALORACIÓN DEL DOLOR EN PACIENTES CON DETERIORO COGNITIVO GRAVE

J. Junyent, A. Revilla, D. Quera, C. Albarran, N. Saiz y E. López Mutuam Güell. Barcelona.

Introducción: En pacientes con deterioro cognitivo grave y/o dificultad de comunicación, el dolor a menudo esta infravalorado. Para su medición es necesaria la utilización de escalas observacionales validadas sencillas y de rápida administración.

Objetivos: Estimar la prevalencia de dolor en pacientes que no se pueden expresar verbalmente e instaurar una metodología de valoración, monitorización y tratamiento del mismo, así como valorar la eficacia y la idoneidad del tratamiento.

Material y métodos: Se realizó un estudio comparativo y prospectivo con un grupo de pacientes ingresados que presentan deterioro cognitivo grave GDS 7 en los que la valoración del dolor a través de EVA o similar no era posible. En una primera fase se utilizaron simultáneamente las escalas PAINAD, DOLOPLUS y EDAD. Previamente se formó al personal para el uso correcto de las diferentes escalas. El equipo interdisciplinar, se reunía semanalmente para valorar el grado de dolor con dichas escalas.

Resultados: Los pacientes valorados tenían como diagnóstico fundamentalmente demencia con comorbilidad asociada (ins cardíaca, vasculopatía periférica, isquemia arterial severa, neoplasia), eran pacientes encamados o que hacían sedestación corta de no más de 2-3 horas al día. Inicialmente se realizó una valoración del dolor mediante 3 escalas simultáneamente: PAINAD, DOLOPLUS y EDAD. En los puntos de corte de las diferentes escalas observamos que con las tres, las puntuaciones se correspondían. La media de la escala PAINAD fue de 3. La escala PAINAD y la escala DOLOPLUS nos daban información adicional sobre la intensidad del dolor. La escala Doloplus se descartó por ser de difícil aplicación por su extensión. La escala EDAD también se descartó por su complejidad y ambigüedad. La escala que más se adaptó a nuestros objetivos fue la PANAD por su fácil y rápida aplicación. A partir de estas valoraciones instauramos la escala PAINAD como método de valoración del dolor en los pacientes con deterioro cognitivo grave y encamados.

Conclusiones: 1. El periodo de prueba y valoración con las distintas escalas fue útil para sensibilizar a los profesionales en el control y monitorización del dolor y conocer los instrumentos de valoración en pacientes con deterioro cognitivo grave. 2. La valoración sistemática del dolor es una mejora importante de la calidad asistencial. 3. La escala PAINAD es una herramienta útil y la que más se ajusta a nuestras necesidades.

P010. ABORDAJE MULTIDISCIPLINAR EN LA PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LA PATOLOGÍA RESPIRATORIA EN LA RESIDENCIA SOLÀ D'ENCLAR

G. Castellarnau Lladós y P. Rodrigues de Sá
Residencia Solà d'Enclar. Andorra la Vella.

Introducción: El objetivo de nuestra comunicación es compartir con otros profesionales la forma en que abordamos la patología respiratoria (PR) en nuestros residentes.

La PR tiene una importancia capital en la población geriátrica. El hecho de que las neumonías representen la 1ª causa de muerte en población anciana y la EPOC, la 4ª en la población general, justifican plenamente nuestro interés. Nuestra actuación va dirigida a la población con PR crónica y también a la que no padece PR de base ya que el mero hecho de envejecer predispone al sujeto a acumular secreciones, sufrir infecciones respiratorias, insuficiencia respiratoria y atelectasias.

Objetivos: Revertir el curso de PR crónica no es un objetivo alcanzable. Sí lo es disminuir agudizaciones, y en consecuencia posibles ingresos hospitalarios; mejorar la calidad de vida que suele estar muy mermada y prevenir la aparición de casos en la población sin PR.

Método: Basándonos en las recomendaciones y estudios científicos, apostamos por la prevención: a) educación sanitaria (recomendación de la European Torax Society y la American Torax Society); b) grupos de acondicionamiento físico (evidencia científica sobre la PR crónica de grado A1); c) fisioterapia respiratoria (evidencia científica B1 en PR crónica); d) revisión, educación y adecuación de la medicación; e) adaptación de la dieta (coeficiente respiratorio, texturas y consistencias,...); f) apoyo emocional; g) estrecho intercambio de información con los especialistas externos a la residencia: neumólogo, médico de cabecera, logopeda, psicólogo...

Todo ello bajo la observación del equipo asistencial: que conoce las peculiaridades de los residentes y detecta pequeños cambios que pueden resultar esenciales para alertar sobre posibles reagudizaciones.

Resultados: Ya que nuestra residencia es pequeña también lo es nuestra muestra, por lo tanto no podemos ofrecer resultados generales pero sí hacer un análisis caso a caso. Así pues, objetivamos la disminución de las infecciones respiratorias y de los ingresos hospitalarios. En consecuencia, se reducen substancialmente los costes sanitarios. En referencia a la mejora de la calidad de vida, tanto el equipo asistencial como los pacientes sin deterioro cognitivo, opinamos que la mejoría es importante, aunque este ítem no lo hemos cuantificado.

Conclusiones: Cuando se aúnan los esfuerzos de cada profesional los resultados se potencian. En este sentido; todo lo anteriormente expuesto nos muestra los buenos resultados que proporciona el trabajo multidisciplinar. Actualmente estamos buscando la herramienta idónea en el ámbito geriátrico que nos permita cuantificar la mejoría sobre la calidad de vida.

P011. PACIENTES CON GRAN DEPENDENCIA: ¿QUÉ SE LES HACE DURANTE EL INGRESO HOSPITALARIO?

O. Gutiérrez Duque, I. Pardo Planas y F. Veiga Fernández
Complejo Hospitalario Xeral-Calde. Lugo.

Objetivo: Analizar las características clínicas, pruebas complementarias y actitud terapéutica indicadas en pacientes con gran dependencia ingresados en un servicio de Geriátría.

Material y métodos: Estudio descriptivo de una muestra de pacientes ingresados consecutivamente durante enero y febrero del 2009 en el Servicio de Geriátría del Hospital Xeral-Calde de Lugo. Seleccionamos todos aquellos pacientes incluidos en la categoría G del Índice de Katz. Recogimos los datos de filiación, antecedentes clínicos, síndromes geriátricos, motivo de ingreso, diagnóstico principal al alta,

estudios complementarios realizados y tratamiento recibido. Se realizó el análisis estadístico con el programa SPSS.

Resultados: 100 pacientes, edad media 84,69 años, 63% mujeres, estancia media 17,15 días. El 87% perteneciente a la Unidad de Agudos y un 78% con elevada comorbilidad según índice de Charlson. Los síndromes geriátricos más frecuentes fueron la demencia (94%), la incontinencia fecal (87%) y urinaria (74%), el estreñimiento (44%) y la disfgia severa (43%). Entre sus antecedentes clínicos destacaron los factores de riesgo cardiovascular (58%), el ictus (43%), la diabetes mellitus (29%) y la anemia (28%). Al alta hospitalaria la infección respiratoria (36%), la infección del tracto urinario (16%) y las úlceras por presión (12%) fueron los diagnósticos principales. En cuanto a la valoración geriátrica, la mayoría tenían demencia severa (75%), y un tercio de los pacientes tenían problemática social. Las pruebas complementarias, excluyendo las de rutina (hemograma, bioquímica completa, radiografía de tórax y ECG) más utilizadas fueron el análisis elemental y sedimento de orina (48%), el urocultivo (47%), los hemocultivos (26%), la gastroscopia (18%) y la TC craneal (15%). Un 79% de los pacientes recibió antibioterapia, un 40% sueroterapia por deshidratación y a un 34% les fue colocada o cambiada una sonda de nutrición enteral.

Conclusión: La mayoría de pruebas realizadas en pacientes ancianos grandes dependientes son poco complejas y no invasivas, que pocas veces justifican el ingreso en un centro hospitalario. La mayoría de las intervenciones terapéuticas realizadas podrían haberse llevado a cabo en otros niveles asistenciales de menor complejidad y más confortables.

P012. DIFERENCIAS DE DESTINO AL ALTA DE PACIENTES CONVALECIENTES INGRESADOS EN UNA UNIDAD SOCIOSANITARIA

I. Artaza, M. Urkiza, I. Olivares, N. Lauzirika, I. Aurre y E. Elgezua
Unidad Socio Sanitaria Igarco Orue. Amorebieta. Bilbao.

Objetivos: Analizar las diferencias clínicas al alta entre los pacientes ingresados con perfil de convalecencia en la unidad sociosanitaria geriátrica de la Residencia Igarco Orue de Amorebieta, Bizkaia.

Material y metodología: Estudio comparativo de los pacientes con perfil de convalecencia dados de alta de la unidad sociosanitaria durante el año 2008. Revisamos las historias clínicas analizando las variables: edad, tiempo de estancia hasta el alta, I. Charlson, nº de medicamentos, MNA, Tinetti al ingreso e I. de Heinemann al alta.

Resultados: Del total de 89 personas que ingresaron en la unidad con perfil de convalecencia, 10 fallecieron (11,23%), 19 (21,34%) ingresaron tras el alta en una residencia y 41 fueron altas a domicilio (46,06%) y 19 (21,34%) permanecían ingresados en la unidad a 31 de diciembre de 2008. Las diferencias clínicas obtenidas tras la valoración geriátrica son las siguientes:

VARIABLES	FALLECIDOS	ALTAS A RESIDENCIA	ALTAS A DOMICILIO
Edad	81,5 años	79,2 años	77,5 años
T. Estancia	29,8 días	74,11 días	64,73 días
Charlson	3,7	3,38	2,39
Nº Farmacos	6,6	6,4	5,5
MNA ingreso	14,87	16,55	19,9
Barthel ingreso	42	29,7	41,8
Tinetti ingreso	5,9	5,6	8,6
I. Heinemann		27,7	60,46

Conclusiones: 1. Los pacientes que fallecieron durante la estancia eran los de mayor edad, mayor comorbilidad, los que más fármacos consumían y los de peor estado nutricional. 2. Los pacientes que al alta ingresaron en residencia necesitaron mas tiempo para el alta y tenían al ingreso una mayor comorbilidad, un mayor consumo de fármacos, un peor estado nutricional y un mayor nivel de dependencia, que los que regresaron al domicilio. 3. Los pacientes que regresaron a su domicilio al alta son los que mayor ganancia funcional obtuvieron.

P013. CRITERIOS PARA LA SELECCIÓN DE MEDICAMENTOS EN PERSONAS MAYORES Y SU APLICACIÓN EN LA PRÁCTICA

I. Beobide Telleria, J. Álaba, M.I. Genua, E. Arriola, A. Urbizu y B. Miró

Fundación Matia. San Sebastian.

Objetivo: Definir los criterios para un uso correcto de medicamentos en personas mayores y aplicarlos en la práctica diaria.

Método: La actividad principal de Matia es la prestación de servicios asistenciales de tipo sociosanitario a las personas mayores y/o discapacitadas. Desde el Servicio de Farmacia se realiza Atención Farmacéutica a 6 Centros Gerontológicos, 1 hospital de media estancia (que atiende necesidades de rehabilitación, convalecencia y cuidados paliativos) y un Centro de atención residencial especializada para discapacidad. Para realizar esta atención se dispone de una Guía Farmacoterapéutica (GFT) elaborada por la Comisión de Farmacia, Terapéutica y Enfermedades Infecciosas (CFT y EI). Para la selección de medicamentos de esta GFT se elaboraron unos criterios para un uso correcto de medicamentos en personas mayores para ir elaborando los medicamentos incluidos en la GFT a partir de los mismos.

Resultados: Los criterios para un uso correcto de medicamentos en personas mayores que se definieron fueron los siguientes: 1) Medicamentos de eficacia demostrada, toxicidad conocida y con experiencia en su uso. 2) Medicamentos que produzcan menos reacciones adversas y/o interacciones con los medicamentos utilizados para el tratamiento de las patologías más frecuentes en las personas mayores. 3) Medicamentos que se presenten en las dosis más adecuadas a las características de las personas mayores. Asimismo se procurará que exista un equilibrio entre vida media y frecuencia de dosificación. 4) En los nuevos medicamentos se considerará que se hayan realizado ensayos clínicos incluyendo ancianos o en su defecto, trabajos científicos realizados correctamente. 5) Medicamentos cuya frecuencia de administración diaria sea cómoda para el anciano y/o residente con objeto de mejorar el cumplimiento. No debemos olvidar que en estos casos la atención de enfermería es reducida y que algunos de los residentes se autoadministran la medicación. 6) Medicamentos que se presenten en formas farmacéuticas que entren en los pastilleros semanales individuales, teniendo en cuenta que en Matia Fundazioa se envía unidosis semanal a los Centros Gerontológico y al Centro para Discapacitados y unidosis diaria al Hospital de Larga Estancia.

La selección y evaluación de medicamentos en la CFT y EI se ha hecho en base a unas búsquedas bibliográficas, buscando el perfil de eficacia/seguridad y de coste/efectividad de las alternativas terapéuticas y utilizando los criterios elaborados. La CFT y EI es un a comisión interdisciplinar. La selección queda plasmada en la GFT, así como los criterios de actuación ante la necesidad de prescripción de medicamentos no incluidos en la GFT.

Conclusiones: La selección de medicamentos facilita que los medicamentos disponibles se conozcan muy bien lo que hace asimismo aumentar la seguridad de utilización de los mismos.

P014. CALIDAD DE VIDA Y AUTONOMÍA FUNCIONAL DE LOS ANCIANOS 1 AÑO DESPUÉS DEL ALTA DE UNA UCI MÉDICA

E. Sacanella², J.M. Pérez-Castejón¹, J.M. Nicolás², M. Navarro², F. Masanes² y A. López-Soto²

¹Centro Sociosanitario Barceloneta-Bonanova. Barcelona.

²Hospital Clínico. Barcelona.

Objetivos: Evaluar la calidad de vida y autonomía funcional de los mayores de 65 años que sobreviven al menos 12 meses después del alta de una UCI médica.

Métodos: Se incluyeron prospectivamente pacientes ≥ 65 años, con situación premórbida buena, que habían requerido ingreso en una UCI médica y habían sobrevivido al menos 12 meses después del alta.

Se recogió: diagnóstico principal al ingreso (APACHE III), valoración geriátrica integral (índice de Lawton (IL), Barthel (IB) y Charlson), y prevalencia/incidencia de síndromes geriátricos. Para evaluar la calidad de vida se utilizó la escala EuroQol-5D que analiza 5 dominios (movilidad, ansiedad, autocuidado, actividad diaria y dolor) y una escala visual analógica (EQ-EVA) de 0 a 100 como medida del estado global de salud autopercibido.

Resultados: De 193 pacientes incluidos inicialmente, 75 (72,9 ± 5,4 años) estaban vivos 12 meses después del alta (supervivencia: 38,9%). Los diagnósticos más frecuentes fueron: EPOC, Insuficiencia cardiaca, sepsis y neumonía grave. Tras el ingreso se produce una caída significativa del IL e IB ($P < 0,001$ ambos) siendo la recuperación completa en ambos índices a los 12 meses del alta en el 55 y 63% de pacientes, respectivamente. Solo el 27 y el 17% de pacientes tenían un descenso clínicamente significativo en IL e IB, respectivamente. El EQ-EVA descendió significativamente tras el ingreso ($P < 0,01$), sin embargo, a los 12 meses del alta fue similar al basal (69,6 ± 17,0 vs 73,0 ± 16,3; $P = 0,3$). El porcentaje de pacientes con dificultades en los dominios actividad diaria (50 vs 31%), movilidad (33 vs 11%) y autocuidado (27 vs 13%) fue más elevado a los 12 meses que inicialmente ($P = 0,05$, todos). La prevalencia de ≥ 2 síndromes geriátricos fue mayor a los 12 meses del alta (37 vs 19%, $P < 0,01$), siendo los más frecuentes polifarmacia (72%), depresión (21%) e incontinencia urinaria (21%).

Conclusiones: Los ancianos que sobreviven al menos 12 meses tras el alta de la UCI tienen una autonomía funcional y calidad de vida buena. Las pérdidas en ambos parámetros son mayoritariamente de carácter leve-moderado por lo que la mayoría de pacientes (81%) aceptarían un reingreso en la UCI.

P015. ANÁLISIS DE FRACTURAS DE CADERA Y SEGUIMIENTO POSQUIRÚRGICO EN UN CENTRO RESIDENCIAL

N. Peña Sarabia¹, J. Martínez-Torrijos³ y C. Fernández-Viadero²

¹Consejería de Bienestar Social del Gobierno de Cantabria. Santander.

²Hospital Psiquiátrico Parayas. Gobierno de Cantabria. Santander.

³Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Gobierno de Cantabria. Santander.

Objetivos: Estudio descriptivo observacional de los todos los ancianos con fractura de cadera en un centro residencial durante un periodo de seguimiento de 16 años. Análisis de la recuperación de la capacidad de deambulación tras cirugía ortopédica, de las estancias hospitalarias y posibles diferencias por género y presencia de demencia.

Resultados: Se producen durante este periodo fracturas de cadera en 75 ancianos, de los que 60 son mujeres y 15 varones, sin diferencias significativas en su edad media. Previamente a la caída no precisaban ayudas para la deambulación el 89,3%, mientras que el 61,3% presentaba demencia según criterios de DSM-IV. Son significativamente más ancianos los dementes frente a los no dementes (87,5 ± 4,7 años-p: 0,0006-80,6 ± 5,3 respectivamente). La estancia media hospitalaria se sitúa en 11,3 ± 5,6 días, sin diferencias por género ni por presencia de demencia. Son sometidos a cirugía el 93,3% y fallecen como consecuencia directa de la fractura o antes de recibir el alta quirúrgica el 18,6%. De entre los supervivientes el 88,5% recupera la situación basal de la deambulación.

Conclusiones: La fractura de cadera en el anciano continúa siendo una patología de mortalidad elevada, próxima al 20% en nuestra serie. Sin embargo una correcta actuación médico-quirúrgica supone la recuperación de la deambulación en cifras próximas al 90% de los supervivientes. A pesar de que los pacientes con demencia son considerablemente más ancianos no hay diferencias en cuanto a su estancia media hospitalaria respecto a los no dementes, ni en cuanto a su recuperación. No hemos encontrado diferencias en ninguna de las variables analizadas en relación con el género.

P016. SARCOPENIA Y VITAMINA D EN ANCIANOS CON FRACTURA DE FÉMUR

M. Navarro López², F. Masanes Toran², M. Navarro González¹,

E. Sacanella Meseguer², C. Sierra Benito² y A. López Soto²

¹EAP Roselló. Barcelona. ²Hospital Clínic. Barcelona.

Objetivos: Analizar la prevalencia de sarcopenia en un grupo de ancianos con fractura de fémur y su relación con la vitamina D.

Métodos: Evaluamos un grupo de 90 pacientes ancianos (69 mujeres/21 hombre) con fractura de fémur. Se excluyeron aquellos pacientes con deterioro funcional o cognitivo grave o neoplasias avanzadas. Se analizaron en las primeras 48h del ingreso: estado nutricional (Mini Nutritional Assessment MNA), datos antropométricos, índice de masa corporal (IMC), situación funcional preingreso (índice de Barthel IB), antecedente de caídas (CA), comorbilidad (índice de Charlson I Ch), masa muscular (MM) e índice de masa muscular (MM/talla²) (IMM) y determinación de vitamina D (VD). La MM se determinó mediante bioimpedancia eléctrica (BIA 101 RJL Systems). Se define sarcopenia como un IMM inferior a 2 DS bajo la media de una población joven (180 personas 20-40 años).

Resultados: No se encontraron diferencias según el género (V vs M) en cuanto a la edad (82,7 vs 82,7), IMC (26,15 vs 25,7 Kg/m²), IB (84 vs 91), CA (34 vs 33), I Ch (1,3 vs 1,8). En cuanto a los datos nutricionales y de masa muscular: las mujeres tenían menores valores de MNA (24,7 vs 26,4), de IMM (6,4 vs 8,5 Kg/m²) y mayores de VD (12,1 vs 9,4 ng/mL). La prevalencia de sarcopenia fue de 64% y 43%. Asimismo el déficit de vitamina D (< 10 ngr/mL) en V/M fue de 51% y 64% respectivamente. La presencia de sarcopenia se relacionó de forma significativa con el IMC en ambos sexos ($p < 0,05$). No se han encontrado diferencias significativas con los niveles de vitamina D entre ancianos con o sin sarcopenia. No se observa relación entre la presencia de caídas previas y la existencia de el déficit de vitamina D o de sarcopenia.

Conclusiones: 1. Los ancianos con fractura de fémur presentan una elevada prevalencia de sarcopenia y de déficit de vitamina D. 2. La sarcopenia se relaciona con el IMC en ambos sexos. 3. A pesar de la elevada prevalencia del déficit de vitamina D en los ancianos con fractura de fémur esta no se relaciona con la presencia de sarcopenia. 4. El déficit de vitamina D y la sarcopenia no se relacionan con la presencia de caídas. 5. La presencia de sarcopenia evaluada mediante un buen marcador de fragilidad que nos permite identificar a los pacientes con sarcopenia e instaurar de forma precoz medidas preventivas para optimizar el proceso de rehabilitación.

Finaciado Beca Mutuam 2007.

P017. ESTUDIO DESCRIPTIVO DE CALIDAD DE VIDA EN NONAGENARIOS

A. Ferrer², N. Plaza², M. Sarró², E. Fontana², D. Chivite¹ y F. Formiga¹

¹Hospital Universitario Bellvitge. Hospitalet de Llobregat. Barcelona.

²ICS. CAP El Pla. Barcelona.

Objetivos: Conocer la calidad de vida en un grupo de mayores de 89 años y describir factores asociados susceptibles de intervención en la práctica asistencial.

Material y métodos: Estudio transversal, a los tres años de seguimiento de una cohorte. Se reclutaron todos los nonagenarios asignados a los dos Centros de Atención Primaria (CAP) de un municipio de 42.000 habitantes. Los participantes eran entrevistados, al inicio y anualmente, en el domicilio o CAP. Al tercer año se incluyeron en el estudio transversal a los 82 participantes supervivientes con el único criterio de exclusión de presentar deterioro cognitivo severo según Miniexamen Cognitivo de Lobo (MEC) inferior a 19 y, de los 40 posibles finalmente se incluyeron 37 (92%). Se registraron: datos socio-demográficos, actividades básicas con Índice Barthel (IB) e instrumentales con Índice Lawton (IL), cognición con MEC, comorbilidad

mediante Índice Charlson, enfermedades crónicas, estado nutricional con Mini-Nutritional Assessment (MNA-SF), calidad de vida mediante el Euroqol- 5D (EQ-5D) y fármacos.

Resultados: La muestra al tercer año fue de 25 mujeres (68%) y 12 varones, con una edad media de $94,32 \pm 2,9$. El índice medio EQ-5D fue de $0,338 \pm 0,152$ y de la EQ-EVA de $63 \pm 2,9$. En el análisis bivariable existió una significativa peor puntuación de las mujeres en la descripción de todas las dimensiones del EQ-5D, excepto en el autocuidado. Existía diferencia significativa en el análisis bivariable entre el grupo de pacientes que presentaban valores medios de la EQ-EVA inferiores a la mediana (60) y los que no en cuanto a: género ($p < 0,036$), institucionalización ($p < 0,043$), BI ($p < 0,095$), y MNA-SF ($p < 0,027$). El análisis multivariante mostró como factor independiente predictor de una peor calidad de vida, la existencia de un mayor riesgo nutricional según la escala MNA-SF ($p = 0,001$; OR: 5,460; IC 95%: 4,92-6,00).

Conclusiones: Existe una buena percepción media de salud en >89 años, similar a la de ancianos más jóvenes. El riesgo de malnutrición evaluado mediante la versión abreviada del MNA-SF tiene un importante valor predictivo en la calidad de vida de las personas mayores de 89 años, en este estudio.

P018. ESTUDIO DE OMALGIA EN EL PACIENTE GERIÁTRICO

M. Lora Gallego, X. Quintana Carrascal, P. Ayuso Torrijos, J. Martínez Garmón y M. Peña Hernández

Hospital Sociosanitario de L'Hospitalet de Llobregat. Barcelona.

Objetivos: Estudiar y evaluar las diferentes patologías que provocan omalgia en el paciente geriátrico. Con los resultados este año en esta investigación, proponer al año próximo la creación puesta en marcha de un protocolo de rehabilitación funcional de la articulación del hombro.

Metodología: Mediante un plantilla de Excell, elaborada por todo el equipo de rehabilitación del Hospital Sociosanitario de Hospitalet de Llobregat, se hace una recogida de datos específica de la funcionalidad del hombro del paciente geriátrico ingresado en nuestro centro. Con estos datos recogidos se realiza un análisis general sobre los resultados obtenidos donde se reflejan las limitaciones funcionales de la articulación del hombro en el paciente geriátrico, su independencia, autonomía en la AVD y las ayudas técnicas necesarias para compensar estas limitaciones.

Resultados: Los pacientes valorados en este estudio han sido 101, con una media de edad de 78,5 años. El balance articular en más del 80% de los usuarios valorados ha sido más del 4/5 en la escala de Oxford. El 41% de los pacientes registrados presentan dolor en el hombro y sus causas principales suelen ser artrosis y traumatismos directos. El 70% de los usuarios han presentado caídas en el último año y en el 63% precisan ayudas técnicas para la marcha. Más del 75% de los usuarios registrados presentan un elevado grado de autonomía.

Conclusiones: 1. Se puede considerar el hombro cómo la articulación básica para las tareas de manipulación. 2. La prevalencia del dolor en nuestra muestra es del 41%. 3. La mayor parte de nuestros pacientes presenta limitación en el arco articular. 4. La mitad de los usuarios diagnosticados de ictus presentan dolor en el hombro afectado. 5. El 63% de los usuarios valorados necesitan ayudas técnicas para deambular. Dicha actividad se verá afectada si presenta dolor en la extremidad superior.

P019. INVESTIGACIÓN EN RESIDENCIAS DE ANCIANOS

J. Goikoetxea y J.C. Caballero García

Instituto Vasco de Investigación Gerontológica. Bilbao.

Objetivos: La presentación de comunicaciones a congresos, se considera una actividad de investigación. Conocer el número de comuni-

caciones sobre residencias de ancianos aceptadas en el congreso de la SEGG del año 2008 y realizadas por personal de las mismas ha sido el objetivo principal de esta comunicación. Que temas han sido tratados es objetivo secundario.

Material y método: La información ha sido obtenida de la Revista Española de Geriátría y Gerontología, 2008;43(Suplemento 1):1-162. Aquella comunicación que cumplía los dos criterios de ser realizada en una residencia y por personal adscrito a ella es incluida en el estudio. Han sido excluidas las presentadas por centros sociosanitarios, por tener objetivos diferentes a las residencias en la atención al anciano. Son consideradas de temática clínica o social-comportamiento, según aparecen publicadas en la revista.

Resultados: De un total de 502 comunicaciones aceptadas, 67 (el 13,3%) cumplían los criterios establecidos; el 80,6% ($n = 54$) clínicas. De los temas clínicos, el 20,3% sobre gestión clínica, el 14,4% cognición y demencia, el 12,9% patología cardiovascular, el 11,1% alteraciones de la marcha y fractura de cadera, el 9,2% terapia ocupacional-ejercicio y tiempo libre, el 7,4% úlceras por presión y el 20,3% restante sobre dolor, depresión, incontinencia de orina, nutrición, hematología y rehabilitación psiquiátrica. Los temas elegidos en las de carácter social han sido el 46% sobre gestión residencial, el 30,7% cognición y el 23,0% restante sobre voluntarios, calidad de vida y ciencias biológicas.

Conclusiones: Porque la investigación en otros niveles asistenciales ha mejorado la calidad de la atención y aunque no podemos concluir que el resultado que hemos obtenido (13,3%) sea satisfactorio o no, si proponemos, y animamos, a seguir presentando comunicaciones al congreso realizadas en las residencias para ancianos.

P020. CARACTERIZACIÓN CLÍNICA DEL HIPOTIROIDISMO EN PACIENTES ANCIANOS HOSPITALIZADOS

A. Muñoz Pascual², P. Iglesias¹, M.T. Guerrero², F. Prado², E. Ridruejo² y M.C. Macías²

¹Hospital Ramón y Cajal. Madrid.

²Hospital General de Segovia. Segovia.

Introducción: La disfunción tiroidea afecta a una considerable proporción de la población general. La prevalencia del hipotiroidismo en los últimos estudios se encuentra entre el 1 al 7%, es más frecuente en mujeres, se incrementa conforme lo hace la edad y varía en función del aporte de yodo en la dieta.

Objetivos: Analizar las características clínicas de los pacientes ancianos diagnosticados de hipotiroidismo durante su ingreso en la Unidad Geriátrica de Agudos del Hospital General de Segovia. Estudiar su prevalencia y etiología.

Material y métodos: Se han estudiado todos los pacientes ancianos que ingresaron en el servicio de Geriátría del hospital General de Segovia desde mayo de 2005 a mayo de 2006. En cada paciente se cuantificaron las concentraciones séricas de tirotropina (TSH), tiroxina (T4) libre y de triyodotironina (T3) libre, así como la autoinmunidad tiroidea (anticuerpos anti-tiroglobulina, anti-Tg y antipeoxidasa tiroidea, anti-TPO) al ingreso en la Unidad. Considerando hipotiroidismo franco los pacientes con TSH alta y T4 baja y subclínico con TSH alta y T4 normal. En cada paciente se registró la presencia o no de bocio y autoinmunidad tiroidea, grado de dependencia al ingreso y al alta, lugar de residencia, motivo de ingreso, antecedentes de enfermedades cardiovasculares, neurológicas y fármacos habituales.

Resultados: De un total de 447 ingresos en la Unidad, 28 (7,1%) pacientes fueron diagnosticados de hipotiroidismo durante su estancia en el Servicio. De ellos 18 (64,3%) fueron mujeres, edad media (\pm DS) $87,1 \pm 7,3$ años y 10 (35,7%) varones edad media (\pm DS) $86,2 \pm 8,4$ años. Fueron diagnosticados de hipotiroidismo franco 4 (14,3%) pacientes (2 mujeres y 2 varones) y 24 (85,7%) subclínicos (16 mujeres y 8 varones). Ninguno de los pacientes tenía bocio palpable. Presen-

taron autoinmunidad tiroidea positiva el 25% de los pacientes. La etiología del hipotiroidismo fue: 25% autoinmune, 14,3% tiroiditis subaguda o silente, 7,1% hipotiroidismo secundario a fármacos y en 53,6% no se pudo determinar. Vivían el 60,7% en el domicilio, el 50% tenían una dependencia total al ingreso y el 39,2% al alta. Presentaban arritmias el 35,7%, enfermedad cardiocerebrovascular el 50%, enfermedad psiquiátrica el 17,9%, demencia el 25%. Todos los pacientes con hipotiroidismo franco iniciaron tratamiento. Fallecieron durante el ingreso el 10,7%.

Conclusiones: La prevalencia de disfunción tiroidea en pacientes ancianos hospitalizados es similar a la encontrada en la población no ingresada en nuestra ciudad (4-13%). Es más frecuente en mujeres. La causa más frecuente de hipotiroidismo encontrada fue la tiroiditis autoinmune, puesto que no presentaban bocio corresponderán a tiroiditis crónica atrófica. Un porcentaje muy importante presentaba enfermedades vasculares.

P021. GIPUZKOA RESIDENCIAL I. EVOLUCIÓN DE LA POBLACIÓN INSTITUCIONALIZADA GUIPUZCOANA DURANTE EL PERÍODO 2001-2008

M.P. Lekuona Ancizar² y J.J. Calvo Aguirre¹

¹Asociación Vasca de Geriátría y Gerontología "Zahartzarrea". San Sebastián. ²Colegio Oficial de enfermería de Guipúzcoa.

Introducción: La población institucionalizada guipuzcoana presenta cada vez mayores necesidades de atención sanitaria. La Administración, consciente de estas necesidades, ha diseñado un Catálogo de Servicios de obligado cumplimiento, para las Residencias del territorio, en el que se indican los ratios mínimos de atención y las intervenciones mínimas que deben cumplimentarse y registrarse.

Material y métodos: Hemos analizado la población institucionalizada en Gipuzkoa durante los últimos 8 años, correlacionando estos datos con la evolución demográfica. El análisis de la población abarca el número de plazas concertadas, así como el nivel de dependencia de los residentes. Realizamos un seguimiento de la tasa de mortalidad anual, incluyendo la edad de fallecimiento. Se ha trabajado sobre una población institucionalizada inicial de 3.476 residentes (2.001), hasta los 3.969 residentes actuales con plaza concertada (2.008). Este dato referido al total de la población mayor de 65 años en el 2.008 (129.000 personas) nos ofrece una tasa de cobertura de plazas residenciales concertadas del 3,07%, mientras que en el 2001 la cobertura era de un 2,93% para una población mayor de 65 años de 118.500 personas.

Resultados: A finales del 2008, en Guipúzcoa estaban concertadas con el Sº de Bienestar Social de la Diputación Foral de Guipúzcoa, 3.969 plazas residenciales, con una ocupación prácticamente plena, de hombres en un 31% y de mujeres en un 69%. El nivel de dependencia de los residentes usuarios era de autónomos en 277 casos (7%), dependientes en 541 casos (14%) y grandes dependientes en 3.133 casos (79%). La mortalidad anual el año 2.008 ha sido de 865 casos (21,8%), con una edad media de 86,5 años.

En la evolución del periodo 2.001-2.008, se constata un aumento de un 14% (493) en las plazas residenciales concertadas, con un aumento cuantitativo (1.938 versus 3.133) y porcentual muy importante de la población más dependiente (56% a 79%) y con una tendencia progresiva al aumento en la edad de fallecimiento (84,44 años hasta 86,54), manteniéndose estable la tasa de mortalidad en aproximadamente el 22%.

Conclusiones: La población guipuzcoana institucionalizada cada vez es más mayor y más dependiente, manteniéndose estable su tasa de mortalidad. Se detecta una "selección" progresiva de las plazas residenciales para la población más dependiente. Esta variación de la población residente debe acompañarse con un aumento progresivo de las necesidades de atención sociosanitaria.

P022. UNIDAD AMBULATORIA DE REHABILITACIÓN DE LA MEMORIA: OTRA MANERA DE ENFOCAR LA ESTIMULACIÓN COGNITIVA

J.I. Benages Navarro, C. de la Haba y G. Valls Borruel
Centre Sociosanitari Palau. Barcelona.

Objetivos: Describir una forma diferente de plantear la estimulación cognitiva en pacientes con deterioro cognitivo.

Método: Exposición de la dinámica asistencial de una Unidad de atención a pacientes con deterioro cognitivo, creada hace 2 años y medio y que se basa en el control desde nuestro centro, del trabajo semanal que realizan los asistentes en su domicilio y dentro de su propio ambiente, aprovechando la colaboración de sus cuidadores principales (que son asesorados y respaldados en sesiones regulares de soporte). Se analiza cómo se distribuye la sesión grupal de control de una hora a la que asisten los pacientes de manera semanal y que sirve para que el paciente distribuya el trabajo en fichas que realizará en casa durante la semana.

Resultados: Actualmente asisten a nuestra unidad 19 pacientes distribuidos en 5 grupos. Los grupos son de 5 pacientes como máximo y se forman por nivel de deterioro. Desde la creación de la Unidad, han sido atendidos 56 pacientes, que fueron en su mayoría remitidos por los servicios sociales y a los que tras la exploración neuropsicológica de protocolo para el inicio del tratamiento se les diagnosticaron alteraciones de la memoria (entre otras).

La muestra se compone de 17 varones y 39 mujeres entre 60 y 89 años de edad con un nivel de deterioro entre 1 y 6 en la escala GDS de Reisberg (el 73% 3 a 4). El índice de Barthel mínimo en la muestra es de 70.

Conclusiones: Muchos pacientes se niegan a asistir a otros recursos, tales como Hospitales de Día o Centros de Día, por diversas razones que se expondrán y en su mayoría permanecen inactivos sin tratamiento cognitivo hasta que el deterioro está muy avanzado. En el análisis de los motivos de alta se observa que el porcentaje sigue siendo alto. No obstante un considerable número de pacientes se adaptan bien al tratamiento ambulatorio y se les pueden realizar estimulación cognitiva y exploraciones neuropsicológicas de control regularmente, lo cual probablemente contribuye a que se mantengan más tiempo en buenas condiciones cognitivas.

P023. FACTORES PREDICTORES DE MORTALIDAD A 3 AÑOS EN MAYORES DE 94 AÑOS. ESTUDIO NONASANTFELIU

F. Mera, M.J. Mejido, E. López, M. Sánchez, I. Plaza y F. Formiga
ICS. Barcelona.

Objetivo: Describir los índices de mortalidad en mayores de 89 años y determinar posibles factores predictores a los tres años de seguimiento.

Diseño y metodología: Estudio observacional longitudinal de cohortes. **Ámbito:** Atención primaria. **Sujetos:** Todos los 305 nonagenarios asignados a los dos Centros de Atención Primaria de un municipio urbano de 42.000 habitantes fueron contactados y 186 (61%) fueron incluidos en la cohorte inicial; 46 de ellos tenían 95 años o más.

Mediciones: Los participantes eran entrevistados, al inicio y a los 12 meses de seguimiento, en el domicilio o centro de atención primaria. Se registraron: datos sociodemográficos, capacidad para actividades básicas con Índice Barthel (IB) e instrumentales con Índice Lawton (IL), cognición con Miniexamen Cognitivo de Lobo (MEC), comorbilidad con Índice Charlson, enfermedades crónicas (demencia, cardiopatía isquémica, insuficiencia cardiaca), fármacos y, estado nutricional con MNA-abreviado. El seguimiento se hizo durante 3 años o hasta la muerte según lo que ocurría primero. Los pacientes que murieron se compararon con el resto. Las variables significativas en el análisis univariante, fueron exploradas mediante análisis de regresión logística (p significativa < 0,05).

Resultados: Se registraron 36 muertes (75%) durante el periodo de seguimiento. El análisis bivariente mostró asociación entre mortali-

dad y deterioro funcional para el IB ($p < 0,01$) e IL ($p < 0,004$), deterioro cognitivo ($p < 0,003$) e historia clínica de I cardiaca ($p < 0,02$). El análisis multivariante de Cox mostró una asociación independiente entre mortalidad a largo término y Índice de Barthel ($p = 0,02$; OR: 0,988; IC 95%: 0,978-0,999) e I cardiaca ($p = 0,0001$; OR: 4,550; IC 95%: 2,004-10,329).

Conclusiones: Deterioro funcional e insuficiencia cardiaca son factores de riesgo independientes de mortalidad en mayores de 94 años en este estudio.

P024. NUEVAS TENDENCIAS EN LA VALORACIÓN GERIÁTRICA DE ENFERMERÍA

A. Páez Rodríguez y C. Rancaño López
Diputación de Barcelona. Barcelona.

Objetivos: Elaborar e implantar una nueva herramienta de valoración de enfermería que nos dirija a planificar de forma individualizada los planes de cuidados estandarizados requeridos para grupos de personas cuyas respuestas humanas son previsibles y que están en la misma situación de salud. Objetivos específicos: 1) Posibilitar instrumentos metodológicos científicos que nos sirvan de soporte guía. 2) Fomentar líneas de trabajo que disminuyan la variabilidad de la práctica clínica. 3) Establecer estándares de calidad para los cuidados que prestan las enfermeras como profesionales de la salud que son. 4) Aumentar la calidad científico-técnica de la enfermería.

Método: 1. Creación de tres grupos de trabajo enfermeros: a) Grupo de enfermeras expertas en planes de cuidados: grupo formado por enfermeras en base a los conocimientos de metodología enfermera, experiencia en el desarrollo práctico en planes de cuidados y representatividad de todos los procesos. b) Grupo de expertos en investigación que ofrecen el soporte de evidencia científica disponible. c) Grupo de trabajo para la actualización y creación de protocolos que complementen cada uno de los planes de cuidados estandarizados. 2. Creación de un nuevo documento de valoración de enfermería por dominios NANDA elaborado por el grupo de expertas en planes de cuidados. Tras la revisión y discusión (entre los 11 Patrones Funcionales de Marjory Gordon, las 14 necesidades de Virginia Henderson y los 13 dominios de la taxonomía NANDA) de la evidencia clínica disponible, hemos consensado estructurar la nueva valoración de enfermería según los 13 dominios de la taxonomía NANDA y basarnos en las características definitorias de los diagnósticos más prevalentes en nuestro centro. 3. Validación de la valoración. Utilizando 4 estrategias: validación por pares, técnicas de consenso, evaluación de pruebas piloto y validación final por enfermeras formadores externas expertas. 4. Informatización de la valoración de enfermería.

Resultados: 1. Facilitar la utilización de un lenguaje común. 2. Disponibilidad de tiempo para la planificación y registro de cuidados. 3. Medir y evaluar la producción enfermera. 4. Mejorar coordinación. 5. Atención orientada al paciente. 6. Aumentar la satisfacción y continuidad de cuidados. 7. Seguridad legal. 8. Desarrollo profesional.

Conclusiones: La valoración es el método científico para la formulación de estrategias de actuación requeridas y solución de problemas que cubrirá las necesidades de la persona de forma individualizada.

P025. INCIDENCIA DE DETERIORO COGNOSCITIVO EN CENTROS RESIDENCIALES PARA LA TERCERA EDAD

L. Sáenz de Santa María Benedet², J. Gutiérrez Rodríguez¹ y A. Alonso Collada³

¹OVIDA Asistencial. Oviedo. ²Centro Geriátrico Luanco. ³IGA. Gijón.

Objetivos: Estudiar la incidencia de deterioro cognoscitivo en una población de ancianos institucionalizados en residencias para la tercera edad.

Método: Estudio epidemiológico longitudinal y prospectivo. Se incluye una cohorte de 155 sujetos institucionalizados en octubre de 2007 en 2 centros residenciales; en ese momento se realizó una valoración cognoscitiva utilizando el Minimental State Examination de Folstein (MMSE). Durante el seguimiento se sufrieron unas pérdidas de 37 sujetos (29 éxitos y 8 traslados de centro). Así mismo, se excluyeron 24 sujetos por tener un MMSE al inicio del estudio menor de 5. Se recogieron variables sociodemográficas (edad, sexo y tiempo de ingreso), clínicas (número de diagnósticos y número de fármacos), funcionales (Índice de Barthel ó IB), mentales (Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage ó GDS y NPI-Nursing Home ó NPI-NH). Al año de seguimiento, octubre de 2008, se ha realizado una nueva valoración cognoscitiva mediante el MMSE y se define deterioro cognoscitivo como una puntuación del MMSE al año, inferior a la del inicio del estudio.

Resultados: Un total de 94 sujetos fueron valorados al inicio y seguidos al año ($81,8 \pm 9,1$ años; 76,6% mujeres; MMSE $18,3 \pm 5,7$; IB $61,2 \pm 34,6$; GDS $4,7 \pm 3,6$; número medio de diagnósticos $4,7 \pm 2,7$; número medio de fármacos $5,9 \pm 2,7$ y tiempo de ingreso medio de $38,5 \pm 31,8$ meses).

Se detectó una incidencia de deterioro cognoscitivo al año de seguimiento del 55,3%. Las funciones mentales más afectadas eran lenguaje y praxis (42,2%), orientación (40%) y memoria a corto plazo (40%). Respecto a las variables estudiadas tan solo hemos detectado asociación estadística entre la edad y el riesgo de deterioro ($83,9 \pm 8,2$ en deteriorados vs $79,2 \pm 10,8$ en no deteriorados; $p < 0,05$).

Conclusiones: Para nuestra población de estudio, más de la mitad de los sujetos institucionalizados sufre algún grado de deterioro cognoscitivo al año de seguimiento, siendo la función más afectada el lenguaje y praxis. De las variables de estudio analizadas, tan solo la edad se muestra como factor asociado a deterioro cognoscitivo.

P026. EVALUACIÓN DEL RIESGO DE MEDICAMENTOS POTENCIALMENTE INAPROPIADOS EN ANCIANOS

M.P. Sáez López, A. López y S. Paniagua
Complejo Asistencial de Avila. Ávila.

Objetivos: 1) Estimar la prevalencia de utilización de medicamentos potencialmente inadecuados según criterios de Beers en la población mayor de 65 años que ingresa en el hospital de Ávila. 2) Optimizar la prescripción de medicamentos potencialmente inadecuados en los ancianos que ingresan en el hospital. 3) Formación al personal prescriptor.

Método: Estudio descriptivo. Se incluyeron los pacientes mayores de 65 años que ingresados en el hospital por cualquier motivo durante el mes de junio de 2008, con sistema de distribución de medicamentos en dosis unitaria. Las fuentes de información utilizadas fueron las de actividad del hospital y la historia clínica de cada paciente ingresado. Las variables: Edad, sexo, nº historia, diagnóstico principal, patologías concomitantes, servicio clínico responsable, nº medicamentos al ingreso y al alta, nº y tipo de medicamento potencialmente inadecuado. Tratamiento de los datos: Análisis estadístico se llevó a cabo con SPSS 12.0. De los pacientes incluidos se evalúa cuántos de ellos toman alguno de los fármacos potencialmente inadecuados de la lista de Beers adaptada a la práctica asistencial de nuestro país. Posteriormente se realiza una sesión clínica hospitalaria y se distribuye un tríptico para informar a todos los médicos de los resultados del estudio y de cómo mejorar la prescripción en el anciano.

Resultados: De los 707 pacientes ingresados en el periodo de estudio, 128 fueron tratados con al menos un medicamento potencialmente inadecuado (18,10%), en 155 ocasiones, lo que supone una prevalencia de uso de fármacos potencialmente inadecuado del 21,9%. De los 128 pacientes, 23 (17,9%) se trataron con un segundo fármaco potencialmente inadecuado y 4 (3,1%) con tres. La estancia media de estos pacientes fue de 18 días y la edad media de 79,59 años. Los fármacos que con más frecuencia se prescribieron fueron:

Digoxina a dosis > 0,125 (34%); Meperidina (15%); Doxazosina (12%); Dexclorfeniramina (8%); Amitriptilina (5%); Hidroxicina (4,7%).

Conclusiones: Se detectó un potencial problema relacionado con medicamentos de uso frecuente en ancianos con indicación y posología a priori inadecuada que podría prevenirse con una correcta selección de fármacos más adecuados para el anciano y dosis más ajustadas a esta población.

P027. SÍNCOPE PERFIL CARDIOGÉNICO EN EL PACIENTE ANCIANO. HALLAZGOS EN LA MONITORIZACIÓN ELECTROCARDIOGRÁFICA DINÁMICA DE 24 HORAS

L. Muñoz Jiménez, R. Peñafiel Burkhardt, I. Piñero Uribe, N. Fernández Borrego, E. Ruiz Ruiz y M. de Mora Martín
Hospital Regional Universitario Carlos Haya. Málaga.

Objetivos: El síncope es un síntoma común en la población geriátrica y en la medicina de urgencias. Las arritmias cardíacas pueden ser causa de síncope al igual que la cardiopatía estructural cuando la demanda circulatoria sobrepasa la reducida capacidad del corazón para aumentar su gasto. Como norma, la monitorización electrocardiográfica está indicada solamente cuando existe una alta probabilidad previa a la prueba de identificar una arritmia causante del síncope. Nuestro objetivo fue evaluar los hallazgos registrados mediante electrocardiografía dinámica de 24 horas (HOLTER) en pacientes ancianos remitidos para estudio por síncope.

Métodos: Para ello se incluyeron todos los pacientes con edad superior o igual a 75 años, remitidos a nuestro centro para estudio mediante HOLTER con diagnóstico de síncope perfil cardiogénico entre Enero 2007 y Febrero 2009. Se recogieron datos sobre edad, sexo y servicio desde el que se solicita el estudio. Se clasificaron los hallazgos obtenidos: trazado normal, bradicardia/taquicardia sinusal (BS/TS), bloqueos aurículo-ventriculares (BAV), taquiarritmias supraventriculares/ventriculares (TSV/TV), extrasistolia ventricular /supraventricular (ASV/EV).

Resultados: Se recogieron 111 pacientes. 56,8% son hombres y 43,2% mujeres. La edad media de los pacientes fue 80,6 ± 4,5 años. Los estudios fueron solicitados principalmente desde la consulta de Cardiología, 76,6%. Le siguen en frecuencia, 18,9% solicitados por Neurología y 1,8% por Medicina Interna. Encontramos un registro normal en el 16,2%, 12,6% BAV 1º grado, 4,5% BAV 2º grado tipo Mobitz1, 0,9% BAV 2º grado Mobitz 2, 0,9% BAV 3º grado, 22,5% BS, 7,2% TS, 1,9% FA lenta, 4,5% FA rápida, 6,3% otras TSV, 2,7% TV, 28,8% ESV, 22,5% EV. Se consideró diagnóstico en el 24,3% de los casos, de los cuales el 93% fueron solicitados desde el servicio de Cardiología, sentó indicación de MP en 8 pacientes (7,2%) e implante DAI en 2 pacientes (1,8%).

Conclusiones: La monitorización electrocardiográfica ambulatoria es una prueba frecuentemente utilizada en el estudio del síncope en el paciente anciano. Aunque los hallazgos más frecuentes son registros dentro de los límites normales, en nuestra experiencia el estudio Holter es útil para el diagnóstico y la actitud terapéutica a seguir en estos pacientes.

P028. VALORACIÓN GERIÁTRICA Y EVOLUCIÓN MÉDICA, FUNCIONAL Y SOCIAL EN PACIENTES INGRESADOS POR FRACTURA DE CADERA. ANÁLISIS DEL PRIMER AÑO DE FUNCIONAMIENTO

A.F. de Tena Fontaneda, M. Ramos, R. Rubio y R. Rodríguez-Rosado
Hospital del Sureste. Arganda. Madrid.

Objetivos: 1) Conocer el perfil de los pacientes con fractura de cadera (FC) que ingresan en este Hospital. 2) Conocer resultados de morbilidad, grado de recuperación funcional y ubicación al alta.

Material y métodos: Se han incluido los pacientes ingresados por FC en un hospital de nueva apertura (Hospital del Sureste de Madrid)

durante el primer año de funcionamiento (del 28/04/2008 al 31/12/2008). Todos ellos han sido valorados por Geriátría durante dicho ingreso mediante interconsulta de seguimiento. Se han recogido variables médicas, situación funcional basal, ubicación, tipo de fractura y de cirugía, estancia media, demora hasta la cirugía, existencia de deterioro cognitivo, complicaciones durante el ingreso y mortalidad. A los tres meses del alta se ha recogido la morbimortalidad, la ubicación y el grado de recuperación funcional.

Resultados: Se valoraron 53 pacientes (81,1% mujeres), edad media 84,32 (DE: 7,31). El 24,5% era independiente para las ABVD y el 34% caminaba sin apoyos antes de la FC. El 50,9% presentaba deterioro cognitivo (28,3% fase moderada o severa). Vivía en residencia un 54,7%. La FC más frecuente fue la pertrocantérea (64,2%). No se intervinieron 2 pacientes (1 por complicación médica que requirió traslado a un centro de paliativos y otro por fractura estable e inmovilidad previa). La estancia media fue 10,15 días (DE: 6,03) con una media de demora en la cirugía 4,06 días (DE: 2,40). Las complicaciones más frecuentes fueron la anemia con necesidad de transfusión 22,6% y las infecciones 11,3%. Falleció un paciente durante el ingreso a causa de un TEP. Reingresa un 17% en su mayoría por complicaciones de la propia fractura o por procesos infecciosos.

A los 3 meses 66% deambula (sin ayudas 3,8%, 1 apoyo 17% y 2 apoyos 45,3%) y 22,6% no (de estos 5,6% no caminaba previamente, por lo que sólo un 17% deja de caminar; este deterioro funcional aparece en pacientes frágiles: demencia moderada o severa 44% y situación funcional previa deteriorada -Katz F ó G- 66,6%). Fallece 5,9% sobre todo por infecciones. Cambia su ubicación 32,1%, más los que vivían solos, principalmente a residencia temporal. La rehabilitación ha sido en residencia en 56,6%; 9,4% ha requerido rehabilitación hospitalaria ambulatoria.

Conclusiones: La FC afecta fundamentalmente a pacientes muy ancianos, con pluripatología, polifarmacia, dependencia, deterioro cognitivo e institucionalización. En estos ancianos frágiles la FC genera mayor deterioro funcional. Es fundamental la valoración geriátrica durante la hospitalización por FC por el alto porcentaje de complicaciones médicas que genera, por el perfil previo de paciente frágil, y para adecuar la ubicación al alta.

P029. DETERIORO FUNCIONAL EN SUJETOS INSTITUCIONALIZADOS. ANÁLISIS DE LA INCIDENCIA Y LOS FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS

J. Gutiérrez Rodríguez¹, L. Sáenz de Santa María Benedet³ y A. Alonso Collada²

¹OVIDA Asistencial. Oviedo. ²IGA. ³Centro Geriátrico Luanco.

Objetivos: 1) Estudiar la incidencia de deterioro funcional en una población de ancianos institucionalizados en residencias para la tercera edad. 2) Analizar los posibles factores de riesgo.

Método: Estudio epidemiológico longitudinal y prospectivo. Se incluye una cohorte de 155 sujetos institucionalizados en octubre de 2007; en ese momento se realizó una valoración funcional utilizando el Índice de Barthel (IB). Durante el seguimiento se sufrieron unas pérdidas de 37 sujetos (29 éxitus y 8 traslados de centro). Se excluyeron 11 sujetos por tener un IB al inicio del estudio de 0. Se recogieron variables sociodemográficas (edad, sexo y tiempo de ingreso), clínicas (diagnóstico de enfermedades incapacitantes, número de diagnósticos, psicofármacos prescritos y número de fármacos), mentales (Minimetal State Examination de Folstein ó MMSE, Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage ó GDS y NPI-Nursing Home ó NPI-NH). Al año de seguimiento, octubre de 2008, se ha realizado una nueva valoración funcional mediante el IB y se definió deterioro funcional como una puntuación del IB al año, inferior a la del inicio del estudio.

Resultados: 107 sujetos fueron valorados al inicio y seguidos al año (82 ± 8,7 años; 76,6% mujeres; IB 59,3 ± 15,8; MMSE 15,8 ± 8,1; GDS

4 ± 2,7; número diagnósticos 4,7 ± 2,8; número fármacos 5,8 ± 2,7 y tiempo de ingreso 40,3 ± 32,2 meses).

Se detectó una incidencia de deterioro funcional al año de seguimiento del 47,7%. Como factores asociados a deterioro presentaron diferencias significativas: edad (82 ± 8,7 deteriorados vs 80 ± 10,5 no deteriorados; $p < 0,05$), puntuación en MMSE al inicio (15,8 ± 8,1 vs 13,7 ± 8,5; $p < 0,05$), diagnósticos de osteoporosis (90,9% vs 42,7%; $p < 0,05$) y Parkinson (87,5% vs 44,4%; $p < 0,05$) y consumo de antidepresivos (59,1% vs 39,7%; $p < 0,05$).

Conclusiones: Para nuestra población de estudio, cerca de la mitad de los sujetos institucionalizados sufre algún grado de deterioro funcional al año de seguimiento. De las variables de estudio analizadas, la edad, la puntuación en el MMSE, la osteoporosis, el Parkinson y el consumo de antidepresivos parecen mostrarse como factores asociados a deterioro funcional.

P030. DETERIORO CLÍNICO Y FUNCIONAL DE LOS PACIENTES MAYORES AL INGRESO EN UNA UNIDAD DE PLURIPTATOLÓGICOS DE UN CENTRO SOCIOSANITARIO: ESTUDIO DESCRIPTIVO TRANSVERSAL

M. Bujosa Taylor, A. Sanz Martínez, M. Mihailovick, M. Lozano Fuster, M. Medinas Amorós y M.J. Mingorance Carrascosa
Hospital General de Mallorca. Palma de Mallorca.

El nivel de dependencia funcional y deterioro clínico forma parte de la evaluación geriátrica integral en los pacientes mayores que ingresan en una unidad de pluripatológicos. En esta valoración, la evaluación de los síndromes geriátricos al ingreso y su seguimiento, constituyen una herramienta de trabajo multidisciplinar que permite un alto grado de especialización en el cuidado de este colectivo tan vulnerable. El objetivo de nuestro estudio fue establecer el perfil de paciente derivado a estas unidades e identificar los factores de riesgo asociados especialmente a los pacientes de edad avanzada.

Materiales y metodología: Se estudió una muestra de 45 pacientes mayores (24 hombres y 21 mujeres) con una media de edad de 83,22 años (SD = 8,99). Las variables recogidas para su posterior análisis estadístico fueron: la edad, sexo, procedencia, motivo de ingreso, síndromes geriátricos, nivel de dependencia, riesgo de caídas y úlceras por presión. Para ello se revisaron las historias clínicas y la documentación al ingreso del paciente en la unidad. Una vez realizado un análisis exploratorio de datos (EDA), nuestros resultados mostraron que el 89,9% de los pacientes procedían de hospitales de agudos, el motivo de ingreso en el 77,8% fue la convalecencia mientras que la descarga familiar solamente constituyó el 6,7%. Los síndromes geriátricos más prevalentes descritos al ingreso fueron el síndrome de inmovilidad (48,8%) seguido de malnutrición (28,8%), el deterioro funcional (28,2%) y demencia (15,55%). Respecto al nivel de dependencia funcional el 53,3% presentaban dependencia total y el 37,2% un alto riesgo de caídas. En conclusión, el perfil de pacientes que ingresan en estas unidades presentan un alto grado de complejidad en sus cuidados y precisan una atención multidisciplinar que garantice un tratamiento integral.

P031. ABCESO EPIDURAL COMO CAUSA DE SÍNDROME CONFUSIONAL AGUDO EN ANCIANO

I. Quintana Rodríguez, M.A. Dávila, T. Barrallo, A.B. López, R. Lozano y M. Antón
Unidad de Geriátrica. Complejo Hospitalario. Cáceres.

Introducción: El absceso epidural es una infección inusual del SNC con síntomas neurológicos severos, secuelas graves o incluso muerte, siendo fundamental un diagnóstico precoz. La clínica inicial es ines-

pecífica. Se presenta un caso de absceso por *Staphylococcus Aureus* meticilina-resistente (SAMR).

Caso clínico: Varón de 83 años, buena situación basal, antecedentes de Diabetes Mellitus (DM). Se deriva a urgencias por fiebre y confusión. En la exploración: vigil, desorientado, febril, retención urinaria, pérdida de fuerza en piernas 4/5, hipoestesia, RCP indiferente bilateral. Progresó a paraparesia 1/5, abolición ROT, RCP extensor bilateral, triple retirada, anestesia y nivel sensitivo D3-D4. La RMN medular: lesión compresiva de D1 a D5, extradural, captación periférica sugestiva de absceso vs hematoma epidural. En laminectomía T2 y T5 se evacuó absceso epidural, aislándose SAMR, igual que en hemocultivo. Se inició tratamiento con Vancomicina y Gentamicina, sustituyéndose por Linezolid por antibiograma. Al alta permaneció parapléjico, con sondaje vesical permanente y dependiente para las actividades básicas.

Discusión: Aparece en torno a los 50 años. Factores de riesgo: cateteres epidurales, DM, alcoholismo, VIH, tatuajes, infección de hueso contiguo o tisular, bacteriemia, abuso de drogas intravenosas. El principal agente es *Stafilococo Aureus* (63%), en aumento el SAMR y *M. Tuberculosis*. La triada clásica: fiebre, dolor espinal y déficit neurológico (13%). La progresión sin tratamiento: dorsalgia severa, dolor neuropático por raíz nerviosa afectada, debilidad motora, hipoestesia, incontinencia y parálisis.

En el diagnóstico la RMN es de elección. El tratamiento es drenaje y antibioterapia empírica precoz. Fallecen 5%, 22% paraplejía y 63% permanecen con debilidad motora definitiva.

Conclusiones: Ante un síndrome confusional agudo en fundamental hacer una exploración neurológica completa inicial y seriada. La triada sintomática de fiebre, dolor espinal inespecífico y déficit neurológico orienta el diagnóstico, siendo fundamental tratamiento precoz de estos pacientes.

P032. UTILIZACIÓN DE FÁRMACOS CARDIOVASCULARES EN CENTROS SOCIOSANITARIOS

R. Mas Frigola¹, M. Barba Boada⁶, I. Caro Aragones³, O. Santos Marín⁴, O. Vidal Martín⁵ y E. Miquel²

¹Centre Sar Regina. Barcelona.

²Sant Joan de Déu- Serveis Sociosanitaris Esplugues de Llobregat.

Barcelona. ³Centre Resid.dEstades Temporals Diputació de Barcelona.

Barcelona. ⁴Ntra.Sra. de Guadalupe. ⁵Hospital Evangèlic.

⁶Mutuam.

Objetivo: Analizar la prescripción de la terapia cardiovascular en 8 centros sociosanitarios.

Método: Se realizó un estudio de prevalencia (transversal) en enero de 2009 en 8 centros sociosanitarios, con un total de 1.084 pacientes correspondientes a las unidades de larga estancia, convalecencia, psicogeriatría, paliativos y descanso familiar. Se recogieron los datos de los que llevaban tratamiento con algún fármaco del grupo C de la clasificación anatómica de medicamentos (grupo cardiovascular). Los datos fueron: edad, sexo y fármaco/s del grupo C prescrito/s, y éstos se analizaron con el programa estadístico SPSS.

Resultados: Media de edad: 82,5 (DE 7,6) años. Un 63,65% de los pacientes tenían prescrito algún fármaco cardiovascular. De estos, los porcentajes de utilización fueron: Diuréticos: 52%, IECAs: 34,6%, hipolipemiantes: 28,6%, antagonistas del calcio: 22%, nitratos: 11,6%. Un 59% tenía prescrito más de un fármaco del grupo.

Conclusiones: Los datos confirman la elevada utilización de fármacos cardiovasculares en pacientes geriátricos. Debido a que los fármacos de este grupo se les ha relacionado con la aparición de efectos adversos e interacciones en geriatría, creemos necesario la valoración periódica de los tratamientos y la instauración de sistemas de detección de problemas relacionados con los fármacos cardiovasculares.

P033. ESTUDIO NUTRICIONAL DE LOS PACIENTES DE EDAD AVANZADA AL INGRESO EN UNA UNIDAD DE ORTOGERIATRÍA

F.M. Lozano Fuster, M. Medinas Amorós, B. Togores Solivellas, M. Calderón Cerezo y P. Adrover
Complejo Hospitalario de Mallorca. Palma de Mallorca.

Los pacientes que ingresan en los centros sociosanitarios presentan comúnmente niveles de malnutrición o riesgo de malnutrición elevados. Los procesos agudos ortogeriátricos incrementan este riesgo debido a la cirugía y a la larga convalecencia (estancia hospitalaria). El objetivo de nuestro estudio ha sido describir y analizar los parámetros nutricionales mínimos en una muestra $n = 40$ pacientes hospitalizados de edad avanzada (media = 78,77, SD: 10,02) años a fin de valorar el su estado nutricional al ingreso en el Hospital Sociosanitario Joan March de Mallorca. Para ello se registraron los siguientes parámetros a través de historia clínica y analítica al ingreso: peso, talla, índice de masa corporal (IMC), albúmina y calcio. Nuestros resultados muestran que los pacientes de la muestra presentaron desnutrición leve en el 64,9% de los casos y moderada en el 18,9%. Valorada a través de la albúmina y el índice de masa corporal (media = 18,2, SD: 2,9). En el estudio de correlaciones se observó una disminución de la albúmina a medida que aumentó la edad de los pacientes estudiados ($p < 0,05$). Los pacientes con edades comprendidas entre los 81-85 años son los que presentaron niveles más bajos de albúmina. Por su parte, los niveles de calcio también muestran una relación directa y positiva con la albúmina ($p < 0,001$). En conclusión, los pacientes mayores con fracturas que ingresan en un centro sociosanitario requieren la realización de una valoración exhaustiva que incluya una evaluación nutricional completa en estos pacientes.

P034. PERFIL CARDIOLÓGICO TIPO DE UN PACIENTE INGRESADO EN UNA UNIDAD DE AGUDOS

A. Escolante Melich, J. Flores, P. Serrano, M. Muñoz, V. Rentería y M. Araujo
Hospital Virgen del Valle. Toledo.

Introducción: Debido al constante aumento de esperanza de vida, la población mundial presenta un proceso de envejecimiento más rápido que se acompaña de un número cada vez mayor de personas que presentan un deterioro funcional. En relación al aparato cardiovascular, la senectud se asocia con alteraciones estructurales progresivas que afectan a los vasos, al miocardio y a las válvulas cardíacas. Estos cambios modifican las manifestaciones de varias enfermedades cardiovasculares, disminuyen la capacidad del paciente para compensar los trastornos resultantes y pueden modificar la respuesta a la terapia cardiovascular.

Objetivo: Describir la situación cardiológica de los pacientes ingresados en nuestro centro.

Material y métodos: Se diseña un estudio descriptivo retrospectivo con pacientes mayores de 75 años ingresados en el Servicio de Geriátría del HVV en los últimos 6 meses. Se realiza historia clínica preestablecida en un protocolo en la que se recogen las siguientes variables: edad, sexo, procedencia, diagnóstico al alta, presencia de FRCV, eventos cardíaco y cerebrovasculares previos, diagnóstico de valvulopatía, criterios de Bronquitis crónica, tratamientos de interés cardiológico al ingreso y situación basal y funcional previa. Además se recoge datos analíticos (Hb, VCM, HCM, cifras de colesterol y triglicéridos, albúmina y datos de función renal), electrocardiográficos (ritmo y frecuencia), ecocardiográficos y radiográficos. Se realiza análisis estadístico con SPSS.15.

Resultados: Se reclutaron un total de 213 pacientes del total de los que durante el ingreso precisaron la realización de ecocardiograma. Del total de los pacientes el 59,6% eran mujeres con una edad media de 84 años con una desviación de 4,92 años de los cuales el 77% pro-

cedían de su domicilio, cambiando de destino al alta en el 10,3% de los casos. El factor de riesgo cardiovascular más frecuente es la HTA que aparece en un 77% de los pacientes mientras que el 33,8% eran diabéticos y el 31,5% presentaban dislipemia. En cuanto a otros antecedentes de interés el 19,7% habían tenido algún evento de cardiopatía isquémica (angor o IAM), el 21,1% presentó accidente cerebrovascular previo, el 18,8% cumplía criterios de bronquitis crónica, el 21,1% habían sido diagnosticados de valvulopatía y el 15,5% presentaban insuficiencia renal crónica. Un 7,5% de los pacientes eran portadores de marcapasos.

En cuanto a la medicación el 21,1% estaban anticoagulados y el 54% antiagregados. El 18,8% Betabloqueados, el 23,5% tomaban nitritos, el 38,5% estatinas y 41,8% IECAS y el 35,2% diurético. Con respecto a las antiarrítmicos el 17,8% tomaban Digoxina, el 5,2% Amiodarona y el 8,5% antagonistas del calcio. Sólo el 9,4% del total tenía oxígeno domiciliario. La situación basal de los pacientes era de KATZ A-B en el 74,2% con una clase funcional igual a 1 en el 53,5% de los casos y el síntoma más frecuente al ingreso fue la disnea con un porcentaje del 40,8%. Electrocardiográficamente el 63,4% estaban en ritmo sinusal con una frecuencia media de 84,73 lpm y una desviación de 22,06. Ecocardiográficamente existía dilatación auricular en el 64,8%, de predominio izquierdo (37,1%), disfunción ventricular en el 27,2% con hipertrofia concéntrica del VI en el 62% de los casos y FEVI por encima del 60% en el 72,8% de los pacientes. En referencia a la presencia de valvulopatía el 17,8% presentaban estenosis aórtica, 34,3% insuficiencia aórtica, 10,8% estenosis mitral, 42,7% insuficiencia mitral, 1,9% estenosis tricúspide, 27,9% insuficiencia tricúspide y 22,5% HTP. De las 213 radiografías revisadas existía cardiomegalia en el 66,7% con derrame pleural en el 23,9% de los casos siendo bilateral en el 15%.

Por último se analizó el diagnóstico al alta encontrándose insuficiencia cardíaca en el 24,9%, infección de las vías respiratorias en el 21,1%, ACV en el 21,1%, IAM en el 16,4%, FA 10,8% y otros diagnósticos en el 5,6%.

Conclusiones: El perfil tipo de los pacientes ingresados por motivos cardiovasculares en nuestro centro corresponde a una mujer de 84 años HTA y con antecedente de afectación cerebrovascular, que vive en su domicilio, siendo independiente para actividades básicas de la vida diaria y con clase funcional correspondiente a NYHA I, antiagregada y en tratamiento con IECAS que ingresa por disnea en ritmo sinusal a 84 lpm con aumento del índice cardiorrácico como único hallazgo radiológico y con dilatación de la aurícula izquierda e hipertrofia concéntrica del VI con FEVI normal en el ecocardiograma, sin alteraciones analíticas salvo ligero aumento de urea que es diagnosticada de insuficiencia cardíaca y al alta se mantiene en su medio.

P035. PLANIFICACIÓN ANTICIPADA EN EL ENFERMO FRÁGIL

A. Doz Modrego, J. Aroca Martínez, R.M. García Domínguez, N. Collell Domènech y G. Diestre Ortín
Corporación Sanitaria Parc Taulí-CSS Albada. Barcelona.

Introducción: El PADES (Programa de atención domiciliar-Equipo soporte) es reconocido principalmente por la atención que proporciona a las personas con enfermedad oncológica que precisan cuidados paliativos. El envejecimiento progresivo de la población y la comorbilidad asociada ha generado la necesidad de dar asistencia especializada también a personas con enfermedades crónicas evolucionadas y a pacientes geriátricos al final de la vida en los que la planificación anticipada y la continuidad asistencial, adquieren una mayor relevancia para mejorar su calidad de vida. El 33,5% de los enfermos controlados por PADES pertenece a la tipología, que denominamos "enfermos frágiles". La atención a estas personas es muy variada en contenido e intensidad. Distinguimos 4 tipos de atención: 1. Valoración de necesidades (a petición de equipos de

atención primaria y Residencias) y derivación al recurso más adecuado. 2. Atención al final de la vida. 3. Control y seguimiento de pacientes pluripatológicos o crónicos evolucionados para planificación anticipada y ayuda en la toma de decisiones. 4. Control y seguimiento de pacientes con gran dependencia portadores de gastrostomía.

Objetivo: Describir las características más significativas de los pacientes frágiles atendidos por PADES en 2007. Detectar planificaciones anticipadas realizadas.

Método: Estudio descriptivo retrospectivo. Revisión de historias clínicas y de memoria anual del PADES de Sabadell.

Resultados: Atendidos 207 pacientes, 146 altas. Prevalentes a 31/12/07: 61 pacientes. Tipologías/Edad media: geriátricos 20,54%/89,3; crónicos 28,08%/79,2; demencias 23,97%/81,4; nutrición artificial 13,01%/74,9; OCFA 8,21%/79,8; neurológicos evolucionados 4,10%/62,3; ICC 2,05%/86,3. Estancia media por tipología: geriátricos 74,8, crónico 90,6, demencia 148,5, nutrición artificial 585,7, neurológico evolucionado 146,5, ICC 233,6, OCFA 295,1.

Destino al alta: 37,67% defunción domicilio, 23,28% A. Primaria, 17,80% Urgencias, 11,64% Socio-Sanitario/Residencias, 5,47% C. Externa, 3,42% ingreso programado, 0,68% otro hospital. En 48 pacientes consta planificación anticipada, en uno o varios de los siguientes aspectos: Reanimación cardio-pulmonar: 8, Nutrición artificial: 17, Diálisis: 8, Ventilación mecánica invasiva: 10, otras limitaciones de esfuerzo terapéutico: 23.

Conclusiones: La planificación anticipada y la continuidad asistencial adquieren una mayor relevancia en el paciente frágil teniendo en cuenta que nuestro objetivo es intentar mejorar su calidad de vida. Por tanto, son aspectos que creemos debemos fomentar y profundizar para ofrecer una buena calidad asistencial.

P036. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE MELANOMAS INTERVENIDOS EN EL HOSPITAL SAN CECILIO DE GRANADA EN PACIENTES MAYORES DE 65 AÑOS DURANTE EL AÑO 2008

P. Burkhardt Pérez¹, S. Arias-Santiago¹, H. Husein El-Ahmed¹, M.S. Girón Prieto³, S. Serrano Ortega² y R. Naranjo Sintet¹

¹Hospital Clínico San Cecilio. Granada. ²Facultad de Medicina de Granada. ³Hospital Virgen de la Nieves. Granada.

Introducción: El melanoma es un tumor originado en los melanocitos con una incidencia creciente, a pesar de que se ha estabilizado la mortalidad, presenta una de las mayores tasas de mortalidad por cáncer en pacientes mayores de 65 años. Hasta una quinta parte de los pacientes desarrollan metástasis que suelen causar la muerte, sin embargo con un diagnóstico precoz y tratamiento quirúrgico adecuado se consigue curar a más del 80% de pacientes con melanoma de bajo riesgo (Breslow < 1mm). El objetivo del presente estudio es realizar un análisis descriptivo de todos los melanomas intervenidos en pacientes mayores de 65 años durante el año 2008.

Material y métodos: Se estudió de forma retrospectiva todos los melanomas intervenidos quirúrgicamente en el Hospital Clínico San Cecilio de Granada en el año 2008 en pacientes mayores de 65 años. Se realizó un análisis descriptivo de la distribución por sexos, fototipo, tipo clínico e histológico, localización, tamaño, presencia de ulceración o metástasis, nivel de Breslow y Clark y realización de biopsia selectiva de ganglio centinela.

Resultados: Un total de 46 pacientes mayores de 65 años (59% varones y 41% mujeres) se incluyeron en el estudio con una edad media de 76,6 años. Siendo el tipo clínico más frecuente el melanoma de extensión superficial (44,7%) seguido del lentigo maligno melanoma (36,5%). Las formas menos frecuentes fueron el lentiginoso acral y el nodular. El 8,7% de los tumores presentaban ulceración. La localización más frecuente fue la mejilla seguida de piernas y espalda. El diámetro máximo osciló entre 0,5 y 6 cm. El valor del Breslow varió entre 0,2 y 15mm, con unas cifra medio de 2,06 mm, superando 1

mm en más de la mitad de los casos. La BSCG se realizó en seis casos siendo positiva en dos de ellos.

Discusión: El melanoma es tumor muy agresivo que rápidamente desarrolla metástasis si no se trata de forma adecuada. Es muy importante el sospechar el diagnóstico por parte de los médicos de atención primaria y geriatras para realizar un tratamiento precoz, que en los casos de enfermedad localizada será principalmente quirúrgico. La realización de la BSGC como técnica de estadiaje y con valor pronóstico no suele estar indicada en pacientes mayores de 65 años, sin embargo si el paciente presenta buen estado general se recomienda su práctica. En casos de enfermedad avanzada la realización de linfadenectomías y el tratamiento con interferón son algunas de las opciones terapéuticas.

P037. APORTACION DEL FARMACÉUTICO A LA GESTIÓN DE APÓSITOS DE CURA HÚMEDA EN CENTROS SOCIO-SANITARIOS

K. Pérez Fernandez, M. Granero López, A. Freire Fojo y A. García Iglesias

Hospital Arquitecto Marcide. Área Sanitaria de Ferrol.

Objetivo: La instrucción 7/07 define los criterios de entrega de los apósitos de cura húmeda (ACH) en el Servicio Galego de Saúde (SerGas), que serán adquiridos por éste mediante concurso centralizado. Así se entregarán directamente en los centros asistenciales, no siendo válida su dispensación mediante receta oficial.

El objetivo es describir el proceso de selección y gestión de ACH y la elaboración de un protocolo de úlceras por presión (UPP) en centros socio-sanitarios (CS).

Método: Estudio descriptivo: En base a la instrucción 7/07 y al "Manual de Prevención y Tratamiento de Úlceras por Presión" del Sergas, se hizo una selección de los ACH que mejor se adaptaban a los tipos y características de las úlceras más frecuentes en los CS con prestación farmacéutica dependiente del Servicio de Farmacia del Hospital. Hasta entonces estos CS sólo contaban con 2 tipos de ACH, necesitando para las úlceras más complicadas la receta de apósitos específicos expedida por el médico del centro de salud correspondiente. A partir de un aplicativo informático del servicio de suministros, SUMAP®, el farmacéutico del CS pasó a gestionar la solicitud de los ACH en base a las previsiones de consumo valoradas conjuntamente con el resto del equipo asistencial. Se programó una solicitud mensual de los mismos.

Resultados: Los ACH seleccionados fueron: a) *hidrofibra de hidrocoloide no adhesiva en lámina*, indicada para heridas con exudado moderado o abundante, o *en cinta* para heridas fistulosas o cavitadas; b) *espumas poliméricas con y sin adhesivo*, que absorben el exudado, previenen la maceración y protegen la piel en zonas de presión; c) *apósito de carbón*, para heridas malolientes, infectadas y exudativas; d) *apósito con plata*, para lesiones infectadas o colonizadas; e) *hidrocoloide fino de baja absorción*, para proteger la piel en zonas de presión, roce o fricción; f) *hidrocoloide grueso de media y alta absorción con reborde*, indicado en úlceras de moderado exudado; g) *hidrogel*, para la limpieza autolítica e hidratación en úlceras secas, con esfacelos o tejido necrótico; h) *ácido graso hiperoxigenado* para la prevención de UPP o el tratamiento de úlceras de estadio I. Se diseñó un protocolo de UPP que se distribuyó entre la enfermería de los CS. Dicho protocolo incluía los nombres comerciales de los ACH con el objetivo de facilitar su identificación y así mejorar el cuidado de las úlceras.

Conclusiones: 1. La gestión de los ACH por el farmacéutico permitió disponer en los propios CS de una mayor variedad de los mismos, fomentando su uso racional. 2. La atención farmacéutica prestada en el entorno de un equipo interdisciplinar aporta calidad y eficiencia en la selección de ACH y en la protocolización de las curas de UPP.

P038. SÍNDROMES GERIÁTRICOS EN EL PACIENTE MAYOR INGRESADO EN EL ÁREA DE PSICOGERIATRÍA DE UN HOSPITAL PSIQUIÁTRICO

A. Prieto Castillejo, M.A. Valdepeñas, M.D. López, M. Cobos, J. Macias y E. Capdevila
Hospital San Juan de Dios. Ciempozuelos. Madrid.

Objetivo: Determinar la prevalencia de síndromes geriátricos (SG) en los pacientes mayores de 65 a. ingresados en nuestro centro para establecer medidas específicas de detección y manejo de los mismos.

Método: El trabajo se ha realizado sobre una población de 164 pacientes fijos ingresados a comienzos del año 2009 en el Área de psicogeriatría. Se han analizado los datos demográficos, número de diagnósticos previos, diagnóstico psiquiátrico principal y distintas variables referentes a síndromes geriátricos mediante la revisión de las valoraciones geriátricas realizadas (RAI-NH) y las historias clínicas.

Resultados: De un total de 164 pacientes estudiados, presentaban síndromes geriátricos 131 (79,8%) con una edad media de 74 años (rango 65-94 a.) predominando los pacientes de sexo masculino (79,7%). El 49,3% presentaba entre 2 y 3 SG y pluripatología de base con una media de seis diagnósticos además del diagnóstico principal psiquiátrico que fue de esquizofrenia en el 41,5% seguido de demencia en el 15,3% de los casos. El SG más frecuente ha sido el deterioro cognitivo (48,2%) seguido por las caídas (39,5%), estreñimiento (36,5%) y privación sensorial (visual: 34,1% y auditiva: 24,6%) Tras la detección de síndromes geriátricos se decidió la inclusión en programas específicos en el 90% de los casos y en el 70% ha implicado un reajuste del tratamiento farmacológico.

Conclusiones: 1. Un alto porcentaje de pacientes psicogeriátricos de larga estancia presentan síndromes geriátricos, casi la mitad entre 2 y 3. 2. Los más frecuentes en este medio son el deterioro cognitivo, las caídas, el estreñimiento y la privación sensorial. 3. La utilización interdisciplinar del RAI-NH exige trabajar en equipo y una gran coordinación de los profesionales y nos permite detectar los grandes SG siendo necesario profundizar en su mejor conocimiento y manejo dado lo común de su presencia. 4. Se aplican programas específicos de control y suponen una reevaluación del tratamiento farmacológico en la mayoría de los casos.

P039. PILOTAJE ENFERMERA DE REFERENCIA

M. Calderón Cerezo, M. Calderon Cerezo, F. Adrover Bonet, A. Sanz Martínez, M. Bujosa Taylor y M. Mihajlovic Mihajlovic
Gesma. Hospital General de Mallorca. Palma de Mallorca.

Introducción: Con el propósito de mejorar la calidad de los cuidados enfermeros que proporcionamos a nuestros pacientes/familias, se planteo un nuevo sistema de organización de los cuidados en las unidades, se piloto en dos unidades, se asigno a cada paciente un enfermero/a de referencia que actúa como coordinadora de los servicios que van a ayudar a que los pacientes/familia reciban una atención integral e interdisciplinar. Ante dicho cambio nos planteamos la realización de un estudio descriptivo para conocer el grado de satisfacción de los profesionales y identificar las dificultades.

Objetivos: Realizar en una primera instancia, un estudio piloto para detectar posibles dificultades y valorar el grado de satisfacción profesional del personal que participa en el pilotaje.

Método: Se confeccionó una encuesta (autoadministrada y anónima) de opciones múltiples. Periodo del estudio; noviembre 2008. Población; enfermeros de las unidades en pilotaje. Muestra; el total de profesionales (22). Ámbito de estudio; unidad de ortogeriatría y unidad de pluripatológicos.

Resultados: En tabla a pie de página.

Conclusiones: La enfermera de referencia mejora los cuidados hacia el paciente, el cual se siente más satisfecho. Ayuda a diferenciar la intervención enfermera del resto de los profesionales y mejora la coordinación en los cuidados del paciente. Siendo la mayor dificultad la rotación de los turnos.

P040. SÍNDROMES GERIÁTRICOS Y DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS EN UNA UNIDAD DE PLURIPATOLÓGICOS DE UN CENTRO SOCIOSANITARIO

M. Mihailovic, F. Adrover Bonet, M. Bujosa Teylor, A. Sanz Martínez, M. Medinas Sarrión y M. Calderón
Hospital General de Mallorca. Gesma. Palma de Mallorca.

Introducción: Los diagnósticos de enfermería son considerados un valioso instrumento para establecer el nivel de cuidados que precisa todo paciente anciano que ingresa en un centro sociosanitario.

Objetivos: Establecer la relación entre los síndromes geriátricos registrados al ingreso con los diagnósticos enfermeros detectados durante el ingreso.

Material y método: Se han estudiado 45 historias clínicas de pacientes ingresados en la unidad.

Resultados: Los principales síndromes geriátricos observados han sido: incontinencia urinaria 48,8%; síndrome de inmovilidad 46,6%; demencias 15,55%. Los diagnósticos enfermeros más prevalente han sido: riesgo de caídas 93,5%; deterioro de la movilidad 42,22%; deterioro de la integridad cutánea 37,7%; suplencia parcial 15,55%; suplencia total 84,44%.

Los índices de Barthel presentan dependencia total en el 53,3% de los casos.

Conclusiones: Las cargas de trabajo en las unidades de pluripatológicos precisan de un personal profesionalmente preparado para este tipo de paciente y de un equipo multidisciplinar.

P041. LA DISFAGIA, UN PROBLEMA EN EL ANCIANO

I. Muro Pablo, R. González Díaz, R. Gómez García, I. Perera Carballo, L.E.Hernández Pérez y J. Pérez Borrajo
Hospital Insular de Lanzarote.

Introducción: La disfagia es la dificultad para deglutir los alimentos y es un problema que afecta de forma importante a la población anciana en general y especialmente en el ámbito sociosanitario.

Objetivos: 1) Observar y conocer los problemas que afectan la deglución en los ancianos institucionalizados. 2) Identificar las consecuencias en las disfagias y objetivar las complicaciones. 3) Valorar las medidas adoptadas en el ámbito sociosanitario.

	Completo desacuerdo	Desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Desacuerdo
1. La figura de ER mejora los cuidados proporcionados al paciente	0,00%	0,00%	18,18%	72,73%	9,09%
2. Tener a un ER hace que el paciente se sienta más satisfecho	0,00%	9,09%	36,36%	45,45%	9,09%
3. El proyecto de ER ayuda a diferenciar la intervención enfermera de la del resto de profesionales	0,00%	4,55%	31,82%	59,09%	4,55%
4. La valoración y planificación de act por una sola persona ER, mejora la coordinación con los compañeros de la unidad	0,00%	4,55%	22,73%	68,18%	4,55%
5. El sistema de ER es sencillo de integrar con la dinámica de la unidad	0,00%	40,91%	22,73%	36,36%	0,00%
6. El sistema de ER es sencillo de planificar en un sist de turnos rotatorios	4,55%	63,64%	0,00%	31,82%	0,00%
7. Cuantos pac ha llevado como ER? MEDIA Entre 5 y 10					

Método: Realizamos el estudio de unos residentes del Hospital Insular de Lanzarote, evaluando los casos de disfagia, la prescripción de dietas y observando el uso de espesantes.

Resultados: Estudiamos a 205 ancianos de los cuales sus patologías fueron: Demencia (43,4%), Accidentes cerebrovasculares (29,7%), Neumonías (8,2%), Ulceras (2,5%) y otras (10%). Las manifestaciones de disfagia fueron las regurgitaciones, las infecciones pulmonares por aspiración y dolor torácico. El 24,3% usan dietas trituradas. De estos, el 50% usan espesantes y el 16% gelatinas. Las dietas son elaboradas a base de papillas y líquidos que se espesan hasta la consistencia más adecuada a cada caso. El temor al atragantamiento puede originar que la alimentación se vea limitada y queden descuidadas las necesidades nutricionales.

Conclusión: Desde la primera manifestación de disfagia optaremos por una dieta y un aporte de líquidos adaptados a la persona viendo el tipo de alimentación que puede tomar, así mejoraremos su estado nutricional e hídrico y también la calidad de vida del paciente.

P042. HIPOTENSIÓN ORTOSTÁTICA E HIPOTENSIÓN POSPRANDIAL COMO FACTORES PRONÓSTICO A LARGO PLAZO EN PACIENTES INGRESADOS EN UNA UNIDAD DE MEDIA ESTANCIA

C. Villavicencio-Chávez, A. Calle Egusquiza, P. González Marín, M.J. Robles Raya, N. Ferrer-Benajes y R. Miralles Basseda
Hospital del Mar. Hospital de la Esperanza. Centro Forum. IAGS. IMAS. Barcelona.

Objetivo: Evaluar la presencia hipotensión postprandial (HPP) e hipotensión ortostática (HO) en pacientes (Px) ancianos ingresados en una unidad de convalecencia y analizar sus características, sus factores relacionados y su posible relación con la mortalidad.

Materiales y métodos: Se analizaron 93 Px que cumplieran los siguientes criterios: edad > 65 años, hallarse estable clínicamente, capacidad para tolerar la sedestación y/o bipedestación y capacidad de ingesta oral conservada. Se recogieron las siguientes variables: edad, sexo, número de síndromes geriátricos (SG), número de fármacos (NF), Barthel previo (BP), al ingreso (BI) y actual (BA), Índice de Lawton (IL); Folstein (MMSE), Yesavage (Y); valoración nutricional: Albúmina (Al), colesterol (Cl), Índice de masa corporal (IMC), Charlson (CH), Norton (N), antecedentes de caídas y presencia de síntomas de neuropatía autonómica (SNA). Se registró la tensión arterial por la mañana en posición supina y tras unos tres minutos de sedestación y/o bipedestación; Se definió HO como el descenso de > 20 mmHg de TA sistólica y > 10 mmHg de TA diastólica. Se registro la TA estando sentado 15 minutos y 90 minutos después del desayuno. Se definió la HPP como el descenso de > 20 mmHg de TA sistólica. Se realizó el seguimiento vía telefónica de los Px durante los 3, 6 y 9 meses siguientes, para evaluar su relación con la mortalidad.

Resultados: Mujeres 53 (57%) y varones 40 (43%), Las medias fueron: Edad: 79,9 ± 7,5; BP: 91,4 ± 13,8; BI: 39,7 ± 20,3; BA: 67,3 ± 23,9; IL: 4,6 ± 2,5; MMSE: 22,8 ± 6,7; Y: 2,4 ± 3,2; IMC: 25,5 ± 4,5; Al: 3,3 ± 0,4; Cl: 165,4 ± 42; CH: 1,7 ± 1,7; N: 15,5 ± 2,5; pacientes con caídas 66 (71%) SG: 4,4 ± 1,8; NF: 6,2 ± 2,9. De los 93 Px, 13 (14%) tuvieron HO y 41 (44,1%) HPP. Aquellos Px con HO presentaron un IL y un IMC inferiores (3,1 ± 1,8 vs 4,9 ± 2,5; p < 0,02) y (23,1 ± 1,7 vs 25,9 ± 4,7; p < 0,042) respectivamente. La mortalidad para los Px con HO fue de 3 (23,3%), 4 (30,8%), 4 (30,8%) a los 3, 6 y 9 meses respectivamente y para los Px con HPP fue de 6 (14,6%), 9 (22%), 10 (24,4%).

Conclusiones: 1. La prevalencia de HO fue de 14% y la de HPP fue de 44,1%. 2. La existencia de HO se relacionó de forma significativa con un menor IL y un peor estado nutricional. 3. No hubo relación entre la HO e HPP y la mortalidad en el presente estudio, ni tampoco con el resto de variables estudiadas.

P043. INFARTO ESPLÉNICO DE ORIGEN EMBÓLICO. A PROPÓSITO DE UN CASO

O.L. Díaz Crombie, N. Martí Triguero y R. Martínez Ripol
Hospital Sociosanitario Francoí. Tarragona.

Introducción: El infarto esplénico se produce tras la oclusión arterial o venosa de la circulación esplénica que condiciona isquemia. Es una entidad poco frecuente cuya etiología suele obedecer a enfermedades hematológicas en especial hemoglobinopatías, leucemias y linfomas, en menores de 40 años, y a etiologías tromboembólicas como fibrilación auricular, embolias sépticas y endocarditis trombótica, por encima de esa edad. Presentamos el caso de un infarto esplénico como complicación de fibrilación auricular.

Caso clínico: Mujer de 85 años con antecedentes de miocardiopatía hipertrófica y fibrilación auricular paroxística sin tratamiento de anticoagulación. La paciente ingresó en la unidad de convalecencia para rehabilitación por pérdida de la capacidad funcional. A las dos semanas la paciente presentó dolor agudo en el hipocondrio izquierdo, fiebre y náuseas. La exploración física reveló abdomen blando, doloroso a la palpación en hipocondrio izquierdo, sin signos de irritación peritoneal. El hemograma y la coagulación fueron normales. En la bioquímica destacó creatinina de 1,23 mg/dL. Los cultivos en sangre y orina fueron negativos. La ecografía abdominal mostró esplenomegalia de ecoestructura heterogénea con extensa área de hipoeocogenicidad compatible con infarto esplénico y el TAC abdominal confirmó la existencia de lesión hipodensa en parénquima esplénico. La enferma recibió tratamiento con analgesia, antibioticoterapia y anticoagulación quedando asintomática, siendo la evolución radiológica favorable con disminución de la lesión esplénica.

Discusión: El infarto esplénico puede cursar de forma asintomática o acompañarse de manifestaciones clínicas como dolor abdominal, con mayor frecuencia en hipocondrio izquierdo, fiebre y síntomas generales como sensación de plenitud abdominal y náuseas. La causa más frecuente es la enfermedad tromboembólica, usualmente debida a una fibrilación auricular sin tratamiento de anticoagulación, como nuestra paciente quien desarrolló un infarto esplénico en el seno de cardiopatía embolígena. Los métodos diagnósticos empleados son la ecografía, que muestra áreas triangulares hipoeoicas periféricas en la fase aguda y el TAC, que pone de manifiesto áreas hipodensas periféricas y que no se realzan con el contraste. El tratamiento es inicialmente conservador con analgesia y anticoagulación. La esplenectomía está indicada en caso de persistencia de síntomas o complicaciones graves (pseudoquistes, absceso, hemorragia, hematoma subcapsular, rotura esplénica). Nuestra paciente evolucionó bien con tratamiento conservador.

Conclusión: El infarto esplénico es una situación de riesgo importante para la vida del paciente por sus posibles complicaciones. Debe ser sospechado en casos de dolor abdominal agudo en hipocondrio izquierdo y fiebre en determinadas patologías entre ellas la enfermedad tromboembólica. La tomografía computarizada es la modalidad diagnóstica de elección y el tratamiento será conservador salvo complicaciones.

P044. LA DEPRESIÓN EN EL PACIENTE GERIÁTRICO

I. Muro Pablo, R. González Díaz, R. Gomez García, I. Perera Carballo, L.E. Hernández Pérez y J. Pérez Borrajo
Hospital Insular de Lanzarote.

Introducción: La depresión es un síndrome geriátrico frecuente que produce alto grado de incapacidad y aumenta la mortalidad en la población anciana. Altera la calidad de vida del que la sufre, es además un problema social y de salud pública. La depresión tiene formas peculiares de presentación, a veces pueden predominar síntomas fi-

sicos o cognitivos. La terapia antidepressiva es frecuentemente aplicada por comorbilidad de enfermedades, la polifarmacia y por el aumento de sensibilidad a los efectos de los fármacos.

Objetivos: Realizaremos un estudio a 52 ancianos institucionalizados en la Residencia del Hospital Insular de Lanzarote, para determinar el grado de incidencia depresiva.

Métodos: Para la realización del estudio, se revisan sus historias clínicas y se considera una serie de variables: sociodemográficas y mentales (escala de depresión).

Resultados: Comprobamos que de estos 52 ancianos, un 30,7% padecen síntomas depresivos, el 68,7% son mujeres y el 31,2% son hombres. A su vez, el 39,1% padecen sintomatología moderada-grave y el 60,9% mostraba depresión leve- moderada. Tratándose de una población mayoritariamente viuda, con bajo nivel de instrucción y actualmente cobrando pensión. Padecen multipatologías por lo que consumen muchos fármacos. Carecen de apoyo social y la actividad física que llevan es de ligera a sedentaria.

Conclusión: Las características psicológicas y sociales que inciden en los ancianos favorecen la aparición de la depresión. Realizar el diagnóstico diferencial es de suma importancia ya que la depresión frecuentemente responde al tratamiento, con resolución tanto de las deficiencias cognitivas como de los trastornos afectivos.

P045. ESTUDIO WIIAGE. LA INCORPORACIÓN DE LAS NUEVAS TECNOLOGÍAS EN LAS ACTIVIDADES DIARIAS (AVD) EN CENTROS RESIDENCIALES

J. Rubio Navarro, M. Parcerisa García, A. Blázquez, N. Alcaraz Mensa, E. Rando y L. Boix
Intercentros Ballesol. Barcelona.

Objetivo: Potenciar el bienestar (bio-psico-social) de la persona mayor de forma activa en un contexto lúdico utilizando la Wii como herramienta de mejora desde una perspectiva interdisciplinar. Objetivos específicos: 1) Área Biosanitaria: Optimizar parámetros biológicos y farmacológicos. 2) Área Fisioterapia: Reeducar funciones motoras. 3) Área de Psicología: Estimular capacidades cognitivas y bienestar emocional. 4) Área de Dinamización: Incrementar las relaciones intergeneracionales (familiares y comunitarias). 5) Área de Recursos Humanos: Mejorar las relaciones laborales.

Método: La muestra fue seleccionada por el departamento biomédico según los criterios de inclusión establecidos. Se realizan diferentes aplicaciones de talleres. 1) Talleres formales con sesiones realizadas con personas mayores en pequeños grupos (entre 3 y 4 sujetos) y un monitor. 2) Talleres informales entre personas mayores residentes que de forma voluntaria y espontánea realizan diversas partidas a distintos juegos. 3) Talleres intergeneracionales formales e informales. Se realizan varias competiciones con dos cohortes (a nivel comunitario o familiar). 4) Talleres para el personal del centro.

Resultados: Los datos obtenidos hasta la fecha reflejan beneficios en el área física, cognitiva y emocional tanto de las personas mayores como de las personas que los atienden. Las conclusiones extrapolables hasta la fecha son diversas: 1) La revalorización del tiempo libre como espacio enriquecedor para fomentar las relaciones intergeneracionales (dentro de la familia y en la comunidad) para incrementar la calidad de vida. 2) Establecer nuevos modelos de interacción entre personas mayores, patologías asociadas a la vejez y su entorno, reconstruyendo los roles preestablecidos, incrementa la sensación de bienestar de la persona. 3) Ampliar la gama de material psicoestimulativo específico mercado para trabajar las capacidades físicas y cognitivas de forma motivadora sin caer en la monotonía ni el puerismo. 4) 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.

P046. DISFAGIA EN ANCIANOS QUE VIVEN EN RESIDENCIAS GERIÁTRICAS DE BARCELONA

M.J. Torres Camacho, M. Vázquez Perozo, A. Parellada Sabaté, M. González Acosta y R. Vila Melero
Institut Català de la Salut. Barcelona. CAP Manso. Barcelona.

Introducción: La disfgia se define como la dificultad para deglutir alimentos o bebidas, tiene una gran prevalencia entre la población anciana, se estima que el 15% de las personas mayores de 65 años sufre disfgia y la incidencia en residencias geriátricas (RG) ha sido estimada en un 40%.

Objetivo: *General:* Conocer la prevalencia de ancianos con disfgia que viven en RG de Barcelona. *Específicos:* 1) Describir el estado funcional (físico y psíquico), edad y sexo, patologías y fármacos que inciden en la posible aparición de la disfgia. 2) Valoración de las medidas dietéticas adoptadas por las RG para el manejo de la disfgia. *Diseño:* Estudio descriptivo transversal.

Ámbito, periodo y población de estudio: La población de estudio son los ancianos que viven en RG de la ciudad de Barcelona y que han sido valorados por la UADG hasta septiembre del 2008. La población a estudio la constituyen 1777 residentes de 66 RG.

Instrumentos utilizados: Historia clínica geriátrica (HCG). Cuestionario de disfgia elaborado por los profesionales de la UADG asesorados por Nestlé Nutrition. El cuestionario recoge si: Consta disfgia en los antecedentes. Tiene dificultades para tragar. Tiene tos mientras come. Tiene tos después de comer. Carraspea frecuentemente. Se atraganta con los líquidos. Se atraganta con los sólidos. Se atraganta con las texturas mixtas. Se le hace una bola en la boca cuando come. Babea frecuentemente. Es incapaz de tragar el bolo alimenticio en una única deglución. La dieta es adecuada a la disfgia. Especificar medidas dietéticas. Variables: Edad. Sexo. Índice de Barthel (IB). Test de Pfeiffer. Utilización de SNG y/o PEG. Patologías relacionadas con la disfgia. Medicamentos que pueden influir. Cuestionario de disfgia elaborado por la UADG.

Metodología: Las encuestas fueron realizadas por los DUE de la UADG en la misma RG. *Análisis de datos:* Estadística descriptiva de las variables analizadas mediante proporciones.

Resultados y discusión: El perfil de los residentes con disfgia son mujeres (80,80%), más de la mitad son mayores de 85 años (52,08%), tienen una dependencia física importante para las ABVD según IB < 60 (87,50%) y según test de Pfeiffer, el 66,66% muestra un deterioro cognitivo severo. El 53,12% presenta algún tipo de demencia, y los AVC representan el 23,95%. La prevalencia de disfgia es del 5,40%. El cuestionario fue respondido por el cuidador en el 90,62%. La dificultad en la ingesta de líquidos es del 88,52%. La utilización de espesantes comerciales (7,29%) es reducida. La prevalencia de disfgias a texturas mixtas es del 76,03%. La dieta triturada se da en el 79,16%. En la muestra utilizan dieta adecuada el 87,5%. La disfgia solo consta en la historia clínica en el 13,54%.

Conclusiones: La disfgia debe quedar reflejada en la historia clínica. Es necesaria la valoración geriátrica integral individualizada para detectar casos de disfgia. El personal de las RG necesita más formación para reconocer los signos de alerta indicativos de disfgia. Las medidas dietéticas en las disfgias desempeñan un papel primordial.

P047. LESIÓN MEDULAR INCOMPLETA EN PERSONA MAYOR: A PROPÓSITO DE UN CASO

G. Cardenal Félix, I. Roca Bauza, R. Corcobado Chapinal, N. Martínez Triviño, N.I. Sánchez Mederos y E.M. Verdura Martorell
Hospital Comarcal de Inca. Inca.

Introducción: Se va a desarrollar en este póster el tratamiento llevado a cabo en un hospital de agudos de un usuario de 85 años con fractura-luxación medular a nivel C5-C6 grado III con contusión medular, remitida a Terapia Ocupacional (T.O.) un mes después de ser

intervenida, habiéndose realizado una disectomía de C5-C6 y colocación de un injerto intersomático más una placa anterior.

Objetivos: Describir las características del tratamiento de Terapia Ocupacional de un paciente con lesión medular incompleta. Se presentan los datos obtenidos y la eficacia de tratamiento.

Materiales y metodología: Se valoró utilizando el Índice de Barthel (IB) en las Actividades Básicas de la Vida Diaria, el L.O.T.C.A.-G para valorar las capacidades cognitivas; y el Test T.E.M.P.A. (Upper Extremity Performance Test for the Elderly) para recoger la funcionalidad de la extremidad superior. El TEMP A es una evaluación estandarizada desarrollada para valorar la funcionalidad de la extremidad superior en personas mayores; y utiliza, nueve actividades (actvs) de la vida diaria; cinco actvs bimanuales y cuatro actvs unimanuales recogiendo parámetros de ejecución funcionalidad de estas actvs (velocidad y análisis de la actv). La validez de esta escala ha sido establecida por Desosiers, Hevert, Dutil, Bravo y Mercier, 1994.

En sesiones de 40 minutos, tres días por semana la paciente recibe; re-entrenamiento en las actvs básicas de la vida diaria, actvs terapéuticas encaminadas a la recuperación funcional de MMSS, entrenamiento en AATT, entre otras.

Resultados: Al finalizar el tratamiento se cumplieron los objetivos de la paciente y los objetivos terapéuticos: independencia en las ABVD. En el IB obtuvo una mejoría importante. A través de actvs propositivas, herramienta terapéutica del TO, se consiguió mejorar las capacidades motoras de los MMSS resultando de ello aumento en el test TEMP A con respecto a los resultados iniciales.

Conclusiones: Teniendo en cuenta la edad del paciente y el tipo de patología la recuperación ha sido óptima. Ha sido importante en los buenos resultados obtenidos, el buen estado cognitivo del usuario (obtenemos un resultado LOTCA-G sin alteraciones) y, la colaboración durante el tratamiento.

P048. EFECTIVIDAD DE LAS MEDIDAS PREVENTIVAS EN LA DISMINUCIÓN DE LA SEVERIDAD DE LAS UPP EN CENTRO GERONTOLÓGICO

A.B. Sánchez, N. Sancho, V. Bañales, M. Pardo y J. Baleztena
Centro Gerontológico Amma Argaray. Pamplona.

Objetivos: Las Úlceras Por Presión (UPP) constituyen un importante problema de salud en la población geriátrica. Además son un indicador de calidad en residencias y hospitales. Los objetivos: 1) Conocer la prevalencia de UPP en un centro gerontológico de Pamplona. 2) Comparar nuestros datos con otros centros sociosanitarios a nivel nacional. 3) Valorar la eficacia de los medios preventivos utilizados.

Método: 1) Estudio descriptivo transversal. 2) Se utilizó la escala de riesgo de UPP de Braden. 3) Para la comparación de datos se seleccionó el Estudio "Epidemiología, coste y repercusiones legales de las úlceras por presión en España, años 2005-2006" del GNEAUPP. 4) Medidas preventivas: colchón y cojín antiescaras, cambios posturales, protección de talones y apósitos de prevención. 5) Población estudiada: los 140 residentes de Amma Argaray en Diciembre 2008. 6) Para el análisis estadístico se empleó el SPSS 11.0.

Resultados: Edad media 84.6 años. Distribución por sexos 22,85% hombres (32/140) y 77,15% mujeres (108/140). La estratificación según el riesgo de padecer UPP por la Escala de Braden fue: 16,5% (23/140) alto riesgo, 9% (13/140) riesgo moderado, 23% (32/140) bajo riesgo, y 51,5% sin riesgo (72/140). La prevalencia de UPP general fue 18% (26/140). La prevalencia de UPP en los distintos grupos fue: 43,47% en el grupo de alto riesgo (10/23), 38,46% en el grupo de riesgo moderado (5/13), 38,15% de riesgo bajo (9/32) y 1,4% en los residentes sin riesgo (1/72). Según la severidad de las lesiones la distribución fue: 74% (32/43) grado I, 21% (9/43) grado II, 5% grado III (2/43) y 0% de grado IV.

Conclusiones: 1. Nuestras cifras de prevalencia generales se asemejan a la de otras Comunidades Autónomas según el estudio del GNEAUPP (12%). 2. Destaca que nuestro centro presenta una preva-

lencia de 72% de úlceras grado I frente a la nacional que es de 15-23%, por lo que podríamos decir que nuestras medidas preventivas consiguen una mejoría en cuanto a la severidad de las UPP. 3. La aplicación sistemática de medidas preventivas en la población de riesgo de UPP parecen mejorar la calidad de la atención.

P049. PREVALENCIA Y USO DE BENZODIAZEPINAS EN UNIDADES GERIÁTRICAS DE AGUDOS (UGAS)

D. Rodríguez González⁴, F. Formiga³, J. Santemas⁵, J. Barbe¹, E. Sacanella² y E. Duaso⁴

¹Hospital Vall d'Hebron. Barcelona. ²Hospital Clinico. Barcelona.

³Hospital Universitario de Bellvitge. L'Hospitalet De Llobregat.

Barcelona. ⁴Consortio Sanitario de Terrassa. Barcelona.

⁵Hospital Universitario Germans Trias. Badalona. Barcelona.

Fundamento y objetivo: La utilización de benzodiazepinas no está exenta de importantes efectos secundarios, siendo considerados medicamentos potencialmente inadecuados para el consumo crónico en las personas mayores. El objetivo del estudio es evaluar la prevalencia y uso crónico de benzodiazepinas en pacientes ingresados en Unidades Geriátricas de Agudos (UGAS).

Método: Se han evaluado 276 pacientes ingresados de forma consecutiva en 5 UGAS de Cataluña. Se ha recogido el motivo de ingreso; características sociodemográficas; número de fármacos de prescripción crónica; tipo de benzodiazepina, y su indicación; Índice de Barthel (IB) previo y al ingreso; Índice de Charlson (ICh); Pffeiffer; antecedente demencia (tipo), y si habían caído en los últimos 6 meses. También se ha recogido la prescripción de benzodiazepinas, de nuevo, durante el ingreso, el tipo, motivo y si se iniciaba la retirada de aquellas de prescripción crónica.

Resultados: Se han incluido 155 mujeres (56,1%) y 121 varones, con una edad media de 84,1 ± 6,3 años. El 38,4% estaban casados, 56,5% viudos, 4,3% solteros y 0,7% separados. La mayoría vivía en la comunidad excepto 37 (13,4%) institucionalizados. El número de medicamentos de prescripción crónica era de 7,7 (± 3,9). Un 33,6% (93 pacientes) consumían BZD de forma crónica, de ellos 64 (68,8%) eran mujeres. 59 (63,4%) pacientes las tomaban por insomnio, 26 (27,9%) por ansiedad y 8 (8,6%) por otras indicaciones. El 79,6% de las BZD eran de vida media intermedia, el 15,1% de vida media larga, el 2,1% de vida media corta y el 3,2% análogos de BZD. El IB previo era de 69,2 (± 28,1). 74 pacientes (26,8%) están diagnosticados de demencia, de los que 22 (40,5%) tienen enfermedad de Alzheimer, 21 (28,3%) demencia vascular, 17 (22,9%) demencia mixta y el resto otras demencias. Un 23,5% habían tenido al menos una caída en los últimos 6 meses. El Pffeiffer de ingreso era de 3,4 ± 2,5 errores, el ICh de 2,7 ± 1,9 y el IB al ingreso de 40,4 ± 28,6. La prescripción de nuevas BZD durante el ingreso fue del 3,6%, por insomnio en el 90% de casos y ansiedad en el 10%; el tipo de benzodiazepina en el 80% de las prescripciones era de vida media intermedia, el 20% de vida media corta. No hubo nuevas prescripciones de BZD de vida media larga. Se retira la prescripción crónica de BZD en 27 pacientes (29%) de los pacientes.

Conclusiones: Más de un tercio de los pacientes ancianos ingresados en una UGA toman de manera crónica BZD. Destaca que en la mayoría de casos son benzodiazepinas de vida media intermedia y se administran fundamentalmente por insomnio. Se consiguen retirar, en un 29% de los pacientes, siendo muy bajo el porcentaje de prescripción de "novo."

P050. APARICIÓN DE ÚLCERAS EN EL ANCIANO

J. Pérez Borrajo, R. González Díaz, R. Gomez García, I. Perera Carballo, L.E. Hernández Pérez e I. Muro Pablo
Hospital Insular de Lanzarote.

Introducción: Las úlceras de presión son lesiones de origen isquémico que tienden a aparecer cuando el tejido blando está comprimido entre

dos planos, uno las prominencias óseas del propio paciente y otro una superficie externa. También pueden ser de origen iatrogénico, causadas por la presión de alguna sonda. La aparición de úlceras de presión constituye un de los problemas que con más frecuencia se observan en los ancianos y personas mal nutridas como resultado de la inmovilización.

Objetivos: 1. Localizaciones más frecuentes. 2. Enfermedades relacionadas con la aparición. 3. Prevención de la aparición.

Método: Se realiza un estudio a 42 ancianos (mayores de 65 años), ingresados en la unidad de larga estancia del Hospital Insular de Lanzarote. Se revisan sus historias clínicas para determinar la existencia de patologías, riesgo ante la aparición de úlceras así como la localización más frecuente de las úlceras en el anciano.

Resultados: En el estudio observamos la relación de enfermedades relacionadas con la aparición de úlceras por presión, entre ellas destacamos con mayor porcentaje la demencia 56,2%, insuficiencia cardiaca 30,9%, osteoartritis 26%, diabetes 21%, anemia 9,2% y obesidad 3,4%. De estos ancianos el 98% son incontinentes y el 94% presenta disminución de la capacidad funcional y algún tipo de inmovilidad, de los cuales un 12% padecen úlceras por presión, cuya localización más frecuente es glúteos 32%, talón 30%, cadera 26% y trocánter 2%.

Conclusión: Entre los candidatos de riesgo debemos conseguir un estado nutricional adecuado y una buena Prevención, con cambios posturales, uso de materiales blandos para acolchar sillas de rueda y camas (colchones de aire), con el fin de reducir la presión. Además proporcionar unos cuidados adecuados de la piel, manteniéndola limpia y seca.

Cuando la lesión ya ha aparecido realizaremos un tratamiento de la infección, a través de apósitos que eviten la deshidratación y permitan la oxigenación, para evitar una posible infección local (sepsis) que puede provocar la muerte en un 60%.

P051. LOCALIZACIÓN DE FALLECIMIENTO COMO INDICADOR DE CALIDAD ASISTENCIAL EN PACIENTES GERIÁTRICOS INSTITUCIONALIZADOS

J. Álaba Trueba, T. Cestau, A. Urbizu, J. Núñez, C. Martins y A.S. Matos

Fundación 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.

Palabras clave: cuidados paliativos, residencias asistidas, anciano.

P052. PARÁMETROS DE FUERZA, DESTREZA Y COORDINACIÓN EN PERSONAS MAYORES INSTITUCIONALIZADAS. ESTUDIO PILOTO

C. Gómez Calero¹, R. Cano de la Cuerda¹, R.M. Martínez Piédrola¹, B. Tubilla Delgado², J.M. Almendro Vázquez² y M. Pérez de Heredia Torres¹

¹Universidad Rey Juan Carlos. Alcorcón. Madrid. ²Residencia AMMA Alcorcón. Madrid.

Objetivo: Describir la fuerza, destreza y coordinación de los miembros superiores en una población de personas mayores institucionalizadas.

Método: El estudio se llevó a cabo en la Residencia AMMA-Alcorcón. Se evaluaron sujetos independientes y dependientes sin deterioro cognitivo (\geq 23 MEC de Lobo). Para medir la fuerza del puño y de la flexo-extensión de codo se administró el dinamómetro Jamar® y el dinamómetro isométrico Lafayette®. La destreza y coordinación se valoró con las pruebas de la Batería de Evaluación Neurológica para Terapeutas Ocupacionales Chessington (COTNAB).

Resultados: La muestra estuvo compuesta por 16 personas mayores (8 varones y 8 mujeres) con edades comprendidas entre 74-90 años. La edad media fue de 81 años. 5 recibían tratamiento de Terapia Ocupacional, 8 de Fisioterapia y Terapia Ocupacional y 3 ningún tratamiento rehabilitador. 10 sujetos eran independientes (95-100 Barthel) y 6 dependientes (45-90). Todos los sujetos eran diestros. Los resultados de las valoraciones sobre la fuerza de puño, flexo-extensión de codo, destreza y coordinación se detallan a continuación: La media de Peak Torque para la flexión del miembro superior derecho (MSD) fue de 11,44 kg, y de 24,12 kg para el miembro superior izquierdo (MSI). La media de Peak Torque para la extensión del MSD fue de 19,6 kg y de 19,8 kg para el MSI. La media de fuerza en para el puño para el MSD fue de 39,43 kg y de 36,97 kg para el MSI. La media del tiempo empleado en la prueba de destreza con la mano derecha fue de 1' 35" y de la izquierda fue de 1' 19". Respecto a la prueba bilateral fue de 48". La media del tiempo en la prueba de coordinación con el MSD fue de 1' 16" y de 1' 05" con el MSI.

Conclusiones: Existen cambios en los parámetros de fuerza muscular, coordinación y destreza inherentes al proceso de envejecimiento. Son necesarias valoraciones estandarizadas y normalizadas por grupos de edad con objeto de comprobar dichas modificaciones, así como servir como medidas de control de los beneficios de las técnicas de fisioterapia y TO empleadas en geriatría.

P053. ENVEJECIMIENTO EN EL SISTEMA CARDIOVASCULAR

R. González Díaz, I. Muro Pablo, R. Gómez García, I. Perera Carballo, L.E. Hernández Pérez y J. Pérez Borrajo

Hospital Insular de Lanzarote.

Introducción: En el sistema cardiovascular con el paso de los años se producen una serie de cambios en la estructura, en el funcionamien-

to del corazón y de las arterias. Estos cambios disminuyen la capacidad de reserva del corazón, predisponen la presencia de enfermedades y limitan la máxima capacidad de ejercicio.

Objetivos: Observar las enfermedades cardiovasculares más frecuentes en ancianos y su relación con determinadas variables.

Material y métodos: El estudio se realiza a una población anciana mayor de 60 años. Los datos los obtenemos de sus historias clínicas individuales. Utilizaremos una serie de variables: 1) Sociodemográficas (edad, sexo, estado civil...). 2) Y Clínicas (existencia de enfermedades potencialmente incapacitantes y número de las mismas).

Resultados: El estudio se realiza a unos 84 pacientes de la Unidad de Larga Estancia y de la Residencia del Hospital Insular de Lanzarote, de edades comprendidas entre los 60 y los 100 años. La mayoría eran viudos, con predominio del sexo femenino (52,3%), con bajo nivel de instrucción y con una actividad física de ligera a sedentaria. Las patologías más prevalentes: Hipertensión arterial (30%), cardiopatología arterioesclerótica (25,2%), insuficiencia cardiaca (16,6%), arritmia (3,5%) y cardiopatía isquémica (2,3%).

Conclusión: En las personas mayores las enfermedades cardiovasculares son la principal causa de enfermedad y muerte. Producen una enorme morbilidad, causando el ingreso hospitalario y la incapacidad en esta población. Así que observamos que están relacionadas directa y proporcionalmente con la edad.

P054. SÍNDROME DE INMOVILIDAD EN EL ANCIANO

R. Gómez García, R. González Díaz, I. Muro Pablo, I. Perera Carballo, L.E. Hernández Pérez y J. Pérez Borrajo
Hospital Insular de Lanzarote.

Introducción: La inmovilidad es la disminución de la capacidad para desempeñar actividades de la vida diaria por deterioro de las funciones motoras. Estas circunstancias condicionan que a medida que se prolonga la expectativa de vida se incrementa el número de años de dependencia e incapacidad. La inmovilidad está marcada por la reducción de la tolerancia al ejercicio, una progresiva debilidad muscular. La capacidad de movilización es un indicador del nivel de salud del anciano y de su calidad de vida, ya que determina su grado de independencia.

Objetivos: Conocer la prevalencia de incapacidad funcional en actividades básicas de la vida diaria en ancianos institucionalizados. Identificar aquellas variables que puedan estar asociadas a la incapacidad funcional y determinar aquellas actividades para las que se incapacitan un mayor número de sujetos.

Material y métodos: Se realiza un estudio a ancianos mayores de 60 años residentes en la dependencia del Hospital Insular de Lanzarote. Se consideran una serie de variables: funcionales (mediante el índice de Barthel), mentales (escala de depresión geriátrica), clínicos (existencia de enfermedades potencialmente incapacitantes y número de enfermedades) y sociodemográficos (edad, sexo, estado civil y nivel de estudios).

Resultados: Se incluyeron en el estudio 80 ancianos de edades comprendidas entre los 60 y 100 años, la mayoría viudos, con predominio del sexo femenino (52,3%), con bajo nivel de estudios y actualmente cobrando una pensión. Siendo las patologías más prevalentes: Demencia (36,9%), ACV (30,9%), osteoartritis (22,6%), patología visual (19%) y Parkinson (13%). Mediante el índice de Barthel, descubrimos que donde más dependencia existe es en el baño (73,8%), arreglarse (64,2%), escalones (55,9%), vestirse (53,5%), micción (53,5%), y donde menos, en la alimentación (23,8%) y en el traslado (17,8%).

Conclusión: La inmovilidad aumenta con la edad. El 18% de mayores de 65 años tienen problemas para moverse sin ayuda y el 50% mayores de 75 años tienen problemas para salir fuera de las dependencias hospitalarias. Las variables edad, sexo, número de enfermedades y puntuaciones en el índice de Barthel parecen comportarse como variables independientes capaces de predecir el riesgo de incapacidad

funcional en AVD. Estas variables podrían ser útiles para seleccionar grupos de ancianos con riesgo, que pudieran beneficiarse de intervenciones especializadas dirigidas a prevenir o reducir la incapacidad funcional.

P055. ACTIVIDAD DEL HOSPITAL DE DÍA GERIÁTRICO

F. Prado Esteban, M.T. Guerrero Díaz, M.C. Macías Montero, A. Muñoz Pascual, E. Ridruejo Gutiérrez de la Cámara, M.T. Guerrero Díaz, M.C. Macías Montero, A. Muñoz Pascual y E. Ridruejo Gutiérrez de la Cámara
Complejo Hospitalario de Segovia. Segovia.

Introducción: El hospital de DIA geriátrico (HDG) constituye un nivel asistencial fundamental en la atención integral de ancianos con algunas patologías prevalentes.

Objetivos: Valorar la evolución funcional de los pacientes ingresados durante los 3 últimos años en el HDG.

Material y métodos: Se atendieron 165 pacientes realizando tratamiento integral. Se valoró su recuperación funcional mediante la Escala de Cruz Roja e Índice de Barthel.

Resultados: Se trataron 165 pacientes, 69 hombres y 95 mujeres, edad media de 82 años y una media de 24 tratamientos. Procedían de Geriátría 52%, Rehabilitación 15%, Neurología 10%, A. Primaria 10%, Petición Familiar 8%, Traumatología 5%. Las patologías más prevalentes fueron ictus 41,4% fractura de cadera 9,5%, parkinson 8,6%, caídas 7,7%, poliartrosis 3,4%, inmovilismo de otras causas 29,4%. Las comorbilidades fueron HTA, Diabetes, ictus previos y arritmias. La situación funcional al ingreso era de deterioro leve 15%, moderada 56,8% y severa 28,2% y al alta deterioro leve 70,5%, moderado 16,5% y severo 13%. No presentaban deterioro psíquico significativo. Vivían en domicilio 98% (solos 10%) y en residencia 2%.

Conclusiones: EL HDG es un recurso beneficioso y necesario en un área con alto índice de envejecimiento y escasos recursos. EL 80% mejoraron funcionalmente. La mayoría continuó en su domicilio.

P056. TRASTORNOS DEL SUEÑO EN EL ANCIANO Y LAS TERAPIAS PARA MEJORARLO

L.E. Hernández Pérez, R. González Díaz, R. Gomez García, I. Perera Carballo, I. Muro Pablo y J. Pérez Borrajo
Hospital Insular de Lanzarote.

Introducción: El sueño es un estado de conciencia donde está disminuida la capacidad para captar los estímulos exteriores y responder ante ellos. El sueño normal consta de 2 periodos: sueño REM y sueño No REM (consta de 4 periodos, el 0 es vigilia). Los periodos 3 y 4 corresponden al sueño profundo. Los mayores de 75 años carecen prácticamente de los periodos 3 y 4, que no supera el 10%. Tiene gran importancia el conocimiento de estas enfermedades que afectan a la conciliación del sueño, ya que este grupo está aumentando considerablemente, y sobre todo en las sociedades occidentales. Con la edad aumenta también el tiempo de vigilia hasta conciliar el sueño, y son más frecuentes en la ancianidad los despertares nocturnos acompañados de una creciente dificultad para volver a conciliar el sueño.

Objetivos: Disminuir el consumo de fármacos con terapias para mejorar el sueño.

Material y métodos: El estudio se realiza con 30 pacientes ancianos ingresados en el Hospital Insular y consideramos algunas variables como los antecedentes personales, sexo, diversas patologías... Y la relación de éstas con el consumo de fármacos y la duración del sueño.

Resultados: Tras el estudio realizado podemos apreciar que: a) es mayor el tiempo total de sueño en hombres (7 h) que en mujeres (6 h); b) una de cada tres mujeres y uno de cada cinco hombres tardan 30 minutos o más para conciliar el sueño; c) de 30 pacientes, 21 toman fármacos para dormir. Los trastornos del sueño más frecuentes

son: insomnio de conciliación, despertar nocturno, apnea del sueño. **Conclusiones:** 1. Proporcionar medidas de alivio que favorezcan el sueño (administración de analgésicos, colocar en posición cómoda...) 2. Evitar factores ambientales que interfieran la conciliación del sueño (ruido de los carros, iluminación excesiva). 3. Mantener o promover rituales de sueño (bebida caliente, preparación de la cama, higiene bucal...). 4. Enseñar ejercicios de relajación. 5. Desaconsejar siestas prolongadas y actividades intensas antes de la hora de acostarse.

P057. LA SEXUALIDAD: ¿ES UN MITO EN LA TERCERA EDAD?

I. Perera Carballo, R. González Díaz, R. Gómez García, I. Muro Pablo, L.E. Hernández Pérez y J. Pérez Borrajo
Hospital Insular de Lanzarote.

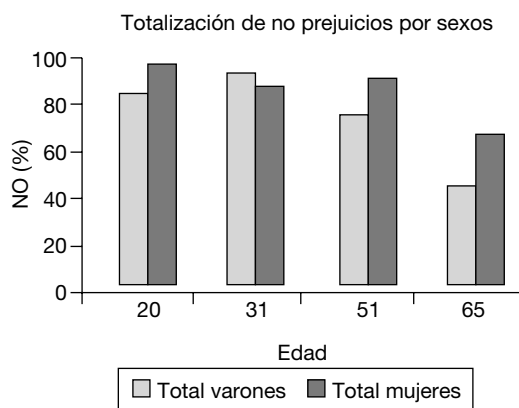
Introducción: La sexualidad en la vejez a menudo esta basada en mitos o prejuicios, que unidos a la desinformación, conducen a una mala actitud de la gente ante esta. Los tiempos van cambiando en este sentido y es misión de todos convertir la sexualidad de los ancianos en un tema más de la vida., y no considerarlos como seres asexuados.

Objetivos: Corroborar la existencia de los mitos y prejuicios que rodean la sexualidad en la tercera edad mediante un muestreo aleatorio realizado en el Hospital Insular Lanzarote. Plantear la reflexión y debate con el fin de aportar nuevas visiones, e incorporarlas en el canal de la comunicación.

Material y métodos: El soporte es una encuesta que constará de 6 preguntas cerradas. El muestreo es aleatorio dentro de la población de visitas del hospital insular (según libro entradas se estima una media de 91 visitas diarias para un total de 30 pacientes). Las encuestas se realizaron durante un periodo de 5 días.

Nº de encuestados	Sexos	
	Hombre	Mujer
Edades		
20-30	5	5
31-50	5	5
51-64	5	5
65-120	5	5

Resultados: Véase figura 1.



Conclusiones: 1. La mentalidad social está cambiando en la dirección del respeto hacia la libre sexualidad en la vejez. 2. La mujer tiene menos prejuicios sociales que el hombre excepto en la franja de 31 a 50 años. 3. Con respecto a la edad, los prejuicios sociales son mayores en proporción a la edad. Reflejado en las generaciones de más de 50 años. 4. Un cambio de actitud en los mismo ancianos y ancianas, propiciaría que no dejaran pasar estos últimos años sin disfrutar más de la sexualidad como de todo lo que le rodea.

P058. UNA PROPUESTA BASADA EN MOVILIDAD PARA EL AUTOCONTROL EN PACIENTES MAYORES CON DIABETES MELLITUS

J.F. Navarro Olivera¹, J. Laguna², S. López², C. Fuentes¹ y J. Bravo²
¹FEA Geriátría. Hospital General de Ciudad Real. ²Mami Research Lab. Universidad de Castilla-La Mancha. Ciudad Real.

Actualmente se están desarrollando diferentes proyectos y actuaciones para poder establecer monitorización de pacientes con patologías crónicas a través de teléfonos móviles.

Dentro de estas patologías la diabetes mellitas constituye el síndrome endocrino-metabólico más frecuente en geriatría, elevándose su prevalencia hasta casi el 16% de los mayores de 65 años. Supone un grave problema de salud con peculiaridades como son el autocontrol y las oscilaciones en valores de hiper o hipoglucemias. Asimismo cada vez son más frecuentes los pacientes geriátricos en tratamiento con insulina, viviendo en muchas ocasiones solos o en centros de mayores.

Por todo ello presentamos una propuesta que ayude a complementar la asistencia a pacientes diabéticos mayores sin deterioro cognitivo y capaces de manejar la tecnología de móvil, en base a su monitorización a través del móvil. Hemos desarrollado una aplicación basada en módulos, y divide en dos partes, una orientada al especialista en Endocrinología y/o Geriátría y otra al paciente. La aplicación para el Endocrinólogo/Geriátría consiste en dos módulos: el módulo perfil del usuario registra los datos personales, enfermedades, niveles de movilidad, y el estadístico creado para ofrecer al médico el progreso de cada paciente La aplicación para los pacientes está compuesta de los siguientes módulos: educativo, prevención, dieta, autocontrol, y alertas. Finalmente, un sensor de glucosa es la fuente para las aplicaciones de los pacientes, sin que ello impida que puedan comprobarse los datos en función de un glucómetro.

Conclusiones: Presentamos un proyecto para facilitar la vida diaria del paciente anciano con patología crónica en concreto con diabetes. Ayuda a disminuir la frecuencia de las visitas en las consultas, dándole herramientas para mejorar su autocontrol. En el caso específico de la diabetes hemos intentado evitar las complicaciones que pueden conducir a la muerte. Este sistema permite conseguir una monitorización continua del paciente, facilitar la comunicación entre el paciente y el médico con la generación de una arquitectura automática de archivos individuales de cada paciente, módulos de autocontrol y educación.

P059. CARACTERÍSTICAS DEL SÍNDROME ANÉMICO EN UNA UNIDAD HOSPITALARIA DE AGUDOS DE GERIATRÍA

J. Velasco, L. Donis Barber e I. Lozano Montoya
Hospital Clínico San Carlos de Madrid. Madrid.

Objetivo: Descripción de parámetros clínicos del Síndrome Anémico, en una Unidad Hospitalaria de Agudos de Geriátría.

Métodos: Estudio descriptivo transversal. Recogida datos clínicos pacientes ingresados en Unidad de Agudos, periodo 2004-2008, diagnosticados de Síndrome Anémico. Parámetros: edad, sexo, hemoglobina, hematocrito, VCM, HCM, creatinina, hierro, ferritina, PCR, origen de la anemia, dosis de hierro, vitamina B12, número de fármacos prescritos, número de transfusiones realizadas en el último ingreso, patologías médicas concomitantes, situación funcional (escala KATZ), deterioro cognitivo y si exitus laetalis. Análisis estadístico mediante SPSS 14.0 con un nivel de significación del 95%.

Resultados: Total: 220 pacientes, (140 mujeres, 80 hombres), edad: 85,3 ± 7,1. Hb: 10,5 ± 1,5, Hto: 33,1 ± 1,4, Fe: 27 ± 13,1, ferritina: 197,5 ± 191,8, creatinina: 1,2 ± 0,6, PCR: 6,32 ± 6,4. **Etiología:** ferropénica: 67,3%, multifactorial: 23,6%, déficit B12: 9,1. **Enfermedades concomitantes:** 8,2 ± 2,7. Deterioro cognitivo: 52,7%. **Mortalidad:** 12,7%.

Conclusiones: 1. El Síndrome anémico es una patología frecuente en población anciana hospitalizada. 2. El Síndrome anémico es un diag-

nóstico acompañante habitual de otras patologías. 3. La principal causa del Síndrome anémico sigue siendo la ferropenia.

P060. DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS EN UFISS, UGA Y SERVICIO DE TRAUMATOLOGÍA

M. Luque Ballesteros, E. Micó, S. Tantiñá y R. Sabater
Fundació Hospital Asil de Granollers. Barcelona.

Objetivos: Identificar los Diagnósticos enfermeros más prevalentes en la población atendida por la UFISS, UGA Y TRAUMATOLOGIA FHAG utilizando la taxonomía NANDA.

Métodos: Se estudian retrospectivamente todas las historias de la UFISS del año 2006. (674 consultas, entrando en estudio N = 390 estudiadas). Se estudian prospectivamente todos los pacientes geriátricos de la unidad de trauma ingresados durante los meses de Agosto-Septiembre 2008 (N = 24). Se estudian prospectivamente todos los pacientes de la unidad de geriatría de agudos durante los meses de Septiembre-Diciembre 2008 (N = 49 pacientes). *Valoración paciente:* Abordaje Bio-Psico-Social (Entrevista enfermera al paciente y al cuidador principal). Funcional (Barthel). Instrumentales (Lawton). Cognitivo (Pfeiffer). Riesgo de úlceras (EMINA). Dolor (EVA)

Resultados: UFISS: Se detectan 18 diagnósticos, como los más prevalentes valorados en la UFISS. COT: Para valorar los diagnósticos enfermeros detectados por una enfermera asistencial, se realiza un estudio prospectivo durante Agosto y Septiembre del 2008 en la unidad de traumatología, son 24 los pacientes geriátricos ingresados en la unidad siendo esta la que hace la valoración. Se detectan 26 diagnósticos, 16 son comunes a los recogidos por la enfermera de la UFISS, los 10 restantes son los específicos detectados en el paciente orto geriátrico. UGA: Para valorar los diagnósticos enfermeros detectados por una enfermera asistencial, se realiza un estudio prospectivo durante Septiembre y Diciembre del 2008 en la unidad de geriatría de agudos, se escogen los pacientes geriátricos y es esta la que hace la valoración. Entran dentro del estudio 49 pacientes por criterio de inclusión.

Se detectan 30 diagnósticos, 18 son comunes a la UFISS y los 12 restantes son los específicos en el paciente geriátrico.

Conclusiones: La utilización de un método validado, ha permitido a enfermería detectar las necesidades alteradas en relación a su etiología, definiendo los Diagnósticos Enfermeros. (Las enfermeras están autorizadas y son legalmente responsables para tratarlos). El trabajo de la enfermera asistencial y la de UFISS, es un trabajo en equipo en el que cada uno de los profesionales detecta diferentes diagnósticos enfermeros y cada profesional interviene en cada uno de ellos consensuado y elaborando el plan de cuidados óptimo para el paciente. Las tres enfermeras que han participado en este trabajo han pasado de tener un conocimiento básico de los diagnósticos enfermeros, a aprender a dominar los diagnósticos encontrados. Debido a que la gran mayoría del personal de enfermería de la FHAG, no ha tenido en su plan de estudios, la formación necesaria sobre los diagnósticos enfermeros, creemos necesario ampliar este trabajo al resto de las unidades del centro, para asegurarnos el dominio correcto de los diagnósticos más prevalentes de toda la FHAG.

P061. ESTUDIO DE LAS CAÍDAS PRODUCIDAS DURANTE UN AÑO EN POBLACIÓN RESIDENCIAL

A. Villegas Sordo², E. Rubio Mier², M.T. Villegas Sordo¹, R. Portilla Ruiz², M.T. Boo Bustillo² y M.R. Peña Martín²

¹Facultad de Medicina de Zaragoza. ²Residencia de Mayores de Caja Cantabria-Ecoplar. Santander.

Introducción: Siendo uno de los más importantes Síndromes Geriátricos, las caídas se sitúan entre las patologías más frecuentes del anciano y se asocian a una elevada mortalidad, morbilidad y deterio-

ro de la funcionalidad con un notable incremento de la carga asistencial. Entendiendo como caída cualquier acontecimiento que precipita al paciente a un nivel inferior en contra de su voluntad realizamos un estudio en nuestro centro residencial durante el año 2008.

Objetivos: 1) Estudiar la incidencia de las caídas en nuestra población residencial durante el año 2008. 2) Analizar el resultado del registro de caídas con el fin de reducir su número.

Material y métodos: En una población residencial, con una ocupación media de 191 plazas, a lo largo del año 2008, se han analizado todas las caídas producidas, a través de un registro que recoge las siguientes variables: sexo, edad, lugar de caída, cambios de tratamiento médico en la semana previa a la caída, causas, consecuencias.

Resultados: De las 396 caídas acontecidas y analizadas, 281 son de mujeres y 115 de hombres, con una mayor prevalencia, en el rango de edad de 81 a 90 años (235). Del total de caídas, 204 se producen en la habitación, 63 en dependencias comunes, 46 en aseos, 9 en el exterior del centro y en 1 se desconoce el lugar. En cuanto a cambios en el tratamiento médico en la semana previa a la caída, hubo modificaciones en 58 ocasiones. Las causas que han producido las caídas son: alteración del equilibrio (133), transferencias (73), barreras arquitectónicas u obstáculos (60), alteración de las constantes (64), otras (61), y causas desconocidas (45). Sólo se manifestaron consecuencias en 97 casos.

Conclusiones: Según el análisis de los datos recogidos podemos concluir que: a) sólo hay consecuencias en el 24,49% de los casos, de las cuales el 16,41% son contusiones, el 8,33% son traumatismos craneoencefálicos y un 1,51% son fracturas, produciéndose en algún caso dos lesiones en una misma caída. b) el 51,51% de las caídas se producen en la habitación muy por encima del resto de los lugares. c) a destacar que en contra de lo esperado no existe una relación directa entre cambios de medicación y caídas.

P062. PRESCRIPCIÓN Y DOSIFICACIÓN DE ÁCIDO ACETILSALICÍLICO EN PACIENTES MAYORES DE 65 AÑOS EN ATENCIÓN PRIMARIA

C. Piqueras Romero², Y. Canellas Criado³, B. Montero Errasquín², P. Gallego Rodríguez³, E. Molina Martín¹ y A. Cruz Jentoft²

¹Centro de Salud Doctor Cirajas. Madrid. ²Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid. ³CS. Monovar. Madrid.

Introducción: El ácido acetilsalicílico (AAS) es uno de los fármacos más utilizados por los médicos de Atención Primaria (AP) por su eficacia en la prevención primaria y secundaria de eventos cardio y cerebrovasculares. Sin embargo, es importante valorar sus posibles efectos secundarios en pacientes ancianos, quienes, por lo general, presentan más enfermedades concomitantes, mayor prescripción de fármacos y más reacciones adversas medicamentosas que la población joven. Los criterios STOPP (Screening Tool of Older Person's) son una herramienta útil para evaluar las prescripciones potencialmente inapropiadas de los pacientes mayores de 65 años.

Objetivo: Analizar la dosificación del AAS prescrito en población mayor de 65 años en AP según los criterios STOPP.

Material y métodos: Se utilizó la base de datos del departamento de Farmacia de la gerencia de AP del Área 4 de Madrid. Se recogieron los datos de las prescripciones de AAS vía oral (comprimidos y cápsulas) en cualquier dosificación (100 mg, 125 mg, 150 mg, 250 mg, 300 mg, 400 mg y 500 mg) en pacientes mayores de 65 años, clasificados en 3 grupos según su edad: A (66-75 años), B (76-85 años) y C (mayores de 85 años), durante el año 2008.

Resultados: Se pautó AAS en 1.251 pacientes mayores de 65 años, 36,5% hombres y 63,5% mujeres. El grupo A abarcó 479 pacientes (38,3% del total), el grupo B 406 pacientes (32,5%) y el grupo C 366 (29,2%). Del total de 1.251 pacientes, un 59,8% recibió dosis menores o iguales a 150 mg, mientras que un 40,2% recibió dosis mayores de

150 mg. Desglosando por grupos según la edad, en el grupo A, un 58% recibió dosis \leq 150 mg y un 42% dosis superiores, en el grupo B, a un 59% se pautó dosis \leq 150 mg y a un 41% dosis mayores; en el grupo C, un 63,4% recibió dosis \leq 150 mg y un 36,6% recibió dosis superiores a 150 mg.

Conclusiones: En pacientes mayores de 65 años tratados con AAS, el 40% tomó dosis superiores a 150 mg, sin que actualmente se haya demostrado una mayor eficacia asociada al incremento de dosis y sí un aumento de efectos adversos, como el riesgo de sangrado. Comparando los grupos A, B y C no se apreció una disminución notable en la dosis de AAS prescrita conforme aumentaba la edad.

P063. PRESCRIPCIÓN INAPROPIADA DE FÁRMACOS EN LOS MAYORES EN DIFERENTES NIVELES ASISTENCIALES

B. Montero Errasquín¹, P. Vich Pérez², I. Sevilla Machuca², M. Sánchez Cuervo¹, C. Sánchez Castellano¹ y A. Cruz Jentoft¹
¹Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid. ²CS Los Alpes. Madrid.

Objetivos: La prescripción inapropiada de fármacos es frecuente en las personas mayores, pero puede variar en los distintos niveles asistenciales y en función del criterio elegido para detectar esta mala prescripción. El objetivo de este estudio fue comparar dos herramientas distintas (los criterios de Beers y los criterios STOPP-START) para la detección del uso de fármacos potencialmente inadecuados en pacientes mayores en tres niveles asistenciales diferentes: una consulta externa hospitalaria de geriatría, un centro de salud y una residencia asistida.

Métodos: Se aplicaron los criterios STOPP-START y de Beers en 50 pacientes de una consulta externa hospitalaria de geriatría (CG), 50 pacientes mayores elegidos al azar en un centro de salud de Atención Primaria (AP) y 50 pacientes elegidos al azar ingresados en una residencia (R).

Resultados: La edad de los sujetos aumentaba con la complejidad del nivel asistencial (de 78,8 años en AP a 84,5 años en CG), igual que la prevalencia de mujeres (del 46% en AP al 76% en CG). Los criterios de Beers detectaron el uso de fármacos inapropiados en un 24% (AP), un 26% (CG) y un 20% (R) de los sujetos estudiados. Los criterios STOPP detectaron fármacos inapropiados en un 36% (AP), 54% (CE) y 50% (R) de los casos. Los criterios STOPP detectaron, además, un mayor número de sujetos con dos o más fármacos inadecuados (12-20% según el nivel) que los criterios de Beers (2-10%).

Además, los criterios START fueron capaces de detectar que un 28% (AP), 54% (CE) y 46% (R) de los sujetos no recibían determinados tratamientos que por sí estaban sólidamente indicados por las enfermedades que sufrían.

Conclusiones: Los criterios STOPP detectan un mayor número de sujetos con fármacos inapropiados que los criterios de Beers en todos los niveles asistenciales, aunque existieron diferencias entre los distintos niveles. Los criterios START también pueden ser útiles en la detección de pacientes que no están recibiendo fármacos que sí estarían indicados por sus enfermedades.

P064. VALORACIÓN DE ENFERMERÍA

A. Urbizu Zabaleta, I. Carrasco, D. Oyarbide, A. Lizaso, A. Olaizola y T. Cestau
Fundación Matia. San Sebastián.

Objetivo: Elaborar e implantar una valoración completa de enfermería en atención residencial que nos permita conocer los problemas, dependencias y riesgos relevantes de la persona atendida.

Metodología: Grupos de trabajo con enfermeras de 5 centros gerontológico de Gipuzkoa, todos ellos relacionados con Fundación Matia para la: a) Identificación de áreas a evaluar, b) diseño herramienta valoración. c) Implantación y revisión de la misma.

Resultados: A lo largo de 2 años se llevan a cabo 15 reuniones a las que acuden las enfermeras referenciales de los mismos. Se identifican las siguientes áreas a evaluar: medicación, alimentación, higiene y vestido, eliminación, medidas de contención física, medidas de protección, estado de la piel, movilidad, descanso, órganos de los sentidos, y técnicas enfermería (curas, sondas, ostomias....), estableciendo las variables asociadas a ellos, diferenciando la valoración de riesgos que tiene peso propio.

Se implanta en los 5 centros, viendo que la valoración global resulta útil en las valoraciones periódicas, pero que necesita desglosarse para poder hacer las valoraciones de seguimiento de los usuarios. Así se identifican: Valoración UPP y heridas crónicas y Barthel.

Conclusiones: Se considera muy útil la valoración completa de enfermería para obtener la visión global del individuo siempre que se asocie con la de riesgos en el ingreso y minimamente 1 vez al año. Se necesitan herramientas parciales para el seguimiento de los objetivos a lo largo del año.

P065. NUEVA HERRAMIENTA DE VALORACIÓN DE RIESGOS DE ENFERMERÍA

A. Urbizu Zabaleta, I. Carrasco, D. Oyarbide, A. Lizaso, A. Olaizola y T. Cestau
Fundación Matia. San Sebastián.

Objetivo: Elaborar e implantar una valoración que incorpore los riesgos más relevantes relacionados con enfermería identificando asimismo el plan de actuación.

Metodología: Grupos de trabajo con enfermeras de 5 centros gerontológico de Gipuzkoa, todos ellos relacionados con Fundación Matia para la 1) Identificación de riesgos a evaluar; 2) búsqueda de herramientas específicas validadas para la valoración de cada riesgo; 3) Diseño y Elaboración de la herramienta; 4) Implantación de la misma; 5) Protocolizar plan individualizado atención.

Resultados: A lo largo de 1 año se llevan a cabo 6 reuniones a las que acuden 8 enfermeras de 5 centros gerontológicos y de 5 Centros de día. Se identifican 5 riesgos: caídas, UPP, atragantamiento, pérdidas-fugas y actitud-situación de alerta. Se desarrollan 4 subherramientas propias y se incorpora el NORTON (riesgo UPP). Se elabora con todas ellas una herramienta global de riesgos y se pasa a 580 usuarios, repitiéndola al año. Los riesgos identificados han sido llevados y ratificados en las reuniones de valoración interdisciplinares modificándose únicamente la parte correspondiente a riesgo de caídas ya que ha sido necesario categorizar ese riesgo. Se elabora procedimientos de intervención ante el riesgo de UPP.

Conclusiones: Dada la importancia de la seguridad en la atención es necesario sistematizar la detección de riesgos de enfermería junto con los de otras áreas de responsabilidad, en centros gerontológicos. Se evidencia la necesidad de validar herramientas que nos midan los mismos. Es necesario establecer los planes de actuación en el centro que nos lleven a minimizar esos riesgos.

P066. ANÁLISIS DE CASOS DE ESPONDILODISCITIS EN UNA UNIDAD GERIÁTRICA DE AGUDOS

A. Casas Herrero, J. Alonso, N. Martínez, I. Iraizoz, J.M. Redin y J.L. Larrión
Hospital de Navarra. Pamplona.

Introducción: La espondilodiscitis(ED) es una enfermedad infecciosa definida por la afectación del disco intervertebral. La edad y comorbilidad son factores de riesgo establecidos. La ED es una patología infrecuente que precisa de una alta sospecha clínica y habitualmente conlleva un diagnóstico tardío, asociado a niveles variables de deterioro funcional.

Objetivo: Describir el perfil etiopatogénico, clínico, medidas diagnósticas y terapéuticas así como evolución funcional de los casos de ED registrados en los años 2007- 2008 en la Unidad Geriátrica de Agudos (UGA)

Métodos: Estudio descriptivo, retrospectivo de casos ingresados en UGA en 2007-2008 con el diagnóstico de ED. La información se obtuvo mediante revisión de historia clínica analizando las siguientes variables: Edad, síntoma predominante, momento del diagnóstico desde inicio de la clínica, elevación de reactantes de fase aguda, rendimiento diagnóstico de RMN y PAAF, Localización y presencia de abscesos, germen implicado, screening de endocarditis, inicio tratamiento ATB empírico previo resultados hemocultivo y PAAF, Índice Barthel (IB) previo, al ingreso y en el momento de alta, mortalidad hospitalaria y necesidad de recuperación funcional.

Resultados: Durante este periodo se registraron un total de cinco casos con una media de edad de 81,6 años (75-91). El dolor fue el síntoma predominante y la fiebre un hallazgo inconsistente. En tres de los casos transcurrieron más de dos meses desde el inicio de la clínica. Todos los casos presentaron elevación de PCR y VSG. En el 100% de los casos la RMN resultó diagnóstica. Se realizó PAAF en tres casos y resultó diagnóstica en dos. La localización fue en columna lumbar en 80% casos. En 4 de los casos se documentó abscesos paravertebrales o epidural. Hubo evidencia microbiológica en tres casos (E. Coli, M. tuberculosis y SAMR). Se realizó screening de endocarditis en dos casos resultando positivo en uno de ellos. En 100% de los casos se inició el tratamiento antibiótico empírico previo al resultado de hemocultivo. La media de deterioro del IB previo fue de 25 puntos y durante el ingreso de 20 puntos más. Sólo 1 caso recuperó su situación funcional previa. Uno de los pacientes falleció durante el ingreso. Todos los casos precisaron de recuperación funcional.

Conclusiones: La ED es una patología poco frecuente en el anciano. Su presentación es atípica y existe retraso en el diagnóstico. La RMN y la PAAF presentan un alto rendimiento diagnóstico. En todos los casos se comenzó tratamiento empírico antes de la confirmación microbiológica. En la serie de casos presentada existe una elevada prevalencia de abscesos. Así mismo el porcentaje de deterioro funcional es elevado.

P067. UPP EN PACIENTES CON FRACTURAS DE FÉMUR

E. Micó Reyes, P. Herrada Rodríguez, M. Luque Ballesteros y R. Sabater Raga

Fundació Hospital Asil de Granollers. Barcelona.

Hipótesis de trabajo: Demostrar que no hay una mayor incidencia de úlceras por presión en los pacientes que ingresan en la Unidad de Media Estancia procedentes de la unidad de Traumatología, respecto a otras procedencias.

Objetivos: 1) Cuantificar la incidencia de pacientes ingresados en la unidad de traumatología que presentan una úlcera por presión. 2) Detectar cuales de estas úlceras por presión son intra hospitalarias y cuales son extra hospitalarias. 3) Cuantificar la incidencia de pacientes ingresados en Convalecencia que, tras una estancia en la unidad de traumatología presentan una úlcera por presión. 4) Cuantificar cuantas de estas úlceras son intra hospitalarias y cuantas son extra hospitalarias.

Métodos: Estudio prospectivo de todo paciente ingresado en la unidad de traumatología desde Agosto hasta Diciembre 2008. Criterios de inclusión: 1) Todo paciente ingresado en la unidad de Traumatología (4°C) que presentó una o más úlceras por presión. 2) Todo paciente ingresado en la unidad de Traumatología (4°C) con diagnóstico de Fractura de fémur. 3) Todo paciente ingresado en la unidad de Traumatología (4°C) que se derivó a Convalecencia. Criterios de exclusión: Pacientes pediátricos (menores de 18 años).

Recogida de datos: La detección de los pacientes potencialmente candidatos a ser incluidos en el estudio la realizó el personal de enfermería (enfermeras y auxiliares de enfermería) de la unidad de traumatología. La recogida de datos, por tanto la cumplimentación del cuaderno

de recogida de datos, lo realizaron las dos enfermeras del equipo investigador que trabajan en la unidad de traumatología: la enfermera referente (E. Micó) y la enfermera asistencial (P. Herrada).

Resultados: Se estudian, 129 pacientes entre los meses de Agosto-Diciembre del 2008. 110 de los cuales, se diagnostican de Fractura de fémur. 10 son dados de alta de la unidad con 1 UPP (de segundo grado). 2 de estos ya son portadores de UPP al ingreso (UPP extra hospitalaria). 45 pacientes fueron trasladados a UME (unidad de media estancia): 14 pacientes son trasladados a UME, con patología diferente a la Fractura de fémur, de los cuales 4 presentan UPP de origen intra hospitalario, y 2 extra hospitalario.

31 pacientes son trasladados a UME con Fractura de fémur, 4 de los cuales presentan UPP de origen intra hospitalario. La media del índice de Barthel de los pacientes trasladados a UME es de 86,77%. La media del índice de Barthel de los pacientes con UPP es de 78,33%. Con una edad media de 82,16 años. De 129 pacientes que entraron en el estudio, 34 son hombres y 95 son mujeres. La estancia media en planta es de 10 días, con una media de 3 días de espera para el acto quirúrgico.

Conclusiones: El índice de Barthel de los pacientes que son portadores de UPP (78,33%) es inferior al de los que no presentan UPP (86,77%). La edad media de los pacientes que presentan UPP (82,16) es superior a la de los que no presentan UPP (78). De 129 pacientes que entraron en el estudio, 8 presentaron UPP intra hospitalaria.

P068. CAÍDA COMO FORMA DE PRESENTACIÓN DE PLASMOCITOMA VERTEBRAL EN EL SENO DE GAMMAPATÍA MONOCLONAL

T. Alonso Fernández, J.I. González Guerrero, E. Jaramillo, I. Quintana y O. Gea

Complejo Hospitalario de Cáceres. Cáceres.

Objetivo: Exponer un caso clínico de caída y alteración de la marcha como forma de presentación de una paraparesia subaguda por compresión medular en D10-D11 secundario a plasmocitoma vertebral.

Descripción del caso: Mujer de 84 años con antecedentes de HTA en tto. con amiloride/hidroclorotiazida, intervenida de cataratas. Valoración geriátrica (tres meses previos al ingreso): Funcional: Barthel 100. Mental: no deterioro cognitivo ni síndrome depresivo. Social: vive en pisos tutelados, acudía diariamente a su domicilio.

Es remitida a Geriátrica para valoración de caídas y trastorno de la marcha, tras ser vista en Urgencias el mes anterior por caída en el baño por la noche, con leve traumatismo en MID, sin recordar circunstancias de la misma; no mareo ni pérdida de conocimiento ni otra sintomatología neurovegetativa ni neurológica asociada. Presenta dificultad progresiva para la deambulación en los tres últimos meses, precisando andador, dejando de caminar en las últimas 2-3 semanas, por dificultad para mantener la bipedestación. Refiere pérdida de apetito y ligero cansancio. Mantiene control de esfínteres. Resto sin interés. En la exploración física destaca paraparesia con hiperreflexia rotuliana bilateral y RCP extensor bilateral, hipoestesia dolorosa en ambos MMII, sensibilidad artrocinética abolida bilateral. Expl. General: sin hallazgos de interés.

Datos complementarios: Analítica: anemia leve normocítica-normocrómica. VSG 106. Proteínas totales: 8, albúmina 2,7. TSH, ác fólico, vit B12 y resto de parámetros sin alteraciones. Proteinograma: pico monoclonal gamma: 36,39%. Inmunoelectroforesis en suero: pico monoclonal GMlgG: -Kappa. IgG 2690 mg/dl; cadenas ligeras Kappa: 29,10. Beta 2 microglobulina: 2,40. RX columna lumbar: aplastamiento vertebral D11; retrolistesis L5. RMN columna: signos de afectación metastásica en D10 y D11 con fractura patológica de D11, con extensión al canal raquídeo, importante compromiso de los diámetros del canal con compresión medular y compromiso foraminal. Aspirado de médula ósea: células plasmáticas del 2%. Citometría: estudio sin evidencia de infiltración por mieloma: compatible con gammapatía monoclonal de significado incierto (MGUS).

Tratamiento: la paciente fue tratada al ingreso con corticoides y ácido zoledrónico intravenosos, iniciándose radioterapia urgente (30 Gy) sobre columna dorsal D10-D11 con buena tolerancia, consiguiéndose balance muscular inicial 1/6 en ambos MMII.

Conclusión: Las caídas y alteraciones de la marcha requieren evaluación exhaustiva para filiar la causa subyacente que en ocasiones, como en este caso, precisan tratamiento urgente.

P069. CARACTERÍSTICAS GENERALES DE PACIENTES INGRESADOS EN UGA SOMETIDOS A CATETERISMO CARDÍACO

N. Fernández Martínez, J. Gil Moreno, V. Mazoterías Muñoz, G. Martín Torres, N. Parras García de León y A. González Ramírez
Hospital General de Ciudad Real. Ciudad Real.

Objetivos: Determinar características clínicas, antecedentes y situación basal de pacientes ingresados en UGA que son sometidos a cateterismo cardíaco durante el año 2008, así como los tratamientos pautados y complicaciones derivadas del intervencionismo, en relación con pacientes de otros servicios.

Material: Estudio descriptivo de los pacientes ingresados en UGA por SCA sometidos a cateterismo durante 2008. Se recogen las variables de edad, sexo, situación basal (Barthel, Pfeiffer), convivencia, antecedentes, sínd. Geriátricos, estancia media, datos derivados del cateterismo, ecocardiografía, tratamiento pautado y complicaciones.

Resultados: Se realizó cateterismo a 12 pacientes ingresados en UGA por SCA en 2008, su edad media fue de $84,92 \pm 4$ DS, el 66% eran mujeres, y la estancia media fue de $14,42 \pm 4,9$ DS. El 91% ingresó por SCAEST y con clínica de dolor en el 33,3%. Barthel medio fue de $80,42 \pm 13,8$ DS, y el Pfeiffer de $3 \pm 2,2$ DS errores, el 25% tenía deterioro cognitivo leve. La mayoría de los pacientes vivían con hijos o en residencia (66,6%). En cuanto a FRV: 91,7% de HTA, 33,3% DM e igual para DL. Otros antecedentes de interés: IAM previo el 50%, angor previo el 41,7%, ICC el 16,7% y ACVA el 25%. Se practicó angioplastia con colocación de stent en el 66,7%, describiendo enfermedad de 3 vasos en el 41,7% y de tronco en el 8,3%. Se practicó ecocardiografía en el 93,3%. Se pautó como tratamiento: AAS (83,3%), clopidogrel (75%), betabloqueantes (58,3%), IECAS (75%), nitratos (75%), hipolipemiantes (75%), y diuréticos (25%). Las principales complicaciones fueron: IC (25%), hematoma postpunción (25%), ICTUS (16,7%), insuf renal (33,3%).

Conclusiones: 1. Los pacientes tenían buena situación basal, pese a edad avanzada. 2. La forma de presentación más frecuente de los SCA es SEST, y sin dolor. 3. El FRV más prevalente es la HTA, y hasta la mitad ya habían tenido IAM previo. 4. La mitad de los pacientes tenían lesiones severas con enf de 3 vasos y de tronco, no siempre revascularizables (angioplastia en el 66,7% de los pacientes). 5. La complicación más frecuente postcateterismo es la insuficiencia renal y a continuación la IC. 6. En general se administran los mismos tratamientos que a pacientes más jóvenes con SCA, aunque con una tendencia a menor utilización de betabloqueantes.

P070. EVALUACIÓN DEL ¿MIEDO A CAER?: ENSAYO PRELIMINAR CON UNA VERSIÓN EN CASTELLANO DE LA FALLS EFFICACY SCALE Y SU UTILIDAD EN ANCIANOS INGRESADOS EN UNA UNIDAD DE CONVALECENCIA GERIÁTRICA

M. Álvaro Pardo, B. González Ávila, E. Casanovas Atienza, I. Rius Codina, M.J. Robles Raya y C. Roqueta Guillén
Servicio de Geriátría del IMAS. Hospital de la Esperanza, Centro Fórum. Hospital del Mar. Instituto de Atención Geriátrica Sociosanitaria (IAGS). IMAS. Barcelona.

Objetivo: Evaluar factores de riesgo de caídas, trastorno marcha y equilibrio, parámetros de valoración geriátrica y la utilidad clínica de escala de percepción de "miedo a caer".

Pacientes y método: Se aplicó una versión traducida al castellano de la "Falls Efficacy Scale" (J Gerontol 1990;45:239). Se aplicó el test a 30 pacientes con trastorno de marcha y/o equilibrio y/o antecedente de caída en últimos 6 meses. Se registró edad, sexo, Mini-Mental de Folstein (MMSE), índice de Lawton previo (IL), índice de Barthel previo (IBP) y al ingreso (IBI) y factores de riesgo de caídas (hipotensión ortostática, uso de fármacos psicótropos, polifarmacia, dificultad en transferencias, trastorno de marcha o deterioro de fuerza muscular o balance articular, entorno con riesgo de caídas, deterioro visual y auditivo, dependencia para actividades de la vida diaria, delirium y depresión). Se valoró marcha y equilibrio mediante test de Tinetti. Se compararon las medias de los parámetros registrados con puntuación en el test de "miedo a caer" ≥ 70 puntos.

Resultados: Edad media: $78,23 \pm 10,27$; mujeres 19 (63,33%). Media de factores de riesgo de caídas: $6,5 \pm 1,79$ y test de "miedo a caer": $46,23 \pm 28,59$. Hubo 5 (16,67%) pacientes que presentaron puntuación ≥ 70 en el test del "miedo a caer", con una media IBP $64,4 \pm 13,93$; IL $1,6 \pm 1,34$; IBI $12,8 \pm 14,44$; MMSE $22 \pm 3,60$; factores de riesgo de caídas $7,40 \pm 1,51$ y test de Tinetti $9,20 \pm 3,70$. Resto 25 (83,33%) con IBP $90,12 \pm 14,57$ ($p < 0,001$); IL $4,56 \pm 2,87$ ($p < 0,04$); IBI $33,96 \pm 17,89$ ($p < 0,02$); MMSE $21,80 \pm 4,14$ ($p < 0,95$); factores de riesgo de caídas $6,32 \pm 1,81$ ($p < 0,30$) y test de Tinetti de $14,72 \pm 5,82$ ($p = 0,05$), respectivamente.

Conclusiones: 1. Pacientes con puntuación en test "miedo a caer" ≥ 70 presentaron peor capacidad funcional previa y al ingreso, siendo esta diferencia estadísticamente significativa. 2. Tendencia mayor número de factores de riesgo, peores puntuaciones en test de Tinetti y mejores en MMSE, en pacientes con puntuaciones en test "miedo a caer" ≥ 70 (mayor percepción del miedo), sin ser estadísticamente significativa, probablemente por el limitado tamaño de la muestra. 3. Es necesario revisar los items del test, así como su aplicación en una mayor muestra para poder alcanzar su verdadera utilidad clínica en pacientes hospitalizados.

P071. INSUFICIENCIA CARDÍACA CONGESTIVA Y ANEMIA. FACTORES ASOCIADOS EN MAYORES

F.J. García Monlleo², G.U. Gutiérrez Aparicio³ y A.M. Mattei Boni¹
¹SAS. Granada. ²Hospital San Rafael. Granada. ³UGC LOJA-SAS. Granada.

Objetivo: Conocer la prevalencia de anemia en individuos no institucionalizados, diagnosticados de ICC. Describir las características clínicas basales de esta población.

Método: Se recoge de manera prospectiva a todos aquellos pacientes, mayores de 64 años que acuden a consulta y que se encuentran diagnosticados o cumplen criterios de ICC, las cifras de Hb junto a parámetros demográficos (edad y sexo), clínicos (antecedentes de DM, HTA, etiología de la ICC, Clasificación de la NYHA, FA, Broncopatía, Enfermedad cerebrovascular, Enfermedad vascular periférica, Bloqueo completo de rama, ingresos hospitalarios), bioquímicos, funcionales y terapéuticos. También se valora el ecocardiograma. Posterior Análisis estadístico.

Resultados: Se han incluido para estudio a 156 pacientes. Con una prevalencia de más del 3%. La edad media fue de más de 73 años. La etiología más frecuente es la cardiopatía isquémica. Más del 87% se encontraban en los estadios II y III de la NYHA. El grado de dependencia funcional de la muestra es entre moderado y leve. Existe un elevado riesgo cardiovascular en términos de DM, HTA, Hipercolesterolemia. Más del 25% presentaba FA y sobre el 30% Bloqueo completo de rama. Respecto al tratamiento, más del 78% siguen tratamiento con IECA, el 91% diuréticos de asa, el 46% bloqueadores B, espirolactona 26%, digoxina 16%, nitritos 25%, anticoagulantes 20%, antiagregantes 61%, estatinas 37%.

Conclusiones: Encontramos que los valores de hemoglobina se encuentran determinados fundamentalmente por la edad, las cifras de creatinina sérica, la diabetes mellitus y el uso de diuréticos. La anemia es un hallazgo frecuente en pacientes mayores con insuficiencia car-

díaca. La muestra estudiada presenta un mayor deterioro clínico asociado. La concentración de hemoglobina se asocia en nuestra muestra a variables fisiológicas como la edad, la DM e Hipercolesterolemia. Las cifras elevadas de creatinina indican deterioro en la función renal que supone una reducción en la respuesta fisiológica de la eritropoyetina a la anemia. El fallo renal supone a su vez estado congestivo e hipovolemia, lo que supondría un mayor uso de diuréticos de asa.

P072. ANÁLISIS DE LA MORTALIDAD EN UNA UNIDAD DE MEDIA ESTANCIA: ADECUACIÓN DE LOS INGRESOS VS CAMBIO DEL PERFIL DEL PACIENTE

J. Martos Gutiérrez, S. de las Cuevas y R. Rossell
Fundacio Hospital-Asil de Granollers. Barcelona.

Objetivo: Determinar los factores que pueden influir en el aumento de la mortalidad en Unidad de Media Estancia (UME).

Material y métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de la mortalidad nuestra Unidad de Media Estancia, comparando los períodos octubre 2006-septiembre 2007 y octubre 2007-septiembre 2008 al objetivar un incremento de la misma en este último. Se estudiaron las siguientes variables: edad, índice de comorbilidad de Charlson, índice de Barthel basal y previo al ingreso en UME, unidad de procedencia la ingreso y estancia media de los exitus. Análisis univariante de las variables, mediante el paquete estadístico SPSS.

Resultados: Estudio de 25 exitus ocurridos en la UME en el período comprendido entre octubre de 2006 y septiembre de 2008: 7 se dieron el periodo 2006-07 y 18 en el periodo 2007-08. Se objetivó un 42,8% de pacientes procedentes de UGA en 2006-07 y un 52,8% en el segundo período. No hubo diferencias en cuanto a la estancia media de los exitus (27,5 días), la edad media de los pacientes (81,5 años), índice de Barthel basal (< 40), índice Barthel al ingreso (< 20) e índice de comorbilidad de Charlson (5-6). Si se evidenció un aumento del 15% de los pacientes ingresados procedentes de la UGA en el segundo período, y de un 35% sobre el global de los pacientes que no tenían perfil rehabilitador, y que ingresaban para control de síntomas y/o espera de ingreso en Unidad de Larga Estancia.

Conclusiones: La necesidad de disponer de unidades que reciban a pacientes con bajo perfil rehabilitador, pero que su vez precisen de cuidados intensos, obliga a las UMEs ha adoptar un perfil de mayor polivalencia, que incluya no sólo al paciente convalciente, si no a aquellos tributarios de cuidados intermedios y de control de síntomas.

P073. USO DE FÁRMACOS INAPROPIADOS EN EL ANCIANO. APLICACIÓN DE LOS CRITERIOS DE BEERS A LOS TRATAMIENTOS DE LOS USUARIOS A LOS QUE PRESTA ATENCIÓN FARMACÉUTICA EL SERVICIO DE FARMACIA DE FUNDACIÓN MATIA

B. Miró Isasi, M. Álvarez de Arcaya, E. Arriola, J. Álaba, M.I. Genua Goena y I. Beobide Telleria
Fundación Matia. San Sebastián.

Objetivo: Adaptar los Criterios de Beers (CB) a los tratamientos de los usuarios que se atienden desde el Servicio de Atención Farmacéutica de FM para el uso seguro de medicamentos.

Método: Fundación Matia es una entidad privada de carácter social sin ánimo de lucro que presta servicios sociosanitarios a personas mayores y/o discapacitadas. El Servicio de Atención Farmacéutica de Fundación Matia (FM) presta servicio a un Hospital de media estancia de 98 camas con unidosis diaria, a 6 Centros Residenciales con 636 usuarios geriátricos y a un centro con Centro de 68 usuarios de atención residencial especializada para discapacitados, estos últimos con unidosis semanal. Los criterios de Beers son medidas preventivas asociadas al uso de medicamentos concretos, son los más difundidos y se actualizan periódicamente, estos son criterios explícitos de fár-

macos que resultan potencialmente inapropiados en la población anciana. Esta demostrado que tratamientos con un gran número de fármacos, tiene más posibilidades de incluir un mayor número de fármacos inapropiados. Como indicadores de seguridad se han tenido en cuenta los tratamientos con más de 5 y 9 fármacos. Se han revisado 725 tratamientos y se han analizado que tratamientos tenían algún fármaco incluido en los listados de los CB.

Resultados: Se han encontrado 95 residentes con un medicamento inapropiado (13,1%). Se han encontrado 10 residentes con dos medicamentos inapropiados (1,37%). La media de medicamento por paciente y día es de 7,47 fco/pac/día. La media de medicamento por paciente y día en los residentes con algún medicamento inapropiado es de 8,87 fco/pac/día. Los medicamentos inapropiados que más se están utilizando son: Amiodarona, antiinflamatorios no esteroideos en tratamientos prolongados y benzodiazepinas de acción larga (Diazepam, Bromazepam y clorazepato). Se han encontrado 605 tratamientos con más de 5 medicamentos (83,44%). Se han encontrado 304 tratamientos con más de 9 medicamentos (41,9%).

Conclusión: 1. Al comparar este trabajo con otros estudios publicados sobre este tema, se ve que estamos dentro de los porcentajes que se han encontrado en otras instituciones. 2. Hay que analizar estos resultados e intentar disminuir el número de tratamientos con algún fármaco incluido en estos criterios.

P074. COMPARACIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS DEL DOLOR EN PACIENTES CON DEMENCIA Y TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS

A. Planas Pellice, E. Serra Aubanell, Y. Maublanc Guzman, M. Urrea Ayala, C. Rodríguez Márquez y A.I. López Sánchez
Serveis Socio Sanitaris. Sant Joan de Déu. Barcelona.

Objetivos: Analizar y comparar las características del dolor de los pacientes con demencia y trastornos psiquiátricos ingresados en las unidades de larga y media estancia en un socio sanitario.

Material y métodos: Estudio retrospectivo basado en los datos de la historia clínica de los pacientes ingresados en las unidades de larga y media estancia desde el mes de marzo del 2006 hasta diciembre del 2008. Se registraron los siguientes datos: localización, tipo de dolor, características, detección, tratamiento, medicación, coadyuvantes medicamentosos. Intensidad del dolor, evolución y EVA post tratamiento. Las escalas utilizadas para este registro son: escala de EVA, escala visual analógica y escala observacional.

Resultados: Se revisan 343 pacientes de los cuales un 44,9% son hombres y 55,1% son mujeres. 51% son pacientes con trastorno psiquiátrico, 28,6% con demencia y un 3,5% tienen un diagnóstico de déficit sensorial. El 60,3% están ingresados en larga estancia y 39,7% en media estancia. La media de intensidad de dolor es de 7,01 (DS 1,83) en pacientes psiquiátricos y 6,25 (DS 2,20) en pacientes con demencia ($p = 0,03$). 66,8% pacientes psiquiátricos tiene un dolor agudo y 33,12% en demencias ($p = 0,316$). El dolor crónico agudizado: 68,5% en psiquiatría y 31,4% en demencias. El dolor crónico: 56,2% en psiquiátricos y 43,7% en demencias. Las características del dolor, el 75% de los pacientes psiquiátricos el dolor es tipo cólico y 25% en demencias. El dolor del tipo mecánico, 65,2% los pacientes psiquiátricos y 34,7% las demencias. El dolor neuropático el 58,5% en psiquiátricos y 41,4% en demencias y el dolor generalizado 66,6% en psiquiátricos vs. 33,4% demencias ($p = 0,421$). El tratamiento medicamentoso 86,4% se han tratado con opioides en psiquiatría y un 13,6% en demencias. Tratados con AINES un 67,2% en psiquiatría y un 32,8% demencias. Tratados con paracetamol 51,1% en psiquiatría y 48,8% en demencias. Evolución del tratamiento, con un respuesta correcta 63,6% en psiquiátricos y un 36,3% demencias. Con una respuesta parcial 69,8% psiquiátricos, 30,1% demencias y cronificación del dolor 60% psiquiátricos y un 40% demencias ($p = 0,63$). La valoración del dolor postratamiento tiene una media de 4,04 (DS: 2,85) en psiquiatría y un 2,83 (DS: 2,12), en demencias ($p = 0,005$).

Conclusiones: Hay diferencias en relación con las características del dolor en estos dos grupos de pacientes: Los pacientes psiquiátricos presentan una intensidad más elevada del dolor que los pacientes con demencia y el tipo de dolor más significativo es el dolor agudo de características mecánicas. El tratamiento con opiodes es más utilizado en pacientes psiquiátricos que en demencias, y en las demencias es más utilizado tratamiento con AINES y paracetamol. El EVA post tratamiento es más efectivo en pacientes con demencia. Este estudio nos sirve para poder modificar la pauta de tratamiento analgésico de nuestros pacientes según los resultados obtenidos.

P075. PERFIL DEL PACIENTE MAYOR DE 75 AÑOS ANTICOAGULADO EN ÁREAS RURALES DE ASTURIAS

B. González de Cangas³, A.M. Pérez¹, S. García⁴, A. García³, J.V. Herrero² y E. Delgado²¹C.S. Taramundi. Área Sanitari I. Asturias. ²Hospital de Jarrio. Asturias. ³C.S. Santa Eulalia de Oscos. Área Sanitari I. Asturias. ⁴C.S. Boal. Área Sanitari I. Asturias.

Objetivo: Determinar las características funcionales, de comorbilidad y prescripción farmacológica de pacientes ancianos anticoagulados en tres Zonas Básicas de Salud (ZBS) con núcleos rurales de población en el Área Sanitaria I de Asturias.

Método: Se incluyeron todos los pacientes anticoagulados con 75 o más años de tres ZBS en el área rural del occidente asturiano. Mediante un diseño retrospectivo se recogieron características funcionales, de comorbilidad y prescripción farmacológica. Asimismo se incluyeron variables sociodemográficas, la existencia de caídas y el tiempo de anticoagulación. La recogida de datos se realizó mediante un registro telefónico confirmando los datos con la historia clínica OMI-AP.

Resultados: Entre las tres ZBS había 62 individuos (51,6% varones; edad: 80,37 ± 3,7) que cumplían los criterios de inclusión. Un 51,6% estaban casados y ninguno vivía en medio residencial. La autonomía para las actividades de vida diaria era buena: el 95,2% tenían un Índice de Barthel de al menos 80 y el 88,7% tenía tres o más puntos en el Índice de Lawton. Todos realizaban los controles en el centro de salud a pesar de una distancia media al mismo de 6,75 ± 4,7 kilómetros. El perfil de comorbilidad registrado era: hipertensión arterial (85,5%), fibrilación auricular (91,9%), cardiopatía isquémica (12,9%), accidente cerebrovascular (19,4%), trombosis venosa profunda y tromboembolismo pulmonar (6,5%). La media de tiempo de anticoagulación era de 5 años y la indicación desde atención primaria en un 22,6%. El 16,1% había presentado al menos una caída en los últimos 6 meses y 8 sujetos (12,9%) precisaron de atención médica ambulatoria. La media de fármacos prescritos era de 7,16 ± 2,9. Un 79% de los sujetos estaban polimedcados (5 ó más fármacos). El 95,2% tenía algún fármaco antihipertensivo, el 8,1% antiarrítmicos y el 38,7% digitálicos. Un 12,9% tenía antiagregantes y un 33,9% estatinas. El 32,3% tenían prescritos fármacos de utilidad terapéutica baja (UTB).

Conclusiones: En el medio rural el perfil del anciano anticoagulado es un varón de 80 años, con buena situación funcional, polimedcado y con un tiempo medio de anticoagulación de 5 años.

Palabras clave: Anciano, anticoagulación, situación funcional, fármacos.

P076. USO DE FÁRMACOS INAPROPIADOS EN ANCIANOS DE UN CENTRO PSIQUIÁTRICO

M.D. Nieto de Haro, M.J. Molina Navarro, S. Mata Reyes, I. Romero López y C. Linares del Río
Hermanas Hospitalarias del Sagrado Corazón de Jesús. Málaga.

Introducción: Los criterios de Beers se han venido utilizando con el fin de disminuir problemas de medicación en los ancianos. Según estos criterios existen drogas que deberían ser evitadas por ser inefectivas o presentar un alto riesgo en adultos mayores. Este proble-

ma se exagera en los enfermos mentales crónicos que han llegado a la senectud y en donde la polifarmacia es bastante frecuente. Una de las funciones del geriatra es evaluar la comorbilidad y la polifarmacia en el anciano con el fin de priorizar acciones y ajustar tratamientos.

Objetivos: Conocer los fármacos de uso inapropiado que se están administrando a un colectivo de enfermos mentales crónicos ancianos institucionalizados en un hospital psiquiátrico y valorar la intervención sobre la medicación del equipo de geriatría.

Material y método: Estudio descriptivo transversal y observacional analizando las historias clínicas y hojas de tratamiento de los pacientes ingresados en la unidad de psicogeriatría. Se ha elaborado un cuestionario donde se recoge datos demográficos como la edad y el sexo. Las variables clínicas analizadas incluyen número de fármacos, índice de Barthel, índice de comorbilidad de Charlson, diagnóstico psiquiátrico y fármacos de uso inapropiado siguiendo los criterios de Beers.

Resultados: Se han analizado un total de 90 pacientes (68 mujeres y 22 hombres) con una edad media de 80 ± 10 años (edad media de las mujeres de 82 años y de los hombres de 74 años). Los diagnósticos psiquiátricos más frecuentes corresponden a demencia el 48%, esquizofrenias residuales el 26% y retrasos mentales 16%. La estancia media hospitalaria es de 12 años (un paciente ingresado desde hace 74 años). A la patología psiquiátrica se añade el deterioro funcional con un IB igual o menor de 20 en el 63% de los casos y la comorbilidad con una media de Charlson corregido de 5. En cuanto a la polifarmacia la media de fármacos utilizados actualmente es de 4,59 (36% consumen más de 5 fármacos). Previa a la intervención del equipo de geriatría la media de consumo era de 5,19 (40% consumían más de 5 fármacos). Siguiendo los criterios de Beers sólo un 4% de los pacientes consumen fármacos considerados de severidad alta (3% anticolinérgicos-antihistamínicos, 3% antiespasmódicos, 1% barbitúricos y 1% benzodiacepinas de larga acción) frente al 53% de los pacientes que consumían este tipo de fármacos (12% anticolinérgicos-antihistamínicos, 4% amitriptilina, 7% antiespasmódicos, 10% benzodiacepinas de acción corta, 4% benzodiacepinas de acción larga y 9% asociación de algunos de estos fármacos). No existe consumo actual de los fármacos considerados de severidad baja, no así de las benzodiacepinas de acción intermedia (un 26% de los pacientes toman esta medicación y tienen riesgo de caídas). El 54% de los pacientes toman algún neuroléptico atípico en relación con trastornos conductuales asociados a su enfermedad. Sólo un 2% toman neurolépticos considerados típicos o clásicos.

No hemos encontrado asociación entre el consumo de fármacos de severidad alta y el IB, pero si hemos encontrado asociación entre dicho consumo y el Charlson corregido de manera que el 82% de los pacientes que toman estos fármacos poseen un índice de Charlson corregido superior a 3. No hemos encontrado diferencias significativas por diagnóstico en el número de fármacos ni en el consumo de fármacos inadecuados.

Conclusiones: 1. La polifarmacia continua siendo alta en nuestro medio, posiblemente en relación con la enfermedad psiquiátrica, la comorbilidad y el deterioro que presenta nuestros pacientes. No obstante el número de fármacos y el uso de fármacos potencialmente inadecuados es menor tras la intervención del equipo de geriatría. 2. Los criterios de Beers requieren una ampliación ya que incluye fármacos que actualmente apenas se utilizan pero por el contrario no incluye fármacos que potencialmente son inadecuados y de uso común sobre todo en ancianos con problemas psiquiátricos.

P077. ESTUDIO DE CAMBIOS EN EL ELECTROCARDIOGRAMA EN PACIENTES CON DEMENCIA VS PACIENTES PSIQUIÁTRICOS

Y. Maublanc Guzmán, A. Planas Pellice, E. Serra Aubanell, M. Urrea Ayala, R. Arias Segarra y A.I. López Sánchez
Sant Joan de Déu Serveis Sociosanitaris. Barcelona.

Objetivos: Describir los hallazgos electrocardiográficos de pacientes con demencia y trastorno psiquiátricos ingresados en un centro socio sanitario de Esplugues del Llobregat.

Material y métodos: Se trata de un estudio descriptivo de las variaciones electrocardiográficas realizados a 60 pacientes de larga estancia. Se registraron los siguientes datos: edad, sexo, fecha de ingreso del paciente, diagnóstico principal, registro de antecedentes cardiacos, ritmo cardiaco, frecuencia cardiaca, bloqueo AV, BRIHH, BRDHH, repolarización y extrasístoles, medicación pautada (hipnóticos, antipsicóticos, antidepressivos)

Resultados: Se realiza un estudio con 60 pacientes de larga estancia de los cuales 53 son pacientes psiquiátricos y 7 diagnosticados de demencia. La media de edad de los pacientes psiquiátricos es 72,1 y demencias 76,1. El grupo de los psiquiátricos 7,5% son mujeres y un 92,4% hombres, en demencias 42,8% mujeres y 57,1% hombres. De los 53 pacientes psiquiátricos, 13 (24,5%) tienen alteraciones cardiacas previas al ingreso y de los 7 con diagnóstico de demencia 3 (42,8%). Durante la estancia en el centro, de los 40 pacientes psiquiátricos restantes 21 (52,5%) presenta cambios en el ECG de control. De los 4 pacientes con demencia restantes, 3 (75%) presentan cambios en el ECG de control. Las alteraciones previas al ingreso en el ECG en los pacientes con demencia, es de 33,3% en ICC, angina de esfuerzo y cardiopatía isquémica, respectivamente. Y en los pacientes psiquiátricos 15,38% presentan cardiomiopatía, ICC y BRIHH, respectivamente, 23,07% presenta BRDHH, 23,07% bloqueo AV y 7,6% extrasístoles. Los cambios en el ECG durante su estancia son: en los pacientes con demencia: bloqueo de rama 66,7%, bloqueo AV 33,3%. Y en pacientes psiquiátricos: 38% bloqueo de ramas, 38% bloqueo AV, trastorno de repolarización 4,7% y 19% extrasístoles.

De los pacientes psiquiátricos que no tienen alteraciones cardiacas previas al ingreso un 20% lleva pauta de antipsicótico y hipnótico, un 17,5% pauta de antidepressivo-antipsicótico-hipnótico, 32,5% antipsicóticos, 2,5% antidepressivos y 2,5% antidepressivo-hipnótico y 12,5% antidepressivo-antipsicótico. De los pacientes diagnosticados de demencia el 25% llevan pautado antipsicótico-hipnótico, el 25% antidepressivo-hipnótico-antipsicótico y un 50% antipsicóticos.

Conclusiones: 1. Los pacientes con demencia tienen una mayor frecuencia de patología cardiaca crónica. 2. En los pacientes con patología psiquiátrica predominan los trastornos en la conducta eléctrica. 3. De los pacientes que solo llevan pautado antipsicóticos se observa que la alteración más frecuente son los trastornos de la conducción eléctrica, específicamente bloqueos AV.

P078. PÚRPURA DE SCHONLEIN-HENOCH EN EL ANCIANO: A PROPÓSITO DE UN CASO

A. López Gallego

Centro Residencial SAR Isdabe. Estepona. Málaga.

Introducción: La púrpura de Schonlein Henoch es una vasculitis leucocitoclásica sistémica, predominantemente pediátrica. La incidencia en adultos es de 1,1 por cada 100.000 habitantes por año, evolucionando en más de un 50% hacia la Insuficiencia Renal terminal. La enfermedad afecta los pequeños vasos en forma segmentaria y se caracteriza por abundantes depósitos de IgA a nivel de las paredes de las vénulas post-capilares. Las manifestaciones clínicas más importantes son cutáneas, articulares, gastrointestinales y renales, conformando una tetrada diagnóstica.

Caso clínico: Masculino de 85 años con antecedentes de DSTA-DV, Diabetes Mellitus, Espondiloartrosis severa y Trastorno esquizoafectivo de la personalidad. FR positivo desde 1997 sin clínica de artritis reumatoidea. Debuta con cuadro de dolor abdominal difuso, deterioro del estado general, oliguria con orinas oscuras y edematización progresiva de miembros inferiores. Previo a la aparición de los síntomas recibió tratamiento con cloxacilina por una úlcera infectada. A las 72 horas se completa el cuadro clínico con la presencia de placas eritemato-violáceas en miembros inferiores y superiores que no desaparecen a la vitropresión. No presentó manifestaciones articulares durante todo el curso de la enfermedad. Pruebas complementarias:

Hemograma inicial: Hgb 16,7 g/dl, VCM 85, leucos 11.890/mm³, plaquetas 238.000/mm³, coagulación normal. **Bioquímica:** (tras dos dosis de 500 mg de hidrocortisona) VSG 16 Glucosa 96, urea 190, creatinina 4,9, ClCr 24 hs: 22 ml/min y proteinuria de 3 g/24 hs. Urico 9,1, FA 136, BT, AST, GGT, LDH, normales. Proteínas totales 5,56, albúmina 2,9, Colesterol 121, triglicéridos 150 mg/dl. Factor reumatoideo +, 43 U/ml. PCR 6,5 mg/dl. ASLO negativo. IgG, A y M normales. C3 y C4 normales. TSH normal. ANA +, patrón nuclear homogéneo, ENA negativos, ANCAS negativos. Anticuerpos antiMGB negativos. Crioglobulinas negativas. Serología VHB, VHC y VIH negativa. **Orina:** Proteínas 500 mg/dl. Nitritos negativos. Leucocitos en tira: 500, hemafes en tira: 150. Sedimento: Bacteriuria moderada. Sodio 69 meq/l, Potasio 44 meq/l. **Líquido ascítico:** proteínas 3,8 g/dl. Glucosa 196 mg/dl, Leucos 7.200/mm³, PMN 95%, Hemafes 95.600/mm³. **Cultivo exudado úlcera pierna izquierda:** Proteus mirabilis sensible a todos los ATB testados salvo ampicilina y cotrimoxazol. Cultivo anaerobio negativo. **EKG:** Bradicardia sinusal. **Rx de tórax:** sin alteraciones significativas.

Juicio diagnóstico: Púrpura de Schonlein Henoch, con afectación cutánea, digestiva y renal (glomerulonefritis) asociada secundaria a infección dérmica por Proteus mirabilis o idiopática.

Evolución: Satisfactoria, con mejoría de las lesiones cutáneas y de la función renal tras administrar dos pulsos de 500 mg de hidrocortisona y posteriormente 60 mg diarios de metilprednisolona. Pese a tratamiento inicial con esteroides se aprecia recurrencia de la vasculitis en las manos, con importante mejoría de la misma tras iniciar tratamiento de la úlcera con ciprofloxacino, optando por mantener antibioterapia y esteroides hasta ausencia de supuración en la misma.

Conclusiones: La púrpura de Schonlein Henoch es una entidad poco frecuente en adultos. El compromiso renal es más frecuente y severo que en niños, estimándose que cerca de la mitad de los pacientes que lo padecen evolucionará con insuficiencia renal terminal. La insuficiencia renal aguda es una forma de presentación poco habitual por lo que consideramos de interés presentar el caso de un paciente anciano con púrpura de Schonlein Henoch e insuficiencia renal aguda.

P079. VARIABLES DE RIESGO DE HOSPITALIZACIÓN Y MUERTE A LOS NUEVE MESES EN PERSONAS MAYORES INSTITUCIONALIZADAS

A.M. Fernández Fernández¹, G. Pérez Vázquez¹, F.J. Jiménez Muela², F. Suárez García² y J.J. Solano Jaurrieta²

¹Establecimiento Residenciales de Asturias. Oviedo. ²Hospital Monte Naranco. Oviedo.

Objetivos: Analizar que variables se asocian con un mayor riesgo de exitus e ingreso hospitalario en personas mayores de 65 años que viven en residencias de ancianos.

Métodos: Estudio longitudinal prospectivo de de las personas mayores de 65 años institucionalizados en la residencia de pública Santa Teresa de Oviedo perteneciente al ente público ERA. Se obtuvieron variables sociodemográficas, parámetros funcionales a través del índice de Barthel, principales diagnósticos médicos, la presencia de deterioro cognitivo, grado de dependencia según el baremo de valoración de la dependencia, así como el listado de su tratamiento farmacológico habitual. Se siguió a los individuos durante nueve meses para obtener las variables resultado: muerte e ingreso hospitalario. Para valorar las diferencias la existencia de asociación independiente entre el ingreso y/o muerte con el resto de variables independientes se realizó un análisis de regresión logística.

Resultados: La población estaba formada por 263 personas con una edad media de 86,0 (DT: 7,10) siendo el 73% mujeres. El 32,7% de la población tenía el diagnóstico de algún tipo de trastorno cognitivo. El Índice de Barthel medio fue de 67,2 (DT: La media de fármacos fue 5,9 (DT: 2,9). A los nueve meses fallecieron el 7,2% de los individuos y fueron hospitalizados el 16,7% de los cuales el 4,6% lo hicieron en más de una ocasión. Las variables asociadas de forma independiente

a mayor riesgo de muerte y/o ingreso hospitalario fueron el sexo femenino OR 2,36 (IC95% 1,22-4,57) (p : 0,01); el número de patologías OR 1,33 (IC95% 1,13-1,56) (p : 0,001); y una puntuación en el índice de Barthel menos de 60 puntos OR 4,52 (IC95% 2,33-8,77) (p < 0,001).

Conclusiones: En las personas mayores institucionalizadas, el sexo, la comorbilidad y el peor estado funcional se asocian a un mayor riesgo de efectos adversos en forma de muerte y hospitalización. El grado de dependencia no mostró asociación independiente con estos resultados.

P080. TRATAMIENTOS OFTALMOLÓGICOS CRÓNICOS EN ANCIANOS INSTITUCIONALIZADOS

M.J. de Juan García², C. Pagan Pomar¹ y J.A. de Antonio Veira¹

¹Residencia Geriátrica Llar dels Ancians. Palma de Mallorca. ²Hospital Universitario Son Dureta. Palma de Mallorca.

Objetivo: 1. Conocer la prevalencia de tratamientos crónicos con preparados oftálmicos en ancianos institucionalizados y la patología asociada a los mismos. 2. Analizar qué principios activos son los más utilizados. 3. Detectar posibles errores de medicación, revisando si la administración y posología son las correctas.

Método: Estudio observacional transversal sobre una población de 357 ancianos institucionalizados, edad media 83 años, 70% mujeres, 32% válidos. Datos de tratamientos oftálmicos y patología asociada obtenidos revisando hojas farmacoterapéuticas, historias clínicas y hojas de administración de medicamentos de la población de estudio.

Resultados: El 31% de la población tiene prescrito al menos un tratamiento crónico oftálmico. El número total de tratamientos crónicos es 146. Tienen prescritas lágrimas artificiales o lubricantes oculares para tratamiento de ojo seco 80 pacientes (22% de la población, 65 mujeres y 15 hombres), siendo alcohol polivinílico en solución el principio activo más utilizado (68% de los tratamientos), seguido de carmelosa (20%), el 65% tienen una posología definida, el resto es "a demanda". El 11% de la población (16 hombres y 23 mujeres) tiene prescrito tratamiento con colirios antiglaucoma, el 33% recibe tratamiento combinado y el resto monoterapia. Los betabloqueantes son los más utilizados (46% de los pacientes), seguidos de los análogos de prostaglandinas. La prevalencia conjunta de tratamiento de glaucoma y ojo seco es del 3%. Errores de medicación: en 7 de los tratamientos la posología era incorrecta. El tratamiento antiglaucoma se había discontinuado en 6 pacientes, sin que hubiera una orden médica que lo indicase.

Conclusiones: 1. Encontramos diferencias por sexo: la prevalencia de tratamiento de "ojo seco" es más alta en mujeres (el 26%, doble que hombres). Respecto al glaucoma, es más frecuente en hombres (lo reciben el 14% frente al 9% de las mujeres). 2. Siendo los colirios de betabloqueantes antiglaucoma los más utilizados en conjunto, en la monoterapia inicial se prescriben con más frecuencia inhibidores de prostaglandinas (39%), considerados de primera elección en algunas guías en este grupo de edad. 3. Aunque el número de errores de medicación es bajo (9%), es importante detectarlo para poder corregirlo.

P081. EVALUACION DE LA INGESTA NUTRICIONAL EN PACIENTES ANCIANOS HOSPITALIZADOS EN UNA UNIDAD DE CONVALECENCIA Y LA CORRECTA INDICACION DE SUPLEMENTOS

R.A. Sabaté García, V. Serra Gimeno, M.P. Sánchez Mohedano, M.J. Robles Raya, A. Esperanza Sanjuan y R. Miralles Basseda
IMAS. Barcelona.

Objetivos: 1. Valorar si la ingesta es adecuada a las necesidades nutricionales de los ancianos ingresados. 2. Determinar la correcta indicación de suplementos nutricionales.

Pacientes y método: Se evaluaron 84 pacientes (px), registrando edad, sexo, Barthel y Minimal Mental de Folstein al ingreso, diagnóstico

médico, de enfermería, factores de riesgo de desnutrición y estadio nutricional (American Institute of Nutrition).

Se valoró ingesta por observación de enfermería, registrándose en trayectoria clínica en forma de porcentaje de lo ingerido en cada comida, en los tres primeros días de su ingreso. Se convirtió, dicho porcentaje, a número de calorías ingeridas, según la dieta estandarizada del hospital. Se calcularon las necesidades calóricas utilizando la fórmula de la OMS modificada para población geriátrica (American Geriatric Society). Se consideró insuficiente, ingesta menor del 75% de las necesidades calculadas. Se registró si tomaban suplementos nutricionales, este se consideró bien indicado si el px presentaba una ingesta menor del 50% al ingreso, menor del 75% después de dos semanas de intervención con adaptación de dieta, o px con albúmina < de 2,5 g/dL en los que por criterios clínicos se decidió dar suplementos.

Resultados: De los 84, 40 (47,6%) mujeres y 44 (52,3%) hombres, media de edad de 75,7 ± 11,2 años, media de Barthel 36,9 ± 23,9 y de MMSE 22,0 ± 5,7 al ingreso. *Diagnósticos médicos:* neurológico 24 (28,5%), locomotor/fractura 21 (25,0%), circulatorio 12 (14,2%), locomotor/no fractura 7 (8,3%), cardiaco 4 (4,7%), respiratorio 4 (4,7%), neoplasia 4 (4,7%) y otros 8 (9,5%). *Diagnósticos enfermería:* deterioro movilidad 75 (89,2%), deterioro integridad cutánea 7 (8,3%), confusión 1 (1,1%) y deterioro comunicación 1 (1,1%). *Estadio nutricional:* estadio I: 33 (39,2%), estadio II: 1 (1,1%), estadio III: 35 (41,6%) y estadio IV: 15 (17,6%).

Hubo 47 px (56%) con ingesta correcta y 37 (44%) insuficiente. Tomaban suplementos de farmacia 22 (26,1%), de los que 14 (16,6%) tenían indicación correcta (p < 0,0001). De los 37 px con ingesta insuficiente, 12 (32%) tomaban suplemento, en 10 (83,3%) estaba bien indicado. En los 47 px con ingesta correcta 10 (21,2%) tomaban suplemento, en 4 (40%) estaba bien indicado. No existió relación estadística entre ingesta insuficiente y factores de riesgo. De los 37 px con ingesta insuficiente, 14 (37,8%) tenía 4 factores de riesgo.

Conclusión: 1. Más de la mitad de los px tenían ingesta adecuada a sus necesidades. 2. La indicación de suplementos en px con ingesta insuficiente se realizó adecuadamente. 3. En px con ingesta correcta, existe la tendencia a indicar suplementos, antes de prevenir y/o tratar los factores de riesgo.

P082. PERSONAS MAYORES Y ATENCIÓN ESPECIALIZADA EN LES ILLES BALEARS

E. Campos y C. Andreu

IMAS. Consell Insular de Mallorca. Palma de Mallorca.

Objetivos: Revisar el impacto que la Atención Especializada a las personas mayores tiene en el conjunto de la actividad asistencial del Sistema Sanitario Público de Les Illes Balears.

Método: Los datos que se presentan forman parte del capítulo "Envel·liment, Salut i Serveis Socials: alguns indicadors" en el Anuari de l'envellimentt. Illes Balears 2008, capítulo que ha sido redactado y elaborado por los dos autores de la presente comunicación, y que han sido obtenidos de los distintos servicios de documentación clínica de la red hospitalaria de la Comunidad Autónoma.

Resultados: En general, entre un 15,91 y un 20% de las consultas que se efectúan en los servicios de urgencias de los Hospitales de Agudos de la CAIB corresponden a personas mayores de 65 años, y estas ingresan desde este servicio entre un 21,5 y un 39% de las ocasiones, muy por encima de lo que ocurre en la población general. En lo referente a consultas externas entre un 20 y un 33% se dedica a pacientes de 65 ó más años. En cuanto al área de hospitalización los datos recogidos reflejan que entre un 28,69 y un 40,31% de las altas hospitalarias corresponden a este grupo de edad.

Conclusiones: En torno al 30% de la actividad asistencial en atención especializada está referida a las personas mayores de 65 años, y a su vez estas hacen un buen uso de estos recursos, como se demuestra

en el porcentaje de ingresos desde los servicios de urgencias, muy superior al de la población general.

P083. COMPARATIVA DE PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE OSTEOPOROSIS TRATADOS Y NO TRATADOS EN LA UDE. CONVALECENCIA Y LARGA ESTANCIA EN EL PERÍODO DE 2008
S. Sánchez Martínez y C. Pardo Bustamante

Fundación Sociosanitaria de Manresa. Hospital Sant Andreu. Barcelona.

Objetivos: Estudio cuantitativo y cualitativo de pacientes ingresados en las Unidades de Convalecencia y Larga Estancia en el período de 2008 diagnosticados de Osteoporosis previa que recibían tratamiento específico o no.

Método: Estudio retrospectivo de los ingresados en las unidades citadas, con diagnóstico previo de Osteoporosis con tratamiento específico o no, tomando como ítems la edad, el sexo, fractura previa o no, Barthel de inicio, estado nutricional, patologías coadyuvantes y medicación específica si la llevaban.

Resultados: La muestra es de 51 pacientes (n = 51), 47 mujeres (92,2%) y 4 varones (7,8%). La edad en las mujeres, mostraba: 1 paciente entre 60-65 años (1,9%), 2 de 66 a 70 (3,9%), 12 de 76 a 80, 20 de 81 a 85 (39,3%), 7 de 86-90 (13,7%) y > de 90 5 (9,8%). Los varones estaban entre los 71 a 75 años (7,9%). Con fractura previa 37 (72,55%) y 14 sin fractura (27,45%). Concretamente: 3 Colles (8,1%), 2 Tibias (5,4%), 2 Tobillos (5,4%), Vertebrales 7 (18,9%), 25 Fémures (67,5%) y 8 Húmeros (21,6%). Enfermedades coadyuvantes de Osteoporosis: DM 2 17 (33,3%), Corticoterapia (Encefalitis, etc) 17 (33,3%), Poliartrosis (incluimos obesidades mórbidas) 15 (29,3%), 13 Broncopatías (28,4%), 5 Insuf. Renales (9,8%), 2 Hipertiroidismos (3,9%) y 2 Neoplasias (3,9%), y 1 Artritis Reumatoide (1,9%). El Barthel de inicio. Sin ayuda 9 (17,6%), ayuda técnica 19 (37,3%) ayuda mínima 11 (21,5%), ayuda amplia 12 (23,6%). Se desglosó: Barthel < 40 6 (11,8%), 5 de 41-49 (9,8%), 21 (41,2%) de 50-60, 10 (19,6%) de 61-70, 6 (11,7%) de 71-80 y 3 (5,9%) > 80. Objetivamos 14 desnutridos (27,4%) y 37 normonutridos (72,6%). Encontramos 36 no medicados (70,5%) y 15 (29,5%) medicados. Desglosados: Ca 13 (86,6%), Bifosfonatos 6 (40%), Ralendronato de Estroncio 1 (6,6%), Vit. D 2 (13,3%), y Calcitonina 13 (13,3%).

Conclusiones: 1. Aparece mayor prevalencia en mujeres con edades de 70 a 85 años. 2. DM 2 y Corticoterapia aparecen como factores inductores mayores. 3. Es una enfermedad poco i/o insuficientemente tratada en la población anciana de riesgo.

P084. CICUITO DE FISIOTERAPIA RESPIRATORIA EN LA RESIDENCIA FRANCISCO PADILLA DEL CONSORCI SANITARI INTEGRAL

L. Patiño Soto, M. Doña Marcos y S. Mateo Lozano
Consorti Sanitari Integral. Hospitalet de Llobregat. Barcelona.

Objetivos: 1. Enseñar a respirar al usuario de forma que aproveche al máximo la capacidad de sus pulmones. 2. Favorecer el drenaje de las secreciones, como instrumento de lucha contra la obstrucción respiratoria y la infección. 3. Disminución del atrapamiento aéreo y los niveles de CO₂ en sangre mediante los ejercicios respiratorios. 4. Conseguir bienestar físico y confort.

Método: La actividades se ejecutan 3 veces en semana en sesiones que duran 1 h. Se distribuye el circuito en 3 actividades según el perfil del usuario y la finalidad. *Actividades del circuito:* 1) "Reeducación ventilatoria": buscamos reexpandir territorios colapsados, es decir, intentamos llevar el aire a esas zonas para mejorar relación ventilación-perfusión. Los ejercicios que realizamos consisten en ir combinando flujos espiratorios con ayuda de diferentes materiales (cañitas, vasos de plástico, pelotas, matasuegras, globos, film y hueveras). 2) "Gimnasia respiratoria": pauta de ejercicios respiratorios alternado la inspiración y la espiración. 3) "Reentrenamiento al es-

fuerzo": protocolo de ejercicios terapéuticos específicos para volver a reeducarlo al esfuerzo, para que pueda realizar las actividades de su vida diaria cursando con la menor fatiga y esfuerzo. Los ejercicios consisten en trayectos donde varían las distancias, intensidades, duración y carga de trabajo, es decir, una modalidad de entrenamiento a carga interválica. Utilizamos escaleras, rampas, obstáculos etc. Los parámetros de medida a seguir: a) Frecuencia cardíaca. b) Frecuencia respiratoria. c) Tensión arterial. d) Consumo de oxígeno. e) Escala de Borg. f) Test de 6 minutos Walking Test 6MWT.

Resultados: De 48 usuarios que realizaron el circuito durante el año 2008, con una edad media de 81 años, el 79% mantuvieron o mejoraron su capacidad respiratoria.

Conclusiones: Se percibe una mejora de la capacidad ventilatoria que conlleva a un aumento del bienestar físico y confort.

P085. CARACTERÍSTICAS DE LA ELECTROESTIMULACIÓN CARDÍACA EN POBLACIÓN GERIÁTRICA

R. Peñañiel Burkhardt, L. Muñoz Jiménez, E. Chaffanel Pelaez, J. Valderrama Marcos, J. Férriz Martín y M. de Mora Martín
Hospital Regional Universitario Carlos Haya. Málaga.

Objetivo: Análisis de los marcapasos implantados en el paciente mayor en nuestro centro.

Material y método: Estudio observacional pacientes mayores de 65 años en seguimiento por consulta de marcapasos. Se establecieron variables demográficas, clínicas (comorbilidad, síntomas), electrocardiográficas y tipo de marcapasos implantado. Los datos fueron analizados de forma descriptiva y mediante test de hipótesis chi-cuadrado.

Resultados: De 916 marcapasos implantados desde 1993 hasta 2008 y con seguimiento posterior en consulta 716 tenían edad superior a 65 años (78,1%). El sexo era predominantemente masculino en un 60,3% sin diferencias significativas de edad en relación al sexo (hembra 76,1 ± 6,5 años vs varón 75,3 ± 6,2 años p > 0,05). En la distribución por edades se realizaron implantes más frecuentemente en población mayor de 75 años en un 53,4% con respecto a 65-75 años en el 46,4% p < 0,05. Las alteraciones más frecuentes previas al implante fueron bloqueo del nodo aurículoventricular de segundo y tercer grado con 15,1% y 46,1% respectivamente siendo también frecuente la enfermedad del seno en 14%, no existieron diferencias entre los grupos de edad y las alteraciones electrocardiográficas. El síntoma más frecuentemente referido por los pacientes fue mareo y síncope sin diferencias significativas entre grupos de edad. Un 78,4% del total presentaba estimulación unicameral con un electrodo en ventrículo derecho y el 21,6% bicameral, los mayores de 75 años tenían mayor frecuencia de marcapasos unicameral con respecto a pacientes entre 65 y 75 años (87,2% vs 72,1% p < 0,05). El modo de estimulación más frecuentemente programado fue el VVI sobre todo en los mayores de 75 años con respecto a edad gerontológica más temprana (52,8% vs 37,7% p < 0,05).

Conclusión: La indicación de marcapasos es muy frecuente en el paciente anciano sobre todo en trastornos del nodo aurículo-ventricular. Se suele indicar el implante de modelos unicamerales con preferencia por la estimulación en VVI.

P086. LA SHORT PHYSICAL PERFORMANCE BATTERY (SPPB): CORRELACIÓN CON OTRAS ÁREAS DE LA EVALUACIÓN GERIÁTRICA EXHAUSTIVA

J. César Dávila¹, B. Montero Errasquín², C. Sacher Castellano³, L. Rexach Cano² y A. Cruz Jentoft²

¹Centro Médico La Raza. Monterrey, México. ²Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid.

Introducción: Se ha recomendado recientemente la utilización del SPPB como medida de la función física general en las personas ma-

yores, especialmente en relación con la fragilidad y la sarcopenia. Sin embargo se ha estudiado poco la correlación entre sus resultados y otras variables recogidas en la evaluación geriátrica.

Métodos: Se aplicó la SPPB en 51 pacientes (edad media 80,4 años, 84,3% mujeres) consecutivos mayores de 70 años atendidos en la consulta externa de Geriátría, remitidos por atención primaria para una evaluación geriátrica exhaustiva. Un mismo geriatra realizó todas las valoraciones para reducir sesgos. Se calcularon los coeficientes de correlación de Spearman entre los resultados del SPPB y otras medidas de la evaluación geriátrica.

Resultados: La puntuación media obtenida en la SPPB fue 5 (intervalo 3-8). La puntuación en el SPPB tuvo una correlación fuerte con el índice de Katz de AVD básicas ($r = 0,80$, $p < 0,001$) y una correlación media con el índice de Lawton de AVD instrumentales ($r = 0,64$, $p < 0,001$) y con la edad ($r = 0,59$, $p < 0,001$). La correlación entre SPPB y MMSE ($r = 0,42$, $p = 0,002$) y SPPB y número de fármacos ($r = 0,42$, $p = 0,002$) fue más débil. No se encontró correlación con el género, el IMC, el número de caídas, la puntuación de la escala GDS-15 de depresión o el déficit visual o auditivo. Al analizar los tres componentes de la SPPB por separado, la edad, las AVD básicas y el MMSE mostraron mejor correlación con la velocidad de la marcha; las AVD instrumentales se correlacionaron con el equilibrio; y el número de fármacos con el test de levantarse de la silla.

Conclusiones: La SPPB, una medida de la función física relacionada con la fragilidad y la sarcopenia, guarda relación en esta población con la edad, las AVD básicas e instrumentales, la situación cognitiva y el número de fármacos usados.

P087. MALOS TRATOS EN ANCIANOS CON FRACTURA DE CADERA

C. Sánchez Castellanos, B. Gutiérrez González, B. Montero Errasquín, L. Rexach Cano, y A. Cruz Jentoft
Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid.

Objetivo: Determinar la prevalencia y factores de riesgo de maltrato hacia los mayores en pacientes ingresados en Traumatología para tratamiento quirúrgico de una fractura de cadera.

Métodos: Se incluyeron todos los pacientes de 70 ó más años que ingresaron con diagnóstico de fractura de cadera en el período de un año. Los pacientes y sus cuidadores fueron evaluados por un equipo multidisciplinar, buscando signos de malos tratos, basándose en criterios estandarizados. Se recogieron la edad, sexo, situación funcional (índice de Katz, FAC), deterioro cognitivo y variables sociales, para evaluar factores de riesgo de maltrato.

Resultados: Se incluyeron 392 pacientes, edad media 84.7+5.8 años (rango 70-101), 72.3% mujeres. La prevalencia de malos tratos fue 12%. El principal tipo de maltrato fue abandono (67% de los casos), seguido de abuso económico (17%) y otros tipos de negligencia (10%); el maltrato físico fue poco frecuente (4% de los casos). No se relacionó el maltrato con la edad, sexo o estado funcional previo del paciente. Los pacientes que sufrieron maltrato tenían mayor número de hijos. Vivir en su domicilio se relacionó con mayor riesgo de maltrato: ninguno de los pacientes procedentes de residencias en nuestra muestra sufrieron maltrato. Los malos tratos fueron significativamente más frecuentes en pacientes ingresados en meses de vacaciones (agosto, septiembre y diciembre). Los siete pacientes cuyo cuidador principal padecía enfermedad mental recibieron malos tratos.

Conclusiones: La prevalencia de malos tratos en esta cohorte de pacientes frágiles, que fue del 12%, es ligeramente más elevada que en otros estudios. Algunos factores de riesgo encontrados (tener más hijos, vivir en su domicilio, época del ingreso y problemas mentales del cuidador) pueden ayudarnos a la detección del maltrato en esta población.

P088. PERSONAS MAYORES Y ATENCIÓN PRIMARIA EN MALLORCA

C. Andreu y E. Campos
IMAS. Consell Insular de Mallorca. Palma de Mallorca.

Objetivos: Revisar el impacto que la Atención Primaria a las personas mayores tiene en el conjunto de la actividad asistencial de este nivel en el Sistema Sanitario Público de Mallorca.

Método: Los datos que se presentan forman parte del capítulo "Envel·liment, Salut i Serveis Socials: alguns indicadors" en el Anuari de l'envel·limentt. Illes Balears 2008, capítulo que ha sido redactado y elaborado por los dos autores de la presente comunicación, y que han sido obtenidos de la Gerencia de Atención Primaria de Mallorca. Los datos corresponden al año 2007.

Resultados: Del total de consultas realizadas un 29,36% corresponden a personas mayores de 65 años. En cuanto consultas a domicilio, tanto programadas como urgentes, el porcentaje se eleva a 84,93%. En el cribaje de anciano de riesgo se ha administrado el test de Barber a 31.028 mayores de 65 años, siendo positivo en 19.386 (62,47%). La cobertura de la vacunación antigripal en este grupo de edad ha sido del 53,03%.

Conclusiones: En torno al 30% de la actividad asistencial en consultas de atención primaria está referida a las personas mayores de 65 años, siendo esta muy superior, hasta un 84,93% en consultas a domicilio.

P089. ¿PUEDE UN ANCIANO VIVIR SOLO?

R. Rodríguez Flores¹, B. Manuel Martí², E. Camats Escoda², B. Malla Clua², S. Alexandre Lozano² y C. Marquilles Bonet²
¹Gestió de Serveis Sanitaris. Alpicat. Lleida. ²CS Bordeta- Magraners. Lleida.

Objetivos: Identificar los problemas de salud de las personas mayores de 79 años que viven solas.

Método: Estudio descriptivo: 1) *Población a estudio:* personas mayores de 79 años que vivían solos asignadas a dos enfermeras de un centro de salud urbano. 2) *Periodo de estudio:* noviembre y diciembre 2008. 3) *Variables a estudio:* escala de Barthel, Barber, Yesavage, Pfeiffer, Minimental Lobo, Downton, patologías, medicación prescrita, años que vivían solos y si tenían tele asistencia, tipos de ayuda, ir centro de día.

Resultados: Total de pacientes registrados: 42. Media de edad: 83 años, 73,8% mujeres. Media de años que vivían solos era 11 años. Las medias en escalas calidad de vida: Barthel: 98, Barber: 1,4, Yesavage: 1, Pfeiffer: 1,29, Downton: 2,4. El test de Lobo: 25, solo uno por debajo de 20. La mitad tenía ayuda de los hijos, 28,57% ayuda externa y 16,67% sin ayuda. La exposición a fármacos era: 28,6% diuréticos, 69% antihipertensivos, 19% antidiabéticos, 26,2% antidepresivos, 21,4% hipnóticos, 11,9% inhaladores y 7,2% mórnicos. Las patologías relevantes observadas: hipertensión 66,66%, músculo esqueléticas 52,38%, cardiovasculares 35,71%, obesidad 30,95%, diabetes y depresión 28,57%, EPOC 11,9%, AVC 9,5%. Hipertensión + diabetes 14,3%, Hipertensión + diabetes + AVC 2,4%, Hipertensión + diabetes + cardiovascular 2,4%. Uno tenía tele asistencia y otro asistía a centro de día.

Conclusiones: 1. La mayoría tienen riesgo de caídas, pero son suficientemente autónomos para realizar las actividades de la vida diaria, están en buenas condiciones para vivir solos, pero es necesario hacer un seguimiento, ya que cualquier contratiempo puede alterar su situación. 2. La mayoría tiene algún tipo de ayuda. 3. La pluripatología no es relevante posiblemente debido a la edad avanzada. 4. Esto nos plantea la importancia de hacer un seguimiento monitorizado de estos usuarios para prevenir o detectar situaciones de riesgo, y así poder mantener una buena calidad de vida.

P090. CAMBIO DE UBICACIÓN: LA ÚLTIMA CRÓNICA

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

*Hospital Real Nuestra Señora de Gracia. Zaragoza.***Objetivo:** Analizar indicadores y perfil de la casuística el último año de actividad de un servicio de geriatría con traslado de hospital.**Método:** *Diseño:* Estudio descriptivo retrospectivo. *Ámbito:* Área de hospitalización, recuperación funcional, consulta externa y hospital de día del Servicio de Geriatría. *Sujetos:* Todos los pacientes en cartera de servicios de distintos niveles asistenciales en 2008 incluyendo los atendidos desde el 18 de noviembre, fecha del traslado, en la nueva ubicación. *Mediciones:* Ingresos, estancia media (EM), procedencia, índice de ocupación (IO), índice de rotación (IR), mortalidad y reingresos, situación funcional, comorbilidad demencia e insuficiencia cardíaca, número de consultas, pacientes en programa de recuperación funcional y hospital de día. En hospitalización, nonagenarios, viven solos, domicilio y residencia, tributarios de paliativos, con acenocumarol, opiáceos y fármacos al alta. Tratamiento estadístico descriptivo.**Resultados:** Hospitalización: 1.396 pacientes (70% urgentes y 30% programados) 39% hombres y 61% mujeres. Edad 85,2, EM: 14 días. IO: 79%. IR: 20. Mortalidad 23%. Reingreso precoz: 4%. 8,6% estancia más de 30 días. Índice de Barthel previo (IBP) > 65: 19%, < 20: 37%, comorbilidad demencia 39%, comorbilidad insuficiencia cardíaca 23%, mayores de 90 años, 25%, viven solos 7%, en domicilio 66%, residencia 31%, 8,5% paliativos, opiáceos 8,5%, 5,5% con acenocumarol, 26% al alta más de 7 fármacos, 16% menos de 3. Recuperación Funcional: 116 pacientes con un promedio de 10 sesiones. Hospital de Día: 126 pacientes nuevos. Consultas Externas: 4.647 (1.345 primeras consultas)**Conclusiones:** El perfil de procedencia de urgencias (proceso agudo), dependencia moderada y comorbilidad demencia de distinto grado predomina en la casuística en hospitalización. Hasta ahora el número de convalcientes y tributarios de paliativos atendidos en hospitalización ha sido escaso, mientras la actividad ambulatoria, consulta y hospital de día sigue creciendo. Los nonagenarios constituyen un grupo creciente de atención en nuestro ámbito.**Palabras clave:** indicadores, gestión clínica.**P091. ÍNDICES PRONÓSTICOS DE MORTALIDAD EN EL ANCIANO**I. Pineda Pérez¹, J. Gutiérrez¹, M. Pi-Figueras², E. Hernández¹, M. Arellano² y M.A. Márquez²¹Hospital del Mar. Barcelona. ²Hospital de l'Esperança. Barcelona.**Objetivo:** Determinar la fiabilidad de dos índices, Charlson (IC) y Walter (IW), como predictores de mortalidad al año en el paciente anciano frágil tras la hospitalización.**Método:** Estudio prospectivo de la mortalidad al año de los pacientes dados de alta de la UGA durante 2006 y 2007. Para cada paciente se determina el IC y el IW. El IC concede una probabilidad de muerte al año en base a la presencia de diferentes antecedentes patológicos. La probabilidad de muerte en función del IC es: 0: 12%, 1-2: 26%, 3-4: 52%, > 4: 85%. El IW concede una probabilidad de muerte al año en base a seis variables independientes: sexo, dependencia para las ABVD, antecedente de insuficiencia cardíaca y neoplasia única o metastásica y nivel de creatinina y albúmina al alta. La probabilidad de muerte en función del IW es: 0-1: 13%, 2-3: 20%, 4-6: 37%, > 6: 68%. Se determina la relación existente entre los dos índices y la mortalidad al año así como las diferencias de mortalidad por puntuación entre los dos años estudiados.**Resultados:** Se incluyen 568 pacientes en el 2006 y 702 pacientes en el 2007. La mortalidad observada en el 2006 para el IC fue: 0: 33,3%, 1-2: 42,3%, 3-4: 51,9%, > 4: 58,7% (p 0,02 y área bajo la curva: 0,582) y para el IW: 0-1: 7,7%, 2-3: 28,9%, 4-6: 46,8%, > 6: 62,1% (p < 0,0001

y área bajo la curva: 0,666). La mortalidad observada en el 2007 para el IC fue: 0: 15,6%, 1-2: 34,3%, 3-4: 36,8%, > 4: 50% (p 0,002 y área bajo la curva: 0,564) y para el IW: 0-1: 12,5%, 2-3: 27,7%, 4-6: 31,2%, > 6: 49,8% (p < 0,0001 y área bajo la curva: 0,622). El estudio comparativo de los resultados del 2006 y 2007 determinó diferencias significativas de mortalidad para las puntuaciones del IC: 0 (33,3 vs 15,6, p 0,05), 1-2 (42,3 vs 34,3, p 0,03) y 3-4 (51,9 vs 36,8, p 0,002) y para las puntuaciones del IW: 4-6 (46,8 vs 31,2, p 0,0001) y > 6 (62,1 vs 49,8, p 0,01).

Conclusiones: Los dos índices estudiados, Charlson y Walter tienen relación con mortalidad al año, siendo esta relación más potente para el índice de Walter. La escasa reproducibilidad de los resultados en los dos años estudiados confiere escasa fiabilidad de los dos índices como predictores de mortalidad. Es necesario un nuevo índice pronóstico de mortalidad al año para el anciano frágil en nuestro medio tras la hospitalización.**P091. CUIDADOS PALIATIVOS EN EL PACIENTE ANCIANO**

A. Exposito López, V. Romani Costa, K. Chang Trejos,

M. Delgado Carrion y P. Almagro Mena

*Hospital Universitario Mútua de Terrassa. Barcelona.***Introducción:** El aumento de la supervivencia y la introducción de los cuidados paliativos en el manejo del paciente no oncológico (con insuficiencia orgánica crónica avanzada o enfermedades degenerativas) están comportando que el equipo de soporte hospitalario de cuidados paliativos (ccpp) atienda cada vez más a personas mayores.**Objetivo:** Descripción comparativa del perfil de pacientes atendidos por el equipo de ccpp que tienen más de 75 años respecto a los menores de esta edad.**Método:** Análisis de los datos recogidos prospectivamente en el registro del equipo de ccpp de los pacientes atendidos durante el año 2007, en el Hospital Universitario Mútua de Terrassa.**Resultados:** Durante el año 2007 se consultó a ccpp para 367 pacientes de los cuales 148 eran mayores de 75 años (40,3%). El 66% eran varones con una edad media de 82 años (75-101). Los diagnósticos oncológicos fueron: neoplasia digestiva en 49 (33%), n. de pulmón 18 (12%), n. urológica en 26 (17%), n. hematológica en 10 (7%) y otras neoplasias en 14 casos. Los diagnósticos no oncológicos fueron insuficiencia cardíaca en 7 (5%), accidente vascular cerebral en 6 (4%), isquemia arterial periférica en 4, EPOC en 3, demencia en 3, cirrosis hepática en 3, fibrosis pulmonar en 2, insuficiencia renal en 1, y demás pluripatología en 2.

Los pacientes mayores tenían peor funcionalidad que los menores medida con el índice de Barthel, tanto antes del ingreso [75 (DE 27) vs 86 (DE 22), p < 0,0001], como durante el mismo [31 (DE 26) vs 44 (DE 27), p < 0,0001], y al alta [46 (DE 23) vs 59 (DE 28), p < 0,0001]. El Pfeiffer fue normal en el 48% de los mayores y el 55% de los menores (p = n.s.). En los dos grupos se detectaron entre siete y ocho síntomas de media para cada paciente. Los pacientes mayores tenían más incidencia de cuadro confusional agudo (30% vs 19%, p = 0,017), más agitación (18% vs 10%, p = 0,038) y más disnea (38% vs 26%, p = 0,014). En el resto de síntomas no se detectaron diferencias estadísticamente significativas. Durante el ingreso fallecieron el 37% de los mayores y el 30% de los menores (p = n.s.). La ubicación al alta fue al domicilio en el 60% de los casos para ambos grupos, residencia en el 9% y el 3%, y centro socio sanitario en el 31% y el 39%, de los mayores y de los menores respectivamente (p = n.s.).

Conclusión: Los síntomas por los que se consulta al equipo de ccpp en los pacientes mayores de 75 años incluyen síndromes geriátricos como el deterioro funcional y el delirium. La formación en geriatría de los equipos de ccpp es necesaria para procurar atención adecuada a los pacientes mayores. Los enfermos con insuficiencia orgánica crónica avanzada o enfermedades degenerativas representan todavía un bajo porcentaje de las consultas.

P093. FRECUENCIA EN EL RECAMBIO DE MARCAPASOS EN LA POBLACIÓN ANCIANA

R. Peñafiel Burkhardt, L. Muñoz Jiménez, B. Luque Aguirre, J. Valderrama Marcos, J. Ferriz Martín y M. de Mora Martín
Hospital Regional Universitario Carlos Haya. Málaga.

Objetivo: Estudiar la frecuencia en el recambio de los componentes de marcapasos en el paciente anciano.

Material y método: Estudio observacional en pacientes mayores de 65 años en seguimiento por consulta de marcapasos. Como variables se establecieron la edad, sexo, tipo de marcapasos implantado, fechas de implante y recambios posteriores tanto del generador como de los cables auricular y ventricular. Los datos fueron analizados de forma descriptiva y mediante test de hipótesis chi-cuadrado.

Resultados: De 916 pacientes con marcapasos implantados desde 1993 hasta 2008 y con seguimiento posterior en consulta 716 tenían edad superior a 65 años (78,1%). El sexo era predominantemente masculino en un 60,3% sin diferencias significativas de edad en relación al sexo (hembra 76,1 ± 6,5 años vs varón 75,3 ± 6,2 años $p > 0,05$). En la distribución por edades se realizaron implantes más frecuentemente en población mayor de 75 años en un 53,4% con respecto al rango de 65-75 años en el 46,4%. Un 78,4% del total tenía un solo cable en ventrículo derecho y el 21,6% cables en aurícula y ventrículo, los mayores de 75 años tenían mayor frecuencia de marcapasos unicameral con respecto a pacientes entre 65 y 75 años (87,2% vs 72,1% $p < 0,05$). De los pacientes con electrodo auricular tan solo precisaron recambio un 1,6% por mal umbral o infección con una media de tiempo tras el implante de 10,2 ± 3,8 años. El electrodo ventricular se retiró en un 0,4% de los pacientes con un caso de infección y otro caso por rotura a los 4 ± 1,8 años del implante. En cuanto al generador, del total de pacientes 93 (12,9%) se recambió en una ocasión, 6 pacientes (0,9%) dos veces y un solo paciente se recambió por tercera vez en todos los casos por agotamiento siendo la edad media del primer recambio 78,8 ± 5,3 años y el segundo 83,7 ± 3,8 años.

Conclusiones: Pese a la elevada frecuencia de marcapasos implantados en ancianos, la frecuencia de recambio de cables es baja. Los marcapasos implantados en edad avanzada suelen precisar tan solo de un recambio de generador siendo raro un segundo recambio. El consumo de recursos para recambios de componentes del marcapasos es bajo globalmente para la población anciana.

P094. ¿FACTORES PRONÓSTICOS DE MORTALIDAD AL AÑO EN EL ANCIANO CON INSUFICIENCIA CARDÍACA?

T. Roig González, M.A. Márquez, E. Hernández, I. Pineda, R. Miralles y A.M. Cervera
Servicio de Geriátría del IMAS. Hospital de la Esperanza, Centro Fórum. Hospital del Mar. Instituto de Atención Geriátrica y Sociosanitaria (IAGS). Barcelona.

Objetivos: Establecer factores pronósticos de mortalidad al año en pacientes ingresados por insuficiencia cardíaca (IC) en una Unidad de Geriátría de Agudos (UGA).

Método: Estudio prospectivo de 101 pacientes. Se recogieron las variables: edad, sexo, estancia, nº de ingresos previos, causa pre-disponente y precipitante de IC, parámetros analíticos (filtrado glomerular, urea, creatinina, proteínas totales, albúmina, colesterol, linfocitos totales, natremia, hematocrito y hemoglobina), comorbilidad asociada (limitación flujo aéreo, diabetes, hipertensión, insuficiencia renal crónica, ictus, hepatopatía, enfermedad de Parkinson, neoplasia) e índice de Charlson, síndromes geriátricos previos y de aparición reciente, situación funcional y cognitiva medida por los índices de Barthel (IB) previo y al alta, Lawton (IL) y Pfeiffer (TP), nº de fármacos al alta y tratamiento con IECAs y/o betabloqueantes.

Resultados: El 81,2% fueron mujeres y el 18,8% hombres, con una edad media de 86 años y una estancia media 11,1 días. El 56,4% no tenían ingresos previos. La cardiopatía predisponente más frecuente fue la hipertensiva (78,2%) y la precipitante la infecciosa (48,5%). El I. Charlson medio fue de 2,6, el IB previo de 52,3, IB al alta de 32,5, IL de 1,2, TP de 4,3. En el 60,4% se realizó tratamiento con IECAs y en el 6,9% con betabloqueantes. Se relacionó con mortalidad al año el sexo masculino (73,7% vs 35,4%, $p 0,002$), menor albúmina (3,2 vs 3,4, $p 0,04$), menor IB previo (40,4 vs 61,2, $p 0,0003$), menor IB al alta (22,9 vs 39,6, $p 0,0004$), menor IL (0,24 vs 1,93, $p 0,0008$), mayor I.Charlson (2,9 vs 2,4, $p 0,04$) y presencia de inmovilidad previa al ingreso (11,9% vs 6,9%, $p 0,04$). No hubo relación con el resto de variables. Únicamente el sexo masculino ($p 0,003$) y el IB previo ($p 0,0004$) mostraron relación independiente con mortalidad al año.

Conclusiones: Los factores pronósticos de mortalidad al año en pacientes que ingresan en una UGA por IC son el sexo masculino y la situación funcional. La valoración geriátrica integral en el paciente anciano es una potente herramienta pronóstica de mortalidad al año en la IC. Es necesaria la creación de índices pronósticos de mortalidad en el paciente anciano con IC para optimizar la actitud terapéutica.

P095. DOLOR EPIGÁSTRICO IRRADIADO A ESPALDA EN RELACIÓN CON COMIDAS Y PRONÓSTICO INFAUSTO

P.L. Serrano Cuadrado², C. Pérez Ruiz¹, M. Checa López², A. Escolante Melich², J. Fernández Soria² y R. Paz Maya²

¹Hospital La Paz. Madrid.

²Hospital Virgen del Valle. Toledo.

Varón de 74 años con dolor epigástrico tipo "ardor", irradiado a región centrotorácica, de inicio ½ hora tras desayuno, acompañado de náuseas, sin vómitos, escalofríos y sudoración profusa, el dolor cede parcialmente con paracetamol e inhibidor bomba de protones. AP: No RAMc. HTA en tto. No otros FRCV conocidos. Hiperuricemia. E. Parkinson. Colelitiasis. CPRE hace 2 años. Traumatismo costal hace 15 años. Tto: ARA II y Levodopa SB: IABVD, vida activa, no deterioro cognitivo, vive con esposa e hijos. E.F: TA 110/64. 78 lpm, Afebril, sat 96%. Consciente, orientado. Buen estado de hidratación, nutrición y perfusión. Buena coloración de piel y mucosas. Cabeza normal. PVY normal. Carótidas laten simétricas con pulsos de amplitud y morfología normales; no soplos. AC: Sopro sistólico foco aórtico II/IV. AP: Normal. Abd: Blando, depresible, indoloro; no masas ni megalias, RHA normales; no soplos. Ext: No edemas, pulsos presentes en todos los niveles. *Complementarias:* ECG: RS, BIRDHH, No alteraciones repolarización. Rx torax: ICT ligeramente incrementado. Enlongación aórtica. Rx Abdm: Normal. Analítica: Leucocitos 11.500 (formula N). Hgb 13,70 g/dl. Hcto 38,7%. Plaqu 117.000/dl. Coagulación normal Bq: Glu 132 mg/dl. U, Cr, Iones, GOT, GPT. Amilas y lipasa Dentro normalidad. Tropo I 0,005, CPK 23.

Evolución: Ingreso en observación permaneciendo asintomático hasta que tras comida el paciente refiere dolor centrotorácico opresivo, irradiado a mandíbula, con hipotensión (80/50). ECG: Alteraciones compatibles con isquemia anterior. Valorado por U. Coronaria. Cateterismo Urgente: Dilatación aneurismática en Ao Ascendente. TAC toracoabdominal y Ecocardiograma confirman diagnóstico (Diseción aguda de aorta tipo A de Stanford-tipo 1 De Bakey), el paciente es intervenido quirúrgicamente falleciendo en el postoperatorio inmediato.

Discusión: Los aneurismas Ao torácica representan una cuarta parte de todos los casos. Pueden llegar a ser muy voluminosos sin causar síntomas. La diseción se manifiesta por dolor, generalmente repentino y muy intenso, como un desgarrar, sobre el pecho, espalda o entre los omóplatos. Se irradia en la misma dirección de la diseción a lo largo de la aorta, pudiendo simular un Sd Coronario Agudo. Evolucionan rápidamente hacia el shock y se puede producir la muer-

te por la pérdida de sangre en pocas horas después de iniciarse la disección. En el 75 por ciento de los pacientes se observa, durante la exploración, una reducción o ausencia del pulso en los brazos y/o las piernas. El TAC, RM y/o Eco se utilizan para determinar el tamaño exacto del aneurisma. En general está indicada la cirugía en las disecciones que afectan a los primeros centímetros de la aorta, contiguos al corazón. El 60% de los casos tratados y que sobreviven a las dos primeras semanas siguen vivas al cabo de 5 años. De aquellas que mueren después de las dos primeras semanas, un tercio muere por complicaciones de la disección y los dos tercios restantes, por causa de otras enfermedades.

P096. ACTUACIÓN ANTE EL DETERIORO COGNITIVO EN CENTROS GERONTOLÓGICOS: NUESTRA EXPERIENCIA

E. Arriola², C. Buiza¹, E. Fernández¹, M.F. González², C. Hernández¹ y C. Domínguez¹

¹Instituto Gerontológico Matia. Ingema Donostia.

²Matia Fundazioa. Donostia.

Objetivo: Elaborar e implantar una aproximación genérica pero clara en cómo afrontar la valoración de usuarios con deterioro cognitivo con el fin de ofrecer un plan de cuidados individualizado que permita mejorar su calidad de vida.

Metodología: 1) Cuantificar la cantidad de personas de los centros gerontológico gestionados por Matia Fundazioa con deterioro cognitivo. 2) Crear un grupo de trabajo interdisciplinar (geriátras y neurosicológicos). 3) Revisión bibliográfica. 4) Diseño diagrama de decisión actuación en centro gerontológico en personas con deterioro cognitivo en diferentes estadios. 5) Plan de Implantación del mismo.

Resultados: En 592 residentes de 5 centros gerontológico se ha observado que el 72% de ellos presentaba un deterioro cognitivo moderado-grave MEC menor de 24, lo que ha llevado a sensibilizar a los profesionales de los 5 centros sobre la necesidad de establecer una forma de actuación sistematizada en los 5 centros. Se ha configurado un equipo de trabajo con 3 médicos geriátras, de Unidad de Memoria, unidad residencial y hospital media estancia. 4 neuropsicólogos (dos de ellos de la unidad de investigación INGEMA). Dicho equipo, tras un trabajo de 6 meses ha elaborado un árbol de decisión de actuación ante la presencia de este deterioro. Posteriormente ha sido presentado públicamente a todos los equipos interdisciplinarios de los 5 centros y retocado para su adecuada implantación. Para su implantación definitiva ha sido necesario proceder a una formación específica en Severe minimal. Su implantación ha establecido claramente los límites de cuando un residente puede ser atendido en el centro y cuando debe ser derivado a una unidad especializada para su adecuado diagnóstico y orientación en sus planes de cuidado.

Conclusiones: 1. La elevada incidencia de este problema en personas ancianas institucionalizadas hace necesario tener una sistemática establecida. 2. La utilización de una sistemática concreta identifica los pacientes que deben ser derivados a unidades especializadas. 3. La valoración multinivel favorece una adecuada intervención. 4. La adecuada intervención requiere de profesionales formados.

P097. ¿EXISTE DIFERENCIA EN EL CAMPO MUESTRAL DE LAS DEMENCIAS EN GERIATRÍA?

M. Antón Jiménez, M.S. Banda y M.A. Rubio

Htal. N.º S.ª Montaña. Complejo Hospitalario de Cáceres. Cáceres.

Objetivos: Nos proponemos analizar la afinación diagnóstica de una consulta monográfica de deterioro cognitivo en geriatría, las peculiaridades de dicha muestra y si existe una tendencia evolutiva de la misma a lo largo de su seguimiento.

idades de dicha muestra y si existe una tendencia evolutiva de la misma a lo largo de su seguimiento.

Material y métodos: Se analizan los diagnósticos definitivos de los pacientes consecutivos que son remitidos por Atención Primaria con el diagnóstico de posible deterioro cognitivo a la consulta en 18 meses. Los diagnósticos contemplados son: demencia vascular (DeV), mixta (DeM), Alzheimer (EA), frontal (DFT-T), temporal (DFT-T), por cuerpos de Lewi (DCL), subcortical, hidrocefalia normotensiva (HPN) y sleep-apnea (S.A.O.S). Se compara la muestra con la obtenida en los 18 meses anteriores cuando no existía una consulta monográfica para este campo muestral específico.

Resultados: Se obtiene una muestra de 856 pacientes, de los que 64 (7,5%) no resultaron deterioros cognitivos. Del resto, 248 pacientes (31%) cumplían criterios de DeV probable; 203 (26%) DeM; 146 (19%) EA; 64 (8%), DFT-F; 33 (4%) DFT-T; 20 (3%) DCL; 14 (2%) subcortical, 10 (2%) HPN y 40 (5%) S.A.O.S. La muestra del periodo previo documentaba 27% DeV, 21% DeM, 37% EA, 6% DFT-F, 3% DFT-T, 2% DCL, 1% subcortical, 1% HPN y 2% SAOS.

Conclusiones: 1. La unidad monográfica de deterioro cognitivo en geriatría, consiguió deslindar los deterioros cognitivos de otros procesos que lo remedaban. 2. Con el afinamiento diagnóstico consiguiente, existe un descenso significativo de los diagnósticos de demencias vasculares y mixtas en detrimento de los de EA, con aumento considerable de los deterioros frontotemporales y secundarios a SAOS. 3. Probablemente la edad media de la muestra hace que se sumen exponencialmente los factores vasculares al cuadro degenerativo primario de base. 4. Es llamativo también el diagnóstico de hasta 40 nuevos casos de SAOS realizados a partir de una consulta para descartar deterioro cognitivo en una población anciana.

P098. ¿EXISTEN VARIABLES FUNCIONALES DISCRIMINATIVAS DIFERENCIALES ENTRE ALZHEIMER Y TRASTORNO SUBJETIVO DE MEMORIA?

M. Antón Jiménez, M.S. Banda y M.A. Rubio

Htal. N.º S.ª Montaña. Complejo Hospitalario de Cáceres. Cáceres.

Introducción y objetivos: Nos proponemos establecer si existe alguna variable tanto a nivel cognitivo, conductual o funcional que resulte discriminativo para establecer un diagnóstico de Enfermedad de Alzheimer de inicio.

Material y métodos: De la muestra total de pacientes con diagnóstico de demencia, se extraen los subgrupos de diagnóstico de "no demencia" y de demencia de tipo Alzheimer (EA), según criterios DSM IV y NINDS-ADRA. Se recogen variables epidemiológicas (edad, sexo), sociales (domicilio, Residencia), cognitivas (MMSE), conductuales (Blessed-C), funcionales (IDDD A y B, Barthel, Lawton) y globales (Blessed, GDS). Se estudian si existen diferencias entre los valores medios de ambos grupos y, finalmente, si son estadísticamente significativas, según paquete estadístico SPSS 15.

Resultados: De una muestra total de 856 pacientes consecutivos, se extraen una muestra de 117 pacientes con diagnóstico de EA y otra de 63 pacientes que no cumplían los criterios diagnósticos. En el análisis comparativo de ambos grupos, destacan diferencias en GDS (4,17/1,4), MMSE (16,4/24,11), Blessed A (3,8/0,79), B (1,5/0,1) y C (2,8/0,9), Lawton (2,2/4,09), IDDD total (27/19,2) que resultan estadísticamente significativas ($p < 0,001$). Por el contrario, no se encontraron diferencias significativas en factores de riesgo vascular, Hachinski, sexo, procedencia y tampoco en escala de Barthel (82,8/91,1) ni en IDDD-A (18,6/16,8).

Conclusiones: 1. Las escalas funcionales y globales son probablemente las mejores variables discriminativas entre trastorno subjetivo de memoria y EA. 2) Pero sólo fueron discriminativas las que valoraban actividades sociales e instrumentales (Lawton e IDDD-B y total), mientras que el Barthel (actividades básicas) no resulta eficaz para la discriminación fina.

P099. ALUCINACIONES VISUALES SIN PATOLOGÍA PSQUIÁTRICA NI DETERIORO COGNITIVO: SÍNDROME DE CHARLES BONNET. A PROPÓSITO DE UN CASO

A.F. de Tena Fontaneda y R.R. Rodríguez-Rosado
Hospital del Sureste. Arganda del Rey. Madrid.

Introducción: Las alucinaciones visuales (AV) son un síntoma frecuente en ancianos. Aparecen en sujetos sanos o con patología neurológica, psiquiátrica o sistémica. El síndrome de Charles Bonnet (SCB) consiste en la aparición de AV complejas en pacientes psicológica y cognitivamente normales con deprivación visual (DV) bilateral. Su frecuencia aumenta con la edad y obliga a hacer un diagnóstico diferencial.

Caso clínico: Mujer de 76 años remitida a Consulta de Geriátría. AP: DM tipo 2. Retinopatía diabética. Prótesis metálica por E Ao. By-pass aortocoronario por enfermedad de un vaso. HTA. Dislipemia. Tratamiento: insulina, atenolol, acenocumarol, estatina, fibrato y omeprazol. S. basal: Ayuda para vestido y baño, incontinencia urinaria de esfuerzo, indep. para resto de ABVD. Deambula con bastón. No det. cognitivo. DV moderada. Acude por un cuadro de AV en forma de grupos de personas (mujeres, niñas o parejas) que aparecen en cualquier lugar, la observan y se ríen. Aparecen cuando fija la mirada en algún punto, día y noche, y varias veces en el día. Son de gran nitidez, mayor de con la que ve la realidad. Hace crítica de las mismas y reconoce que no pueden ser reales. E. física: obesidad y klik aórtico. Resto normal. Neurológico normal. MMSE: 23. Se solicitó analítica, Rx torác, ECG y TAC craneal. Anal: chol. 204, resto normal. TAC (se adjuntará imagen): atrofia cortical y leucoencefalopatía periventricular.

El juicio clínico fue SCB en paciente con DV secundaria a retinopatía diabética. Se hizo ensayo terapéutico con neurolepticos atípicos y gabapentina sin mejoría. Se explicó a la paciente y su familia la etiología del cuadro, la ausencia de causa psiquiátrica y la escasa respuesta a fármacos.

Conclusión: El SCB se define por AV complejas, sin patología psiquiátrica subyacente, causadas por DV. Fue definido en 1936 por el psiquiatra Morsier, que dio este nombre a una entidad descrita en 1760 por Charles Bonnet que describió que su abuelo, con DV, percibía imágenes de personas, animales y carruajes en movimiento. Parece producido porque al disminuir el estímulo sensorial eferente, la actividad endógena del sistema visual se libera y provoca las AV. El paciente reconoce la irrealidad de sus visiones. Diagnóstico por exclusión. Curso episódico, periódico o crónico, con duración de semanas a 3-5 años. En su tratamiento se han utilizado neurolepticos, antiépilépticos, benzodiacepinas y antidepresivos con escaso éxito. Lo más efectivo es informar y tranquilizar al paciente. El interés del caso radica en que al ser poco conocido por los profesionales a menudo estos pacientes son considerados enfermos psiquiátricos o dementes, por lo que es precisa una adecuada valoración geriátrica.

P100. PREDICTORES DE MORTALIDAD EN EL ANCIANO CON NEUMONÍA

T. Roig González, O. Sabartés, R.M. Pardo, J. Ortega, M. Arellano y M.A. Márquez

Unidad de Geriátría de Agudos. Hospital del Mar. Hospital de la Esperanza. Centro Fórum. Institut d'Atenció Geriàtrica i Sociosanitària (IAGS). Institut Municipal d'Assistència Sanitària (IMAS). Barcelona.

Objetivo: Evaluar la validez de la edad, el sexo, la comorbilidad y la procedencia, recogidas en los criterios de Fine, como predictoras de mortalidad en el anciano con neumonía así como valorar la influencia de la situación funcional en la mortalidad.

Métodos: Estudio retrospectivo de las neumonías ingresadas en la UGA. Variables recogidas: edad, sexo, procedencia, comorbilidad medida por el índice de Charlson y presencia de patologías crónicas

y situación funcional medida por el índice de Barthel (IB) y Lawton (IL). Se determinó la relación de las variables con la mortalidad.

Resultados: Se recogieron 386 pacientes, 53,9% mujeres y 46,1% hombres con una edad media de 85,6 años. El 68,1% provenían de domicilio, el 28,5% de residencia y el 3,4% de CSS. El índice de Charlson medio fue de 2,1. Las comorbilidades más frecuentes fueron: HTA (54,7%), LCFA (35,5%), DM tipo II (26,9%), enfermedad cerebrovascular (17,6%), neoplasia (13,9%), insuficiencia cardíaca (11,7%), IRC (6,7%) y hepatopatía crónica (4%). El IB previo fue de 51,7, al ingreso de 16,6 y el IL de 1,3. La mortalidad fue de 21,5%. Presentaron relación con mortalidad la mayor edad (87,2 vs 85,1, p 0,009) y el sexo masculino (25,8% vs 17,8%, p 0,05). El índice de Charlson no se relacionó con mortalidad y la única comorbilidad que presentó relación fue la IRC (40,7% vs 20,1%, p 0,01). La mortalidad en los pacientes provenientes de domicilio fue menor que los de residencia y CSS (17,5% vs 30% vs 30,8%, p 0,01). Presentaron relación con la mortalidad el menor IB previo (36,6 vs 55,2, p 0,0002), el menor IB al ingreso (4,5 vs 19,6, p 0,0004) y el menor IL (0,4 vs 1,5, p 0,0001). Las únicas variables relacionadas de forma independiente con la mortalidad fueron la mayor edad (p 0,03), el sexo masculino (p 0,03), la presencia de IRC (p 0,02) y el menor IB al ingreso (p 0,003).

Conclusiones: Ni el antecedente de insuficiencia cardíaca, enfermedad cerebrovascular, hepatopatía o neoplasia ni la procedencia del paciente anciano con neumonía mostraron relación con la mortalidad. La situación funcional del anciano en el momento del ingreso presentó una relación independiente con la mortalidad. Son necesarios nuevos índices pronósticos de mortalidad para la neumonía que contemplen la situación funcional del paciente anciano.

P101. SÍNTOMAS EN PACIENTES PALIATIVOS, ¿SIMILITUD ENTRE PACIENTES ONCOLÓGICOS Y NO ONCOLÓGICOS?

M. Checa López, R. Paz Maya, M. Mareque Ortega, J. Fernández Soria, P. Serrano Cuadrado y A. Escolante Melich
Hospital Virgen del Valle. Toledo.

Introducción y objetivos: El objetivo de una asistencia geriátrica domiciliaria (A.G.D) para pacientes paliativos y crónicos es en primer lugar conseguir el máximo bienestar del paciente, logrando una muerte digna, así como tratar los síntomas como principal prioridad.

Material y métodos: Se realiza un estudio longitudinal prospectivo, tipo cohorte cerrada. Se recogieron pacientes ingresados en la unidad de asistencia geriátrica domiciliaria en un periodo de 10 años (desde Enero 1997 hasta Diciembre 2007). Se consideraron las siguientes variables: patología que justifica ingreso en dicha unidad (oncológico frente patología crónica), síntomas (dolor, náuseas, xerostomía, disfagia, estreñimiento, impactación fecal, incontinencia urinaria y fecal, edemas, disnea, tos, secreciones, hipo, astenia, anorexia, pérdida de peso, insomnio, tristeza, ansiedad, agitación, delirium, convulsión, fiebre tumoral, deshidratación, sangrado, prurito, lesión tumoral), si han presentado fase agónica o muerte súbita, y lugar de fallecimiento.

Resultados: Se recogieron un total de 502 pacientes de los cuales 82,8% fueron oncológicos mientras que el 17,13% fueron no oncológicos, presentando patología cardiorrespiratoria el 32,55% de ellos, enfermedad neurológica el 44,18% y otras patologías el 23,25%. Los principales síntomas que presentan los pacientes oncológicos son: astenia (76%), dolor (72%), anorexia (71%), estreñimiento (51%), xerostomía (49%). Los síntomas predominantes en los no oncológicos son secreciones (55%), disfagia (43%), disnea (42%), dolor (40%) y astenia (39%). De los pacientes oncológicos, el 7% presentaron una muerte súbita mientras que el 86% fallecieron tras una fase agónica. De los pacientes con patología crónica, el 6% fallecieron súbitamente frente al 87% que lo hicieron tras fase agónica. El 94% de los pacientes fallecen en el entorno familiar en ambos grupos.

Conclusión: El fin común de una unidad de asistencia geriátrica domiciliar es el tratamiento de los síntomas. En los pacientes oncológicos los síntomas predominantes son astenia, dolor, y anorexia, mientras que en los pacientes que presentan patología crónica son secreciones, disfagia y disnea. Ocho de cada diez pacientes paliativos fallecen tras una fase agónica y casi la totalidad de los pacientes atendidos por una U.A.G.D. fallecen en entorno familiar.

P102. ELABORACIÓN DE UN REGISTRO DE ENFERMERÍA PARA PACIENTES CON DISFAGIA

S. Tantiña Fontanet, R.M. Sabater Raga, M. Luque Ballesteros, E. Micó Reyes y M. Rimblas Cabrera
Hospital General Granollers. Barcelona.

Introducción: La disfagia es un síntoma frecuente en pacientes geriátricos y, en muchas ocasiones puede pasar desapercibida, produciendo efectos negativos en su calidad de vida.

Objetivo: Elaborar un registro de enfermería específico para los pacientes con disfagia. Definir los diagnósticos de enfermería alterados y relacionarlos con los resultados e intervenciones de enfermería mediante la taxonomía NANDA-NIC-NOC.

Método: Revisión bibliográfica. Definimos: 1) Los Diagnósticos de Enfermería (DdE) alterados, 2) los Objetivos que queremos conseguir y 3) las Intervenciones de Enfermería a realizar Utilizando la taxonomía NANDA, NIC Y NOC.

Resultados: Elaboración de un registro de enfermería en donde se relacionan los diferentes DdE con los resultados que nos planteamos conseguir y las intervenciones y actividades necesarias. Los DdE alterados son: a) Déficit autocuidado: alimentación (00102). b) Deterioro de la deglución (00103). c) Riesgo de desequilibrio nutricional por defecto (00002). d) Riesgo de déficit de volumen de líquidos (00028). Los objetivos que nos planteamos son: a) Autocuidados: comer (0303); Estado de deglución (1010). b) Prevención de la aspiración (1918). c) Peso: masa corporal (1006). d) Hidratación (0602). Las Intervenciones de Enfermería que realizamos son: a) Alimentación (1050) y Ayuda con los cuidados: Alimentación (1803); Terapia de deglución (1860). b) Precauciones para evitar la aspiración (3200). c) Ayuda para ganar peso (1240). d) Manejo de líquidos (4120).

Conclusiones: La utilización de este registro de enfermería, junto con la aplicación del protocolo de disfagia elaborado en la FHAG, nos permite mejorar la detección del problema, intervenir de forma temprana, disminuir las complicaciones potenciales y aplicar las actividades específicas que van dirigidas a una mejora en la calidad de vida de estos pacientes.

P103. VALORACIÓN A TRAVÉS DEL BVD DE SOLICITUDES Y PACIENTES INGRESADOS EN LOS AÑOS 2007 Y 2008 EN IBIZA

J. Marí Marí, F. Mayans Ferrando, M.J. Marí Figuerola, M. Llull Sarralde, V. Rivero Moreno-Ortiz y B. Riog Roselló

Objetivos: La apertura de nuevos centros en la isla de Ibiza, así como la promulgación a nivel estatal de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas con Dependencia, la utilización de los baremos para la valoración de las personas en situación de dependencia y los despliegues que han de producirse, han sido en parte la base de este trabajo presentado tipo Póster.

Objetivos: Marcados: por un lado la valoración de la situación de dependencia y la regulación del procedimiento de los diferentes recursos asistenciales: buscando el recurso más idóneo en nuestras islas. Por otro lado, clasificando los usuarios según su procedencia (Hospital de agudos y/o otros centros): buscando una unidad de flujos con el hospital de agudos.

Métodos: Se han valorado todas las solicitudes de ingreso recibidas durante los años 2007 y 2008 a través del BVD (265 solicitudes du-

rante el 2007 y 149 solicitudes durante el 2008). También se han valorado todas las personas ingresadas en residencia y/o sociosanitario a fin de adaptarlos a los parámetros de la dependencia. (203 solicitudes en 2008). Se han detallado los perfiles de los usuarios según patología predominante y procedencia (Hospital de agudos u otros centros de primaria: sanitario y/o social). Se ha hecho un análisis comparativo según BVD de 100 usuarios en centro sociosanitario de referencia (año 2007-2008).

Según la procedencia de los usuarios (pacientes ingresados año 2007-2008 del hospital de agudos al centro sociosanitario de referencia) se han determinado los pacientes que siguen en recurso no adecuado (sociosanitario vs larga estancia)

Resultados y conclusiones: Se ha constatado que más de un 85% de las personas que solicitan y/o están ingresadas en centros residenciales o sociosanitario son grandes dependientes. El BVD se puede considerar un elemento más en la valoración geriátrica. El BVD puede considerarse un elemento útil aplicable a personas afectas de patología invalidante independientemente de la edad. El BVD no es un instrumento útil para determinar el recurso idóneo. No consigue definir plazo de asistencia: sociosanitario, media estancia respecto a la larga estancia.

P104. PRESCRIPCIÓN DE ANTIDEPRESIVOS Y ANSIOLÍTICOS EN EL ICTUS

A. Truyols Bonet², L. Vich Martorell², A. Galmés Truyols¹, J.M. Carbonero Malberti², L. Feliu Mazaira² y F. Alberti Homar²

¹DG Salut Pública. Govern Illes Balears. Palma de Mallorca.

²Hospital General de Mallorca. GESMA.

Palma de Mallorca.

Objetivo: Conocer y cuantificar antidepresivos y ansiolíticos/hipnóticos utilizados en ingresados por ictus en una unidad de convalecencia-rehabilitación y factores asociados a la prescripción.

Métodos: Estudio transversal. Mayores de 64 años afectados de ictus e incluidos en programa de rehabilitación en una unidad de media estancia, 2003-2008. Se excluyen pacientes con antecedentes depresivos. Antidepresivos y ansiolíticos/hipnóticos prescritos incluidos en guía farmacológica del centro. Variables: edad, sexo, Barthel, escala neurológica NHI, localización lesión, situación social (convivencia previa, necesidad cambio residencia) y fármacos prescritos. Paquete estadístico: SPSS; análisis: EPIDAT 3.1.

Resultados: 263 pacientes, (media edad 78 años, 54% varones. Prescripción antidepresivos: 84 (32%); ansiolíticos/hipnóticos: 112 (43%). Antidepresivos prescritos: escitalopram (73; 28%); trazodona (18; 7%); paroxetina (8; 3%); fluoxetina (4; 1,5%). Ansiolíticos/hipnóticos: lorazepam (74; 28,1%), alprazolam (21; 8%), lormetazepam (9; 3,4%), midazolam (5; 1,9%), zolpidem (4; 1,5%). La prescripción de antidepresivos y de ansiolíticos/hipnóticos no se asocia con el sexo ni con la edad. Mayor proporción de antidepresivos en lesión hemisferio derecho que en izquierdo (48% vs. 35%; p = 0,04). El Barthel medio al ingreso se asocia con la prescripción de antidepresivos (19,5 en pacientes con antidepresivos, 26,1 sin antidepresivos; p = 0,03) y también el NHI (NHI medio en pacientes con antidepresivos: 8,9; sin antidepresivos: 5; p = 0,001). Antidepresivos prescritos con mayor frecuencia a pacientes que vivían solos o con pareja que a los que vivían con otros familiares, sin significación estadística (35% vs. 24,6%; p = 0,15)

Conclusiones: Un alto porcentaje de pacientes precisaron antidepresivos o ansiolíticos. Prescripción relacionada con un mayor deterioro neurológico, mayor dependencia al ingreso y lesión en hemisferio derecho. El elevado porcentaje de pacientes con antidepresivos que vivían solos o con pareja obliga a mantener la atención sobre la influencia de factores sociales sobre trastornos emocionales. La mayor frecuencia de escitalopram se ajusta a las indicaciones terapéuticas en estos enfermos.

P105. PREVALENCIA DE ÚLCERAS POR PRESIÓN Y FACTORES DE RIESGO EN PACIENTES INGRESADOS EN UNA UNIDAD SOCIO-SANITARIA PARA CFV

I. Olivares, I. Artaza, N. Iauzirika, I. Aurre, V. Martínez y M. Urkiza
Unidad Sociosanitaria Igurco Orue. Amorebieta. Bilbao.

Objetivos: Analizar las características de los pacientes terminales que ingresaron con úlceras por presión en la unidad.

Material y método: Estudio prospectivo de una muestra de 9 pacientes, de los que se analizan las variables: edad, sexo, motivo de ingreso, tiempo de estancia, comorbilidad (I. Charlson), nº de medicamentos, nivel de dependencia (I. Barthel), riesgo de úlceras (E. Braden), estado nutricional (MNA, IMC y albúmina) y deterioro cognitivo (MEC).

Resultados: Durante el 2008 ingresaron 17 pacientes con perfil de CFV en la unidad socio-sanitaria (15,88% del total de los ingresos), y 9 de ellos tenían UPP. De éstos, un 44,45% eran hombres y un 55,55% mujeres. La edad media era de 89,33 años (78-98). En cuanto al motivo de ingreso, un 33,33% eran pacientes oncológicos y un 66,67% tenía otras patologías (el 50% ACV, el 33,33% pluripatología, otros neumonía...). El tiempo de estancia medio hasta el fallecimiento fue de 58,44 días (1-154). La puntuación media en el I. de Charlson fue de 4,33 (3-7) y la media de nº de medicamentos que tomaban al ingreso 4,88 (3-6). En relación al riesgo de UPP el 55,55% tenía riesgo alto, el 33,35% riesgo moderado y el 11,1% riesgo bajo. EL 100% de la muestra presentaba un déficit nutricional (el 77,77% tenía desnutrición, y el 22,23% riesgo de padecerlo). El 77,77% tenía bajo peso y el 22,23% peso adecuado. El 77,77% tenía la albúmina por debajo de los límites normales. Funcionalmente el 88,88% tenía una dependencia total y el 11,12% moderada. Cognitivamente, el 88,88% presentaba deterioro grave.

Conclusiones: 1. En nuestra población la presencia de UPP aumenta el riesgo de mortalidad. 2. No hemos visto relación entre el índice de Charlson y el nº de medicamentos que tomaban y la presencia de UPP. 3. En nuestra muestra se confirma la validez y fiabilidad de la escala de Braden para valorar el riesgo de UPP. 4. Los pacientes con UPP son los que peor estado nutricional, mayor nivel de dependencia y mayor grado de deterioro cognitivo tienen. 5. La valoración geriátrica integral y la ejecución y el seguimiento de un PAI son fundamentales para garantizar la calidad de vida de pacientes terminales.

P106. EVALUACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL DE LOS PACIENTES VALORADOS POR UNA UNIDAD FUNCIONAL INTERDISCIPLINAR SOCIO-SANITARIA

E. Hernández Leal, O. Sabartés Fortuny, M.A. Márquez Lorente, M. Arellano Pérez, M. Pi-Figueras Valls y J. Gutiérrez Cebolleda
Unidad Funcional Interdisciplinaria Sociosanitaria. Hospital del Mar. Hospital de la Esperanza. Centro Forum. Institut d'Atenció Geriàtrica i Sociosanitària (IAGS). Institut Municipal d'Assistència Sanitària. Barcelona.

Objetivos: 1. Determinar el estado nutricional de los pacientes a los que se solicita valoración por la Unidad Funcional Interdisciplinaria sociosanitaria de Geriátrica (UFIS), hospitalizados recientemente en un servicio médico hospitalario. 2. Analizar el impacto del estado nutricional en la evolución de la enfermedad y destino al alta.

Material y método: Se trata de un estudio prospectivo observacional de 34 pacientes evaluados de forma consecutiva. Se describe edad, estancia media, capacidad funcional medida por el índice de Barthel (IB) y el índice de Lawton (IL), situación cognitiva medida por el test de Peiffer (TP), comorbilidad medida por el índice de Charlson, presencia polifarmacia, síndromes geriátricos y patología principal que motivó ingreso. La evaluación nutricional se midió por: el Mini nutritional Assessment (MNA); parámetros bioquímicos: albúmina, proteínas y colesterol y recogida de información de si había realizado suplementación nutricional durante el ingreso y finalmente el destino al alta.

Resultados: Se incluyeron en el estudio 34 pacientes (61,7%) mujeres y 38,2% hombres. Con una edad media de 85,3. La estancia media fue de 8,8 días. La media del I de Charlson de 2,45. La presencia de más de 3 síndromes geriátricos se hallaba en el 85% de los pacientes. La capacidad funcional se analizó a través de I de Lawton (AIVD), con una puntuación media de 2,3 y con una media del I. de Barthel (ABVD) previo al ingreso de 60,3. Al ingreso el I de Barthel fue de 24,5 y al alta de 36,8. La puntuación media del Test de Peiffer fue de 3 errores. Los principales diagnósticos que motivaron ingreso fueron: infecciones respiratorias/neumonías: 17 (50%), insuficiencia cardíaca 7 (20,5%), infecciones urinarias 4 (11,7%), insuficiencia renal aguda 1 (2,9%), otros 5 (14,7%). De acuerdo al resultado del MNA, 20 pacientes (58%) tenían riesgo de desnutrición, 8 pacientes (23,5%) presentaban malnutrición, 6 pacientes (17,6%) no presentaban riesgo de malnutrición. El 26,8% dieta triturada durante el ingreso. La media de los parámetros analíticos fue: albúmina: 31, proteínas 6,0, colesterol: 155. Suplementación nutricional durante el ingreso el 26,4%. Los destintos al alta fueron: domicilio 28 (82,3%), convalecencia 3 (8,8%), institucionalización 2 (5,8%) y exitus 1 (2,9%). Se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,005$) en los pacientes que presentaban una peor situación funcional previa, riesgo de desnutrición y malnutrición e ingreso en unidad de convalecencia. Una buena correlación entre más días de estancia y riesgo de malnutrición y malnutrición aunque en nuestro caso no fue significativa.

Conclusiones: 1. Elevada incidencia de desnutrición en población anciana geriátrica hospitalizada por factores de riesgo de dependencia funcional, comorbilidad asociada, patología y dietas durante el ingreso. 2. La duración de la estancia hospitalaria está relacionada con la incidencia de desnutrición, por lo que se debe iniciar intervención nutricional precoz. 3. A pesar de la evidencia un escaso porcentaje recibe intervención nutricional.

P107. CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES HIPERTENSOS

V. Niño Martín¹, G. Tudanca Zaldivar², M.A. Barba Pérez¹ y M.J. Díez Fournier¹

¹Universidad de Valladolid. Valladolid. ²SACYL. Valladolid.

Objetivos: 1. Conocer la calidad de vida que tienen los pacientes hipertensos que acuden a las consultas de Atención Primaria. 2. Conseguir cifra de presión arterial adecuadas, de cara a prevenir el daño cardiovascular.

Método: Se llevó a cabo un estudio observacional, descriptivo y transversal. Se seleccionaron aleatoriamente a 111 individuos mayores de 65 años cuando acudían a las consultas de Enfermería para control de HTA de la ciudad de Valladolid y que estaban diagnosticados previamente de HTA. Se utilizó el Short-Form 36-items Health Survey (SF36) instrumento genérico para medir la percepción de la calidad de vida y diseñado para ser aplicado a una amplia variedad de poblaciones y afecciones, en nuestro estudio concretamente la HTA. Se eligió este instrumento por su alta capacidad de discriminación y alta sensibilidad al cambio, fácil de administrar y que proporciona una puntuación sencilla e interpretable. Tiene 36 ítems, agrupados en 2 áreas (funcional y emocional). Además tiene una percepción global y detecta cambios de salud en el tiempo. Se utilizó la prueba de la t de Student para comparar variables cuantitativas y la correlación de Pearson para verificar la existencia de asociaciones entre las diferentes variables. El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS 14.0, con un nivel de significación (intervalo de confianza del 95%) $p < 0,05$.

Resultados: Los pacientes estudiados fueron 111, de los cuales 15 eran varones y 96 mujeres representando un 13,5% y un 86,5% respectivamente, con una media de edad de 82,9 años y una desviación típica de 7,2. Se estima que el 48,2% de los ancianos considera su salud como buena; un 34,4%, muy buena; un 12,3%, pasable, y un 5,1%, mala. Cuando se compara la salud con la de hace un año el 40%

manifiesta tenerla más o menos igual que hace un año, el 24% algo peor ahora que hace un año, un 30% mucho peor ahora que hace un año y un 6% algo mejor ahora que hace un año. El estado de salud actual les limita mucho para hacer las actividades en un 52% para las actividades vigorosas, el 34% subir varios pisos por las escaleras y un 26% para arrodillarse o agacharse. El dolor físico que han tenido en el último mes ha sido moderado en el 63%, severo 20%, muy severo, el 2% muy severo, un 15% manifiestan no tener ningún dolor. Con respecto a cuánto tiempo su salud física o sus problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales, el 70% casi siempre, 22% algunas veces, y el 8% casi nunca.

Conclusiones: Se puede apreciar que no hubo diferencias significativas en las dimensiones del SF-36 entre ambos sexos, pero las dimensiones dolor corporal, función social y desempeño del rol emocional son más

elevadas en los varones. No encontramos una correlación entre la percepción de la calidad de vida y mejores cifras de presión arterial en los pacientes hipertensos. Parece conveniente diseñar instrumentos específicos para evaluar la calidad de vida en hipertensión, aunque resulta imprescindible llegar a un acuerdo para recoger aquellas dimensiones afectadas por la HTA e incluirlas en los instrumentos de la calidad de vida.

P108. INTERACCIONES FARMACOLÓGICAS MÁS FRECUENTES EN MAYORES DE 65 AÑOS

A.M. Mattei Boni¹ y G. Gutiérrez Aparicio²

¹SAS. Granada. ²UGC LOJA SAS. Granada.

Objetivo: Estudiar las interacciones farmacológicas para saber cuales son las que ocurren con más frecuencias en el mayor. Para esto utilizamos el "Top ten Dangerous Interactions in Long Term Care".

Material y método: Estudio descriptivo realizado a mayores de 65 años que incluye datos demográficos, valoración funcional, psíquica y social. Utilizamos las diez interacciones farmacológicas más frecuentes en geriatría del "Top ten Dangerous Interactions in Long Term Care". Posterior análisis estadístico.

Resultados: Se estudian 543 individuos, con algo más del 40% de hombres y una edad media de 71 años. La media de fármacos tomadas por cada sujeto en de 6 medicamentos. Más del 9% de los sujetos estudiados presentan riesgo de interacciones farmacológicas, resultado la asociación farmacológica inadecuada más frecuente ha sido la de IECA-espironolactona. Las patologías asociadas más frecuentes son HTA, hipercolesterolemia y DM.

Conclusiones: El porcentaje de sujetos con riesgo de interacción farmacológica es de más del 9%. El perfil de riesgo es el de un sujeto con polimedicación, en tratamiento con warfarina/ticlopidina, IECA, digoxina o teofilina.

P109. PERFIL DEL PACIENTE VALORADO POR LA UNIDAD FUNCIONAL INTERDISCIPLINAR SOCIOSANITARIA DE GERIATRÍA TRAS EL CAMBIO DE UBICACIÓN DE UNA UNIDAD DE GERIATRÍA DE AGUDOS

E. Hernández Leal, O. Sabartés Fortuny, I. Pineda, I. Martínez,

H. Martínez y M. Pi-Figueras

Unidad Funcional Interdisciplinaria Sociosanitaria (UFIS). Hospital del Mar. Hospital de la Esperanza. Centro Forum. Institut d'Atenció Geriàtrica i Sociosanitària (IAGS). Institut Municipal d'Assistència. Barcelona.

Objetivos: Describir el perfil de los pacientes valorados por la Unidad Funcional Interdisciplinaria Sociosanitaria (UFIS) de geriatría y analizar si existen diferencias tras el cambio de ubicación de la Unidad de Geriatría de Agudos (UGA) a otro centro hospitalario dentro de la misma institución.

Métodos: Estudio retrospectivo de la actividad de la UFIS durante el 2008. Se estratificaron en dos cohortes: cohorte de pacientes valorados en el primer semestre del año, hallándose en ese momento la UGA ubicada en el mismo hospital (Coh.I) y la cohorte II (Coh.II) representa a los pacientes valorados durante el segundo semestre, estando la UGA ubicada en otro centro hospitalario de la misma institución. Se recogieron las variables: sexo, edad, servicio interconsultor, presencia de síndromes geriátricos, situación sociofamiliar, índice de Barthel previo (BP), índice de Barthel actual (BA), índice de Lawton (IL), índice de Charlson (ICh), la escala de Norton (EN), la situación cognitiva mediante el minimal abreviado de Folstein (MMAF) y destino al alta.

Resultados: Se analizaron 855 pacientes de los cuales 412 (48,18%) correspondían a la (Coh.I) y 443 (51,81%), a la (Coh.II). La comparación de ambas cohortes muestra: 60,9% mujeres (CohI) vs 57,1% (CohII), edad media de 78,81 ± 10,5 (CohI) vs 76,13 ± 12,6 (Coh II). Los servicios interconsultores más frecuentes fueron: traumatología 34,1% (CohI) vs 30,4% (CohII), médicos 49,5% (CohI) vs 51,3% (CohII) urgencias 3,2% (CohI) vs 2,9% (Coh II) y quirúrgica 13,2% (CohI) vs 14,9% (Coh II).

Los síndromes geriátricos previos más destacados fueron: incontinencia urinaria 29,5% (CohI) vs 31,6% (Coh II), trastorno de la marcha 34% (CohI) vs 21,8% (Coh II), demencia 22,1% (CohI) vs 19,3% (Coh II), alteración sensorial 46,1% (CohI) vs 32% (Coh II) y polifarmacia 60,7% (CohI) vs 57,6% (Coh II). Los síndromes geriátricos recientes: inmovilidad 39,2% (CohI) vs 15,7% (Coh II), trastorno de la marcha 56,1% (CohI) vs 28,5% (Coh II) y caídas 35,5% (CohI) vs 35,9% (Coh II).

La situación funcional previa fue: BP: 75,44 ± 29,9 (CohI) vs 79,04 ± 27,4 (CohII) un IL 3,2 (CohI) vs 4 (CohII), el BA fue: 25,5 ± 19 (CohI) vs 28,5 ± 20,8 (CohII), la media del I Ch 2,21 (CohI) vs 2,13 (CohII), la EN 14,3 (CohI) vs 14,8 (CohII). El I. de Charlson medio fue de 2,21 vs 2,35. Las comorbilidades más frecuentes fueron: HTA: (54,7%) vs (35,7%), LCFA: (32,5%) vs (45%), DM tipo II (25,9%) vs (30,2%), insuficiencia cardíaca (29,3%) vs (35,8%) entre otras. Los principales destinos al alta fueron: convalecencia 51,8% (CohI) vs 55,3% (Coh II), domicilio 29,9% (CohI) vs 14% (Coh II), larga estancia 4,8% (CohI) vs 2,3% (Coh II), subagudos 0,5% (CohI) vs 12,9% (Coh II), residencia 0,5% (CohI) vs 4,7% (Coh II) y otros 10,2% (CohI) vs 16,9% (Coh II).

Conclusiones: 1. El cambio de ubicación de la UGA de centro hospitalario produce un incremento de las interconsultas médicas y quirúrgicas a UFIS aunque sin significación estadística. 2. La situación funcional previa de los pacientes valorados por la UFIS en ambas cohortes es similar, con dependencia moderada para ABVD y durante la hospitalización presentan un descenso superior a 20 puntos en el I. de Barthel, lo que se asocia a ingreso en unidad de convalecencia y riesgo de institucionalización sin poder objetivarse diferencias significativas en ambas cohortes. 3. El perfil del paciente valorado por la UFIS en ambas cohortes constatamos que se trata de un individuo de edad avanzada con enfermedades crónicas o activas, lo que favorece la capacidad de aparición de limitaciones funcionales, discapacidades y facilita la interconsulta a la UFIS, adaptándose bastante bien a lo que en geriatría se define como paciente geriátrico.

P110. MODELO DE ATENCIÓN SOCIOSANITARIA: UNIDADES SOCIOSANITARIAS EN CENTROS GERONTOLÓGICOS: UNA PROPUESTA DE DISEÑO Y DE GESTIÓN EN EL CENTRO ARGIXAO DE ZUMARRAGA -GUIPÚZCOA

C. Sannino, M. Aguirre, J. Quintas, I. Sanz, V. Marcos y J.C. Uriarte Gerozerlan. Donostia. San Sebastián.

Consideraciones preliminares y objetivos: En la situación actual la atención sociosanitaria es entendida, en términos globales, como un espacio de colaboración entre los servicios de salud y los servicios sociales. Este espacio fluctúa entre sistemas no estructurados y de colaboración ocasionales y sistemas de coordinación más estructurados y continuados. En el PLAN ESTRATÉGICO PARA EL DESARROLLO

DE LA ATENCIÓN SOCIOSANITARIA DEL PAÍS VASCO” del 12 de diciembre de 2005, se declara: que las Entidades y organismos públicos de la CAPV implicados en el tema propugnan un enfoque de Atención que no prevé la integración formal de los dos sistemas, si no más bien la existencia de las dos redes ya existentes, la social y la sanitaria, y que funcionen coordinadamente bajo el principio de integración funcional en su aportación a la atención sociosanitaria.

En este marco, una de las mayores necesidades es la creación de un sistema sociosanitario que ponga a disposición de los ciudadanos Modelos de Atención específicos para las personas dependientes que puedan asegurar una Atención integrada de calidad, según propuestas de Modelos sostenibles y eficaces.

Dentro del conjunto de iniciativas que el mismo Plan prevé implantar para la consecución de sus objetivos estratégicos, es: “Definición de la cartera de servicios sociosanitarios en el País Vasco. “ donde, entre varios aspectos, se deben describir las características técnicas, funcionales y asistenciales de los servicios, el perfil del destinatario, los objetivos y necesidades a los cuales tiene que responder el recurso.... En este aspecto uno de las iniciativas es “Fomentar el desarrollo de servicios sociosanitarios, ubicando en el ámbito mixto, servicios hasta ahora ubicados exclusivamente en el ámbito sanitario”

En Euskadi hasta el Diciembre del 2008 se conocen 4 experiencias que responden a este punto: la de la Cruz Roja en Guipúzcoa, y otras tres en Bizkaia.

Objetivos: 1. Desde Enero del 2009 se ha puesto en marcha en Guipúzcoa una nueva Unidad Sociosanitaria de 25 plazas, ubicada en el Centro Gerontológico de Argixao, en Zumarraga-Guipuzcoa, que pertenece a la red de Servicios Sociales de atención a Personas mayores dependientes, concertados por la Diputación Foral de Guipuzcoa. 2. Con la descripción y análisis del Modelo de atención de la Unidad Sociosanitaria según un Sistema de Gestión Integrado se quiere analizar la Calidad Asistencial en base a la medición de eficacia del servicio por parámetros asistenciales (conseguimiento de objetivos sanitarios y sociales) y de satisfacción de sus usuarios (pacientes/residentes- familias)

Metodología: Partiendo de la definición de la Unidad como: “Unidad sociosanitaria destinada a atender población mayor y adulta que presenta enfermedades crónicas y/o patologías recientes en situaciones de convalecencia y/o de terminalidad junto con una situación de dependencia social y dependencia funcional temporal y/o establecida.”, se establecen los criterios de inclusión y exclusión de la población atendida en la Unidad, tanto según criterios conceptuales, como según criterios objetivos y descriptivos, intentando establecer una línea de diversificación de la población atendida en los Servicios Asistenciales de ámbito principalmente sanitarios.

Como criterio de ingreso en la Unidad partimos de la base que nuestros usuarios se encuentren en situación clínica estable aunque puedan precisar de control y seguimiento sanitario continuado, pero no intensivo ni especializado y el periodo de estancia será establecido en base a las valoraciones de las necesidades sanitarias y sociales y del alcance de objetivos prefijados por la Comisión Institucional de derivación sociosanitaria y el equipo sociosanitario de la misma Unidad. Según estas mismas líneas se describen los objetivos específicos de la Unidad y los datos e indicadores que midan la eficacia del Servicio a los cinco meses de su puesta en marcha, partiendo principalmente de los objetivos asistenciales y de gestión de servicios definidos.

Resultados: Los datos e indicadores elegidos y medidos tendrán que ofrecer un punto de partida válido para medir la eficacia del recurso a los cinco meses de su puesta en marcha. Tales datos e indicadores se presentarán tanto bajo conceptos de Actividad y grado de eficacia de la misma de cara al adecuada derivación, proyecto de estancia y objetivos de la población atendida, así como bajo concepto de descripción de la población en relación a la necesidad de la presencia cuantitativa y cualitativa de los profesionales que atienden o tendrían que atender la Unidad.

Conclusiones: 1. Creemos que es importante desde el principio definir de forma sistemática el Modelo de atención sociosanitaria que se

quiere prestar en este tipo de Unidades Sociosanitarias, que ofrecen la ventaja de nacer en estructuras sociales ya existentes y especializada en la atención a la dependencia. 2. Creemos que el objetivo principal de la Unidad tiene que diseñarse en base a un concepto de salud integral e integrado como el que da mejor respuesta a las necesidades tanto sanitarias como sociales, y del cual es prioritario establecer una metodología de seguimiento para medir la eficacia.

P111. IMPLANTACIÓN DE UN PROTOCOLO DE SONDAJE VESICAL E INCIDENCIA DE INFECCIÓN URINARIA NOSOCOMIAL ASOCIADA A CATÉTER

J.L. González Guerrero, T. Alonso Fernández, P. Stoduto y M.J. Bobillo
Complejo Hospitalario de Cáceres. Cáceres.

Introducción: La infección urinaria (IU) representa uno de los problemas médicos más frecuentes en las personas de edad avanzada, constituyendo la causa más frecuente de infecciones nosocomiales en hospitales. 80% de esas IU son atribuibles a sondaje vesical.

Objetivo: Valorar si la implantación de un protocolo de sondaje vesical (SV) en una unidad geriátrica de agudos reduce la incidencia de IU asociada a catéter vesical (CAUTI).

Método: Estudio observacional descriptivo realizado durante 8 años (2001-08). Se recogieron datos de los pacientes ingresados en la UGA durante al menos 24 h: edad, sexo, días de estancia, riesgo de base, situación funcional, diagnóstico principal y factores de riesgo para infección. Se analizan en este estudio el nº de pacientes con SV, los días de sondaje y la incidencia de CAUTI durante el período previo y posterior a la introducción del protocolo de SV.

Resultados: El porcentaje medio de CAUTI durante los 6 años anteriores a la introducción del protocolo (2001-06) fue del 12,95%, en el año de la implantación (2007) fue del 9,32% y en el año 2008 del 7,37%. Respecto al porcentaje de pacientes con CAUTI fue, respectivamente, del 10,96%, 8,47% y 6,91%.

Conclusiones: Los datos obtenidos muestran una reducción en la incidencia de CAUTI tras la implantación de un protocolo de sondaje vesical en una unidad geriátrica de agudos.

P112. SÍNDROME DEPRESIVO EN MAYORES DE 65 AÑOS

G. Gutiérrez Aparicio² y A.M. Mattei Boni¹

¹SAS. Granada. ²UGC LOJA-SAS. Granada.

Objetivo: Estudiar la prevalencia de síntomas depresivos en mayores no institucionalizados que son atendidos en una UGC y la asociación que encontramos a otras variables y factores.

Material y método: Estudio descriptivo realizado a mayores de 65 años que incluye datos demográficos, valoración funcional, psíquica y social. Test de Yesavage y criterios de fragilidad como la presencia de trastorno cognitivo, discapacidad, polimedicación, comorbilidad y riesgo social.

Posterior análisis estadístico.

Resultados: Se estudian 347 individuos, con una prevalencia cercana al 20% de sujetos con síntomas depresivos. Por grupo de edad, el de sujetos del grupo de 75 a 79 años y en los mayores de 85 años, encontramos porcentajes con p significativas. Estudiados los criterios de fragilidad, el trastorno cognitivo, la comorbilidad, el riesgo social y la discapacidad presenta significación estadística. Las patologías asociadas más frecuentes son HTA, DM y patología osteomuscular.

Conclusiones: 1. Encontramos síntomas depresivos el casi el 20% de la población estudiada. 2. Casi un 6% presentaron una puntuación mayor a 10 de GDS. 3. Encontramos síntomas depresivos con más frecuencia en grupos de más edad y asociados a riesgo social, comorbilidad y deterioro funcional. 4. Individuos con secuelas de ACV y con déficit visual han sido en los que encontramos más síntomas depresivos.

P113. ESTUDIO BUCODENTAL DE UNA POBLACIÓN GERIÁTRICA DE CASTELLÓN. SU RELACIÓN CON ENFERMEDADES DE BASE

M.A. Salvatella Rosales², A. Ceballos Salobreña² y L.A. Gaitán Cepeda¹

¹Universidad Nacional Autónoma de México. México. ²Universidad de Granada. Granada.

Objetivo: Establecer el estado de salud bucal de una población geriátrica que acude a una residencia para mayores de la provincia de Castellón, y determinar si es que el estado de salud bucal está relacionado con enfermedades de base.

Método: Se incluyeron ancianos que viven a una Residencia para ancianos capaces de realizar tareas cotidianas sin la ayuda de terceros. Previo consentimiento informado y durante su revisión médica periódica todos los residentes fueron oralmente revisados de manera exhaustiva. Para determinar el estado de salud bucodental se obtuvo la prevalencia de caries y enfermedad periodontal. Presencia de edentulismo, utilización de prótesis dental y hábitos de higiene dental. Del expediente médico se obtuvieron los siguientes datos: edad, antecedentes tabáquicos y enólicos, enfermedades de base diagnosticadas y en curso al momento de su examen oral. En base a las enfermedades de base los pacientes se agruparon de la siguiente forma: cardiopatas, neurodegenerativas, endocrinas, digestivas, genitourinarias, autoinmunes y óseas.

Resultados: Se revisaron 59 pacientes (21 varones; 38 mujeres; promedio de edad 84 años \pm 7,397). En relación a la enfermedad de base la mayor cantidad de pacientes perteneció al grupo de enfermedades cardiovasculares (79,7%) seguido de neurodegenerativas (52,5%) y endocrinas (45,8%). La mayoría de los ancianos presentó 2 o más enfermedades de base al momento de exanimación oral por lo que la suma de los grupos es mayor al 100%. Estado de salud bucodental: 48,8% de los ancianos dentados presentaron caries y 39,5% enfermedad periodontal. 71,2% del total son portadores de prótesis, 54,2% de ellos utilizan prótesis total. En relación a higiene bucodental 33,9% de los pacientes cepillan sus dientes, la mayoría de ellos una sola vez al día; 42,4% utilizan cepillo dental y 35,6% enjuagues bucales. El 40,7% de los portadores de prótesis le proporcionan una higiene adecuada. En relación a caries y enfermedad periodontal en relación a la enfermedad de base la mayor prevalencia de ambas enfermedades se ubicaron en ancianos con enfermedades óseas con 60%, seguidos de enfermedades genitourinarias (50%). La menor prevalencia se ubico en pacientes con enfermedades cardiovasculares: 34% para caries y 29,7% para enfermedad periodontal.

Conclusiones: Debido a que la población geriátrica estudiada mostró altas prevalencias de caries y enfermedad periodontal además de pobre higiene bucal, es necesario establecer programas de atención odontogeriatrica, específicamente en rehabilitación protésica e higiene bucal que indudablemente redundaran en un incremento en la calidad de vida del sujeto geriátra.

P114. ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN FUNCIONAL DE LOS PACIENTES INGRESADOS EN UNA UNIDAD DE SUBAGUDOS DE GERIATRÍA

M.D. Sánchez, O. Sabartés Fortuny, M. Pi-Figueras Valls, M. Arellano Pérez, J. Gutiérrez Cebolleda y M.A. Márquez Lorente *Unidad de Subagudos de Geriátría. Barcelona. Hospital de la Esperanza. Barcelona. Hospital del Mar. Barcelona. Centro Forum del Hospital del Mar. Barcelona. Institut d'Atenció Geriàtrica i Sociosanitària (IAGS). Barcelona. Institut Municipal d'Assistència. Barcelona.*

Objetivo: Evaluar la situación funcional, la ganancia y la eficiencia rehabilitadora de los pacientes ingresados en una unidad de subagudos de geriatría.

Material y método: Análisis retrospectivo de los pacientes que ingresan en una unidad de subagudos, de forma consecutiva. Se describen edad, sexo, estancia media, capacidad funcional medida por el

índice de Barthel (IB) y el índice de Lawton (IL), situación cognitiva medida por el test de Peiffer, comorbilidad medida por el índice de Charlson, presencia de síndromes geriátricos, objetivos y enfermedad que motiva el ingreso, situación funcional al alta (BA). El trayecto de la marcha, el tipo de ayudas técnicas al ingreso y alta y destino al alta. Los pacientes ingresados siguieron un programa de rehabilitación y estimulación de la marcha y ABVD. La eficacia del programa de rehabilitación fue evaluada mediante la diferencia entre BA y BI (ganancia funcional) y mediante el índice de Heinemann, que expresa en forma de porcentaje la capacidad funcional ganada respecto a la pérdida $(BA-BI)/(BP-BI) \times 100$. Se consideró eficacia adecuada, ganancia funcional > 20 puntos e índice de Heinemann > 35%.

Resultados: Se incluyeron 88 pacientes (46,6% mujeres), con una edad media de 80,23 \pm 9,91 años. La estancia media fue de 15,13 días. El IB previo al ingreso era de 70,61 \pm 30,82. El IL previo era 3,11 \pm 3,23 y la puntuación del TP fue de 4,29 \pm 3,31 errores. El I. de Charlson medio 3,03 \pm 2,47. El 17% de los pacientes ingresaron con objetivo principalmente médico, 43,2% rehabilitador, y el 39,8% con ambos. Entre los diagnósticos principales que motivaron ingreso destacaron: 13,8% patología/fracturas óseas, 11,5% infecciones respiratorias, 10,3% trastornos hidroelectrolíticos. El 62,5% recibieron fisioterapia en planta y el 37,5% en sala de terapia de medicina física y rehabilitación. I de Barthel medio al alta: 55,73 \pm 29,02. Respecto a los apoyos para adoptar bipedestación en el momento próximo al alta, 10,1% se levantaban por sí solos, 24,6% precisaban de un apoyo para adoptar bipedestación, 39,1% precisaban de dos apoyos, el 20,3% precisaban ayuda de una persona y el 5,8% de dos personas. En el momento del alta, el 40,5% realizaba transferencias cama-sillón por sí, 53,2% precisaba ayuda de una persona y 6,3% dos personas. Respecto al trayecto de la marcha destacar, 8,1% no deambulaba en absoluto, 10,8% deambulaba unos pasos, 9,5% deambulaba trayectos menores de 50 m, el 59,5% trayectos mayores de 50 m y el 6,8% presentaba deambulación diaria comunitaria. En cuanto a ayudas técnicas al alta, el 6,4% no las precisaba, el 19,2% precisaba bastón, el 7,7% bastón inglés, el 39,7% precisaba caminador. Los valores medios de ganancia funcional fueron de 25,1 \pm 30,2 puntos y un i. de Heinemann de 51,2% y una eficacia rehabilitadora de 1,87% puntos/día. Los destinos principales fueron: domicilio 61,4%, convalecencia 8%, residencia de urgencia 5,7%, larga Estancia 3,4%, exitus 13%.

Conclusiones: Todos los pacientes ingresados en la unidad de subagudos recibieron programa rehabilitador. Al perfil de paciente que ingresó en la unidad de subagudos se le realizó una atención integral, progresiva y rehabilitadora que constituye el eje de la geriatría. El perfil de paciente que ingresó mantuvo unos buenos parámetros de eficacia y eficiencia rehabilitadora.

Área Social y del Comportamiento

P115. ANÁLISIS CUALITATIVO DE LA TECNOLOGÍA APLICADA PARA OPTIMIZAR LA SEGURIDAD Y CUIDADO DE PACIENTES QUE ACUDEN A UN HOSPITAL DE DÍA GERIÁTRICO

M.J. Oliver², F. Alomar¹, E. Griñó¹, A. Rodríguez¹ y A. Ays¹

¹Hospital de la Cruz Roja Española de Palma de Mallorca.

²Hospital Universitario Son Dureta. Palma de Mallorca.

Propósito: Describir el uso de dispositivos tecnológicos aplicados a pacientes que acuden a un hospital de día geriátrico (HDG) con la finalidad de mejorar su seguridad activa y pasiva en relación a problemas de movilidad personal, orientación en su medio habitual y discapacidad para el desempeño de actividades de la vida diaria. Valorar el uso potencial del Sistema Inteligente de Monitorización de Alertas Personales (SIMAP) por parte de pacientes valorados en el Hospital.

Material y métodos: Descripción de los dispositivos técnicos utilizados y su modo de uso, así como la adaptación a los pacientes, e indicadores de eficacia. Revisión de la historia clínica y social de los pacientes atendidos en el Hospital de Día Geriátrico durante 2008 y de las hojas de incidencias del programa de calidad del Hospital en relación a posibles fallos de seguridad.

Resultados: Se dispone los siguientes dispositivos de seguridad pasiva para: 1) Una alarma en la puerta que cierra la vía de evacuación contraincendios. Destinado a evitar extravíos de la población con deterioro cognitivo (25% de pacientes). 2) Un control de acceso con teclado codificado. Manipulado por el personal asistencial sanitario y no sanitario. Su función es garantizar la tutela por el personal técnico o sanitario de entradas y salidas de los pacientes usuarios. 3) Una monoantena de radiofrecuencia de 8,2 MHz que se activa con tarjetas adhesivas de uso personal en un radio de 1,5 metros, las tarjetas se adaptan fácilmente al usuario. Ha sido eficaz en evitar fugas de pacientes con trastorno de conducta y con vagabundeo, anulando la incidencia de nuevos episodios de fuga que previamente era del 4% para los pacientes con desorientación. 4) Teleasistencia: contratada por un total de 21 pacientes en su domicilio, 18 previamente y 3 durante su estancia en el HDG. Permite detectar caídas y situaciones de urgencia en domicilio y gestionar apoyo asistencial, precisa de la interacción del paciente-usuario. 5) SIMAP: Terminal telefónico con GPS, que genera información que permite ubicar a tiempo real al paciente, accesible a través de servicio de atención telefónica, SMS, MMS, servicio Web. Se utiliza para implementar el control del movimiento en el subgrupo de pacientes con demencia en estadio leve-moderado. 16 pacientes atendidos en 2008 de HDG tienen perfil adecuado para beneficiarse de este sistema.

Conclusiones: 1. Los dispositivos utilizados son de aplicación fácil y segura para personal y pacientes. 2. Los dispositivos son complementarios entre sí, dependiendo de su función y perfil de usuario diana. 3. No se han detectado problemas relevantes en su uso por parte de personal asistencial, cuidadores y los pacientes / usuarios. 4. De forma conjunta las medidas están siendo eficaces para evitar el extravío o fuga del HDG por trastorno de conducta/vagabundeo. 5. La tecnología utilizada cada vez es más compleja, más costosa y facilita más información. 6. El SIMAP supone una alternativa potencial para prolongar la seguridad de alguno estos pacientes en el ámbito domiciliario y durante su traslado al Hospital de Día.

P116. RIESGOS PSICOSOCIALES: DETECCIÓN Y ACTUACIÓN EN CENTROS GERONTOLÓGICOS

A. Zulaica, C. Domínguez, C. Hernández, G. Mondragón, M. Fernandino y E. Abad
Centro Rezola Grupo Matia. San Sebastián.

Objetivos: Detectar los riesgos psicosociales del usuario, realizar un análisis funcional de las conductas desadaptativas para su posterior modificación e implementar una estrategia y respuesta concreta ante las conductas disruptivas por parte de todos los profesionales y familiares.

Método: Valoración psicológica de la persona para evaluar los riesgos; análisis funcional de la conducta disruptiva; selección de técnicas de modificación de conductas e intervención (descripción operacional de la conducta problema, observación, registro y monitorización de dicha conducta y de las conductas adaptativas, análisis de las situaciones en las que se dan y la estimulación presente en dichas situaciones, consecuencias de la conducta y posibles conductas alternativas a reforzar, e implementación de las técnicas o pautas a emplear para modificar la conducta). La valoración se realizó en tres centros de Matia Fundazioa, en una población de 336 personas. El estudio comparativo se realizará en un solo Centro de Matia Fundazioa.

Resultados: Disminución o extinción de la conducta disruptiva, bloqueo o neutralización del impacto de los sucesos negativos favoreciendo las conductas alternativas, control o mejor manejo de las si-

tuaciones de crisis, mejora de las habilidades generales y mejora en general de la calidad de vida de la persona que padece el trastorno y de los que están a su alrededor.

Conclusión: Tanto el enfoque conductual de la psicología como el apoyo conductual positivo nos ayudan a saber en que circunstancias se producen los comportamientos y cómo, modificando estas circunstancias podemos lograr cambios en las conductas problemáticas y de esta manera minimizar los riesgos psicosociales de la persona.

P117. CUANDO “PIMIENTO” QUIERE DECIR “TOMATE”. TRATAMIENTO EFICAZ Y BREVE DE LOS DÉFICIT EN DENOMINACIÓN DE UN PACIENTE AFÁSICO MEDIANTE APRENDIZAJE CON Y SIN ERROR

J. Melgar², A. Fernández Barrera², M. Triviño Mosquera¹, M. Arnedo Montoro² y J. García Monlleó¹

¹Hospital Universitario San Rafael. Granada.

²Universidad de Granada. Granada.

Objetivos: Hay estudios que demuestran la efectividad del aprendizaje sin error (errorless learning) en el tratamiento de pacientes anómicos (Frattali y Kang, 2004). Otros muestran que este método es tan eficaz como el aprendizaje ensayo-error (errorful learning), siempre y cuando se le proporcione feedback al paciente cuando se equivoca (McKissock y Ward, 2007; Fillingham y cols, 2006; Angle, 2007). Sin embargo, no existen investigaciones que muestren el efecto del tratamiento sobre la emisión de palabras no deseadas por el paciente, es decir, las parafasias y las perseveraciones, las cuales interfieren en gran medida la comunicación del paciente con su entorno. Nuestro objetivo es estudiar si un paradigma combinado es eficaz en la mejora de la denominación y, lo que es más importante, en la reducción de las parafasias y las perseveraciones de un paciente con afasia en tan solo 7 sesiones.

Método: El sujeto es un varón de 72 años con afasia transcortical motora según la evaluación mediante el Test de Evaluación de la Afasia (Goodglass y Kaplan, 2001). Se ha realizado un método de caso único A-B-B-A: A) 4 sesiones línea base pretratamiento; B¹) 3 sesiones con aprendizaje sin error; B²) 4 sesiones combinando aprendizaje con y sin error; A) 4 sesiones línea base postratamiento. Se registraron las respuestas correctas, las parafasias semánticas y fonológicas, y las perseveraciones.

Resultados: Se realizó una comparación de los porcentajes obtenidos en el pre y postratamiento de los cuatro índices registrados. Para ello se utilizó un test Chi Cuadrado de una cola, con un nivel de significación = 0,95. Obtuvimos diferencias significativas entre el pre y el postratamiento en las respuestas correctas ($p = 0,0003$), parafasias semánticas ($p = 0,0037$) y perseveraciones ($p = 0,0492$), no existiendo diferencias en las parafasias fonéticas ($p = 0,104$).

Conclusiones: La combinación de los métodos de aprendizaje con y sin error se muestran eficaces en el caso de una afasia transcortical motora, tanto en la mejora de la denominación como en la disminución de verbalizaciones erróneas (parafasias y perseveraciones). Además, los resultados se obtienen en un tiempo muy breve de intervención (7 sesiones de media hora realizadas en dos semanas), lo cual revierte en la eficacia y eficiencia del tratamiento.

P118. ¿EL CAMBIO DE UBICACIÓN DE UNA UNIDAD DE GERIATRÍA DE AGUDOS IMPLICA CAMBIOS EN LOS ASPECTOS SOCIALES DE LOS PACIENTES VALORADOS POR LA UNIDAD FUNCIONAL INTERDISCIPLINAR SOCIOSANITARIA?

I. Pineda Pérez, O. Sabartés, E. Hernández, N. Ferrer, I. Martínez y A.M. Cervera

Hospital del Mar. Barcelona.

Objetivo: Describir las variables sociales de los pacientes valorados por la Unidad funcional interdisciplinaria sociosanitaria (UFIS) y analizar si se observan diferencias en el perfil social después del traslado

de la Unidad de Geriátrica de Agudos (UGA) a otro centro hospitalario de la misma institución.

Métodos: Estudio retrospectivo de la actividad de la UFIS durante el 2008. El periodo analizado se dividió en dos cohortes: cohorte I incluyó a los pacientes valorados en el primer semestre del año, en ese momento la UGA estaba ubicada en el mismo hospital. La cohorte II correspondió a los pacientes valorados durante el segundo semestre estando la UGA ubicada en otro centro hospitalario. Variables sociales analizadas: sexo, edad, estado civil, núcleo de convivencia, procedencia, existencia de barreras arquitectónicas (BBAA), contacto previo con servicios sociales (SSAP), recursos sociales, servicio interconsultor, escala de Gijón abreviada (EGA) y destino al alta.

Resultados: Cohorte I: 251 pacientes. El 57% mujeres con una edad media de 77,98 años, el 43,5% viudos, 35,1% casados, 14,9% solteros y 6,5% separados o divorciados. Núcleo de convivencia: sólo (32,4%), cónyuge (28,8%), hijos (21,6%) y otros (17,2%). El 91,5% provenía de domicilio, 6,1% de CSS y 2,4% de residencia. El 44,8% tenía BBAA. El 47,4% tenía contacto con SSAP. El 25,9% disponían de cuidadora y el 19,5% de servicio de telealarma. Servicios interconsultores: COT (45%), médicas (39,4%), quirúrgicas (15,1%) y urgencias (0,4%). La estratificación de la EGA mostró: situación social buena (60,2%), intermedia (19,5%) y deterioro social severo (20,2%). Destino al alta: CSS (69,1%), domicilio (18,1%), residencia (4,8%) y otros (8%).

Cohorte II: 254 pacientes. El 58,3% mujeres con una edad media de 75,92 años, el 38,4% viudos, 32,7% casados, 18% solteros y 11% separados o divorciados. Núcleo de convivencia: sólo (31,1%), cónyuge (26%), hijos (16,1%) y otros (26,8%). El 85,7% provenía de domicilio, 11,4% de CSS y 2,9% de residencia. El 43,4% tenía BBAA. El 50,6% tenía contacto con SSAP. El 17% disponían de cuidadora y el 21,3% servicio de telealarma. Servicios interconsultores: COT (36,4%), médicas (39,9%), quirúrgicas (20,6%) y urgencias (3,2%). La estratificación de la EGA mostró: situación social buena (70,8%), intermedia (14,8%) y deterioro social severo (14,4%). Destino al alta: CSS (59,8%), domicilio (11,6%), residencia (6,4%) y otros (22,2%).

Conclusiones: 1. La comparación de ambas cohortes no mostró diferencias estadísticamente significativas tras el análisis de todas las variables sociales a pesar del cambio de ubicación de la UGA. 2. La cohorte II muestra una mayor tendencia a la institucionalización frente a la cohorte I.

P119. ¿LAS RELACIONES SOCIALES SON PREDICTORAS DE MORTALIDAD A LARGO PLAZO? ESTUDIO TOLEDO

B. Aguirre Arizala¹, F.J. García García¹, A. Pérez Martín³, S. Humanes², I. Echevarría Santamaría¹ y S. Amor¹

¹Hospital Virgen del Valle. Toledo. ²Consejería de Sanidad de CCMM. Toledo. ³Hospital de Fuenlabrada. Madrid.

Objetivo: Determinar si la frecuencia de relaciones sociales son predictoras de mortalidad a largo plazo.

Material y método: Estudio de Cohortes, poblacional, prospectivo en personas mayores de 65 años de Toledo. Los sujetos fueron extraídos mediante Muestreo Aleatorio Polietápico en 1994 para un estudio de prevalencia e incidencia de demencia. En 1994 fueron evaluados 3.214 sujetos. En 1996 (corte de incidencia) fueron evaluados 2.651. Seguimiento de mortalidad: desde 1-10-1996 (día de incidencia) hasta 31-12-2007. **Medidas:** datos sociodemográficos, Índice de Katz y Lawton, GDS de Reisberg, MMSE de Folstein, consumo de alcohol y tabaco, soporte social (OARS) y comorbilidad autorreferida. La variable principal fue el número de contactos sociales en la última semana.

Estadística: Se realizó un análisis descriptivo y bivalente mediante tablas de contingencia utilizando el test de la chi cuadrado para contraste de hipótesis. Para ajustar el riesgo de mortalidad de las relaciones sociales por otras variables sociodemográficas se utilizó un modelo de regresión de Cox.

Resultados: Se evaluaron 2.651 sujetos (1.152 hombres y 1.499 mujeres) la edad media fue de 75,9 (6,9) años. Hubo 934 sujetos con

fecha de muerte documentada y en 275 sujetos no se conoció su estado por lo que fueron excluidos del estudio. La mayor frecuencia de contactos sociales se asoció a mayor nivel educativo, mejor soporte social y menor edad ($p < 0,001$). Se observó un incremento de la mortalidad en los niveles más bajos de relaciones sociales 49,5%, 42,3%, 35% y 36,1% para aquellos con ningún, uno, dos y tres o más contactos respectivamente. ($p < 0,001$). La asociación se mantuvo cuando se ajustó por otras variables sociodemográficas en el modelo de Cox.

Conclusión: El bajo nivel de contactos sociales se asocia a mortalidad a largo plazo.

P120. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE VARIABLES EMOCIONALES EN LAS PERSONAS MAYORES

I. Etxeberria Arritxabal, J.J. Yanguas Lezaun, A. Iglesias da Silva, A. García Soler y N. Galdona Erquizia
INGEMA Instituto Gerontológico Matia. San Sebastián.

Objetivos: Realizar un análisis descriptivo de variables emocionales en una muestra de personas mayores.

Método: Participaron 181 personas mayores de edades comprendidas entre los 56 y los 88 años ($M = 70,05$; $DT = 6,80$). Las variables emocionales medidas fueron: inteligencia emocional, con la *Trait Meta Mood Scale*; alexitimia; alexitimia, con la *Escala de alexitimia de Toronto*; afecto positivo y negativo, con la *Escala de Afecto Positivo y Negativo*; y beneficios del compartimiento social de las emociones, con el *Cuestionario de Creencias sobre los efectos del compartimiento social de las emociones*.

Resultados: Los resultados muestran que las personas mayores obtienen en inteligencia emocional: puntuaciones medias en atención emocional, $M = 23,60$ ($DT = 7,23$); en claridad emocional, $M = 27,12$ ($DT = 5,88$); en la subescala de reparación, $M = 27,41$ ($DT = 6,48$); y en la suma total de la escala, $M = 78,13$ ($DT = 14,13$). En alexitimia, puntuaciones medias de: $M = 15,51$ ($DT = 6,93$) en la subescala de dificultad para identificar sentimientos; $M = 13,44$ ($DT = 4,46$) en la de dificultad para describir sentimientos; $M = 21,45$ ($DT = 4,47$) en pensamiento orientado a lo externo; y $M = 50,40$ ($DT = 11,11$) en la suma total de la escala. En la escala de afecto positivo, la puntuación media es de $M = 30,72$ ($DT = 6,77$) y en afecto negativo, de $M = 17,99$ ($DT = 6,28$). Por último, en la subescala de beneficios intrapersonales del compartir social de las emociones, puntuaciones medias de $M = 23,64$ ($DT = 3,77$), en la de beneficios de la no expresión, $M = 26,57$ ($DT = 5,27$) y en beneficios interpersonales $M = 17,72$ ($DT = 2,34$).

Conclusiones: Los resultados indican que las personas mayores tienen, en comparación con adultos, valores similares en inteligencia emocional e intensidad de afecto negativo, sin embargo, presentan más alexitimia e intensidad de afecto positivo, y obtienen menos beneficios inter e intrapersonales del compartimiento social de las emociones y de la no expresión social de las emociones. La disponibilidad de patrones normativos validados en población de personas mayores permitiría profundizar en el estudio de las emociones en este colectivo.

“Este proyecto ha sido parcialmente financiado por el Departamento de Industria, Comercio y Turismo del Gobierno Vasco bajo el programa SAIOTEK 2008 (código de referencia: S-PE08MT01)”

P121. PROGRAMA DE FORMACIÓN E INTERVENCIÓN EN HABILIDADES Y APTITUDES DE LOS CUIDADORES. CUIDANDO AL CUIDADOR: AFRONTAMIENTO DE LOS PROBLEMAS DEL CUIDADO DE LA PERSONA MAYOR

J.A. Sánchez Martín, J.J. García Meilán, J. Carro Ramos, E. Pérez Sáez y J.M. Arana Martínez

Facultad de Psicología. Universidad de Salamanca. Salamanca.

Introducción: La intervención está enmarcada dentro del Proyecto de desarrollo de la Unidad de Prevención y Envejecimiento Saludable

de Peñaranda de Bracamonte (Salamanca). Dentro de las acciones puestas en marcha como la evaluación e intervención con las personas mayores y cuidadores de la población, estudio epidemiológico, asesoramiento y formación para las diferentes situaciones de dependencia; se pone en marcha a iniciativa de los directores del programa, de las diferentes entidades sociosanitarias locales y de los propios usuarios del servicio el programa de formación e intervención para el cuidador: "Cuidando al cuidador: Afrontamiento de los problemas del cuidado de la persona mayor".

Objetivo: Aumentar y adecuar las capacidades y conocimientos de los cuidadores para alcanzar un mayor nivel de calidad en el cuidado a la persona mayor y disminuir la sobrecarga o estrés del cuidador.

Método: Se trabajó con un grupo de 22 mujeres cuidadoras informales de entre 35 y 69 años, con las que se consiguió una asistencia media constante de 12 mujeres por sesión. Las participantes del programa fueron evaluadas previamente al comienzo del mismo a través del "Caregiver Survey", para conocer y controlar las diferentes tipos de circunstancias del cuidado de la persona, y del Cuestionario de Estrés del Cuidador de Zarit (1996). Se realizaron dieciséis sesiones a lo largo de dos meses y medio en las que se trataron los siguientes contenidos y tratamientos: Formación en Técnicas prácticas de cuidado (Cuidados básicos, ayudas en AVD), Evaluación e intervención en el estrés del profesional, Técnicas de relajación, Inoculación de Estrés, Habilidades Sociales, Recursos sociales y comunitarios, Búsqueda de información sobre patologías y enfermedades y Derechos y obligaciones del cuidador. Se puso especial énfasis dado el carácter práctico de la metodología del curso en las técnicas de inoculación de estrés, habilidades sociales y formación en técnicas del cuidado. Se evaluaron los contenidos, el interés y la motivación y finalmente el estrés a posteriori del tratamiento recibido.

Resultados: En las evaluaciones realizadas, muestran que hay diferencia en las puntuaciones comparadas de la evaluación inicial y final respecto al Zarit. Se muestra un descenso en las puntuaciones tras el tratamiento. Hay diferencias significativas en las puntuaciones test-retest.

Conclusiones: Se muestra la efectividad de un programa específico que atiende a la formación y tratamiento específico a los problemas y necesidades de los cuidadores de personas mayores.

P122. 10 AÑOS DE ESCUELAS DE LA EXPERIENCIA EN GUIPÚZCOA

A. Indart Tellería, R. Muñoz Olite y A. Muruamendiaraz Aramburu
Fundación Ingema. San Sebastián.

Introducción: La participación social es uno de los pilares del envejecimiento activo. Matía F., a partir del estudio realizado por el sociólogo Javier Elzo en 1999, desarrolla la Escuela de la Experiencia, programa formativo que en sí mismo favorece la participación individual de la persona mayor y que, a su vez, promueve una participación social en diferentes áreas de intervención a través de los proyectos realizados por los propios alumnos durante el curso de formación.

La EE facilita igualmente la creación de asociaciones que se engloban posteriormente en una macroasociación de personas mayores (Mugabe) con presencia en distintos órganos de decisión y representación local y comarcal, favoreciendo el empoderamiento de este colectivo en la sociedad.

Objetivo: Demostrar que el proyecto de la EE es un elemento facilitador de la participación de las personas mayores de todas las comarcas guipuzcoanas, con su consecuente beneficio para un envejecimiento exitoso.

Material y método: Recogida y análisis de los datos acumulados a lo largo de los 10 años de andadura de las Escuelas de la Experiencia.

Resultados: La participación de personas mayores de Guipúzcoa en las EE durante estos 10 años asciende ya a 550, de los cuales un 70% son mujeres. Según transcurren los años la media de edad de los alumnos va disminuyendo. En esto momentos es de 61 años. Más del

50% están jubiladas ó prejubiladas, destacando también un alto porcentaje de amas de casa. Si hablamos del nivel de estudios, hemos comprobado que según baja la edad del alumnado, aumenta el porcentaje de personas con estudios superiores. La valoraciones realizadas hasta la fecha por los alumnos son muy altas. Valoran muy positivamente las asignaturas, los profesores y la metodología con una media de 8 puntos sobre 10. Queda demostrado su alto grado de satisfacción personal y de satisfacción con el curso teórico. Exponemos algunas frases representativas de esta satisfacción: " He recordado temas olvidados y he aprendido otros muchos nuevos", " He descubierto nuevas posibilidades de cubrir mi tiempo libre".

Conclusiones: El número cada vez mayor de participantes y la expansión del proyecto por todas las comarcas de la provincia de Guipúzcoa avalan el éxito y la continuidad del proyecto de la Escuela de la Experiencia.

P123. NECESIDADES DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL EN PROCESO DE ENVEJECIMIENTO EN BIZKAIA

J. Larrea y L. Zurbanobeaskoetxea
Diputación Foral de Bizkaia. Bilbao.

Objetivo: Estudiar necesidades percibidas por personas con discapacidad intelectual (DI) que envejecen, para prevenir condiciones que las suscitan e incrementar la autonomía personal e integración social de estas personas.

Metodología: Entrevistas: personal, a familiares y a profesionales. *Muestra:* 229 personas mayores de 45 años de Bizkaia con algún tipo de DI.

Resultados: *Análisis de la muestra:* La edad media es 51,3 años. 75,1% presentan DI y 24,5% discapacidad física con parálisis cerebral; casi la mitad de la muestra (49,3%) percibe PNC y solamente un 1,7% carecen de ingresos fijos; el tiempo medio de evolución de la discapacidad es 51,07 años (prácticamente desde su nacimiento); y el grado medio de minusvalía reconocido es de 72,85%. *Necesidades percibidas:* Las preocupaciones más frecuentes son: estado de salud general (por encima de dependencia o cuidados personales diarios); las barreras (arquitectónicas y de transporte); otras preocupaciones como dónde y con quién vivir en el futuro; recursos de servicios sociales de apoyo al ocio y tiempo libre; y menos en recursos económicos y sanitarios. *Soluciones propuestas:* Subida de pensiones (53%), seguido de apoyo al ocio y tiempo libre (47%), ayuda para cuidados personales diarios (43,1%) y el incremento de la ayuda familiar (37,1%). *Problemas:* Los más frecuentes son los relacionados con la salud (34,4%) seguidos de la dificultad para tomar decisiones e inseguridad (31,7% y 31,2%). *Coincidencias y divergencias:* Hay gran coincidencia de respuestas entre los colectivos. Las respuestas con más de un 50% en las tres entrevistas han sido: el estado de salud general, el dónde y con quién vivir en el futuro, y los servicios de apoyo al ocio y tiempo libre.

Conclusiones: 1. Las necesidades, preocupaciones, soluciones y demandas percibidas, son comunes a las de la población general de mayores y a la población de personas con discapacidad que aún no ha alcanzado esta etapa de la vejez. 2. Como la población general de personas mayores, las personas con DI también demandan actividades que permitan el disfrute y el desarrollo personal en el tiempo libre. 3. Existe una gran sintonía entre personas con DI mayores, familiares y profesionales, en gran parte de las necesidades percibidas, soluciones propuestas y medidas y apoyos requeridos.

P124. INFORMACIÓN AL INGRESO DE PACIENTES EN CENTRO SOCIOSANUARIO

V. Torralbo, M.J. García, D. Quea y N. Saiz
Mutuam Güell-Eixample. Barcelona.

Introducción: El envejecimiento de la población y con ella el aumento de las patologías crónicas, oncológicas o demencias conlleva a una

mayor complejidad sanitaria que necesita de un nivel intermedio de hospitalización entre el medio residencial y la hospitalización convencional.

Objetivos: Valorar las expectativas de los pacientes y familiares al ingreso en un centro socio sanitario en referencia a la información que recibieron del recurso por parte de los profesionales que realizaron la derivación.

Material y métodos: Se realizó una guía informativa para pacientes y familiares en la que se explica las características del recurso socio sanitario, se elaboró una encuesta que recoge la información que tienen del recurso socio sanitario al que han sido derivados, las expectativas que tienen del ingreso, quien les ha facilitado la información y quien es el profesional derivador. Esta encuesta es cumplimentada por la trabajadora social a través de los datos que recoge en la entrevista de ingreso de los pacientes.

Resultados: Durante los 9 meses en los cuales se realizó el estudio se produjeron 692 ingresos. Se recogió información mediante la encuesta informativa en 602 familiares de pacientes de los cuales el 38% ingresaron en la unidad de curas paliativas, 27% en convalecencia, 27% en larga estancia y un 8% en la unidad de psicogeriatría. La procedencia de los pacientes en su mayoría era de hospital de agudos (52%) y en el 70% de los casos habían sido informados por la trabajadora social. En el 76% de los casos la información de que disponían se ajustaba a la realidad, solo en 9% de los casos sus expectativas no eran las que el centro les podía ofrecer.

Conclusiones: 1. Cada vez mas la información de que disponen los usuarios esta mas ajustada en cuanto a la temporalidad y sobre todo el perfil sanitario del recurso y no social. 2. La sectorización de los recursos sanitarios ayuda a que los canales de comunicación se puedan reforzar y sea más fácil el intercambio de valoraciones y criterios. 3. La línea actual que se está siguiendo en el aspecto de coordinación está generando resultados positivos y va orientada a mejorar la coordinación y el ajuste de criterios y perfiles de ingreso.

P125. DEPRESIÓN Y TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS EN EL DETERIORO COGNITIVO LEVE

N. Rodríguez Rodríguez¹, O. Juncos Rabadán¹, A. Pereiro¹, J. Cuba¹, J.M. Caamaño² y J. Sueiro²

¹Universidad de Santiago de Compostela. Santiago de Compostela.

²SERGAS. Santiago de Compostela.

Objetivos: Estudiar la presencia de sintomatología depresiva y otros trastornos psiquiátricos en el Deterioro Cognitivo Leve (DCL).

Método: La muestra fue reclutada en centros de atención primaria de Galicia y estaba compuesta por 178 sujetos, 56 varones y 122 mujeres. Los sujetos fueron clasificados en tres grupos (sanos, con DCL y con deterioro cognitivo moderado-grave) en relación a las puntuaciones del MEC y de acuerdo con los criterios de Petersen y colaboradores (1999). Para evaluar la presencia de sintomatología depresiva y de trastornos psiquiátricos se utilizaron la escala de Yesavage y el Cuestionario Neuropsiquiátrico (NPI).

Resultados: Los análisis de varianza realizados indicaron que los participantes con DCL tenían puntuaciones significativamente más altas que los sanos en la Escala de Yesavage, y no había diferencias entre los grupos con DCL y deterioro cognitivo moderado-grave. Con En cuanto a las puntuaciones totales en el NPI no había diferencias entre el grupo de sano y el de DCL, pero los de deterioro cognitivo moderado-grave tenían puntuaciones significativamente superiores a los de DCL.

Conclusiones: Según nuestros resultados la sintomatología depresiva puede ser un indicador emocional del DCL, y los trastornos psiquiátricos acompañarían al deterioro cognitivo moderado-grave. Se discuten estos resultados en relación con otras investigaciones sobre el tema.

P126. PROGRAMA INTERGENERACIONAL EN LA MANCOMUNIDAD DE LEA-ARTIBAI

N. Alberdi Salterain y L. Olaetxea Bilbao

Fundación Bizitzen. Durango. Vizcaya.

Introducción: Se trata de un proyecto para crear redes entre personas mayores y preadolescentes para mejorar las relaciones entre ambos y disminuir los estereotipos negativos, aumentando la autoeficacia de ambos. Desde el enfoque del envejecimiento activo, actualmente el reto es que el colectivo de personas mayores se abra a los diferentes colectivos sociales y se de un salto cualitativo hacia un modelo de asociación de mayores abierto a la sociedad. El tema de las relaciones intergeneracionales no es algo puramente conceptual, sino que forma parte de nuestra vida cotidiana. Por otra parte, todas las personas formamos parte de una o más generaciones según el criterio que elijamos. Además se debe añadir que las relaciones intergeneracionales están íntimamente relacionadas con la imagen que unas generaciones tenemos de otras. El conocimiento de los posibles estereotipos y sus consecuencias para los/as individuos son la base para la intervención social en este campo.

Método: Se están llevando a cabo sesiones formativas con las personas mayores y los/as preadolescentes para después trasladar estos conocimientos en 6 encuentros que se realizan en los centros escolares. Los temas abordados en estos encuentros forman parte del contenido curricular de los centros: la pesca, la posguerra y las nuevas tecnologías. Son sesiones guiadas y grabadas por una psicóloga.

Objetivos: Crear nuevos lazos de interacción entre las personas mayores y los centros escolares de la Mancomunidad de Lea-Artibai. Diseñar y validar un programa intergeneracional en la Mancomunidad de Lea-Artibai.

Participantes: 13 personas mayores de la asociación *Itsas-Baserri* de diferentes localidades de Lea-Artibai. 7 mujeres del *Centro de Promoción de la Mujer* de Ondarroa. 217 escolares de los centros Txomina Agirre y Zaldupe de Ondarroa, Escuela Pública y R.M. Azkue Ikastola de Lekeitio, Escuelas de Amoroto, Isparter y Beko Benta de Markina.

P127. FACILITANDO LA ALIMENTACIÓN

R. García Alegre¹, J. Portuondo Jiménez², S. de Luis Álvarez¹, M. Larrinaga Llaguno¹ y M.C. Marcos Alor¹

¹Hospital de Basurto. Bilbao. ²Hospital de Cruces. Barakaldo.

Introducción: El Alzheimer es un tipo de demencia que ocasiona el deterioro progresivo e imprevisible del cerebro. Produce pérdida paulatina de memoria y alteración de las capacidades intelectuales de la persona. Debido a los cambios que se producen a lo largo de la enfermedad, tales como la distracción, confusión de horarios, hiperactividad, dificultad para masticar,... estas personas son candidatas a la pérdida de peso y constituyen un factor de riesgo de malnutrición.

Objetivos: Que el profesional de enfermería realice una educación sanitaria efectiva con el cuidador principal, para que este se encargue de la alimentación del enfermo de Alzheimer, con el fin de evitar una alimentación inadecuada.

Material y métodos: Debido a que los cuidadores principales deben prestar especial atención tanto a los potenciales problemas nutricionales que pueden aparecer en estos enfermos, como de las alteraciones de la conducta alimentaria, es preciso, que el personal de enfermería participe en el proceso de educación sanitaria, con el fin de impartir consejos nutricionales dirigidos a prevenir la alimentación inadecuada en los enfermos de Alzheimer. Por ello, es preciso que el personal de enfermería, le indique ciertos consejos generales al cuidador principal. *Consejos generales:* 1) Mantener el horario de las comidas y sentarle en el mismo sitio. 2) Comprobar la temperatura de los alimentos. 3) La prevención de atragantamientos. 4) El control de hidratación, nutrientes y de peso. 5) Realizar comidas frecuentes, muy nutritivas y poco abundantes. 6) Cuidar la presentación de los platos, para que sean lo más atractivas posible.

7) Preparar alimentos que se puedan comer con las manos. 8) No mezclar texturas, para evitar atragantamientos. 9) Los cubiertos deben de ser sencillos, adaptados a las necesidades.

Resultados: Tras una educación sanitaria efectiva realizada por el personal de enfermería, el cuidador principal, adquiere los conocimientos básicos, para que el enfermo de Alzheimer mantenga una alimentación adecuada, evitando la pérdida de peso, e incluso la malnutrición.

Conclusión: Los pacientes con la enfermedad del Alzheimer tienden a comer menos, cuando por el contrario, requieren una alimentación de alta calidad, para cubrir sus necesidades energéticas. Por ello, es necesario que el personal de enfermería, realice una educación sanitaria efectiva con el cuidador principal, para que este pueda evitar una alimentación inadecuada en estos pacientes.

P128. ANÁLISIS DE LA CONVERGENCIA ENTRE EL MEC Y CAMCOG EN LA DETECCIÓN DEL DETERIORO COGNITIVO LEVE: RESULTADOS EXPLORATORIOS

A. Pereiro Rozas¹, O. Juncos Rabadán¹, N. Rodríguez Rodríguez¹, C. Pomar Tojo¹, J.M. Caamaño Mata² y J. Sueiro Justel²

¹Universidad de Santiago de Compostela. Santiago de Compostela.

²SERGAS. Santiago de Compostela.

Objetivos: En el presente trabajo se contrasta la capacidad discriminativa del Miniexamen cognoscitivo (MEC) para detectar el nivel de deterioro cognitivo (Normal, Deterioro cognitivo leve -DCL- y Deterioro cognitivo moderado-grave) en una muestra de participantes mayores de 50 años en relación al CAMCOG.

Método: La muestra se compone de personas que acuden a los servicios de atención primaria de Galicia declarando quejas subjetivas de memoria. La muestra está compuesta por 112 sujetos (29 varones y 83 mujeres) de niveles educativos semejantes y con una de edad media de 69,03 años (SD = 9,63). Los sujetos fueron clasificados en tres grupos; sanos, DCL y deterioro cognitivo moderado-grave a partir de las puntuaciones del MEC y según los criterios establecidos por Petersen y colaboradores (Petersen, Smith, Waring, Ivnic, Tangalos y Kokmen, 1999).

Resultados: En el ANOVA realizado se encuentran diferencias significativas entre los grupos tanto en la puntuación total como en cada una de las dimensiones del CAMCOG (i. e., Orientación, Lenguaje, Memoria, Atención y Cálculo, Praxis, Pensamiento abstracto, Percepción y Función ejecutiva). Las curvas ROC muestran una elevada sensibilidad y especificidad en la diferenciación de los grupos preestablecida a través del MEC. Los análisis discriminantes solicitados muestran diferencias en la potencia predictiva de las áreas del CAMCOG para los DCL y deterioro cognitivo moderado-grave.

Conclusiones: Las áreas sensibles del CAMCOG para la discriminación de los grupos preestablecidos por el MEC son principalmente Memoria y Atención-Cálculo. El área de Orientación se revela como el área adicional del CAMCOG que permite, junto con las de Memoria y Atención-Cálculo, la mejor diferenciación posible entre los grupos DCL y Deterioro cognitivo moderado-grave.

P129. ESPIRITUALIDAD/RELIGIOSIDAD DE LOS CUIDADORES DE PERSONAS CON DEMENCIA Y PROBLEMAS EMOCIONALES

J. López², M. Márquez-González¹, R. Romero-Moreno³ y A. Losada³

¹Facultad de Psicología. Universidad Autónoma de Madrid. Madrid.

²Facultad de Medicina. Universidad San Pablo-CEU. Madrid. ³Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad Rey Juan Carlos. Madrid.

Objetivo: Este estudio analiza la influencia de diversas dimensiones de la espiritualidad/religiosidad de los cuidadores de personas con demencia sobre su malestar emocional.

Método: Se evaluó en 134 cuidadores mediante ítems diseñados *ad hoc* si eran practicantes o no de alguna religión y la frecuencia de su práctica religiosa (0/ausencia -4/varias veces por semana). Mediante cuestionarios estandarizados se evaluó en qué medida cuidaban a su familiar por motivos religiosos (CJCS, Dilworth-Anderson et al., 2005), el apoyo social recibido a través de la práctica religiosa (SBI, Holland et al., 1998) y su sentido de trascendencia (UMS, Farran et al., 1999), así como los niveles de sobrecarga (ZBI, Zarit et al., 1980), ansiedad (POMS, McNair et al., 1971), depresión (CES-D, Radloff, 1977), e ira (STAXI-2, Miguel-Tobal, et al., 2001). ANOVAs de un factor se utilizaron para comparar al grupo de creyentes-practicantes y el de no creyentes-no practicantes en las distintas variables analizadas. Para analizar la asociación entre la espiritualidad/religiosidad de los cuidadores y su malestar emocional se emplearon análisis de regresión múltiple por pasos.

Resultados: Hay diferencias entre quienes practican o no practican una religión en todas las variables relacionadas con la espiritualidad/religiosidad ($p < 0,001$) y en ninguna de las variables de malestar emocional. El sentido de trascendencia se asocia significativamente con un menor nivel de sobrecarga ($R^2 = 0,053$, $p < 0,05$), ansiedad ($R^2 = 0,049$, $p < 0,05$), rasgo de ira ($R^2 = 0,051$, $p < 0,05$) y reacción de ira ($R^2 = 0,049$, $p < 0,05$). Además, el apoyo social recibido a través de la práctica religiosa se asocia con un menor temperamento de ira ($R^2 = 0,055$, $p < 0,01$). Ninguna variable se asocia con depresión.

Conclusiones: Más allá de la religiosidad extrínseca, que implica practicar alguna religión en concreto, o de practicarla en mayor o menor medida, son sobre todo las creencias espirituales internas, es decir, el sentido de trascendencia de los cuidadores (e.g. Dios no te dará más de lo que puedas sobrellevar) las que se relacionan con una menor problemática emocional. Convendría tener en cuenta estas creencias espirituales a la hora de abordar tratamientos para disminuir el malestar emocional de los cuidadores.

P130. HOY ME SIENTO BIEN!

R. García Alegre¹, J. Portuondo Jiménez², S. de Luis Álvarez¹, M. Larrinaga Llaguno¹, N. Larrinaga Llaguno¹ y M.C. Marcos Alor¹

¹Hospital de Basurto. Bilbao. ²Hospital de Cruces. Barakaldo.

Introducción: El bienestar es esencial en todos los ancianos/as, pero más aun en los que padecen algún tipo de demencia, para que a medida que la enfermedad progresa, pueda llevar una vida relativamente normal durante el mayor tiempo posible.

Objetivos: Mantener a los ancianos, y sobre todo a los que padecen algún tipo de demencia en condiciones óptimas y garantizarles una vida de lo más confortable posible, a través de una serie de recomendaciones, que pueden ponerse en práctica tanto en el domicilio de la persona afectada, como en el ámbito hospitalario, centros especializados,...

Metodología: El bienestar de los ancianos/as y sobre todo de los que padecen algún tipo de demencia es esencial y vital, y para ello, además de una actitud positiva y adecuada por parte del cuidador principal es necesario tener en cuenta ciertas actitudes: 1) Respetar las creencias del enfermo, y las pequeñas cosas del día a día, ya que pueden ser importantes para este. 2) Expresar de forma afectuosa los sentimientos de aprecio, e intentar entender sus emociones y sentimientos. Empatía. 3) Tener paciencia, y ser comprensivos y tolerantes. 4) Ser receptivo, ante cualquier intento que hagan por comunicarse. 5) Ser capaces de adaptarse a las necesidades y al ritmo del enfermo. 6) Organizar el cuidado del enfermo, sin olvidar los cuidados al cuidador.

Resultados: Aumento del bienestar en los ancianos/as, sobre todo en los que padecen algún tipo de demencia, gracias a la actitud positiva y adecuada del cuidador y a las actitudes de este, tanto en el domicilio, como en el ámbito hospitalario, centros especiales,...

Conclusión: 1. A medida que el organismo envejece, y sobre todo si se padece algún tipo de demencia, los/as ancianos/as van perdiendo ca-

pacidades tales como, pensar, recordar, comprender, tomar decisiones, comunicarse,... Por ello, es imprescindible lograr el mayor grado de bienestar en estos enfermos. 2. Para conseguir que estos enfermos tengan el mayor grado de bienestar posible, no solo es necesario adecuar el entorno. Sino que además, el bienestar, está en estrecha relación con el sentimiento de cuidado y apoyo que el paciente reciba.

P131. EL PAPEL DE LA IDENTIDAD PERSONAL EN LA VGI Y BENEFICIOS PARA LA DISMINUCIÓN SPCD

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

Objetivos: El objetivo de este trabajo es demostrar que la introducción sistemática del análisis de la identidad personal en la valoración de la esfera mental mejora la eficacia y precisión diagnóstica de la VGI. La incorporación de los estilos de personalidad desarrollados desde el modelo postracionalista potencia la capacidad de predecir la evolución de los SPCD y sus implicaciones sobre el curso de la neurodegeneración. 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 (dápico, obsesivos). Actualmente estudios en el campo de la neurología están manifestando tendencias mixtas Inward (Somatomorfes, Lewy e Hipocóndriacas) y mixtas Outward (Somatomorfes y Rumiantes).

Método: Se realizó una valoración neurológica integral (VNI) a 470 pacientes por parte de un Psicogeriatra, un Neuropsicólogo y un Neurólogo. De ellos 288 fueron mujeres y 182 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: De los 470 pacientes valorados 75 eran DCLewy (90,6% Sistema de Organización personal -SOP- Inward Lewy, el 5,9% un SOP Inward Depresivo y el 3,5% un SOP Inward Somatomorfe), 124 EA (81,45% SOP Outward Dápico, 10,48 SOP Outward Obsesivo y 8,07% SOP Outward Rumiante), 99 Mixtas (54,54% SOP Outward Somatomorfe, 32,32% SOP Inward Somatomorfe y 13,14% SOP Inward Fóbico), 92 Parkinsonismos (60,86% SOP Inward Depresivo, 30,43% SOP Inward Somatomorfe y 8,71% SOP Outward Somatomorfe) y 80 Demencias de origen cerebrovascular (77,5% SOP Inward Fóbico y 22,5% SOP Inward Somatomorfe). La aplicación clínica más importante derivada ha sido la disminución de un 30% de la prescripción de neurolépticos y ansiolíticos cuando la familia cumple las prescripciones terapéuticas en función del sistema de organización personal del enfermo y lo valida desde él. Además disminuyen significativamente las consultas para resolver SPCD.

Conclusiones: Se han encontrado estilos de personalidad sistemáticos en función de la patología neurodegenerativa diagnosticada. Es importante destacar que estos estilos también eran premórbidos. Los estilos de personalidad con tendencias outward (heteroregulación emocional) (dápico, obsesivos, rumiantes y somatomorfes) están presentes en patologías de carácter principalmente cortical. Los estilos con tendencias inward (autorregulación emocional) están presentes en patologías de carácter principalmente subcortical, cerebrovascular y frontotemporal.

P132. PREOCUPACIÓN Y MALESTAR EN CUIDADORES DE PERSONAS MAYORES DEPENDIENTES

A. Pérez Peñaranda¹, A. Losada Baltar², E. Rodríguez Sánchez¹, D. Pérez Arechaederra¹, M.A. Campo de la Torre¹ y L. Sanz Herrador¹
¹Unidad de Investigación La Alamedilla. Salamanca. ²Universidad Rey Juan Carlos. Madrid.

Introducción: La atención familiar a personas mayores dependientes se relaciona con consecuencias mentales y físicas negativas para los cuidadores.

Objetivo: El objetivo de este trabajo es analizar los efectos de la pre-ocupación en el malestar de los cuidadores.

Método: Se contactó con todos los cuidadores y pacientes registrados en el servicio de Atención Domiciliaria de un Centro de Salud de Salamanca. Se han realizado entrevistas individuales con 134 parejas de cuidadores y familiares cuidados. Además de la preocupación, evaluada con ítems de la Escala de Calidad de Vida de Ruiz y Baca (1993), se ha evaluado en cuidadores el apoyo social percibido (Duke-UNC), la carga (ZBI) y la salud mental (GHQ), además de variables sociodemográficas, y en sus familiares se ha evaluado la capacidad funcional (Barthel) y cognitiva (Pfeiffer).

Se han llevado a cabo diferentes análisis de regresión jerárquica (utilizando la carga y la salud mental como variables criterio) en los que, de acuerdo con las dimensiones incluidas en el modelo de estrés y afrontamiento adaptado al cuidado, se han incluido en un primer paso variables sociodemográficas, posteriormente estresores (capacidad funcional y cognitiva), en un tercer paso el apoyo social y, finalmente, y con el fin de valorar si su inclusión mejora el modelo evaluado, la preocupación.

Resultados: Los resultados muestran que la inclusión de la preocupación en el modelo incrementa la capacidad predictiva del modelo tanto para la explicación de la carga como de la salud mental, incluso una vez controladas variables significativas como la capacidad funcional y cognitiva y el apoyo social. Las variables incluidas permiten explicar un 56% de la carga (27% explicada por la preocupación; $p < 0,01$) y un 43% de la salud mental (26% explicada por la preocupación; $p < 0,01$). En ambos casos, una mayor preocupación se asocia a una mayor carga y una peor salud mental.

Conclusiones: La preocupación parece incrementar de forma significativa el malestar del cuidador. Incluir en las intervenciones componentes que tengan como objetivo reducir la preocupación de los cuidadores puede contribuir de forma significativa a reducir su malestar.

P133. EFECTOS EN LOS CUIDADORES DE LOS CURSOS PARA FAMILIARES DE ANCIANOS DEPENDIENTES

M.T. Font, J.L. Guijarro y M.T. Medina
Voluntariado Geriátrico Franciscano de Pamplona.

Objetivos: Conocer el efecto de un curso de formación para familiares cuidadores de mayores dependientes en el rendimiento sobre los cuidados y sentimientos del cuidador.

Metodología: Desde octubre de 2006 se han llevado a cabo cinco cursos para familiares de ancianos dependientes en colaboración con los centros de atención primaria. En el curso constituido por diez temas con una duración de dos horas cada uno y dictado por profesionales cualificados de cada una de las áreas, se abordan temas geriátricos, de enfermería, psicología, manejo de enfermos con demencia, ética, jurídicos y sociales.

Se hace una evaluación inmediata de la satisfacción de los asistentes. La valoración de la mejora en el conocimiento de la dependencia, en los cuidados y habilidades, en la relación con el paciente y en el control personal y carga de trabajo se realiza a través de una encuesta estructurada, a través del teléfono a los seis meses de la conclusión de cada curso.

Resultados: Se han inscrito en los cursos 139 personas. Asisten 118. Son mujeres la mayoría (85%). La edad media es 59 años. Son hijos el 70%, esposos el 13% y el 17% tiene otro grado de parentesco o pertenecen a una comunidad religiosa. Trabajan solamente en casa el 80% y atienden a más de una persona 41%. Han tenido alguna práctica anterior de cuidado a ancianos el 68%. La mitad padecen problemas de columna y toman medicación el 58%. El grado de satisfacción de los alumnos con respecto al curso ha sido siempre muy alto. Manifiestan haber incrementado sus conocimientos sobre la dependencia el 92%. Practicar más adecuadamente los cuidados el 65%. Creer que

ha mejorado la comprensión del paciente el 72% y se ha conseguido una mayor control personal en el 58%. Asumen mejor su carga de trabajo en un 64% y se ha incrementado la colaboración de otros miembros de la familia en 43%.

Conclusión: La asistencia a un curso de formación para familiares de ancianos con dependencia, en el que se imparten cocimientos prácticos y herramientas para abordar la atención de los dependientes en sus distintas manifestaciones permite a los cuidadores familiares encarar la tarea de cuidados con mejor rendimiento y mejor aceptación del anciano y de sí mismos.

P134. LA INCIDENCIA DE LA DEPRESIÓN EN UNA RESIDENCIA GERIÁTRICA

J. Bonet Álvarez, M.B. Pascual, J. Catena, G. Codina, M. Prieto y N. Perramón
Residencia Sant Andreu-Fundació Sociosanitària de Manresa.
Barcelona.

Objetivos: 1. Conocer el perfil afectivo de nuestros residentes. 2. Conocer el tratamiento farmacológico, psicológico y ocio (actividades de terapia ocupacional, psicomotricidad grupal y animación socio-cultural). 3. Detectar los posibles problemas existentes en el circuito de comunicación interdisciplinar. 4. Solucionar el déficit detectado.

Métodos: Se basa en la evaluación geriátrica integral: a) valoración funcional (I. Barthel). b) cognitiva (MEC). c) afectiva (Escala Cornell en el paciente con demencia y Escala Yesavage en el paciente sin deterioro cognitivo). d) social (edad, género). Se define la patología principal con los criterios de inclusión de depresión DSM-IV-TR. Se contabilizan los pacientes con patología depresiva, los tratamientos que siguen y las actividades de ocio que realizan.

Resultados: Descripción poblacional: 70 residentes, 16% hombres y 84% mujeres. Edad media: 85 años. Situación funcional: I. Barthel dependencia total 37%, severa 26%, moderada 3%, leve/autónomos 34%. Situación cognitiva: MEC no valorable 10%, deterioro grave 21%, det. moderado/grave 14%, det. moderado 4%, det. leve 19% y sin deterioro 32%. Datos obtenidos: a) Un 37% de residentes (4 hombres y 22 mujeres) con alteración del ánimo. b) Los resultados han sido: 23% con depresión (según criterios DSM-IV-TR), con diagnóstico previo, sin tratamiento farmacológico, algunos en tratamiento psicológico. 3'8% con depresión (según criterios DSM-IV-TR), con diagnóstico previo, con tratamiento farmacológico y psicológico. 34,6% con síntomas depresivos, pero sin cumplir el cuadro en su totalidad (según criterios DSM-IV-TR), con diagnóstico previo, con tratamiento farmacológico y algunos en tratamiento psicológico. 23% con depresión (según criterios DSM-IV-TR), sin diagnóstico previo, con tratamiento farmacológico y en tratamiento psicológico. 15,4% con depresión (según criterios DSM-IV-TR), sin diagnóstico previo, sin tratamiento farmacológico y la mitad sigue tratamiento psicológico.

Conclusiones: A partir de los datos obtenidos es necesario: mejorar la coordinación médico-psicólogo, hacer un seguimiento de estas personas en las reuniones interdisciplinares semanales y se acuerda que el psicólogo administre las escalas (Yesavage vs. Cornell) a los residentes con depresión de forma semestral y al resto anual.

P135. PERSONAS MAYORES Y FORMACIÓN EN NUEVAS TECNOLOGÍAS: NECESIDAD DE UNA REFLEXIÓN CRÍTICA

S. Fernández Prado² y M. Montaña¹

¹Asociación C. para o desenvolvimento sen fronteiras. Santiago de Compostela. ²Doctorado en Gerontología. Universidad de Santiago de Compostela. Santiago de Compostela.

Objetivos: 1. Abrir el debate sobre el papel que juegan los profesionales que monitorizan los programas de formación de Nuevas Tecnologías para mayores. 2. Explicitar y reflexionar acerca de los principa-

les objetivos que se buscan con la enseñanza de las Nuevas Tecnologías. 3. Concienciar sobre la importancia del trasfondo ético que contiene la enseñanza de las Nuevas Tecnologías. 4. Mejorar el contenido, la metodología de enseñanza y programación formativa.

Método: 1. Lectura y reflexión sobre experiencias similares publicadas en revistas científicas. 2. Observación directa como herramienta de análisis de la experiencia en los talleres de informática y Nuevas Tecnologías con los alumnos mayores. 3. Escucha activa como metodología de recogida de datos, conociendo de este modo los objetivos de las personas mayores, sus preferencias, inquietudes, miedos. 4. Reuniones de trabajo una vez por semana como escenario principal de reflexión de los monitores de talleres de Nuevas Tecnologías con los mayores asistentes.

Resultados: La reflexión que se ha iniciado en el grupo de monitores esperamos que redunde en una mejoría en el replanteamiento de los contenidos y metodología de enseñanza, así como una mejor respuesta al uso práctico de los conocimientos que los alumnos adquieren sobre las Nuevas Tecnologías.

Conclusiones: Tras este replanteamiento, consideramos importante dejar abierto el debate en relación a: a) Metodología de enseñanza. b) Contenidos. c) Prácticas de simulación. d) Orientaciones.

En la formación de las personas mayores en Nuevas Tecnologías.

P136. LA CALIDAD DEL ENVEJECIMIENTO SALUDABLE EN MÁLAGA. LOS RECURSOS ASISTENCIALES Y LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN Y AGENTES SOCIALES

J.M. López García y F.M. Jurado Alcaide
Escuela Universitaria de Enfermería de la Diputación de Málaga.
Málaga.

El envejecimiento saludable, de calidad, es un término que se popularizó en la década de los 90 y que depende sobre todo de la personalidad individual y las circunstancias personales y sociales. Por tanto, la evaluación de la situación de las personas mayores, a través de su voz, permitirá formular políticas regionales y nacionales que permitan el envejecimiento adecuado en las mejores condiciones.

Objetivos: 1. General: Establecer la calidad de vida en las personas mayores.

2. Específicos: a) Analizar las características sociodemográficas de las personas mayores de nuestro entorno. b) Conocer qué recursos sociosanitarios de los existentes son conocidos por las personas mayores. c) Conocer cómo les llega la información sobre estos recursos, mediante qué fuentes (medios de comunicación y agentes sociales).

Método: Estudio observacional transversal. La fase cuantitativa se realizará mediante una encuesta muestral, con una entrevista personal estructurada, a personas mayores de Málaga seleccionadas con un muestreo no probabilístico. El cuestionario constará de variables: sociodemográficas y de recursos asistenciales.

Resultados y conclusiones:

Encuestados de 65 a 79 años	75%
Encuestados de más de 80 años	25%
Mujeres/total mayores encuestados	59%
Hombres/total mayores encuestados	41%
Mujeres de 65 a 79 años/total mayores encuestados	43%
Mujeres de más de 80 años/total mayores encuestados	16%
Hombres de 65 a 79 años/total mayores encuestados	32%
Hombres de más de 80 años/total mayores encuestados	9%

Nivel adquisitivo: El porcentaje más alto encontrado se da en la franja de 6.000 a 12.000 de #euros, concretamente en el grupo de 65 a 79 años y del sexo femenino con el 30%, seguido de la franja de 12.000 a 18.000 #euros del grupo de 65 a 79 años y del sexo masculino con un 17%. **Tipo de vivienda:** La vivienda propia en las personas mayores es lo más habitual con un porcentaje del 81%, seguido de lejos por la perteneciente a la familia con un 13% y un escaso 6% para las de alquiler.

Forma de convivencia: Siguen siendo las mujeres las que en mayor medida viven solas, casi el doble en el grupo de 65 a 79 años y mucho más si analizamos el siguiente grupo de edad. **Nivel de estudios de la población mayor:** En nuestra encuesta hemos obtenido un 44% de personas mayores que son analfabetas y no tienen estudios, una cifra 10 puntos inferior a la obtenida del censo del 2001 del INE. **Conoce los recursos:** Un 43% sí, sobre todo mujeres de 65 a 79 años hasta un 33%. Y los han usado más las mujeres que los hombres, de nuevo las de 65 a 79 años con un 21%, frente a las de más de 80 años con un 9%.

Teleasistencia	69%
SAD	29%
Asistencia a balnearios	37%
Vacaciones para personas mayores	71%
Club de jubilados	78%
Centros de día	57%
Estancias cortas	25%
Emergencia social	51%

Los medios y fuentes sociales que más han influido para conocer y usar los recursos han sido:

Le influyo la Tv	17%
Le influyo la radio	8%
Le influyo la prensa/revistas	23%
Le influyo internet	24%
Le influyo los amigos/as	61%
Le influyo los familiares	61%
Le influyo los trabajadores sociales	15%
Le influyo los sanitarios	26%

P137. APOYO SOCIAL Y DEPRESIÓN EN EL ANCIANO

M.J. Nebot del Valle², H. Aguilar Palomino¹, J.C. Ciprian Ayala², R. Rodríguez Barrientos², J. Castellanos Martínez² y F. Camarells Guillem²

¹Hospital Central de La Cruz Roja. Madrid. ²Atención Primaria. Madrid (Área 5). Madrid.

Objetivo: Estimar prevalencia depresión, mayores de 65 años C.S General Moscardó, mediante el Test Ces-D. **Secundarios:** Estudiar Apoyo Social (Confianza y Afectivo) y Capacidad Funcional y Mental y su posible asociación con Depresión.

Material y métodos: *Diseño:* Estudio descriptivo transversal, recogida datos Junio08-Febrero09. *Sujetos:* Mayores de 65 años asignados CS General Moscardó. *Exclusión:* Patología psiquiátrica grave, deterioro cognitivo grave, problemas idioma. *Tamaño y selección muestra:* 303 (para proporción esperada de 12% de prevalencia de depresión y sobreestimando un 20% de pérdidas). Muestreo aleatorio simple. *VARIABLES:* a) Dependiente: Depresión medida mediante el test Ces-D. b) Independientes: Variables sociodemográficas; Apoyo social (confianza y afectivo) medido con el test Duke-UNC-11; Capacidad Funcional y Mental medidas con las escalas de Cruz Roja. *Método recogida información:* Invitación telefónica. Dos entrevistadores (periodo de entrenamiento común para reducir variabilidad). Consentimiento Informado.

Resultados: N = 44, seguimos recogiendo datos, eso ampliaré la muestra para el congreso. Ningún rechazo. Edad media 76,27 (DS = 6,85); Mujeres 30 (68,2%); Casados 24 (54,5%), viudos 15 (34,1%); Ingresos económicos < 600 euros: 11,4%; Viven solos: 36,4%. Sin estudios 15,9%. Depresión 29,5% (13). No se encontraron diferencias por sexo Hombres 21,4% vs Mujeres 33,3% (p = 0,42) ni por edad Depresión 77,62 (DS = 6,5) vs no depresión 75,71 (DS 7,02) (p = 0,407). Apoyo Social de Confianza 97,7% (43). Apoyo Social Afectivo 95,5% (42). Cruz Roja Funcional Normal: 84,1%, caminan con baston 9,1%. Cruz roja mental normal: 81,8%. No se encontró asociación entre Depresión y Apoyo social (p > 0,05). No se encontró asociación entre Depresión y estado funcional (p = 0,970)

Conclusiones: Encontramos prevalencias de depresión mayores a las esperadas según la bibliografía. Destacamos el alto número de pacientes con apoyo social adecuado y capacidad funcional normal. No hemos encontrado asociación entre deficiente apoyo social y depresión.

P138. CALIDAD DE VIDA Y FUNCIÓN FAMILIAR EN CUIDADORES CÓNYUGES

E. Rodríguez Sánchez, A. Pérez Peñaranda, D. Pérez Arechaederra, A. Losada Baltar, M. Gómez Marcos y L. García Ortiz
Unidad de Investigación La Alamedilla. Salamanca.

Introducción: Generalmente entre los cuidadores hay un claro predominio femenino, sin embargo entre los cónyuges son muy frecuentes los varones.

Objetivo: Estudiar posibles diferencias de género en cuidadores de cónyuges respecto a su calidad de vida (CV) y funcionalidad familiar.

Método: Estudio observacional transversal realizado en Atención Primaria. Se incluyeron 41 cuidadores (21 mujeres) que prestaban cuidado a sus cónyuges y estaban incluidos en el Programa de Atención Domiciliaria. Se valoraron características sociodemográficas, CV (Test Ruiz-Baca) y función familiar (APGAR familiar).

Resultados: El 73,2% de los cuidadores tomaron por decisión propia la iniciativa de cuidar al cónyuge; el 24,4% lo hizo porque era la única persona que podía hacerlo. La motivación fue por obligación (17,1%), cariño (24,4%) y ambos (58,5%). Cuidar al cónyuge les proporciona un sentido en la vida al 65,9%. No se encontraron diferencias significativas en estos grupos entre familias funcionales y disfuncionales ni entre varones o mujeres. Habían presentado más úlceras en el último año entre las familias disfuncionales y las que no conversan sobre los problemas que tienen en casa (p < 0,05), aunque no habían requerido más ingresos hospitalarios ni internamientos en residencia. Recibían ayuda de un cuidador formal el 60% de las familias disfuncionales y solo el 30,8% de las disfuncionales (NS). Las cuidadoras estaban más satisfechas que los varones con la ayuda que reciben de su familia (63,6/ 31,6%) y con el tiempo que pasan juntos con su familia (68,8/36,8%) (P = 0,05). Sólo en dos items del cuestionario sobre CV se encontraron diferencias significativas entre sexos: se sienten más inquietos o angustiados los varones (p = 0,03) y desearían tener relaciones sexuales más satisfactorias las mujeres (p = 0,03). También se sienten más inquietos o angustiados los cuidadores de mayor edad que el cónyuge (p < 0,017). Las familias que se clasificaron como funcionales obtuvieron puntuaciones más positivas también en todas las áreas evaluadas de CV.

Conclusión: Aunque globalmente no presentan diferencias significativas en funcionalidad familiar y CV entre los varones y mujeres que cuidan a sus cónyuges, hay importantes aspectos que los diferencia, lo que ha de ser considerado al planificar intervenciones en este subgrupo de cuidadores.

P139. IMPACTO DE UN DEPARTAMENTO COMERCIAL EN LA APERTURA DE UN CENTRO SOCIOSANITARIO PRIVADO

B.A. Maújo Iglesias, A. Martín Muñoz, E. Marugán Gila y M. Elvira
Residencial para Mayores El Jardín de Segovia; GERIDEN; SERCADE. Oviedo.

Introducción: La competencia en el mercado residencial, los nuevos recursos públicos subvencionados y la coyuntura económico-demográfica de la zona de influencia directa -Segovia- son factores que lastran el éxito comercial en la apertura de un nuevo centro sociosanitario. La hipótesis de trabajo es que una intensa actividad comercial de captación de clientes, pese al coste que supone, es un factor clave de éxito para la viabilidad del proyecto.

Objetivos: Determinar el impacto que, en el proceso de carga de un centro sociosanitario privado en Segovia, tiene la decisión del equipo directivo de crear un Departamento Comercial específico, con la misión de lanzamiento y aceleración de la curva de llenado.

Método: Creación del Departamento Comercial, con perfil de atención al cliente, a cargo de profesionales provenientes del sector inmobiliario, con apoyo administrativo. Se proporciona formación específica en gerontología y dependencia (200 horas). Se elabora un Protocolo de actuación del Departamento, con un plan de estrategias, objetivos e incentivos. Implicación de todo el personal en una estrategia de Full Marketing. Apoyo de un software de gestión comercial implantado en el sector. Recogida en cuestionario y tratamiento de 285 contactos en los seis primeros meses de apertura.

Resultados: Se distribuye el universo de los contactos por edad, sexo, procedencia, nivel de dependencia, forma de conocimiento del Residencial, éxito del ingreso y motivo del no ingreso, entre otros. En seis meses desde la apertura, el porcentaje de ocupación efectiva del Residencial es casi del 50% (61 sobre 130 plazas, 1ª fase); se han producido 124 ingresos (44% de los contactos) y la curva de llenado se acorta de forma considerable.

Conclusiones: La apuesta de crear un Departamento Comercial específico en el centro, dotado de los apoyos precisos, pese al coste económico que conlleva, se revela como un instrumento idóneo para conseguir el éxito en la curva de llenado y alcanzar porcentajes de ocupación por encima de la media del sector. Destaca el elevado porcentaje de éxito –ingresos efectivos– principalmente dependientes I y II, sobre la totalidad de contactos. La fuerte penetración comercial en centros sanitarios y la prescripción directa de los propios clientes, junto a la actividad en radio, son factores de éxito para la estrategia comercial.

P140. APLICACIÓN DEL MÉTODO MONTESSORI POR FAMILIARES DE RESIDENTES CON DETERIORO COGNITIVO GRAVE: NUEVOS ENFOQUES EN LAS ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN NO FARMACOLÓGICA

I. Ancizu³, F. Oliva Troncoso¹, V. Martínez Catón⁴, C. Galo Ibáñez⁶, M. Fernández Gómez⁵ y C. Jiménez Blázquez²

¹Centro SAR Santa Justa. Sevilla. ²Centro SAR Isdabe. Barcelona.

³Fundación SAR. Barcelona. ⁴Centro SAR Fontibre. Zaragoza. ⁵Centro SAR Monte Jara Tharsis. Huelva. ⁶Centro SAR Monte Alto. Jerez de la Frontera. Cádiz.

Objetivos: Analizar la eficacia de una intervención personalizada basada en el método Montessori por parte de guías de residentes con demencia en fase avanzada mediante parámetros emocionales, cognitivos e instrumentales. Entre otros objetivos secundarios, proporcionar a los participantes en el programa herramientas para mejorar su interacción con mayores con demencia, disminuyendo su percepción de carga.

Método: Estudio multicéntrico (11 centros residenciales) con triangulación de métodos: metodología descriptiva cuantitativa y enfoque cualitativo exploratorio. La muestra está formada por 83 díadas de residentes con deterioro cognitivo severo (MMSE < 13) y sus familiares o cuidadores formales. La edad media de la muestra de residentes es de 76 años y el 60% de ellos tiene un MMSE menor de 8. *Estrategia cuantitativa:* residentes: pre y post: CDR de Huges, NPI-Q y Barthel; familiares: pre y post: Escala Ansiedad-Depresión de Goldberg; Índice de Estrés del cuidador; Cuestionario sobre Calidad de Vida. Satisfacción y placer. Q-LES-Q; Escala de Satisfacción con el Cuidado. *Estrategia cualitativa:* observación de campo (directa, no participante y estructurada) y entrevistas semi-estructuradas en profundidad a los guías mediante un guión que permite obtener información en distintas áreas de interés.

Resultados: Los resultados preliminares de la investigación en curso muestran un alto grado de satisfacción en la realización de las sesio-

nes programadas por parte de usuarios y familiares que permite predecir una mejora de las medidas de estrés y satisfacción con el cuidado, así como una disminución de las conductas disruptivas de los residentes. La observación de campo refleja un aumento de la capacidad de los guías para dirigir las sesiones con una presencia progresiva de los aspectos emocionales en la interacción junto a los puramente instrumentales y procedimentales.

Conclusiones: La intervención no farmacológica tiene un enorme potencial a la hora de integrar a los familiares y otros cuidadores informales en las dinámicas de cuidado de centros residenciales cuando el deterioro cognitivo de los residentes es severo y no se disponen de estrategias para mantener un contacto positivo y beneficioso para ambos.

P141. PREDICCIÓN DEL POTENCIAL DE APRENDIZAJE EN UNA MUESTRA DE PERSONAS MAYORES

M.F. González Pérez, C. Buiza Bueno, D. Facal Mayo, U. Díaz Orueta, E. Urdaneta Artola y J. Yanguas Lezaun

Fundación Instituto Gerontológico Matia-INGEMA. San Sebastián.

Objetivos: El Potencial de Aprendizaje se relaciona con la plasticidad cognitiva y se define como la amplitud con la que una persona puede mejorar su rendimiento en una tarea, tras ser entrenada en las operaciones de resolución de dicha tarea. El objetivo de este trabajo es conocer las variables cognitivas que pueden predecir el potencial de aprendizaje en una muestra de personas mayores con un envejecimiento cognitivo normal.

Método: La muestra estuvo formada por 174 sujetos sin deterioro cognitivo. Su rango de edad osciló entre 55 y 88 años, siendo el 79% mujeres y el 21% hombres. La evaluación neuropsicológica incluía los tests de dígitos directos e inversos de la Weschler Memory Scale-Revised (WMS-R); test de aprendizaje auditivo verbal de Rey (AVLT); fluidez fonética (FAS); subtests de caras, cubos y semejanzas de la Weschler Adult Intelligence Scale (WAIS-III). El potencial de aprendizaje se midió como una substracción entre la serie 5 y la serie 1 del AVLT, es decir entre el número de palabras que recordaba tras presentarle la lista por quinta vez menos el número de ellas que había recordado la primera vez.

Resultados: El método estadístico realizado fue una regresión paso a paso, en la que la variable dependiente fue el potencial de aprendizaje. La única medida que entró en el modelo fue el porcentaje de retención visual ($p = 0,003$) de la subescala de reconocimiento de caras del WMS-R. El valor de R fue 0,227 y el de R² fue 0,051.

Conclusiones: La única variable que predice el potencial de aprendizaje verbal-auditivo ha sido la retención visual. En personas mayores con un envejecimiento normal, la capacidad de aprendizaje de palabras no se relaciona con el rendimiento en tareas de funcionamiento ejecutivo general como las recogidas en el presente estudio.

“Este proyecto ha sido parcialmente financiado por el Departamento de Industria, Comercio y Turismo del Gobierno Vasco bajo el programa SAIOTEK 2008 (código de referencia: S-PE08MT01)”

P142. EFECTO DEL TRATAMIENTO GRUPAL NO FARMACOLÓGICO DURANTE 12 MESES EN PACIENTES CON PROBABLE ENFERMEDAD DE ALZHEIMER

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

Objetivos: Establecer la eficacia del tratamiento no farmacológico grupal (estimulación cognitiva) en pacientes con Enfermedad de Alzheimer en estadio evolutivo leve.

Método: Estudio prospectivo. Se incluyeron 10 paciente con demencia tipo Alzheimer (EA) según criterios NINCDS-ADRDA. Se recogie-

ron datos demográficos (edad, sexo y nivel educativo), estadiaje de la enfermedad (GDS de Reisberg), valoraciones neuropsicológicas (incluyendo orientación, atención, lenguaje, memoria y praxias), variables funcionales (KATZ y Lawton), valoración conductual (NPI) y percepción de cambio en los cuidadores mediante entrevista semi-estructurada. La estimulación cognitiva se recibe en un grupo homogéneo, durante tres horas semanales distribuidas en dos días. Se incluyen 3 evaluaciones: 6 meses previos al inicio del tratamiento no farmacológico, en el momento en el que se deriva al paciente al grupo de estimulación cognitiva y 6 meses después de comenzar en el grupo. Análisis estadístico con SPSS 14.0.

Resultados: Se incluyeron 10 pacientes. Edad media: 76 (SD 7,1). Mujeres: 60%. Nivel educativo medio: 10 años. El 100% de los pacientes con GDS 4 en el momento de iniciar el tratamiento no farmacológico. Las variables que presentan beneficio en su evolución tras acudir dos veces por semana a la terapia cognitiva son: MMSE (de -0,5 a 2,4), Fluencia fonética (de -2,7 a 1,6) y Lawton (de -1,7 a 0,1). Resto de variables analizadas mantiene una progresión de cambio estable. Ninguna de las variables estudiadas presentó significación.

Conclusiones: 1. El tratamiento no farmacológico en enfermos con demencia tipo Alzheimer favorece una mayor funcionalidad en el paciente. 2. El tratamiento no farmacológico grupal para pacientes con EA tiene efectos positivos en el rendimiento de los pacientes en test de evaluación global como el MMSE y, también en tests de fluidez verbal. 3. Acudir a los grupos de estimulación mejora la socialización en los pacientes, mejorando la interacción social. 4. Los cuidadores de pacientes con EA refieren beneficios en funcionalidad y estado de ánimo de los pacientes cuando acuden regularmente a grupos de estimulación cognitiva homogéneos.

P143. INTERVENCIÓN SOCIAL DE PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS EN UN SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIO

A. Martín Martín, P. Serran Cuesta, C. Fernández Alonso, M.E. Fuentes Ferrer y C. Gutiérrez de los Ríos
Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

Objetivo: Analizar el perfil de los pacientes > de 75 años atendidos en el servicio de Urgencias (SU) del Hospital Clínico San Carlos (HCSC) desde la Unidad de Trabajo Social (UTS).

Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de todos los pacientes > de 75 años valorados en el SU del HCSC por la UTS durante 2008. Se analizaron los datos recogidos en la aplicación Social del programa "HpGis" del HCSC.

Resultados: 627 intervenciones (48% del total). Edad media 84,07 (DE 5,59) años. 447 (71,3%) hombres. 180 (28,7%) mujeres. Referido a UTS por: 449 (71,6%) médico, 81 (12,9%) familiar, 34 (5,4%) por trabajadora social, 31 (4,9%) enfermería, 7 (1,1%) paciente y 23 (3,7%) otros. Áreas de Intervención: 345 (55,0%) en área observación, 102 (16,3%) en agudos, 82 (13,1%) en Unidad de Corta Estancia y 44 (7,0%) en unidad de primera asistencia. 41 (6,5%) Traumatología, 12 (1,9%) Psiquiatría y 1 (0,2%) Ginecología. Se intervino en 32 tipos de demandas de 95 posibles. Agrupadas: 182 (29,0%) Coordinaciones (con otras instituciones y a distintos niveles del ámbito sanitario), 170 (28,9%) residencia, 115 (18,4%) ayuda a domicilio, 41 (6,5%) trámites intra-extrahospitalarios, 21 (3,3%) teleasistencia, 24 (3,9%) aspectos legales, 18 (5,6%) centro de día, 19 (3,0%) información general recursos, 16 (2,5%) traslados de hospital, 15 (2,4%) Valoración social, 4 (0,6%) apoyo social y 2 (0,4%) Rehabilitación. 351 (56,0%) demandas realizadas. Tipo de vivienda (N = 627): normal 625 (99,6%), 1 (0,2%) en residencia y otro en pensión. 360 (57,4%) con familiar, conviviendo con el paciente 199 (31,7%) con edad 72,05 (DE 14,23). Situación laboral (N = 589): 552 (93,7%) cobra pensión, 26 (4,4%) labores del hogar y 11 (1,9%) otros. Recursos económicos (N = 528): 23 (3,7%) sin ingresos, 141 (22,6%) < 500 euros, 252 (40,2%) entre 500-1.000 euros, 112 (17,9%) > 1.000 euros/mes. 103 informes realizados, 84 remitidos a servicios sociales.

Conclusiones: En nuestro estudio se perfila paciente mayor, pensionista con ingresos medios, que vive solo o familiar mayor y necesita apoyo social.

P144. INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL: UN NUEVO ENFOQUE

A. Zulaica, C. Domínguez, C. Hernández, G. Mondragón, M. Fernandino y E. Abad
Centro Rezola Grupo Matia. San Sebastián.

Objetivo: Revisar los programas de intervención psicosocial que hasta ahora estaban implantados en Matia Fundazioa, desde un nuevo enfoque basado tanto en la valoración como en la intervención, para proceder a una reestructuración que delimite el campo de acción y nos permita realizar una mejor atención psicosocial a las personas usuarias de nuestros centros.

Método: Revisión bibliográfica sobre intervención psicosocial y rehabilitación cognitiva en demencias publicada durante los dos últimos años, revisión por parte del equipo psicosocial de todos los 20 programas de intervención implantados hasta ahora en los centros, delimitación de los programas que son competencia del equipo psicosocial, readecuación de dichos programas al perfil de los usuarios, aprobación por parte de los equipos de proceso correspondientes para su posterior implantación.

Resultados: Acuerdo al Modelo de atención e intervención en el que se enmarcan los programas de intervención psicosocial, los programas establecidos han sido los 16 programas siguientes: Intervención en funciones cognitivas y sistema de clasificación y estadiaje (estimulación en funciones cognitivas, entrenamiento en memoria, orientación en la realidad, estimulación sensorial, programa Montessori para deterioro cognitivo grave, buenos días, lecto escritura, aula de cultura), Intervención en trastornos del estado de ánimo y ansiedad (apoyo emocional, relajación), manualidades, identificación de riesgos y manejo de trastornos de comportamiento, animálterapia, musicoterapia, atención e intervención psicológica, pautas de comunicación con personas mayores.

Conclusión: El área psicosocial en Matia Fundazioa ha sufrido una evolución importante en los últimos años, a partir de la implantación del nuevo modelo de Atención e Intervención Psicosocial y está revisión y actualización de la metodología de trabajo aporta profesionalidad y rigor a la intervención, mejorando así la atención que reciben los usuarios y por lo tanto su calidad de vida.

P145. EVOLUCIÓN DEL USO DE SUJECIONES FÍSICAS EN USUARIOS INGRESADOS EN RESIDENCIAS PÚBLICAS DE LA COMUNIDAD DE MADRID

C.M. Galán Cabello, D. Trinidad Trinidad, P. Ramos Cordero, J.P. Gómez Fernández, A. Onrubia Pecharroman, E. López Andrés y H. Hernández Ovejero
Servicio Regional de Bienestar Social de la Comunidad de Madrid. Madrid.

Objetivo: Conocer la evolución de la prevalencia de uso de dispositivos de sujeción física en residencias públicas de mayores, para evaluar la implantación del Protocolo de Prevención y Uso de Sujeciones Físicas dirigido a reducir su uso y a su manejo racional.

Sujetos y métodos: Se han incluido en este estudio todos los usuarios valorados de las 25 residencias públicas de gestión directa de la Comunidad de Madrid. Se analizan datos sobre el uso de sujeciones físicas en tres fechas (mayo 2007, mayo 2008 y marzo 2009) a través del Sistema de Información Sociosanitario CFR (Clasificación Funcional de Residentes). También se obtienen datos demográficos, sobre la frecuencia de su uso (diario o no), el tipo de dispositivo, grado de dependencia funcional para las actividades de la vida diaria (AVD) y el grado de deterioro cognitivo. Se incluye la medida de doble baran-

dilla en el estudio, considerándola medida de sujeción, porque así lo establece el protocolo citado, en oposición a otros estudios publicados sobre el tema que no las incluyen.

Resultados: La media de ocupación en todos los centros en los tres cortes es de 5.404 usuarios. Los usuarios sometidos a sujeciones pasaron de 1.111 en 2007 a 1.084 en 2008 y a 1.095 en 2009. La prevalencia media del periodo fue del 20,3%, evolucionando desde el 20,78% en el año 2007 al 19,82% en 2008 y al 20,29% en el año 2009. El porcentaje de uso de doble barandillas paso del 63,38% del total de medidas de sujeción en el 2007 al 63,07% en 2008 y al 62,07% en el 2009; la restricción de tronco supuso el 17,7% del total de medidas en el 2007 al 18,53% en el 2008 y al 21,95% en 2009, la restricción de miembros bajo del 3% en 2007 al 2,7% en 2008 y al 1,74% en 2009 y sillas de sujeción paso del 15,9% al 15,7% en 2008 y al 14,24% en 2009. El 75,5% de los usuarios con sujeción la uso a diario en 2007 pasando al 79,6% en 2008 y al 83,47% en 2009. En cuanto al patrón cognitivo de los usuarios con sujeción, los usuarios sin deterioro cognitivo pasan del 12,69% en 2007 al 9% en 2008 y al 6,4% en 2009. En 2007 el 8,3% de los usuarios con sujeción eran autónomos para las AVD, pasando al 7,8% en 2008 y al 6,1% en el 2009.

Conclusiones: Los resultados permiten obtener una aproximación a la evolución del uso de sujeciones físicas en residencias tras la implantación del Protocolo de Prevención y Uso de Sujeciones Físicas. La prevalencia es similar a la obtenida en otros estudios e incluso inferior a otras publicadas, a pesar de incluir las barandillas dobles que son el dispositivo de sujeción más empleado. No se observa una reducción en el número de usuarios que están sometidos a sujeción física, pero si en cuanto al perfil cognitivo y de dependencia funcional de los usuarios que se observa una disminución de los niveles más bajos cumpliendo uno de los objetivos del protocolo citado.

PI46. EXPERIENCIA CON SISTEMA DE ESTIMULACIÓN CEREBRAL SMARTBRAIN EN CENTROS DEPENDIENTES DEL SERVICIO REGIONAL DE BIENESTAR SOCIAL

H. Hernández Ovejero, F.J. Saz-Orozco Cañedo-Argüelles, D. Aramendia Luna, A.M. Mosquera Pizarro, P. Ramos Cordero y D. Trinidad Trinidad
Servicio Regional de Bienestar Social de la Comunidad de Madrid. Madrid.

Introducción: Smartbrain es un sistema interactivo para la estimulación y el desarrollo de las capacidades cognitivas de las personas adultas, que se utiliza con el soporte de un ordenador.

Objetivos: 1. Valorar el empleo de herramientas informáticas de estimulación cognitiva en una población de usuarios mayores institucionalizados. 2. Cuantificar la mejoría de la capacidad cognitiva de los usuarios participantes en la experiencia. 3. Comprobar si el uso de sistemas interactivos optimiza las posibilidades de trabajo de los terapeutas ocupacionales en el seno del Servicio Regional de Bienestar Social.

Métodos: La experiencia se desarrolló en el segundo trimestre del año 2008 en 2 Residencias de Mayores "La Paz" y "Getafe" y en el Centro de Día "Villaviciosa de Odón", integrado en la Residencia de Mayores "Villaviciosa de Odón", todos ellos centros adscritos al Servicio Regional de Bienestar Social de la Comunidad de Madrid. Se seleccionaron mediante el instrumento CFR (Clasificación Funcional del Residente) los individuos con deterioro cognitivo leve, intacto-límite y sin deterioro cognitivo, institucionalizados en los centros descritos, que constituyen el grupo poblacional con mayores posibilidades de beneficiarse de una herramienta de estimulación cognitiva. Del total de usuarios seleccionados con CFR, los terapeutas ocupacionales incluyeron en el programa aquellos que por sus características personales pudieron ser más participativos y alcanzar

un mayor grado de mejoría. A cada uno de ellos se le practicó un mini mental antes de empezar a trabajar con Smartbrain y otro a los 3 meses, momento en que terminó la experiencia. Durante esos 3 meses cada usuario completó al menos 2 sesiones semanales de trabajo, de 25 minutos de duración cada una de ellas.

Por otra parte, para evaluar el grado de satisfacción de los terapeutas ocupacionales con el programa se diseñó una encuesta breve de 5 preguntas con respuestas cerradas en catálogo de 5 opciones.

Resultados: 1. Un total de 24 residentes completaron la experiencia piloto. De ellos se objetivó una mejoría en sus puntuaciones en el 54,1% de los usuarios y no se registró ningún empeoramiento. 2. Respecto al grado de satisfacción de los profesionales todos hicieron una valoración general del programa "muy buena", reflejando también su utilidad para el trabajo diario como "muy buena". La respuesta unánime para los apartados de grado de mejora de las capacidades cognitivas y grado de satisfacción de los usuarios con el programa fue de "bueno".

Conclusiones: 1. Smartbrain mantiene y mejora la capacidad cognitiva de las personas mayores institucionalizadas. 2. Smartbrain es una herramienta útil para los terapeutas ocupacionales, que optimiza sus tiempos de trabajo y dinamiza sus sesiones laborales. 3. Subjetivamente se aprecia que el uso de herramientas informáticas de estimulación cognitiva mejora la calidad de vida de las personas mayores al alcanzar mayor grado de autonomía, y la autopercepción de los usuarios al acercarse a los miembros más jóvenes de la comunidad mediante el manejo de nuevas tecnologías.

PI47. PERFIL COMPETENCIAL DEL DIRECTIVO EN EL SECTOR DE LA DEPENDENCIA

B.A. Maújo Iglesias¹, A. Prieto Alonso², C. Alonso Medina², F. Nistal² y M. Silvia²

¹Fundación San Pablo CEU Castilla y León. GERIDEN; SERCADE. Oviedo.
²Master en Gestión para la Dependencia. Fundación San Pablo CEU Castilla y León. Valladolid.

Objetivos: Determinar las competencias genéricas y específicas, y su valor, para el puesto de Directivo para la Dependencia, como técnica de mejora en un sistema de gestión de recursos humanos un entorno competitivo y cambiante.

Método: Jornadas temáticas y grupo de discusión con profesores, directivos y alumnos del Master. Todos vinculados profesionalmente con servicios o centros para la Dependencia en diferentes responsabilidades. Elaboración de listados de competencias genéricas y específicas (25 + 25) como factores de valor. Valoración de cada una por grado de importancia, conforme a la recomendación de ANECA. Selección de las 5 más relevantes de cada grupo. Análisis de resultados y redefinición del perfil profesional.

Resultados: Competencias genéricas: 1) Sentido de empresa, pertenencia, compromiso e identificación; 2) Capacidad de decisión e iniciativa de ejecución; 3) Dirección de equipos, capacidad de organizar y supervisar grupos; 4) Habilidad de comunicación, entusiasmar e ilusionar; 5) Autogestión, resistencia al estrés y control emocional. Competencias específicas: 1) Conocimiento de las responsabilidades propias; 2) Orientación comercial al cliente; 3) Capacidad de diseñar y optimizar los procesos de atención; 4) Capacidad para asegurar los principios de salud laboral; 5) Orientación a la calidad y la excelencia en los cuidados.

Conclusiones: 1. Destaca la relevancia de competencias sobre relaciones humanas: comunicar, motivar, entusiasmar, control del estrés y emocional. Al no existir grandes estructuras de mandos intermedios, la posición del Directivo está expuesta al flujo de relaciones con clientes, familiares y profesionales, requiriéndose una gran capacidad de comunicación, motivación y autocontrol para el desarrollo y equilibrio del proyecto. 2. En las competencias específicas se prioriza el conocimiento del sector y la orientación comercial, así como opti-

mizar la cadena de valor del servicio. 3. Destaca la importancia dada a las condiciones laborales del cliente interno: los recursos humanos. Alineadas con la satisfacción del cliente y la eficiencia, la empresa que aspire a la excelencia en los cuidados y a una calidad competitiva, debe dar valor y cuidar a sus profesionales.

P148. SATISFACCIÓN CON LA FORMA DE CONVIVENCIA Y SOLEDAD PERCIBIDA COMO INDICADORES DE CALIDAD DE VIDA ENTRE LOS ADULTOS MAYORES NO INSTITUCIONALIZADOS EN ESPAÑA¹

G. Fernández-Mayoralas¹, F. Rojo-Pérez¹, H. Puente-Bienvenido¹, M. Sánchez-Barrioluengo¹, M.J. Forjaz³ y P. Martínez-Martín²

¹Centro de Ciencias Humanas y Sociales. Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CCHS, CSIC). Madrid. ²Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III. Madrid. ³Escuela Nacional de Sanidad. Instituto de Salud Carlos III. Madrid.

Introducción y objetivo: Las redes familiar y social son dos de las dimensiones más citadas por las personas mayores en la definición de su Calidad de Vida (CdV)². El objetivo de esta investigación es valorar, en términos objetivos y subjetivos, la CdV relacionada con la forma de vivir, bajo la hipótesis de que las medidas subjetivas de *satisfacción con la forma de convivencia y soledad percibida*³ se asocian con la condición objetiva "forma de vivir" (solo/a o en compañía), así como con otras variables sociodemográficas.

Material y métodos: Se utiliza una encuesta presencial a una muestra de 1.106 individuos representativa de la población con 60 y más años que reside en vivienda familiar en España. La información se examina mediante tablas de contingencia y se aplica la técnica de modelo lineal general univariante.

Resultados: El 75% de los adultos mayores viven en compañía y un 70% de quienes viven solos son mujeres. En caso de necesitar ayuda, el 91% desearía seguir viviendo en su propia casa con atención y cuidados. La satisfacción con la vida correlaciona directamente con la satisfacción con la forma de convivencia ($r = 0,429$) e inversamente con la soledad percibida ($r = -0,310$). Ambas medidas subjetivas se asocian con la forma de vivir, pero otras condiciones sociodemográficas (sexo, edad, nivel de estudios, clase social) sólo explican diferencias significativas en la soledad percibida.

Conclusiones: Los resultados muestran que el soporte social, entendido como forma de convivencia y relaciones interpersonales, es requisito necesario para poder disfrutar de un sentimiento de bienestar y satisfacción con la vida⁴.

Bibliografía:

1. Investigación realizada por el Grupo de Calidad de Vida y Envejecimiento, y financiada por el MEC, Plan Nacional I+D+i, Ref. SEJ 2006-15122-C02-01 y SEJ 2006-15122-C02-02.
2. Fernández-Mayoralas, G et al. (2007). El significado de la salud en la Calidad de Vida de los mayores. Madrid, Portal Mayores, Informes Portal Mayores, nº 74, 67 p.
3. De Jong Gierveld, J. et al. (2006). "A 6-Item Scale for Overall, Emotional, and Social Loneliness Confirmatory Tests on Survey Data". *Research on Aging* (28):5, 582-598.
4. Lassey, W. R. et al. (2001). *Quality of Life for Older People. An International Perspective*. New Jersey, Prentice Hall, 482 p.

P149. MEMORIZANDO, PENSANDO Y RAZONANDO

R. García Alegre², J. Portuondo Jiménez¹, S. de Luis Álvarez², M. Larrinaga Llaguno², N. Larrinaga Llaguno² y M.C. Marcos Alor²
¹Hospital de Cruces. Barakaldo. ²Hospital de Basurto. Bilbao.

Introducción: Euskadi, al igual que el conjunto de Europa, está conociendo un proceso de envejecimiento de su población, tanto por un descenso de la natalidad como por un aumento de la esperanza de

vida de sus habitantes. El aumento de la esperanza de vida ha incrementado cuantitativamente el número de personas dependientes en nuestra sociedad, en nuestros hogares, siendo incluso, la enfermedad más común que podemos encontrar en la práctica médica. La enfermedad de Alzheimer, es la causa de demencia en alrededor del 50% de los casos. Por el grado de repercusión que tiene esta enfermedad en la sociedad, es necesario llevar a cabo los cuidados de enfermería necesarios, para que los pacientes de Alzheimer, sean el mayor tiempo posible autónomos en el autocuidado del día a día.

Objetivos: Dirigir los cuidados de enfermería en los pacientes de Alzheimer, con el objetivo de mantener las capacidades de memoria, de pensar y de razonar del individuo durante el máximo periodo de tiempo posible, individualizando y adaptando los cuidados en cada fase según las necesidades, para prevenir lo máximo posible la pérdida de memoria.

Material y métodos: Para llevar a cabo el objetivo de mantener al paciente de Alzheimer con la mayor capacidad comunicativa, estas son las estrategias a seguir: a) Orientación de la realidad: Se orienta en medida de lo posible al paciente en tiempo, espacio y contexto, para evitar que el paciente se desoriente. Por ello, creemos que el paciente debe permanecer en su residencia habitual para evitar así, la pérdida de orientación. b) Reminiscencia: Es una técnica de intervención cognitiva, que consiste en hacer recordar al paciente hechos de su pasado, con el fin de mantener la memoria reciente y remota. Para ello, se utilizarán fotos, canciones, cartas,...actuales, que harán que el paciente evoque aprendizajes antiguos, de los que narrara experiencias. c) Estimulación sensorial: Técnica que consiste en realizar una estimulación sensorial previa a las actividades a realizar, para que así el paciente asimile los objetos a acciones a realizar. d) Validación: Consiste en reconocer y validar los sentimientos de la persona en el espacio y tiempo reales para esta, con independencia de la realidad del profesional que interviene.

Resultados: El enfermo de Alzheimer mantiene durante el máximo tiempo posible las capacidades de memoria, de pensar y de razonar; es decir, debemos de estimular al paciente en cada momento porque de lo contrario su tendencia será la inactividad, postración,...

Conclusiones: Conseguir a través de los cuidados de enfermería, que los pacientes diagnosticados de Alzheimer, consigan mantener las capacidades de memoria, de pensar y de razonar el mayor tiempo posible, para así favorecer el autocuidado, y lograr ser autosuficientes al máximo tiempo posible beneficiándose ellos mismo como sus cuidadores.

P150. INICIACIÓN A LAS NUEVAS TECNOLOGÍAS EN LA 3ª EDAD

A.M. Bonilla Saborido
Centro SAR Santa Justa. Sevilla.

Introducción: Este programa trata de acercar a las personas mayores residentes de SAR Santa Justa el mundo de las nuevas tecnologías, en concreto el conocimiento y el manejo básico del teléfono móvil y el acceso a Internet. A través de él queremos que los mayores puedan adquirir un conocimiento y manejo básico que les pueda ser útil para mantenerse comunicados en cualquier momento con sus seres queridos, familiares, amigos o con personas mayores que se encuentren en otras residencias. EL taller está dirigido a personas mayores que quieran aprender a usar el ordenador y el móvil como herramienta para facilitarles la comunicación, el ocio, entretenimiento y aprendizaje.

Metodología: La metodología de trabajo del Taller será eminentemente práctica y personalizada. Los grupos serán organizados de diferente manera para cada taller. En el Taller de Móvil los grupos serán de dos personas y en el Taller de Ordenador los grupos podrán llegar a ser de tres personas mezclándose diferentes niveles de aprendizajes. En ambos talleres se realiza un manual para que ellos mismos lleguen a ser independientes a la hora de usar el móvil y el

ordenador sin tener que depender de la ayuda de la monitora. Finalmente para terminar el taller se realizara una evaluación donde los usuarios una vez hayan terminado el taller por haber aprendido el manejo básico o el uso que demande el usuario tanto del móvil como del ordenador, transcurrido un tiempo prudencial, se volverá a citar al usuario para hacer una prueba recordatorio para probar lo aprendido anteriormente. Y de esta manera asegurar que lo aprendido no caiga en el olvido o en el desuso.

Objetivos: 1. Familiarizar a las Personas Mayores con las nuevas Tecnologías. 2. Fomentar la autonomía de las actividades de la vida diaria instrumentales. 3. Mantener informados a las personas mayores de lo que ocurre en su sociedad y actualizados en ella. 4. Ofrecer una nueva forma de ocio a las personas mayores. 5. Interaccionar con otras personas y comunicarse con personas que se encuentren a distancia como familiares o amigos. 6. Aprender el manejo básico del teléfono móvil y el Ordenador. 7. Conocer las diferentes partes del ordenador y el teléfono móvil y su utilidad. 8. Saber como leer y enviar un mensaje de texto y un mensaje recibido por correo electrónico. 9. Poder ver las llamadas perdidas o no atendidas. 10. Buscar en Internet temas que les puedan interesar. 11. Visitar museos y viajar de manera virtual a través de Internet. 12. Conocer diferentes páginas de juegos, revistas, Chat, crucigramas etc....

Resultados: Los resultados obtenidos son muchos con la realización de este taller conseguimos que las personas mayores encuentren así; una nueva forma de ocio, que consigan tener una mayor cobertura cultural y una mejor comunicación con su entorno y algo que es muy importante el conseguir que ellos mismo utilicen las nuevas tecnologías con autonomía sin depender de nadie para disfrutar de todo lo que estas nos aportan hoy en día.

P151. SOBRECARGA DEL CUIDADOR PRINCIPAL DE LOS USUARIOS ATENDIDOS EN UNA UED

F.J. Oliva Troncoso, M. Pérez Verdugo y C. Rodríguez Domínguez
Centro SAR Santa Justa. Sevilla.

Introducción: ¿Qué es una UED? Se define como un servicio sociosanitario y de apoyo familiar que ofrece durante el día atención a las necesidades personales básicas, terapéuticas y socio-culturales de personas mayores afectadas por diferentes grados de dependencia, promoviendo su autonomía y la permanencia en su entorno habitual. Derivados de esa definición se presuponen los siguientes principios, principios que suponían la base de nuestro estudio: a) Una UED mejora las condiciones de vida, autonomía, movilidad e integración de los usuario/as; b) Evita o disminuye las consecuencias y secuelas de la enfermedad; c) Retrasa la institucionalización; d) Descarga al cuidador aliviando situaciones de sobrecarga y estrés; e) Favorece la conciliación de la vida familiar y laboral de los cuidadores.

Objetivos: 1. Comprender cómo funciona la interacción del complejo usuario-cuidador. 2. Conocer la importancia del cuidador en todo el proceso de rehabilitación. 3. Descubrir la manera en la que los cuidados influyen en la sobrecarga y la calidad de vida de los cuidadores.

Método: Se hizo uso de la Escala de sobrecarga del cuidador de ZARIT (22 items: 21 miden sobrecarga y 1 mide percepción global de la carga). Respondieron a la misma familiares de usuarios de una UED.

Resultados: Derivados de este estudio se obtuvieron una serie de resultados, en un principio, en contradicción con lo esperado. Así, los familiares entrevistados manifestaban: a) Un sentimiento de imposibilidad de desarrollar una vida plena y de ejercer el control sobre la misma; b) Un deseo de poder contar con personas y/o recursos que alivien la carga de los cuidados a su familiar; c) Un desvanecimiento progresivo y con repercusiones sobre la salud. En datos reales, señalar que un 85,8% de los familiares entrevistados se ha sentido, en general, muy sobrecargado por tener que cuidar de su familiar.

Los datos obtenidos en nuestro estudio abren un amplio interrogante: ¿Qué hacer cuando esa demanda persiste a pesar de los servicios prestados desde la UED? Derivadas de la anterior: ¿Se hace necesario una evolución del concepto tradicional de las UED? ¿Se torna el ingreso del mayor en un centro residencial la única respuesta eficaz a estas demandas?

P152. VALORACIÓN DE SOLICITUDES Y PACIENTES INGRESADOS EN LOS AÑOS 2007 Y 2008 EN IBIZA

B. Roig Roselló¹, M. Llull Sarralde¹, J. Marí Marí², F. Mayans Ferrando³, M.J. Marí Figuerola² y V. Rivero Moreno-Ortiz²

¹Fundació per a la Atenció i Suport a les persones amb Dependència de les Illes Balears. ²Consell Insular d'Eivissa. Ibiza.

³Hospital de Ca'n Misses. Ibiza.

Introducción: La apertura de nuevos centros en la isla de Ibiza, así como la promulgación a nivel estatal de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas con Dependencia, la utilización de los baremos para la valoración de las personas en situación de dependencia y los despliegues que han de producirse, han sido en parte la base de este trabajo presentado tipo Póster.

Objetivos: Por un lado la valoración de la situación de dependencia y la regulación del procedimiento de los diferentes recursos asistenciales: buscando el recurso más idóneo en nuestras islas. Por otro lado, clasificando los usuarios según su procedencia (Hospital de agudos y/o otros centros): buscando una unidad de flujos con el hospital de agudos.

Métodos: Se han valorado todas las solicitudes de ingreso recibidas durante los años 2007 y 2008 a través del BVD (265 solicitudes durante el 2007 y 149 solicitudes durante el 2008). También se han valorado todas las personas ingresadas en residencia y/o sociosanitario a fin de adaptarlas a los parámetros de la dependencia. (203 solicitudes en 2008). Se han detallado los perfiles de los usuarios según patología predominante y procedencia (Hospital de agudos u otros centros de primaria: sanitario y/o social). Se ha hecho un análisis comparativo según BVD de 100 usuarios en centro sociosanitario de referencia (año 2007-2008). Según la procedencia de los usuarios (pacientes ingresados año 2007-2008 del hospital de agudos al centro sociosanitario de referencia) se han determinado los pacientes que siguen en recurso no adecuado (sociosanitario vs larga estancia)

Resultados y conclusiones: Se ha constatado que más de un 85% de las personas que solicitan y/o están ingresadas en centros residenciales o sociosanitario son grandes dependientes. El BVD se puede considerar un elemento más en la valoración geriátrica. El BVD puede considerarse un elemento útil aplicable a personas afectas de patología invalidante independientemente de la edad. El BVD no es un instrumento útil para determinar el recurso idóneo. No consigue definir plazo de asistencia: sociosanitario, media estancia respecto a la larga estancia.

P153. DEMENCIA POR CUERPOS DE LEWY EN PACIENTES MAYORES DE 80 AÑOS

F. Soria Perdomo, J. Velasco García Cuevas, R. Yubero Pancorbo, L. Donis Barber, P. Gil Gregorio y J.M. Ribera Casado
Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

Objetivo: Investigar las características de los pacientes con demencia por cuerpos de Lewy seguidos por una Unidad de Memoria desde febrero de 2006 hasta la actualidad.

Materiales y métodos: Estudio descriptivo longitudinal de pacientes con diagnóstico de demencia por Cuerpos de Lewy acorde a los criterios propuestos por McKeith IG.

Resultados: Se incluyeron 6 pacientes seguidos en la Unidad de memoria del Servicio de Geriátrica del hospital Clínico San Carlos; el

66,7% del sexo masculino, 83,3% con edades entre 81 y 90 años y el resto (1 paciente) de 93 años; el índice de comorbilidad de Charlson promedio fué de 3,5 puntos. Con respecto a la situación funcional, el 100% tenían una índice de Katz igual o mayor de C, sólo 1 paciente realizaba algunas actividades instrumentales (Lawton: 4/8). La valoración cognitiva en la primera visita se caracterizaba por Minimal Scale Examination (MMSE) de 15,8 puntos en promedio, así como afectación de la fluencia fonética y semántica, praxias. El test de Neuropsychiatric inventory (NPI) presentaba promedio de 21,8 puntos. El tiempo promedio de seguimiento fue de 8 meses; 4 de 6 pacientes acudieron a una segunda visita de seguimiento (tiempo promedio 5,2 meses), objetivando empeoramiento acelerado del deterioro cognitivo y funcional con respecto a la primera visita (sólo un paciente presentaba MMSE de mas de 20 puntos y en otro paciente se realiza sólo valoración médica en vista del grave deterioro funcional), de esta misma forma se aprecia aumento de los síntomas neuropsiquiátricos con NPI de 23,5 puntos en promedio. Actualmente el 66,7% de los pacientes no continúan en el seguimiento debido a *exitus*.

Conclusiones: 1. En nuestra Unidad de Memoria se ha evidenciado baja prevalencia de Demencia por Cuerpos de Lewy, tomando en cuenta la edad avanzada de los pacientes atendidos, y la comorbilidad. 2. La mayoría de los pacientes seguidos fallecieron en un período máximo de 2 años desde que fueron vistos en la Unidad de memoria. 3. Es importante la aplicación de criterios diagnósticos con la finalidad de seguir a pacientes con demencias de menor prevalencia para realizar una mejor labor de asesoramiento y prevención de riesgos.

P154. INTERNET, GÉNERO Y PERSONAS MAYORES

L. Macías González, C. Orte Socias y C. Fernández Coll
Universitat de les Illes Balears. Palma de Mallorca.

Uno de los colectivos con mayor riesgo de tener dificultades para la adquisición y utilización habitual de las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC) es el de las personas mayores, y de forma más importante en las mujeres. El uso de las TIC implica una adaptación positiva a los cambios que se están produciendo en la sociedad. Hay que tener en cuenta que existe lo que se conoce como la brecha digital de género, según la cual las mujeres encuentran más dificultades de acceso que los hombres a la sociedad de la información. Los Programas Universitarios para Mayores (PUM) trabajan en ese sentido, posibilitando la igualdad de oportunidades, en lo referente al acceso a las TIC, de una manera lo más adecuada posible. Podemos considerar que los PUM son un buen instrumento para mejorar la formación, bienestar y calidad de vida de las personas mayores. Por ello, nos planteamos como objetivo conocer el uso que el alumnado de un programa universitario para mayores hace de las TIC, centrándonos en el presente trabajo en el uso que hacen de Internet. Para ello se elaboró un cuestionario que cumplimentaron 198 estudiantes (68 hombres y 130 mujeres) de entre 51 y 85 años (media de edad = 64,75). El presente trabajo pretende presentar que uso se hace de la red, con que frecuencia se utiliza Internet y que contenidos son los más buscados en la red, analizándolo desde la perspectiva de género, de esta modo podremos observar si existen diferencias de género significativas en el uso de Internet.



Sesión de Pósters

Viernes, 5 de junio

Área Clínica

Moderan:

Fernando Veiga Fernández (Lugo)

Francisco Sánchez del Corral Usaola (Madrid)

P155. ESTADO NUTRICIONAL EN MAYORES NO INSTITUCIONALIZADOS

G. Gutiérrez Aparicio² y A.M. Mattei Boni¹¹SAS. Granada. ²UGC Loja. SAS. Granada.

Objetivo: Valorar el estadio nutricional en mayores de 65 años en una UGC, determinando la existencia de malnutrición o de riesgo de malnutrición.

Material y método: Recogida de datos demográficos, valoración funcional, social y nutricional mediante el MNA. Parámetros bioquímicos, medición de pliegue tricípital y patología bucodental añadida. Posterior análisis estadístico.

Resultados: La población estudiada ha sido de 521 sujetos, el doble de mujeres que de hombres. La edad media ha sido cercana a los 70 años. La patologías asociadas más frecuentes son la HTA, hipercolesterolemia y Diabetes. La patología bucodental más frecuente ha resultado el edentulismo y las prótesis dentales. Algo más del 6% de la población estudiada presenta malnutrición y casi el 20% presenta riesgo de malnutrición. La albumina y la transferrina resultan los parámetros que encontramos alterados en el grupo de desnutridos.

Conclusiones: Algo más del 6% presentan desnutrición. En riesgo de malnutrición encontramos un 17% de los sujetos estudiados, resultando este el grupo que resultaría más beneficiado de una de una intervención precoz. Encontramos que valores bajos de IMC, peso, circunferencia de brazo y pliegue Tricípital se relacionan directamente con riesgo de malnutrición.

P156. PERFIL DEL PACIENTE QUE INGRESA EN UNA UNIDAD DE SUBAGUDOS

M.C. Sánchez, M. Arellano Pérez, M.A. Márquez Lorente, M. Pi-Figueras Valls, J. Gutiérrez Cebolleda y O. Sabartés Fortuny
Unidad de Subagudos de Geriatria. Hospital de la Esperanza. Hospital del Mar. Centro Forum del Hospital del Mar. Institut d'Atenció Geriàtrica i Sociosanitària (IAGS). Institut Municipal d'Assistència. Barcelona.

Objetivos: Conocer las características de los pacientes que ingresan en una unidad de subagudos.

Material y método: Análisis retrospectivo de los pacientes que ingresan en una unidad de subagudos, de forma consecutiva. Se describen edad, sexo, estancia media, capacidad funcional medida por el índice de Barthel (IB) y el índice de Lawton (IL), situación cognitiva medida por el test de Peiffer, comorbilidad medida por el índice de Charlson, presencia de síndromes geriátricos, objetivos y enfermedad que motiva el ingreso, situación funcional al alta y la mortalidad durante el ingreso y destino al alta.

Resultados: Se incluyeron 88 pacientes (46,6% mujeres y 53,4% hombres) con una edad media de 80,23 ± 9,91 años. La estancia media fue de 15,13 días. El IB previo al ingreso era de 70,61 ± 30,82, de los cuales el 28,4% presentaba Barthel 100, el 15% presentaban Barthel menor o igual de 20 puntos. El IL previo era 3,11 ± 3,23 y la puntuación del TP fue de 4,29 ± 3,31 errores. El I. de Charlson medio 3,03 ± 2,47. Presentaron un I de Charlson superior a 2 el 50% de los pacientes. Presencia de síndromes geriátricos previos: inmovilidad 14,8%, úlceras por presión 6,8%, incontinencia urinaria 53,4%, incontinencia fecal 33%, trastorno de la marcha 68,2%, caídas 14,9%, polifarmacia 72,7%, estreñimiento 29,5%, desnutrición 64,8%, depresión 35,2%, demencia 50%, síndrome confusional 2,3%, trastornos del sueño 37,5%. Aparición de nuevos síndromes geriátricos: inmovilidad 63,6%, úlceras por presión 15,9%, incontinencia urinaria 25,5%, incontinencia fecal 29,5%, trastorno de la marcha 6,8%, caídas 17,2%, polifarmacia 23,9%, estreñimiento 12,5%, desnutrición 18,2%, depresión 4,5%, demencia 4,5%, síndrome confusional 55,7% y trastornos del sueño 29,5%. Respecto a reingresos previos: el 50% no había realizado ningún ingreso, 20,5% un ingreso previo, 13,6% dos ingresos previos y entre 3-5 ingresos el 15,5%. La puntuación media de la escala Díaz Gijón fue de 8,65 ± 2,72. El 17% de los pacientes ingresaron con objetivo principalmente médico, 43,2% rehabilitador, y el 39,8% con ambos. Entre los diagnósticos principales que motivaron ingreso destacaron: 13,8% patología /fracturas óseas, 11,5% infecciones respiratorias, 10,3% trastornos hidroelectrolíticos. El 62,5% recibieron fisioterapia en planta y el 37,5% en sala de terapia de medicina física y rehabilitación. I de Barthel medio al alta: 55,73 ± 29,02.

La situación funcional previa y en el momento del ingreso se correlacionó con el retorno a domicilio ($p < 0,005$). Los destinos fueron: domicilio 61,4%, convalecencia 8%, residencia de urgencia 5,7%, larga estancia 3,4%, exitus 13%.

Conclusiones: 1. El perfil de paciente que ingresa en la unidad de subagudos es un anciano mayor frágil o con una enfermedad crónica evolucionada con deterioro funcional y reagudización, todavía con inestabilidad clínica moderada y con necesidad de tratamientos. 2. Son pacientes que necesitan iniciar rehabilitación y presentan elevada comorbilidad asociada.

P157. ESTUDIO DEL PATRÓN CIRCADIANO Y CONCORDANCIA ENTRE LA PRESIÓN ARTERIAL CLÍNICA Y LA MAPA EN PACIENTES GERIÁTRICOS DEL ÁREA SANITARIA DE TOLEDO

F. Madruga Galan, A.J. Blanco Orenes, J.L. Blázquez Carrasco, M.A. de la Torre Lanzas, M. Muñoz Velez y M.A. Valverde Vaquero
Hospital Geriátrico Virgen del Valle. Toledo.

Objetivo: Analizar el perfil circadiano así como el grado de concordancia entre la presión arterial clínica y la monitorización ambulatoria de la Presión Arterial (MAPA) en pacientes geriátricos atendidos en consultas en el Area sanitaria de Toledo.

Pacientes y métodos: Estudio transversal descriptivo que incluye pacientes mayores de 75 años reclutados en consultas externas de Geriatría en el Área sanitaria de Toledo e incluidos en el Proyecto MAPAPRES-CARDIORISC, se enviaron registros de MAPA y datos clínicos y analíticos al centro de datos. El período de inclusión de estos pacientes abarca desde Junio-04 hasta Febrero-09. El 98% de los MAPAS enviados cumplían los estándares de calidad para ser incluidos en el estudio. Se definió como patrón NO DIPPER cuando el valor medio en el período de descanso no alcanzaba como mínimo un descenso del 10% del valor medio de la PAS del período de actividad. El patrón RISER se definió según el criterio convencional de un promedio de PA nocturna mayor que la diurna.

Resultados: Se incluyeron 863 pacientes (59,4% mujeres, 40,6% varones), la edad media era de 84,3 años. Los motivos de la realización de la MAPA fueron: Estudio del patrón circadiano 48%, eficacia del tratamiento 37%, otros 15%. El 95% presentaban algún factor de riesgo asociado a la HTA. Los valores medios de PA fueron: PAS/PAD clínica aislada 143,43/77,70 mmHg. PAS/PAD 24 horas: 130,59/69,92 mmHg. PAS/PAD actividad: 130,98/71,10 mmHg. PAS/PAD descanso: 129,18/66,46 mmHg. Los patrones circadianos que presentaban estos pacientes eran: Riser: 43%, No Dipper: 40%. Dipper: 15%, Extreme Dipper: 1,9%. En el 18% de los casos se detecta buen control clínico y deficiente control por MAPA (HTA enmascarada) y en el 12% mal control clínico y buen control por MAPA (HTA de bata blanca)

Conclusiones: Los pacientes geriátricos presentan patrones no reductores (No Dipper y Riser) en la mayoría de los casos, que conlleven peor pronóstico. Asimismo, los valores obtenidos con la MAPA difieren sustancialmente de los obtenidos mediante la medición de la toma clínica aislada con un porcentaje importante de HTA enmascarada y de bata blanca. Por ambos motivos, la MAPA debería ser una herramienta cotidiana en el control de los ancianos hipertensos.

P158. GERIATRÍA SOBRE LA FRACTURA DE CADERA

E. Ridruejo Gutiérrez de la Cámara, M.C. Macias, A. Muñoz Pascual, F. Prado, M. Guerrero y M. Álvarez
Hospital General de Segovia. Segovia.

Introducción: La fractura de cadera es frecuente en ancianos, siendo la mayoría operados y destacando como complicación más frecuente el S. Confusional Agudo.

Objetivos: De los pacientes ingresados por fractura de cadera, analizamos antecedentes personales y complicaciones más frecuentes.

Métodos: Se han evaluado 64 pacientes ingresados en el servicio de traumatología por fractura de cadera del Hospital General de Segovia durante 4 meses. En cada paciente se estudió: sexo, edad, estancia media, visitas por el servicio de Geriatría, tipo de fractura y de cirugía, antecedentes personales, complicaciones, medicación, RHB, escalas de CRF y CRM.

Resultados: De los 64 pacientes estudiados, un 81% fueron mujeres. La media de edad fue de 85 años, con desviación estándar de 6,09. La estancia media de los pacientes fue de 12,9 días (D.S de 7,05), siendo visitados por el servicio de Geriatría una media de 9,16 veces (D.S.: 5,09). De los 64 pacientes, un 98% fueron operados, siendo la causa más frecuente la fractura pertrocantérea, seguida de la fractura sub-

capital. Entre los antecedentes personales, el 58% tenían HTA, el 37% eran diabéticos, un 36% tenía demencia, el 18% tenían F.A, el 15% depresión y el 12% dislipemia; el 31% estaban diagnosticados de osteoporosis, estando en tto con calcio y vitamina D el 11%. Entre los medicamentos consumidos antes del ingreso, destaca que el 58% tomaban sedantes, el 37% diuréticos, un 36% estaban antiagregados y un 22% anticoagulados. De los 64 pacientes, el 100% tuvieron anemia, precisando transfusión el 91%. Durante el ingreso hicieron el 43% síndrome confusional agudo, 34% entraron tuvieron ICC, el 16% ITU y el 9% tuvieron infección respiratoria.

Conclusiones: 1) De los 64 pacientes ingresados por fractura de cadera, el 81% fueron mujeres, siendo la media de edad de 85 años. 2) La estancia media estuvo en 12,9 días de ingreso, siendo la mayoría por fractura pertrocantérea. 3) El antecedente personal más frecuente fue HTA, seguido de DM. 4) El 31% estaban diagnosticados de osteoporosis, estando en tto con calcio y vit D el 11%. 5) Más de la mitad tomaban sedantes antes del ingreso. 6) Fueron operados el 98% de los pacientes. 7) La complicación más frecuente durante el ingreso fue S. Confusional Agudo. 8) De los 64 pacientes, el 91% precisaron transfusión.

P159. ABORDAJE TERAPÉUTICO DE BACTERIAS MULTIRRESISTENTES EN UN HOSPITAL SOCIO SANITARIO

P. Margalef Benaiges, T. Collado, M.J. Galiana Llasat, E. Martínez Almazán y C. Muñoz Romero
Hospital de La Santa Creu. Tortosa.

Objetivo: 1. Identificar la prevalencia de las diferentes bacterias identificadas, tipo de tratamiento y medidas de prevención empleadas. 2. Valorar diferencias entre bacterias en cuanto a uso de antibióticos, medidas de aislamiento y mortalidad.

Material y método: Estudio de una cohorte retrospectiva de pacientes colonizados/infectados por bacterias multiresistentes (BMR) durante el transcurso del pasado año 2008 a partir de la revisión de historias clínicas.

Uso de programa estadístico SSPS versión 12.0.

Resultados: Se identifican 48 BMR entre las cuales MRSA (*Staphylococcus aureus* meticilin-resistente) y *Pseudomonas aeruginosa* (17 casos cada uno), *Escherichia coli* productor de beta-lactamasas de espectro extendido (BLEE) (9 casos), *Acinetobacter baumannii* (3 casos) y *Klebsiella pneumoniae* productor de BLEE (2 casos). El MRSA se aisló mayormente en nariz (9 casos), periné y piel (8 casos cada uno); en 9 casos se consideró infección y se trató con antibiótico en 14; los antibióticos más usados fueron la mupirocina nasal y la clindamicina (en 9 y 4 casos respectivamente); se desaislaron 10 casos, el tiempo medio de aislamiento fue de 126,88 días y el de tratamiento antibiótico de 13,82 días; sólo 3 casos se aislaron en habitación individual y fueron éxitos el 35%. La *Pseudomonas* se aisló mayormente en orina (14 casos), en 12 casos se consideró infección y se trató con antibiótico en 14; los antibióticos más usados fueron la colistina intravesical y la ceftazidima (en 10 y 6 casos respectivamente); se desaislaron 8 casos, el tiempo medio de aislamiento fue de 132,18 días y el de tratamiento antibiótico de 23,47 días; sólo 1 caso se aisló en habitación individual y fue éxitus un 30%. *E. coli* se aisló mayormente en orina (6 casos); en 7 casos se consideró infección y se trató con antibiótico en 6; el antibiótico más usado fue la gentamicina (4 casos); se desaislaron 7 de los casos, el tiempo medio de aislamiento fue de 57,67 días y el de tratamiento antibiótico de 11,56 días; sólo 1 caso se aisló en habitación individual y fue éxitus el 44%. No se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas entre las diferentes BMR por lo que refiere a mortalidad, proceso de desaislamiento, días de aislamiento y días de tratamiento antibiótico. No obstante, se encontró una diferencia clínicamente significativa entre días de tratamiento antibiótico en *E. coli* + MRSA vs. el resto de BMR (T-test: 13,54 d ± 10,926 vs. 23,4 d ± 19,025; p = 0,051). También se observó una dife-

rencia importante entre los días de aislamiento en MRSA + Pseudomonas (129,53 días de media) vs. el resto de BMR (47,61 días).

Conclusión: 1. El MRSA y la Pseudomonas aeruginosa són las bacterias multiresistentes más frecuentemente aisladas en nuestro medio. 2. Se consideró infección y tratamiento antibiótico en la mayoría de los casos detectados (66,7% y 81% respectivamente). 3. Se consideró aislamiento en habitación doble en una amplia mayoría de los casos (90%). 4. No se obtuvieron diferencias en cuanto a mortalidad y medidas de desahucio. 5. MRSA y Pseudomonas són las BMR que precisan más tiempo de aislamiento; *E. coli* y MRSA precisaron menor tiempo de tratamiento antibiótico (diferencias no estadísticamente significativas).

P160. PREVALENCIA DE GRANDES DEPENDIENTES EN UNA RESIDENCIA ASISTIDA SEGÚN BAREMO DE VALORACIÓN QUE CONTEMPLA LA LEY DE LA DEPENDENCIA

R. Padilla, N. González, R. Tora y A. Altadill

Hospital Sta Creu. Tortosa. Tarragona.

Introducción: Nuestra residencia esta ubicada en el Hospital de la Santa Creu, en Tortosa. Cuenta con 105 camas; de ellas, 20 se encuentran en una zona de entorno seguro dedicada a paciente con demencia y trastornos de conducta cuyo objetivo es minimizar riesgos de fugas y autolesión. El ratio de personal de atención directa en una proporción personal/residente es de 0,39 y de atención indirecta de 0,13 (0,25 y 0,10 respectivamente son los estándares de nuestro medio). Las herramientas usadas en la práctica diaria para valorar la dependencia en nuestra unidad son el índice Barthel y el MEC, realizados por el personal del centro de manera periódica.

Objetivos: Estudio descriptivo de la población de nuestra residencia asistida, y valorar el grado de dependencia existente entre los residentes según el baremo que contempla la actual ley.

Material y método: Se valoró a todos los residentes con el Baremo de valoración de los grados y niveles de dependencia (BVD), (Según Real Decreto 504/2007). La valoración fue realizada por valoradores externos acreditados, pertenecientes al Servicio de Valoración de la Dependencia de les Terres de l'Ebre (SEVAD). Los datos obtenidos han sido tratados por 1 solo observador.

Resultados: De los 105 residentes ingresados y valorados, el 63,81% son mujeres y el 36,19% son hombres. El 43,8% de los residentes presentan un grado II de dependencia (39,13% hombres, 60,86% mujeres). El 54,28% del total de residentes valorados fueron considerados como grandes dependientes, con un grado III (35,08% hombres, 68,42% mujeres). Del total de residentes, un 44,76% presentaba algún grado de deterioro cognitivo y fueron evaluados con la herramienta específica que el Baremo contempla. De todos los residentes con deterioro cognitivo, un 51,06% fueron considerados grandes dependientes, con un grado III.

Conclusión: Los datos obtenidos demuestran que existe un porcentaje elevado de grandes dependientes en nuestro centro, con las necesidades de personal y recursos que esto implica. El BVD puede ser una herramienta válida y objetiva para conocer el perfil de residentes en diferentes residencias y adecuar los recursos humanos necesarios. Consideramos que la BVD podrá ayudar a establecer futuros estudios comparativos con otros centros residenciales.

P161. GERIATRÍA EN URGENCIAS. DESCRIPCIÓN DE LAS ALTAS GENERADAS POR UN EQUIPO INTERCONSULTOR DE ATENCIÓN DIRECTA

M. Bermúdez, M. Fernández Fernández, F. Suárez García

y J.J. Solano Jaurrieta

Hospital Monte Naranco. Oviedo.

Objetivo: Características de las altas de pacientes mayores generadas por un equipo de atención geriátrica en un área de urgencias.

Material y método: Estudio descriptivo de las personas mayores de 70 años que acudieron al Servicio de Urgencias del Hospital Central de Asturias, hospital de referencia de tercer nivel, por problemas no quirúrgicos. Dichos pacientes eran valorados en una primera instancia por el personal médico de urgencias quienes ante la existencia de criterios de ingreso hospitalario, realizaban una interconsulta al servicio de geriatría. Dicha interconsulta era atendida por dos geriatras con dedicación a tiempo completó al área de urgencias y que cubrían las mañanas y tardes de todos los días laborables. Se realizó una valoración geriátrica integral junto con un plan de diagnóstico y tratamiento valorando la necesidad o no de ingreso hospitalario. Se incluyeron todos los individuos que fueron valorados por la unidad de geriatría entre Julio de 2008 y Enero de 2009, ambos inclusive, y que fueron dados de alta por dicha unidad.

Resultados: La edad media de los pacientes (n: 125) fue de 84,4 (DT: 6,5). El 73% eran mujeres. El Barthel medio fue de 44,7 (DT: 37,9). Un 28% vivía en residencia y el 52% tenía deterioro cognitivo. La media de fármacos era de 7,03 (DT: 3,14). Los diagnósticos más frecuentes fueron por este orden: infección respiratoria (22,4%), infección urinaria (15,2%), insuficiencia cardiaca (12,8%), y caídas (12,8%). Los pacientes dados de alta corresponden en su mayoría al nivel 3 del sistema de clasificación Manchester que asigna un nivel de prioridad de atención a los pacientes que acuden a urgencias.

Conclusión: Los pacientes dados de alta son de una edad avanzada, con mal estado funcional y deterioro cognitivo y toman un número elevado de fármacos.

P162. A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO: ¿LO QUE SE DICE DEL IÓN OLVIDADO! MG²⁺: JUSTIFICACIÓN DEL USO PRECOZ DEL MAGNESIO INTRAVENOSO (I.V.) ¿ES BENEFICIOSO EN EL SÍNDROME CORONARIO AGUDO (SCA) Y SU APLICACIÓN EN EL MEDIO EXTRAHOSPITALARIO?

M. Pérez-Mendoza, J. Merlin, L.O. Gálvez, P. Mateos, P.J. Herrera

y E. Herranz

Objetivos: 1. Demostrar el uso, las aplicaciones y las ventajas en pacientes de alto riesgo portadores I.A.M de cualquier localización y tiempo, que no han sido fibrinolizados. 2. Demostrar el uso como tratamiento coadyuvante- aplicación en el paciente fibrinolizado con SCACEST en el medio prehospitalario. 3. Demostrar el manejo y técnica durante su administración. 4. Revisar la Farmacología, Principio activo, Farmacocinética, biodisponibilidad y uso clínico del SO₄Mg²⁺. **Método:** 1) Centro de base de datos del SUMMA 112. 2) Historia clínica en base papel, cumplimentada por personal sanitario del Servicio de Emergencia Extrahospitalaria del SUMMA 112. 3) Estudio observacional (otros casos clínicos atendidos por la UME 24 -Leganés-, revisión bibliográfica y retrospectiva del Magnesio (Mg) como cardioprotector en su administración precoz i.v.)

Resultados: En base a este caso clínico y otros cinco mas en los que se administró Sulfato de Magnesio, en pacientes con S.C.A., no se observaron efectos secundarios con la administración del mismo. Si bien ocasionalmente, hipotensión (en un caso NTG). La bibliografía revisada a propósito de este caso, nos dice que no existe más que estudio, en medicina prehospitalaria de ensayo clínico, donde el Magnesio se ha administrado, precozmente i.v. para ver su efecto neuroprotector en los T.C.E. (Bloqueo de receptores del NMDA y canales del Ca (Dickens et al 1992; Regan et al 1989). Todos los pacientes con un IAM o con elevadas sospechas tenerlo, se deben determinar los niveles séricos de Mg y si es inferior a 2mg/dl, se debe iniciar la terapia metabólica con Mg i.v. Esta probado que el Mg i.v., administrado precozmente disminuye el umbral para la aparición de arritmias malignas (Torsades de Pointes, TV sostenida, Monomórfica, refractarias, F.V, otras) en el S.C.A. El antídoto ante la intoxicación con SM es el Glutonato de Calcio, siendo el tratamiento muy efectivo cuando ocurre compromiso respiratorio (Chesley 1979).

Sánchez Delgado et al, hablan de la particular utilidad en las primeras horas del IAM incluso antes de la hospitalización y la trombólisis de la administración de SM, pues el soporte metabólico antiisquémico y antiarrítmico puede reducir la mortalidad excesiva del IAM aún con trombólisis (solución MAGIC).

Conclusiones: La aplicación clínica del Mg en el IAM permanece en controversia (Matsusaka et al.002). El ensayo LIMIT-2 (Leicester Intravenous Magnesium Trial 2) mostraron un importante beneficio sobre la supervivencia (reducción de la mortalidad del 24%, $p < 0,04$, Woods y Fletcher,1994), una menor incidencia del fallo cardíaco congestivo en las U.C.I.s y una mortalidad menor de causa cardíaca isquémica a los cuatro años con la administración precoz del Magnesio en el IAM. Quizás por eso es aconsejable la administración de Mg i.v en bolo (2 gr en 15 min.) seguido de una perfusión continua de 18 gr durante 24 horas, en pacientes que no sean candidatos a la terapia fibrinolítica. El estudio MAGIC-2 concluye, que la administración de Mg en pacientes con STEMI no tuvo ningún efecto a los 30 días sobre la mortalidad. No está indicada su administración rutinaria.

P163. EFECTOS DE UNA TERAPIA MECÁNICA EN LA MASA ÓSEA, MASA MUSCULAR Y VELOCIDAD DE LA MARCHA EN EL CASO DE LA OSTEOPOROSIS

N. Galdona Erquicia², I. Laskibar García², J. Larreta Azelain³, J.I. Alava Marquinez⁴, M. Díaz Curriel¹ y E. Urdaneta Artola²
¹Fundación Jiménez Díaz. Madrid. ²Fundación Ingema. San Sebastián.
³Osetech S.L. San Sebastián. ⁴Fundación Inasmet. San Sebastián.

Objetivo: Analizar los efectos que presenta en diferentes variables una terapia mecánica en la que se transmite una onda de choque compleja con el fin de regenerar la masa ósea en la osteoporosis.

Método: Se seleccionaron 194 personas con el fin de determinar su densidad de masa ósea. Tras aplicar los criterios de inclusión, la muestra se redujo a 125 sujetos de los cuales 78 participaron hasta la última fase de la investigación. La muestra final consistió en 78 personas de entre 57 y 86 años ($\#x = 71$ $S = 6,61$) bien con osteopenia, bien con osteoporosis de fémur o de columna. El grupo experimental (N = 64) participó en 150 sesiones de una terapia mecánica en la que se transmite una onda de choque compleja. Se realizaron 3 sesiones semanales con una duración de 30 minutos cada una. El grupo control (N = 40) continuó con el mismo estilo de vida. Se realizaron cinco mediciones de, entre otras, variables tales como Densidad de Masa Ósea, Circunferencia Media Muslo, pantorrilla, creatinina, calcio, peso, tensión sistólica y diastólica, equilibrio, marcha, etc.

Resultados: Los sujetos del grupo experimental mejoraron significativamente su masa muscular medida en la circunferencia media del muslo ($p = 0,000$), pantorrilla ($p = 0,000$), diámetro bicondileo humeral ($0,000$), diámetro bicondileo femoral ($p = 0,02$). Por otro lado, la velocidad de la marcha también aumentó de manera significativa ($p = 0,01$). Respecto al grupo control aunque mejoró en la medida de la pantorrilla ($p = 0,02$), no obtuvo resultados significativos en circunferencia media muslo ($p = 0,46$), diámetro bicondileo humeral ($p = 0,19$), diámetro bicondileo femoral ($p = 0,39$) ni velocidad de la marcha ($p = 0,10$). No se observaron diferencias significativas en la DMO (ni fémur, ni columna), en el caso del grupo experimental ni en el caso del grupo control.

Conclusiones: Esta terapia se ha mostrado efectiva para la mejora de las medidas referidas a la masa muscular tales como circunferencia media del muslo, diámetro bicondileo humeral y diámetro bicondileo femoral. En este mismo sentido, esta terapia también se ha mostrado eficaz para una mejora significativa en la velocidad de la marcha. Estos efectos son considerados importantes para la mejora de la Calidad de Vida de las personas con osteoporosis.

P164. ESTUDIO DE INTERVENCIÓN PARA MEJORAR LA VACUNACIÓN ANTIGRIपाल

S. Fernández Maestre y E. Farret Roig
 Institut Català de la Salut. Barcelona.

Introducción: La vacunación contra el virus de la Gripe es una de las actividades preventivas de mayor recomendación dentro del calendario de vacunación sistemática del adulto. A pesar de que la efectividad de la vacunación es muy elevada y el coste-beneficio muy razonable, en nuestro centro de Atención Primaria hemos observado un estancamiento e incluso una disminución en la cobertura vacunal. Al inicio de la campaña de vacunación antigripal 2008 nos planteamos de qué forma se podía incrementar la cobertura de esta vacuna en la población asignada a un equipo médico-enfermero del EAP La Sagrera de Barcelona. Los resultados de la campaña 2007 con los que partíamos eran de 55,5% de cobertura en mayores de 59 años y un 21,8% en población de riesgo de 15 a 59 años.

Objetivos: Objetivo principal: Aumentar la cobertura vacunal contra el virus de la Gripe.

Material y método: Al inicio de la Campaña de vacunación antigripal 2008 se diseñó una intervención con varias estrategias para mejorar los resultados de la campaña anterior: a) Facilitar accesibilidad, ofreciendo citación desde el centro y vía telefónica. b) Vacunación oportunística de personas que acudían por otros motivos a la consulta enfermera/médica. c) Captación de usuarios a través de la consulta médica usando como recurso un "flash médico" donde se sugería derivar a enfermería para vacunación.

Población diana: 697 personas mayores 59 años. Todos los pacientes pertenecían al mismo cupo médico-enfermero. Se realizó la intervención a toda la población atendida con estas características desde el inicio hasta la finalización de la campaña de vacunación de dicho año. Se registraron y analizaron los datos con el programa informático E-cap.

Resultados: Se vacunó al 62,14% (433 personas) de la población; 54 de ellos era la primera vez que se vacunaban. Se observó que 312 de los vacunados tenían edades superiores a los 65 años. A pesar de nuestra intervención 37 personas de las atendidas decidieron no ser vacunadas, se dejó constancia escrita de la negativa a la vacunación. Se consiguió un incremento de la vacunación antigripal del 6,7%.

Conclusiones: La campaña de vacunación antigripal es un reto para los profesionales sanitarios y supone un volumen de trabajo importante concentrado en un periodo de tiempo corto. La motivación e implicación activa del personal sanitario puede ofrecer mejoras en la cobertura. El diseño de un plan estratégico anterior a cada campaña y la creación de un circuito accesible y rápido puede ayudar a conseguir cotas de vacunación óptimas.

P165. DIPLOPIA SECUNDARIA A GRANULOMA DE COLESTEROL EN ANCIANA

I. Quintana, M.A. Dávila, G. Fernández, E. Jaramillo, R. Lozano y M. Antón
 Complejo Hospitalario Cáceres. Cáceres.

Introducción: El granuloma de colesterol del oído medio es una patología benigna infrecuente pero potencialmente maligna por su poder de osteólisis y afectación de estructuras vecinas. Las fases iniciales suelen ser subclínicas. Se presenta un caso de granuloma de colesterol mastoideo.

Caso clínico: Mujer de 74 años, buena situación basal, antecedentes de epilepsia e hipoacusia leve de larga evolución. Acude a urgencias por diplopía de 3 días de evolución de predominio en mirada horizontal binocular, que desaparece con la oclusión, inestabilidad de la marcha sin cefalea, disfagia u otros síntomas neurológicos. No fiebre u otros síntomas. En la exploración presenta paresia del VI

par derecho, no alteraciones motoras ni sensitivas, marcha con lateropulsión derecha. El TAC craneal sin y con contraste evidencia lesiones líticas a nivel del peñasco del temporal derecho de 3,5 por 2,5 cm que adelgaza la cortical medial con efecto compresivo sobre troncoencéfalo, probable granuloma de colesterol. Es valorada por neurocirugía que desestima su intervención por elevado riesgo quirúrgico.

Discusión: Se produce por reacción inflamatoria granulomatosa frente a cristales de colesterol tras hemorragias por procesos inflamatorios (otitis media serosa, crónica, cirugía otológica o traumatismo local). Suele ser unilateral, crecimiento lento. Las localizaciones más frecuentes: mastoides, ápex petroso, menor en caja del tímpano. Cursa con osteítis, reabsorción y destrucción ósea, complicaciones: abscesos, meningitis, compresión de estructuras intracraniales. Los síntomas iniciales inespecíficos, polimorfos dependiendo de la región anatómica afecta, con hipoacusia leve en muchos casos, siendo diagnosticado en ocasiones por sus complicaciones. Se diagnostica con TAC, realizándose su diagnóstico diferencial con RMN. El tratamiento es quirúrgico buscando buena aireación y drenaje del oído.

Conclusiones: Es una patología benigna muy polimorfa que puede tener un comportamiento agresivo si no se diagnostica y trata a tiempo, debe ser tenido en cuenta en el estudio de masas intrapetrosas.

P166. INFLUENCIA DE LA EDAD A LA HORA DE VALORAR LA COMUNICACIÓN MÉDICO-PACIENTE

J.A. Díaz Benito

Servicio Navarro de Salud. Pamplona.

Objetivos: Conocer el porcentaje de pacientes de atención primaria que desearían saber el diagnóstico si tuviesen un cáncer, y analizar los factores asociados a esa decisión.

Método: Estudio transversal mediante encuesta, en un centro de salud urbano. Selección de 247 pacientes mediante muestreo consecutivo no probabilístico, de acuerdo con el tamaño muestral calculado para una estimación de $p = 0,80$, precisión de 0,05 y error alfa de 0,05.

Resultados: Media de edad de 51 años (DE 18). El 85,4% de los encuestados querría saber el diagnóstico si tuviese un cáncer (IC del 95%, 81-89,8). Pero en el supuesto de que el enfermo de cáncer fuese un familiar, el porcentaje de los que piensan que se le debería comunicar siempre el diagnóstico se reduce a un 62,8%. Quienes sí desearían conocer el diagnóstico de cáncer son significativamente más jóvenes: media de edad 50 años, *versus* 63 ($p = 0,024$). En el caso de una mala evolución de la enfermedad, los que menos contemplan su fallecimiento en un hospital son los pacientes con una mayor formación académica ($p = 0,028$) y con una menor edad ($p < 0,001$). No se han encontrado diferencias significativas por género.

Conclusiones: Nuestros pacientes querrían mayoritariamente que se les comunicase el diagnóstico si tuviesen un cáncer. Una mayor edad se asocia significativamente con el deseo de no ser informado del diagnóstico de cáncer.

P167. ELABORACIÓN E IMPLANTACIÓN DE UN PROGRAMA DE INTERCAMBIO TERAPÉUTICO

I. Beobide Telleria, M. Álvarez de Arcaya, E. Arriola Manchola, J. Álaba Trueba, C. Alderete y A. Urbizu
Fundación Matia. San Sebastián.

Objetivo: 1. Favorecer el uso eficiente de los medicamentos: documento de ayuda a la prescripción que sirva para seleccionar el medicamento más adecuado incluido en la Guía Farmacoterapéutica (GFT). 2. Garantizar la disponibilidad del medicamento en el lugar y

momento oportunos mediante la sustitución. 3. Disminuir la variabilidad y los errores.

Método: La actividad principal de Matia es la prestación de servicios asistenciales de tipo sociosanitario a personas mayores. La Atención Farmacéutica se presta en 6 Centros Gerontológicos, 1 hospital de media estancia y un Centro para personas discapacitadas. Para realizar esta atención se dispone de una Guía Farmacoterapéutica elaborada por la Comisión de Farmacia y Terapéutica. En los nuevos ingresos o tratamientos derivados de especialistas surgían dudas de conciliación de medicación por lo que se creyó útil la elaboración de un PIT asociado a la GFT. La duración del programa ha sido de 2 años (abril 2007-febrero 2009) Se realizó una exhaustiva revisión bibliográfica y se contrastaron los resultados con experiencias externas. Se inició por grupos terapéuticos que más dudas provocaban y poco a poco se fueron incluyendo nuevos grupos. Desde octubre de 2007 se inició con todos los facultativos un programa de formación y difusión de los resultados incorporándolo dentro de las sesiones clínicas. Desde entonces se han ido incorporando estos resultados como referencia para el intercambio terapéutico.

Resultados: El PIT se ha concebido como un documento de ayuda a la prescripción, que sirva al médico para seleccionar el medicamento más adecuado incluido en la Guía Farmacoterapéutica. Para cada fármaco descrito aconseja la actitud terapéutica a seguir: continuar con el tratamiento, suspenderlo o sustituirlo por un equivalente, haciendo constar la dosis y pauta aconsejada. A pesar de todo ello, se contempla la posibilidad de realizar excepciones. El Programa se revisó y aprobó por la Comisión de Farmacia y Terapéutica y figura en un anexo de la GFT. En 2006, antes de iniciar el programa, el porcentaje de cumplimiento de la guía era de 75,65%. En 2008, estando el programa en funcionamiento, ha sido de 87,19%.

Conclusiones: El programa ha ayudado a utilizar los medicamentos de manera eficiente consiguiéndose un aumento en el porcentaje de cumplimiento de la guía farmacoterapéutica. Esto ha garantizado la disponibilidad de los medicamentos en el momento necesario. Queda pendiente analizar si se hemos logrado disminuir los errores de medicación.

P168. FACTORES ASOCIADOS A MALNUTRICIÓN CON PACIENTES EPOC INGRESADOS EN UNA UNIDAD DE MEDIA ESTANCIA. ESTUDIO PILOTO

J. Majó Llopart³, M. Miravittles¹, C. Mayordomo³ y M. Inzitari²

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

Objetivos: La malnutrición en pacientes ancianos con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) está asociada a una mayor morbilidad y mortalidad. El estado nutricional puede influir en la gravedad de la enfermedad. El objetivo del estudio fue identificar los factores asociados a la malnutrición en pacientes con EPOC que ingresan en un Centro Sociosanitario.

Método: Estudio observacional transversal. En los pacientes diagnosticados de EPOC que ingresaron en nuestro Centro des del 1 noviembre 2008 al 1 de febrero de 2009, se analizó la asociación entre malnutrición (puntuación < 17 en la escala Mini Nutritional Assessment [MNA]) y las siguientes variables: edad, sexo, estado civil, convivencia en el domicilio, nivel de educación, nivel económico, índice de Barthel previo al ingreso y al ingreso, estado cognitivo (Pfeiffer), comorbilidad (Charlson), escala MRC de valoración de la disnea (rango 0-4). Para el análisis estadístico se utilizaron el test exacto de Fisher (variables dicotómicas) y el U de Mann-Whitney (variables continuas).

Resultados: De los 30 pacientes EPOC evaluados, 27 completaron el MNA (3 eran afásicos). La edad media (DE) fue de 76,4 años (7,5), 24 (89%) eran varones, 16 (59%) tenían baja educación (primarios incompletos), 12 (44%) un bajo nivel económico y 10 (37%) vivían solos.

Cuatro (15%) tomaban corticoides inhalados y 7 (26%) orales. Doce (44%) tenían malnutrición según el MNA. El índice de Barthel previo al ingreso fue $79,9 \pm (27,6)$, la puntuación del Pfeiffer $1,1 \pm (1,5)$, el índice de Charlson $8,4 \pm (12,6)$ y la gravedad de la disnea $2,5 \pm (1,5)$. De las variables examinadas, sólo una baja educación ($p = 0,047$) y una mayor gravedad de la disnea ($p = 0,025$) se asociaron de forma significativa con la presencia de malnutrición. Esta asociación se mantenía significativa ajustando por edad y comorbilidad. Un peor Barthel previo ($p = 0,075$) y un bajo nivel económico ($p = 0,057$) tuvieron una asociación al límite de la significación estadística con la malnutrición.

Conclusiones: En nuestra muestra de pacientes con EPOC, la malnutrición al ingreso estaba asociada con una baja educación y una mayor gravedad de la disnea. La edad, el estado funcional al ingreso y la comorbilidad no estaban asociados con un mayor riesgo de malnutrición.

P169. COMPARACIÓN POR EDAD DE PACIENTES CON OBSTRUCCIÓN INTESTINAL INGRESADOS EN UNA UNIDAD DE CORTA ESTANCIA DE URGENCIAS

C. Fernández Alonso, F.J. Martín Sánchez, D. Chaparro Pardo, R. Cuervo Pinto, E.J. García Lamberechts y J.J. González Armengol
Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

Objetivo: Establecer si el ser > 75 años es un factor diferenciador respecto al perfil del paciente con OI.

Material y métodos: Estudio de una serie de casos de todos los pacientes con obstrucción intestinal (OI) ingresados en la Unidad de Corta Estancia de Urgencias (UCEU) del Hospital Clínico San Carlos (HCSC) en 2008. Se diseñó un protocolo para recogida de datos obtenidos de los informes de alta de cada paciente, incluyéndose variables clínicas y asistenciales. Análisis por edad ($< = 75$ vs > 75). Paquete estadístico: SPSS 13.0.

Resultados: N = 130 (64 vs 66) pacientes. Mujer (51,6 vs 50,0%). Antecedentes: demencia (0,0 vs 22,2%, $p < 0,0001$); inmovilidad (4,9 vs 22,2%, $p = 0,004$) y sin diferencias estadísticamente significativas (DES): OI (34,4 vs 41,3%), cirugía (72,1 vs 58,7%), radioterapia (18,0 vs 23,8%) e Índice de Charlson (mediana: 2 vs 3). Motivo de consulta: Dolor abdominal (70,5 vs 64,1%), estreñimiento (14,8 vs 21,9%), vómitos (13,1 vs 10,9%) y pseudodiarrea (1,6 vs 1,6%), sin DES. Exploración: fiebre (3,3 vs 9,4%), taquicardia (8,2 vs 15,9%), hipotensión (9,8 vs 14,5%), sin DES excepto confusión (3,3 vs 19,0%, $p = 0,004$). Pruebas: Análisis sangre: leucocitos (8.300 vs 9.700, $p = 0,034$), plaquetas (267.136,4 vs 235.592,6, $p = 0,003$), PCR (1,8 vs 1,1, $p < 0,001$); resto sin DES: hemoglobina (13,8 vs 13,6), urea (47,7 vs 55,6), creatinina (0,9 vs 1,0), sodio (137,7 ambos), potasio (4,2 vs 4,0), INR (1,1 ambos), ttpa (29,2 vs 31,8), lactato (1,5 vs 1,2), LDH (428 vs 419), ph (7,4 ambos) y amilasa (58,2 vs 56,9). Radiografía simple (95,1% vs 96,9%), ecografía (3,3% vs 7,8%) y TAC (9,8% vs 10,9%) de abdomen sin DES. Colonoscopia (11,9% vs 28,1%, $p = 0,023$). Diagnóstico (D) al ingreso: OI delgado (66,7% vs 46,3%), colon (25,4% vs 47,8%) e indeterminado (7,9% vs 6,0%) con $p = 0,29$. OI parcial (93,3 vs 78,1%) y total (6,7 vs 21,9%), $p = 0,037$. D Etiológico: desconocida (27 vs 15), cáncer colon (1 vs 10), vólculo (1 vs 5) y hernias (5 vs 1) con $p < 0,05$; bridas (20 vs 17), fecaloma (4 vs 4), isquemia (0 vs 1) y adinámica (0 vs 1) sin DES. Tratamiento: médico (98,4 vs 86,4%) y cirugía (1,6 vs 13,6%), $p = 0,007$. Antibióticos (10,0 vs 24,6%, $p = 0,029$), colonoscopia descompresiva (1,7 vs 4,6%) y Sng (58,6 vs 51,6%) sin DES. Estancia mediana: 2 (1-3) vs 2(2-4) días sin DES. Alta festivos (15,5 vs 18,9%). Ubicación Alta: domicilio (85,5 vs 55,2%) e ingreso (9,7 vs 38,8%, 50% en medicina y cirugía en ambos) con $p < 0,001$; hospital apoyo (4,8 vs 6,0%), consultas (44,0 vs 37,0%) y reingreso (15,1 vs 16,4%) sin DES.

Conclusiones: La edad (> 75 años) discrimina antecedentes, exploración, pruebas complementarias, diagnóstico, tratamiento y destino al alta en nuestra muestra.

P170. PREALT EN INSUFICIENCIAS CARDÍACAS CONGESTIVAS EN UNA UNIDAD GERIÁTRICA DE AGUDOS

M.C. Partera Luque, C. Pujadas Gil, M. Cruz Lázaro, J.L. Fernández Moreno, S. Robles Luque y J. Barrio Medina
Corporació Sanitària Parc Taulí. Sabadell. Barcelona.

Introducción: El Prealt es una herramienta de trabajo entre el hospital y la primaria, para dar continuidad en el tratamiento y cuidado de los pacientes con Insuficiencia Cardíaca Congestiva (ICC).

Objetivos: 1. Disminuir el número de ingresos en el hospital. 2. Aumentar la estancia del paciente en su domicilio.

Material y métodos: Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo seleccionando los pacientes de nuestra UGA con ICC dados de alta desde mayo'07 a enero'08.

Resultados: De los 27 pacientes estudiados obtuvimos los siguientes resultados: 14 no reingresaron, tenían entre 3 y 4 patologías asociadas, un Barthel > 70 y 3 fueron exitus; 13 reingresaron, tenían entre 3 y 4 patologías asociada, un Barthel < 35 y 7 fueron exitus. De las altas a domicilio el número de reingresos y no reingresos era similar. De las altas a residencia eran mayoría los no reingresados. Las patologías asociadas más frecuentes han sido: a) Hipertensión arterial: 66%; b) Enfermedad respiratoria: 41%; c) ACxFA: 37%; d) Anemia: 30%; e) Cardiopatía isquémica: 30%; f) Insuficiencia renal: 22%.

Conclusiones: Debido al bajo número de casos estudiados no podemos obtener resultados concluyentes sobre la incidencia del uso del Prealt en el reingreso o no de pacientes con ICC, aunque sí nos permite una mejor comunicación hospital-primaria y permite una mayor autonomía del paciente ante la ICC.

P171. VALORACIÓN FUNCIONAL AL INGRESO EN UNA UNIDAD DE CORTA ESTANCIA DE URGENCIAS

F.J. Martín Sánchez¹, C. Fernández Alonso¹, A.I. Hormigo Sánchez², C. Verdejo Bravo¹, J.M. Ribera Casado¹ y P. Villarroel González-Elipe¹
¹Hospital Clínico San Carlos. Madrid. ²Hospital La Paz. Madrid.

Objetivo: Determinar la importancia de la valoración funcional (VF) al ingreso en pacientes mayores admitidos en una Unidad de Corta Estancia de Urgencias (UCEU).

Material y métodos: Estudio de serie de casos prospectivo de todos los pacientes > 75 años ingresados en la UCEU del Hospital Clínico San Carlos (HCSC) durante abril de 2008. Se elaboró protocolo con datos clínicos, funcionales y asistenciales. Análisis estadístico: spss 13.0.

Resultados: N = 60 pacientes. Edad media: 80,7(DE 4,2) años. 71,7% mujeres. Motivos de ingreso: 23,3% insuficiencia cardíaca, 31,7% infección aguda, 15,0% síncope, 8,3% arritmias, 10,0% hemorragia digestiva y 11,7% obstrucción intestinal. Índice de Charlson 2,27 (DE 1,45). Valoración Funcional: Índice de Barthel (IB) Basal 79,25 (DE 25) y al ingreso: 62,92 (DE 28,19). Índice de Lawton (IL) basal: 4,85 (DE 2,45) y al ingreso: 2,98 (DE 2,42). Deterioro funcional agudo o Impacto Funcional (IF) (ingreso-basal) para IB: 20% (1,25-38,23) e IL 37,50% (16,7-70,2%). Estancia media: 1,70 (DE 0,62) días. Destino al alta: 46,7% a domicilio, 35,0% a hospital secundario y 18,3% a hospitalización convencional. Análisis bivariable (casa vs hospital). A domicilio: pacientes más jóvenes (77,9 (DE 7,9) vs 83,1 (DE 7,7), $p = 0,013$), menor dependencia según IB: basal (89,5 (DE 15,8) vs 70,3 (DE 28,2), $p = 0,002$) y al ingreso (79,8 (DE 18,7) vs 48,1 (DE 79,8), $p < 0,0001$); y según IL: basal 5,7 (DE 2,1) vs 4,1 (DE 2,5), $p = 0,0012$, al ingreso (DE 2,2) vs 1,6 (DE 1,8), $p < 0,0001$). Menor IF: según IB (5,7% (0,0-18,7) vs 34,2% (18,1-50,0)) e IL (22,5% (13,0-33,0) vs 66,7% (40,6-87,1) con $p < 0,0001$). Regresión logística: IF-IB $\geq 16\%$ (OR = 7,99 (1,1-60,5), $p = 0,037$), IF-IL $\geq 35\%$ (OR = 19,6; (0,04-0,52), $p < 0,0001$).

Conclusiones: El IF y la mayor dependencia basal según IB e IL se asocian con estancias más prolongadas independientemente de variables clínicas en nuestra muestra. La VF es recomendable para pacientes mayores en urgencias.

P172. DETERIORO COGNITIVO LEVE: VARIABLES COGNITIVAS, FUNCIONALES Y CONDUCTUALES EN EL DIAGNÓSTICO Y A LOS SEIS MESES. PROGRESIÓN A DEMENCIA

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

Objetivos: 1. Describir las características de los pacientes diagnosticados de Deterioro Cognitivo Leve (DCL) en una Unidad de Memoria de Geriátría (UMG). 2. Conocer cuál es su situación a los seis meses y cuántos progresan a demencia.

Material y método: Estudio prospectivo: Se incluyen todos los pacientes diagnosticados de DCL en la primera visita a la UMG del Hospital Clínico San Carlos de Madrid durante dos años (del 1-5-06 al 30-4-08). Se recogen variables demográficas, funcionales, clínicas y sociales. Se aplican pruebas neuropsicológicas. Se hace seguimiento a los seis meses y se valora su transformación a demencia (según criterios de NINCDS-ADRDA). Se analiza la relación de la progresión a demencia con las distintas variables mediante análisis estadístico: comparación de medias mediante T de Student (Intervalo de confianza 95%); pruebas no paramétricas mediante U de Mann-Whitney. SPSS 15.0.

Resultados: Se recogieron 52 pacientes. El 71,2% fueron mujeres. La edad media fue de 79,75 (DE: 5,950). El 59,6% tenía estudios primarios. 90,4% eran IABVD o dependientes para una actividad. La mayoría de los pacientes realizaban instrumentales (Lawton 6-8: 59,6%). El valor medio de MMSE fue 24,4 (DE: 3,285). A los seis meses: baja un punto la media del MMSE y se produce un empeoramiento funcional, en relación con las instrumentales en un 5%. Respecto a las pruebas neuropsicológicas en el momento de diagnóstico de DCL: la media de BNT fue 22,92 (DE: 5,141), Praxias: 3,12 (DE: 0,646), Reloj: 10,92 (DE: 3,187). Fluencia fonética 6,35 (DE: 3,003) y semántica (FS) 9,31 (DE: 3,606). Dígitos directos (DD) 4,35 (DE: 0,683) e inversos 3,06 (DE: 0,882). Hay diferencias significativas entre los pacientes que progresan a demencia y los que no respecto a Lawton ($p = 0,023$), MMSE ($p = 0,047$), BNT ($p = 0,004$), DD ($p = 0,041$), FS ($p = 0,005$), Reloj ($p = 0,025$), Textos II ($p = 0,007$) Y NPI ($p = 0,012$). No había diferencias en el resto, ni en Katz.

Conclusiones: 1. La progresión de DCL a Demencia se produce en los pacientes más dependientes en actividades instrumentales, independientemente de las básicas. 2. Los pacientes que progresan son los que tienen un MMSE más bajo en la visita diagnóstica de DCL. 3. Debemos prestar especial atención a aquellos pacientes que consiguen puntuaciones más bajas en BNT, DD, FS, Textos II y en la prueba del reloj, ya que parecen relacionarse con la progresión a demencia. 4. Valores altos de NPI en el DCL son factor de riesgo para progresar a demencia y más en áreas como la apatía y la irritabilidad. Estos valores no se mantienen cuando hay un diagnóstico de demencia.

P173. AYUDAS A LA CORRECTA PRESCRIPCIÓN Y ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS EN PACIENTES CON DISFAGIA

B. Miró Isasi, M. Álvarez de Arcaya, E. Arriola Manchola, J. Álaba Trueba, C. Alderete y A. Urbizu
Fundación de Matia. San Sebastián.

Objetivos: Elaborar un listado de medicación que se pueda administrar a pacientes con disfagia con los siguientes objetivos: a) Ayudar en la prescripción de los tratamientos; b) Garantizar la correcta administración de los fármacos.

Método: La actividad principal de Fundación Matia (FM) es la prestación de servicios asistenciales de tipo sociosanitario a las personas

mayores y/o discapacitadas. La Disfagia es la dificultad de deglutir líquidos y/o sólidos. El trabajo se realizó en 6 Centros Gerontológicos, 1 hospital de media estancia y un Centro para discapacitados. Se creó un grupo de trabajo con miembros de la Comisión de Farmacia que a lo largo del 2008 se reunió 4 veces con este objetivo. Identificar los pacientes con disfagia: 74 pacientes.

Resultados: En 2008 74 pacientes fueron diagnosticados de disfagia, Sin embargo el número de estos que el equipo identifica que necesita que se le triture la medicación es mucho más alto. En Junio 2008 revisamos 144 fármacos incluidos en nuestra GFT que se podían triturar, los que podían sustituirse por otra forma farmacéutica que si se pudiera administrar a estos residentes y los que no tenían sustitución y elaboramos tres listados: 1) Uno con 36 medicamentos que no se pueden triturar, de los cuales 22 pueden sustituirse por el mismo principio activo oral pero con diferente forma farmacéutica (forma retard por una forma de liberación inmediata) o por otro fármaco. 2) Uno con 17 fármacos que se pueden sustituir por otra forma farmacéutica (soluciones o ampollas orales). 3) Uno de 8 fármacos que requieren manipulación, para estos se ha hecho un documento para la manipulación de la administración. De todos los fármacos que se administran por vía oral incluidos en nuestra guía, se han dado opciones para adaptar los tratamientos de estos residentes en el 32,6% de fármacos. Estos listados se han distribuido en todos nuestros centros, a enfermería y a los médicos prescriptores tras una adecuada comunicación/formación.

Conclusiones: 1. Un número importante de usuarios de centros sociosanitarios requieren medicamentos triturables. 2. Es necesario identificar estos pacientes. 3. Ha ayudado al mejor cumplimiento por parte de estos residentes, que debido a su patología, necesitan unos cuidados especiales a la hora de la administración oral tanto de su tratamiento farmacológico habitual, como a la hora de la ingesta nutricional.

P174. GESTIÓN FARMACÉUTICA Y PREVALENCIA DE CONSUMO DE FÁRMACOS EN UNA RESIDENCIA SOCIO SANITARIA

M.M. Álvarez, F. Araujo, C. Encinas y F.J. Navarro
Servicio de Farmacia. FEA Geriátría. Hospital General de Ciudad Real.

Objetivos: Determinar la prevalencia de utilización de fármacos en pacientes institucionalizados. Realizar un indicador cuantitativo de la prestación farmacéutica y su evolución.

Método: Estudio comparativo entre diferentes grupos terapéuticos por unidades y coste (clasificación ATC), comparado con las características de los residentes en cuanto a patologías, situación funcional, síndromes geriátricos de la Residencia Asistida de Ciudad Real. Para ello, se realizó un estudio observacional transversal descriptivo, se recogieron datos donde se incluyeron, edad, sexo, fecha de ingreso, diagnóstico clínico y estancia en el centro. Se recogieron los datos correspondientes a los años 2007 y 2008, disponibles en los aplicativos informáticos de farmacia (APD-ATHOS®). Para evitar variaciones temporales se analizaron los consumos por cuatrimestre y anual.

Resultados: Nuestro estudio muestra una media de 10 dosis por residente, que supone un coste medio por estancia de 3,41 € en 2007 y 3,16 € en 2008. Los grupos terapéuticos que más recursos consumen se corresponden con las patologías más prevalentes: cardiovasculares (68,79%), osteoarticulares (62,4%), demencias (46,9%), gastrointestinales (44%) y nefrourológicas (35,3%). Alteraciones de los órganos de los sentidos: visuales (66,4%) y auditivas (32,2%). Dentro de los fármacos más consumidos se encuentran el paracetamol, seguido de omeprazol, loracepam y clorhexidina bucal. De los fármacos anti-Alzheimer, la memantina es el que más recursos consume. De los antiinfecciosos, levofloxacin oral es el más utilizado. El número de unidades (variación % 2008/2007) se incrementó un 8,3%; sin embar-

go, esto no supuso un mayor coste económico, incluso decreciendo un 8,5%.

Conclusiones: Uno de los datos a destacar es el alto grado de dosis por estancia; ello nos orienta a la necesidad de implantar un procedimiento de ayuda en la detección de interacciones. Se observa un alto porcentaje de residentes con situación de dependencia y síndromes geriátricos que condiciona la prevalencia de utilización de fármacos. La gestión a través de un servicio de farmacia de hospital parece optimizar los costes de adquisición.

P175. RIESGO DE FRACTURA POR OSTEOPOROSIS EN POBLACIÓN INSTITUCIONALIZADA

M.J. Torres Camacho, A. Parellada Sabaté, M. Vázquez Perozo, M. González Acosta y R. Vila Melero
Institut Català de la Salut (ICS). Barcelona.

Introducción: La osteoporosis (OP) se caracteriza por una disminución de la densidad de los huesos por pérdida del tejido óseo en el tiempo. Es especialmente frecuente a partir de los 70 años.

Objetivos: Estimar los factores de riesgo clínicos de fractura por OP a través del cuestionario FRAX, el grado de dependencia y deterioro cognitivo en ancianos institucionalizados. Justificación de la medicación para la OP.

Diseño: Estudio descriptivo transversal.

Material y métodos: Encuesta a una muestra representativa de 287 residentes en 6 residencias geriátricas de Barcelona y que han sido valoradas por la Unitat d'Atenció Domiciliària Geriàtrica (UADG). El muestreo fue no aleatorio, estratificado por género.

Instrumentos utilizados: Historia clínica geriátrica de la UADG. Cuestionario FRAX que ha sido desarrollado por la OMS para evaluar el riesgo de fractura.

Variables: Índice de BARTHEL (IB). Test de PFEIFFER. Prescripción médica para la OP, tipo y forma de administración. Cuestionario FRAX (edad, sexo, peso, estatura, fractura previa, padres con fractura de cadera, fumador activo, glucocorticoides, artritis reumatoide, OP secundaria, alcohol y DMO de cuello femoral).

Análisis de datos: Estadística descriptiva de los factores de riesgo clínicos para fracturas por OP y del grado de dependencia y de demencia. Se estudió la relación entre el riesgo clínico de fracturas y la existencia de medicación prescrita para la OP. Con los datos de la encuesta, se calculó, mediante FRAX, el riesgo de fractura global (RFG).

Resultados: No se pasó el cuestionario a 149 residentes, por deterioro cognitivo en 119 y/o por dependencia física en 30. El cuestionario se realizó a 138 residentes. La edad media fue de 85,1 años (DT = 8,4) y el 77% eran mujeres. El Índice de Masa Corporal medio fue de 26,6 (DT = 5,8). De los residentes que realizaron el cuestionario, el factor de riesgo clínico más frecuente fue la existencia de fractura previa 28,3%, seguido de OP secundaria 8,5%, antecedentes de padres con fractura de cadera 6,8%, hábito tabáquico 6,2%, y, en menor medida, toma de glucocorticoides 3,5%, ingesta de tres o más dosis de alcohol 2,7% y artritis reumatoide 2,1%. 82 ancianos no presentaban ningún factor de riesgo. Del resto, 56 residentes, 44 tenían un factor de riesgo, 11 dos y 1 tres. Únicamente 24 residentes tomaban medicación para la OP: 11 en residentes con ningún factor de riesgo y 13 con uno o dos factores de riesgo. De los residentes que no tomaban la medicación (114), 35 tenía al menos un factor de riesgo. El RFG fue de 11,34 (DT = 5,74). El IB reveló dependencia importante en el 49,5% de los residentes, y el test de Pfeiffer mostró que los ancianos presentaban deterioro cognitivo de moderado a importante en el 56% de los casos.

Conclusiones: Hay muchos datos perdidos debido a la naturaleza de la población estudiada. Destaca la elevada cantidad de pacientes que no presentan ningún factor de riesgo. Entre los que sí que tienen factores de riesgo, se acentúa un RFG elevado y la inadecuación del tra-

tamiento para la OP. El cuestionario FRAX es un método cuestionable para detectar el RFG en población anciana institucionalizada.

P176. CAPACIDADES COGNITIVAS DEL PACIENTE PSICOGERIÁTRICO ATENDIDO EN TERAPIA OCUPACIONAL EN UN HOSPITAL DE MEDIA ESTANCIA

A.M. Sanz Casalengua y M.J. Gayoso Orol
Hospital Virgen de la Poveda. Servicio Madrileño de Salud. Comunidad de Madrid. Villa del Prado Madrid. Madrid.

Objetivos: Analizar las capacidades cognitivas de los pacientes atendidos en Terapia Ocupacional (TO) de un Departamento Psicogeriátrico, estudiando si existen diferencias significativas según los diagnósticos.

Método: Estudio descriptivo de 60 casos atendidos en TO durante el año 2008. Se han analizado variables sociodemográficas, clínicas y cognitivas. Se han usado las escalas MEC-30, Set-test de Isaacs y Test del reloj, estudiando separadamente cada apartado del MEC. El análisis estadístico se ha realizado con el paquete SPSS 12.0.

Resultados: Edad media: 78 años (mín. 44, máx. 96). Sexo: 47% hombre, 53% mujer. Diagnóstico principal: 70% demencia, 30% patología psiquiátrica. En particular: 32% enfermedad de Alzheimer, 14% demencia mixta/vascular, 10% demencia por C. de Lewy, 3% demencia asociada a Parkinson, 3% demencia frontotemporal, 8% otras demencias, 12% depresión, 10% trastorno bipolar, 5% trastornos de la personalidad, 3% psicosis. Motivo principal de ingreso: 32% control de SPCD, 25% recuperación funcional tras fractura de cadera, 36% convalecencia tras proceso agudo, 7% control de SCA. Depresión asociada: 78%. Presencia de SCA al ingreso: 32%. Media MEC: 13, MEC # < 19 (GDS 5-6 de Reisberg): 85%, MEC ≥ 28: 7%. Media Set-test de Isaacs: 21, Set-test < 27 (deterioro en fluencia verbal): 75%. Test del reloj ≥ 7 (normal): 2 de 13 casos.

Conclusiones: En general, se trata de pacientes envejecidos, en su mayoría con demencia moderada a moderadamente grave. Por otra parte, los pacientes con enfermedades mentales presentan mayor variabilidad en el deterioro cognitivo, destacando la menor edad de los que no tienen deterioro. No observamos correlación entre la incidencia de la depresión y un mayor o menor deterioro cognitivo. En el análisis por ítems del MEC no vemos diferencias significativas entre las distintas patologías, excepto la presencia de mayor desorientación temporal que espacial, especialmente en los pacientes con demencias. Del resto de ítems, destacan la elevada presencia de acalculia, apraxia constructiva y fallos de memoria. Sin embargo, en el apartado de fijación se registran buenos resultados. Las demencias tipo Alzheimer muestran mayor alteración del lenguaje que el resto. El Test del reloj sólo se ha podido aplicar en los pacientes con menos deterioro cognitivo, pero ha servido para detectar problemas en pacientes que obtienen resultados normales en las otras pruebas. La valoración de las capacidades cognitivas en psicogeriatría permite ajustar los objetivos del tratamiento en TO e incorporar al paciente a grupos homogéneos de trabajo.

P177. CARACTERÍSTICAS DE PACIENTES HIPERTENSOS Y GRADO DE CONTROL TENSIONAL MEDIANTE MONITORIZACIÓN AMBULATORIA EN UNA CONSULTA DE GERIATRÍA

A.J. Blanco Orenes, F. Madruga Galán, M.A. de la Torre Lanza, J.L. Blázquez Carrasco, M. Muñoz Vélez y M.A. Valverde Vaquero
Hospital Geriátrico Virgen del Valle. Toledo.

Introducción: La HTA es un proceso crónico con alta prevalencia en el anciano siendo el principal factor de riesgo de enfermedad cardiovascular. La monitorización ambulatoria de la presión arterial (MAPA) puede ser una herramienta útil para el conocimiento del control de

ésta. El adecuado control de cifras tensionales reduce la incidencia de complicaciones cardiovasculares.

Objetivo: Conocer el riesgo cardiovascular, así como el grado de control de la HTA mediante MAPA en pacientes hipertensos en una consulta de geriatría hospitalaria.

Metodología: Estudio descriptivo transversal en una consulta de valoración geriatría hospitalaria describiendo las características de nuestra población geriátrica (edad, sexo, factores de riesgo vascular, fármacos utilizados, grado de control y riesgo cardiovascular estimado) en el período comprendido entre junio 2004 a marzo 2009.

Resultados: Se realizaron 648 MAPAs. Edad media: 79,52 ± 5,75 años. Mujeres: 385 (59,4%), varones: 263 (40,6%). Factores de riesgo vascular y lesión de órgano diana: dislipemia: 39,57%, diabetes 28,81%, ACV 49,7%, insuficiencia cardíaca: 20,5%, cardiopatía isquémica: 20,8%, Insuficiencia renal: 8,08%. Empleo de fármacos antihipertensivos: Monoterapia: 27,3%, 2 fármacos: 29,5%, 3 fármacos 18,8%, 4 ó más fármacos 7,4%. Grado de control de la HTA: Bien controlada: 24,06%, Ligera alteración 14,52%, Moderada alteración (Grado I) 35,26%, Elevada alteración (Grado II) 20,74%, Muy mal controlada (Grado III) 5,39%. Riesgo cardiovascular estimado a 10 años: basal: 1,4%, bajo: 12,2%, moderado: 20,4%, alto: 26,2%, muy alto 39,8%.

Conclusiones: 1. La HTA en el anciano en nuestra área presenta un mal control terapéutico (51%) a pesar del importante número de fármacos empleados. 2. El empleo de la monitorización ambulatoria de la presión arterial (MAPA) en pacientes geriátricos hipertensos (con alto riesgo cardiovascular) deberá formar parte del arsenal diagnóstico habitual para optimizar el manejo terapéutico.

P178. ANÁLISIS DE COMPLICACIONES EN UNA UNIDAD DE CONVALECENCIA GERIÁTRICA (UCG)

M. Gonzalo Lázaro¹, J. Oteiza¹, F. Uriz¹, C. Martínez Velasco¹, M. Muniesa¹ y J.M. Jiménez Arribas²

¹Hospital San Juan de Dios. Pamplona. ²Hospital de Navarra. Pamplona.

Objetivos: Conocer el perfil de los pacientes remitidos a una UCG desde Unidades de Agudos. Averiguar cuáles son los factores de riesgo de complicaciones y/o mortalidad.

Métodos: Analizar 99 altas consecutivas en nuestro Hospital, se obtuvieron datos demográficos, antec. personales, motivo de derivación, estabilidad clínica en el traslado, situación funcional previa, parámetros analíticos, instrumentalización al ingreso, así como complicaciones que requiriesen intervención médica. Datos en ACCESS, análisis mediante SPSS (15.0).

Resultados: Edad: 81,73 (62% > 80 a). *Est media:* 35,06 d; *A. personales:* 4,72; 69% más de 4 patologías crónicas. HTA: 60,6%; diabetes: 34,3%; demencia: 34%; Fauricular: 26%; dislipemia: 24,2%; EPOC: 23%; ictus: 23%; c. isquémica: 15%. *Motivo derivación:* pulmonar: 29,3%; neurológico: 27,3%; infeccioso: 14,1%; traumatológico: 10,1%; cardiológico: 9,1%; otros: 9,1%. *Sit funcional previa:* Barthel: 62,4. Dependencia total: 25%; severa: 18,7%; moderada: 14,6%; leve: 39,6. Movilidad: inmovilidad total: 17,7%; moderada: 36,5%; leve: 5,2%; independiente: 40,6%. *Fármacos al ingreso:* 5,94 (> 4 fármacos: 61,4%). *Procedencia:* urgencias (21,9%); serv. Quirúrgicos (17,7%); U. de Agudos Geriátrica (55,2%); A. Primaria (5,2%).

Complicaciones: en el 73%. Hubo un total de 152: infección respiratoria (23%); s. confusional agudo (15%); infección urinaria (14%); reagud del motivo de ingreso (12%); insuf. renal (11%), gastroenteritis (10%), insuf cardíaca (7%); RAO (7%).

Complicaciones según patología previa: en 46% de hipertensos; 28% de demencias; 27% de diabéticos; 22% de dislipémicos; 19% de ictus; 17% de EPOC; 16% de F. Auricular; 12% de c. isquémica. *Institucionalización:* si hubo complicaciones: 39%; si no hubo: 8% (p = 0,04). *Exitus:* si hubo complicaciones: 30%; si no hubo: 4%(p = 0'04).

Probabilidad de exitus aumenta si la complicación fue insuf. Renal (p = 0,02) o reagudización del motivo de ingreso (p = 0,001). El antecedente más asociado con éxitus fue: ictus (p = 0,04) y demencia (p = 0,04). La posibilidad de aparición de complicaciones es mayor en diabéticos (p = 0,02) o dislipémicos (p = 0,016).

Conclusiones: El paciente trasladado a nuestra UCG es octogenario, con pluripatología y polifarmacia, demencia, con gran dependencia. Ingresa mayoritariamente para convalecencia de patología respiratoria y neurológica. Existe alto riesgo de complicaciones, sobre todo si hay factores de riesgo vascular o demencia. El hecho de sufrir complicaciones (sobre todo insuficiencia renal o reagudización del motivo de ingreso) aumenta la posibilidad de institucionalización o exitus.

P179. FACTORES QUE INFLUYEN EN LOS PROGRAMAS DE TERAPIA OCUPACIONAL Y FISIOTERAPIA EN UN CENTRO RESIDENCIAL

G. Cardenal Félix, N. Martínez Triviño, M.T. Vázquez González, E. Corcobado Chapinal, E.V. Verdera Martorell y N.I. Sánchez Mederos

Residencia Crist Rei. Mallorca.

Introducción: Analizar la importancia de la actuación de las gerocultoras en la dinámica de un centro residencial, en este caso en los programas de Terapia Ocupacional (en adelante, T.O.) y Fisioterapia.

Objetivos: Fomentar desde estos dos disciplinas una mayor colaboración por parte de las gerocultoras en los distintos programas que se llevan a cabo en el centro residencial, y en consecuencia mejorar la calidad en la implementación de los talleres, la adhesión al tratamiento y la colaboración en los distintos programas que se llevan a cabo en la residencia, con el objetivo de mejorar el rendimiento del residente y en consecuencia de la calidad de los tratamientos.

Metodología: Se les realizó una encuesta a todas las gerocultoras que trabajaban directamente con la Fisioterapeuta y la Terapeuta Ocupacional, la misma encuesta al cabo de los ocho meses. Además durante este tiempo se hicieron reuniones mensuales entre Fisioterapeuta y TO con las gerocultoras, las reuniones tuvieron una duración de 30-35 minutos, en la cual se explicaba conceptos sencillos: en que consistía los programas que se estaba llevando a cabo, objetivos terapéuticos básicos que se planteaban con los residentes, etc.

Resultados: Participación del 100% de las gerocultoras tanto en las encuestas como en las reuniones que se realizaron mensualmente. Al cabo de los ocho meses de empezar con las reuniones el grado de implicación de las gerocultoras aumentó: los residentes eran más puntuales que al principio, además los residentes fallaban menos en la asistencia de los talleres. Desde que empezaron con las reuniones se logró una mejor comunicación entre profesionales, lo que se transmitió en el trabajo de equipo.

Conclusiones: Creemos que la actuación de las gerocultoras influye directamente en la participación de los programas de TO y Fisioterapia. En el programa que recibieron las gerocultoras de este centro no explican de manera adecuada el trabajo de Fisioterapeutas y Terapeutas Ocupacionales. Encontramos importante que en las reuniones de equipo se incluyan a las gerocultoras.

P180. CONTROL Y COMPLICACIONES EN MAYORES ANTICOAGULADOS NO INSTITUCIONALIZADOS

A.M. Mattei Boni¹ y G. Gutiérrez Aparicio²

¹SAS Granada. Granada. ²UGC LOJA-SAS Granada. Granada.

Objetivo: Determinar el grado de control en mayores anticoagulados. Analizar los factores relacionados con el mal control e identificar las complicaciones.

Material y método: Estudio prospectivo transversal realizado a mayores de 65 años en tratamiento con acenocumarol, que incluye datos demográficos, sociales, motivo de anticoagulación, valores de INR, mal control de coagulación con un INR mayor de 5, variables asociadas, fármacos que potencialmente pueden interactuar y complicaciones.

Análisis estadístico.

Resultados: Se estudian 141 individuos, con algo más del 40% de hombres y una edad media de más de 71 años. El motivo de anticoagulación más frecuente ha sido la FA. Al comparar el grupo controlado con el grupo no controlado, encontramos significación estadística en los sujetos que viven solos, los de menor peso, a los que en el último mes se les añade nuevos fármacos, y con enfermedades intercurrentes. La presencia de hemorragia es más frecuente en los mal controlados.

Conclusiones: El porcentaje de sujetos con mal control anticoagulación y INR mayor de 5 es de más del 9%. Los pacientes anticoagulados mal controlados pertenecen al grupo de más edad, con menor peso, y viven solos y sin supervisión. Los antibióticos son los fármacos más frecuentes añadidos al tratamiento y que tienen riesgo de interactuar. La incidencia de hemorragia fue mayor en el grupo de INR mayor de 5.

P181. EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LAS ÓRDENES MÉDICAS EN UN SISTEMA DE DISTRIBUCIÓN DE MEDICAMENTOS EN DOSIS UNITARIAS

T. Usieto, R. Vial, C. Cánovas, E. García-Arilla, J.M. Cucullo y E. Núñez Hospital Real Nuestra Señora de Gracia. Zaragoza.

Objetivos: Evaluar la calidad de las órdenes médicas (OM) en la fase de prescripción del proceso terapéutico, dentro del sistema de distribución en dosis unitaria implantado en el Servicio de Geriátrica. Forma parte de un estudio global del circuito completo terapéutico. Detección de errores y propuestas de mejora.

Metodología: Estudio transversal de prevalencia puntual realizado durante el año 2008 (2 fases en mayo y septiembre) por un equipo multidisciplinar. Análisis de diferentes parámetros de la fase de la prescripción médica: errores en identificación del paciente, constancia alergias, existencia de abreviaturas no habituales, letra legible, errores en el nombre, dosis, vía e intervalo de administración del fármaco, actualización de condicionales, firma de órdenes verbales y entrega en el tiempo señalado.

Resultados: 1) Primera fase: 59 pacientes edad media 84,3 años, 41 mujeres. OM: Errores en identificación del paciente: sin etiqueta identificativa en 8 (ausencia de nombre 2, nº habitación 8, nº de historia 7). 1 cambio de habitación indicado. Letra ilegible 4. Existencia de abreviaturas no comunes 14. Constancia de alergias 27 (resto no claro). Sin errores en el nombre del medicamento. Imprecisión en dosis 16, de vía 6 e intervalo de administración 2. No actualizadas prescripciones condicionales 3. Todas las órdenes verbales están firmadas. Retraso en la entrega de OM, 5. 2) Segunda fase: 57 pacientes edad media 84,1 años, 33 mujeres. OM: Errores en identificación del paciente: sin etiqueta identificativa 1. No letras ilegibles. Sin abreviaturas no comunes. Constancia de alergias 46. Errores en el nombre del medicamento 2, imprecisión en dosis 38 (se incluyeron en esta fase fármacos con presentación única en el hospital y fórmulas líquidas) y de vía administración 6. Sin errores en el intervalo de administración. Falta solicitud estupefacientes 1. No actualizadas prescripciones condicionales 8. Sin retraso en la entrega de OM.

Conclusiones: El conocimiento de los puntos críticos de la fase de prescripción del sistema de distribución de dosis unitaria, permite establecer estándares propios de calidad que faciliten el seguimiento en el tiempo e implantar medidas de mejora en nuestro medio. La implantación de la prescripción electrónica en el Servi-

cio puede disminuir algunos de los errores de esta fase del proceso terapéutico.

P182. VALORACIÓN GERIÁTRICA COMO MARCADOR PREDICTIVO DE MORBIMORTALIDAD EN UNA UNIDAD E CONVALECENCIA GERIÁTRICA (UCG)

M. Gonzalo, F. Uriz, C. Martínez Velasco, J. Oteiza, M. Muniesa y J.M. Jiménez Arribas

Hospital San Juan de Dios. Navarra.

Objetivo: Conocer el perfil del paciente que ingresa en una UCG. Mediante la valoración geriátrica, averiguar qué marcadores se asocian a complicaciones y mortalidad y cuáles se asocian a institucionalización.

Método: Analizar 99 altas consecutivas en nuestro Hospital, obteniendo información sobre antec. médicos y valoración geriátrica (sit. previa funcional, cognitiva, social y nutricional), instrumentalización. Describir complicaciones que requirieron intervención médica, mortalidad y destino al alta. Datos en ACCESS, análisis por SPSS (15.0).

Resultados: Edad: 81,73. Est media: 35,06. A. personales: 4,72. HTA: 60,6%; diabetes: 34,3%; F.Auricular: 26%; dislipemia: 24,2%; EPOC: 23%; ictus: 23%; C. isquémica: 15%; demencia: 34%. Sit. funcional: Barthel: 62,4. Dependencia total: 25%; severa: 18,7%; moderada: 14,6%; leve: 39,6%. Movilidad: inmovilidad: 17,7%; moderada: 36,5%; leve: 5,2%; independiente: 40,6%. Fármacos previos: 5,94. Sit. social: 27 viven solos (28,7%); 44 con un familiar (46,8%); 17 con ≥ 2 familiares (18,1%); 6 en residencia (6,4%). Continencia: incontinencia: 34 (34,3%); parcial orina/fecal: 22 (22,3%); continentes: 43 (43,4%). Instrumentalización: S. Vesical: 23%; Vía ev: 45%; oxígeno: 33%; sonda nasoesoférica: 13%. Ulceras por presión: 34%. Sit nutricional al ingreso: Alb: 2,7g/dl (alb < 3 g/dl: 71%); Colest: 166,03 mg/dl (30,2% < 140; 8,3% > 220). Peso: 64,95 kg (40-151). Medidas de sujeción: 12 pacientes (12,1%). Complicaciones: 73%. Tasa de mortalidad: 33% (si hubo complicaciones: 30%; si no: 4% (p = 0,04). Sínd confusional agudo: 15,2%. Institucionalización: si hubo complic: 39%; si no: 8% (p = 0,04). Destino al alta: domicilio: 55,6%; residencia: 16,2%; traslado a U. Agudos: 5%.

El grado de dependencia aumenta cuanto mayor es el nº de antecedentes (p = 0,006). También aumenta el nº de fármacos (p = 0,002). La mortalidad es mayor si desciende la albúmina (p = 0,034) y aumenta el grado de dependencia funcional (p = 0,04). En pacientes con demencia son frecuentes las complicaciones (aspiración bronco-pulmonar (p = 0,007), sd confusional agudo (p = 0,037) o exitus (p = 0,048)) y el grado de instrumentalización (s vesical (p = 0,012); vía ev (p = 0,021); s. nasoesoférica (p = 0,031)).

Conclusiones: En nuestra UCG ingresan pacientes octogenarios, con demencia severa, desnutrición, doble incontinencia, pluripatología, polifarmacia y dependencia severa en más de un tercio de éstos. Dichos factores conllevan alto riesgo de complicaciones, de instrumentalización o de muerte. Por otra parte, la situación social no es predictor de morbi-mortalidad. Tampoco la aparición de complicaciones es factor de riesgo de institucionalización.

P183. POLIFARMACIA Y ANCIANOS: VIGILANCIA DE REACCIONES ADVERSAS E INTERACCIONES FARMACOLÓGICAS DURANTE LA HOSPITALIZACIÓN

R. Vial, T. Usieto Piedrafita, C. Cánovas, E. García-Arilla, C. Sancho y J. Navarro

Hospital Real Nuestra Señora de Gracia. Zaragoza.

Objetivos: Seguimiento de la prevalencia de polifarmacia y de sus complicaciones en ancianos hospitalizados. Se trata de un objetivo del Servicio de Geriátrica desde el año 2007 en el marco de la segu-

ridad clínica del paciente. Detección de errores y propuestas de mejora.

Metodología: Estudio transversal de prevalencia puntual realizado en dos fases durante el año 2008 por un equipo multidisciplinar. Detección de polifarmacia (>6 fármacos al ingreso) y seguimiento de reacciones adversas (RAM), potenciales interacciones medicamentosas (IM) y medicación inapropiada (MI) según criterios de Beers en ancianos hospitalizados. Base de datos SPSS 10.0.

Resultados: En el año 2008 en una muestra de 116 pacientes con edad media 84,2 años y 63,7% mujeres, el 51,7% (60) tuvieron polifarmacia al ingreso. Nº medio de fármacos al ingreso: 6,86. Motivo de ingreso: patología respiratoria 14%, cardiaca 6%, neurológica 21%, psiquiátrica 6%, infecciosa 4%, digestiva 11%. Primera fase (mayo): 59 pacientes. Segunda fase (septiembre): 57 pacientes. Reacciones adversas: 19 (ingreso: 12, hospital: 7): bradicardia-digoxina (2), hipoglucemia-ADO/insulina (3), alucinaciones-levodopa (1), delirium-opiáceos (1), diarrea-laxantes (1), deshidratación-furosemida (1), hipotensión-ARAIL (1), estupor-diazepam (1), hiperkaliemia-amiloride+potasio (1). Potenciales interacciones medicamentosas: 50 (ingreso: 35, hospital: 15): digoxina-diurético (12), antiácido-IECA (5), IECA-furosemida (4), torasemida-AINE (3), IECA-AINE (3), ACO-corticoide (2), digoxina-amiodarona (2), potasio-espironolactona (2), ADO-BB (1), ACO-quinolonas (1).

Medicación inapropiada (Beers): 19 (ingreso: 18, hospital: 1): anticolinérgicos (6), antihistamínicos (6), BZD-depresión (3), amiodarona (3), AINE + AAS (1).

Conclusiones: 1. La elevada prevalencia de polifarmacia en ancianos al ingreso en el hospital obliga a intentar reducir esta tendencia durante la hospitalización y a continuar con la misma estrategia en la prescripción al alta. 2. El seguimiento de estos procesos debe ser un objetivo permanente en la identificación de la causa de acontecimientos adversos durante la hospitalización en el marco de la seguridad clínica del paciente anciano.

P184. PACIENTES DIABÉTICOS DE EDAD SUPERIOR A 65 AÑOS CON ÍNDICE TOBILLO-BRAZO PATOLÓGICO. ¿TIENEN MAYOR RIESGO DE SUFRIR UNA ÚLCERA VASCULAR?

L.L. Cuixart Costa, C. Campmajó, V. Sierra, V. Martínez y E. Parra
EAP Dreta de l'Eixample. Barcelona.

Objetivo: Determinar si en los pacientes diabéticos de edad superior a 65 años con índice tobillo brazo (ITB) patológico presentan mayor riesgo de aparición de úlceras vasculares en las extremidades inferiores, así como mayor presencia de factores de riesgo cardiovasculares (FRCV).

Material y métodos: Estudio descriptivo transversal efectuado en pacientes diabéticos de una área básica de salud urbana. Muestra: 75 pacientes diabéticos de edad superior a 65 años a los que se ha realizado el ITB seleccionados aleatoriamente. Variables: edad, sexo, ITB, monofilamento, FRCV (tabaco, TA dislipemia), tratamiento antiagregante y úlceras vasculares.

Resultados: Se diferenciaron dos grupos:

Grupo con ITB patológico (15 pacientes, varones: 62,5%): FRCV: tabaquismo (6,25%), tensión arterial mal controlada (46,6%), dislipemia mal controlada (50%). Fármacos antiagregantes: 87,5%. Monofilamento patológico: 30,7%. Úlceras vasculares: 18%.

Grupo con ITB normal (60 pacientes, varones: 44,2%): FRCV: tabaquismo (4,9%), tensión arterial mal controlada (31%), dislipemia mal controlada (33,3%). Fármacos antiagregantes: 62,2%. Monofilamento patológico: 16,6%. Úlceras vasculares: 4,9%

Conclusiones: El grupo de pacientes diabéticos mayores de 65 años con ITB patológico, pese a realizar mejor el tratamiento antiagregante/anticoagulante, presenta mayor riesgo de sufrir úlceras vasculares, así como un peor control de los FRCV. También presentan mayor

porcentaje de monofilamento patológico (alteración neuropática), lo que incrementa el riesgo de pie diabético. Creemos adecuado realizar un ITB a los pacientes diabéticos de edad superior a 65 años, para identificar aquellos con mayor riesgo de realizar úlceras vasculares en las extremidades inferiores, e insistir en la importancia del control de los FRCV, además de realizar de forma correcta el tratamiento antiagregante.

P185. ENCUESTA DE OPINIÓN SOBRE EL MALTRATO A MAYORES

F.J. García Monlleo³, A.M. Mattei Boni¹ y G. Gutiérrez Aparicio²

¹SAS Granada. ²UGC LOJA-SAS. Granada. ³Hospital San Rafael. Granada.

Objetivo: Estudiar si existe una visión intergeneracional distinta al referirnos a los malos tratos a los mayores, para identificar medidas que ayuden a prevenir y conocer mejor las vivencias de los mayores a las generaciones más jóvenes para promover el respeto y la comprensión.

Material y método: Se realizan 626 entrevistas a mayores de 18 años. De una lista de acciones que consideramos malos tratos, se les pide a los encuestados que indiquen una de las cuatro opciones siguientes; siempre/muchas veces/a veces/nunca. Las acciones consideradas han sido: insultarle, golpearle, tratarlo de forma brusca, abandonarle, quitarle su dinero, no permitir que reciban visitas, esconderle o encerrarle, avergonzarse o burlarse de él, no proporcionarle cuidados médicos, no proporcionarle una buena alimentación, gritarle, no visitarlo en su casa, residencia y Hospital, no dirigirle la palabra, no escucharle, no considerar su opinión, no dejar que administre su dinero, dejarlo en época de vacaciones, no ayudarle en lo que le cuesta, presionarle por su herencia, atenderle en ultimo lugar, no cederle el asiento en el transporte publico.

Resultados: Más del 95% de los encuestados dicen que conocen lo que se entiende por "malos tratos". Más del 73% opinan que existen los malos tratos a las personas mayores. No se han observado diferencias por grupos de edad ni por sexo, en las respuestas a los encuestados. Las acciones: Insultarle, golpearle, tratarlo de forma brusca, abandonarle, no proporcionarle una buena alimentación, no proporcionarle cuidados médicos, quitarle su dinero, no permitir que reciban visitas, esconderle o encerrarle, avergonzarse o burlarse de él, dos o más de estas acciones son consideradas siempre como malos tratos en más del 90% de encuestados. Dos o mas de estas acciones son consideradas muchas veces (pero no siempre) como malos tratos en casi el 56%: gritarle, no visitarlo en su casa, residencia y hospital, no dirigirle la palabra, no escucharle, no considerar su opinión, no dejar que administre su dinero.

Conclusiones: No se han observado diferencias por grupos de edad ni por sexo, en las respuestas a los encuestados. La mayoría de los encuestados, consideran dos o más de las acciones son consideradas siempre como malos tratos.

P186. PERFIL DEL PACIENTE MAYOR DE 75 AÑOS ATENDIDO EN UN SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIO

E.M. Zafra Ocaña, C. Barrero Raya, B. Cobos Antoranz, M.J. Led Domínguez, J.I. Blázquez Carrasco y A. Carbonell Collar
Hospital Virgen del Valle. Toledo.

Objetivos: Conocer el perfil de los pacientes mayores de 75 años atendidos en un Servicio de Urgencias Generales de un hospital de tercer nivel asistencial.

Material y métodos: Estudio retrospectivo de los pacientes mayores de 75 años atendidos en el Servicio de Urgencias Generales de un hospital de tercer nivel asistencial, durante el mes de enero de 2009,

siendo recogida la información de la base de datos del Servicio de Urgencias y de Archivos y Documentación Clínica del Hospital Virgen de la Salud de Toledo. Se analizaron variables sociodemográficas, porcentaje de altas, ingresos, utilización del Área de Observación del Servicio de Urgencias (AOSU) y capacidad resolutoria de ésta, así como los motivos de consulta más frecuentes.

Resultados: Fueron estudiados un total de 5.916 pacientes, de los cuales 710 (12%) eran mayores de 75 años, siendo la edad media de éstos $82,40 \pm 5,26$ años. El 52,40% fueron mujeres, siendo la distribución por grupos de edad la siguiente: 75-79 años (35,07%), 80-84 años (32,95%), 85-89 años (21,54%), 90-94 años (7,88%), 95-99 años (2,4%) y > 100 años (0,14%). El porcentaje de ingresos hospitalarios fue el 27,74%, siendo atendidos en el Servicio de Observación de Urgencias el 4,5%, de los cuales el 75% fueron dados de alta en las primeras 24 horas y el 25% fueron ingresados. Respecto a los motivos de consulta, la patología traumatológica fue la más frecuente (20,14%), seguida de la patología cardiovascular (18,59%) y respiratoria (16,9%).

Conclusiones: 1. Los pacientes mayores de 75 años representan el 12% de las Urgencias General atendidas en un Servicio de Urgencias Generales de un hospital de tercer nivel, siendo la patología traumatológica la más frecuentemente atendida, seguida de la patología cardiovascular y respiratoria. 2. El Área de Observación del Servicio de Urgencias es adecuada para la atención de estos pacientes (ingresos desde ella del 25%, por debajo del 30% establecido en la literatura), estando la proporción de ingresos en el AOSU (4,5%) en el rango obtenido por otros autores para la población general (2-6,5%).

P187. TRATAMIENTO PALIATIVO DE LA ICTERICIA OBSTRUCTIVA MALIGNA CON ENDOPRÓTESIS BILIAR EN MAYORES DE 65 AÑOS

C.M. Terán Benzaquén, J. Jaramillo Hidalgo, E. Romero Pisonero, J. Mora Fernández y J.M. Ribera Casado
Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

Objetivo: Describir la experiencia en nuestro centro en el tratamiento paliativo con endoprótesis biliar (vía ERCP) en la ictericia obstructiva maligna en pacientes mayores de 65 años.

Método: Estudio descriptivo-retrospectivo. CMBD de pacientes dados de alta 1998-2008 con diagnóstico principal neoplasia obstructiva biliar y procedimiento endoprótesis por ERCP. Se recogen datos demográficos, valoración mental, tipo de tumor, comorbilidad y complicaciones. Análisis estadístico: SPSS 15.0.

Resultados: 76 pacientes (edad 77,0 años; DE 7,4). Sexo: 53,9% mujeres. Comorbilidad: 68% I Charlson > 2. Deterioro cognitivo 6%. Ingresos urgentes 70%. Atendidos en Medicina Interna 35,5%; Cirugía 22,4%; Oncología 22,4%; Digestivo 11,8%, Geriatría y otros 7,8%. Datos clínicos: Ictericia 74%, Dolor abdominal 50%, Sd. Constitucional 23%. Localización neoplasia: 56% proximales (30% colangiocarcinoma) y 44% distales (25% cabeza páncreas). El procedimiento intervencionista fracasó en el 17% de los casos (un 77% de estos precisó una segunda intervención). Complicaciones: 38% (58% sepsis, 10% perforación intestinal, 10% colangitis, 9% pancreatitis). Mortalidad intrahospitalaria: 19,2%. Reintervención al año 18% del total de la muestra (74% cirugía paliativa). En el análisis univariante se encontró relación entre comorbilidad y complicaciones ($p = 0,035$), comorbilidad e ingreso en medicina interna ($p = 0,052$), y tumor maligno distal y mortalidad intrahospitalaria ($p = 0,096$). No se encontraron diferencias significativas en el número de complicaciones respecto a la edad y sexo.

Conclusiones: Los procedimientos no invasivos sobre neoplasias del tracto biliar en mayores de 65 años no están exentos de complicaciones, aunque ofrecen un óptimo resultado técnico como abordaje paliativo. La comorbilidad asociada no contraindica su empleo en este grupo de edad.

P188. RELACIÓN ENTE ANTIAGREGACIÓN Y DEMORA QUIRÚRGICA EN PACIENTES AFECTOS DE FRACTURA DE CADERA

J. Santianes Patiño, J. González, N. Fernández, M. Ramos Bacco, L. Santiago y J.J. Solano Jaurrieta
Hospital Monte Naranco. Oviedo.

Objetivo: Estudiar la relación existente entre el tratamiento antiagregante y la demora de la intervención quirúrgica en los pacientes ingresados por fractura de cadera.

Métodos: Se estudian los 152 pacientes ingresados en la Unidad de Ortojeriatria 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). Del total de 152 pacientes, 56 (36,8%) recibían tratamiento antiagregante previo, frente a 96 (63,2%) que no estaban antiagregados. La demora quirúrgica (tiempo transcurrido entre la fractura y la intervención) fue de $3,38 \pm 2,53$ días para el global de los pacientes. La estancia hospitalaria fue de $19,01 \pm 6,34$ días. Al comparar estos datos según el tratamiento antiagregante, los pacientes antiagregados presentaban una demora de $4,26 \pm 2,8$ días, frente a los no antiagregados que presentaban una demora de $2,87 \pm 2,15$, siendo esta diferencia significativamente estadística ($p < 0,001$). Respecto a la estancia total, los pacientes antiagregados presentaban una estancia de $21,01 \pm 6,88$, frente a $17,84 \pm 5,72$ de los no antiagregados. Sin embargo, esta diferencia no alcanza el grado de significación estadística ($p > 0,13$).

Conclusiones: La antiagregación provoca un aumento en la demora quirúrgica de los pacientes que ingresan por fractura de cadera, sin tener tanta relevancia en cuanto a la estancia hospitalaria total.

P189. PERFIL REHABILITADOR, GANANCIA FUNCIONAL Y ESTANCIA MEDIA EN UNA UNIDAD DE CONVALENCENCIA GERIÁTRICA

F. Uriz Otano, M. Gonzalo Lazaro, J. Oteiza Olosa, M.C. Martínez Velasco, M. Muniesa Zaragozano y P. Julian Mur
Hospital San Juan de Dios. Pamplona.

Objetivos: Describir el perfil rehabilitador, ganancia funcional, eficiencia y estancia media en los pacientes que ingresa en la unidad de convalecencia del Hospital San Juan de Dios, según el motivo de ingreso.

Material y métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de 132 (83,5%) pacientes ingresados en la unidad en nuestra unidad que se ha realizado tratamiento rehabilitador desde Marzo 2008-Diciembre 2008. Se recogen variables demográficas, clínicas, funcionales (I. Barthel, Holden, Ganancia funcional: I. de Heinnemann corregido), estancia media, eficiencia (I.Balta-IBingreso/estancia), cognitivas, motivo ingreso, complicaciones asociadas. Para el análisis estadístico se utiliza el paquete SPSS10.

Resultados: Edad: 81,7 años, mujer 71,5%, estancia: 41,46 días. Comorbilidad de base (I. Charlson): 2,6 (26,5% > 3), Patologías crónicas más frecuentes: HTA 62,1%, DM 21,2%, Dislipemia: 28,0%, Insuficiencia cardiaca: 10,6%, Fibrilación auricular: 18,9%, EPOC: 25,2%, ACV: 18,9% Demencia: 41,6% Depresión: 43,1% Osteoarticular 76,5%. Motivo de ingreso: Fractura: 59,03% (cadera 90,9%), Inmovilidad Hospitalaria: 29,5%, Neurológico: 9,8% (ICTUS: 62%, TCE severo: 38%). Situación funcional (Barthel: IB) previo: 73,67; Eficiencia: 1,16 Ganancia funcional (Índice de Heinemann): 49,52, Holden: 3,8. Situación cognitiva basal (GDS): 2,94. Complicaciones más frecuentes: Síndrome

confusional agudo (SCA) 27,2%; Infección urinaria 25,0%. Infección respiratoria 16,1%; Insuficiencia Cardíaca 10,6%, EPOC reagudizado: 3,7%, Problemática social: 25,0%. Separado por Patologías que motivan el ingreso: Fractura: Edad: 82,3, Situación funcional: IB Previo: 79,6, Holden: 4,11 eficiencia: 1,14, I. Heinemman: 55,16, Cognitivo (GDS): 2,57, Comorbilidad (ICH): 2,09, SCA: 29,8%, Problemática social: 22,1%. Inmovilidad Hospitalaria: Edad: 82,9, Situación funcional: IB Previo: 57,4, Holden: 3,02, eficiencia: 1,38; I. Heinemman: 42,85, Cognitivo (GDS): 3,66, Comorbilidad (ICH): 3,53, SCA: 20,058%, Problemática social: 23,1%. Neurológico: Edad: 72,3, Situación funcional: IB Previo: 89,3, Holden: 4,46, eficiencia: 0,91; I. Heinemman: 47,38, Cognitivo (GDS): 2, Comorbilidad (ICH): 3, SCA: 38,5%, Problemática social: 46,1%.

Conclusiones: Los pacientes con patología neurológica: son más jóvenes, presenta buena recuperación funcional, aunque estancias medias más prolongada posiblemente por padecer con mayor frecuencia síndrome confusional agudo y problemática social. Los pacientes con inmovilidad Hospitalaria, presentan mayor comorbilidad, menor recuperación funcional así mismo mayor deterioro cognitivo y funcional basal (previo). Los pacientes con fractura de cadera son de mayor edad, menor comorbilidad y mayor recuperación funcional al alta.

P190. DESCRIPCIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL DE UNA POBLACIÓN DE EDAD AVANZADA EN UN MEDIO URBANO

G. de Febrer Martínez, R. Solá Alberich y V. Arijia Val
Hospital Universitari de Sant Joan de Reus. Facultat de Medicina. Universitat Rovira i Virgili. Reus. Tarragona.

Objetivo: El objetivo de este estudio es valorar el estado de nutrición de una población de edad avanzada y la identificación de los factores que intervienen.

Métodos: Estudio descriptivo de 450 personas de 65 años y más, seleccionadas de forma aleatoria y estratificada por grupos de edad, sexo y distritos censales de una ciudad de 100.000 habitantes. A los participantes en el estudio se les realizó por medio de entrevistas personales en su domicilio, medidas antropométricas, peso, altura y índice de masa corporal, y se les aplicó el Nutrition Screening Initiative-(NSI). También se realizó estudio sociofamiliar, la "Geriatric depression scale", test de Pfeiffer y escala de Barthel.

Para el análisis estadístico se ha utilizado el programa estadístico SPSS versión 15.0 para Windows. Para la comparación de resultados se ha aplicado la prueba de *chi-cuadrado* y para la comparación de medianas la *t* de Student Fisher y el análisis de la varianza. Se ha realizado una regresión logística múltiple para analizar factores causales. Se ha aceptado la significación estadística $p < 0,05$.

Resultados: Un 20% de la población presentaban riesgo nutricional alto y un 34% un riesgo nutricional moderado. Este riesgo, aumentaba con la edad siendo estadísticamente significativo en las mujeres ($p < 0,05$) pero no en los hombres. El peso corporal disminuye con la edad ($p < 0,005$) y las personas de mayor edad presentan menor altura ($p < 0,001$). El Índice de masa corporal también presenta esta tendencia a disminuir ($P < 0,001$). Comparando el NSI con el IMC no se ha observado una correlación en sus resultados. En cambio el NSI si se ha correlacionado de forma significativa ($p < 0,004$) con la pérdida de peso reciente. Las personas con mayor dependencia funcional, deterioro cognitivo y depresión presentaban mayor riesgo nutricional.

Conclusiones: 1. El grupo de población de 65 años y más presentan una alta prevalencia de riesgo de desnutrición cercana al 50%. 2. Las mujeres de 80 años y más, deben ser uno de los grupos diana en la intervención para mejorar el estado nutricional de la población. 3. El NSI se correlaciona con la pérdida de peso corporal pero no con el IMC. 4. Diversos factores influyen en la situación de riesgo nutricional como la situación sociofamiliar, el estado de dependencia funcional o el deterioro cognitivo.

P191. EXPERIENCIA DE REHABILITACIÓN GRUPAL DE LA DISFAGIA EN UNA UNIDAD DE MEDIA ESTANCIA

M.V. Cobo, M.V. Farré y R. Rossell
Hospital General de Granollers. Granollers. Barcelona.

Objetivos: Evaluación y rehabilitación grupal de la disfagia en la UME para evitar complicaciones respiratorias (broncoaspiraciones) y nutricionales. Damos recomendaciones generales, técnicas y maniobras específicas (posturales y deglutorias) a los pacientes y cuidadores principales.

Método: Criterios de inclusión: a) Pacientes con diagnóstico de disfagia en la fase oral preparatoria, fase oral o fase faríngea. No se incluye la fase esofágica. b) Pacientes que realicen dieta oral (pueden llevar SNG o PEG y realizar dieta mixta). c) No cumplir criterios de demencia avanzada ni síndrome de inmovilidad. d) Implicación del cuidador principal. La rehabilitación grupal se lleva a cabo una vez a la semana durante el almuerzo de los pacientes y tiene una duración de 80 minutos. El grupo incluye un máximo de 5 pacientes.

Resultados: La modificación de las texturas y volúmenes mejoran la seguridad y la eficacia de la deglución. Con este sistema de rehabilitación, implicando al cuidador principal, estamos ayudando a generalizar los aprendizajes llevados a cabo con la aplicación de técnicas de tratamiento específicas para la deglución. Mejoramos la alteración de los síntomas de alarma en una mala deglución, reduciendo los episodios de broncoaspiraciones y las desnutriciones.

Conclusiones: Esta experiencia que estamos llevando a cabo en nuestra Unidad de Media Estancia favorece: a) Mejor manejo de la disfagia. b) Los cambios e introducción de: nueva textura, adecuado volumen, estrategias posturales y sensoriales, así como las maniobras específicas deglutorias dan un buen resultado, para prevenir aspiraciones y con ello complicaciones médicas graves en pacientes geriátricos.

P192. DESCRIPCIÓN DE UNA UNIDAD DE CAÍDAS DE NUEVA CREACIÓN

E. Duaso Magaña, A. Sánchez, A. González, X. Martí, J. González y L. González
Consorcio Sanitario de Terrassa. Tarrasa. Barcelona.

Objetivos: 1. Conocer las características de los pacientes evaluados por la Unidad de Caídas del Consorcio Sanitario de Terrassa (UCCST). 2. Analizar las intervenciones terapéuticas, no médicas, realizadas por la UCCST.

Material y métodos: Estudio prospectivo descriptivo de la UCCST, donde se realiza una valoración geriátrica integral, a través del equipo interdisciplinar formado por dos médicos geriatras, un médico rehabilitador, tres enfermeras, un fisioterapeuta, un fisioterapeuta/terapeuta ocupacional, una trabajadora social y una auxiliar de clínica, a todos los pacientes remitidos con el antecedente de caídas de repetición. Se recogen datos demográficos y escalas clínicas: Índice Barthel (IB), Índice Lawton (IL), Yessavage (YV), Mini Examen Cognoscitivo (MEC), Short Mini Nutritional Assessment (S-MNA), Time Up and Go (TGUG), Test de Tinetti, tipo de marcha y de ayudas técnicas. Se valoran factores de riesgo intrínsecos y extrínsecos y síndromes geriátricos asociados. Se adoptan recomendaciones médicas, rehabilitadoras (ejercicio físico terapéutico individual, grupal, o rehabilitación domiciliaria) y modificaciones de hábitos, entorno y ayudas técnicas.

Resultados: Del 2-5-09 al 28-2-09 se han evaluado 84 pacientes, 72 mujeres; edad media 78,4 años. Con Polifarmacia el 95,2%. El 77,3 presentaban más de tres síndromes geriátricos. Media en las escalas de IB 81,2; IL 5,1; Yessavage 5,8; MEC 27,7; S-MNA 13,7; Tinetti 19,4; TGUG 20,7. Marcha limitada en el 70,2% y el 56% necesitaba ayuda técnica. Se dieron recomendaciones sobre hábitos, ayudas técnicas o entorno al 100% de los evaluados. Intervenciones en rehabilitación:

un 52,4% terapia grupal; 9,5 terapia individual; 4,8% rehabilitación domiciliaria y 33,3% no tributarios de rehabilitación.

Conclusiones: 1. La UCCST, en nueve meses, ha evaluado 84 pacientes. 2. El paciente tipo corresponde a mujer, de 78,4 años, con polifarmacia y otros tres síndromes geriátricos, dependiente leve para actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, nivel cognitivo preservado, con leves signos depresivos, estado nutricional conservado y con alteración en la deambulación y equilibrio. 3. El destino en 2/3 de los casos fue a terapias de rehabilitación y el resto a completar estudio por su patología relacionada con las caídas.

P193. DISEÑO Y METODOLOGÍA DE UN ENSAYO MULTICÉNTRICO RANDOMIZADO SOBRE LA EFICACIA DE UN PROGRAMA DE GESTIÓN DE ENFERMEDADES EN PACIENTES DE EDAD MUY AVANZADA CON INSUFICIENCIA CARDÍACA E IMPORTANTE COMORBILIDAD

C. Rodríguez Pascual, A. Vilches Moraga, A.I. Ferrero Martín, E. Paredes Galán, M. Torrente Carballido y M.J. Sánchez López
Complejo Universitario de Vigo. Vigo.

Introducción: La insuficiencia cardíaca (IC) es un síndrome frecuente en los ancianos hospitalizados, constituye la primera causa de rehospitalización y una de las más importantes de pérdida de calidad de vida y muerte. Aunque hay evidencias científicas que apoyan la implantación de programas de gestión de enfermedades (PGE) en IC para pacientes adultos, no se dispone de suficiente información para justificar su uso en pacientes de edad muy avanzada o con importante limitación funcional y comorbilidad.

Objetivos: El objetivo principal es medir la eficacia de un PGE en pacientes muy ancianos con IC e importante comorbilidad. Como objetivos secundarios se medirá el impacto del PGE sobre el conocimiento de la enfermedad y la adherencia con recomendaciones sobre hábitos de vida y cumplimiento farmacológico de pacientes y cuidadores; el efecto sobre la duración de los reingresos hospitalarios; y tipificación de los pacientes que más se benefician de este PGE.

Material y métodos: Estudio randomizado multicéntrico de intervención educativa en el que los pacientes serán asignados aleatoriamente en cada hospital al grupo intervención dentro de un PGE o al grupo control donde se adopta manejo clínico habitual. El reclutamiento de los pacientes será de 18 meses con un periodo de seguimiento de 12 meses.

Criterios de inclusión y exclusión: pacientes mayores de 75 años con criterios de dependencia o comorbilidad, diagnóstico de IC ingresados en unidades de agudos de Geriátría de los centros participantes, que no se encuentren en fases terminales de la vida o presenten deterioro funcional o cognitivo severos.

Intervención educativa: un gestor de casos en cada centro facilitará la puesta en marcha y mantenimiento de los cuatro componentes esenciales del programa de insuficiencia cardíaca en el anciano (PICA): 1) Valoración geriátrica integral. 2) Educación del paciente para mejorar el conocimiento y autocontrol de la enfermedad. 3) Vigilancia estrecha de la situación clínica y cumplimiento terapéutico. 4) Seguimiento de las guías de práctica clínica.

Variables finales: muerte, reingreso y calidad de vida.

Otras variables de estudio: literacy, conocimiento de la enfermedad, nivel de autocuidados y su relación con las variables finales.

Análisis estadístico: se estimará para cada paciente el tiempo hasta el reingreso y la muerte. Los análisis de la eficacia del PGE se realizarán por intención de tratar, usando modelos de riesgos proporcionales de Cox.

Conclusiones: Presentamos el diseño de un estudio randomizado de intervención educativa dentro de un PGE en pacientes de edad avanzada con alta comorbilidad ingresados por IC en UGAs de 8 servicios de Geriátría españoles.

P194. INSUFICIENCIA CARDÍACA Y VALVULOPATÍA EN UNA POBLACIÓN GERIÁTRICA

J. Flores Valderas, T. Estrada Álvarez, A. Escolante Melich, M. Muñoz Velez, M. Checa López y P. Serrano Cuadrado
Hospital Virgen del Valle. Toledo.

Introducción: La insuficiencia cardíaca (IC) es el motivo más frecuente de hospitalización y reingreso y representa la tercera causa de muerte cardiovascular en el anciano. En lo que respecta al pronóstico de la insuficiencia cardíaca es bien conocido que empeora con la edad. De hecho, el 90% de las muertes por este síndrome se producen en ancianos. Sin embargo, hay pocos datos centrados en el pronóstico a largo plazo de los ancianos que ingresan por insuficiencia cardíaca. Las valvulopatías constituyen una de las patologías más frecuentemente implicada en el desarrollo de IC.

Objetivos: Describir la relación entre las valvulopatías e ingresos por IC en personas mayores de 75 años.

Material y métodos: Se trata de un estudio descriptivo, retrospectivo, en el que se incluyeron 106 pacientes mayores de 75 años ingresados en el Hospital geriátrico Virgen del Valle (Toledo) en los últimos 6 meses, con el diagnóstico de IC que contaban con ecocardiograma durante dicho ingreso. Se recogieron las siguientes variables: edad, sexo, ubicación previa al ingreso, factores de riesgo cardiovascular (FRCV), valvulopatía previa, clase funcional respiratoria (NYHA), situación basal, Frecuencia cardíaca (FC), Valvulopatía en ecocardiograma de ingreso, Hipertensión pulmonar (HTP), clínica al ingreso, radiografía de tórax y destino al alta. Se analizaron mediante SPSS15.0.

Resultados: Se recogieron datos de una muestra de 106 pacientes con diagnóstico de IC, quienes presentaban una edad media de 84,5 ± 5,1. El 64,2% eran mujeres y el 35,8% varones. El 73,6% procedía de su domicilio y el 26,4% del medio residencial. En cuanto a los FRCV el 35,8% presentaba Dislipidemia (DL), el 32,1% Diabetes y el 77,4% Hipertensión arterial (HTA), observándose que el 30,2% de los pacientes presentaban los 3 FRCV. El 32,1% de los pacientes presentaban valvulopatía previa al ingreso hospitalario. En cuanto a la clase funcional (NYHA) el 35,8% presentaba una clase I, el 41,5% clase II, el 20,8% presentaba una clase III y no hubo ningún ingreso con clase IV. El 69,8% era independiente para actividades básicas de la vida diaria (ABVD) y el 30,2% era dependiente para más de dos ABVD. La FC promedio al ingreso fue de 90 lpm. A todos los pacientes que ingresaron con el diagnóstico de IC se les realizó Ecocardiograma con los siguientes resultados el 18,9% presentaba Estenosis Aórtica (EAo) de los cuales el 11,3% era leve, el 3,8% moderada y el 3,8% grave; el 34% tenía Insuficiente Aórtica (IAo) de los cuales el 17% eran leves, 15,1% moderada y el 1,9% IAo grave; El 18,9% tenía Estenosis Mitrál (EM), el 17% tenía EM leve y el 1,9% moderada; el 60,4% de los pacientes presentaba Insuficiencia Mitrál (IM) de los cuales el 37,7% eran leves, el 18,9% moderada y el 3,8% eran IM graves. El 35,8% tenían Insuficiencia Tricúspidea (IT), siendo el 24,5% IT leve, el 9,4% moderada y el 1,9% grave; y sólo el 5,7% tenía Estenosis Tricúspidea (ET) todos en grado leve. Así mismo se observó en el ecocardiograma que el 35,8% de los casos presentaban HTP. En cuanto a la clínica al ingreso el 72% tenía disnea, el 12% edemas con fóvea, el 6% dolor torácico, el 4% anasarca, otro 4% ortopnea y disnea paroxística nocturna y sólo el 2% oliguria. Al revisarse la radiografía de tórax se observó que el 88,5% de los pacientes tenían cardiomegalia y el 11,5% no la tenían, así mismo se observó que el 50% de los pacientes presentaba derrame pleural, de los cuales 9,6% era derecho, 3,8% izquierdo y el 36,5% era bilateral. En cuanto al destino al alta, el 88,7% de los pacientes volvieron a su lugar de procedencia, el 7,5% precisaron institucionalización y el 3,8% fallecieron durante el ingreso.

Conclusión: Los datos recogidos indican que la valvulopatía más frecuentemente asociada a la IC es la IM grado leve, con una clase II de la NYHA siendo la disnea el síntoma predominante al ingreso. Así mismo se pudo observar que la edad promedio al ingreso es de

84 años, siendo la HTA el FRCV más asociado a la IM y la IC, así mismo la cardiomegalia se asoció en un 88,5% de los casos, siendo el derrame pleural bilateral el más frecuente al ingreso. Por último se observó que el 7,5% de los pacientes precisaron nuevo ingreso en residencia.

Bibliografía:

Martínez Selles M, López Palop R, et al. Actualización en cardiología geriátrica. *Rev Esp Cardiol*. 2009;62(Supl 1):53-66.
 Curtis LH, Whellan DJ, Hammill BG, Hernández AF, Anstrom KJ, Shea AM, et al. Incidence and prevalence of heart failure in elderly persons, 1994-2003. *Arch Intern Med*. 2008;168:418-24.
 Tribouilloy C, Rusinaru D, Mahjoub H, Soulière V, Lévy F, Peltier M, et al. Prognosis of heart failure with preserved ejection fraction: a 5 year prospective population-based study. *Eur Heart J*. 2008;29:339-47.
 Pelle AJ, Gidron YY, Szabó BM, Denollet J. Psychological predictors of prognosis in chronic heart failure. *J Card Fail*. 2008;14:341-50.

P195. CARDIOPATÍA ISQUÉMICA Y FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN UNA UNIDAD GERIÁTRICA DE AGUDOS

R. Paz Maya, J. Fernández Soria, M. Checa López, P. Serrano Cuadrado, T. Estrada Álvarez y M. Araujo Ordóñez
Hospital Virgen del Valle Toledo. Toledo.

Introducción y objetivos: Las enfermedades cardiovasculares suponen la primera causa de muerte en España y aproximadamente un tercio de ellas se deben a cardiopatía isquémica, de ahí su importancia clínica, demográfica y social. Estas enfermedades tienen un origen multifactorial y destacan, por su importancia, los denominados factores de riesgo cardiovascular (FRCV), entre los que podemos destacar la edad y el sexo como FRCV no modificables y el tabaquismo, la hipertensión arterial (HTA), la hipercolesterolemia y la diabetes mellitus (DM) como FRCV modificables. El tratamiento de dichos factores de riesgo ha contribuido al descenso registrado de la mortalidad relacionada con la aterosclerosis que se ha observado en los países occidentales. El objetivo es describir la relación entre los FRCV y la cardiopatía isquémica en pacientes mayores de 75 años en una Unidad Geriátrica de Agudos.

Material y métodos: Se diseñó un estudio descriptivo, retrospectivo, en el que se incluyeron 120 pacientes mayores de 75 años ingresados en la Unidad Geriátrica de Agudos del Hospital Virgen del Valle en los últimos 6 meses, con el diagnóstico de Cardiopatía isquémica. Se recogieron las siguientes variables: Edad, sexo, factores de riesgo cardiovascular, enfermedades crónicas previas, clase funcional respiratoria (NYHA), clínica al ingreso, medicación, hallazgos en radiografía de tórax, electrocardiograma y ecocardiograma.

Resultados: Se recogieron datos de una muestra de 120 pacientes con diagnóstico de cardiopatía isquémica, presentando una edad media de 82,5 ± 5 años. El 58% eran varones y el 42% mujeres. En cuanto a los FRCV, el 72% presentaban hipertensión arterial (HTA), el 46% Diabetes Mellitus (DM) y el 54% Dislipemia (DL), observándose que el 36,2% de los pacientes presentaban los 3 FRCV. El 39% presentaban una clase funcional I, el 37% clase II, el 24% clase III, no habiendo ningún ingreso en clase IV. La frecuencia cardíaca promedio al ingreso fue de 85 lpm. En cuanto a la clínica al ingreso, el 68,3% presentó dolor torácico, el 26% disnea y el 4,6% edemas y oligoanuria. Al revisarse la radiografía de tórax se observó, que el 47,8% de los pacientes tenían cardiomegalia; el 19% presentaba derrame pleural bilateral y el 4,6% presentaba derrame pleural derecho. A todos los pacientes se les realizó un ecocardiograma, con los siguientes resultados, dilatación de aurícula izquierda 43,4% y dilatación biauricular 3,5%; disfunción diastólica 21,7%; dilatación de ventrículo izquierdo (VI) 8,5% e hipertrofia concéntrica de VI el 65%; una fracción de eyección de ventrículo izquierdo (FEVI) > 60% se objetivó en el 54% de los pacientes, el 8,5% FEVI 45-60%, el 28% FEVI 30-45% y el 9,5% FEVI < 30%; el 14% presentaba Estenosis aórtica; el 39% presentaba Insufi-

ciencia aórtica; el 6,2% Estenosis mitral; el 39% presentaba Insuficiencia mitral; el 8,6% presentaba insuficiencia tricuspídea leve; el 4,3% presentaba estenosis tricuspídea severa y el 13% presentaba Hipertensión pulmonar moderada. En cuanto a tratamiento médico al alta, el 91% de los pacientes estaban con antiagregantes plaquetarios, el 9% con anticoagulantes orales, el 78% con estatinas, el 53% con nitritos, el 43,5% con beta-bloqueantes, el 52% con IECAs, el 13% con antagonistas del calcio, el 21,7% con diuréticos, el 6% con digoxina, el 4,3% con amiodarona y el 8,7% con oxígeno domiciliario.

Conclusiones: La edad promedio al ingreso por cardiopatía isquémica fue de 82 años, con predominio del sexo masculino. Se objetiva la gran importancia de los FRCV en la cardiopatía isquémica, presentando ¾ partes de los pacientes HTA, la mitad de ellos DM y DL. La sintomatología clínica más frecuente fue en 2/3 partes de los pacientes el dolor torácico, seguido de disnea, edemas y oligoanuria; objetivándose casi en la mitad de los pacientes cardiomegalia en la radiografía de tórax. En cuanto al tratamiento médico al alta el 91% de los pacientes estaban antiagregados, 2/3 con estatinas, y casi la mitad de ellos con antianginosos e IECAs.

P196. INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO, ¿SE UTILIZAN LAS GUÍAS CLÍNICAS EN EL PACIENTE OLD-OLDEST?

E.C. Ruíz Mendoza, F. Coindreau, S. Palau, R. Benavent y E. Roquer
Fundación Hospital Asil de Granollers. Barcelona.

Introducción: El Infarto Agudo de Miocardio (IAM) presenta una incidencia y mortalidad elevada a partir de los 65 años. (1) La mortalidad en España por IAM en > 85 años (descritos en la literatura como "old-oldest") fue 16,45% (2) La medicina basada en la evidencia propone guías de actuación en el tratamiento que reducen la mortalidad. Pese a ello, se encuentra baja adherencia de la aplicación de las mismas en los "old-oldest" (3-4)

Objetivo: Conocer el grado de aplicación de las guías terapéuticas de la cardiopatía isquémica en los > 85 años e identificar si la valoración geriátrica integral (VGI) influye en la actuación terapéutica.

Método: Estudio retrospectivo, de 68 pacientes ingresados en un Hospital General con diagnóstico de IAM del 01/01/06 al 31/12/08. Se recogen variables demográficas, antecedentes patológicos (AP), tratamiento previo y al alta, valoración funcional agrupado en leve, moderado y severo, y valoración cognitiva. Método estadístico descriptivo, porcentajes, χ^2 entre tratamiento previo y al alta, con pruebas no paramétricas entre la VGI y tratamiento.

Resultados: Edad media 87,84 años. Mujeres 53% Ingresa en la Unidad de Geriátrica de Agudos (UGA) el 32% y en Medicina Interna (MI) el 68%. Del total el 16% ingresó en UCI. AP: HTA 63%, DM 34%, Dislipemia 32%, Cardiopatía isquémica 29%, Fibrilación auricular 18%, Insuficiencia renal 12% Funcionalidad: dependencia leve 46% moderada 15% severa 29%, con diferencia estadísticamente significativa entre UGA y MI (mayor dependencia en UGA con $p = 0,05$ en moderada y $p = 0,04$ en severa) Tratamiento previo/alta en el global (%), p) IECAs 25/37 ($p = 0,73$), Estatinas 16/28 ($p = 0,003$), B-Bloqueantes 10/23 ($p = 0,27$), ACO 13/12 ($p = 0,009$), Nitratos 19/47 ($p = 0,05$), Antiagregantes 53/66 ($p = 0,53$), Calcio-Antagonistas (CaA) 19/16 ($p = 0,08$), ARAII 13/4 ($p = 0,45$). Diferencias en el tratamiento al alta MI/UGA: IECAs ($p = 0,62$), Estatinas ($p = 0,68$), B-Bloq. ($p = 0,46$), anticoagulante ($p = 0,36$), Nitratos ($p = 0,12$), Antiagregantes ($p = 0,68$), CaA ($p = 0,029$), ARAII ($p = 0,57$). Al valorar funcionalidad y tratamiento al alta: leve IECAs ($p = 0,01$), CaA ($p = 0,005$), y en los severos Antiagregantes ($p = 0,015$). Se observa menor uso de beta bloqueantes en pacientes con dependencia severa (16%) respecto al resto (35%), sin diferencias estadísticamente significativas. La mortalidad total 25% (MI 17%, UGA 41%) $p = 0,03$.

Conclusión: Las guías clínicas abogan por el uso de medicamentos que aumentan la supervivencia. En nuestra población "old-oldest" solo confirmamos la introducción como fármacos nuevos de estatinas y antiagregantes. Hemos observado una mortalidad estadística-

mente mayor en los pacientes ingresados en UGA, respecto a MI, que creemos en relación a una mayor comorbilidad y peor estado funcional (p estadísticamente significativa). En nuestra muestra hemos observado que la situación funcional ha influido, de manera estadísticamente significativa, a la hora de prescribir IECAS y antiagregantes. El uso de IECAS era mayor en pacientes poco dependientes, y el uso de antiagregantes era menor en los pacientes con alto nivel de dependencia, ambos de manera estadísticamente significativa. El uso de beta bloqueantes en pacientes con dependencia severa es menor que en el resto, sin observar diferencias estadísticamente significativas, posiblemente debido al tamaño de la muestra. Tampoco se observan diferencias estadísticamente significativas por la situación cognitiva del paciente.

P197. FACTORES QUE INFLUYEN EN LA NO RECUPERACIÓN DE LA MARCHA EN LOS PACIENTES CON FRACTURA DE EEII

M. Urkiza, I. artaza, I. Olivares, E. Elgezua, I. Aurre y N. Lauzirika
Residencia Igorco Orue. Bilbao.

Objetivos: Analizar los factores determinantes en la no recuperación de la marcha de los pacientes que ingresan en una unidad sociosanitaria de rehabilitación geriátrica tras una fractura de EEII.

Material y metodología: Se revisaron las historias clínicas de los pacientes ingresados en la unidad sociosanitaria con fracturas de EEII durante el 2008. Se analizaron las variables de edad, estado nutricional (IMC y MNA), estado funcional (Barthel) y valoración de la marcha (FAC y Tinetti).

Resultados: Del total de 107 personas que han ingresado en la unidad 43 presentaban fracturas de EEII (40,18%). (30 fracturas de cadera, 5 de pelvis, 3 de fémur, 1 tibia, 1 peroné, 1 metatarsiano, 1 PTC y 1 PTR). La media de edad era de 82,06, (90,6% mujeres). El 65% de los pacientes recuperaron la marcha. Las variables nutricionales y funcionales en los pacientes que no recuperaron la marcha eran inferiores frente a los que sí la recuperaron.

	No recuperan	Sí recuperan
IMC Ingreso	25,1	27,9
IMC Alta	23,5	28,2
MNA Ingreso	16,2	19,12
MNA Alta	18	23,03
Barthel Ingreso	16,66	32,67
Barthel Final	25	76,25
I. Heinemann	18,02	64,40
FAC Ingreso	0,2	0,3
FAC Alta	0,3	4,5
Tinetti Ingreso	2,46	4,28
Tinetti Alta	3,26	19,28

Conclusiones: 1. La fractura de cadera es la más frecuente entre las fracturas de EEII tratadas en la unidad sociosanitaria. 2. Una alteración del estado nutricional influye en la no recuperación de la marcha. 3. Un mayor nivel de dependencia funcional al ingreso determina una menor recuperación de la marcha.

P198. FRCV Y CARACTERÍSTICAS ECOCARDIOGRÁFICAS EN PACIENTES CON ACVA INGRESADOS EN UNA UNIDAD GERIÁTRICA DE AGUDOS

P.I. Serrano Cuadrado, A. Escolante Melich, M. Araujo Ordóñez, Z. Yusta Escudero, J. Flores Valderas y V. Rentería
Hospital Virgen de Valle. Toledo.

Introducción: Los Accidentes Cerebrovasculares (ACV) son una de las principales causas de morbimortalidad en la población anciana, Aproximadamente el 80% son de origen Isquémico (entre 5-15% causa cardioembólica, aumentando significativamente la frecuencia de ésta a partir de los 75 años). La prevalencia del ACV Isquémico au-

menta con la edad y hay una serie de factores de riesgo bien definidos como (HTA, DM, Dislipemia, Tabaco, Alcoholismo, F. Auricular, Valvulopatía/protesis valvulares, C. isquémica, etc). En este estudio hemos querido registrar el perfil tipo de pacientes ancianos que ingresan en nuestro hospital por presentar un ACV isquémico.

Material y métodos: Análisis descriptivo de una población de pacientes (> 75 años) ingresados en una unidad de agudos hospitalaria (UGA), durante el año 2008, tras haber sufrido un ACV isquémico, para ello se han registrado los principales Factores de riesgo, así como datos obtenidos de la realización de ecocardiogramas transtorácicos.

Resultados: Total de población: 88. Edad media: 86,8 años. Mujeres: 56%. 86,2% procedentes de domicilio. 86% independiente en ABVDS. F. Riesgo: HTA 82%; DM 38,6%, Dislipemia 21,8%, Fumadores activos 11,4%, Arritmia previa 27%, C isquémica 11%, ACV previo 28,31%, Valvulopatía conocida 22,7%. El 59% tratamiento antiagregante 13% con tratamiento antiacoagulante, (porcentaje antiagr/anticoag/ninguno: ACV previo 71/14/15%, Arritmia previa 42/33/25%. Valvulopatía conocida 60/21/19%, C. Isquémica 58/28/14%). 41% Estatinas. 80% Anti-HTA. El 21% presentaban FA en el ECG de ingreso (78% no conocida previamente). El 65% cardiomegalia en la Rx Torax y un 16% cifras de colesterol > 240 mg/dl. Hallazgos Ecocardiograficos: Dilatación AI 34%, Dilatación Biauricular 20%, Disfunción Diastolica, 30%, Hipertrofia VI 62%. FEVI Normal 84% (5% severamente deprimida). EAo ligera 11%, IAo ligera 23%, IM leve 16%, IM moderada 9%, EM ligera 12%. HTP ligera 5%, HTP severa 9%. Válvula mitral prótesis en 1 caso. No se objetivó Trombo Auricular/ventricular en ninguno de los casos.

Conclusiones: El 80% de los pacientes presentan 2 o más FRCV. El 60% de los pacientes estaban ya previamente Antiagregados y un 13% Anti-coagulados. La Proporción Aterotrombosis/Cardioembolia es similar a la obseada en otros estudios. La Cardiomegalia y la HVI en el Ecocardiograma, son los hallazgos más relevantes asociados a ACV en nuestro estudio. No hemos podido correlacionar Hallazgos patológicos significativos en el Ecocardiograma con origen Cardioembólico del ACV.

P199. CÓMO DUERMEN NUESTROS PACIENTES

T. Usieto Piedrafita, S. Solsona, R. Vial y C. Cánovas
Hospital Real Nuestra Señora de Gracia. Zaragoza.

Objetivo: Estudiar la prevalencia de los trastornos del sueño en ancianos hospitalizados. Analizar la influencia de la hospitalización en el insomnio del anciano y la evolución de este problema al alta.

Material y métodos: Estudio descriptivo en una muestra de ancianos ingresados en el Servicio desde enero a junio de 2008. Análisis de los factores que predisponen al insomnio durante la hospitalización. Control telefónico de su estado post alta. Base de datos SPSS 11.0.

Resultados: De los 141 ancianos estudiados, 87 (61,7%) tuvieron insomnio. 58 fueron mujeres con una edad media de 84,61 años. Fueron dementes el 65,5%. Tuvieron Barthel < 20 34,5%. Vivían en domicilio 64. Comorbilidad: cardio-respiratoria 85%, infecciosa 63,2%, osteoarticular 63%, urológica 43%, neurológica ACV 24%, oncológica 11,5%. 57 pacientes (64,4%) tuvieron insomnio previo en el domicilio, que aumentó tras el ingreso. 30 pacientes (33,3%) sin antecedentes de insomnio, lo tuvieron durante la hospitalización. 32 pacientes (36,8%) tuvieron delirium hiperactivo como causa del insomnio (de-mentes p < 0,05). La comorbilidad o su medicación no se relaciono de forma significativa con mayor prevalencia. En el hospital se modificó su tratamiento (70%): zolpidem 12,2%, BZD acción corta 55%, antidepresivos 24,1%, clometiazol 12,65%, NL atípicos 38%, NL típicos 2,4%. Fallecieron 10 pacientes. De los 77 pacientes dados de alta se realizó un control telefónico contestando 34 (44,15%). Vivían en domicilio 23. La entrevista se realizó al cuidador principal en 20. 67,64% fueron dementes. Dormían mal 3 (8,82%), regular 8 (23,52%) y bien 23 (67,64%). De estos 14 continuaban con la misma medicación, 3 no tomaban y 6 habían cambiado.

Conclusiones: 1. La hospitalización del anciano y la patología que la genera potencia la aparición de trastornos del sueño especialmente en dementes, lo que obliga al abordaje integral de este problema con necesidad de una terapia ambiental y en ocasiones farmacológica. 2. En el entorno domiciliario al alta, la valoración continuada del insomnio y de sus factores de riesgo, con ajustes de medicación cuando se precise, posibilitará el cuidado del anciano por su cuidador principal.

P200. HERRAMIENTAS INTEGRADAS DE VALORACIÓN VERSUS HERRAMIENTAS PROPIAS EN ATENCIÓN RESIDENCIAL

M.I. Genua, I. Pérez de Mendiguren, I. Iturrioz, M.A. Urbizu, M.J. Garate y E. Aguado
Matia Fundazioa. Donostia.

Objetivos: El reto de las organizaciones sociosanitarias hoy en día es el de integrar calidad de gestión a calidad de atención y a buenos resultados en los usuarios y en sus familiares. Una gran preocupación de los gestores residenciales es el de vincular las necesidades de los usuarios atendidos con los recursos más adecuados para su atención y el coste que estos suponen en los centros. El mundo científico ha elaborado ya herramientas integradas que configuran un conjunto mínimo de datos del usuario que permiten clasificarlos en función de los recursos que necesitan para alcanzar objetivos asistenciales. El objetivo que se plantea con este trabajo es el de seleccionar la mejor opción que nos permita obtener la información completa del usuario que permita tanto un objetivo principal y un plan individualizado de cuidados como un conocimiento de los recursos necesarios.

Metodología: Revisar herramientas integrales, identificar aquella que más aceptación tenga entre los grupos de interés de Matia, comparar la información con la que se deriva de las valoraciones que cada profesional de los equipos interdisciplinares utiliza dentro de su campo competencial y analizar su aceptación entre los profesionales de nuestros centros.

Resultados: Tras analizar 5 equipos interdisciplinares las distintas herramientas de valoración integral utilizadas en atención residencial en distintas partes del mundo y aquellas mayormente aceptadas por las instituciones del área social, se selecciona el RAI HC. Que permite clasificar a los usuarios en función de los recursos que estos necesitan para su mejor atención. La mayor parte de la información que contiene puede obtenerse de las valoraciones que en Fundación Matia utilizan los distintos profesionales de atención residencial. Estos sin embargo se manejan mal con la herramienta integrada Sin embargo, gracias a una nueva herramienta informática "SIGECA RESIDENCIA", la información ha podido ser volcada en la herramienta integral lo que nos ha permitido clasificar a los usuarios por necesidad de recursos (importante en gestión del centro) y establecer el objetivo principal de atención.

Conclusiones: Cada profesional maneja y entiende las herramientas propias de su competencia profesional. Las herramientas integradas permiten conocer la globalidad del usuario y permite clasificarlos adecuadamente. El uso combinado de ambos sistemas (automatizando el proceso con herramientas informáticas) se facilita el trabajo en equipo orientado al residente.

P201. TOMA DE DECISIONES EN EL FINAL DE LA VIDA: APLICACIÓN DE LOS PRINCIPIOS DE BIOÉTICA EN GERIATRÍA

F. Soria Perdomo¹, L. Morelo Negrete², P. Gil Gregorio¹ y J.M. Ribera Casado¹

¹Hospital Clínico San Carlos. Madrid. ²Hospital Universitario San Ignacio. Bogotá. Colombia.

Objetivos: Analizar la aplicación de los principios de bioética en la actividad diaria del geriatra a través del seguimiento de una pequeña muestra de pacientes.

Materiales y métodos: Estudio observacional retrospectivo, donde se evalúan 10 pacientes, seguidos en el Hospital Universitario San Ignacio de Bogotá, con patología diversa quienes decidieron la no utilización de medidas terapéuticas que pudieran lograr la curación o mejoría de sus procesos patológicos progresivos y potencialmente letales. Seguimiento efectuado hasta el fallecimiento.

Resultados: 5 mujeres y 5 hombres; con edad de 80 años (± 5), 8 pacientes presentaban deterioro cognitivo leve y 7 con deterioro funcional con escala de Barthel igual o menor a 40. Tres pacientes presentaban neoplasias (Adenocarcinoma de colon, hemato-oncológicos y carcinoma bronquioalveolar), 6 patología neurológica (cerebrovascular, Enfermedad de Alzheimer) y 1 fracturas patológicas múltiples. Los pacientes fueron seguidos por dos años en promedio. Todos fallecieron en el domicilio acompañados por sus familias con supervisión del equipo médico. Se respetó la decisión de no recibir tratamientos médicos con intención curativa y se priorizó la paliación de los síntomas, a manos de un equipo multidisciplinario. Seguimiento con visitas médicas y entrevistas para obtener información relacionada a la conformidad del paciente y de los cuidadores acerca de la evolución clínica.

Conclusiones: 1. En el manejo estos pacientes prevaleció la aplicación de los principios de bioética, en particular la autonomía y la beneficencia. 2. Es necesario que el médico geriatra reconozca los principios básicos de la bioética haciendo uso de ellos en su práctica diaria.

P202. OPINIONES DEL PERSONAL SANITARIO SOBRE TEMAS DE BIOÉTICA

E. Serra Aubanell, Y. Maublanc Guzmán, A. Planas Pellice, M. Urrea Ayala, R. Argudo Lara y A.I. López Sánchez
Sant Joan de Déu Serveis Sociosanitaris. Barcelona.

Objetivos: Valorar las opiniones del personal sanitario sobre temas de bioética en un centro socio sanitario de Esplugues del Llobregat.

Material y métodos: Se trata de un estudio descriptivo mediante encuestas estandarizadas, que incluyen los siguientes temas: consentimiento informado, voluntades anticipadas, transfusión de sangre en Testigos de Jehová, encarnizamiento terapéutico, control del dolor, sedación paliativa, confidencialidad, curas paliativas y eutanasia.

Resultados: Se entregaron 70 encuestas, se obtuvo respuesta de 47 (67,1%), 89,4% en mujeres y 10,6% en hombres. La edad media del personal es 36,3 años.

Los diferentes temas son: 1) Consentimiento informado: el 76,6% opinan que ha de ir acompañado de una información gradual y progresiva por parte del médico, un 23,4% consideran que es obligatorio y ha de formar parte de la información del enfermo, pero nadie se lo lee. 2) Voluntades anticipadas: el 93,6% cree que se ha de cumplir la voluntad del paciente con los términos que la ley establece, 4,3% creen que la última decisión ha de ser del médico y solo 2,1% opinan que no se ha de respetar la opinión del paciente si la familia se opone. 3) Se ha de respetar la voluntad de no transfundirse sangre si es testigo de Jehová: 59,6% creen que se ha de respetar siempre si está bien informado, 34% creen que se ha de respetar, siempre que no haya riesgo para su vida, y el 6,4% no lo respetaría y le transfundiría sangre. 4) Se puede establecer limitaciones terapéuticas en situaciones irreversibles: 63,8% creen que siempre que el tratamiento sea curativo y no paliativo y se cuente con el consentimiento del paciente o familia. 5) Conocimiento de un protocolo de analgesia para el control del dolor: 31,9% lo desconocen porque no lo utilizan, el 25,5% si que lo conocen pero consideran que no se utiliza adecuadamente y un 25,5% si que lo conocen, pero no lo creen necesario porque el dolor está bien controlado. 6) Sedación paliativa en pacientes en fase terminal: 68,1% creen que es una forma de controlar los síntomas pero siempre respetando la opinión del paciente, el 19,1% creen que siempre se ha de aplicar para controlar los síntomas refractarios y con

dosís altas para un final rápido, 10,6% creen que se ha de aplicar cuando la familia lo pida y creen que no hace falta informar al paciente para evitar sufrimiento y el 2,1% creen que nunca se ha de sedar un paciente. 7) Derecho a la confidencialidad del paciente: 85,1% consideran que se tendría que concienciar a todo el personal sobre el secreto profesional de todos los datos que puedan conocer del paciente, un 6,4% creen que la dirección médica tendría que hacer una campaña o dictar normas más estrictas para que se cumpla el secreto. 8) Los pacientes paliativos están bien atendidos en el hospital: 63,8% creen que ha de existir un grupo asistencial especializado para estos pacientes, 31,9% creen que sí que están bien atendidos y controlados y un 2,1% creen que se podría mejorar, pero los médicos no están bien preparados, 2,1% no responde. 9) Eutanasia: sobre si un paciente tiene derecho a pedir ayuda para morir el 66% creen que este derecho tendría que estar regulado y estrictamente controlado.

Conclusiones: 1. Los temas de mayor interés para el personal sanitario de nuestro centro son: el control del dolor, la sedación, curas paliativas y la eutanasia. 2. Debemos ampliar información sobre el protocolo de la analgesia de los profesionales. 3. Llama la atención que un bajo porcentaje piensa que nunca se debe sedar a un paciente.

P203. VALOR PRONÓSTICO DEL SÍNDROME METABÓLICO EN PACIENTES MAYORES CON ICTUS ISQUÉMICO

C. Fernández Alonso, R. Cuervo Pinto, E.J. García Lamberechts, D. Chaparro Pardo, A. Sinclair y J.M. Ribera Casado
*Hospital Clínico San Carlos. Madrid.
Luton & Dunstable Hospital.*

Introducción: El síndrome metabólico (SM) es un conjunto de alteraciones fisiopatológicas que se presentan de forma simultánea o secuencial: resistencia a la insulina, intolerancia hidrocarbonada o diabetes mellitus 2, dislipemia, obesidad, hipertensión, alteraciones protrombóticas e hipofibrinolíticas y elevación de marcadores de la inflamación. Es un factor del riesgo bien conocido de padecer ictus isquémico pero su implicación pronóstica no está claramente definida.

Objetivo: Determinar el valor pronóstico al ingreso del SM con Ictus agudo isquémico.

Material y métodos: Estudio retrospectivo de 100 pacientes > de 65 años ingresados en la Unidad de Ictus del Hospital Luton & Dunstable (Reino Unido) durante el año 2006. Se excluyeron aquellos en los que no se podía determinar la presencia o ausencia de SM determinado por criterios NCEP-ATPIII (n = 41). El pronóstico vital y funcional se determinó al ingreso según la clasificación de O.C.S.P. (Oxfordshire Community Stroke Project) que los divide en (TACI), afectación parcial (PACI), infarto lacunar (LACI) e infarto del territorio posterior (POCI), suponiendo el TACI un peor pronóstico con respecto al PACI y de éste con respecto al LACI. Se excluyeron pacientes con POCI (n = 8) por pertenecer a un territorio vascular diferente. Se ha hecho un estudio de correlación entre el número de criterios de SM, así como la ausencia o presencia de SM, con el porcentaje de TACI, PACI y LACI en cada grupo de pacientes con ictus. Análisis estadístico: SPSS 13.0.

Resultados: N = 51 pacientes. 47% eran varones y 53% mujeres con una edad media de 75 (DE 7,2) años. El coeficiente de correlación entre el número de criterios NCEP-ATPIII y el grado de infarto (TACI, PACI, LACI) es + 0,331 (p 0,016). En aquellos con diagnóstico de SM las frecuencias de TACI, PACI y LACI son 41,7%, 41,7% y 16,7% respectivamente, mientras que en aquellos que no cumplían diagnóstico de SM eran de 14,8%, 37% y 48,1% respectivamente, siendo estas diferencias estadísticamente significativas (p < 0,028).

Conclusiones: La presencia de SM en pacientes con ictus isquémico agudo (territorio anterior) se correlaciona con una mayor gravedad del ictus, mayor extensión del infarto, peor pronóstico funcional y de supervivencia según la OCSF en nuestra muestra.

P204. INDICADORES

I. Pérez de Mendiguren, M.I. Genua, M.J. Garate, M.A. Urbizu y E. Aguado
Matia Fundazioa. Donostia.

Objetivos: Evaluar el uso de indicadores de la intervención asistencial en los Centros Gerontológico de Matia Fundazioa, como método que permita medir la calidad asistencial prestada a los usuarios de nuestros Centros y a la vez establecer un proceso continuado de mejora en los mismos.

Metodología: La metodología utilizada se basa en primer lugar a la elección de un conjunto de indicadores consensuados por el equipo del proceso, tras la identificación de las áreas más prioritarias y la determinación de una serie de indicadores por área. Tras esta fase se procedió a su implantación en los Centros y posteriormente a su evaluación y medición periódica, posibilitando la detección de problemas y la introducción de los cambios necesarios para lograr la mejora continua del trabajo asistencial.

Resultados: Los indicadores consensuados han sido los siguientes: 1) Porcentaje de ocupación. 2) Porcentaje de usuarios con valoraciones integrales. 3) Porcentaje de usuarios con valoración de calidad de vida. 4) Porcentaje de usuarios con UPP post ingreso por estadios, infección nosocomial. 5) Porcentaje de usuarios con SARM, media de medicamentos por usuario, porcentaje de usuarios con más de 5 medicamentos. 6) Porcentaje de usuarios con más de 9 medicamentos, caídas, caídas de repetición, fracturas de cadera, valoración periódica del estado nutricional, incidencias en la atención.

Conclusiones: La implantación y seguimiento de una serie de indicadores, proporciona una medición fiable de las diferentes áreas de la actividad residencial, posibilitando, con carácter dinámico, la introducción de las modificaciones que se consideren oportunas tendientes a mejorar la eficacia de nuestra intervención.

P205. UN NUEVO MODELO INTEGRADO PARA LA ATENCIÓN AL PACIENTE GERIÁTRICO EN UNA UNIDAD DE AGUDOS (UGA): ATENCIÓN MEDICOQUIRÚRGICA COMPARTIDA Y CONTINUIDAD ASISTENCIAL ADECUADA EN RECURSOS INTERMEDIOS. EXPERIENCIA DE MEDIO AÑO

A. Castellarnau Font, J. Amblàs Novellas, M. Arévalo Anaya, A. Manzano Buldo y J. Espauella Panicot
*Consorci Hospitalari de Vic/Hospital de la Santa Creu.
Barcelona.*

Objetivos: Valoración de 6 meses de un nuevo modelo integrado para la atención al paciente geriátrico en una UGA ya preexistente.

Método: Creación de un nuevo modelo de atención para pacientes frágiles, con los siguientes objetivos: 1) Modificar los procesos de trabajo, con una organización de la atención al paciente por necesidades: a) Criterios de admisión definidos, pacientes geriátricos frágiles. Inicialmente pacientes de 85 o más años y/o demencia. b) Integración de equipos médicos y quirúrgicos, responsabilidad compartida con sistemas de información y atención. c) Creación de un equipo-estructura específico, 15 camas atendidas por un equipo multidisciplinar: dos geriatras adjuntos, y con los mismos ratios de enfermería que el resto de plantas de hospitalización. 2) Incrementar cualidad y la eficiencia: a) Estimación de unas 550-575 altas al año, con edad media de 87 años y estancia media inferior 9 días. b) Traslado a recursos intermedios (subagudos, hospitalización domiciliaria) del 35-40%. c) Mortalidad entre el 10-15%. 3) Disminuir el coste: menor estancia hospitalaria y menor número de readmisiones respecto a la atención convencional.

Resultados: Se ha consolidado el equipo multidisciplinar y han sido modificados procesos de trabajo habituales, con una integración adecuada en la atención compartida al paciente geriátrico entre equipos médicos y quirúrgicos. Algunos datos preliminares: *Altas:* 274 (media

de altas al mes: 54,8, con una estimación de altas al año de 657,6), *Edad media*: 87,55 años, *Estancia media*: 6,51 días, *Destino al alta*: A domicilio o residencia previa: 51,8% (un 10,4% en programa de Hospitalización domiciliaria/fisioterapia domiciliaria). Atención post-aguda: 31,96%. Exitos: 11,86%

Conclusiones: 1. El paciente geriátrico se beneficia de la organización de la atención hospitalaria por necesidades; la eficiencia de los resultados es posible por la alta conexión con recursos alternativos a la hospitalización de agudos (Atención post-aguda, Hospitalización domiciliaria). 2. La creación de una unidad específica con una estructura física adecuada, un equipo multidisciplinar y la integración de equipos médicos y quirúrgicos parece ser un sistema adecuado para la atención al paciente frágil. En nuestro caso los datos provisionales parecen apuntar en este sentido, aunque probablemente es pronto para establecer conclusiones definitivas.

P206. PARÁMETROS INFLAMATORIOS EN EL DETERIORO COGNITIVO LEVE Y LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER

L. Donis Barber, I. Lozano Montoya, F. Soria Perdomo, R. Yubero Pancorbo, P. Gil Gregorio y J.M. Ribera Casado
Unidad de Memoria. Serv. Geriátría. Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

Objetivo: Describir valores medios de parámetros inflamatorios en pacientes con Enfermedad de Alzheimer (EA) y deterioro cognitivo leve (DCL).

Método: Estudio transversal prospectivo. Población del estudio: pacientes valorados en la Unidad de Memoria entre enero y febrero del 2009 con diagnóstico de DCL (según criterios de Petersen 2006) y EA (Criterios NINDS-ADRDA). Se recogieron datos demográficos: edad, género. Se recogieron parámetros analíticos: creatinina, péptido natriurético pro-BNP, proteína C reactiva (PCR), PCR ultrasensible, hemoglobina glicosilada (Hb glicada), haptoglobina, cistatina, homocisteína, factor de crecimiento de insulina 1 (IGF1), factor de crecimiento de insulina 3 (IGF3), interleukina 6 (IL6). Estadio evolutivo mediante GDS de Reisberg. Análisis estadístico mediante SPSS 14.0.

Resultados: Se incluyen 34 pacientes con diagnóstico de demencia y 10 pacientes con diagnóstico de DCL. Los valores medios de los parámetros en estudio para los pacientes con EA son: creatinina 1,1 (SD 0,2); pro-BNP: 290,4 (SD 290,9); PCR: 0,5 (SD 0,5); PCR ultrasensible: 0,4 (SD 0,6); haptoglobina: 174,3 (SD 47,1); Hb glicada: 6,1 (SD 1,0); homocisteína: 13,8 (SD 3,6); igf3: 3,1 (SD 1,0); igf1: 99,1 (SD 33); interleukina 6: 10,1 (SD 9,9). Valores medios en pacientes con DCL: creatinina 0,9 (SD 0,1); pro-BNP: 157,5 (SD 128,5); PCR: 0,3 (SD 0,3); PCR ultrasensible: 0,2 (SD 0,1); haptoglobina: 138,8 (SD 12,8); Hb glicada: 6,1 (SD 0,4); homocisteína: 12,7 (SD 3,7); igf3: 3,8 (SD 1,0); igf1: 104,5 (SD 30); interleukina 6: 5,3 (SD 2,5).

Conclusiones: 1. Los valores de pro-BNP, cistatina e IL6 objetivados en el grupo con EA duplican a dichos parámetros en el grupo con DCL. 2. Los resultados de este estudio parecen orientar hacia una implicación de dichos parámetros inflamatorios en el desarrollo de la Enfermedad de Alzheimer.

P207. CAUSAS DE INGRESO EN UNA UNIDAD DE AGUDOS DE GERIATRÍA DE UN HOSPITAL COMARCAL

R. Ortés Gómez, J.M. Mohedano Molano y G. Lozano Pino

Hospital Virgen del Puerto de Plasencia. Cáceres.

Introducción: En abril de 2008 se inició la asistencia a pacientes geriátricos agudos en el Hospital Virgen del Puerto de Plasencia (Cáceres). Los pacientes ingresados en dicha unidad son ancianos de edad mayor o igual a 80 años contando con un máximo de 20 camas asignadas.

Objetivo: Describir los diagnósticos al alta más frecuentes de los pacientes ingresados en nuestra unidad de Geriátría durante los seis primeros meses de funcionamiento.

Material y métodos: Estudio descriptivo retrospectivo. La información se obtuvo a partir de los informes de alta del periodo comprendido entre abril y octubre de 2008.

Resultados: Ingresaron un total de 272 pacientes, de los cuales 24 fueron exitos (8,82%). Se han evaluado 240 informes de alta. La edad media fue de 85,7 ± 4,41 años con un 59,58% de mujeres con una estancia media de 9,8 días. Los diagnósticos más prevalentes fueron: infección (64%), siendo más frecuente la respiratoria (39,17%), seguida de la de tracto urinario (18%); insuficiencia cardiaca descompensada (25%); insuficiencia renal (19,17%); ACVA (12,92%); arritmia (12,5%) y hemorragia digestiva (8,75%). El 62,5% de los pacientes fueron derivados a la consulta de geriatría.

Conclusiones: La infección respiratoria fue la causa de ingreso más frecuente en nuestro medio seguido de la insuficiencia cardiaca descompensada. Más de la mitad de los pacientes fueron derivados a la consulta externa de geriatría para su seguimiento tras el alta hospitalaria.

P208. TOLERANCIA GASTROINTESTINAL Y EFICACIA NUTRICIONAL DE UNA FÓRMULA ENERGÉTICA CON FIBRA EN PACIENTES CON NUTRICIÓN ENTERAL

A. da Silva

Residencia asistida de personas mayores Fuentes Blancas. Burgos.

Objetivos: Evaluar la eficacia y tolerancia de una nueva fórmula enteral hipercalórica (1,6 kcal/ml) y rica en fibra (15 g/L de fibra soluble e insoluble) indicada en pacientes con requerimientos energéticos aumentados

Material y métodos: Estudio abierto en 19 pacientes ancianos con indicación de nutrición enteral como dieta completa. Criterios de exclusión: contraindicación al uso de fibra, diarrea, vómitos, dolor abdominal, antibioticoterapia en la semana precedente. Los pacientes recibieron durante 7 días la fórmula, por vía oral o sonda, en volumen calculado según necesidades individuales. Se registró diariamente la presencia y severidad de síntomas gastrointestinales mediante escala subjetiva de 5 puntos (de exento a muy severo) y una objetiva de 4 puntos mediante exploración abdominal (exento, leve, moderado, severo). Se recogió la presencia de complicaciones relacionadas con la administración de la nutrición. Por último, se evaluó la opinión del investigador sobre las características globales y seguridad del producto mediante escala de 4 ítems.

Resultados: Se incluyeron 19 pacientes (12M/7V), edad 82,7 ± 7,2 a, IMC 16,4 ± 2,3 kg/m². Todos los pacientes completaron los 7 días de tratamiento. La cantidad de fórmula media administrada fue de 1.414 ml/d (oral) y 1.400 ml/d (sonda). El peso y el IMC aumentaron significativamente (+ 0,47 kg y + 0,20 kg/m²; p < 0,005) tanto en administración oral como sonda. El porcentaje de pacientes con sintomatología gastrointestinal se redujo a lo largo del estudio (53% vs 23%; p = 0,003). La frecuencia de constipación y distensión abdominal se redujeron significativamente (p < 0,05). El número y volumen de las deposiciones aumentaron (p = 0,008; p = 0,016) sin modificar la consistencia. La regurgitación, flatulencia y dolor abdominal también disminuyeron aunque no significativamente. No se describieron náuseas, vómitos o diarreas. No se detectaron efectos adversos ni complicaciones ligadas a la administración de la fórmula. El investigador consideró las características de la formulación como aceptable o muy aceptable y segura, en todos los casos.

Conclusiones: La fórmula enteral rica en energía y fibra Isosource® Energy Fibra es nutricionalmente eficaz, bien tolerada, aceptada y segura en pacientes ancianos que requieren soporte nutricional.

P209. ANÁLISIS DE LOS GRD MÁS FRECUENTES DE UNA UNIDAD DE GERIATRÍA EN SUS PRIMEROS NUEVE MESES DE FUNCIONAMIENTO

G. Lozano Pino, R. Ortés Gómez y J.M. Mohedano Molano
Hospital Virgen del Puerto de Plasencia. Cáceres.

Objetivos: Analizar los 10 GRD más frecuentes de una unidad de Geriátría de un hospital comarcal durante sus primeros nueve meses de funcionamiento y su relación con la estancia media.

Material y métodos: Estudio descriptivo de los GRD de la unidad de agudos de geriatría del Hospital Virgen del Puerto de Plasencia (Cáceres) durante el periodo comprendido entre abril y diciembre de 2008. En abril de 2008 se inició la asistencia geriátrica a pacientes ancianos agudos en el Hospital Virgen del Puerto de Plasencia (Cáceres). Los pacientes ingresados en dicha unidad son ancianos de edad mayor o igual a 80 años contando con un máximo de 20 camas asignadas.

Resultados: El GRD más frecuente fue el 101 que estuvo presente en el 9,79% de los casos suponiendo una estancia media de 8,95 días. El GRD 541 estuvo presente en el 8,39% de los casos suponiendo una estancia media de 11,67 días. El GRD 127 estuvo presente en el 6,76% de los casos y su estancia media fue de 7,14 días. El GRD 89 estuvo presente en el 6,06% de los casos con una estancia media de 9,81 días. El GRD 544 estuvo presente en el 4,43% de los casos con una estancia media de 14,84 días. El GRD 14 estuvo presente en el 3,03% de los casos con una estancia media de 6,08 días. El GRD 15 estuvo presente también en el 3,03% de los casos con una estancia media de 11,62 días. El GDR 140 estuvo presente en el 2,33% de los casos con una estancia media de 9,4 días. El GRD 174 estuvo presente en el 2,33% de los casos con una estancia media de 7,2 días. Por último el GRD 79 estuvo presente en el 2,1% de los casos con una estancia media de 13,78 días.

Conclusiones: Los diez GRD más frecuentes observados en nuestra unidad son los relacionados con patología infecciosa del aparato respiratorio y patología cardiovascular con complicaciones y comorbilidad asociada.

P210. ¿ES POSIBLE HACER UNA VALORACIÓN GERIÁTRICA INTEGRAL EN ANCIANOS CON CÁNCER? DESARROLLO DE UN MODELO ESTÁNDAR EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO

M.J. Molina-Garrido¹, C. Guillén-Ponce², A. Mora Rufete³, M.M. Muñoz Sánchez¹, L. Haro¹ y A. Carrato²

¹Hospital General Virgen de la Luz. Cuenca. ²Hospital General Universitario Ramón y Cajal. Madrid. ³Hospital General Universitario de Elche. Alicante.

Introducción: La Valoración Geriátrica Integral (VGI) es una pieza clave en la aproximación terapéutica a los ancianos con cáncer. El objetivo del siguiente estudio consiste en la creación de una VGI estándar, breve, no auto-administrada, y en determinar su aplicabilidad en el ámbito de las consultas externas de un hospital, medido mediante: 1) el tiempo empleado en completarla, y 2) la valoración subjetiva del paciente respecto a la misma.

Métodos: Se revisó la literatura oncogeriátrica existente para seleccionar escalas validadas en la población anciana en los distintos dominios de la VGI: estadio funcional, comorbilidad, estado cognitivo, situación social y riesgo de malnutrición. En este estudio, se incluyó pacientes con cualquier tipo de tumor sólido, así como pacientes con linfoma o mieloma. Todos estos pacientes eran de habla inglesa o española, y fueron valorados de forma consecutiva, y por primera vez en las consultas externas del Hospital General Universitario de Elche (Alicante) entre junio 2005 y junio 2007.

Resultados: La valoración estándar se completó por un total de 99 pacientes. La edad mediana fue de 78,65 años con un rango de 70,39-94,89 años. El 52,5% eran mujeres. Los tumores más frecuentes fue-

ron: cáncer de mama (34,3%), cáncer colorrectal (16,2%), y cáncer de pulmón y urológicos (14,4% respectivamente). La mayoría (54,4%) tenía un estadio IV tumoral según la clasificación de la AJCC. La mediana de tiempo empleado en completar toda la valoración fue de 12,9 minutos (rango: 9,5-20,5 minutos). La mayoría de los pacientes estaban satisfechos con la duración de la encuesta (63,3%), y el 69,7% consideraba que no era difícil completarla.

Conclusiones: En esta cohorte, la valoración estándar propuesta ha sido aceptada por la mayoría de los pacientes. Dado que la VGI ha demostrado aportar beneficios en ancianos, y dado que el modelo elaborado en nuestro centro resulta manejable en cuanto a duración y en cuanto a aceptación por los pacientes, se propone el mismo como herramienta de trabajo habitual en ancianos con cáncer no hospitalizados.

P211. DERIVACIÓN DE PACIENTES DE UNA UNIDAD DE GERIATRÍA A UN EQUIPO DE SOPORTE DE CUIDADOS PALIATIVOS

G. Lozano Pino, R. Ortés Gómez y J.M. Mohedano Molano
Hospital Virgen del Puerto de Plasencia. Cáceres.

Objetivo: Analizar el número y características de los pacientes derivados al Equipo de Soporte de Cuidados Paliativos (ESCP) desde la unidad de Geriátría durante sus primeros once meses de funcionamiento.

Material y métodos: En abril de 2008 se inició la asistencia a pacientes geriátricos agudos en el Hospital Virgen del Puerto de Plasencia (Cáceres). Se revisaron los pacientes derivados desde nuestra unidad al ESCP de nuestra área desde el 7 de abril de 2008 al 6 de marzo de 2009.

Resultados: Se derivaron un total de 21 pacientes que supusieron un 12,57% del total de pacientes derivados al ESCP del área, siendo la patología predominante la oncológica estando presente en el 90,48% de los casos. Los pacientes no oncológicos supusieron un 9,52% del total. Los tumores más frecuentes fueron los de origen digestivo (19,04%) seguidos de los pulmonares (14,28%).

Conclusiones: La mayoría de los pacientes derivados al ESCP fueron pacientes con patología oncológica. Las patologías no oncológicas sólo supusieron un 14,28% del total. Es necesario continuar desarrollando criterios de terminalidad de enfermedades no oncológicas y reforzar la formación en Cuidados Paliativos de los especialistas en Geriátría.

P212. DETECCIÓN DE ALTO RIESGO DE DIABETES TIPO 2 EN POBLACIÓN MAYOR DE 70 AÑOS DE CASTILLA-LEÓN: PROYECTO EUROPEO DE PLAN

S. Vega Quiroga¹, J.M. Pinilla Sánchez¹, R. Gabriel Sánchez² y T. Acosta²

¹Gerencia de AP- SACYL. El Espinar. Segovia.

²Hospital Universitario La Paz. Madrid.

Objetivo: Determinar la prevalencia de "alto riesgo de diabetes tipo 2" en población anciana de 70 a 89 años de Castilla-León.

Metodología: Estudio transversal multicéntrico en una muestra aleatoria estratificada por edad y sexo de población entre 70-89 años de Segovia, Ávila y Aranda de Duero. Se realizó cribado no invasivo de la Diabetes Tipo 2 (DT2) en una muestra de 1.000 individuos registrados en los centros de Atención Primaria de las zonas descritas mediante la escala traducida y validada en España: FINDRISC. Dicha escala predictiva consta de 8 preguntas sencillas, no precisa análisis de sangre y considera "alto riesgo de padecer diabetes" (> 20% en diez años) una puntuación superior a 13.

Resultados: La escala FINDRISC fue aplicada a 683 (68,3% de aceptación) de los 1.000 sujetos pre-seleccionados al azar. 180 (18%)

eran diabéticos conocidos y fueron excluidos del análisis y el resto fueron ilocalizables o rechazaron el estudio. La media de edad fue de 77,4 años (rango 70-89). 303 (44,4%) hombres y 380 (55,6%) mujeres. Presentaron alto riesgo de padecer diabetes 217 (31,8%); 75 hombres (34,8%) y 217 mujeres (65,4%) ($P = 0,0001$). La prevalencia de alto riesgo de DT2 en menores de 70 años fue del 21,3%, frente al 31,8% en mayores de 70 años. ($p = 0,0001$). La mayor puntuación del FINDRISC se observó a los 74 años de edad no existiendo diferencias entre sexos. La obesidad ($IMC > 30$) está asociado a los pacientes que presentan alto riesgo, el 55,9% frente al 6,1% en los normopeso ($p = 0,000$)

Conclusiones: El riesgo de padecer DT2 sigue aumentando con la edad a partir de los 70 años y es mayor en las mujeres que en los hombres. Se asocia un mayor IMC en sujetos con alto riesgo de DT2. Subvencionado con Fondos de la Junta de Castilla y León Proyectos 2008.

P213. PERFIL DEL PACIENTE DE HOSPITAL DE DÍA DE PSICOGERIATRÍA EN UN CENTRO SOCIOSANITARIO

C. Pardo Bustamante

Hospital Sant Andreu. Manresa. Barcelona.

Objetivo: Conocer el perfil del paciente con deterioro cognitivo que acude diariamente a hospital de día de psicogeriatría en un centro sociosanitario.

Método: Identificamos la necesidad de conocer las características del paciente diagnosticado de deterioro cognitivo que acudía a nuestro centro de día de psicogeriatría. Se realizó un estudio retrospectivo observacional, se recogieron los datos de los pacientes que fueron atendidos durante el año 2007. Las variables recogidas fueron: edad, sexo, situación física (Barthel), situación cognitiva (MEC, GDS), si estaban en tratamiento con IACES o no, si presentaban polifarmacia (> 5 fármacos) y si se les realizó exploración neuropsicológica.

Resultados: Se puso de manifiesto que del total de pacientes atendidos que fueron 62, el 72,58% eran mujeres y el 24,19% varones. En cuanto a la edad el 8,06% tenían entre 50 y 65 años, el 56,45% entre 60 y 80, y el 35,48% entre 81 y 95 años. A nivel funcional el 88,70% presentaban un Barthel $>$ o igual a 60 y el 11,29% entre 40 y 59, no apareció ningún caso donde la puntuación fuera inferior a 40. En cuanto a la situación cognitiva: el 9,67% obtuvieron una puntuación en el test MEC de Lobo entre 0-14; el 58,06% entre 15-24 y el 32,25% entre 25-35, además el 6,45% tenía un GDS 2 en la escala de Reisberg, el 45,16% un GDS3, el 33,87% un GDS 4, el 11,29% un GDS 5, y el 3,22% un GDS 6. El 64,51% estaban en tratamiento activo con IACES y el 35,48% no. El 75,80% tomaban 5 o más fármacos. El 100% de los pacientes realizaron terapias de psicoestimulación. En cuanto exploraciones complementarias se refiere el 51,61% tenían realizado estudio NPS frente al 48,38% que no lo tenían.

Conclusiones: El paciente de hospital de día de psicogeriatría es una mujer entre 66 y 80 años con una dependencia leve, Barthel $>$ 60; con deterioro cognitivo ligero-moderado, MEC entre 15-24 y GDS 3; polimedica y en tratamiento con IACES; y en la mitad de los casos con estudio NPS realizado.

P214. EDAD Y FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN EL MEDIO EXTRAHOSPITALARIO

C. Marín-Castro², F.J. Gómez Jiménez¹, J. García Monlleó¹, E. Gil Piñero², M.F. Macías Rodríguez² y B. Gil Extremera¹

¹Universidad de Granada. Facultad de Medicina. Granada.

²Empresa Pública de Emergencias Sanitarias de Andalucía.

Objetivo: Describir los factores de riesgo cardiovascular asociados a la edad.

Material y método: Tipo de estudio: Observacional. Periodo de estudio: seis meses de estudio. Ámbito de estudio: Empresa Pública de Emergencias Sanitarias de Andalucía en el Servicio Provincial de Granada.

Resultados: Han sido analizados un total de 118 pacientes que llamaron al Servicio de Emergencias por dolor torácico, el 70% hombres y el 84 (71%) eran mayores de 65 años. Se encontró una asociación estadísticamente significativa entre la edad mayor de 65 años y los factores de riesgo cardiovascular: Hipertensión arterial, tabaquismo, dislipemia, diabetes y obesidad. No se ha encontrado relación estadísticamente significativa con el diagnóstico de infarto agudo de miocardio.

Conclusiones: Según los resultados obtenidos se puede observar una clara relación entre factores de riesgo cardiovascular y la edad por lo que creemos que se hace necesario disponer de programas específicos en el medio extrahospitalario dedicados al cribaje de estos pacientes.

P215. RECONOCER EL FINAL DE LA VIDA: INFLUENCIA EN SU MANEJO EN DOMICILIO

M.O. Domínguez López, J.M. Miralles Subirats,

C. Rodríguez González, P. Fabregat Povill, C. Planells

y M. Ginovart

Hospital de la Santa Creu. Tortosa.

Tarragona.

Objetivos: Analizar la identificación de un enfermo como paliativo y su relación con el manejo clínico por una unidad de atención domiciliar especializada en enfermo paliativo y geriátrico.

Material y métodos: Análisis descriptivo de la base de datos de la unidad. Inclusión de todos los enfermos atendidos por la unidad durante su funcionamiento (12 años) con seguimiento inferior a 6 meses. Análisis estadístico: comparación de proporciones (X^2) y medias (T de Student), regresión logística binaria.

Resultados: $N = 709$; Edad: $78,99 \pm 9,89$; Sexo: 53% mujeres. Barthel al ingreso $48,22 \pm 35,49$; Diagnóstico principal: neurológico 38,5%; cáncer 24,5%; cardio-pulmonar 8,1%; inmovilidad-UPP 8,1%; psiquiátrico 5,9%. Procedencia: AP médica 68,7%; AP social 5,8%; Hospital de agudos 13,3%; sociosanitario 8,8%. Tipología: Geriátrico 45,6%; convalecencia 4,2%; cuidados paliativos 25,1%; Demencia 23,5%. Seguimiento $51,93 \pm 50,66$ días; Motivo alta: Estabilidad 22,3%; exitus 28,3%; agudización 19,2%; necesidad otros recursos 12,2%. 195 (28%) fallecen en domicilio: 53% oncológicos. Fallecidos clasificados como paliativos: 95,3% oncológicos vs 2,2% no oncológicos ($p < 0,0001$). Comparación de enfermos fallecidos identificados vs no identificados como paliativos: Edad $73,57 \pm 11,6$ vs $84,98 \pm 6,9$ ($p < 0,0001$); reingreso 10 vs 37% ($p < 0,0001$); Barthel ingreso $81,98 \pm 26,82$ vs $48,4 \pm 35,5$ ($p < 0,0001$); visitas totales 5,22 vs 3,45 ($p < 0,005$); nº contactos telefónicos 3,17 vs 1,49 ($p < 0,0001$); vía subcutánea 49 vs 13% ($p < 0,0001$); uso opiáceos 56 vs 15% ($p < 0,0001$); Demencia 6 vs 49% ($p < 0,0001$); trastornos de conducta 5 vs 38% ($p < 0,0001$); Tº seguimiento $41,12 \pm 42,42$ vs $55,13 \pm 47,93$ ($p < 0,05$); procedencia hospital agudos 39 vs 6% ($p < 0,0001$); procedencia atención primaria 49 vs 85% ($p < 0,0001$). Variables significativas en análisis multivariante: edad, Barthel previo; nº visitas, uso psicofármacos; nutrición artificial; demencia; trastornos conducta, ser enfermo oncológico, proceder de hospital de agudos, reingresar en la unidad (R2Cox-Snell 0,723).

Conclusiones: 1. Bajo grado de identificación de la situación de final de vida en el enfermo no oncológico seguido en domicilio. 2. La falta de identificación del enfermo como paliativo se asocia a una menor intensidad de seguimiento y a un menor uso de recursos destinados al control de síntomas.

P216. PUESTA EN MARCHA DEL SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS EN SPDs (SISTEMA PERSONALIZADO DOSIFICADO) EN EL CENTRO INTEGRAL DE ATENCIÓN A MAYORES SAN PRUDENCIO, DEPENDIENTE DEL AYUNTAMIENTO DE VITORIA.GASTEIZ

E.O. Muzas, L. Herrerueta y A. Okáriz

Centro integral de atención a Mayores San Prudencio. Vitoria.

Fundamentación, objetivos y finalidad: A lo largo de varios años se veía viendo la necesidad de implementar en la Residencia San Prudencio el sistema de entrega de los medicamentos en formato SPDs por parte de las farmacias que nos venían suministrando. La finalidad de dicha necesidad era por un lado conseguir la seguridad en las administraciones farmacéuticas y por otro el poder aminorar el tiempo que se emplea en preparar la medicación de 175 residentes, 99 de los cuales son de perfil asistido. Es por ello por lo que se comienza un estudio y un trabajo conjunto por parte de diferentes profesionales, junto a la Dirección del Centro, para la implementación de dicho sistema.

Año 2007: 1. Se estudia el funcionamiento de dicho sistema. 2. Se obtienen datos de empresas farmacéuticas privadas que realizan de esta manera las entregas. 3. Se realizan gestiones con otras Residencias geriátricas donde tienen el señalado sistema. 4. Se estudian los pros y contras del mismo y el funcionamiento en otras Comunidades del estado.

Año 2008: 1. Se visita y se mantienen reuniones con una Residencia geriátrica donde tienen implantado dicho sistema desde hace 9 años (Getxo). 2. Se valoran otras ofertas de empresas farmacéuticas que lo tienen de manera privada puesto en marcha. 3. Se mantienen reuniones entre diferentes profesionales del centro: médicos, Coordinadora de enfermería, la Enfermera del Centro de día y las Responsables de plantas para ver las aportaciones de todos. 4. Se realiza por parte de uno de los profesionales de la Administración del Centro un sistema informático claro y facilitador para las peticiones de productos a la farmacia. 5. Se mantienen posteriormente varias reuniones por parte del equipo responsable de la puesta en marcha de dicho sistema (administrativo, Coordinadora de enfermería y la Responsable de plantas de autónomos) para mejorar y perfilar el sistema). 6. Se mantienen diferentes reuniones de coordinación con el Colegio de farmacéuticos de Alava donde se les explica, propone y hace entrega de cuáles son nuestras necesidades y cuál es nuestra propuesta al respecto, enseñándoles nuestro programa informático ya elaborado y nuestro plan de puesta en marcha gradual del sistema. 7. En diciembre, según el plan establecido finalmente y siguiendo la fase piloto fijada en el mismo, la farmacia que nos estaba suministrando la medicación, nos realiza la administración en SPDs a los residentes de la planta mas pequeña del Centro (Planta baja: 13 residentes).

Conclusiones: En enero de 2009 y a través de un acuerdo regulador para todo el año, firmado desde la Dirección del Centro con una de las farmacias, se comienza de manera paulatina y gradual a implantar dicho sistema, hasta que en el mes de junio estará implantado en todo el Centro.

P217. PERFIL CLÍNICO Y COMPLICACIONES DEL PACIENTE INGRESADO EN UNA UNIDAD DE CONVALECENCIA GERIÁTRICA

F. Uriz Otano, M. Gonzalo Lazaro, M.E. Vazquez Echarte, E. Chasco Alecha, I. Azcarate Arbeloa, y M.C. Andion
Hospital San Juan de Dios. Pamplona.

Objetivos: Describir el perfil rehabilitador, ganancia funcional, eficiencia y estancia media el los pacientes que ingresa en la unidad de convalecencia del Hospital San Juan de Dios, según el motivo de ingreso.

Material y métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de 132 (83,5%) pacientes ingresados en la unidad en nuestra unidad que se ha reali-

zando tratamiento rehabilitador desde Marzo 2008-Diciembre 2008. Se recogen variables demográficas, clínicas, funcionales (I.Barthel, Holden, Ganancia funcional: I. de Heinnemann corregido), estancia media, eficiencia (IBalta- IBingreso/estancia), cognitivas, motivo ingreso, complicaciones asociadas. Para el análisis estadístico se utiliza el paquete SPSS10.

Resultados: Edad: 81,7 años, mujer 71,5%, estancia: 41,46 días. Comorbilidad de base (I. Charlson): 2,6 (26,5% > 3), Patologías crónicas más frecuentes: HTA 62,1%, DM 21,2%, Dislipemia: 28,0%, Insuficiencia cardiaca: 10,6%, Fibrilación auricular: 18,9%, EPOC: 25,2%, ACV: 18,9% Demencia: 41,6% Depresión: 43,1% Osteoarticular 76,5%. Motivo de ingreso: Fractura: 59,03% (cadera 90,9%), Inmovilidad Hospitalaria: 29,5%, Neurológico: 9,8% (ICTUS: 62%, TCE severo: 38%). Situación funcional (Barthel: IB) previo: 73,67; Eficiencia: 1,16 Ganancia funcional (Índice de Heinemann): 49,52, Holden: 3,8. Situación cognitiva basal (GDS): 2,94. Complicaciones más frecuentes: Síndrome confusional agudo (SCA) 27,2%; Infección urinaria 25,0%. Infección respiratoria 16,1%; Insuficiencia Cardiaca 10,6%, EPOC reagudizado: 3,7%, Problemática social: 25,0%. Separado por Patologías que motivan el ingreso: Fractura: Edad: 82,3, Situación funcional: IB Previo: 79,6, Holden: 4,11 eficiencia: 1,14, I. Heinemann: 55,16, Cognitivo (GDS): 2,57, Comorbilidad (ICH): 2,09, SCA: 29,8%, Problemática social: 22,1%. Inmovilidad Hospitalaria: Edad: 82,9, Situación funcional: IB Previo: 57,4, Holden: 3,02, eficiencia: 1,38; I. Heinemann: 42,85, Cognitivo (GDS): 3,66, Comorbilidad (ICH): 3,53, SCA: 20,058%, Problemática social: 23,1%. Neurológico: Edad: 72,3, Situación funcional: IB Previo: 89,3, Holden: 4,46, eficiencia: 0,91; I. Heinemann: 47,38, Cognitivo (GDS): 2, Comorbilidad (ICH): 3, SCA: 38,5%, Problemática social: 46,1%.

Conclusiones: Los pacientes con patología neurológica: son más jóvenes, presenta buena recuperación funcional, aunque estancias medias más prolongada posiblemente por padecer con mayor frecuencia síndrome confusional agudo y problemática social. Los pacientes con inmovilidad Hospitalaria, presentan mayor comorbilidad, menor recuperación funcional así mismo mayor deterioro cognitivo y funcional basal (previo). Los pacientes con fractura de cadera son de mayor edad, menor comorbilidad y mayor recuperación funcional al alta.

P218. IMPACTO DE LA FISIOTERAPIA EN UNA UNIDAD DE AGUDOS

M. García González, P. Alcalde Tirado, S. Ariño Blasco, M.M. Luque Ballesteros y M. Pou Chaubron
Hospital General de Granollers. Barcelona.

Objetivos: Determinar la penetración de una disciplina como la fisioterapia en una unidad geriátrica de agudos y establecer su importancia en cuanto a las derivaciones al alta.

Método: Estudio descriptivo en la unidad de geriatría de agudos (UGA) del Hospital General de Granollers (HGG) durante el año 2008. Se analizan datos de la unidad tales como número de ingresos, sexo, edad media, estancia media, patología al alta y derivación al alta. Se comparan todos los pacientes dados de alta de la UGA con aquellos tratados por fisioterapia después de la correspondiente demanda por el equipo médico.

Resultados: Durante el año 2008 ingresaron en la UGA 864 pacientes (350 hombres) con una edad media de 84,7 años de los cuales se pidió interconsulta con fisioterapia a 347 (157 hombres) con una edad media de 84,4 años, lo que da un índice de penetración del 40,16%. La estancia media del total de los pacientes atendidos en la unidad fue de 11,93 días y la de los pacientes atendidos por fisioterapia de 15,16 días con una media de días de sesiones de fisioterapia de 6,7. El diagnóstico médico más prevalente fueron los problemas respiratorios (47,7% del total en la UGA y 25,9% en el grupo de fisioterapia). De los pacientes atendidos en la UGA, al alta fueron derivados a

una unidad de media estancia (UME) 82, de los cuales se había iniciado tratamiento por fisioterapia a 71 pacientes (86,58%). Otras derivaciones recomendadas al alta fueron programa de fisioterapia domiciliaria (9,5%) y asistencia a hospital de día (1,2%).

Conclusiones: Tomando como referencia el porcentaje de penetración de la fisioterapia (> 40%) respecto al número de ingresos totales, podemos afirmar que existe una gran sensibilidad por parte del equipo médico en cuanto a la evolución funcional de los pacientes ingresados en la UGA. También podemos afirmar la importancia del papel del fisioterapeuta en la toma de decisiones respecto a la continuación del proceso rehabilitador al alta del hospital, puesto que desde la fisioterapia se asesora en la casi totalidad de las derivaciones a UME y en los pacientes no tributarios de ingreso en UME se indicará otro nivel asistencial.

P219. ENFERMEDAD VALVULAR EN NONAGENARIOS

C. García Redecillas, Z. Yusta Escuderos, V. Rentería Núñez, T. Estrada

Álvarez, M. Checa López y M. Muñoz Vélez
Hospital Geriátrico Virgen del Valle. Toledo.

Introducción: En los últimos 40 años las lesiones en las válvulas cardíacas está en descenso, debido en su mayoría en la menor prevalencia de fiebre reumática y al aumento de la vida media de la población. La estenosis aórtica ha sido la valvulopatía más frecuente en la población mayor de 75 años en relación con la fiebre reumática, pero en el corazón del anciano, no afecto de fiebre reumática, la progresiva calcificación del anillo aórtico conduce hacia esta valvulopatía. Aparte de las deficiencias congénitas, la fiebre reumática y la endocarditis bacteriana, la hipertensión mantenida es la causa final de los síntomas asociados a las valvulopatías en el anciano, siendo uno de los pilares centrales en su tratamiento. En pacientes geriátricos, el eco-doppler supone la técnica de elección para la confirmación diagnóstica, desplazando con notoriedad al cateterismo cardíaco. En pacientes nonagenarios, ¿se observa la misma patología valvular?

Objetivo: Describir la patología valvular más frecuente en los pacientes nonagenarios que ingresan en nuestro centro.

Material y método: Estudio descriptivo longitudinal retrospectivo de los resultados ecocardiográficos de los pacientes mayores de 89 años que ingresan en el Hospital Geriátrico Virgen del Valle en los últimos 6 meses. Se recogen las siguientes variables: edad, sexo, situación basal funcional, tratamientos activos, clase funcional NYHA, diagnóstico principal al ingreso, factores de riesgo cardiovascular, valvulopatía registrada en el ecocardiograma, datos radiográficos y electrocardiográficos, cardiopatía estructural y fracción de eyección ventricular izquierda estimada por ecocardiograma y destino final al alta.

Resultados: Tamaño muestral: 52. Edad media: 92,28 ± 2,97. Rango de edad: 90-98 años. Sexo: 65,5% mujeres, el 79% procedían de su domicilio en el momento del ingreso. La situación basal previa era de dependencia en > 2 actividades básicas en un 78%. El 79,3% no estaba diagnosticado previamente de valvulopatías. El motivo de ingreso fue: 31% ICC, 10% FA de inicio, 17% Cardiopatía isquémica, 6,9% ACVA y 27,6% IRVB.

El 75,8% eran hipertensos conocidos, el 31% tenía al menos 2 factores de riesgo cardiovasculares conocidos y un 3,4% eran fumadores activos. La mitad de ellos presentaban daño orgánico (24% ACV previo, 20,7% cardiopatía isquémica, 17,2% insuficiencia renal crónica). Las valvulopatías objetivadas fueron: 6,3% EAo, 25,5% IAo, 7,37% EMitral, 31,2% IMitral, 23,4% ITricúspide y en un 7,2% ETricúspide.

En el 51,5% se observó HTP. El 69% presentaba dilatación auricular, de predominio izquierda en el 53% de los casos. El 62% presentaba HVI en el ecocardiograma y el 7% dilatación ventricular. La fracción de eyección estaba conservada (> 60%) en el 62%, en el 27,6% entre 45%-60%, 7% de 30% al 45% y el 3,4% tenía una fracción de eyección menor del 30%.

En el ECG se observó en un 51,7% Ritmo sinusal. Clase funcional NYHA: 58,6% I, 34,5% II, 7% III y ninguno en clase funcional IV.

En la radiografía de tórax se apreciaba cardiomegalia en un 75,8% con derrame pleural asociado en el 44,8%. Tratamientos al alta: 6,9% Sintrom, 65,5% AAS, 7% Betabloqueantes, 21% Nitritos, 45% IECAS, 7% Nimodipino, 28% Digoxina y un 41% Diuréticos.

El 86,2% se dio de alta al mismo domicilio de ingreso, el 4% se institucionalizó y hubo un 10,3% de fallecimientos.

Conclusiones: En los pacientes nonagenarios estudiados, la valvulopatía más frecuente observada es la insuficiencia mitral. La edad, la morfología ventricular y la fracción de eyección son predictores del pronóstico clínico en nuestros pacientes. Con gran frecuencia, la insuficiencia aórtica se asocia con la insuficiencia mitral, tal como refleja la bibliografía.

Ruiz M, Anguita M, De Zayas R, Bergillos F, Torres F, Giménez D, et al. Características y evolución de los pacientes mayores de 65 años con insuficiencia cardíaca severa. *Rev Esp Cardiol* 1996;49:253-258.

Lindroos M, Kupari M, Heikkilä J, Tilvis R. Prevalence of aortic valve abnormalities in the elderly: an echocardiographic study of a random population sample. *J Am Coll Cardiol* 1993;21:1.220-1.225.

Bañuelos C, Hernández-Antolín R, Alfonso F, Goicolea J, Segovia J, Fernández-Ortiz A, et al. Valvuloplastia mitral en el anciano. *Rev Esp Cardiol* 1995;48(Supl 3):30-35.

Pérez de Isla L, Canadas V, Contreras L, Almeria C, Rodrigo JL, Aubele AL, et al. Diastolic heart failure in the elderly: Inhospital and long-term outcome after the first episode. *Int J Cardiol*. 2008 Mar 18.

P220. INFLUENCIA DE UNA CONSULTA EXTERNA ESPECIALIZADA EN INSUFICIENCIA CARDÍACA SOBRE LA MORTALIDAD EN PACIENTES DE EDAD MUY AVANZADA

A. Vilches Moraga, C. Rodríguez Pascual, E. Paredes Galán, M. Torrente Carballido, A.I. Ferrero Martín y M.J. López Sánchez
Complejo Universitario de Vigo. Vigo.

Introducción: La insuficiencia cardíaca (IC) es la causa más frecuente de ingreso hospitalario en pacientes ancianos con una mortalidad a dos años superior al 50%. No existe información sobre las influencia de la capacidad funcional, comorbilidad y deterioro cognitivo en la mortalidad de pacientes muy ancianos con fallo cardíaco.

Objetivos: El objetivo de este estudio es determinar el impacto que una consulta especializada en IC puede producir sobre la mortalidad a 12 meses de pacientes con importante comorbilidad y edad avanzada.

Métodos: Estudio prospectivo de pacientes ingresados a una unidad geriátrica de agudos con un diagnóstico de IC entre el 1 de octubre de 2006 al 30 de abril de 2008. Todos los pacientes cumplen criterios de IC según la Sociedad Europea de Cardiología. Al alta los individuos incluidos en el registro de IC que no mostraron limitaciones funcionales o cognitivas severas fueron seguidos en una consulta especializada de IC en contraposición con aquellos pacientes manejados en atención primaria y en consultas de geriatría no especializadas en IC.

Resultados: Se incluyeron en el registro un total de 310 pacientes con una edad media de 86 años, siendo el 69% mujeres. La mortalidad intrahospitalaria fue del 18% y del 40% a los 12 meses. El índice medio de comorbilidad de Charlson fue 4,2 y tan solo un 25% de los pacientes era totalmente independiente en actividades basales de la vida diaria. Hasta un 45% de los sujetos mostró deterioro cognitivo y el 50% cumplió criterios de depresión mayor. Aquellos pacientes que acudieron a la consulta especializada de Geriatría mostraron una mortalidad a 12 meses seis veces menor que los seguidos por otros medios. En análisis multivariado, y tras ajustar por otros factores asociados a mortalidad en IC, el seguimiento en una consulta externa geriátrica especializada en IC se mostró como el más potente factor protector de muerte.

Conclusiones: Una consulta especializada en IC puede mostrarse eficaz en la reducción de mortalidad a 12 meses de pacientes muy an-

cianos con importante comorbilidad asociada. Es necesario que se pongan en marcha estudios randomizados que confirmen esta observación.

P221. CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES QUE FALLECEN EN DOMICILIO ATENDIDOS POR UN EQUIPO DE ATENCIÓN DOMICILIARIA GERIÁTRICA

M.O. Domínguez López, P. Fabregat Povill, C. Rodríguez González, J.M. Miralles Subirats, E.S. Schneider y E. Martínez Almazán
Hospital de la Santa Creu. Tortosa. Tarragona.

Objetivos: Analizar el perfil clínico de los enfermos que fallecen en domicilio durante el seguimiento por un equipo de atención domiciliaria (PADES).

Material y métodos: Análisis descriptivo de la base de datos de la unidad. Se incluyeron todos los enfermos atendidos desde el inicio de funcionamiento (12 años). Estudio estadístico: comparación de proporciones (X²) y medias (T de Student), regresión logística binaria.

Resultados: N = 1051; Edad: 79,4 ± 9,6; Sexo: 53% mujeres. Barthel al ingreso 50,7 ± 34,6; diagnóstico principal: neurológico 45,2%; cáncer 17,8%; cardio-pulmonar 8,7%; inmovilidad-UPP 7,5%; psiquiátrico 6,3%. Procedencia: AP médica 70,8%; AP social 5,3%; Hospital de agudos 10,8%; sociosanitario 9,3%; otros 3,7%. Tipología del enfermo: Geriátrico 49,7%; convalecencia 3,5%; cuidados paliativos 18,5%; Demencia 26,6%; otros 10,6%. Días de seguimiento: 172,3 ± 255,9; Motivo de alta: Estabilidad 33,9%; exitus 25,3%; agudización 16,3%; necesidad de otros recursos 10,1%. Enfermos no oncológicos: n = 862; Barthel al ingreso 30,25 ± 29,61; 141 (16,34%) fallecen en domicilio. De ellos 48,2% mujeres. Diagnósticos: patología neurológica (53,9%), cardiopulmonar (10,6%), inmovilidad (14,2%), 83% proceden de atención primaria médica. 13,5% se pautaron opiáceos. Vía subcutánea 14,2%. 66,7% psicofármacos; 2,8% SNG; 2,8% procesos infecciosos repetidos; 44,7% con trastornos de conducta. 66% fallecen en los primeros 6 meses de seguimiento. 4,3% identificados como enfermos paliativos al ingreso. Comparación fallecidos no oncológicos vs oncológicos: Edad 83,6 ± 9,6 vs 74,2 ± 10,9 (p < 0,0001), reingreso 35 vs 12% (p < 0,0001); Barthel ingreso 29,8 ± 29,21 vs 49,4 ± 31,7 (p < 0,0001); Opiáceos 14% vs 46% (p < 0,0001); demencia 56% vs 2% (p < 0,0001); trastornos de conducta 45 vs 7% (p < 0,0001); Tº seguimiento 243 ± 329 vs 68,22 ± 128 (p < 0,0001); clasificación como paliativo 4% vs 97% (p < 0,0001); procedencia hospital de agudos 7 vs 37% (p < 0,0001); procedencia AP 83 vs 48% (p < 0,0001); paracentesis en domicilio 0 vs 4% (p < 0,05); uso de vía subcutánea 14 vs 46% (p < 0,05).

Conclusiones: 1. Los enfermos no oncológicos que fallecen en domicilio tienen mayor edad y peor situación funcional que los oncológicos. 2. Los enfermos no oncológicos que fallecen reciben con menor frecuencia opiáceos y con medicación subcutánea que los oncológicos.

P222. TRABAJO INTERDISCIPLINAR REAL EN CENTROS RESIDENCIALES

M.I. Genua, I. Pérez de Mendiguren, I. Iturrioz, M.A. Urbizu, M.J. Garate y E. Aguado
Matia Fundazioa. Donostia.

Objetivos: Un gran avance en la atención a residentes en centros gerontológicos ha sido el de la incorporación de profesionales con conocimientos y competencias contrastadas que permiten cualificar el trabajo realizado. Sin embargo, esto ha derivado en equipos en los que trabajan distintos profesionales que aportan valor a los usuarios en su disciplina científica particular pero que no garantiza un trabajo interdisciplinar real en el que se creen canales de comunicación que contribuyan a alcanzar los objetivos en los residentes, por ello el objetivo de este trabajo es el de Integrar la información de los distintos profesio-

nales de forma que entre todos nos aporten valor y conocimiento en las necesidades y objetivos comunes en el usuario de forma que todos los profesionales contribuyan a alcanzarlos de forma sinérgica.

Metodología: 1. Identificar la información aportada por cada profesional a la visión general del residente. 2. Crear grupos contraste multidisciplinares para establecer metodología de trabajo interdisciplinar que permita configurar y estructurar los conceptos que configuran esta visión general y el establecimiento de las vías de comunicación entre disciplinas. 3. Identificar los objetivos generales posibles de los usuarios compartidos por todos los profesionales del equipo y estructurar la información necesaria del individuo.

Resultados: Tras 2 años de trabajo entre 9 profesionales (8 disciplinas: médico, enfermera, auxiliar referencial, encargada de servicios, trabajadora social y psicólogo de manera permanente y farmacéutico y fisioterapeuta como consultores pertenecientes a 5 centros gerontológico de Matia Fundazioa) coordinados por la Dirección asistencial, se han establecido las áreas a valorar e intervenir de cada disciplina, la obligatoriedad y frecuencia de esas valoraciones así como los objetivos por áreas.

La necesidad de los residentes se ha concretado en "Visión global" (diagnósticos y problemas, dependencias y riesgos junto con las expectativas recogidas) aportando todos los profesionales la información derivada de su trabajo y trabajado en equipo para establecer el objetivo asistencial principal a conseguir.

A final de 2008, el 85% de los residentes (N 580) disponían ya de visión global única con objetivos revisados. Todo ello gracias a la herramienta de gestión de atención residencial implantada "SIGECA RESIDENCIAL")

Conclusiones: El trabajo interdisciplinar ha obligado a revisar los contenidos profesionales de cada miembro del equipo de atención, lo que ha mejorado su competencia y ha ayudado a entenderse entre las distintas competencias.

P223. DELIRIUM EN EL ANCIANO EN UNA UNIDAD DE GERIATRÍA DE AGUDOS

M. Pi-Figueras Valls, M. Arellano Pérez, M.A. Márquez Lorente, D. Sánchez Rodríguez, E. Hernández Leal y O. Sabartes Fortuny
Servicio de Atención Geriátrica y Sociosanitaria (IAGS). Institut Municipal de Asistencia Sanitaria (IMAS). Barcelona.

Objetivo: Evaluar la prevalencia de delirium en el anciano que ingresa en una UGA y analizar las características de los pacientes con delirium, los factores predisponentes y precipitantes.

Método: Análisis retrospectivo de los pacientes que ingresan en UGA y presentan delirium durante el 2008. Se recogen los datos de filiación, valoración funcional mediante el índice de Barthel previo (BP), al ingreso (BI) y al alta (BA), e índice de Lawton (IL); la situación cognitiva medida con el test de Pfeiffer (TP), la comorbilidad medida con el índice de Charlson (IC) y los antecedentes patológicos, la procedencia y destino al alta. Los factores predisponentes y precipitantes analizados fueron: edad, demencia, deterioro funcional, inmovilidad, delirium previo, depresión, malnutrición, déficit sensorial, comorbilidad, privación del sueño, polifarmacia, constipación.

Resultados: Se estudiaron 863 pacientes con una edad media de 85,29 ± 5,9 años, de los cuales 64,7% fueron mujeres. El BP 47,60 ± 34,4, BI 19,26 ± 24,6, BA 29,75 ± 31,1, un IL 1,2 ± 2,1, un TP 5,51 ± 3,7 y IC 2,58 ± 1,7. Desarrollaron delirium un 20,6%. El 68,1% provenían de domicilio, 26,8% residencia y 5,1% CSS. No hubo diferencias significativas en la procedencia. De los factores predisponentes, la presencia de delirium fue significativamente mayor en pacientes con deterioro funcional (p < 0,01) e inmovilidad (p < 0,001). No hubo diferencias significativas en el resto de factores predisponentes y precipitantes. Se relacionó significativamente el BP (p < 0,001), BI (p < 0,01) y BA (p < 0,03) a la aparición de delirium. Existieron diferencias significativas en los pacientes con limitación crónica al flujo

aéreo ($p < 0,01$), trastorno de marcha ($p < 0,005$) y caídas ($p < 0,01$). El destino fue 60,8% a domicilio, 21% exitus, 5,8% unidad de media estancia (UME), 4,5% subagudos, 2,9% unidad de larga estancia (ULE), 2,8% residencia. Las altas a domicilio, residencia, UME, ULE, subagudos y exitus presentaron diferencias significativas ($p < 0,001$) en la prevalencia de delirium (44,9%, 6,2%, 10,1%, 3,9%, 6,7%, 25,8% respectivamente). Los pacientes con delirium presentaron mayor estancia media hospitalaria ($p < 0,001$).

Conclusiones: 1. La prevalencia de delirium en una UGA fue de 20,6%. 2. El deterioro funcional y la inmovilidad predisponen de forma significativa al delirium. 3. La estancia media hospitalaria de los pacientes que desarrollan delirium es significativamente mayor. 4. La peor situación funcional al ingreso y al alta se correlacionó con la aparición de delirium. 5. Los pacientes con delirium presentan mayor mortalidad, mayor uso de recursos sociosanitarios e institucionalización y menor retorno a domicilio.

P224. MIASTENIA GRAVIS DE INICIO TARDÍO. UNA ENFERMEDAD SIMULADORA. PRESENTACIÓN DE UN CASO

J.I. Blázquez Carrasco¹, J. Gil Moreno², G. Martín Torres², N. Parras García de León² y N. Fernández Martínez²

¹Complejo Hospitalario de Toledo. Toledo. ²Hospital General de Ciudad Real. Ciudad Real.

Objetivo: La Miastenia Gravis (MG) es una enfermedad autoinmune de la unión neuromuscular que causa debilidad muscular y fatiga. La MG afecta principalmente a adultos jóvenes y es poco frecuente en mayores de 50 años. El 60% desarrolla la enfermedad entre los 20 y 40 años y es rara antes de los 15 años o después de los 70. La prevalencia de la MG entre los adultos de mediana edad y ancianos está aumentando.

Método: Presentamos un caso de una mujer de 87 años que ingresa en la Unidad Geriátrica de Agudos del Hospital General de Ciudad Real. En sus antecedentes destaca hipertensión arterial, bocio multinodular, fractura de cadera e ictus 3 meses antes. Como secuela del ACVA la paciente presentaba disfagia.

Resultado: La paciente refería debilidad y fatiga, ptosis palpebral desde hacía dos meses y continuaba con disfagia. Una Resonancia Magnética mostraba infartos lacunares periventriculares. El TAC torácico descartó la presencia de timoma. El test de anticuerpos contra el receptor de acetilcolina fue positivo: 94,44nmol/L. El electromiograma detectó alteración severa de la transmisión neuromuscular postsináptica. Este caso refleja el diagnóstico inicial erróneo de ictus isquémico 3 meses antes. Se inició tratamiento con corticosteroides y anticolinesterásicos (piridostigmina) con una mejoría rápida, significativa y mantenida.

Conclusión: Signos bulbares como la disfagia pueden provocar error en el diagnóstico atribuyendo la clínica a ictus isquémico. La MG simula ACVA en pacientes ancianos. La prevalencia de la MG en pacientes de edad avanzada se está incrementando constituyendo una enfermedad a tener en cuenta en el diagnóstico diferencial.

P225. DEMENCIA EN LOS MÁS MAYORES

F. Riba, M.T. Barrera Salcedo, E. Barranco, S. Bertran y S. Ariño Blasco
Hospital General de Granollers. Barcelona.

Introducción: El aumento de la esperanza de vida y la disminución de la natalidad ha provocado un envejecimiento de nuestra población en la que existe un alto porcentaje de personas mayores de 85 años. Este segmento de la población experimentará un crecimiento del 170% para el año 2050.

Objetivo: Identificar si hay diferencias de género, estado funcional y grado de demencia entre mayores y menores de 85 años.

Métodos: Estudio observacional, descriptivo comparativo de pacientes atendidos en la unidad integral de diagnóstico de demencia, entre

marzo y diciembre del 2008. Se examinan en los dos grupos de edad el género, grado de demencia según Clinical Dementia Rating Scale (CDR), MEC-30 de Lobo, situación funcional mediante índice de Barthel (IB) e índice de Lawton (IL), trastornos de la conducta y factores de riesgo cardiovascular. Se utiliza Ji cuadrado para comparaciones entre variables categóricas y T de Student para comparación de medias de muestras independientes, asumiendo significación estadística con valores de $p < 0,05$.

Resultado: De los 170 enfermos analizados con deterioro 127 (75%) eran menores de 85 años y 74 (43,5%) mujeres. La DTA se encontraba presente como demencia más prevalente en 16 (37%) ≥ 85 a y 42 (33%) < 85 a. El estadio de demencia moderado fue el más frecuente en los más añosos 15 (34,9%) sin diferencias con el otro grupo 34 (26%). Existían diferencias aunque no significativas en la valoración cognitiva mediante MEC en ≥ 85 a $18,55 \pm 8,13$ y < 85 a $20,34 \pm 6,9$ ($p = 0,175$). En los mayores de 85 años la situación funcional era peor IL $1,81 \pm 2,05$ frente a $3,43 \pm 2,97$ ($p = 0,000$) en < 85 a y también aumentaba la dependencia para las AVD IB en ≥ 85 a $74,3 \pm 29,3$ y < 85 a $85,5 \pm 22,3$ ($p = 0,025$). Los trastornos de la conducta predominantes fueron los afectivos 14 (32,6%) en ≥ 85 a y 44 (34,6%) en < 85 a. El 55,8% (24) de los ≥ 85 a y 52% (66) de los < 85 a tenían más de dos FRCV asociados.

Conclusiones: Los pacientes mayores de 85 años con demencia presentan peor estado funcional y mayor dependencia para las ABVD que los menores de 85. Esto no se relaciona con grados más severos de demencia, ni menor puntuación en el MEC, tampoco con la presencia de más factores de riesgo cardiovascular. Necesitamos estudios para descubrir otros elementos que influyan en esta pérdida de autonomía.

P226. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LOS MOTIVOS DE CONSULTA DERMATOLÓGICAS EN PACIENTES MAYORES DE 65 AÑOS EN EL HOSPITAL SAN CECILIO DE GRANADA

P. Burkhardt-Pérez, H. Husein-El-Ahmed, S. Arias-Santiago y R. Naranjo-Sintes

Hospital Clínico San Cecilio. Granada.

Objetivos: El objetivo de este estudio es valorar los motivos de consulta dermatológica más frecuentes y su tratamiento de los pacientes mayores de 65 años.

Material y métodos: De un total de 7 consultas de Dermatología general del hospital San Cecilio de Granada, se seleccionaron aleatoriamente cuatro y se estudiaron de forma retrospectiva los motivos de consulta de pacientes mayores de 65 años durante un periodo de un mes. Se realizó un análisis descriptivo de la distribución por sexos, edad, diagnóstico, tiempo de evolución de las lesiones y tratamiento.

Resultados: En total se visitaron 950 pacientes, de ellos 131 (13,7%) eran mayores de 65 años (46% varones y 54% mujeres) con una edad media de 72,3 años. El tiempo de evolución de las lesiones hasta la consulta fue de 19,3 meses. El diagnóstico más frecuente fue carcinoma basocelular (18,3%, 24 pacientes) seguido del queratosis actínica (15,3%, 20 pacientes) y queratosis seborreica (9,9%, 13 pacientes). Otros diagnósticos menos frecuentes fueron: carcinoma espinocelular (7 pacientes, 5,4%), rosácea (5 pacientes, 3,8%), liquen simple (4 pacientes, 3,05%), psoriasis (4 pacientes, 3,05%) nevus atípicos (5 pacientes 3,8%), eccemas, efluvios telegénicos, quistes epidérmicos, dermatitis seborreica y condrodermatitis del helix completan el listado. El tratamiento que recibieron los pacientes fue en su mayoría médico (44,2%, 58 pacientes) y 26 pacientes (19,84%) se programaron para cirugía. Se realizó curetaje y aplicación en consulta de ácido tricloroacético a queratosis actínicas de 18 pacientes (13,7%). Se prescribió imiquimod tópico a 10 pacientes con carcinoma basocelular (7,63%). A 10 pacientes (7,6%), se les recomendó observación domiciliaria, al tratarse de lesiones benignas. Para 2 pacientes (1,52%), se

realiza interconsulta con otras especialidades para manejo interdisciplinario. No acudieron a la consulta 7 pacientes (5,34%).

Discusión: El 45% de los pacientes se agrupan en 3 diagnósticos: carcinoma basocelular, queratosis actínica y queratosis seborreica. Destaca sobre todo la patología tumoral, tanto lesiones premalignas como malignas: carcinoma basocelular y queratoma actínico que fueron las más numerosas (33,3%). Se tratan de patologías asociadas a fotoexposición crónica y acumulativa a lo largo de la vida, por lo que es necesario insistir en la fotoprotección como medida de prevención primaria. Además se observa una demora de más de 19 meses en el diagnóstico por lo es importante el diagnóstico precoz por parte de los médicos de atención primaria y geriatras para realizar una rápida derivación al dermatólogo sobre todo en casos de tumores cutáneos.

P227. PERFIL DEL CUIDADOR PRINCIPAL DE ANCIANOS INMOVILIZADOS EN UNA ZONA BÁSICA DE SALUD (ZBS) UBICADA EN EL ÁREA SANITARIA I DE ASTURIAS

S. Fernández, A.T. Soler, S. Rancaño, L. Fernández, C.M. Pérez y M. Fernández
Centro de Salud Luarca. Área Sanitaria. Asturias.

Objetivo: Conocer la morbilidad diagnosticada y al grado de satisfacción con los servicios sanitarios recibidos de los cuidadores principales de personas inmovilizadas con capacidad de deambulación preservada.

Método: Estudio observacional descriptivo trasversal sobre cuidadores principales de pacientes inmovilizados incluidos en el Protocolo Inmovilizados (código L28) de OMI-AP adscritos a una ZBS. La recogida de datos se realizó a través de historia clínica OMI-AP y mediante un cuestionario en visita domiciliaria o en el Centro de Salud. Variables recogidas: sociodemográficas, morbilidad diagnosticada, ansiedad y depresión (Goldberg), sobrecarga del cuidador (Zarit), utilización de recursos sanitarios (frecuentación y visitas domiciliarias) y escala de satisfacción (SATISFAD 10).

Se consideró que el paciente tenía la deambulación preservada si mantenía la capacidad para realizar de modo autónomo un trayecto de 10 metros utilizando o no dispositivos de ayuda en el momento de la valoración.

Resultados: Se recogieron datos de 67 cuidadores principales (86,6% mujeres), con una edad media de 59,8 (\pm 13,45) años de edad. El 23,9% mantenía la capacidad de deambular. La edad media del cuidador principal de este grupo de pacientes es de 61 años (\pm 7,8), el 81,3% son mujeres, y el 100% con estudios primarios completados. El 50% estaban casados y el 81,3% de los cuidadores era familiar de primer grado. El 31,3% de los cuidadores de este grupo llevaba más de 10 años de cuidados y el 75% no tenían morbilidad diagnosticada. El 31,3% de los cuidadores tenía riesgo de ansiedad y el 25% de depresión, sin embargo el 93,8% no presentaba sobrecarga.

Conclusiones: Nuestra muestra se caracteriza por ser mujer con vínculo familiar directo con el inmovilizado. La morbilidad diagnosticada es mayor que en inmovilizados con otro tipo de patologías, tales como la demencia. Aunque el riesgo de padecer ansiedad y depresión es mayor.

Palabras clave: Inmovilizado, cuidador principal, deambulación.

P228. ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR EN EL PACIENTE GERIÁTRICO

J. Fernández Soria, R. Paz, Z. Yusta, V. Rentería, M. Muñoz y M. Araujo
Residente de Geriátría. Toledo.

Introducción y objetivos: La prevalencia de las enfermedades cardiovasculares aumentan con la edad, dado que con el envejecimiento aumenta la comorbilidad, se producen cambios estructurales y en la función mecánica del corazón y además existe una variación en la

distribución por sexos de dichas patologías. El objetivo del estudio es estimar la prevalencia de dichas enfermedades cardiovasculares, incluyendo cardiopatía isquémica, insuficiencia cardiaca, fibrilación auricular y valvulopatías en la Unidad Geriátrica de Agudos del Hospital Virgen del Valle del Complejo Hospitalario de Toledo.

Material y métodos: Se diseñó un estudio descriptivo trasversal en pacientes mayores de 70 años ingresados en la Unidad Geriátrica de Agudos del Hospital Virgen del Valle del Complejo Hospitalario de Toledo. Se realizó historia clínica donde se recogieron variables como edad, sexo, factores de riesgo cardiovascular, medicación, NYHA y se realizaron pruebas diagnósticas que incluyeron electrocardiograma y ecocardiograma. El análisis estadístico fue realizado mediante SPSS versión 15.0

Resultados: Se reclutaron un total de 213 pacientes ingresados en la Unidad de Agudos del Hospital Virgen del Valle de Toledo, de los cuales un 41,31% habían sido ingresados por enfermedad cardiovascular, de ellos, 60,22% fue por insuficiencia cardiaca, el 13,63% por fibrilación auricular y el 26,15% por cardiopatía isquémica, presentando el 28,40% antecedentes de valvulopatía previa. En cuanto al sexo, el 38,64% fueron varones y el 61,36% mujeres. En el ecocardiograma se observó estenosis aórtica en el 18,18% de los pacientes, insuficiencia aórtica en el 35,22%, estenosis mitral en el 13,63%, insuficiencia mitral en el 50%, insuficiencia tricuspídea en el 30,68% y estenosis tricuspídea en el 4,54%. El 63,63% presentó FEVI normal ($>$ 60%).

Conclusiones: Se observó una prevalencia del 41,31% de enfermedad cardiovascular, con predominio en el sexo femenino, siendo la insuficiencia cardiaca la más frecuente con una prevalencia del 60,22% al igual que lo descrito en la literatura. En cuanto a la enfermedad valvular la más prevalente fue la insuficiencia mitral, frente a la estenosis aórtica.

Bibliografía:

Antorreta M, Conthe P. Tratamiento de la insuficiencia cardíaca en el anciano. *Inf Ter Sist Nac Salud*; 2007; 31:75-87.
Krumholz H. Cardiopatía isquémica en el anciano. *Rev Esp Cardiol* 2001; 54:819-826.
Vahanian A. Guía de práctica clínica sobre el tratamiento de las valvulopatías. *Rev Esp Cardiol*.2007; 60(6):625-50.

P229. PERFIL DEL CUIDADOR PRINCIPAL DE PACIENTES ANCIANOS INMOVILIZADOS CON DIAGNÓSTICO DE DEMENCIA EN UNA ZONA BÁSICA DE SALUD (ZBS) UBICADA EN EL ÁREA SANITARIA I DE ASTURIAS

S. Fernández, I. Suárez, N. García, B. Fernández, S. Vázquez y A.T. Soler
C. Salud de Luarca. Área Sanitaria. Asturias.

Objetivo: Conocer la morbilidad diagnosticada en cuidadores de ancianos inmovilizados con demencia y su grado de satisfacción con los servicios sanitarios recibidos.

Método: Estudio observacional descriptivo trasversal sobre cuidadores principales de pacientes inmovilizados incluidos en el protocolo inmovilizados (código L28) de OMI-AP adscritos a una ZBS. La recogida de datos se realizó a través de historia clínica OMI-AP y mediante un cuestionario en visita domiciliaria o en el Centro de Salud. Variables recogidas: sociodemográficas, morbilidad diagnosticada, ansiedad y depresión (Goldberg), sobrecarga del cuidador (Zarit), utilización de recursos sanitarios (frecuentación y visitas domiciliarias) y escala de satisfacción (SATISFAD 10). Se consideró paciente con demencia aquel con el diagnóstico previo y el que sin estar diagnosticado cumplía criterios de demencia CIE-10.

Resultados: Se recogieron datos de 67 cuidadores principales (86,6% mujeres), con una edad media de 59,8 \pm 13,45 años de edad. El 43,3% tenía demencia. El cuidador principal de los pacientes con demencia tiene una edad media de 55 años (\pm 12,38). El 69,5% posee vínculo familiar directo. Un 89,7%, son mujeres y el 27,6% con estudios secunda-

rios. El tiempo medio de cuidado fue 63,1 meses (\pm 44,6). La frecuentación al médico de atención primaria fue de 10,1 visitas/año (\pm 12). Únicamente un 17,2% de los cuidadores de este grupo tenía morbilidad diagnosticada. El 51,7% presentaba riesgo de ansiedad y el 48,3% de depresión. El 96,6% no presentaba sobrecarga por los cuidados y un 46,9% estaba muy satisfecho con servicios sanitarios recibidos.

Conclusiones: En nuestra muestra el vínculo familiar directo y el nivel de escolaridad son las variables que mejor caracterizan al cuidador principal de ancianos inmovilizados con demencia. La morbilidad diagnosticada y el grado de sobrecarga son bajos, mientras que la atención sanitaria recibida es percibida como satisfactoria.

Palabras clave: Inmovilizado, cuidador principal, demencia.

P230. EFICACIA DEL TRATAMIENTO ORAL EN EL DÉFICIT DE VITAMINA B12

M.J. Sánchez Artero, N. El Kadaoui, M. Hornillos, M.J. Esteban Dombriz, M.P. Jiménez Jiménez y C. Duarte
Hospital Universitario de Guadalajara. Guadalajara.

Objetivos: La vitamina B 12 se puede absorber por difusión pasiva a través del tubo digestivo en un pequeño porcentaje de la dosis ingerida. Se está comprobando en algunos estudios que esta vía de administración puede ser útil en ciertos pacientes. Hay que considerarla sobre todo en los pacientes anticoagulados en los que están contraindicadas las inyecciones intramusculares. Con este trabajo hemos estudiado cuál es la dosis recomendada para el tratamiento vía oral con vitamina B12 en pacientes con déficit de esta vitamina.

Pacientes y método: Estudio retrospectivo de ancianos con déficit de vitamina B12 valorados en los distintos niveles asistenciales del servicio de geriatría. Los pacientes habían recibido tratamiento con vitamina B 12 oral (ampollas de 1 gr) durante un periodo de tiempo variable. Se evalúan las medias y frecuencias.

Resultados: n: 15, edad media: 85,73 años (73-95), mujeres 8 (54%), Tenían demencia 9 (60%), alteración de la marcha 3 (20%), recibían tratamiento con IBP 11 (73,3%), con Sintrom 4 (26,7%). En la situación funcional inicial tenían un I.Barthel > 60: 10 (66%), entre 40-60: 1 (6,7%) y menor de 20: 4 (26,6%). La situación mental inicial era CRM 0-1: 6 (40%), 2-3: 8 (53,3%), 4-5: 1 (6,7%). En el hemograma inicial tenían anemia 7 ancianos (46,7%), macrocitosis 2 (13,3%). Tenían niveles séricos < 200 pg/mL: 3 (20%), 200- 245: 3 (20%), > 245: 9 (60%). Han conseguido niveles normales: 8 (53,3%). La media de meses de tratamiento ha sido 11,7 meses (3-24). Recibieron dosis de choque inicial los ancianos con niveles séricos bajos: 10 (60%), con una media de 6 dosis de choque. Recibieron tratamiento semanal con vitamina B12 oral 2 pacientes, los cuales mantienen niveles séricos normales. El cumplimiento terapéutico fue bueno en todos los pacientes. Ocho pacientes (53,3%) recibieron tratamiento oral mensual o quincenal y no consiguieron elevar los niveles séricos de vitamina B12.

Conclusiones: El tratamiento con vitamina B12 oral es bien tolerado por los ancianos. Las dosis recomendables deben ser al menos de 1 gr semanal, haciendo controles periódicos de los niveles séricos. Dado que un porcentaje elevado de ancianos están anticoagulados pensamos que son buenos candidatos al tratamiento con vitamina B12 oral.

P231. ¿EFICACIA DE UN TRATAMIENTO NO-FARMACOLÓGICO DIRIGIDO A PACIENTES CON DEMENCIA EN ESTADIO INICIAL Y DCL, EN EL MANTENIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA Y LA MEJORA DEL ESTADO DE ÁNIMO?

G. Jusue Erro, S. Martínez Pueyo y D. Brugos Miranda
SNS-Osasunbidea. Pamplona.

Introducción: En las Demencias, además del tratamiento farmacológico, se están empezando a aplicar intervenciones no-farmacológicas con el fin de ralentizar la evolución de la enfermedad. Favoreciendo

también el mantenimiento del grado de autonomía y la capacidad funcional, así como la mejoría del estado de ánimo y la apatía de estos pacientes a lo largo del tratamiento.

Objetivos: La finalidad de este trabajo es analizar la eficacia de un tratamiento no farmacológico (con una duración de 18 meses), dirigido a pacientes que presentan demencia en estadio leve y DCL, en el grado de autonomía, capacidad funcional y estado de ánimo. En concreto, se estudiará la eficacia del tratamiento en estas variables, llevado a cabo en la Unidad de Memoria del Centro "San Francisco Javier" del SNS, aplicado a 65 pacientes que se fueron incorporando entre enero-2005 y julio-2006.

Material y métodos: Se ha utilizado un diseño descriptivo pre-du-rante-postratamiento, sin grupo control, actuando como variable independiente el tratamiento no-farmacológico. Los controles de las variables a estudiar se han efectuado a través de instrumentos estandarizados (Blessed y Escala de Depresión de Yesavage).

Resultados y conclusiones: 1. Nuestro programa se ha mostrado efectivo para el mantenimiento de las actividades de la vida diaria (básicas e instrumentales), manteniendo los pacientes el grado de autonomía en las actividades cotidianas y la capacidad funcional a lo largo del estudio, lentificando el proceso de deterioro. Siendo especialmente efectivo en el mantenimiento de las actividades instrumentales, actividades a menudo alteradas en fases iniciales de la enfermedad. 2. El programa parece ser también efectivo en la mejoría del estado de ánimo, disminuyendo su depresión y su inercia hacia la apatía. Se muestran más motivados a lo largo del tratamiento, aumentando su interés por las actividades que anteriormente realizaban. 3. Además, en general la satisfacción percibida por familiares y usuarios ha sido alta, lo que es un claro índice de que los procedimientos de atención al paciente y familiares han sido bien diseñados desde este punto de vista.

P232. EL ÁCIDO FÓLICO COMO MARCADOR DE DISCAPACIDAD

T. Morlanes Navarro, A. Martín Colmenero, S. Ulloa Levit y T. Usieto Piedrafita

Hospital Provincial de Ntra. Sra. de Gracia. Zaragoza.

Objetivos: Evaluar la prevalencia de los déficits de ácido fólico y B12 en ancianos hospitalizados y su relación con patologías y factores previos o determinantes del ingreso.

Metodología: Entre los pacientes ingresados en el Servicio de Geriatría durante 2008 se identificaron los que presentaban déficit de ác. Fólico y B12. Se estudiaron variables sociodemográficas, tipo de dieta y uso de suplementos y fármacos, estancia hospitalaria y situación al alta, antecedentes de patologías relacionadas con estos déficits así como con las enfermedades diagnosticadas durante el ingreso. Se analizaron las variables cualitativas mediante la χ^2 de Pearson y las cuantitativas mediante T de Student, o las correspondientes pruebas no paramétricas, estableciendo significación estadística $p < / = 0,05$.

Resultados: El total de ingresos fue 1.396. Se detectaron 104 casos válidos. Edad media 84,9%. Mujeres 57,7%. Residían en domicilio un 65,3%. La dieta fue normal en el 59%. Sólo utilizaban suplementos el 4,2%. La prevalencia de los déficits solos o asociados fue del 7,4%. Se halló déficit de Ac. fólico en un 54%. El déficit de a. fólico se asoció con significación estadística al déficit de B12, al tipo de dieta, presencia de malnutrición (OR = 3,32), deterioro cognitivo (OR = 4,69), patología cardiaca (OR = 2,5), enfermedad cerebrovascular (OR = 1,26), osteoporosis (OR = 2,46) e Índice funcional de Barthel ($p < 0,05$). No se encontraron asociaciones significativas del déficit de fólico para la edad, neoplasias, enfermedades digestivas o metabólicas, insuficiencia renal ni factores sociodemográficos.

Conclusiones: 1. El déficit de ácido fólico aparece frecuentemente asociado a enfermedades potencialmente incapacitantes de la esfera psicofísica. 2. Su asociación con el índice de Barthel podría tener utilidad como marcador biológico de discapacidad.

P233. KINESIOTAPING EN GERIATRÍA: A PROPÓSITO DE UN CASO

P. Tamame San Juan, F. Sanz López y C. Ortiz Domingo
Hospital San Juan de Dios. Zaragoza.

Objetivos: Entre otros efectos, el Kinesiotaping (vendaje que utiliza un esparadrapo adhesivo y elástico que busca prolongar los efectos de la estimulación fisiológica) mejora el flujo sanguíneo y linfático. En el transcurso de un proyecto de investigación que se está llevando a cabo nuestro Hospital sobre Kinesiotaping y edema de mano hemipléjica en geriatría, y a propósito de un caso, nuestro objetivo es ponderar la disminución del edema con el uso de esta técnica y así poder incluirla en el protocolo de tratamiento de la mano edematizada.

Método: Se realizan dos tipos de medición que se repiten en tres ocasiones y siempre antes de que el paciente comience sus ejercicios fisioterápicos: una volumétrica y otra centimétrica de la mano pléjica (o parética) y lo mismo en la mano no afectada. La medida volumétrica se realiza colocando la mano en un tanque lleno de agua. El exceso resultante se recoge y se mide, utilizando para ello el "Baseline volumetric measuring device, hand set". En cuanto a la medida centimétrica, se realiza midiendo la distancia entre segundo y quinto metacarpiano con la mano abierta y otra medición con la mano cerrada con un metro. La 2ª y 3ª medida, se realiza a las 24 y 48 horas después de poner el Kinesiotaping.

Conclusiones: En la medida volumétrica, el edema de la mano afectada se redujo de 710 cc iniciales a 550 cc (160 cc). En cuanto a la medida centimétrica, de 22 cm (mano extendida) y 23,5 (mano flexionada), se redujo a 21 cm (mano extendida) y 22,5 cm (mano flexionada), por lo que creemos que la inclusión de las tiras de kinesiotaping en el tratamiento de la mano edematizada sería muy beneficioso para el paciente y podría incluirse en el protocolo habitual de actuación de este tipo de patología.

P234. PREVALENCIA DE ENFERMEDADES CRÓNICAS EN LAS PERSONAS MAYORES RESIDENTES EN CASER RESIDENCIAL, A ZAPATEIRA. A CORUÑA

R. Santiago y N. Seguí
Caser Residencial. A Zapateira. A Coruña.

Objetivos: Describir y registrar la morbilidad presentada por los mayores residentes en Caser Residencial, A Zapateira, los medicamentos indicados a los mismos, así como la frecuencia con que aparecen reportados los síndromes geriátricos.

Métodos: Estudio no experimental, transversal y retrospectivo de las historias clínicas de los mayores residentes. En Caser Residencial A Zapateira, para el cual se tomaron en cuenta los siguientes datos: edad, sexo, diagnósticos y medicamentos utilizados. Se realizó análisis descriptivo y comparativo de los datos obtenidos.

Resultados: Se revisaron historias clínicas que corresponden al 100% de residentes de Caser Residencial A Zapateira desde su apertura en Julio 2007 hasta Febrero 2009, 22,64% fueron hombres y 77,29% mujeres, la edad mínima fue de 60 años. El 72,68% se situó en edades comprendidas entre 70 y 89 años. El diagnóstico más frecuente fue HTA (44,65%), seguido por Demencias (42,79%), Diabetes Mellitas (18,13%) y osteoartrosis (14,88%). Los medicamentos más indicados fueron Omeprazol (36,27%), Aspirina (29,76%), Furosemida (20,45%), Risperidona (14,88%), Enalapril (12,09%). Los Síndromes Geriátricos fueron utilizados como nomenclatura 205 veces, los más comunes fueron Polifarmacia, Demencia y Síndrome de Inmovilización.

Conclusiones: Las enfermedades más diagnosticadas fueron Hipertensión Arterial, Demencias de diversa etiología, Diabetes Mellitus y Osteoartrosis. La medicación más usada fue la relacionada con tratamiento cardiovascular y protección gástrica; polifarmacia fue encontrada en más de las tres cuartas partes de los pacientes. La nomenclatura de los Síndromes Geriátricos ha sido poco usada en menos de un tercio de las historias.

clatura de los Síndromes Geriátricos ha sido poco usada en menos de un tercio de las historias.

P235. INFECCIONES PROTÉSICAS ARTICULARES Y MANEJO POR UNA UNIDAD DE ORTOGERIATRÍA. INFECCION POR CANDIDA

J.I. Blázquez Carrasco, F. Madruga Galán, A. Blanco Orenes, M.J. Led, R. Cibantos y M. Mareque Ortega
Complejo Hospitalario de Toledo. Toledo.

Objetivo: La infección fúngica de una prótesis articular es muy poco común. *Cándida species* es el patógeno más frecuentemente aislado. En la literatura médica se han descrito muy pocos casos. El porcentaje de este tipo de infección es desconocido. Algunos estudios lo han estimado en torno al 1%.

Método: La unidad de Ortogeriatría del Complejo Hospitalario de Toledo está formada por dos geriatras a tiempo completo que evalúan todo paciente mayor de 70 años que ingresa en la unidad. Describimos el caso de un paciente de 78 años en cuyos antecedentes personales destacaba hipertensión, fibrilación auricular, insuficiencia renal crónica, hiperuricemia sintomática y prótesis bilateral de ambas rodillas.

Resultado: Dos meses después de la cirugía el paciente presenta tumefacción y dolor en la rodilla. Los hallazgos radiográficos revelan osteopenia en el compartimento externo del extremo proximal de la tibia. La proteína C reactiva era de 50. Se aisló *Cándida albicans* en varios cultivos de aspirado articular y muestras quirúrgicas. Los hemocultivos fueron negativos. El tiempo transcurrido desde la cirugía era de 5 meses. Se han descrito algunos factores de riesgo para el desarrollo de infección invasiva por *cándida*, entre ellos destaca, inmunosupresión, uso prolongado de antibióticos, neutropenia, diabetes mellitus, desnutrición, artritis reumatoide, cirrosis. Nuestro paciente presentaba insuficiencia renal crónica. Se inició tratamiento sistémico con fluconazol 200 mg cada 12 horas. No se asoció Anfotericina B por la insuficiencia renal. Tras 3 meses de tratamiento con fluconazol y desbridamiento inicial sin éxito se realiza extracción de prótesis y colocación de espaciador impregnado con antibiótico. El paciente continuó con tratamiento antifúngico al alta y actualmente permanece asintomático.

Conclusión: Presentamos un caso infrecuente de infección de prótesis articular. En una Unidad de Ortogeriatría las infecciones protésicas requieren un seguimiento muy estrecho. La fragilidad de los pacientes, el uso prolongado de antibióticos, la cirugía en dos o tres tiempos, ingresos prolongados, la desnutrición son factores determinantes para un resultado adverso. El manejo por Geriatría en estos casos es esencial.

P236. EFECTOS TERAPÉUTICOS DE UN ENTRENAMIENTO EN FUNCIONES COGNITIVAS SUPERIORES CON POBLACIÓN MAYOR EN EL ÁMBITO RURAL

L. Sanz Herrador¹, D. Pérez², E. Rodríguez², L. García², P. Santos¹ y J.A. Sánchez¹
¹Tres Puntos Servicios Sociosanitarios. Salamanca. ²Infosalud. Salamanca.

Introducción: En el envejecimiento normal se presenta un declive de las funciones cognitivas superiores. Se han realizado numerosos estudios en los que se han demostrado la efectividad de programas de entrenamiento sobre ese deterioro. Éstos, aplicados a adultos mayores sanos, tienen efectos beneficiosos a corto y medio plazo en la memoria, la atención, la velocidad de procesamiento de la información y la función ejecutiva.

Objetivo: Valorar los efectos terapéuticos de un entrenamiento de las funciones cognitivas superiores, sobre el estado cognitivo general

de un grupo de mayores de la localidad salmantina de Tamames, a través del Mini Mental State Examination (MMSE).

Método: Se trata de un estudio descriptivo transversal en el que evaluamos la eficacia de un entrenamiento para mejorar las capacidades cognitivas superiores de los asistentes. El taller se levó a cabo en ámbito rural por iniciativa del Excmo. Ayto. de Tamames. A este taller, de 83 horas de duración y asistencia abierta, acudieron, de media, 10 mujeres por sesión. A los asistentes se les aplicó el MMSE tanto al principio, para valorar su estado cognitivo, como al final, para evaluar los posibles efectos que se pueden atribuir a la participación en el taller. Se realizaron los análisis estadísticos correspondientes.

Resultados: Todas las evaluadas fueron mujeres (N = 10). No hubo diferencias significativas en la edad, 71 años (DT = 3,94 años), ni en el nivel educativo (todas tenían estudios básicos). La puntuación media antes de la intervención fue de 28,30 puntos. Mientras que la puntuación media posterior a la intervención fue de 29,10 puntos, por lo tanto se produjo un incremento de 0,8 puntos después de 19 meses de intervención. Aparecen diferencias significativas en las puntuaciones pre (M = 28,3, DT = 0,483) y post (M = 29,1, DT = 0,568) (Z = -2,53, p < 0,011).

Conclusiones: Con este estudio se demuestra que el programa de entrenamiento utilizado es efectivo para mejorar el rendimiento cognitivo de los adultos mayores sanos, principalmente en lo que respecta a funciones tales como la memoria a corto plazo y orientación temporal. Por ello, es importante emplear este tipo de programas de forma temprana para evitar o retrasar el deterioro cognitivo asociado con la edad y prevenir, el desarrollo de demencias en esta población.

P237. EQUIPOS DE EVALUACIÓN INTEGRAL AMBULATORIA (EAIA) EN GERIATRÍA

M.D. Conesa Medalla, N. Puig Sanarau, A. Pulido Gutiérrez, A. Navarro García, M. Pesquer y L. Pascual Roca
Clínica de Molins de Rei. Barcelona.

Objetivo: Describir las características de los pacientes a los que hemos realizado una evaluación multidisciplinar ambulatoria en geriatría en nuestro centro desde el inicio del recurso.

Métodos: En julio del 2007 en el centro sociosanitario Clínica de Molins de Rei del area metropolitana de Barcelona se puso en funcionamiento el equipo de evaluación integral ambulatoria en geriatría. Se realiza un análisis descriptivo de las 38 evaluaciones realizadas hasta febrero del 2009. La evaluación multidisciplinar consiste en una valoración geriátrica integral (VGI) realizada como mínimo por médico y enfermera, y en algunos casos también por trabajadora social y psicóloga clínica. La valoración se realiza a petición del equipo de atención primaria.

Resultados: Los pacientes tienen una media de edad de 81 años, con un rango de 56 a 99 años. De ellos, 29 eran mujeres y 9 eran varones. Las visitas multidisciplinarias se realizaron 10 días después de recibir la petición. Además de ser valorados por médico y enfermera, 21 fueron valorados también por la trabajadora social y 7 por la psicóloga clínica. El perfil era el de un paciente con deterioro funcional, uso frecuente de los servicios de salud y con situación social de riesgo. El dolor mal controlado era un problema relevante en 11 de los pacientes. Se detectaron como promedio 4,6 síndromes geriátricos por paciente, siendo los más frecuentes el trastorno ansioso-depresivo, el deterioro cognitivo y la demencia, el deterioro funcional, la incontinencia urinaria y la polifarmacia. Se detectó disfagia en 8 casos. Se recomendó cambio de medicación en 19 pacientes. En 19 casos se decidió ingreso en recurso sociosanitario después de la valoración multidisciplinar, de los cuales 11 ingresaron en la unidad de convalecencia y 8 en hospital de día. De estos 19 casos, en 9 se detectó claudicación familiar. Los pacientes que ingresaron en la unidad de convalecencia presentaban con mayor frecuencia una insuficiencia de

órgano avanzada, con malos resultados de salud durante el ingreso y un mayor índice de mortalidad y de institucionalización.

Conclusiones: Los EAIA de geriatría son una herramienta de apoyo especializada para la atención primaria y otras redes sanitarias y sociosanitarias. Ofrecen a la comunidad la posibilidad de recibir una valoración especializada en geriatría, permiten beneficiarse de la VGI a un porcentaje mayor de población ambulatoria, mejoran la detección de síndromes geriátricos y pueden ser un recurso adecuado para la identificación de pacientes candidatos a beneficiarse de un recurso sociosanitario.

P238. TELEMEDICINA EN HOSPITALES DE MEDIA Y LARGA ESTANCIA

Y. Pérez Polo, C. García-Rojo Rodríguez y M.J. Gayoso Orol
Hospital Virgen de la Poveda. Villa del Prado. Madrid.

Introducción: El sistema de telemedicina consiste en la provisión de servicios sanitarios a distancia, usando tecnologías informáticas y de telecomunicación, que ofrece ventajas tanto a los profesionales como a los pacientes. El Hospital Virgen de la Poveda (HVP) de media y larga estancia de la CAM, ha implantado este sistema para minimizar traslados a consultas externas, reduciendo de esta manera riesgos y gastos innecesarios.

Material: Hacemos uso de las nuevas TIC (Internet, videoconferencia, línea de cable) y empleamos estaciones de trabajo especializadas y dispositivos biomédicos para la adquisición, procesado y visualización de datos e imágenes médicas.

Método: La actuación de todo el personal está perfectamente coordinada, desde el entramado burocrático hasta la prestación efectiva del servicio de telemedicina demorándose una media de seis días desde la petición del mismo. Toda teleconsulta se realiza previo consentimiento informado del paciente. Los médicos del HVP solicitan consultas a los especialistas de Traumatología, Dermatología, Rehabilitación y Radiología del Hospital de referencia (H. Getafe) a través del correo electrónico, el Servicio de Admisión recibe la petición, gestiona cita con el H. de Getafe informando de la misma a Supervisión quien coordina a todo el personal implicado para llevar a cabo la teleconsulta. Si se precisara radiología previa el TER es el encargado de enviarla al H. de Getafe.

Resultados: El servicio de Telemedicina comenzó el 23 de octubre de 2007 realizándose desde entonces 257 teleconsultas: 222 al Servicio de Traumatología, 25 al de Dermatología y 10 al de Rehabilitación. Se han enviado 120 placas de Rx y realizado 20 ecografías para ser valoradas por los radiólogos. Hasta el momento se han llegado a realizar 20 sesiones clínicas (médicas y de enfermería).

Conclusiones: Con la telemedicina hemos conseguido reducir la demora en las revisiones de nuestros pacientes, eliminado riesgos de traslados y obtenido un ahorro económico considerable. Esperamos seguir en esta línea en años posteriores y poder establecer teleconsultas con más servicios médicos.

P239. PERFIL DE PACIENTES ANCIANOS INGRESADOS EN UNA UNIDAD DE AGUDOS DE GERIATRÍA

J.M. Mohedano Molano, G. Lozano Pino y R. Ortés Gómez
Hospital Virgen del Puerto de Plasencia. Cáceres.

Objetivo: Describir las características de los pacientes ingresados en nuestra unidad de Geriatría durante los seis primeros meses de funcionamiento.

Material y métodos: Estudio descriptivo durante el periodo comprendido entre abril y octubre de 2008 en pacientes dados de alta de la unidad de agudos de geriatría del Hospital Virgen del Puerto de Plasencia (Cáceres). Los pacientes ingresados en dicha unidad son ancianos de edad mayor o igual a 80 años contando con un máximo

de 20 camas asignadas. Las variables se recogieron a partir de los informes de alta.

Resultados: Ingresaron un total de 272 pacientes, de los cuales 24 fueron exitus (8,82%). Se han evaluado 240 informes de alta. La edad media fue de $85,7 \pm 4,41$ años con un 59,58% de mujeres. Las patologías crónicas más frecuentes fueron: HTA (67,5%), cardiopatía (44,58%), osteoartrosis (43,33%), dislipemia (38,75%), patología digestiva (35%), DM tipo 2 (31,66%), enfermedad respiratoria (29,58%), deterioro cognitivo (29,17%) y ACV (25,42%). Consumían una media de $5,7 \pm 2,9$ fármacos. Un 24,17% eran dependientes para ABVD, mientras que el 56,25% eran independientes, presentando dependencia parcial el resto (19,17%). El síndrome geriátrico más frecuente fue la incontinencia urinaria (42,5%), seguido del estreñimiento (23,33%), depresión (18,33%), malnutrición (17,08%), síndrome confusional agudo (10,83%) y yatrogenia (7,08%).

Conclusiones: El perfil del anciano ingresado en nuestra unidad es el de un paciente mayor, con predominio de mujeres, pluripatológico y polimedicado, presentando más de la mitad de ellos independencia para las ABVD al ingreso.

P240. PACIENTES AGUDIZADOS EN CENTROS SOCIOSANITARIOS: DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

C. Castellà ValldePérez, J.C. Colmenares, E. Martínez Almazán, M. Brull, M.J. Galiana y I. Moliner Marcen
Grup SAGESSA (Hospital de la Santa Creu). Tortosa. Tarragona.

Introducción: Con frecuencia se asumen enfermos ingresados en nuestro centro sociosanitario que se reagudizan en las distintas unidades de hospitalización. La atención subaguda puede suponer hasta un 25% de los pacientes ingresados en las unidades de larga estancia (ULE) y convalecencia (UCR), según análisis previos, hecho que representa mayor sobrecarga asistencial e implica un retraso en la consecución de los objetivos terapéuticos.

Objetivo: Describir el tipo de reagudizaciones atendidas en las unidades de ULE y UCR de nuestro centro y su manejo.

Metodología: Se recogen datos de los enfermos ingresados en la UCR y ULE durante 4 meses (desde octubre 2008 hasta enero 2009), que han presentado alguna reagudización. Se evalúan datos demográficos, motivo de ingreso, antecedentes patológicos, síndromes geriátricos prevalentes, tipo de reagudización, duración del tratamiento intravenoso en días y su desenlace.

Resultados: Se evaluaron 127 casos, de los cuales un 45,7% correspondían a pacientes ingresados la ULE (58 pacientes) y un 54,3% a la UCR (69 pacientes). La media de edad fue de $82,14 (\pm 10,2 \text{ DE})$ en ULE y $81,55 (\pm 10,7 \text{ DE})$ en UCR. El índice de Barthel medio al ingreso fue de 17,4 puntos. La duración media de tratamiento endovenoso fue de $14,7 \text{ días } (\pm 1,5 \text{ DE})$. Las reagudizaciones más frecuentes fueron las infecciones respiratoria (92%) y urinaria (51%), que precisaron un tratamiento de 18,7 y 11,48 días de media respectivamente ($p < 0,05$), así como la deshidratación y trastornos metabólicos ($p < 0,05$), el síndrome confusional ($p < 0,001$) y la ICC ($p < 0,05$), con una duración de tratamiento intravenoso de $13,8 (\pm 8,2)$, $22,29 (\pm 32,7)$ y $23,08 (\pm 31,7)$ días de media, respectivamente. Un 76% de los pacientes ingresados en la ULE y un 49% de la UCR habían presentado algún tipo de reagudización en los 3 meses previos ($p < 0,001$). El 59% de los casos fueron patologías de nuevo diagnóstico en nuestro centro. Del total de agudizaciones tratadas, un 81,1% se resolvieron con el tratamiento administrado, hubo un 13% de exitus y un 3,1% se trasladaron al Hospital de agudos de referencia.

En los pacientes con tratamientos endovenosos más prolongados hemos detectado la existencia del solapamiento de varias complicaciones simultáneas o próximas en el tiempo, lo que justificaría el mantenimiento de dichos tratamientos.

Conclusión: En más de la mitad de los casos se ha detectado un nuevo diagnóstico en el centro sociosanitario. Las agudizaciones más

frecuentes que sufren nuestros pacientes son de causa infecciosa, seguidas de las metabólicas. La mayoría se tratan en nuestro centro. Este hecho se explica en parte, por la ubicación del hospital de agudos fuera del centro y en parte, por la falta de cultura geriátrica en el centro de agudos. Este estudio abre un nuevo planteamiento sobre la necesidad de unidades especializadas para el manejo de los enfermos geriátricos subagudos.

P241. FACTORES PRONÓSTICOS DE LA NEUMONÍA EN EL PACIENTE GERIÁTRICO

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

Introducción: La neumonía constituye uno de los problemas de salud más importante en el anciano. Con una incidencia anual de 30 casos/1000 habitantes y una mortalidad del 25%. Supone la primera causa de muerte de origen infeccioso en este grupo de población. Para predecir pronóstico y gravedad, en este colectivo las escalas actuales son poco precisas y sobreestiman la mortalidad. La incorporación de elementos de la Valoración Geriátrica Integral (VGI) en dichas escalas podría corregir este hecho.

Objetivo: Identificar factores pronósticos de mortalidad intrahospitalaria en pacientes con neumonía atendidos en una Unidad de Geriátrica de Agudos, con especial atención en elementos de la VGI.

Método: Estudio observacional comparativo con carácter retrospectivo de pacientes ingresados en una UGA con el diagnóstico al alta de neumonía. Se recogen características basales, clínicas (I. Charlson), funcionales (I. Barthel) y situación al alta. Se realiza un análisis descriptivo de las variables incluidas en el estudio y se valora la relación existente entre las distintas variables y la mortalidad intrahospitalaria, durante el periodo de tiempo 2006-2008.

Resultado: Se analizan 169 pacientes, con edad media de $85 \pm 6,2$ años, discreto predominio del sexo femenino 90 casos (53,3%), estancia media de $12,9 \pm 9,1$ días y mortalidad del 23,6%. Entre las variables analizadas destacan la presencia de Deterioro Cognitivo, Disfagia y Dependencia Funcional (63, 42 y 55%, respectivamente) con un Índice medio de Charlson de $2,64 \pm 1,7$. La presencia de Deterioro Cognitivo, Disfagia y antecedente de Institucionalización presentaron asociación estadísticamente significativa con mortalidad intrahospitalaria en el análisis univariado ($p = 0,039$, $0,034$ y $0,012$ respectivamente). No se observó esta asociación entre la situación funcional previa al ingreso y mortalidad intrahospitalaria.

Conclusión: El Deterioro Cognitivo, la Disfagia y la Institucionalización previa constituyen factores de riesgo de mortalidad intrahospitalaria en pacientes ancianos con neumonía, sin embargo la edad avanzada, el género y la Dependencia Funcional no resultaron serlo. Surge la duda, entorno a la valoración funcional, de si es la pérdida funcional que la enfermedad actual condiciona sobre el paciente más que la existencia de dependencia en si misma la que presenta una relación pronóstica, a corto plazo en los pacientes ancianos con neumonía. Motivando la realización de nuevos estudios.

P242. GERIATRÍA EN URGENCIAS. BENEFICIOS DE UN EQUIPO INTERCONSULTOR DE ATENCIÓN DIRECTA

M. Fernández Fernández, M. Bermúdez, F. Suárez García y J.J. Solano Jaurrieta
Hospital Monte Naranco. Oviedo.

Objetivo: Analizar los resultados de un equipo de geriatría con atención directa en un servicio de urgencias.

Material y método: Estudio de las personas mayores de 70 años que acudieron al Servicio de Urgencias del Hospital Central de Asturias, hospital de referencia de tercer nivel, por problemas no quirúrgicos.

Dichos pacientes eran valorados en una primera instancia por el personal médico de urgencias quienes ante la existencia de criterios de ingreso hospitalario, realizaban una interconsulta al servicio de geriatría. Dicha interconsulta era atendida por dos geriatras con dedicación a tiempo completo al área de urgencias y que cubrían las mañanas y tardes de todos los días laborables. Se realizó una valoración geriátrica integral junto con un plan de diagnóstico y tratamiento valorando la necesidad o no de ingreso hospitalario. Se incluyeron todos los individuos que fueron valorados por la unidad de geriatría entre Julio de 2008 y Enero de 2009, ambos inclusive, y que fueron dados de alta por dicha unidad. Se analizó el impacto de esta intervención y las variables asociadas a "alta fallida" (ingresar en los 15 días posteriores al alta).

Resultados: Las altas supusieron un 20% de los pacientes. La edad media de los pacientes dados de alta (n: 125) fue de 84,4 (DT: 6,5). El 73% eran mujeres con un I. Barthel medio fue de 44,7 (DT: 37,9). Un 28% vivía en residencia y el 52% tenía deterioro cognitivo. La media de fármacos era de 7,03 (DT: 3,14). Los diagnósticos más frecuentes al alta fueron por este orden: infección respiratoria (22,4%), infección urinaria (15,2%), insuficiencia cardiaca (12,8%), y caídas (12,8%). Los pacientes dados de alta correspondieron en su mayoría al nivel 3 del sistema de clasificación Manchester que asigna un nivel de prioridad de atención a los pacientes que acuden a urgencias. Ingresaron en los 15 días siguientes al alta el 9,6% de los pacientes (75% en el servicio de geriatría). Ninguna variable analizada se asoció a "alta fallida".

Conclusión: La intervención directa por geriatría en un servicio de urgencias supone una disminución de los ingresos de personas mayores con patología médica sin que esto redunde significativamente en un mayor número de reingresos.

P243. UTILIZACIÓN DE FÁRMACOS DEL SNC EN RESIDENCIAS PÚBLICAS DEL MUNICIPIO DE OVIEDO

G. Pérez Vazquez¹, A.M. Fernández Fernández¹, F.J. Jiménez Muela¹, F. Suárez García², J.M. Arche Coto² y J.J. Solano Jaurrieta²

¹Establecimiento Residenciales de Asturias. Oviedo.

²Hospital Monte Naranco. Oviedo.

Objetivos: Describir el uso de fármacos del SNC (benzodicepinas, hipnóticos, neurolépticos y antidepresivos) en residencias de ancianos y su asociación con otras variables cognitivas y funcionales.

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, la presencia de deterioro cognitivo así como el listado de su tratamiento farmacológico habitual. Para valorar las diferencias entre variables categóricas se utilizó la prueba de chi cuadrado. Se utilizó el paquete estadístico SPSS 13.0

Resultados: La población estaba formada por 645 personas todas ellas mayores de 65 años (media 84,36 ± 7,59) siendo el 69% (n = 445) mujeres. El 32,7% de la población tenía el diagnóstico de algún tipo de trastorno cognitivo. El 64% de la población tomaba algún fármaco para el SNC (mínimo 1 y máximo 5), siendo la media de prescripción de 1,0 (DT 0,98). El 50,2% tomaba benzodicepinas; el 24,3% neurolépticos y el 23% antidepresivos. Ser mujer se asoció con una mayor prescripción en todos los grupos farmacéuticos para el SNC. Un peor estado funcional y el deterioro cognitivo con la prescripción de neurolépticos. La prescripción no se asoció con la edad ni la residencia de personas mayores analizada. La benzodicepina, neuroléptico y antidepresivo más prescritos fueron respectivamente el lorazepam (50%), haloperidol (36%), y sertralina (22%).

Conclusiones: La prescripción de benzodicepinas es elevada en todas las residencias analizadas no pudiendo establecerse formas de actuar diferente entre ellas. Se demuestra una mayor asociación de su uso con situación funcional y cognitiva que con edad.

P244. PERFIL DEL PACIENTE SUBAGUDO ATENDIDO EN UN CENTRO SOCIOSANITARIO: COMPARACIÓN ENTRE LAS UNIDADES DE LARGA ESTANCIA Y CONVALECENCIA

J.C. Colmenares, C. Castilla ValldePérez, E. Martínez Almazan, M.J. Galiana, M. Brull y N. Maldonado

Hospital Santa Creu Tortosa (Grup SAGESSA). Tortosa. Tarragona.

Introducción: Últimamente hemos detectado un elevado número de reagudizaciones en los pacientes ingresados en nuestro centro socio-sanitario (CSS), hecho que supone un aumento en la carga asistencial.

Objetivo: Analizar las diferencias entre el perfil de los pacientes ingresados en las unidades de larga estancia (ULE) y convalecencia-rehabilitación (UCR) que presentan reagudizaciones.

Metodología: Estudio descriptivo-comparativo realizado desde octubre 2008 hasta enero 2009, entre las unidades de larga estancia de alta complejidad (60 camas) y de convalecencia (60 camas) de un CSS. Se consideró enfermo subagudo aquel que ha necesitado tratamiento endovenoso o bien la realización de exploraciones complementarias (estudios analíticos y/o radiológicos urgentes). Los resultados fueron analizados mediante la T de Student (SPSS version 12.0).

Resultados: Se evaluaron 127 casos, 45,7% ingresados en ULE (58 pacientes) y 54,3% en la UCR (69 pacientes). La media de edad fue de 82,14 años (± 10,2 DE) y 81,55 años (± 10,7 DE) para el grupo de ULE y UCR respectivamente. No se encontraron diferencias significativas en la comorbilidad, excepto mayor patología neurológica previa en los pacientes de ULE y mayor prevalencia de cirugía previa en los pacientes ingresados en la UCR (p = < 0,05). Sí se objetivaron diferencias significativas para los síndromes geriátricos, más frecuentes en los pacientes ingresados en ULE: inmovilidad (98% vs 87%), UPP (45% vs 20%), trastornos del sueño (40% vs 29%), estreñimiento (79% vs 49%) y desnutrición/disfagia (71% vs 51%) (p = < 0,05). Sin embargo, los trastornos afectivos fueron más frecuentes en la UCR (45% vs 34%) (p = < 0,02) así como las caídas (36% vs 19%). En cuanto a las reagudizaciones no se encontraron diferencias entre la causa de agudización, excepto para la deshidratación, otros trastornos metabólicos y la ICC, más frecuente en la ULE, y la agudización de la EPOC en la UCR.

Destacar la elevada prevalencia de agudizaciones de tipo infeccioso, sobre todo respiratorias y urinarias que había en ambas unidades con un porcentaje total de 88% en la ULE y 55% en UCR.

Conclusiones: 1. Los pacientes ingresados en las unidades de larga estancia y convalecencia tienen distinto perfil, siendo más frecuente el antecedente de cirugía mayor, los trastornos afectivos y las caídas. 2. En los pacientes de la UCR; y la patología neurológica de base, la inmovilidad, las UPP, los trastornos afectivos, el estreñimiento, la desnutrición y disfagia en los pacientes de ULE, hecho congruente con los criterios de ingreso. 3. Las reagudizaciones son frecuentes en las unidades estudiadas: la causa principal es la infecciosa en ambos grupos. La deshidratación, los trastornos metabólicos y la ICC han sido más prevalentes en la ULE, mientras que la reagudización de la EPOC ha sido más habitual en los pacientes de UCR. 4. Debido a la alta frecuencia con la que se están tratando complicaciones agudas en nuestro centro creemos oportuno analizar la magnitud del problema para adecuar los recursos necesarios para su correcto manejo.

P245. 2008: AÑO DE MULTIRRESISTENCIAS

P. Margalef Benaiges, I. Bueno Martín, M. Brull Royo y E. Martínez Almazán

Hospital de la Santa Creu. Tortosa. Tarragona.

La aparición de bacterias multiresistentes (BMR) en el medio socio-sanitario ha provocado en los últimos años un fuerte impacto económico y de morbimortalidad en la población, con consecuencias en la

política de uso de antibióticos, mayor consumo de recursos humanos y tecnológicos, así como de una implementación en el uso de medidas de prevención.

Ante la nueva situación planteada, consideramos de vital importancia un conocimiento más exhaustivo de la población diana y del manejo realizado en nuestro medio.

Objetivo: 1. Definir el perfil clínico y funcional de los pacientes en los cuales se aíslan BMR. 2. Valoración de factores de riesgo implicados en la mortalidad de los pacientes.

Material y método: Estudio de una cohorte retrospectiva de pacientes colonizados/infectados por BMR durante el transcurso del pasado año 2008 a partir de la revisión de historias clínicas.

Uso de programa estadístico SSPS versión 12.0.

Resultados: Se aislaron 48 BMR en 31 pacientes. La edad media de la muestra fue de 80,9 años con un Índice de Barthel medio basal de 6,56, el 45,8% fueron mujeres. Cada paciente recibió de media 3,71 ciclos antibióticos dentro de los 6 meses previos al aislamiento. Un 67% presentó demencia, el 35% fueron diabéticos, un 92% presentó incontinencia fecal y el 100% urinaria. El 79% presentó úlceras por presión (UPP), el 65% habían sido en algún momento del ingreso portadores de catéter vesical y el 85% precisó tratamiento por vía parenteral. Los niveles de albúmina media fueron de 2,56 mg/dl. El 81% procedieron del hospital de agudos. El diagnóstico principal más prevalente al ingreso fue el de ACV. Los BMR que se aislaron en mayor frecuencia fueron el MARSa, la *Pseudomonas aeruginosa* multiresistente y el *E. coli* productor de BLEE. El 66,7% de las BMR causaron infección. Un 31,3% de los pacientes fueron éxitus, el 60,4% sigue hospitalizado y sólo un 6,3% se fueron a su domicilio. Se pudieron desaislar por erradicación de la bacteria un 63% de los casos.

Se realizó un análisis de factores de riesgo de mortalidad y de desaislamiento a través de método de regresión logística. Se consideraron factores favorecedores de mortalidad: mujeres, procedencia medio de agudos, portadores de catéter vesical, hipoalbuminemia y presencia de infección (R^2 55%; $p = 0,000$). Se consideraron factores favorecedores de desaislamiento: pacientes de más edad, mujeres, niveles de albúmina altos y no presencia de UPP (R^2 46%; $p = 0,001$).

Conclusiones: 1. Se trata de una población de pacientes con deterioro funcional severo y elevada prevalencia de demencia, desnutrición y UPP. 2. El alta a domicilio es altamente improbable dada la complejidad médica de los pacientes combinada con una elevada tasa de mortalidad. 3. La albuminemia se presenta como un marcador bastante fiable en el pronóstico de mortalidad y desaislamiento de los pacientes.

P246. PREVALENCIA DE PACIENTES CON DETERIORO DEL PATRÓN DEL SUEÑO INGRESADOS EN UNA UNIDAD PSICOGERIÁTRICA Y ABORDAJE POR PARTE DE ENFERMERÍA

M. Pastor Ramos, M.C. Vilchez Esteve, I. Feria Raposo, M.J. Macarro Ríos y M.C. García Membrive
Benito Menni CASM. Barcelona.

Objetivo: 1. Identificar la prevalencia de pacientes que padecen un trastorno del sueño. 2. Identificar el abordaje por parte de enfermería ante este trastorno.

Método: El estudio se trata de un diseño cuantitativo de carácter descriptivo retrospectivo. Los datos se han extraído de una muestra compuesta por 60 pacientes del área de psicogeriatría del Benito Menni CASM de Sant Boi de Llobregat ingresados entre el 01/06/2008 y el 28/02/2009. Como criterios de inclusión se han tenido en cuenta que se encontraran ingresados en la unidad G1 (Pacientes con Deterioro cognitivo y trastornos de conducta mayormente), con un plan de cuidados de enfermería cumplimentado.

Las variables estudiadas son: edad, sexo, motivo de ingreso, diagnóstico médico, resultados NOC planificados e intervenciones NIC realizadas.

Resultados: Del total de la muestra, observamos que un 60% presentan trastorno del sueño durante el ingreso. El 65% son hombres y 35% de mujeres. En todos los casos enfermería ha formulado un diagnóstico de deterioro del patrón del sueño y planificado unos resultados NOC y unas intervenciones NIC.

Conclusiones: La prevalencia de que una persona con un deterioro cognitivo y/o trastorno de conducta ingresada en una unidad de psicogeriatría padezca un trastorno del sueño es bastante elevada. En nuestro caso mayormente en hombres que en mujeres. Es muy importante un buen abordaje por parte de enfermería desde el inicio, trabajando de manera multidisciplinar para que en el menor tiempo posible quede subsanado total o parcialmente el trastorno, de manera que durante el día el paciente se encuentre descansado y mucho más receptivo.

P247. AFECTACIÓN EN LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA DE LA 3ª A LA 4ª EDAD

M.J. Macarro Ríos, M.C. García Membrive, I. Feria Raposo y M. Pastor Ramos
Benito Menni CASM. Barcelona.

Objetivos: Identificar que actividades de la vida diaria se ven más afectadas al pasar de la 3ª Edad (de 65 años a 79 años) a la 4ª Edad (≥ 80 años).

Método: El estudio se trata de un diseño cuantitativo de carácter descriptivo retrospectivo. Los datos se han extraído de una muestra compuesta por 363 pacientes del área de psicogeriatría del Benito Menni CASM de Sant Boi de Llobregat ingresados entre el 01/01/2008 y el 31/12/2008. La comparativa se ha realizado entre los pacientes de ambas franjas de edad (169 pacientes de la 3ª Edad y 194 de la 4ª Edad). Como criterios de inclusión se han tenido en cuenta que estuvieran ingresados en el área durante dicho periodo. Que fuera un ingreso superior a 72 horas. Con edades igual o superiores a 65 años. Las variables recogidas han sido: Sexo, Edad y Actividades de la Vida Diaria (Escala de valoración Barthel).

Resultados: A través del análisis de los datos se obtienen las actividades vitales con mayor dependencia al pasar de una edad a otra. Es en la alimentación, en la eliminación y en la subida y bajada de escaleras donde más se evidencia el paso de unos niveles más autónomos a la dependencia total. En el resto de parámetros hay un descenso progresivo de mayor autonomía, a la necesidad de ayuda.

Conclusiones: Teniendo en cuenta que el paciente psicogeriatrico de edad avanzada presenta afectadas en gran medida las actividades de la vida diaria, es en la eliminación principalmente donde hemos encontrado una mayor pérdida de autonomía. Aumentando considerablemente la dependencia total. Tal y como se hace constar en los resultados el resto de actividades descienden de manera gradual aumentando la dependencia general del paciente.

P248. PERFIL TIPO DEL PACIENTE INGRESADO EN HOSPITAL GERIÁTRICO CON INSUFICIENCIA CARDÍACA

M. Checa López, C. García Redecillas, M. Muñoz Vélez, T. Estrada Álvarez, Z. Yusta Escudero y M.A. Araujo Ordoñez
Hospital Virgen del Valle. Toledo.

Objetivos: Valorar el perfil tipo del paciente geriátrico que ingresa por insuficiencia cardiaca crónica.

Material y métodos: Se realiza un estudio descriptivo, retrospectivo de pacientes mayores de 70 años ingresados en Hospital Geriátrico, Hospital Virgen del Valle, con diagnóstico de Insuficiencia Cardiaca en los últimos 6 meses. Se determina una muestra de 106 pacientes. Se analizan distintas variables: situación sociodemográfica, antecedentes patológicos, datos analíticos, electrocardiográficos y radiológicos y ubicación al alta.

Resultados: La edad media de presentación es 84 años \pm 4,92, siendo un 64,2% mujeres y 35,8% hombres, de los cuales 73,58% vivían en su domicilio, mientras que el 26,41% se encontraban institucionalizados. Eran IAVD el 69,81%, y el 30,18% eran DAVD para más de 2 actividades. De los factores de riesgo asociados, el más prevalente es la HTA con un 77,3%, un 32% eran DM, el 35,8% son dislipémicos, el 1,9% son fumadores activos, el 45,3% presentaban arritmia previa al ingreso, 18,9% habían padecido cardiopatía isquémica previa, el 11,32% habían sufrido un episodio de ACV, el 3,77% eran portadores de marcapasos, el 18,9% tenían criterios de EPOC y el 32% presentaban valvulopatía en el momento del ingreso. El 22,64% presentaban insuficiencia renal. Las cifras de hemoglobina media son 12,64 g/dl \pm 2,1. La clínica predominante es la disnea (68%), seguida de edemas con fôvea, dolor torácico, DPN y oliguria. El registro electrocardiográfico demostró similar proporción en ritmo sinusal que en fibrilación auricular en el momento del ingreso (49% en sinusal y 47% en FA), con una frecuencia media de 84,73 lpm.

La valvulopatía más frecuente objetivada en ecocardiograma fue la insuficiencia mitral con un 60,4% de los pacientes, presentando hipertensión pulmonar grave hasta un 30,18% de los pacientes. Dilatación auricular el 71,6%, disfunción del VI el 35,84%, con un predominio de hipertrofia concéntrica con el 60,37%. Sólo 1 de cada 3 pacientes presentaban fracción eyección del VI alterada. El 83,79% presentaban cardiomegalia y el 49% presentaban derrame pleural bilateral en radiografía torácica. La mayoría se encontraban con una clase funcional I-II (77,3%). El destino al alta fue el mismo en el 88,67% de los pacientes, nueva institucionalización en el 7,5% y el 3,8% fallecieron.

Conclusiones: El perfil tipo del paciente geriátrico ingresado en un hospital es una mujer de 84 años, que vive en su domicilio, independiente para AVD, clase funcional I- II, con al menos dos FRCV, principalmente HTA, y lesión de algún órgano diana, sin anemia y con clínica de disnea. Discretamente taquicárdica, independientemente del ritmo, con cardiomegalia y derrame pleural. FEVI conservada pero hipertrofia concéntrica, IM e hipertensión pulmonar en algún grado. Al alta la mayoría vuelven a su domicilio.

P249. ¿ES RAZONABLE EL USO DE LOS CRITERIOS ESTABLECIDOS PARA EL IMPLANTE DE DAI EN ANCIANOS PLURIPATOLÓGICOS?

I. Piñero Uribe, L.D. Muñoz Jiménez, R. Peñafiel Burkhardt y M. de Mora Martín
Hospital Carlos Haya. Málaga.

Ante la importante carga económica que supone el uso de desfibriladores implantables (DAI) para la prevención primaria de muerte súbita en cardiopatía isquémica, nos propusimos estudiar qué ocurría en los pacientes que, a pesar de cumplir criterios de implante de DAI, no lo recibían por diferentes motivos (importante comorbilidad, pobre expectativa de vida, negación por parte del paciente...). Estudiamos de forma retrospectiva un total de 41 pacientes que cumplían los siguientes criterios en 2005: infarto de miocardio previo (al menos 40 días antes), función ventricular izquierda inferior al 35% y clase funcional II o III. La edad media de los pacientes del estudio fue de 75,2 y el 86,6% tenían dos o más factores de riesgo cardiovascular, siendo el más prevalente la diabetes mellitus (76,6% de los pacientes). El seguimiento medio fue de 45,2 meses. Encontramos que la mortalidad global del grupo era del 39%, con una supervivencia media global de 32,5 meses. La supervivencia media del grupo de fallecidos fue de 17,75 meses. Si tenemos en cuenta que el NNT del estudio MADIT II es de 18, habríamos implantado un total de 41 desfibriladores para reducir la mortalidad al 33% frente al 39% de los no tratados.

Conclusiones: A la vista de los datos estimados de reducción de mortalidad en este grupo y la supervivencia media de los fallecidos, y teniendo en cuenta que la principal causa de no implantar el dispositivo fue la importante comorbilidad de los pacientes, parece razo-

nable pensar en utilizar en este subgrupo de pacientes otros criterios más restrictivos que optimicen el coste-efectividad de la indicación del implante de DAI (anchura del QRS, función renal, ritmo de base, alternancia de la onda T...).

Área Social y del Comportamiento

P250. TECFORLIFE-TECNOLOGÍA PARA MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA

M. Montejo Estevez³, A. Garzo Manzanares³, L. Martínez Beitia³, E. Urdaneta¹, I. Cuartango Acha² y M. Urbistondo Ucin⁴
¹Ingema. Donostia. ²Fomento De San Sebastián. ³Fatronik-Tecnalia. Donostia. ⁴Ikus. Donostia.

El envejecimiento de la población europea trae consigo nuevas demandas para las familias y genera grandes presiones alrededor de los sistemas de salud y cuidados para las personas dependientes. Las tecnologías asistivas juegan un papel central en la inclusión social, la independencia y autonomía de las personas mayores y con discapacidad. La transformación de los resultados de la investigación en soluciones reales para la vida diaria que intensifiquen la autonomía y mejoren las condiciones socio-económicas de las personas mayores es vital en este contexto.

El proyecto europeo TECFORLIFE *Assistive Technology Cluster for Quality of Life*, liderado por Fomento de San Sebastián, tiene como objetivo tiene como objetivo la constitución de un foro de tecnologías asistivas. Un foro que funcionará a modo de grupo de trabajo de colaboración público-privada y que avanzará en la investigación y en la consolidación de un sector económico vinculado a las tecnologías asistivas, analizando la oportunidad de crear empresas en este ámbito. En este proyecto participan los centros tecnológicos FATRONIK-Tecnalia e INGEMA, junto a la empresa IKUSI, ha comenzado en Enero del 2009 y tiene una duración de 2 años.

Dentro del proyecto, se van a analizar varias experiencias similares realizadas en otras regiones europeas (Wellness cluster, Finland; BIOPOL L'H Cluster, Barcelona; FINWELL, Finland) y se van a crear grupos de trabajo locales incluyendo todos los actores necesarios (administración pública, centros de investigación, usuarios finales, empresas proveedoras de productos y servicios, asociaciones, etc.) Posteriormente, con la participación y guía de varios expertos europeos en esta área se establecerá la agenda de investigación estratégica para el cluster local (visión, misión y objetivos) y el plan de implementación.

P251. ¿PUEDO CONDUCIR?

J. Portuondo Jiménez, R. García Alegre, S. de Luis Álvarez, M. Larrinaga Llaguno, N. Larrinaga Llaguno y M.C. Marcos Alor
Hospital de Cruces. Barakaldo. Bilbao.

Introducción: Cuando a una persona se le diagnostica demencia, tanto la persona como la familia tienen que enfrentarse a numerosos desafíos del cuidado del paciente. De todas estas preocupaciones, conducir es uno de los temas más inmediatos. La progresión de esta enfermedad es gradual e impredecible en los pacientes que la sufren. Y por ello, las funciones cognitivas para la conducción (el juicio, el tiempo de reacción y la capacidad para resolver problemas) se ven afectadas. La conducción insegura puede atentar tanto contra la vida de la persona afectada por la demencia y como, contra la de muchas otras personas.

Objetivo: Ayudar a los familiares de estos enfermos a determinar cuando un enfermo con demencia constituye un peligro para sí mis-

mo y para otras personas a la hora de conducir es una función de enfermería.

Material y métodos: La forma más eficaz de abordar la limitación o suspensión de la conducción involucra pasos progresivos y una combinación de estrategias que se adecuen a las circunstancias, los recursos y las relaciones familiares. Los familiares, pueden detectar ciertas actitudes que les adviertan de posibles problemas en la conducción de los enfermos de Alzheimer, actitudes tales como: 1. Realizar maniobras de giro dificultosamente. 2. Pasar a un carril incorrecto. 3. Experimentar confusión en las salidas de autopistas. 4. Chocar contra la acera. 5. Conducir a velocidades inapropiadas. 6. Exhibir respuestas tardías ante situaciones inesperadas. 7. No prever situaciones peligrosas. 8. Exhibir un aumento de agitación o irritación al conducir. 9. Provocar rayones o abolladuras en el automóvil. 10. Perderse en lugares conocidos. 11. Provocar situaciones cercanas a choques o accidentes. 12. Recibir multas o advertencias. 13. Tener accidentes automovilísticos. 14. Confundir el freno y el acelerador. 15. Detenerse en medio del tráfico sin razón aparente.

Resultados: Enseñarles a identificación a las familias los aspectos a tener en cuenta para reconocer las dificultades en la conducción y así ayudarles tanto a la familia y como al paciente en la toma de decisión sobre: seguir conduciendo solo, acompañado para que se sienta seguro, o restringirle dicha actividad.

Conclusión: 1. Un diagnóstico de demencia no constituye automáticamente un motivo para eliminar los privilegios de conducir. Ya que, conducir representa independencia, libertad, competencia y control. 2. No existe nada concreto que determine cuando constituye un peligro para sí mismo y para otros. Las familias deben determinar cuando el tiempo de atención, la percepción de la distancia o la habilidad para procesar información dificultan al paciente responder en la forma segura conduciendo.

P252. ¡YO TE AYUDO A SOBRELLEVARLO!

J. Portuondo Jiménez, R. García Alegre, S. de Luis Álvarez, M. Larrinaga Llaguno, N. Larrinaga Llaguno y M.C. Marcos Alor Hospital de Cruces. Barakaldo. Bilbao.

Introducción: La enfermedad de Alzheimer, es la causa más frecuente de demencia en nuestro país. Aproximadamente el 5% de las personas de 65 años la padecen, y alrededor del 30% a los 85 años. Esta enfermedad neurodegenerativa progresiva que causa la muerte de neuronas en determinadas zonas de la corteza cerebral, destruyendo la inteligencia humana y produciendo efectos desastrosos en los enfermos, también afecta a las familias de estos, con lo que al Alzheimer lleva camino de convertirse en un problema de salud pública de primera magnitud.

Objetivo: Cuando una persona presenta Alzheimer, y esta le hace dependiente, dentro del sistema familiar suele haber una persona, el cuidador principal, que asume las tareas del cuidado básico, con la responsabilidad que ello acarrea. Y puesto que no es fácil ver el deterioro y las dificultades continuas de un ser querido, estos familiares que desempeñan el papel de cuidador principal, asumen una gran carga emocional. Carga emocional que se exterioriza de diferentes maneras como la ansiedad, la depresión, ...

Material y métodos: Los profesionales de enfermería desempeñan un papel fundamental a la hora tanto para prevenir como para ayudar a sobre llevar la carga en el cuidador principal de estos enfermos de Alzheimer. 1) Dar información sobre el proceso de la enfermedad al cuidador, y aclarar todas las dudas que le surjan. 2) Escuchar sus problemas. El profesional de enfermería deberá comprender, escuchar y apoyar a los cuidadores. 3) Tratar de ofrecer estrategias de afrontamiento adaptativas.

Resultados: La disminución en la medida de lo posible, incluso, la prevención de la carga emocional que sufren los cuidadores principales de los enfermos de Alzheimer, por la carga de trabajo que ello conlleva.

Conclusión: Por lo tanto, no solo se proporcionarían cuidados de enfermería al paciente de Alzheimer. El cuidador principal de dichos enfermos necesitaría ayuda y apoyo para poder prevenir o sobre llevar de la mejor forma posible la carga emocional. Y para ello, el cuidador, aprenderá con la ayuda del personal de enfermería de referencia, a controlar la sobre carga emocional que le produce el ser el encargado de los cuidados del enfermo de Alzheimer.

P253. SUPRESIÓN EMOCIONAL Y BENEFICIOS DEL COMPARTIMIENTO SOCIAL DE LAS EMOCIONES: DIFERENCIAS ATRIBUIBLES A LA EDAD

I. Etxeberria Arritxabal, J.J. Yanguas Lezaun, A. García Soler, A. Iglesias da Silva y N. Galdona Erquizia INGEMA Instituto Gerontológico Matia. San Sebastián.

Objetivos: Estudiar las diferencias en un grupo de variables emocionales observadas en distintos rangos de edad en una muestra de personas mayores.

Método: La muestra de 181 personas mayores, de ambos sexos, de edades comprendidas entre los 56 y los 88 años, fue distribuida en tres rangos de edad (menores de 65 años, entre 65 y 74 y mayores de 75). Para la medición de las variables emocionales se utilizó: *Trait Meta Mood Scale* (TMMS-24), para inteligencia emocional; *Escala de alexitimia de Toronto* (TAS-20); *Positive and Negative Affect Schedule* (PANAS), para intensidad de afecto positivo y negativo; *Escala de satisfacción con la vida* (SWLS); *Beliefs about Social Sharing of Emotion Questionnaire* (BSEQ), para beneficios del compartimiento social de las emociones; y *Emotion Regulation Questionnaire* (ERQ), para supresión. Se realizó un ANOVA, para observar si existían diferencias en función de la edad.

Resultados: Los resultados muestran diferencias estadísticamente significativas en supresión emocional ($p = 0,007$), siendo el grupo más longevo (mayores de 75 años) el que suprime más las emociones que el grupo de entre 65 y 74 años. Además, el grupo más longevo difiere significativamente de los otros dos grupos de menor edad, en dos de las subescalas del BSEQ, *beneficios intrapersonales del compartir social de emociones* ($p = .026$) y *beneficios de la no expresión* ($p = 0,034$). Lo que significa que el grupo más longevo obtiene, en comparación con los grupos más jóvenes, más beneficios intrapersonales del compartimiento social emocional y también más beneficios de la no expresión.

Conclusiones: Los resultados muestran que el grupo más longevo obtiene, a pesar de su tendencia a no expresar y suprimir las emociones, no sólo beneficios a nivel intrapersonal del compartimiento social de las emociones, sino también, aunque aparentemente contradictorio, beneficios de la no expresión. A la luz de estos datos se muestra relevante continuar en la investigación de las complejas interacciones que se dan en las diferentes formas de expresión emocional y su relación con el bienestar en las personas mayores.

Este proyecto ha sido parcialmente financiado por el Departamento de Industria, Comercio y Turismo del Gobierno Vasco bajo el programa SAIOOTEK 2008 (código de referencia: S-PE08MT01)

P254. SOBRECARGA Y CARACTERÍSTICAS DE LOS CUIDADORES DE SUS CÓNYUGES

E. Rodríguez Sánchez¹, A. Pérez Peñaranda², D. Pérez Arechaederra³, L. Sanz Herrador¹, P. Muriel Diez⁴ y I. Santolino Pereña⁴
¹Unidad de Investigación La Alamedilla. Salamanca. ²Universidad de Carabobo-Venezuela. ³Unidad de Investigación La Alamedilla. Salamanca. ⁴Centro de Salud Miguel Armijo. Salamanca.

Objetivo: Conocer el nivel de sobrecarga y describir las características de los cuidadores de cónyuges dependientes.

Método: Estudio observacional transversal realizado en Atención Primaria. De los dependientes incluidos en el Programa de Atención

Domiciliaria de 2 centros de salud urbanos. Se seleccionaron las 41 personas que prestaban cuidado a sus cónyuges. Se valoraron las características sociodemográficas y el nivel de sobrecarga (Test de Zarit) de los cuidadores. Respecto a los dependientes se tomó en cuenta el Índice de Barthel y el Test de Pfeiffer.

Resultados: De los 41 cuidadores, el 53,7% son mujeres. La edad media total es de 75,37 (\pm 8,98) años, siendo mayor la de los varones: 76,63 (\pm 8,79). La mayoría (73,2%) contaban con estudios primarios ($p = 0,096$). Todas las personas con estudios universitarios fueron varones (15,8%). El 29,3% de los cuidadores eran los únicos de la unidad familiar. Los cuidadores dedicaban al cuidado de su cónyuge un promedio de 152,93 (\pm 14,37) horas semanales (sin mostrar diferencias según sexo). Los cónyuges dependientes presentaban dependencia severa 31,4% y grave el 19,5%. Se detectó un deterioro cognitivo moderado (14,6%) e importante (29,3%) con distribución diferente según sexos. Presentan una sobrecarga intensa el 12,2% y leve el 24,4%. Los cuidadores con mayor edad que su cónyuge no presentaban sobrecarga en un 78,6% ($p = 0,186$). Éstos presentaron mejores puntuaciones en todas las categorías del Zarit, aunque no se alcanzó significación estadística.

Las mujeres piensan que su marido las considera la única persona que les puede cuidar ($p = 0,003$) y se sienten inseguras sobre qué hacer con su marido ($p = 0,014$). Los varones se sienten incómodos por distanciarse de sus amistades debido a tener que cuidar a su mujer ($p = 0,006$). En el resto de ítems, aunque no alcanzan significación estadística, los varones obtienen mejores resultados que las mujeres, salvo que piensan que no serán capaces de cuidar a su mujer por mucho más tiempo y desearían dejarla al cuidado de otra persona.

Conclusiones: Entre los cónyuges desaparece el claro predominio femenino de cuidadores. Los cuidadores con mayor edad que sus cónyuges presentan menos frecuentemente sobrecarga. Se encuentran diferencias significativas entre los cónyuges respecto a varios aspectos de la sobrecarga percibida.

Palabras clave: sobrecarga, cuidadores, cónyuges.

P255. EL DIAGNÓSTICO SOCIAL EN EL MEDIO RESIDENCIAL

M. Otxoa, L. Santamaría, M. Agirre, M. Heriz, M.J. los Arcos y M. Idiákez
Matia Fundazioa. Donostia.

Objetivos: El diagnóstico social, en cualquier medio, se convierte en el referente fundamental de la intervención social, aunque quizás, en el medio residencial en particular, no ha experimentado el desarrollo conceptual necesario. Al igual que ya ocurre en otros perfiles profesionales, se hace necesario el desarrollo de un modelo que permita estandarizar el contenido de las diferentes situaciones diagnósticas. El objetivo del presente trabajo ha sido tratar de identificar estas situaciones en el ámbito residencial y definir las características de cada una de ellas.

Metodología: Revisión, en el equipo de DTS, de las diferentes situaciones sociales diagnósticas detectadas en los diferentes centros de MATIA FUNDAZIOA. Consensuar en el equipo de DTS, la denominación de cada situación diagnóstica y definir los criterios que caracteriza a cada una de ellas.

Resultados: Se ha constatado una ausencia prácticamente absoluta de diagnósticos sociales estandarizados aplicables en el medio residencial, en la búsqueda bibliográfica realizada. Se han desarrollado una serie de diagnósticos sociales consensuados y definido los criterios constitutivos de cada uno de ellos.

Conclusiones: Consideramos necesario el establecimiento de una serie de Diagnósticos Sociales estandarizados y la definición de los criterios característicos de cada uno de ellos como método que posibilite el análisis y la implementación de planes de intervención y su evaluación continuada.

P256. PERSONAS MAYORES: IMÁGENES Y VOCES EN ACCIÓN (VIVA)

M. Pérez Salanova, S. Arenas Guarch, T. González Atienza y R. Martínez Pascual
Universidad Autónoma de Barcelona. Barcelona.

La actividad de las personas mayores que participan en asociaciones adolece de escasa visibilidad externa con repercusiones negativas en términos de presencia social. El proyecto de investigación acción VIVA (*Premio "Gent Gran" 2006-Presentes en la Sociedad*, Fundación CaixaSabadell) tiene como finalidad generar instrumentos para mejorar esa visibilidad, aplicando un enfoque de fortalecimiento de las personas mayores como agentes de desarrollo comunitario.

Objetivos: 1. Explorar concepciones y prácticas de los agentes implicados en la visibilidad, personas mayores, concejales y técnicos municipales y profesionales de medios de comunicación local. 2. Generar instrumentos útiles para los tres agentes. 3. Fomentar la posición de las personas mayores como actores.

Método: El proyecto se realiza en tres municipios: Sabadell, Cerdanyola del Vallès y Sant Cugat del Vallès. Se emplea metodología cualitativa aplicando como técnica de recogida de información el grupo de discusión y la entrevista. Se realizan 4 GD ($N = 29$) formados por miembros de 4 asociaciones -3 integradas por personas mayores y 1 no específica-, 6 entrevistas a concejales y técnicos municipales y 7 entrevistas a profesionales de medios de comunicación local, registradas por medio de grabación. Con los datos obtenidos, se elabora una propuesta de guía de recomendaciones, que se contrasta con las asociaciones.

Resultados: Los tres agentes comparten la preocupación sobre la imagen de las personas mayores, y relacionan la mejora de esa imagen con la visibilidad de la actividad de las asociaciones. Formulan propuestas para mejorar la visibilidad en dos direcciones complementarias. Por una parte todos enuncian cambios a realizar en el interior de sus organizaciones en términos sustantivos y operativos, y por otra plantean iniciativas para progresar en las interacciones con los otros agentes. Las líneas de cambio se detallan en la Guía, publicada y accesible en internet.

Conclusiones: La superación de las barreras identificadas para la visibilidad se concibe como una responsabilidad compartida, tanto en la exploración efectuada como en la Jornada pública donde se discutió el proceso de trabajo y los resultados con la participación de los tres agentes.

P257. SESGOS DE INTERPRETACIÓN DE INFORMACIÓN AMBIGUA Y SU RELACIÓN CON LA ANSIEDAD CLÍNICA

I. Montorio Cerrato, I. Cabrera Lafuente, M. Izal y R. Nuevo Benítez
Universidad Autónoma de Madrid. Madrid.

Introducción: Uno de los procesos cognitivos que determinan la vulnerabilidad hacia los trastornos emocionales es el sesgo de interpretación (SI), esto es, realizar una explicación sesgada de información que es de naturaleza ambigua. Se sabe que, en población joven, este sesgo se relaciona específicamente con dimensiones asociadas a la ansiedad. No existen apenas estudios en población mayor, ni que particularicen en los diferentes tipos de información ambigua que se presentan en la vida diaria.

Objetivo: Explorar la existencia de sesgos de interpretación asociados a distintos tipos de información ambigua.

Método: Se seleccionaron a 111 personas mayores de 60 años que acuden a centros sociales. Se les administró un test situacional compuesto por 8 situaciones ambiguas (3 de tipo social, 3 de salud y 2 sobre la familia). Para cada situación debían señalar el grado de preocupación y la probabilidad de que les ocurriera cada situación. Además se evaluó el nivel de Intolerancia hacia la Incertidumbre (IU),

ansiedad rasgo A-R, preocupación-rasgo P-R y la presencia del Trastorno de Ansiedad Generalizada TAG.

Resultados: La muestra fue dividida mediante un algoritmo estadístico entre personas con bajos y elevados sesgos de interpretación, total, o para cada tipo de situación (familiar, social y salud). Los resultados muestran que al comparar las personas con elevados sesgos de interpretación hacia la información ambigua respecto a aquellos que no los tienen, los primeros tienen significativamente mayores niveles de IU, A-R, P-R ($p < 0,001$), así como es más significativamente más probable que reciban diagnóstico TAG ($p < 0,05$). Al analizarlo por tipo de información, se encuentra este mismo patrón para los sesgos de interpretación de información sobre la salud, pero no para la información ambigua de tipo familiar o social.

Conclusiones: Estos resultados muestran la existencia de una relación entre sesgos de interpretación y dimensiones relevantes de la ansiedad como son la ansiedad rasgo, la preocupación-rasgo, la intolerancia hacia la incertidumbre y la presencia de TAG. Al mismo tiempo y de forma similar a lo que se ha encontrado cuando se analiza el contenido de las preocupaciones de las personas mayores, la relevancia clínica de los sesgos de interpretación varía en función del tipo de información que las personas deben interpretar, siendo la interpretación de información ambigua sobre la salud la que se relaciona más directamente con la ansiedad.

P258. VARIACIONES EN LAS ÁREAS DEL MINI EXAMEN COGNOSCITIVO (MMSE) TRAS LA PARTICIPACIÓN EN UN PROGRAMA DE POTENCIACIÓN COGNITIVA DIRIGIDO A PACIENTES CON DETERIORO COGNITIVO LEVE Y DEMENCIA LEVE

R. López de la Torre Martín, G. Torrijos Barbero, B. Cortés Hontoria, C. Casares Guillén, I. Echevarría Alonso y M. Yagüe Benito
Unidad de Memoria y Demencias. Hospital Cantoblanco. Madrid.

Objetivo: Comprobar la existencia de diferencias en el rendimiento de las Áreas cognitivas del MMSE tras la participación en de un Programa de Potenciación Cognitiva en pacientes con Deterioro Cognitivo Leve (MCI) y Demencia Leve (DL).

Método: Estudio descriptivo de una muestra (N = 80) dividido 2 grupos diagnosticados MCI, DL. Pacientes que acuden a un programa de Potenciación cognitiva de dos meses de duración, durante los años 2000-2008. Se analizarán la Puntuación global en el MMSE y puntuaciones en las diferentes Áreas de la prueba en ambos grupos de pacientes. Realizando evoluciones pre-post programa.

Resultados: En un estudio piloto se observa unos porcentajes similares de hombres y mujeres en ambos grupos y una edad media similar. Se detecta una ligera mejoría en ambos grupos del rendimiento cognitivo, tanto de forma global como por las áreas cognitivas estudiadas. Si se observa una mejoría en las variables de Satisfacción en ambos grupos.

Conclusiones: Los programas de Potenciación cognitiva contribuyen a una mejora del rendimiento cognitivo de los pacientes con MCI; en los demencias la mejoría observada es menor. Poniendo en relieve la necesidad de realizar más estudios sobre la efectividad de los programas de potenciación cognitiva.

P259. DIFERENCIAS DE EDAD Y GÉNERO EN EL INTERCAMBIO DE APOYO DURANTE EL ENVEJECIMIENTO

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

Objetivo: La investigación ha demostrado que en la vejez avanzada se produce una inversión de roles y que las personas mayores comienzan a recibir más apoyo del que proporcionan a otros (Wagner, Schütze, y Lang, 1999). Sin embargo, esta inversión en los flujos de

apoyo desaparece cuando se controlan las variables que determinan los recursos y oportunidades de dar apoyo, así como la necesidad de recibirlo (Morgan, Schuster y Butler, 1991). También se ha encontrado que las mujeres dan más apoyo social que los hombres (Antonucci y cols, 2002). En este trabajo describimos el apoyo dado y recibido, así como la reciprocidad percibida en las personas mayores españolas, teniendo en cuenta la edad y el género de los sujetos.

Método: N = 646 personas residentes en la comunidad de ambos sexos, con edades comprendidas entre los 60 y 95 años. Se recogió información sobre variables sociodemográficas, de salud y de integración en la comunidad. Se plantearon preguntas sobre la red y del apoyo social utilizando el método jerárquico propuesto por Antonucci (1986). Los efectos de la edad y el género en los niveles de apoyo social, tanto emocional como instrumental, y en la reciprocidad percibida se evaluaron mediante Anovas de medidas repetidas. En todos los análisis se controlaron los efectos de la salud y el número de personas en la red social.

Resultados: Las personas muy mayores (75+) daban menos apoyo emocional e instrumental que las personas mayores (60-74). En cambio, no se encontraron diferencias significativas entre los distintos grupos de edad en los niveles de apoyo recibido. El grupo de 75+ también percibía sus relaciones como menos recíprocas que el grupo de 60-74 años. Las mujeres daban más apoyo emocional e instrumental que los hombres. También recibían más apoyo de tipo emocional que los hombres. Sin embargo, no se encontraron diferencias de género en la percepción de reciprocidad.

Conclusiones: Las personas mayores españolas generalmente perciben sus relaciones como recíprocas. Sin embargo, en vejez avanzada aumenta el número de sujetos que perciben que reciben más de lo que dan. También se observa un descenso de los niveles de apoyo proporcionado a otros, tanto emocional como instrumental, en los mayores de 75 años. Las mujeres mayores intercambian una mayor cantidad de apoyo con los miembros de su red social que los hombres. Los resultados se discuten en el contexto de las diferencias de género y los cambios de roles sociales que se producen en proceso de envejecer.

P260. DIAGNÓSTICO DE CALIDAD DE LOS CENTROS RESIDENCIALES PARA PERSONAS MAYORES EN BIZKAIA

E. Iturrizaga Larrabeiti, I. Zaballa Bilbao y A. Aguirre Gutiérrez
Diputación Foral de Bizkaia. Departamento de Acción Social. Bizkaia.

Objetivos: 1. Conocer el nivel de calidad de los servicios prestados por los centros residenciales para personas mayores en Bizkaia, evaluando la medida en que se respetan los derechos de las personas usuarias. 2. Conocer el nivel de calidad de gestión de los centros residenciales.

Método: El diagnóstico se ha realizado sobre una muestra de 38 residencias representativas del sector, teniendo en cuenta la titularidad (municipales, forales, privadas mercantiles y privadas sin ánimo de lucro) así como su tamaño (entidades de menos de 50 plazas, entidades entre 50 y 100 plazas y entidades con más de 100 plazas). En cada residencia se han valorado diferentes cuestiones relacionadas con los procesos del servicio asistencial (acogida, estancia/fin de estancia, procesos soporte y sistemas de gestión) así como con los derechos de las personas usuarias (dignidad, privacidad, autonomía, información, evaluación de necesidades, PAI, participación e integración y conocimiento y defensa).

El diagnóstico se ha realizado por medio de una herramienta en la cual se puntuaba cada proceso teniendo en cuenta a los derechos a los que afecta. De esta forma se obtienen puntuaciones de cada residencia por procesos y por derechos, así como puntuaciones totales.

Resultados: La puntuación máxima que puede obtener una residencia es de 1.000 puntos. A continuación se muestran los resultados

totales obtenidos por las 38 residencias (tablas con puntuaciones totales, así como clasificadas por procesos y por derechos).

Conclusiones: El nivel general de puntuación obtenido por los centros es medio alto, situándose la media en 537 puntos sobre 1.000. Los centros que han obtenido puntuaciones menores a 400 tienen un largo recorrido a desarrollar para la mejora de su gestión, tanto a nivel asistencial como organizacional, ya que no tienen sus actividades sistematizadas, no tienen protocolos de actuación, ni planificación y la información no se registra, lo que da lugar a que no se pueda hacer análisis cuantitativos y mínimamente objetivos para la mejora.

Los ocho centros que han obtenido las mejores puntuaciones, entre 800 y 1.000 puntos, son organizaciones con sistemas de gestión sólidamente establecidos e implantados. Seis de estos centros están certificados según la norma UNE-EN ISO 9001:2000. En cuanto a titularidad hay que destacar que cuatro de estos ocho centros son fundaciones.

Salvo estos cuatro centros mencionados, no se pueden apreciar aspectos diferenciadores entre los diferentes centros por su titularidad. Tampoco se aprecian diferencias por su localización geográfica.

P261. CARTA DE SERVICIOS EN LA COCINA DEL CIAM SAN PRUDENCIO

E. Muzas, V. Andía y A. Saravia

Centro Integral de Atención a Mayores San Prudencio. Vitoria.

Método y objetivos: En octubre de 2005, la Cocina Central del Centro integral de atención a mayores San Prudencio, dependiente del Servicio de Tercera Edad del Departamento de Intervención social del Ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz, a través de su Carta de servicios, consiguió la certificación de calidad de AENOR. Dicha Cocina está sujeta a un sistema de control sanitario basado en un análisis de peligros y puntos críticos de control (APPCC) realizándose diariamente los siguientes controles: 1) Higienización de verduras. 2) Temperatura de cámaras. 3) Control de las temperaturas. 4) Control de materias primas. 5) Control de temperaturas en producto final. 6) Máximo de permanencia en cámaras de comida elaborada. 7) Temperatura máxima para línea fría y mínima para línea cliente. 8) Limpieza y desinfección de instalaciones, maquinaria y utillaje.

La finalidad que tiene esta cocina es la de fabricar, almacenar, envasar y al mismo tiempo distribuir las comidas preparadas tanto a la Residencia y Centro de día del CIAM San Prudencio, como a los 3 Centros de atención diurna y 7 Comedores de los Centros socioculturales, dependientes del Servicio de Tercera Edad, como a 3 Centros de Inserción social y el Servicio de ayuda a domicilio.

Resultados y conclusiones: A lo largo del año 2008 se han elaborado un total de 1991 servicios diarios, distribuidos en: 188 desayunos, 174 almuerzos, 903 comidas, 227 meriendas y 499 cenas.

Los resultados de los compromisos de calidad ofrecidos a lo largo de este año, según los indicadores de seguimiento y evaluación de la calidad, ofrecen las siguientes conclusiones: 1) Se ha garantizado un índice de satisfacción superior a 7 en una escala de 0 a 10 en los conceptos de gusto, variedad, cantidad, puntualidad, satisfacción y atención. 2) Se han contestado todas las solicitudes de Sugerencias, Quejas y Reclamaciones un plazo máximo de 13 días naturales, desde que se reciben. 3) Se han realizado encuestas de satisfacción a 521 usuarios en el mes de noviembre de 2008 y se han comunicado sus resultados a todos los Centros donde se presta el servicio, en un plazo máximo de 30 días naturales, desde que se reciben las encuestas. Las quejas y las sugerencias apuntadas se han tenido en cuenta en la elaboración del plan de gestión 2009. 4) Se han mantenido reuniones trimestrales de seguimiento con los Responsables de los Centros por parte de la Dietista, Jefa de cocina y Directora del Centro, teniendo en cuenta sus sugerencias.

5) Se ha realizado asesoramiento y seguimiento dietético al personal de todos los Centros a lo largo del año. 6) Se ha continuado variando los menús semanales, mediante la no repetición de los mismos en ciclos de 5 semanas. 7) Se ha instaurado una dieta turmix equilibrada nutricionalmente e introducido significativos cambios en el resto de dietas. 8) Se han adquirido diferentes envases con tapa de diferente color para los distintos postres y gelatinas. 9) Se ha instaurado el proceso de centralización de pedidos y unificación de menús con las tres Miniresidencias dependientes del Servicio de Tercera edad.

P262. ESTEREOTIPOS HACIA LA VEJEZ EN UN PROGRAMA DE POTENCIACIÓN COGNITIVA DIRIGIDO A PACIENTES CON DETERIORO COGNITIVO LEVE Y DEMENCIA LEVE

G. Torrijos Barbero, R. López de la Torre Martín, B. Cortés Hontoria, C. Casares Guillén, I. Echevarría Alonso y M. Yagüe Benito
Unidad de Memoria y Demencias. Hospital Cantoblanco. Madrid.

Objetivos: Comprobar la existencia de un cambio de los estereotipos negativos hacia la vejez tras la participación en un Programa de Potenciación Cognitiva en pacientes con Deterioro Cognitivo Leve (MCI) y Demencia Leve (DL).

Método: Entrevista estructurada a una muestra de pacientes que participan en el Programa de Psicoestimulación de la Unidad de Memoria y Demencias del Hospital de Cantoblanco del año 2000 a 2009. Los pacientes del programa están divididos en 2 grupos: MCI y DL. Se utiliza un cuestionario de estereotipos hacia la vejez de Montorio e Izal (1991). Se realizan evaluaciones pre-post programa.

Resultados: El porcentaje de hombres y mujeres fue similar en ambos grupos, así como la edad media. Los análisis preliminares muestran un cambio hacia los estereotipos, mejorando así la opinión personal en ambos grupos y disminuyendo ideas negativas preconcebidas de la vejez.

Conclusiones: Estos resultados indican la necesidad de ensayos clínicos aleatorios y controlados que valoren la efectividad de la Potenciación cognitiva en los estereotipos negativos hacia la vejez.

P263. RELACIÓN ENTRE LOS ESTADIOS PIAGETIANOS Y LAS ETAPAS DE INVOLUCIÓN COGNITIVA EN ENFERMOS DE ALZHEIMER SEGÚN LA TEORÍA DE LA RETROGÉNESIS EN UNA MUESTRA ESPAÑOLA

G. Torrijos Barbero, R. López de la Torre Martín, C. Casares Guillén, B. Cortés Hontoria, I. Echevarría Alonso y M. Yagüe Benito
Unidad de Memoria y Demencias. Hospital Cantoblanco. Madrid.

Objetivo: Comprobar la relación existente entre la involución de los estadios evolutivos descritos por Piaget y la progresión del deterioro cognitivo asociado a la Enfermedad de Alzheimer (EA).

Metodología: Estudio comparativo de las puntuaciones obtenidas en la Escala de Deterioro Global (GDS) y en la Funtional Assessment Stages (FAST) con la involución en los cuatro periodos de la ontogénesis conductual descrita por Piaget, de una muestra (N = 7) de pacientes diagnosticados de Enfermedad de Alzheimer. Variables de Estudio Cognitivas: deterioro cognitivo global mediante la Escala de Deterioro Global (GDS) y la Funtional Assessment Stages (FAST) y las etapas de desarrollo intelectual de Piaget mediante un protocolo cualitativo que evalúa dichas etapas: 1) Sensoriomotriz; 2) Preoperatoria; 3) Operaciones concretas; 4) Operaciones Formales.

Resultados: En un estudio comparativo de los resultados obtenidos se observa que a medida que avanza la Enfermedad de Alzheimer hay una involución progresiva de los cuatro estadios intelectuales descritos por Piaget. **CONCLUSIONES:** Según los análisis podemos destacar una correspondencia entre los estadios del GDS y FAST con los periodos regresivos del desarrollo humano.

P264. PERFIL DE LOS TITULARES DE LA RENTA DE GARANTÍA DE INGRESOS DE 65 AÑOS O MÁS EN BIZKAIA

J.M. Chaves Rivera y M.D. de León
Sección de Prestaciones y Ayudas. Bilbao.

Objetivo: Establecer un perfil de los perceptores de la prestación Renta de Garantía de Ingresos, de 65 años o más.

Método: Explotación de la base de datos de Renta Básica a través de IIA1, 100% de los perceptores de 65 años o más 4.524 expedientes.

Resultados: Del total de Unidades de Convivencia receptoras de Renta de Garantía de Ingresos, a 28 de febrero de 2.009 (25.295), el 17,88% (4.524) correspondían a titulares con 65 años o más.

De los 4.524 expedientes, 3.517 (77,74%) son titulares mujeres y 1.007 (22,26%) son titulares hombres. La edad promedio de las mujeres es de 77,28 años y 74 para los hombres, algo menos que su esperanza de vida 84,54 años para ellas y 78,13 para ellos (1). No se han encontrado diferencias significativas en relación a sus ingresos mensuales 560,29 euros para los hombres y 522,62 euros las mujeres. Si se aprecia una distribución muy distinta, y estadísticamente significativa, en el estado civil de los perceptores: 51,29% son viudas frente al 9,63% de viudos y 13,99% de casadas frente al 49,55% de casados.

También se aprecian diferencias importantes en el nº de componentes de la Unidad de Convivencia: El 85,21% de las mujeres titulares de la prestación viven solas, frente al 52,23 de los hombres, en cambio en las unidades integradas por 2 o mas personas el 40,77% son hombres, frente al 14,79% de mujeres.

No se aprecian diferencias significativas en la procedencia de los titulares de la prestación: El 95,91% de las mujeres tienen procedencia nacional, frente al 93,05% de los hombres, de los cuales el 43,30% de las mujeres y el 44,79% de los hombres, respectivamente, nacieron en la Comunidad Autónoma, frente al 52,60% de mujeres y el 48,26% de hombres, que nacieron fuera.

Conclusiones y perfil tipo: 1. La prestación es solicitada mayoritariamente por mujeres. 2. En ambos casos y teniendo en cuenta la esperanza de vida el tiempo de permanencia en la prestación es de 7,26 años para ellas y 4,13 años para ellos. 3. La diferencia existente en los ingresos mensuales entre hombres y mujeres es de 37,67 euros al mes. 4. El mayor grupo de hombres solicitantes es de casados, frente al grupo de mujeres viudas en su mayoría. 5. El mayor grupo de integrantes de la Unidad de Convivencia tanto de mujeres como de hombre corresponden a unidades unipersonales, apreciándose una distancia importante entre hombres y mujeres en unidades compuestas por 2 o más personas. 6. El grupo mayor de solicitantes corresponde a personas nacidas fuera de la Comunidad Autónoma.

Mujer, nacida fuera de Bizkaia, de 77 años, viuda que vive sola y con unos ingresos garantizados 12 pagas al año de 728 euros (8.736 euros anuales).

P265. EVALUACIÓN DE LA MEJORA DE LA ATENCIÓN SOSTENIDA DE PACIENTES CON DETERIORO COGNITIVO LEVE TRAS LA APLICACIÓN DE UN PROGRAMA DE PSICOESTIMULACIÓN

R. López de la Torre Martín, G. Torrijos Barbero, C. Casares Guillén, B. Cortés Hontoria, I. Echevarría Alonso y M. Yagüe Benito
Unidad de Memoria y Demencias. Hospital Cantoblanco. Madrid.

Objetivo: Comprobar la mejora de la atención sostenida de pacientes con Deterioro Cognitivo Leve (DCL) tras un Programa de Psicoestimulación.

Metodología: Estudio prospectivo de dos meses de duración con una muestra (N = 9) de pacientes durante el Programa de Potenciación Cognitiva con 20 sesiones, durante el año 2009. Variables de Estudio: Cognitivas: Atención Sostenida mediante The Kendrick Cognitive Tests for the Elderly (KDCT).

Resultados: No hubo ninguna pérdida durante el estudio el porcentaje de hombres y mujeres, así como la edad media en la muestra fueron similares.

Conclusiones: En este estudio comparativo de los resultados obtenidos en el test y retest de la aplicación del KDCT, avanzamos la hipótesis sobre una mejora de la atención sostenida en el grupo de pacientes con DCL tras el Programa de Psicoestimulación.

P266. ODIM (ONLINE DISPUTE MANAGEMENT): HERRAMIENTA INNOVADORA COMO GARANTÍA DE UNA CALIDAD DE VIDA ÓPTIMA

R. Malla, R. Alzate, S. Blanco y A.I. Godoy
Facultad de Psicología UPV/EHV.

Objetivos: Elaboración de una herramienta web que permita realizar de forma integral, la gestión y resolución de los conflictos que se producen en los entornos de atención y cuidado de las personas mayores.

Método: A través del cuestionario ACV de elaboración propia, destinado a la detección de conflictos en relación con la atención a personas mayores, se detectaron y estructuraron los conflictos más habituales, los colectivos implicados y las jerarquías de poder e influencia. Los resultados mostraron que: Entre los conflictos que se detectan en porcentajes iguales o superiores al 50% el 49% tienen relación con los servicios y el 13% con los aspectos organizacionales y laborales; Los colectivos implicados eran: profesionales, familiares y usuarios; La jerarquía de poder e influencia se establecía según el siguiente orden: Familiares, profesionales y dirección. Estos datos indican la necesidad de contar con una herramienta que permita analizar las problemáticas de los centros, realizar un diagnóstico de su situación, elaborar periódicamente informes, registrar protocolos de actuación y realizar un seguimiento sobre los conflictos e intervenciones realizadas.

Resultados y conclusiones: Se ha diseñado un innovador soporte on-line que permite obtener indicadores e información para la gestión de calidad de los centros, fomentando la participación e implicación de los profesionales y usuarios, garantizando planes personalizados de intervención y mejorando así, la calidad asistencial.

ODIM permite: tener un mapa completo de las situaciones conflictivas y las problemáticas asociadas, obtener y acceder a informes periódicos sobre la conflictividad asociada a cada centro, implementar protocolos de actuación ante situaciones conflictivas y realizar seguimientos, tanto de los conflictos del centro, como de las intervenciones que se están llevando a cabo desde el propio centro y los resultados de las mismas.

P267. LA GESTIÓN DE SITUACIONES CONFLICTIVAS PARA LA MEJORA DE LA CALIDAD DE VIDA DE LOS USUARIOS Y PROFESIONALES

R. Malla, R. Alzate, S. Blanco y A.I. Godoy
Facultad de Psicología UPV/EHV.

Objetivos: Implantación y gestión de servicios relacionados con la prevención y gestión global de conflictos.

Método: A través del cuestionario ACV de elaboración propia, destinado a la detección de conflictos en relación con la atención a personas mayores, se detectaron y estructuraron los conflictos más habituales, los colectivos implicados y las jerarquías de poder e influencia. Los resultados mostraron que: Entre los conflictos que se detectan en porcentajes iguales o superiores al 50% el 49% tienen relación con los servicios y el 13% con los aspectos organizacionales y laborales; Los colectivos implicados eran: profesionales, familiares y usuarios; La jerarquía de poder e influencia se establecía según el siguiente orden: Familiares, profesionales y dirección.

Resultados y conclusiones: Los datos obtenidos de las investigaciones realizadas desde el 2006 indicaban la necesidad de diseñar ser-

vicios personalizados de asesoramiento, prevención y gestión global de conflictos relacionados con el funcionamiento del centro, los servicios prestados en él, los problemas de convivencia, la calidad asistencial y la relación profesional-usuario-familia. En esta dirección hemos desarrollado un servicio que, apoyado en nuestra herramienta web ODIM (Online Dispute Management), incluye: Consultoría y formación personalizada en recursos y habilidades necesarias para la prevención y abordaje constructivo de los conflictos; Mediación gerontológica y Garantía de derechos de los usuarios (intimidad, toma de decisiones...), sus familiares (información, orientación, consulta...) y los trabajadores (reconocimiento y valoración, apoyo para el desarrollo de un trabajo de calidad...)

P268. RELACIÓN ENTRE SENTIMIENTOS DE CULPA Y SOBRECARGA DEL CUIDADOR TRS EL INGRESO EN UN CENTRO SOCIO SANITARIO Y LAS QUEJAS SOBRE EL FUNCIONAMIENTO DEL MISMO

E. Gallardo, R. López de la Torre Martín, A.M. García González y J. Espelosin
Amma Vallecas. Madrid.

Objetivo: Comprobar la relación entre los sentimientos de culpa y sobrecarga de los familiares de personas en un centro Socio sanitario, con el nivel de quejas sobre el del funcionamiento del mismo.

Método: Entrevista semi estructura de una muestra de familiares de residentes de Amma Puente Vallecas. Se recogerán datos socio demográfico, sentimientos ante el ingreso y se administrará los cuestionarios COPE, Golberg y Zarit. También se analizara el número de quejas y los motivos de las mismas desde Enero de 2008 a mayo de 2009.

Resultados: En estudios observacionales se ha visto una relación positiva entre el número de quejas emitidas por los familiares de los residentes y los sentimientos de culpabilidad de los cuidares ante el ingreso en un centro residencial del familiar, ya que estos en ocasiones interfieren en la visión sobre el funcionamiento del centro. Dicho nivel de quejas suele disminuir según avance el tiempo desde el ingreso.

Conclusiones: Se observa que los familiares de las personas ingresadas en un centro socio sanitario, manifiestan sentimientos de culpa hacia el ingresos y estos afectan a la visión qué tienen sobre del funcionamiento del centro. Es preciso establecer programas de atención a familiares dentro de este ámbito, ya que dichos familiares precisan ayuda para aceptar los cambios que se produce cuando su familiar ingresa en un Centro Socio sanitario, la tención en este ámbito tiene que ser integral tanto para la persona ingresada en el centro como para su familia, ya que ambos precisan un proceso de adaptación.

P269. ENTORNO DE UNA RESIDÊNCIA DE ANCIANOS

M.P. Cordeiro Assis
Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Coimbra. Portugal.

La vejes, mientras destino biológico del Hombre, es vivida de manera variable según el contexto social en que se inscribe. En Portugal, hasta 25 de Abril de 1974, las preocupaciones relacionadas con la vejes, no fueron un problema, pero se ha integrado en el conjunto de las preocupaciones de la Previdencia y de la Assistencia y las aposentadorias eran un derecho solo de algunos. El internamiento surge, muchas veces, como la única alternativa viable, pero representa casi siempre, para el anciano, un cambio significativo en su padron de vida y ruptura con el medio ambiente.

El entorno ambiental, en que la persona anciana está inserida, será uno de los factores que influenciará su salud. Cuando el ambiente es inadecuado, amenazando la integridad de las personas ancianas, estas pueden regredir y ver su salud deteriorarse muy deprisa.

Objetivos: Conocer y comprender la realidad del cotidiano de una residencia de ancianos; Entender los motivos de su internamiento y

la manera como los ancianos representan esa realidad; Analizar los recursos físicos y humanos de una residencia y verificar las áreas que son más deficitarias.

Métodos: Triangulación Metodológica (conjugación de metodología cuantitativa y cualitativa) Aplicación de la Escala de Evaluación Ambiental Multifásica MEAP Multiphasic Environmental Assessment Procedure de Moos & Lemka (1984); Búsqueda Documental; Entrevistas no Estructuradas, Observación Participante; Abordaje Interpretativo de la Realidad.

Resultados: La existencia de un control real o imaginado no determinan por si mismo la satisfacción de la vida de los ancianos. En la imposibilidad de probar sistemáticamente la falta de contingencia del entorno al comportamiento del anciano, permanece la duda si la vida mejora a medida que se envejece o si las personas simplemente se van adaptando a lo que no consiguen cambiar. El bienestar psicológico podrá estar relacionado con actitudes, rasgos de personalidad, estados de humor y más aún con el entorno, en el cual se desarrollaron y viven en una combinación única que consiste en ser la historia de su vida.

Debate: Se impone que las repuestas existentes sean repensadas y que exista una creciente conciencia de la situación degradante que los ancianos enfrentan en algunas residencias. Si existir la preocupación de crear equipamientos estructurados, según las necesidades de sus usuarios, que respeten su manera de estar en la vida, su personalidad e individualidad, y que les proporcionen espacios de realización personal, quizás la institución sea menos penosa y angustiante.

Bibliografía:

Altman I, Lawton MP, Wohlwill FJ. Elderly People And The Environment: Human Behavior And Environment: Advances In Teory And Research. New York: Plenum Press;1984.

Moos R, Lemka S, Multiphasic Environmental Assessment Procedure (MEAP):Social Ecology Laboratory, Veterans Administration Hospital I: Palo Alto;1984.

P270. ¿QUÉ ES UNA UED?

Centro Sar Santa Justa. Sevilla.

Se define como un Servicio socio sanitario y de apoyo familiar que ofrece durante el día atención a las necesidades personales básicas, terapéuticas y socio-culturales de personas mayores afectadas por diferentes grados de dependencia, promoviendo su autonomía y la permanencia en su entorno habitual.

Derivados de esa definición se presuponen los siguientes principios, principios que suponían la base de nuestro estudio: 1. Una UED mejora las condiciones de vida, autonomía, movilidad e integración de los usuario/as; 2. Evita o disminuye las consecuencias y secuelas de la enfermedad; 3. Retrasa la institucionalización; 4. Descarga al cuidador aliviando situaciones de sobrecarga y estrés; 5. Favorece la conciliación de la vida familiar y laboral de los cuidadores.

Objetivos: 1) Comprender cómo funciona la interacción del complejo usuario-cuidador; 2) Conocer la importancia del cuidador en todo el proceso de rehabilitación; 3) Descubrir la manera en la que los cuidados influyen en la sobrecarga y la calidad de vida de los cuidadores.

Método: Se hizo uso de la ESCALA DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR DE ZARIT (22 ítems: 21 miden sobrecarga y 1 mide percepción global de la carga). Respondieron a la misma familiares de usuarios de una UED.

Resultados: Derivados de este estudio se obtuvieron una serie de resultados, en un principio, en contradicción con lo esperado. Así, los familiares entrevistados manifestaban: 1) Un sentimiento de imposibilidad de desarrollar una vida plena y de ejercer el control sobre la misma; 2) Un deseo de poder contar con personas y/o recursos que alivien la carga de los cuidados a su familiar; 3) Un desvanecimiento progresivo y con repercusiones sobre la salud.

En datos reales, señalar que un 85,8% de los familiares entrevistados se ha sentido, en general, muy sobrecargado por tener que cuidar de su familiar

Los datos obtenidos en nuestro estudio abren un amplio interrogante: ¿Qué hacer cuando esa demanda persiste a pesar de los servicios prestados desde la UED?

Derivadas de la anterior: ¿Se hace necesario una evolución del concepto tradicional de las UED? ¿Se torna el ingreso del mayor en un centro residencial la única respuesta eficaz a estas demandas?

P271. SERVICIO WEB DE PSICOLOGÍA ONLINE

N. Alberdi Salterain y N. Pousa Mimbbrero

Fundación Bizitzen. Durango. Vizcaya.

Introducción: Desarrollo de un servicio web de psicología online, creando grupos de apoyo psicológico e intervención psicológica individual.

Objetivo: Crear un conjunto de herramientas necesario para la realización a través de internet de sesiones de psicología online, tuteladas por un director y presentadas a través de un escenario, en el que los/las participantes se comunican y colaboran entre sí, en tiempo real.

Método: Es una solución desarrollada a medida que incluye: *Interface Web Público:* se informa acerca del nuevo servicio y un formulario para solicitar el alta. Se asigna una contraseña al usuario/a para que en próximas visitas pueda acceder a la zona de usuarios/as registrados/as. *Administración:* zona reservada de acceso con contraseña, se puede dar de alta, baja o modificar; Salas y Profesionales, también se pueden confirmar reservas, asignar contraseñas y privilegios de acceso a los usuarios/as y consultar reservas confirmadas y pendientes. *Zona de Profesionales registrados:* los/las profesionales registrados/as pueden acceder a su "Área del Profesional". Desde aquí gestionan sus grupos de "Participantes" (Altas, Bajas, Modificaciones), realizan reservas de horas para Citas, distribuyen las reservas entre sus Participantes, asignan Tareas (individuales o colectivas), incluyen documentos (individuales o colectivos) y envían boletines. Pueden crear también directorios y ficheros de imágenes o vídeos que precisen como material de apoyo para sus sesiones y sobre los que podrán trabajar de forma individual o compartida los/las Participantes en una sesión. *Zona de Participantes registrados:* el/la participante puede acceder a su "Área del Participante" con un usuario y contraseña. Dispone de la información acerca de las Citas que su Profesional le ha asignado, las Tareas que le ha encomendado y la Documentación que le ha distribuido. Dispone de la posibilidad de conectarse con el Profesional. *Interface para sesiones con Videoconferencia Múltiple:* el/la Profesional y los/las Participantes que dispongan de una Reserva acceden con sus contraseñas al interface donde se desarrollan las sesiones. El Profesional dirige la sesión y dispone de acceso a sus directorios de imágenes y vídeos, decidiendo cual es el momento adecuado para que los vean los/las participantes.

P272 ¿CONOCER Y EDUCAR NUESTRAS EMOCIONES?

PROGRAMA DE EDUCACIÓN EMOCIONAL PARA PERSONAS MAYORES Y PROFESIONALES IMPLICADOS EN SU CUIDADO, EN DISTINTOS CONTEXTOS Y RECURSOS SOCIOSANITARIOS

R. Álvarez Pérez¹ y B. Pardal Redondo²

¹Universidad Pablo de Olavide. Sevilla. ²Federación de Asociaciones de Mujeres Rurales "El Despertar". Cádiz.

Objetivo general del Programa: Favorecer el desarrollo emocional en personas mayores, profesionales y estudiantes de Trabajo Social.

Objetivos específicos: 1) Valorar la importancia de las emociones en la salud. 2) Conocer las emociones básicas y entender las funciones que cumplen en nuestra vida. 3) Facilitar la identificación, aceptación e integración de las propias emociones. 4) Favorecer la empatía y asertividad.

Método: El trabajo se centra en el *nivel socio-afectivo* de personas y grupos, a través de una *metodología vivencial* que favorece un clima de respeto, confianza, aceptación y participación. Formatos según perfiles de participantes: Conferencia y Taller para grupos de personas mayores y Curso-Taller para profesionales y estudiantes de Trabajo Social.

Los contenidos versan sobre cuestiones como: qué son las emociones, tipos, relación con la salud, dominio y expresión, c. no verbal, competencias emocionales, centros emocionalmente inteligentes. Resultados en el último año: a) Nº de conferencias: 3; b) Nº de Talleres: 3; c) Nº de Cursos-Talleres: 3; d) Total de Participantes: 165 personas.

Valoración de los participantes: Las personas mayores califican la experiencia como la primera oportunidad de expresarse y ayudarles a entender el mundo emocional que cada uno de ellos siente.

Las estudiantes y profesionales manifiestan el interés por que a nivel de planes de formación, la educación emocional se contemple para avanzar en una formación y una práctica profesional de calidad.

Conclusiones: 1. Numerosas investigaciones están constatando que las emociones están en la base de la relación que mantenemos con nosotras y con las demás. Conocer y trabajar nuestras emociones es una necesidad social que afecta a nivel personal y grupal. Por ello, es fundamental el desarrollo emocional de personas mayores y profesionales. 2. La mayoría de los programas para mayores van dirigidos al mantenimiento del estado de salud física, mantenimiento de funciones cognitivas superiores, actividades de ocio,..., pero escasean los programas que potencien el desarrollo emocional. 3) Los estudios en el ámbito laboral, muestran que invertir en el desarrollo de las competencias emocionales de las trabajadoras tiene consecuencias altamente positivas en múltiples situaciones. El trabajo que se desarrolla a medio plazo redundará en el incremento de la eficacia del trabajo, la mejora de la comunicación dentro de los equipos, así como la mejora de la calidad de la atención.

P273. PERFIL DE SOLICITANTES DE INGRESO TEMPORAL EN RESIDENCIAS DE BIZKAIA

S. Charterina Lecanda y A. Ibáñez Sáenz

Diputación Foral de Bizkaia. Bilbao.

Objetivo: 1. Presentar la evolución de solicitudes de ingresos entre el año 2007-08 y si existen diferencias significativas por razón de sexo. 2. Motivos de petición en el año 2007-08: descanso, enfermedad aguda o ingreso hospitalario de la persona cuidadora. 3. Adecuada utilización del recurso.

Método: Se ha exportado desde una hoja de cálculo excel datos del pago de precio público y desde programa informático, las solicitudes de ingreso temporal.

Resultados: En el año 2007 se presentaron 342 solicitudes, de las cuales 263 (76,90%) eran mujeres y 79 (23,10%) hombres. De las 342 solicitudes ingresan 252 personas, 214 (84,92%) fueron motivadas por descanso del cuidador y 38 (15,08%) por enfermedad del cuidador.

En el año 2008 se presentaron 603 solicitudes de las cuales 471 (78,11%) eran mujeres y 132 (21,89%) hombres. De las 603 solicitudes ingresan 249 personas, 184 (73,90%) fueron motivadas por descanso del cuidador y 65 (26,10%) por enfermedad del cuidador.

De las 249 personas ingresadas durante el año 2008 el 9,6% ingresaron en permanente inmediatamente después de la temporal y un 27,7% lo hicieron a lo largo del año.

Conclusiones: 1. Las solicitudes de ingreso de estancia temporal las realizan mayoritariamente las mujeres. 2. La mayoría de las solicitudes son por descanso de las personas cuidadoras. 3. Existe una utilización del programa de temporal como "recurso puente" para el ingreso en residencia permanente. 4. Existe mayoritariamente una correcta utilización del recurso.

P274. ENCUESTAS DE SATISFACCIÓN A PERSONAS USUARIAS DE LA RED PÚBLICA FORAL RESIDENCIAL Y A SUS FAMILIARES

E. Pascual, E. Pérez, M. Muñiz y A. Bayo

Departamento de Acción Social de la Diputación Foral de Bizkaia. Bilbao.

Objetivo: Prestar una atención de calidad a las personas usuarias del Servicio Foral Residencial para Personas Mayores teniendo en cuenta sus necesidades y preferencias. Obtenido el grado de satisfacción media del sector por cada cuestión y los resultados de cada centro comparados con la media y con el mejor del sector, cada centro establecerá su Plan de Mejora y el Departamento valorará qué aspectos generales de la prestación del servicio deben mejorarse.

Metodología: La encuesta se define en base a la experiencia anterior del IFAS y bajo la perspectiva de valoración del respeto a los derechos de las personas usuarias (Decreto 64/2004). El estudio alcanza a la totalidad de los centros (101), a las personas que ocupan plazas públicas y privadas, y a los familiares de ocupantes de plaza pública. Se ha entrevistado presencialmente a un total de 2.120 personas usuarias elegidas aleatoriamente entre las capaces de contestar. Se han enviado por correo un total de 1.855 encuestas a los familiares (se han recibido 825).

Resultados: La satisfacción de las personas usuarias (media de los ítems evaluados) es de 6,62. La satisfacción en la Valoración Global directa se sitúa en 7,35. En cuanto a los familiares, la satisfacción media es de 7,28. En la Valoración Global directa, la satisfacción manifestada con respecto a la atención prestada a su familiar se sitúa en 7,57, y en 7,66 por lo que respecta a la prestada a ellos mismos.

Conclusiones: 1. Los índices de satisfacción global manifestados por los familiares son algo más elevados que los manifestados por las personas usuarias. En ambos casos, la satisfacción con el Respeto a los Derechos supera la media global. 2. En ambos colectivos, entre los ítems mejor valorados se sitúan los relacionados con la acogida y el trato dispensado por parte del personal de la Residencia. Entre los peor valorados existe un mayor grado de divergencia. Las personas usuarias inciden sobre la posibilidad de guardar los objetos personales bajo llave y los mecanismos para presentar sugerencias, quejas y reclamaciones, y los familiares sobre la custodia y el cuidado de la ropa y la oferta de actividades de ocio. 3. Aunque la mayor parte de los encuestados manifiesta que el ingreso en la Residencia no ha variado la relación entre la persona usuaria y el familiar, el porcentaje de familiares que considera que la relación tras el ingreso es mejor triplica el porcentaje que hace esta consideración entre las personas usuarias. 4. En cuanto a la satisfacción global de las personas usuarias no se observan diferencias significativas en función de la titularidad de la plaza (pública o privada), si bien la valoración es algo superior en todos los ítems en las plazas privadas.

P275. EVALUACIÓN DEL POTENCIAL DE APRENDIZAJE

J.A. Alonso Bravo y R. López Mongil

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

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

Método: Esta investigación se ha planteado en cuatro fases: 1) Aplicación de la Batería de pruebas cognitivas conforme al seguimiento (estudio longitudinal), a residentes de un Centro Asistencial (Noviembre-Diciembre, 2007). 2) Aplicación del Test de Matrices Progresivas de Raven, Pre-test. 3) Programa de Psicoestimulación y Plan de Entrenamiento en Habilidades Cognitivas en base a la versión de Po-

tencial de Aprendizaje del Test de Matrices Progresivas de Raven. 4) Aplicación del Test de Matrices Progresivas de Raven, Post-test.

Residentes Evaluados en Residencia de asistidos, n = 46

Resultados: Una vez entrenados en tareas análogas y en base al modelado, la instrucción, etc., hemos podido observar como se mantienen incluso se producen ganancias en el razonamiento de los residentes frente a aquellos residentes que no participan de los diferentes Programas.

Conclusiones: A través del Seguimiento de cada residente, producto de las evaluaciones semestrales, podemos determinar la capacidad de modificación cognitiva (Potencial de Aprendizaje) para predecir el deterioro cognitivo asociado a la demencia. Los diferentes Programas de Psicoestimulación y de Potencial de Aprendizaje suponen un entrenamiento complementario y han ofrecido un ambiente estimulante y una interacción que ha evitado la pasividad, la monotonía y el proceso de deterioro.

P276. INSTRUMENTOS DE VALORACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA EN LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER

B. León-Salas

Unidad de Investigación Proyecto Alzheimer, Fundación

CIEN-Fundación Reina Sofía, Instituto de Salud Carlos III. Madrid.

Objetivo: La Enfermedad de Alzheimer (en adelante EA), íntimamente ligada a la edad y al envejecimiento, es una enfermedad crónica, neurodegenerativa y discapacitante, para la que no existe curación en la actualidad. En este contexto, la calidad de vida (en adelante CV) cobra creciente protagonismo como una de las principales dianas en cualquier intervención dirigida a aliviar las consecuencias de la enfermedad. En los últimos años se han desarrollado diversos instrumentos creados específicamente para valorar la CV en la EA y otras demencias relacionadas. El objetivo de este estudio es describir los instrumentos de CV aplicables en la investigación sobre la EA y sus principales características (dominios incluidos, método de recogida de datos y propiedades psicométricas).

Métodos: El método utilizado fue la revisión de la literatura a través de dos portales de búsqueda de referencias bibliográficas: WOK: Web of Knowledge y PubMed.

Resultados: Existe una variedad de instrumentos de CV utilizados en población con demencia, tanto genéricos como específicos. Los instrumentos genéricos son aplicables a cualquier población, independientemente de sus características. Los instrumentos específicos se han concebido para evaluar determinadas poblaciones en función de un determinado diagnóstico o enfermedad, en este caso, la EA. En los últimos 15 años se han creado 10 escalas específicas de CV para la demencia y se han utilizado 10 escalas genéricas de CV en población con demencia. En general, las propiedades psicométricas de estos instrumentos (validez y fiabilidad) son buenas, especialmente de las escalas específicas.

Conclusiones: Se aconseja la utilización de instrumentos específicos, creados concretamente para el estudio de la CV en población con EA y otras demencias. Este tipo de instrumentos tienen la ventaja de estar enfocados hacia los problemas asociados a la demencia y ser instrumentos sensibles a la detección de cambios en la CV de los sujetos.

P277. HACIA UNA COMPRESIÓN DEL SIGNIFICADO DE LA VEJEZ. UNA MIRADA DESDE LA JUVENTUD VENEZOLANA

C. Camilli Trujillo³, A. Millán de Lange³, V. Tirro Arias³,

J. López Martínez¹, I. Lizaso Elgarresta² y M. Sánchez de Miguel²

¹Universidad San Pablo CEU. Madrid. ²Universidad del País Vasco.

Donostia. ³Universidad Metropolitana. Caracas. Venezuela.

Objetivo: General: Analizar el significado de vejez atribuido por los jóvenes de la Universidad Metropolitana (UNIMET-Venezuela) según

el género. *Específicos:* a) Interpretar el significado otorgado a la vejez según el género del estudiante; b) Comparar el significado que le atribuyen a las ancianas y ancianos los estudiantes universitarios; c) Relacionar el significado que le atribuyen a las personas mayores los estudiantes universitarios según su género.

Método: Se trata de un estudio no experimental de campo, comparativo, de diseño transversal. La muestra constituida por 406 estudiantes de pregrado, entre 17 y 25 años de edad, de ambos géneros y cursantes de todas las carreras que ofrece la UNIMET. Como instrumento de recolección de datos se adaptó la escala de percepción de la vejez utilizada por Arnold-Cathalifaud y cols. (2007). La técnica de análisis utilizada fue el análisis discriminante.

Resultados: En términos generales, del total de 16 pares de adjetivos sobre la percepción hacia la vejez, solo en 2 de ellos (productividad y confianza) se encontraron diferencias de acuerdo al género del estudiante. Por un lado, los jóvenes valoran al anciano varón como improductivo y confiado, mientras que las jóvenes como conflictivas. En comparación, las jóvenes universitarias valoran a la mujer anciana de una manera más positiva, al considerarla independiente, productivas, saludable, eficiente, resistente y hábil, siendo ambivalentes cuando puntúan sexualidad y desconfianza; percepciones últimas que contradicen los jóvenes al significarlas como confiadas y menos activas sexualmente.

Conclusiones: El hecho de que los jóvenes posean una percepción negativa de la vejez en cuanto a su productividad y función sexual, se vincula con las exigencias sociales a las que el hombre se ve sometido durante su juventud. Por otro lado las diferencias observadas en la percepción de las ancianas, responde a la naturaleza de un país donde el matricentrismo ha sido un factor clave en la formación de muchas familias venezolanas, en donde se atribuye por extensión a la abuela los atributos positivos propios de la figura de la madre.

P278. MEMORIA OBJETIVA Y SUBJETIVA EN ANCIANOS

J.C. Meléndez Moral¹, E. Navarro Pardo¹ y M. Tortajada Girbes²

¹Facultad de Psicología. Universidad de Valencia. Valencia. ²Hospital Universitario Dr. Peset. Valencia.

La diferenciación entre envejecimiento normal y patológico y su relación con algunos procesos cognitivos parece encontrarse todavía en un proceso de definición, establecimiento de criterios e instrumentación diagnóstica. En este sentido, el deterioro cognitivo leve constituyen un tema de atención preferente en el que todavía no existe una comprensión clara de la relación entre la edad y el funcionamiento cognitivo, pero lo que sí parece claro es que la disminución en la memoria puede ser un indicador del DCL e incluso una variable preclínica de la demencia.

En este sentido debemos diferenciar entre lo que algunos autores denominan memoria objetiva y subjetiva. Por lo que respecta la memoria objetiva parece demostrado que conforme avanza la edad se produce una disminución progresiva del rendimiento en las tareas que evalúan memoria y funcionamiento cognitivo general. En relación a la memoria subjetiva, diferentes trabajos se ha observado que las quejas subjetivas no se relacionan con variables como la edad ni con la puntuación en pruebas objetivas de memoria, sino que más bien parece ser que la variable que más se asocia es la sintomatología depresiva, de tal manera que una vez controlada ésta, no se encuentra relación entre quejas de memoria y rendimiento en tareas objetivas. Si bien este tipo de queja subjetiva parece tener una alta prevalencia en el envejecimiento los estudios transversales en ancianos han demostrado que las quejas de memoria no se asocian al rendimiento en tareas objetivas. Sin embargo, en los estudios longitudinales parece haber una mayor controversia.

Este trabajo pretende analizar la relación entre las medidas de memoria objetiva y subjetiva así como de ambos tipos de medida con la edad. Además se aplicaran ANOVAS para ver si existen, en función de los grupos de edad, diferencias para cada una de las medidas.

Se aplicó a una muestra de 145 personas de más de 60 años las pruebas WAIS aritmética, WAIS dígitos total (compuesta por orden directo e inverso), WAIS letras y números, Mini Examen Cognoscitivo (MEC) y el Cuestionario de fallos de memoria de la vida cotidiana de Sunderland.

Se ha obtenido una alta correlación entre todas las pruebas aplicadas, pero sólo en las que se refieren a memoria objetiva se observan correlaciones significativas y negativas con la edad. Se puede concluir que si bien todas las medidas están relacionadas con el constructo evaluado solo las medidas de memoria objetiva parecen ser sensibles a los cambios producidos con la edad, corroborándose la idea de que las quejas de memoria tienen un carácter subjetivo y no tienen porque implicar cambios sustanciales debidos a la edad. Además se han observado diferencias entre los grupos en todas las pruebas de memoria objetiva a partir de 70 años.

P279. TRADUCCIÓN Y ADAPTACIÓN AL CASTELLANO DE LA ESCALA DE DETECCIÓN DE RIESGO (CAREGIVER RISK SCREEN) DE GUBERMAN, KEEFE, FANCEY, NAHMIASH Y BARYLAK (2001)

S. Martínez Rodríguez, J.J. Miguel de La Huerta, J. Solabarrieta Eizaguirre, N. Ortiz Marqués y I. Amayra Caro
Universidad de Deusto. Bilbao.

Cuidar de un familiar dependiente es uno de los acontecimientos vitales más estresantes. Anticipar el alcance del impacto que este cuidado provoca adquiere en el contexto actual una especial relevancia de ahí la pertinencia de incluir en los protocolos de evaluación geriátrica instrumentos de medida que consideren los factores de riesgo, con independencia de la patología que presenta la persona que recibe los cuidados. En la actualidad disponemos de una batería limitada de herramientas en nuestro idioma útiles para este fin. Sin embargo, la diversidad de situaciones de dependencia justifica la traducción y validación de una herramienta capaz de considerar el riesgo de personas cuidadoras con carácter universal. El objetivo de este trabajo es la traducción, adaptación y validación de la Escala de Detección de Riesgo (Caregiver Risk Screen). La muestra, estratificada por edad y género, ha estado formada por 200 familiares cuidadores de personas con diversos tipos de dependencia. Se ha realizado un análisis de fiabilidad y a continuación la validez del constructo ha sido constatada a través de un análisis factorial exploratorio. En un segundo momento, se ha aplicado el modelo de ecuaciones estructurales para la realización de un análisis factorial confirmatorio. Los resultados muestran una estructura de tres factores latentes cuyo ajuste al modelo ha sido bueno y una fiabilidad de .85. Este estudio ha sido realizado con el apoyo del Departamento de Acción Social de la Diputación Foral de Bizkaia.

P280. EVALUACIÓN DE LA DIMENSIÓN FÍSICA DE LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD EN UNA MUESTRA DE CUIDADORES FAMILIARES DE ENFERMOS DE ALZHEIMER

R.I. Ferrer Cascales, A. Reig Ferrer, M.D. Fernández Pascual, J.L. Talavera Biosca, N. Albaladejo Blázquez, y M.A. Carchano Monzó
Universidad de Alicante. Alicante.

Entre los efectos que produce el cuidar a un enfermo de Alzheimer encontramos una importante asociación entre tareas de cuidado y un empeoramiento en el estado de salud de los cuidadores. Son numerosos los problemas físicos de salud experimentados por los cuidadores, con un peor estado de salud general, y la existencia de más problemas médicos, encontrado en los cuidadores tasas más altas, que en los no cuidadores de trastornos osteomusculares y dolores asociados, patologías cardiovasculares, trastornos gastrointestinales o alteraciones del sistema inmunológico.

Objetivo: Del presente estudio es evaluar la dimensión física de la calidad de vida relacionada con la salud en una muestra de cuidadores familiares de enfermos de Alzheimer de la provincia de Alicante.

Método: Han participado en el presente estudio un total de 449 familiares de enfermos de Alzheimer con edades comprendidas entre los 19 y los 86 años. La edad media de los participantes es de 53,59 años (moda de 50 y mediana de 52) con una desviación típica de 13,03. Del total de participantes, el 79,1% son mujeres y el 20,9% son varones. Se ha utilizado como instrumento de evaluación de la dimensión física de la calidad de vida relacionada con la salud, las Láminas Coop-Wonca, concretamente las siguientes dimensiones: forma física, dolor y la dificultad para realizar las actividades cotidianas. La existencia de dolor en los cuidadores la consideramos íntimamente ligada a la problemática de movilidad, y es por ello que la hemos incluido en este apartado.

Resultados: Al valorar la dimensión física de la calidad de vida de nuestros cuidadores vemos que una parte considerable presenta problemas importantes tanto de forma física (el 24,5% califica su forma física en las dos últimas semanas como mala y un 11,4% ha tenido mucha dificultad para poder realizar sus actividades cotidianas o incluso, no ha podido hacer nada) como de dolor (el 22,7% de los entrevistados manifiesta tener dolor ligero y un 27,4% dolor moderado-intenso en las últimas dos semanas).

Conclusiones: Las tareas de cuidado repercuten de forma significativa en el estado de salud de los cuidadores familiares. Es importante concienciar a este colectivo de la necesidad de que mantengan hábitos de vida saludables, como descansar, alimentarse o dormir adecuadamente para poder seguir proporcionando un cuidado de calidad a sus familiares.

Este estudio ha sido apoyado económicamente por la Conselleria de Sanidad a través de la Escuela Valenciana de Estudios de la Salud (EVES) en su convocatoria 2006 (Becas para proyectos de investigación en programas de salud, prevención y predicción de la enfermedad).

P281. CUANDO LOS “VIEJOS” SE VUELVEN CAPRICHOSOS. IMPORTANCIA DE LAS ALTERACIONES DE PERSONALIDAD PARA LA DETECCIÓN Y DIAGNÓSTICO PRECOZ DE PROCESOS NEURODEGENERATIVOS

A. Fernández¹, J. Melgar Martínez¹, J. García Monlleó², M. Jiménez Martínez¹, M. Sánchez Latorre¹ y M. Triviño Mosquera²

¹Universidad de Granada. Granada. ²Hospital Universitario San Rafael. Granada.

Objetivos: Los cambios emocionales y de personalidad (obsesiones, manías, alucinaciones, delirios, trastornos ansioso-depresivos) son comunes tras daño cerebral prefrontal y se agravan por la falta de conciencia que el paciente tiene de ellos (anosognosia). Puede ser la única sintomatología evidente al inicio de procesos degenerativos como la demencia frontotemporal o el Alzheimer de inicio frontal, siendo frecuente en otras entidades como la degeneración córticobasal o la Esclerosis Múltiple. La valoración geriátrica tiene en cuenta las variables cognitivas como factores de buen o mal pronóstico funcional, pero no se suele atender del mismo modo a estas alteraciones considerándolas cambios asociados a la edad o trastornos psiquiátricos no filiados al daño cerebral que presenta el paciente. Nuestro objetivo es mostrar la estrecha asociación que hay entre daño prefrontal y los cambios de personalidad, mediante la descripción del perfil de cinco personas mayores de 65 años tras una lesión cerebral en esta región.

Método: Se aplicó el Inventario Clínico de Millon (MCMI-II) a 5 pacientes mayores de 65 años (media = 67,6; d.t. = 5,03) con daño cerebral prefrontal: 3 TCE y 2 ACVs en la ACA derecha. Antes del daño, eran personas indemnes a nivel neurológico y psiquiátrico.

Resultados: Se realizó una media de las puntuaciones tasa base (TB) obtenidas por cada paciente y se obtuvo un perfil medio con las puntuaciones significativamente elevadas (TB > 75) en las escalas: esquizoide (102), dependiente (101), narcisista (85), compulsiva (115), es-

quizotípica (84), paranoide (101), ansiedad (83), histeriforme (83), pensamiento psicótico (81) y delirios (96).

Discusión: Las alteraciones de la personalidad son frecuentes tras lesión aguda prefrontal donde el cambio es evidente y dramático para el entorno: hay un antes y un después. No sucede así en los procesos degenerativos donde el córtex prefrontal y sus conexiones frontobasales se deterioran progresivamente, por lo que los cambios se producen de forma paulatina y suelen ser interpretados como cambios propios de la edad o como trastornos psiquiátricos que producen una conducta “caprichosa”. Estas variables son cruciales a la hora de detectar y diagnosticar precozmente entidades neurodegenerativas y, por tanto, no deben ser obviadas.

P282. HACER O NO HACER: ÉSA NO ES LA CUESTIÓN

M. Rodríguez², R. Ruiz Pérez², M. Triviño Mosquera¹ y J. García Monlleó¹

¹Hospital Universitario San Rafael. Granada. ²Universidad de Granada. Granada.

Objetivos: La ejecución de las Actividades de la Vida Diaria (AVD) es uno de los criterios fundamentales en el diagnóstico de múltiples patologías neurodegenerativas. Las escalas que evalúan la competencia en las AVDs, como el Índice de Barthel o la escala de Lawton y Brody, se basan exclusivamente en determinar la posibilidad o no de realizar una AVD, sin entrar a analizar los déficit cognitivos que pueden estar afectando. Por tanto, creemos necesario definir exhaustivamente los procesos cognitivos necesarios para realizar las tareas cotidianas y los déficit que la persona presenta en su ejecución, para conseguir intervenciones más eficaces. Así, nuestro objetivo ha sido determinar los déficits cognitivos que afectan a la ejecución de dos AVD en una persona con demencia vascular.

Método: Se evaluaron dos AVD: 1) una básica: lavarse los dientes; 2) otra instrumental: coser un botón en una camisa. Primero se valoraron los esquemas de memoria necesarios para ejecutarlas. Posteriormente, se realizó un listado de errores que reflejaban las alteraciones cognitivas implicadas en la realización de las dos AVD. Por último, la persona ejecutó las tareas mientras se registraban los errores.

Resultados: AVD Básica: lavarse los dientes. El esquema de memoria estaba preservado. Sin embargo, en la ejecución se observaron errores en la calidad de las acciones para conseguir el objetivo final (i.e. estar poco tiempo cepillándose o dejar el grifo abierto, mojándose la manga).

AVD Instrumental: coser un botón en una camisa. Existía un déficit en el esquema de memoria. Además, en la ejecución, presentó errores de omisión (i.e. coser el botón al aire sin coger la tela); errores perseverativos y de autocorrección (i.e. al comprobar que no puede coser el botón en la camisa, no corrige y no deja de coserlo al aire); y error de finalización (i.e. dar por finalizada la tarea sin haber cumplido el objetivo).

Conclusiones: La intervención a la hora de entrenar la independencia en las AVD, es esencial en la recuperación de las personas con problemas neurodegenerativos. Sin embargo, es crucial determinar el tipo de funciones cognitivas preservadas y deficitarias que están desarrollándose en la tarea. Con esta información podremos proponer programas de entrenamiento cognitivo y funcional más eficaces.

P283. MIRAR Y NO VER. REHABILITACIÓN DE LA HEMINEGLIGENCIA ESPACIAL

R. Ruiz², M. Triviño Mosquera¹, M. Rodríguez Bailón², M. Arnedo Montoro² y J. García Monlleó¹

¹Hospital Universitario San Rafael. Granada.

²Universidad de Granada. Granada.

Objetivos: La Heminegligencia Espacial o Neglect es un déficit encontrado tras daño cerebral caracterizado por una dificultad para

dirigir la atención hacia un estímulo cuando está localizado en el lado contralesional (Robertson et al. 1999). Así, el paciente puede ver el hemicampo izquierdo (no es un déficit visual) pero no le presta atención. Esto es un factor de mal pronóstico funcional complicando el desarrollo de un tratamiento efectivo (Hillis, 2006). Nuestro objetivo es estudiar el efecto facilitador de una sencilla señal externa (una flecha) sobre la capacidad de dirigir la atención hacia el lado negligente en un grupo de pacientes con Neglect. La finalidad es investigar un método que favorezca la rehabilitación funcional.

Método: Se diseñó una tarea de papel y lápiz de cancelado de estímulos que podía aportar una clave de orientación a la derecha (flecha señalando a la derecha), a la izquierda (flecha a la izquierda), o no indicar dirección (neutro-sin flecha). Dicha tarea fue aplicada a un grupo de 6 pacientes con Neglect tras ACV hemisférico derecho en 6 ensayos contrabalanceando el orden de aplicación.

Resultados: Un ANOVA de medidas repetidas mostró un efecto principal del tipo de estímulo ($F(1,32) = 9,6$; $p < 0,001$) encontrando efecto facilitador de las flechas que señalan izquierda vs. derecha ($F(1,32) = 9,37$; $p < 0,005$), de izquierda vs. neutro ($F(1,32) = 18,17$; $p < 0,0001$) y no hallando efecto derecha vs. neutro ($F(1,32) = 0,627$; $p < 0,44$).

Discusión: El pronóstico funcional de las personas con heminegligencia espacial es malo por su escasa conciencia negligente y atencional, afectándose tanto la rehabilitación física como la realización de AVDs (p.e. comer, vestirse). La intervención neuropsicológica trabaja la conciencia de déficit así como dota a la persona de una mayor capacidad para responder a los estímulos que aparecen en su lado negligente. Este estudio piloto apunta al valor rehabilitador en la orientación espacial de una señal exógena cuando la orientación endógena se encuentra afectada. Estos datos pueden aportar nuevas claves para el tratamiento de la heminegligencia espacial y, sobre todo, dada la simpleza de la clave, puede ser utilizada por terapeutas o familiares sin necesidad de entrenamiento, para facilitar la ejecución de la persona negligente en sus AVDs.

P284. VALORACIÓN FUNCIONAL Y BIENESTAR EN LA VEJEZ

J.C. Meléndez Moral¹, J.M. Tomás Miguel¹, E. Navarro Pardo¹ y M. Tortajada Girbes²

¹Universidad de Valencia. Valencia.

²Hospital Universitario Dr. Peset. Valencia.

Desde hace algunos años los enfoques tradicionales de análisis del envejecimiento, en los que se enfatizaban casi exclusivamente las variables referidas al estado de salud, han introducido aspectos de carácter psicológico para el estudio de las personas mayores. En este sentido analizar ambos tipos de variables de forma conjunta parece determinante para conocer que tipo de relaciones existen y como influyen en el desarrollo de las personas mayores.

En este trabajo se pretende analizar la relación entre las actividades básicas de la vida diaria y el bienestar, a partir de una muestra de 566 sujetos de la Comunidad Valenciana, todos ellos mayores de 65 años y no institucionalizados y a los que además de datos sociodemográficos se les aplicó de manera directa e individual el Índice de Barthel y las Escalas de Bienestar de Ryff.

En relación a los resultados, en primer lugar, se calcularon las correlaciones de Pearson de la valoración funcional con todas las dimensiones de bienestar, observándose que existe una relación positiva y estadísticamente significativa con todas las dimensiones definidas. De esta manera una mejor valoración funcional se asocia a una mayor: autoaceptación, dominio del ambiente, relaciones positivas, autonomía, crecimiento personal y propósito en la vida. Posteriormente, y para profundizar en las relaciones con las medidas de bienestar, se empleó la medida de la valoración funcional en categorías., reali-

zándose primero un MANOVA con la variable cualitativa de Barthel como agrupadora y las seis dimensiones de bienestar como variables dependientes, obteniéndose un resultado estadísticamente significativo. Adicionalmente se realizaron pruebas post-hoc por el procedimiento de Tukey, que mostraron que las diferencias estadísticamente significativas se dan entre los grupos de ligera y los de severa o grave para las dimensiones de autonomía, crecimiento personal, relaciones positivas con otros y propósito en la vida, mientras que en el caso de autoaceptación y dominio del ambiente se observaron diferencias entre los tres grupos.

Como conclusión indicar que las dimensiones de bienestar estudiadas, mantienen relaciones positivas con la medida de valoración funcional, datos que parecen corroborar el concepto de envejecimiento con éxito y se demuestra la importancia del bienestar como una variable predictora de la salud y de la adecuada capacidad funcional. Así, se debe de tener en cuenta que, a la hora de realizar evaluaciones de los ancianos, no sólo se deben priorizar los indicadores más propios de la salud, sino que también deben tenerse en cuenta indicadores de carácter psicológico.

P285. INFORMACIÓN, EDUCACIÓN Y FORMACIÓN SOCIO-SANITARIA A CUIDADORES PRINCIPALES (CP) Y FAMILIARES DE PACIENTES CON DEMENCIA DE UN HOSPITAL DE DÍA DE GERIATRÍA

S. Burcet Pérez, M.J. Rodríguez Gallego, E. Sevilla Arispon, A. Huarte-Medioca Otero, O. Vázquez Ibar y E. de Jaime Gil
Servicio de Geriátría IMAS. Centro Fórum Hospital del Mar. Hospital del Mar. Hospital de la Esperanza. Instituto de Atención Geriátrica y Sociosanitaria (IAGS). Instituto Municipal de Asistencia Sanitaria. Barcelona.

Introducción: En el Hospital de Día de Geriátría se ha detectado la necesidad de crear un espacio de información, educación y formación socio-sanitaria que oriente a los cuidadores y familiares de personas con demencias en los cuidados y asegure una continuidad del proceso asistencial en el domicilio.

Objetivo: Valorar la satisfacción de los familiares y C.P. de pacientes con demencia tras la intervención educativa.

Método: Se seleccionó un grupo de doce familiares y C.P. de usuarios con demencia en estadio similar, que mostraban interés y necesidad de conocimientos para afrontar la demencia en el domicilio. El equipo interdisciplinar seleccionó doce temas que se trataron en doce sesiones, una por semana de una hora y media de duración, entre los meses de Octubre y Diciembre de 2008. Al finalizar todas las sesiones se aplicó una encuesta de satisfacción de siete preguntas en las que se valoró la eficacia, el formato, el lenguaje utilizado, la documentación complementaria y el grado general de satisfacción de las sesiones con 5 ítems en cada pregunta (mucho, bastante, para un grado de satisfacción alto, un poco para moderada y casi nada o nada correspondía a un grado de satisfacción bajo).

Resultados: Se consiguió una participación del 83,3% (10 de 12). Los asistentes tenían una edad media 72,8 años y el 83,3% eran mujeres. Respecto a la filiación, el 83,3% eran cónyuges y el resto hijos. En cada una de las preguntas formuladas los ítems más señalados fueron los de satisfacción elevada, mientras que los ítems de satisfacción baja no fueron marcados.

Conclusiones: El nivel de satisfacción de los asistentes ha sido alto. Se ha constatado cualitativamente a partir de lo que ellos mismos han manifestado mediante la encuesta. Se evidencia la necesidad de crear un espacio formativo para los familiares y C.P. de usuarios con demencias que les aporte recursos para el manejo y afrontamiento de la enfermedad. Se realizarán dos ediciones al año y se aplicaran escalas de valoración de forma protocolarizada.

P286. ENTORNO ADAPTADO Y ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA

E. Corcobado Chapinal⁴, G. Cardena¹, A. Martín³ y J.L. Pina²

¹Hospital de INCA. Mallorca. ²Hospital Infanta Cristina. ³Residencia Geriátrica de Noblejas. Toledo. ⁴Unidad de Estancias Diurnas Lentisco.

Introducción: Con este trabajo se pretende mostrar la importancia en la preparación del entorno, en función de las características de nuestros usuarios, demostrando la mejora en su desempeño ocupacional, dentro de la unidad de día.

Objetivos: Mejorar el desempeño ocupacional del mayor y mantener las capacidades existentes mediante la adaptación del entorno, ya sea físico o social, durante la alimentación.

Materiales y metodología: La población con la que contamos tiene una media de edad de 73,13 años y predominancia de la población femenina (87,5%), siendo la muestra de 16 usuarios todos ellos con algún grado de dependencia.

En la valoración inicial, hemos utilizado el Índice de Barthel para conocer la autonomía en las actividades básicas, y hemos registrado el tiempo de ejecución de las actividades. Al finalizar el mes realizamos una evaluación de resultados, utilizando la misma escala de valoración.

El terapeuta ocupacional realiza una adaptación de los útiles de aquellas personas que tienen dificultades de movilidad o fuerza, mientras que en aquellas que sufren demencias prepara un entorno sin estresores ni estímulos distractores. Y realiza el entrenamiento 5 días por semana, en el horario de la comida, durante un mes en el comedor del centro.

Resultados: Al término del mes el terapeuta ocupacional ha registrado en las personas que sufren dependencia por dificultades de movilidad, que al incorporar utensilios adaptados disminuye el tiempo de ejecución en la alimentación. En los ancianos que sufren demencia, mejora la actitud ante la comida y requieren menor ayuda física en la alimentación.

Conclusiones: La adaptación adecuada en el entorno durante la realización de la alimentación mejora la independencia y disminuye las ayudas físicas en esta actividad. Siendo necesario el análisis de la actividad y el entrenamiento de las AVD desde terapia ocupacional para lograr los objetivos propuestos.

P287. ESTUDIO SOBRE LA CALIDAD DE VIDA DE LAS PERSONAS MAYORES DE 65 AÑOS EN LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE GALICIA

O. Juncos, C. Senra, N. Rodríguez, M. Anocivar, C. Cantelar y D. Sánchez

Universidad de Santiago de Compostela. Santiago de Compostela.

Objetivo: El propósito de esta investigación es conocer la influencia de distintas variables sociodemográficas (edad, sexo, estado civil, nivel socioeconómico y convivencia) en la calidad de vida de personas mayores de 65 años.

Método: Participantes. El estudio se llevó a cabo con una muestra de 366 mayores, de los cuales 189 eran mujeres y 177 hombres. La edad media de la muestra era de 74.54 años (SD = 6,8) Instrumentos. Calidad de vida (CAPS-19, Control, Autonomy, Pleasure, Self-Realization; Hyde et al., 2003). Esta escala examina la calidad de vida a través de 4 dimensiones: Control, Autonomía, Satisfacción y Autorrealización y para este estudio se utilizó una versión adaptada al español por el equipo de investigación.

Cuestionario de variables sociodemográficas. Este cuestionario fue diseñado para el presente estudio y hace referencia a distintos apartados: edad, sexo, estado civil, nivel económico, convivencia, etc. Procedimiento. Los datos se recogieron en distintas localidades de la Comunidad Gallega y se entrevistaron tanto personas mayores que vivían en residencias como en sus domicilios.

Resultados: Los análisis indicaron que de las variables sociodemográficas estudiadas las que influyen en la puntuación total de la calidad de vida y en todas o algunas de sus dimensiones son la edad, el nivel económico y la convivencia.

Discusión: De los resultados obtenidos se desprende que el tipo de convivencia (familia, pareja, solo) es la variable que tiene mayor influencia en la calidad de vida de las personas mayores. Se discuten las implicaciones sociosanitarias que se pueden derivar de estos resultados.

P288. RELACIÓN ENTRE LOS ESTEREOTIPOS SOBRE LA VEJEZ Y EL RENDIMIENTO EN UN PROGRAMA DE REHABILITACIÓN COGNITIVA

S. Herrera, I. Montorio Cerrato e I. Cabrera Lafuente
Universidad Autónoma de Madrid. Madrid.

Introducción: Los estereotipos negativos sobre la vejez que mantienen las personas mayores tienen consecuencias negativas sobre el funcionamiento físico y cognitivo. Es conocido que las personas mayores con creencias positivas hacia la vejez obtienen un rendimiento en tareas de memoria similar al de los jóvenes y superior al de personas mayores con creencias negativas (Levy y Langer, 1994). De esta forma, podría considerarse que los estereotipos negativos influyeran en la eficacia de los tratamientos de rehabilitación cognitiva.

Objetivos: Estudiar si los estereotipos sobre el envejecimiento influyen en la ganancia terapéutica tras recibir un programa de rehabilitación cognitiva en un grupo de personas mayores con deterioro cognitivo leve (DCL).

Método: 44 personas mayores con DCL de edades participaron en un programa de rehabilitación cognitiva de 20 sesiones. Se realiza un pre-post con las medidas MEC, subtest de Pares Asociados y subtest de Memoria Lógica de la Escala de Memoria Wechsler y Test del Reloj. El nivel de estereotipos sobre la vejez se evaluó a través de una versión breve del "Cuestionario de estereotipos sobre la vejez" (FAQ; Palmore, 1977).

Resultados: Se encontró un incremento significativo en el rendimiento después del programa en Pares Asociados y Memoria Lógica ($p < 0,01$), en el test del reloj ($p < 0,05$) y una reducción significativa en el nivel de estereotipos ($p < 0,05$). Además, se observó una diferencia significativa ($p = 0,006$) en el nivel de estereotipos previos al programa entre las personas que mejoraron su rendimiento en palabras asociadas y las que no lo hicieron. Éste último grupo mostró menores niveles de estereotipos al comenzar el programa.

Conclusiones: Por un lado, los resultados apoyan la eficacia de los programas de tratamiento cognitivo para pacientes con deterioro y, por otro lado, el programa contribuye a reducir los estereotipos negativos hacia la vejez. Los resultados muestran que los sujetos con más estereotipos al comenzar el programa, han mejorado más su rendimiento que aquellos que tienen menos, encontrándose así lo contrario que en otros estudios (Levy y Langer, 1994). Los sujetos que mejoran su rendimiento son, principalmente, aquellos que reducen los estereotipos negativos hacia la vejez, encontrándose una relación entre el cambio de actitud hacia el envejecimiento y incremento en el rendimiento cognitivo.

P289. VIVIR CON EL ALZHEIMER: SÍNDROME DEL CUIDADOR

M.C. Marcos Alor², M. Larrinaga Llaguno², N. Larrinaga Llaguno², J. Portuondo Jiménez¹, S. de Luis Álvarez² y R. García Alegre²

¹Hospital Ruces. Barrika. Bilbao.

²Hospital Basurto. Bilbao.

Introducción: El Alzheimer es una enfermedad crónica y progresiva, que produce importantes repercusiones físicas, psíquicas y sociales

tanto al enfermo que la sufre como al cuidador que lo cuida. Estas repercusiones crecientes que soportan los cuidadores según avanza la enfermedad, puede llevar al "síndrome del cuidador" que es una respuesta emocional inadecuada ante el estrés emocional crónico.

Objetivos: Para poder cuidar, la persona cuidadora debe primero aprender a cuidarse, evitando perder la autonomía de su propia vida.

Material y método: Se pueden producir algunos cambios en diferentes ámbitos de la vida cotidiana del cuidador: 1) Cambios en las relaciones familiares. 2) Cambios emocionales. 3) Cambios sobre la salud. 4) Consecuencias laborales. 5) Dificultades económicas. 6) Disminución de las actividades de ocio. 7) Sentimientos de culpabilidad.

Para que esta situación no afecte negativamente tanto a la persona cuidadora como a la persona que es cuidada, es conveniente seguir una serie de recomendaciones: 1) Saber pedir ayuda: Si necesita ayuda, hay que pedirla. No es un signo de debilidad. 2) Llevar una vida sana: La persona que mejor se siente es la que mantiene unos hábitos de vida saludables que le llevan a estar en las mejores condiciones físicas y psicológicas para cuidar de sí misma y de su familiar. 3) Organizar el tiempo: Anticiparse a los problemas es algo que puede evitarle muchas complicaciones. 4) Poner límites a la cantidad de ayuda que presta: Hacer por la otra persona tareas que puede hacer por él mismo, supone para el cuidador realizar más tareas de las necesarias. 5) Evitar la pérdida de sí mismo: Nunca olvidarse de sus propios intereses y necesidades.

Resultados: Teniendo en cuenta las recomendaciones y llevándolas a cabo, aumenta la calidad de vida del cuidador y con ella, también la de la persona a su cargo, aumentando también la calidad asistencial y la satisfacción personal de ambos.

Conclusión: Cuidar de una persona con Alzheimer puede ser duro. Requiere tiempo y energía. Si tuviéramos que describir la fuerza que mueve a los familiares de los pacientes con Alzheimer, diríamos palabras como "amor", "cariño", "dedicación" y "desinterés". Pero las fuerzas son limitadas y con el agotamiento del cuidador sufre toda la familia. Si se quiere cuidar durante mucho tiempo de esa persona, el cuidador también tendrá que cuidarse.

P290. PROGRAMA DE ACTUACIÓN COGNITIVA INTEGRAL EN DEMENCIAS EN EL CENTRO DE REFERENCIA ESTATAL DE ALZHEIMER Y OTRAS DEMENCIAS DE SALAMANCA (PACID)

J.J. García Meilán y J. Carro Ramos
Universidad de Salamanca. Salamanca.

Introducción: Las demencias son trastornos neurodegenerativos irreversibles que cursan con una afectación global persistente. En su tratamiento, se utiliza medios farmacológicos y terapias de estimulación cognitiva u otras específicas. Estos programas terapéuticos suelen trabajar capacidades específicas sin una intervención integral que abarque las áreas afectadas por la demencia tipo Alzheimer u otras. Para ello se propone el "Tren de la intervención cognitiva".

Objetivo: *General:* "Efectividad de un programa de intervención integral terapéutica para enfermos de Alzheimer y otras demencias en el CREA de Salamanca." *Específicos:* Mantener, restaurar y mejorar la actividad neuronal, cognitiva y funcional de la persona y promover la actividad social, el envejecimiento exitoso y el bienestar psíquico y físico.

Método: Se trabajará con los sujetos que participan de los diferentes programas del CREA de Salamanca, con diferentes grupos de evaluación e intervención, según grupo control y experimental y grado de deterioro de los mismos. Los principios básicos metodológicos del programa son los siguientes: interdisciplinaridad, motivador y fo-

mentador de emociones positivas, adaptación individual a las necesidades y capacidades del paciente y una exhaustiva metodología científica a la hora del diseño y la evaluación de la eficacia del programa en general y de las diferentes áreas de intervención. Dichas áreas de intervención serán: Motivación y emoción positiva, activación cardiovascular, percepción y atención, aprendizaje y memoria, pensamiento y lenguaje, y reminiscencia y relajación. La valoración pasa por la evaluación inicial del centro, pruebas específicas del programa, adjudicación aleatoria de pacientes a los diferentes grupos, la evaluación periódica concurrente del PACID y la evaluación final específica (retest) de las diferentes áreas trabajadas. La evaluación inicial se realizará durante el primer mes, la intervención se prolongará en sesiones de 45 min. a una hora tres veces por semana durante 8 meses y durante un último mes la evaluación final, volviendo a comenzar con la intervención en el grupo que anteriormente fue grupo control.

Resultados y conclusiones: La hipótesis que se trabaja trata de demostrar que un programa estructurado como el PACID, sustentado en niveles probados de eficacia por medio de la investigación cognitiva básica y con una metodología adecuada para evaluar el grado de cumplimiento de los objetivos; disminuye de forma eficiente el descenso del deterioro general de los pacientes a través de una intervención integral, en comparación a otros pacientes (con o sin tratamiento terapéutico).

P291. DISCREPANCIAS EN LOS NIVELES DE SATISFACCIÓN DE RESIDENTES Y FAMILIAS SOBRE EL FUNCIONAMIENTO DE CENTROS SOCIO SANITARIOS

A.M. García González y R. López de la Torre Martín
Grupo AMMA. Madrid.

Objetivo: Comprobar la concordancia o no en los niveles de satisfacción de los residentes frente al nivel de satisfacción de los familiares sobre el funcionamiento de los centros Socio sanitarios del grupo Amma.

Método: Estudio descriptivo, en que se analizaran las respuestas dadas por los residentes y Familiares en las Encuestas de Satisfacción de Servicios y Personal, realizadas por el departamento de Calidad en el año 2008 en los 27 centros que el Grupo Amma posee en el territorio nacional. Se analizará datos socio demográfico de ambos grupos. También se analizarán los niveles de satisfacción con el funcionamiento del centro, limpieza, alimentación, atención de los diferentes profesionales del centro, tanto en los residentes como en los familiares. Comprobando si existe concordancia entre ambos grupos en la satisfacción sobre el funcionamiento del centro en todas sus áreas. Igualmente se harán análisis entre las diferentes comunidades autónomas.

Resultados: En estudios y análisis preliminares se ha observado que los niveles de satisfacción en el funcionamiento de los centros socio sanitario no son iguales en ambos grupos de estudio. Observándose mayores niveles de satisfacción, tanto a nivel global como por áreas, en los residentes que en sus familiares. Si se observa mayor igualdad en la satisfacción o insatisfacción sobre aspectos más objetivos, por ejemplo temperatura del centro, pero no así en aspectos más subjetivos.

Conclusiones: Se ha visto que los niveles de satisfacción no son igualitarios entre residentes y familiares, excepto en áreas objetivables. La satisfacción es mayor en los residentes que en sus familiares, pudiendo estar influenciada esta por otros factores externos y no relacionados con el funcionamiento del centro, sentimientos de culpabilidad por el ingreso del familiar, Sobre carga del cuidado, síntomas de ansiedad y depresión generados por el ingreso del familiar. Las expectativas sobre el funcionamiento de un centro socio sanitario son diferentes en los residentes y los familiares, lo que requiere hacer estudios más exhaustivos sobre las mismas.

Área Biológica

P292. EFECTOS BENEFICIOSOS DE LA HORMESIS EN LA FUNCIONALIDAD Y ESTADO REDOX DE LEUCOCITOS DE RATONES VIEJOS

O. Hernández, J. Cruces, M. de las Casas, C. Vida, I. Baeza y M. de la Fuente

Universidad Complutense de Madrid. Madrid.

Objetivo: La exposición a bajas dosis de un agente que puede ser dañino en dosis elevadas, lo que se conoce como hormesis, se puede plantear como un importante medio para estimular los sistemas de defensa del organismo. Dado que la capacidad funcional y el estado redox de las células inmunitarias son buenos marcadores de la salud del individuo y predicen su longevidad, el objetivo del presente trabajo fue estudiar si la administración de dosis muy bajas y repetidas de endotoxina bacteriana (LPS) en animales durante la edad adulta, puede mejorar la función de las células inmunitarias y evitar el estrés oxidativo que dichas células experimentan al envejecer.

Método: Ratones adultos de 9 meses de edad recibieron cuatro inyecciones de 0,1 mg/kg de lipopolisacárido (LPS) bacteriano de *Escherichia coli* (grupo de hormesis, GH) o solución salina de fosfato (PBS) (grupo control, GC), durante 2 meses, con un intervalo de 15 días entre cada inyección. Cuando los animales llegaron a la vejez (18 meses de edad) se obtuvieron células del peritoneo y se analizó tanto la capacidad fagocítica (ingestión de partículas inertes) como la microbicida (niveles de anión superóxido intracelular) de los macrófagos, la actividad citotóxica frente a líneas tumorales de las células "natural killer" (NK), los niveles de radicales libres (anión superóxido extracelular) y la actividad de la enzima antioxidante catalasa. Una vez valorados tales parámetros se inyectó a los ratones una dosis letal (50 mg/kg) de LPS y se analizó el tiempo de supervivencia de los animales.

Resultados: Los animales del grupo de hormesis tienen, en la vejez, unos mejores parámetros de función y estado redox en sus leucocitos, lo que se manifiesta en una mayor supervivencia tras provocarles una infección letal, que los que no recibieron hormesis (63 ± 12 y 33 ± 9 h, respectivamente, $p < 0,001$). Como ejemplos, los índices de fagocitosis fueron 949 ± 41 y 627 ± 66 y los de actividad microbicida 77 ± 10 y 17 ± 6 , en GH y GC respectivamente, $p < 0,001$). También la actividad NK fue mayor en los del GH que en los del GC. La actividad de la catalasa fue de 112 ± 17 y 31 ± 9 U/10⁶ células, en GH y GC, respectivamente, $p < 0,001$, mientras que los niveles de generación extracelular de oxidantes eran significativamente menores en GH que en GC.

Conclusión: El sufrir muy ligeras y periódicas infecciones en la edad adulta es un buen sistema de hormesis, que permite mejorar el sistema inmunitario, tanto a nivel funcional como en su estado redox, y posibilita una mejor preparación del organismo ante una infección fuerte en la vejez.

Palabras clave: Hormesis, sistema inmunitario, infección.

Financiación: F.I. Mutua Madrileña; MICINN (BFU2008-04336), Grupo de Investigación de la UCM (910379ENEROINN); RETICEF (RD06/0013/0003).

P293. RELACIÓN DE LA DISMINUCIÓN DE ACTIVIDAD DEL ENZIMA HOGG1 CON EL RIESGO DE ENFERMEDAD DE ALZHEIMER Y DETERIORO COGNITIVO LEVE

D. Gamarra Fernández², X. Elcoroaristizabal Martín², M. Fernández Martínez³, L. Galdos Alcelay⁴, F. Gómez Busto¹ y M. Martínez de Pancorbo Gómez²

¹Residencia San Prudencio. Vitoria-Gasteiz. ²Universidad del País Vasco UPV/EHU. Vitoria-Gasteiz. ³Hospital de Cruces. Baracaldo. Bilbao.

⁴Hospital de Txagorritxu. Vitoria-Gasteiz.

Objetivo: La enfermedad de Alzheimer (EA) es un desorden neurodegenerativo progresivo, con una etiología aún no comprendida.

Existe considerable evidencia de que el estrés oxidativo es uno de los principales causantes del daño en el ADN en enfermos de Alzheimer. El enzima hOGG1 (8-oxo-guanina glicosilasa) es responsable de la eliminación de las 8-oxoG generadas como consecuencia del estrés oxidativo en el ADN. El SNP rs1052133 del gen que codifica hOGG1, posee dos alelos de los cuales la variante G genera una disminución de la actividad del enzima que podría estar relacionada con el aumento en el riesgo del desarrollo de EA. Además, el estudio de una fase prodrómica de EA como es el Deterioro Cognitivo Leve (DCL) podría aportar información de la influencia de este polimorfismo en las etapas iniciales de la enfermedad.

Métodos: La muestra consta de 355 pacientes con EA, 245 DCL y 216 controles sanos residentes en la Comunidad Autónoma del País Vasco (CAPV). Los análisis genéticos se realizaron en el Banco de ADN de la Universidad del País Vasco UPV/EHU. La determinación de los genotipos de hOGG1 se realizó por ensayos Taqman®. Por otro lado, se determinó el genotipo de APOE-4 mediante amplificación PCR y posterior determinación de RFLPs.

Se estimó el ajuste al equilibrio según la ley de Hardy-Weinberg. Así mismo, el incremento del riesgo de padecer EA o DCL por el SNP rs1052133, se determinó mediante un modelo de regresión logística multinomial, corregido por APOE-4, sexo y edad.

Resultados: El alelo E4 de APOE genera para EA un riesgo significativo (OR = 4,155 IC95% 2,855-6,046, $p < 0,05$) mayor que para DCL (OR = 2,537 IC95% 1,678-3,834, $p < 0,05$). El alelo de menor actividad (G) no incrementó el riesgo de padecer EA (OR = 0,784 IC95% 0,552-1,113, $p > 0,05$) ni DCL (OR = 1,02 IC95% 0,697-1,492, $p > 0,05$). Al testar el efecto dosis del genotipo GG tampoco se detectó ningún incremento en el riesgo para ambos grupos de pacientes (EA OR = 0,497 IC95% 0,218-1,136, $p > 0,05$ y DCL OR = 0,835 IC95% 0,363-1,919, $p > 0,05$).

Conclusiones: El alelo G del SNP rs1052133 de hOGG1 relacionado con la disminución en la capacidad de eliminación de bases mal emparejadas con la 8-oxoG, no parece determinar incremento del riesgo en pacientes con EA, ni en pacientes con DCL.

P294. HOMOCISTEÍNA Y PRODUCTOS DE GLICACIÓN AVANZADA (AGES) EN ALZHEIMER Y SU RELACIÓN CON EL ÁCIDO FÓLICO Y LA SUPERVIVENCIA DE LINFOCITOS SOMETIDOS A ESTRÉS OXIDATIVO

C. Campos Vaquero², R. Guzmán Martínez², M.E. López Fernández², R. Yubero Pancorbo¹, C. Masegú Serrà¹ y A. Casado Moragón²

¹Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

²Centro de Investigaciones Biológicas. Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC). Madrid.

Introducción: Concentraciones elevadas de homocisteína plasmática se han asociado con un mayor riesgo de desarrollar demencia tipo Alzheimer (DA) y, por otra parte, niveles disminuidos de ácido fólico podrían aumentar el riesgo de desarrollar esta patología. La homocisteína, reconocido marcador de riesgo cardiovascular, podría inducir, además, daño celular en el sistema nervioso. Recientemente se ha detectado disfunción endotelial en pacientes con DA, sin embargo la relación entre homocisteína y productos de glicación avanzada (AGEs), ambos activadores de la disfunción endotelial, no ha sido todavía analizada en esta patología.

Objetivos: 1. Determinar, en pacientes con DA, la relación entre viabilidad de linfocitos sometidos estrés oxidativo inducido elevado y niveles de homocisteína, ácido fólico y AGEs. 2. Analizar la relación entre niveles de homocisteína, ácido fólico y AGEs en pacientes con DA.

Material y métodos: El estudio fue realizado utilizando muestras de sangre y orina de 8 pacientes con DA de edades comprendidas entre 66 y 89 años ($\times = 79,1$ años). Las determinaciones de homocisteína y ácido fólico se realizaron en plasma mediante nefelometría y quimioluminiscencia. Los AGEs se determinaron en muestras de orina

por fluorimetría. Los linfocitos se aislaron por gradiente de densidad con Histopaque 1.077 y se confirmó una viabilidad superior al 90% con azul de Trypan en todos los casos. Se valoró la supervivencia de los linfocitos tras un tratamiento con 10 μ M de H₂O₂ durante 2 horas a 37°C, mediante el ensayo colorimétrico del MTT, que está basado en la conversión de MTT a azul formazan por las deshidrogenasas mitocondriales intactas.

Resultados: Se encontraron correlaciones lineales significativas entre viabilidad celular y: a) homocisteína ($r = -0,768, P < 0,05$); b) ácido fólico ($r = 0,729, P < 0,05$) y c) AGEs ($r = -0,811, P < 0,05$). También entre homocisteína y ácido fólico ($r = -0,759, P < 0,05$) y entre homocisteína y AGEs ($r = 0,924, P < 0,01$). Por otro lado, no se encontró correlación entre AGEs y ácido fólico ($r = -0,308, P = 0,552$). Así mismo, ninguna de las variables correlaciona con la edad.

Conclusiones: Nuestros resultados sugieren que los niveles de homocisteína y de AGEs, activadores de la disfunción endotelial, podrían estar relacionados positivamente con una menor supervivencia linfocitaria en condiciones de estrés oxidativo inducido elevado. Por otro lado, el ácido fólico podría proteger a las células frente al daño producido por la homocisteína directa o indirectamente, ya que cuanto mayores son sus niveles plasmáticos menores son los de homocisteína y mayor es la viabilidad celular.

Proyecto financiado por la Fundación Inocente, Inocente.

P295. RESPUESTA CELULAR DE DIFERENTES TRATAMIENTOS ANTIOXIDANTES AL DAÑO OXIDATIVO INDUCIDO AL ADN EN PERSONAS MAYORES

R. Guzmán Martínez, C. Campos Vaquero, M.E. López Fernández y A. Casado Moragón

Centro de Investigaciones Biológicas.

Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC). Madrid.

Objetivos: 1. Determinar el daño oxidativo basal e inducido al ADN en linfocitos de personas mayores y valorar su respuesta ante diferentes tratamientos antioxidantes. 2. Comparar estos resultados con los obtenidos en personas jóvenes.

Métodos: Se utilizó sangre periférica recogida con EDTA de 6 personas mayores sanas (media de edad = 68,7 años) y 5 personas jóvenes sanas (media de edad = 27 años) que fueron usadas como grupo control. Los linfocitos se aislaron mediante gradiente de densidad con Histopaque 1.077 y se comprobó que la viabilidad era superior al 90% con azul de Trypan. El daño oxidativo se indujo añadiendo 100 μ M de H₂O₂ a la suspensión celular. Los tratamientos antioxidantes se llevaron a cabo añadiendo 10 μ M de ácido ascórbico (vitamina C), 60 μ M de Trolox (vitamina E) y 2 μ M de N-acetil-cisteína (NAC) antes de inducir el daño con H₂O₂. El daño al ADN en linfocitos se determinó mediante electroforesis en gel de células individuales (comet assay). Como parámetros de daño al ADN se utilizaron el % ADN de la cola del cometa y el momento de la cola.

Resultados: En personas mayores el daño oxidativo al ADN en condición basal fue significativamente mayor que en personas jóvenes ($P < 0,01$) en los dos parámetros estudiados, % ADN: $2,02 \pm 0,11$ vs. $1,32 \pm 0,07$ en tanto por ciento; Momento de la cola: $1,00 \pm 0,09$ vs. $0,65 \pm 0,07$ en unidades arbitrarias. Resultados expresados como media \pm EEM. El tratamiento con H₂O₂ produjo un aumento significativo del daño oxidativo al ADN, respecto a la condición basal, tanto en personas mayores como en jóvenes. Al comparar los resultados obtenidos en los 2 grupos (mayores y jóvenes) después del tratamiento con H₂O₂ también se obtuvieron diferencias significativas, (% ADN: $5,32 \pm 0,42$ vs. $3,89 \pm 0,19$; $P < 0,01$. Momento de la cola: $4,41 \pm 0,41$ vs. $3,35 \pm 0,25$; $P < 0,05$), siendo el daño mayor en las personas mayores.

Los tres tratamientos antioxidantes (vitaminas C, E y NAC) disminuyeron significativamente el daño inducido al ADN con H₂O₂. Al comparar la respuesta a los tratamientos antioxidantes entre los 2 grupos

(mayores y jóvenes) no se observaron diferencias en el tratamiento con vitamina E. En el tratamiento con vitamina C sólo se observaron diferencias significativas en el % ADN, siendo los niveles más elevados en personas mayores. Sin embargo, en el tratamiento con NAC se observaron diferencias significativas en ambos parámetros, pero la respuesta al daño oxidativo era menor en personas jóvenes.

Conclusiones: El envejecimiento aumenta el daño oxidativo al ADN en linfocitos y disminuye la capacidad de respuesta ante estímulos pro-oxidantes como el H₂O₂. Además, el daño oxidativo puede ser reducido con tratamientos antioxidantes como las vitaminas C, E y NAC, siendo este último probablemente el más eficaz en personas mayores.

Proyecto financiado por la Fundación Inocente, Inocente.

P296. RESULTADOS PRELIMINARES DE LA RECOLECCIÓN DE PERSONAS LONGEVAS PARA EL PROYECTO DE AMPLIACIÓN DEL BANCO NACIONAL DE ADN EN LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DEL PAÍS VASCO (CAPV)

X. Elcoroaristizabal Martín¹, D. Gamarra Fernández¹,

S. Cardoso Martín¹, F. Gómez Busto²

y M. Martínez de Pancorbo Gómez¹

¹Universidad del País Vasco UPV/EHU. Vitoria-Gasteiz.

²Residencia San Prudencio. Vitoria-Gasteiz.

Objetivo: El Banco de ADN de la UPV/EHU como plataforma científico-tecnológica creada por la Universidad del País Vasco UPV/EHU, participa en el proyecto de ampliación del Nodo de Enfermedades Neuropsiquiátricas del Banco Nacional de ADN. El Banco Nacional de ADN es una plataforma de apoyo a la investigación genética/genómica estatal. Dentro de los objetivos de ampliación del Banco Nacional de ADN se encuentra la instauración de una colección de muestras de ADN de personas longevas (>95 años). La finalidad de esta colección es contribuir a aportar más información sobre los procesos de envejecimiento y neurodegeneración. Para ello, el Banco de ADN de la UPV/EHU reúne muestras biológicas de personas longevas de la CAPV con abundante información asociada referente a sus antecedentes familiares, estilo de vida y estado de salud.

Metodología: Las personas susceptibles de participar son informadas y se les pide su consentimiento para participar en el proyecto. En los casos en los que el estado cognitivo está comprometido, es el representante legal quien autoriza la participación del sujeto. Se recoge información del historial de los participantes de su historial clínico basado en la Valoración Geriátrica Integral (VGI) que se realiza en la institución donde reside. Posteriormente, los participantes cuyo estado cognitivo no está comprometido, entrevistados para recopilar información adicional sobre aspectos genealógicos, demográficos, vida laboral, hábitos y enfermedades.

Una vez cumplimentado el cuestionario, se toma una muestra de sangre periférica de cada participante que consiste en dos tubos de EDTA de 10 ml y dos tubos de ACD de 6 ml. Con los primeros se extrae el ADN mediante Salting-Out. Del procesado de los segundos, tras una separación celular, se obtienen los linfocitos de los cuales tras un proceso de inmortalización se consigue establecer una línea celular que garantice una fuente permanente de ADN.

Resultados: El importante apoyo recibido por parte de los médicos geriatras e instituciones de la CAPV ha facilitado la recogida de 71 personas con una edad superior a 95 años hasta el día de hoy. La distribución de las muestras por provincias es la siguiente: Bizkaia 11,27%, Guipuzcoa 43,66% y Araba 45,07%. La mayor parte de las muestras pertenecen a mujeres.

Conclusiones: La estrecha colaboración entre los médicos geriatras de la CAPV y el Banco de ADN de la UPV/EHU ha propiciado la recolección de muestras de las personas longevas de diversas institucio-

nes, lo que se ha visto en gran medida facilitado por la disponibilidad de una VGI en las instituciones de la CAPV.

P297. EL MANTENIMIENTO DE UNA VIDA ACTIVA DESDE ETAPAS TEMPRANAS AUMENTA LA ESPERANZA DE VIDA MEDIA EN RATÓN

L. Arranz, I. Maté, N.M. de Castro y M. de la Fuente
Departamento de Fisiología (Fisiología Animal II). Facultad de Biología. Universidad Complutense de Madrid.

Objetivos: Estudios previos de nuestro grupo han demostrado que un ambiente enriquecido en actividades mentales y físicas mejora muchos de los efectos adversos del proceso de envejecimiento sobre funciones cognitivas, conductuales e inmunitarias, cuyo deterioro está asociado a mayor morbilidad y mortalidad en los individuos de edad avanzada. Así, el objetivo del presente trabajo fue crear un modelo animal de mantenimiento de vida activa, iniciado en distintas etapas de la vida, y conocer su posible impacto sobre la longevidad.

Método: Se emplearon ratones hembras de la cepa ICR/CD1 de diferentes edades: 14 adultas-maduras (44 ± 4 semanas), 14 viejas (69 ± 4), y 14 muy viejas (92 ± 4), que hasta ese momento habían vivido en grupos de 7 animales en condiciones estándar. A partir de esa edad, se mantuvieron en las mismas condiciones estándar (controles no enriquecidos (NE), $n = 7$ por grupo) o se establecieron en un ambiente enriquecido (enriquecidos (E), $n = 7$ por grupo). Éste consistió en la introducción en el interior de las jaulas de diversos objetos de distintas formas y colores, que fueron intercambiados cada 2 días. Entre ellos se incluyó además, de forma permanente, una casa de ratón. Los animales de ambos grupos experimentales fueron mantenidos en las condiciones especificadas hasta la fecha de su muerte natural, que fue anotada para el estudio de la esperanza de vida media mediante el análisis estadístico de Kaplan-Meier.

Resultados: El test de Kaplan-Meier no reveló diferencias significativas en la longevidad media de los animales que habían vivido en un ambiente enriquecido desde viejos ($88,9 \pm 8,9$ semanas) o desde muy viejos ($99,3 \pm 4,1$ semanas) con respecto a sus correspondientes controles. Sin embargo, en el caso de los animales que habían sido estabulados en un ambiente enriquecido desde la etapa adulta-madura, se observó un efecto muy significativo de dicho ambiente aumentando la longevidad media del colectivo enriquecido en relación al control ($100,3 \pm 2,5$ vs. $91,3 \pm 1,2$ semanas en E y NE, respectivamente, $P < 0,01$).

Conclusiones: Se demuestra la importancia del mantenimiento de una vida activa, tanto física como mentalmente, para conseguir una mayor longevidad y se destaca el hecho de que esa vida activa debe ser establecida durante etapas tempranas del proceso de envejecimiento.

Financiación: MEC (BFU2005-06777), MICINN (BFU2008-04336), Grupo de Investigación de la UCM (910379ENEROINN); RETICEF (RD06/0013/0003).

P298. GENOTIPO DE APOE EN LONGEVOS DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DEL PAÍS VASCO (CAPV)

X. Elcoroaristizabal Martín², D. Gamarra Fernández², F. Gómez Busto¹, M. Fernández Martínez⁴, L. Galdos Alcelay³ y M. Martínez de Pancorbo Gómez²

¹Residencia San Prudencio. Vitoria-Gasteiz. ²Universidad del País Vasco UPV/EHU. Vitoria-Gasteiz. ³Hospital de Txagorritxu. Vitoria-Gasteiz.

⁴Hospital de Cruces. Baracaldo. Bilbao.

Objetivo: Analizar los genotipos de APOE en un grupo de longevos (≥ 95 años) de la Comunidad Autónoma del País Vasco en relación a su estado cognitivo.

Método: Este estudio incluye 48 individuos longevos, 32 de los cuales sufren desórdenes cognitivos. Adicionalmente, se han analizado 265 controles sin desórdenes cognitivos. En todos los individuos se realizó el MMSE. Se consideró como punto de corte de 20 puntos para la consideración de un estado de cognición adecuado en el grupo de longevos, mientras que en el caso de los controles la puntuación considerada fue de 28. Los análisis genéticos se realizaron en el Banco de ADN de la Universidad del País Vasco UPV/EHU. Para ello se utilizaron dos técnicas, la reacción en cadena de la polimerasa PCR y los polimorfismos de longitud de fragmentos de restricción (RFLPs) generados por las enzimas HaeII y AflIII que se utilizaron para genotipar APOE.

Resultados: La media de edad de los longevos fue de $96,50 \pm 1,57$ años. El grupo estaba formado por un 85,4% de mujeres. Se compararon las frecuencias de los genotipos de APOE entre longevos y controles mediante la chi-Pearson encontrándose diferencias significativas ($p < 0,05$). Además se constató que la frecuencia del genotipo 3,3 (protector) en los longevos era mayor respecto al grupo control, mientras que la presencia del genotipo 3,4 era inferior. Al ser los longevos divididos por su estado cognitivo, se observó una ausencia total del alelo 4 (riesgo) del gen APOE en individuos sin deterioro cognitivo.

Conclusiones: El alelo 4 de APOE, un factor clave en el desarrollo de los procesos neurodegenerativos y en el desarrollo del deterioro cognitivo, estaba ausente en los longevos sin deterioro cognitivo.

P299. IMPORTANCIA DEL INICIO DE LA TERAPIA SUSTITUTIVA CON ESTRÓGENOS TRAS LA OVARIECTOMÍA SOBRE PARÁMETROS DE ESTRÉS OXIDATIVO Y LA CAPTACIÓN DE GLUCOSA IN VIVO

R. López Grueso¹, C. Borrás¹, J. Gambini² y J. Viña¹

¹Facultad de Medicina. Universidad de Valencia. Valencia.

²Escuela de Medicina. Universidad Católica de Valencia. Valencia.

Objetivos: La población del mundo desarrollado está envejeciendo. Las hembras viven más que los machos y estas diferencias pueden ser explicadas por la acción de los estrógenos. Nuestros objetivos fueron estudiar el efecto del inicio de la terapia sustitutiva con estrógenos (TSE) tras la ovariectomía sobre parámetros de estrés oxidativo y la captación de glucosa *in vivo*.

Método: Usamos 50 ratas hembras Wistar. 38 fueron ovariectomizadas y tratadas subcutáneamente durante 0, 3, 6 o 9 semanas con 17 β -Estradiol (1 g/kg/día) o vehículo. Después de la administración intravenosa de 18F-Fluorodeoxiglucosa (FDG) se midió la captación de glucosa cerebral *in vivo* mediante Tomografía por Emisión de Positrones (PET). Los parámetros de estrés oxidativo fueron medidos por HPLC y métodos espectrofotométricos.

Resultados: Encontramos que la captación de glucosa cerebral en las ratas ovariectomizadas fue significativamente más bajo que en las ratas control y similar a las ratas viejas. La administración inmediata de TSE después de la ovariectomía previno la pérdida de esta captación de glucosa. Sin embargo, iniciar la TSE 3, 6 ó 9 semanas tras la ovariectomía no recuperó la captación de glucosa. Resultados similares fueron obtenidos cuando medimos parámetros de estrés oxidativo. Las ratas ovariectomizadas tuvieron un mayor estrés oxidativo comparadas con las ratas control, el cual solo fue revertido con el inicio inmediato en la administración de TSE.

Conclusiones: La administración inmediata de estrógenos después de la ovariectomía recupera la captación cerebral de glucosa y resulta en un menor daño oxidativo. Sin embargo, iniciar la TSE 3, 6 ó 9 semanas después de la ovariectomía no es eficiente en la prevención de los efectos perjudiciales de la ovariectomía. Por lo tanto, nosotros sugerimos que la TSE es efectiva, únicamente, si se administra inmediatamente después de la menopausia.

P300. EL ESTRADIOL EJERCE UN EFECTO PROTECTOR Y ANTIOXIDANTE, A CONCENTRACIONES FISIOLÓGICAS, EN MITOCONDRIAS HEPÁTICAS AISLADAS DE RATAS

J. Gambini Buchón¹, C. Borrás Blasco², R. López Grueso² y J. Viña Ribes²

¹Universidad Católica de Valencia. Valencia. ²Universidad de Valencia. Valencia.

Los estrógenos poseen propiedades antioxidantes a concentraciones fisiológicas, ya que son capaces de unirse a sus receptores y desencadenar la activación de vías de señalización que regulan la expresión de genes antioxidantes. La mitocondria es una organela que interviene en el daño celular y está muy relacionada con el envejecimiento. En ella tiene lugar la formación de una gran cantidad de radicales libres, que producen estrés oxidativo el cual está directamente relacionado con el proceso del envejecimiento. Estudios recientes muestran receptores estrogénicos en las mitocondrias. Por ello el objetivo del siguiente trabajo fue determinar si el estradiol a concentraciones fisiológicas es capaz de ejercer un efecto antioxidante directo sobre la mitocondria.

Métodos: Para alcanzar estos objetivos utilizamos ratas Wistar hembras y machos, de entre y 4 meses de edad, las cuales una vez sacrificadas se le extrajo el hígado para purificar las mitocondrias mediante un método de gradiente de concentraciones. Una vez purificadas las mitocondrias hepáticas fueron incubadas con distintas concentraciones fisiológicas de estradiol. Posteriormente se midió la formación de peróxido de hidrógeno, en la cadena de transporte electrónico mitocondrial.

Resultados: La incubación con estradiol previene la formación de peróxido de hidrógeno. Este efecto se mantiene cuando incubamos con Estradiol-BSA el cual no es capaz de atravesar las membranas de la mitocondria. El estradiol impide la fuga de citocromo C de la mitocondria y mantiene el potencial de membrana.

Conclusiones: El estradiol a concentraciones fisiológicas posee actividad antioxidante mediada por receptores de membrana, además mantiene íntegra la mitocondria e impide el inicio de la apoptosis.

P301. EL POLIMORFISMO UBQ-8I COMO FACTOR DE RIESGO PARA LOS INDIVIDUOS CON DETERIORO COGNITIVO LEVE TIPO AMNÉSICO (DCL-AT) EN LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DEL PAÍS VASCO (CAPV)

C. González¹, X. Elcoroaristizabal Martín¹, D. Gamarra Fernández¹, M. Fernández Martínez², L. Galdós Alcelay³ y M. Martínez de Pancorbo Gómez¹

¹Universidad del País Vasco UPV/EHU. Vitoria-Gasteiz. ²Hospital de Cruces. Vitoria-Gasteiz. ³Hospital de Txagorritxu. Vitoria-Gasteiz.

Objetivo: El objetivo de este estudio es examinar la influencia del gen UBQLN1A (polimorfismo UBQ-8i) como factor de riesgo en los individuos con deterioro cognitivo leve tipo amnésico (DCL-AT), y su efecto sinérgico con el alelo 4 de APOE.

Método: Se utilizaron 215 sujetos con DCL-AT, 347 sujetos con Enfermedad de Alzheimer y 238 controles sanos, todos pertenecientes a la Comunidad Autónoma del País Vasco (CAPV). Para establecer los grupos diagnóstico se utilizaron criterios clínicos y test neuropsicológicos. El Banco de ADN de la UPV/EHU determinó el polimorfismo UBQ-8i-C y los genotipos de APOE mediante el uso de la reacción en cadena de la polimerasa a tiempo real (rt-PCR) y la reacción en cadena de la polimerasa (PCR); los polimorfismos de longitud de fragmentos de restricción (RFLPs) generados por las enzimas HaeII y AflIII se utilizaron para genotipar APOE respectivamente. Para calcular el riesgo de DCL-AT se usaron modelos de regresión logística multinomial.

Resultados: Ninguno de los alelos de UBQ-8i o sus genotipos resultó ser un factor de riesgo independiente para DCL-AT. El alelo G presentó un OR = 0,88 CI95% 0,60-1,31, p = 0,542, al considerar los genotipos

GG y AG no había ninguna diferencia estadísticamente significativa. El polimorfismo UBQ-8i y el alelo E4 de APOE no presentaron un efecto sinérgico para DCL-AT (OR = 0,45, CI95% 0,24-0,85, p = 0,014), incluso cuando la muestra era subgrupada por el sexo.

Conclusión: El polimorfismo UBQ-8i-G que genera un lugar de splicing alternativo no es un factor de riesgo independiente para DCL-AT, incluso cuando se prueba el efecto sinérgico con el alelo E4 de APOE.

P302. DIFERENCIAS DE GÉNERO EN LA FUNCIÓN INMUNOLÓGICA Y EL ESTADO INFLAMATORIO EN EL PROCESO DEL ENVEJECIMIENTO

I. Maté², L. Arranz², A. Hernanz¹ y M. de la Fuente²

¹Departamento de Bioquímica. Hospital Universitario La Paz. Madrid.

²Departamento de Fisiología (Fisiología Animal II). Facultad de Ciencias Biológicas. Universidad Complutense de Madrid.

Objetivos: El envejecimiento va acompañado de un deterioro del sistema inmunológico conocido como inmunosenescencia, además de por un aumento en el estado inflamatorio de los organismos envejecidos ("inflammaging"). Por otra parte, hay datos que indican una respuesta inmunitaria más activa en las hembras que en los machos, al menos en mamíferos, así como un mayor estado de oxidación e inflamación en estos últimos, lo que explicaría su longevidad media menor en comparación con las hembras. En el presente trabajo, nos propusimos establecer las posibles diferencias de género de una función inmunológica clave como es la respuesta linfoproliferativa así como de diversos marcadores de inflamación a lo largo del envejecimiento.

Método: En un total de 334 individuos sanos, 171 mujeres (M) y 163 hombres (H), que se dividieron en tres grupos de edad: adultos (30-49 años), adultos-maduros (50-59 años) y maduros (60-79 años), se obtuvieron muestras de sangre periférica. La respuesta linfoproliferativa se valoró mediante la realización de cultivos en presencia del mitógeno fitohemaglutinina. La valoración de las citoquinas TNFalfa e Interleuquina-6 (IL-6) se realizó en el plasma obtenido tras cultivar la sangre total con lipopolisacárido (LPS) durante 4 horas mediante ELISAs. La valoración de los niveles de proteína C reactiva (PCR) se realizó en plasma por nefelometría.

Resultados: La respuesta linfoproliferativa a mitógeno disminuye con el envejecimiento a partir de los 60 años, siendo esto más significativo en M, por partir éstas de un estado inmunológico más óptimo en el adulto en relación a los H (1.813 ± 175 vs. 1.680 ± 247% de estimulación, en M y H adultos, respectivamente, p < 0,05). A su vez, los niveles de TNFalfa aumentan con el envejecimiento tanto en H como en M, pero éstas, al partir de unos niveles menores en la edad adulta, manifiestan de forma más significativa su aumento. Por su parte, la IL-6 de la que se parte en el adulto de niveles más similares en H y M, aumenta significativamente al envejecer en los H, los cuales a partir de los 60 años presentan mayores niveles que las M (4.607 ± 278 vs. 3.556 ± 180 pg/ml, en H y M maduros, respectivamente, p < 0,01). En lo referente a los niveles plasmáticos de la PCR, estos muestran un aumento con la edad en las M que no presentan los H, dado que estos poseen valores superiores ya desde la edad adulta.

Conclusiones: Los hombres tienen ya desde la edad adulta peor respuesta linfoproliferativa y unos niveles de inflamación más elevados que los de las mujeres. Por ello, tanto el deterioro del sistema inmunológico como el aumento en el estado inflamatorio al envejecer se aprecian de forma más significativa en las mujeres. No obstante, a partir de los 60 años, dependiendo el parámetro considerado, o bien se asemejan hombres y mujeres o los hombres siguen demostrando mayor estado de inflamación.

Financiación: MEC (BFU2005-06777), MICINN (BFU2008-04336), Grupo de Investigación de la UCM (910379ENEROINN), RETICEF (RD06/0013/0003) (ISCIII).

P303. SNP RS4880: ALTERACIÓN DE LA REGIÓN DIANA MITOCONDRIAL DEL GEN SUPERÓXIDO DISMUTASA (MNSOD) Y SU RELACIÓN CON EL RIESGO DE ENFERMEDAD DE ALZHEIMER Y DETERIORO COGNITIVO LEVE

D. Gamarra Fernández¹, X. Elcoroaristizabal Martín¹, M. Fernández Martínez², L. Galdo Alcelay³, F. Gómez Busto⁴ y M. Martínez de Pancorbo Gómez¹

¹Universidad del País Vasco. Vitoria-Gasteiz. ²Hospital de Cruces. Baracaldo. Bilbao. ³Hospital de Txagorritxu. Vitoria-Gasteiz.

⁴Residencia San Prudencio. Vitoria-Gasteiz.

Objetivo: La mitocondria es el orgánulo celular donde se consume el 90% del oxígeno. Los aniones responsables del estrés oxidativo se producen como consecuencia de la cadena transportadora de electrones mitocondrial. Por tanto, la mitocondria es la principal diana del estrés oxidativo.

El enzima intramitocondrial manganeso superóxido dismutasa (MnSOD) participa en la eliminación de estos aniones por lo que los polimorfismos funcionales de un solo nucleótido (SNPs) en genes encargados de la eliminación de especies oxígeno reactivas (ROS), podrían estar relacionados con un aumento en el riesgo de EA.

El SNP rs4880 (Ala-9Val) presente en la región diana mitocondrial de la MnSOD (SOD2), origina una disminución en la capacidad de eliminación de radicales libres por lo que resulta de interés su estudio en pacientes con EA y en la fase prodrómica de la enfermedad, como es el caso de los pacientes con Deterioro Cognitivo Leve (DCL).

Métodos: La muestra consta de 355 pacientes con EA, 245 DCL y 216 controles sanos residentes en la Comunidad Autónoma del País Vasco (CAPV). Los análisis genéticos se realizaron en el Banco de ADN de la Universidad del País Vasco, UPV-EHU. La determinación de los genotipos de SOD2 se realizó por ensayos Taqman®. Por otro lado, se determinó el genotipo de APOE-4 mediante amplificación PCR y posterior determinación de RFLPs.

Se estimó el ajuste al equilibrio según la ley de Hardy-Weinberg. Así mismo, el incremento del riesgo de padecer EA o DCL por el SNP rs4880, se determinó mediante un modelo de regresión logística multinomial, corregido por APOE-4, sexo y edad.

Resultados: El alelo E4 de APOE genera para EA un riesgo significativo (OR = 4,155 IC95% 2,855-6,046, $p < 0,05$) mayor que para DCL (OR = 2,537 IC95% 1,678 -3,834, $p < 0,05$).

El alelo de menor actividad (A) no incrementó el riesgo de padecer EA (OR = 0,835 IC95% 0,570-1,225, $p > 0,05$) ni DCL (OR = 1,02 IC95% 0,697-1,492, $p > 0,05$). Al examinar el efecto dosis del genotipo AA no arrojó ningún incremento en el riesgo para ambos grupos de pacientes (EA OR = 0,891 IC95% 0,547-1,451, $p > 0,05$ y DCL OR = 1,214 IC95% 0,783-1,882, $p > 0,05$).

Conclusiones: El alelo deficiente (A) del SNP rs4880 de SOD2, responsable de la alteración de su región diana mitocondrial relacionada con un aumento de ROS, no incrementa el riesgo de EA y DCL.

P304. INCREMENTO EN LA ACTIVIDAD XANTINA OXIDASA EN HÍGADO DE RATÓN A LO LARGO DE LA EDAD Y EN UN MODELO DE ENVEJECIMIENTO PREMATURO

C. Vida, S. González, N.M. de Castro, E. González y M. de la Fuente

Universidad Complutense de Madrid. Madrid.

Objetivo: La xantina oxidasa (XO) es una enzima conocida por su papel en el metabolismo de las purinas. Además, se sabe que constituye una fuente importante de estrés oxidativo en diversas patologías debido a su capacidad para generar radicales libres. Sin embargo, su estudio en el proceso del envejecimiento fisiológico ha

sido escasamente abordado. En base a todo esto, en el presente trabajo se han estudiado los cambios en la actividad XO en hígado de ratón a lo largo de la edad y en un modelo de envejecimiento prematuro.

Métodos: Se emplearon ratones hembra de la cepa BALB/c, adultos (7 meses) y maduros (10 meses). Los animales fueron clasificados como "no prematuramente envejecidos" (NPAM) y "prematamente envejecidos" (PAM) en base a la respuesta conductual que muestran ante una prueba exploratoria en el laberinto en T. La prueba se realizó una vez por semana, durante cuatro semanas consecutivas. La actividad xantina oxidasa se determinó en homogenados de hígado mediante un kit comercial (Amplex Red Xanthine/XO Assay, Invitrogen).

Resultados: Se observa un aumento significativo en la actividad de la XO con la edad, presentando los ratones maduros mayores niveles que los animales adultos. Además, en el caso del modelo de envejecimiento prematuro se pone de manifiesto, que los ratones adultos prematuramente envejecidos presentan una actividad XO significativamente mayor que los no prematuramente envejecidos ($47,5 \pm 4,2$ vs $24,50 \pm 10,9$ mU XO/mg proteína, en PAM y NPAM respectivamente; $p < 0,01$), al igual que ocurre en el caso de los ratones maduros ($64,3 \pm 17,5$ vs $57,8 \pm 17,2$ mU XO/mg proteína, en PAM y NPAM respectivamente, $p < 0,001$).

Conclusión: El aumento de actividad XO observado a lo largo de la edad se presenta de forma especialmente relevante en los animales prematuramente envejecidos, detectándose este deterioro ya desde la edad adulta. Esto sugiere que la XO puede contribuir al aumento del estrés oxidativo hepático durante el proceso de envejecimiento.

Financiación: Grupo de Investigación de la UCM (910379 ENEROINN), MEC (BFU2005-06777), MICINN (BFU2008-04336) y RETICEF (RD06/0013/0003).

P305. FRACTURA DE FÉMUR EN ANCIANOS CON Y SIN DETERIORO COGNITIVO INGRESADOS EN UNA UNIDAD DE CONVALECENCIA GERIÁTRICA (UCO): EVALUACIÓN DE LA GANANCIA FUNCIONAL Y DE LA EFICIENCIA DEL PROCESO REHABILITADOR

A. Esperanza Sanjuan, A. Digon Llop,

B. Fernández-Matamoros Carey, M. Riera Cañadell,

M.J. Robles Raya y R. Miralles Basseda

Servicio de Geriátría del IMAS. Hospital de la Esperanza. Centro Forum. Hospital del Mar. Instituto de Atención Geriátrica y Sociosanitaria (IAGS). Barcelona.

Objetivo: Valorar la ganancia funcional, la utilización de ayudas técnicas y la eficiencia del proceso rehabilitador en ancianos con fractura de fémur, con y sin deterioro cognitivo.

Material y método: Se revisaron 200 pacientes con fractura de fémur ingresados en UCO. Se registró al ingreso (índice Barthel, Mini-Mental) y al alta (índice Barthel, ayudas técnicas al deambular y destino). Se agruparon según el Mini-Mental: ≤ 10 deterioro cognitivo severo, 11-21 moderado, ≥ 21 no deterioro. Se calculó el índice de eficiencia (ganancia funcional [I. Barthel alta-I. Barthel ingreso] dividido por los días de estancia), índice de eficiencia bajo ($< 0,50$) (actividad rehabilitadora baja/poco intensa) e índice de eficiencia medio/alto ($> 0,50$) (actividad rehabilitadora intensa). Se calculó el índice de Heinemann corregido (IHC) (diferencia entre I. Barthel alta e I. Barthel ingreso dividido por diferencia entre I. Barthel previo e I. Barthel ingreso multiplicado por 100). (Rev Esp Geriatr Gerontol. 2000;35 Supl 6:3-14). En función del IHC los enfermos se dividieron en tres grupos, Grupo 1: IHC con valor cero, negativo o indeterminado (pacientes que perdieron CF durante el ingreso por empeoramiento). Grupo 2: IHC $< 35\%$ (ganancia de CF moderada). Grupo 3: IHC $> 35\%$ (ganancia CF intensa).

Resultados: De 200 pacientes, se excluyeron 18 en los que la rehabilitación no pudo llevarse a cabo por fallecimiento (9 casos) y/o por

complicaciones (9 casos), quedando 182, 47 hombres (25,8%) y 135 mujeres (74,1). La edad media fue $82,6 \pm 6,7$. Hubo 143 pacientes que deambulaban al alta. De los 94 pacientes sin deterioro que deambulaban al alta, 48 necesitaban caminador (51,0%); de los 44 con deterioro moderado, 36 (81,8%), y de los 5 con deterioro severo, 5 (100%) ($p < 0,05$). De los 96 pacientes sin deterioro, hubo 79 (82,3%) que fueron alta a domicilio y 17 (17,7%) a una institución, mientras que de los 62 con deterioro moderado, hubo 42 (67,7%) y 20 (32,3%) y de los 21 con severo, 8 (38,1%) y 13 (61,9%), respectivamente ($p < 0,001$). En 165 se realizó el índice de Heinemann, siendo de $73,8 \pm 24,0$ en los pacientes sin deterioro, de $62,8 \pm 30,9$ en los que el deterioro era moderado y de $33,6 \pm 32,5$ en los que el deterioro era severo.

Conclusiones: 1. El deterioro cognitivo, incluso en fases avanzadas, no es un factor excluyente para realizar rehabilitación en pacientes con fractura de fémur ya que en todos los grupos hay ganancia funcional. 2. La ganancia funcional expresada mediante el índice de Heinemann y el índice de eficiencia fue menor en pacientes con deterioro cognitivo. 3. La rehabilitación en ancianos con deterioro cognitivo debería adaptarse en intensidad y duración a la tolerancia del paciente.

P306. RELACIÓN ENTRE EL ESTADO NUTRICIONAL, MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS Y DETERMINANTES BIOQUÍMICOS EN UNA MUESTRA DE MUJERES QUE ENVEJECEN SATISFACTORIAMENTE

N. Galdona Erquicia, L. Prieto Iparraguirre, B. Gómez Vargas, I. Laskibar García, J.J. Yanguas Lezaun y E. Urdaneta Artola
Fundación Ingema. San Sebastián.

Según se avanza en la edad, la identificación de factores que contribuyen a los problemas nutricionales y que causan una serie de discapacidades en edades avanzadas es más importante (European Nutrition for Health Alliance, 2006). Sin embargo, existen pocos estudios que registren cómo se modifica la ingesta dietética conforme se envejece (Planas y Wanden-Berghe, 2007).

El objetivo general de este estudio es conocer la relación entre la edad, medidas antropométricas, determinantes bioquímicos y el estado nutricional autoinformado. Otro de los objetivos de este estudio es encontrar la relación entre las medidas antropométricas y los parámetros bioquímicos.

Método: La muestra de este estudio estaba constituida por 153 mujeres cuyo rango de edad oscila entre 55 y 86 años. Se recogió información sobre *Medidas Antropométricas* (peso, talla, índice de Masa Corporal (IMC), los perímetros brazo, pantorrilla, circunferencia media muslo, diámetro bicondileo humeral y femoral), *Parámetros Bioquímicos* (Albúmina, Vitamina D, Glucosa y Estradiol) y el *Estado Nutricional autoinformado* (Mini Nutritional Assessment, MNA).

Resultados: Respecto a la edad y los determinantes bioquímicos analizados, se observa una relación significativa entre la edad y los parámetros de Glucosa ($r = 0,22$, $p < 0,01$) y Vitamina D ($r = -0,22$, $p < 0,01$). En relación al segundo objetivo planteado, por un lado se observa una relación significativa entre la Glucosa y la Talla ($r = -0,18$, $p < 0,05$). Asimismo, se ha encontrado una relación significativa entre la Albúmina y el IMC ($r = -0,17$, $p < 0,05$). Finalmente se observa una relación significativa entre el Estradiol y el peso ($r = 0,18$, $p < 0,05$) y el diámetro del brazo ($r = 0,19$, $p < 0,05$).

Conclusión: En mujeres mayores se observa que aumenta la Glucosa, Estradiol y el perímetro del brazo en relación con el peso corporal. Asimismo, se observa la disminución de la Vitamina D con la edad. Estos parámetros son importantes en la homeostasis corporal y ósea. De los resultados obtenidos se concluye la necesidad de realizar estudios longitudinales que tengan como objetivo a personas que envejecen satisfactoriamente para obtener más información sobre el proceso de envejecimiento y las diferencias entre envejecimiento normal y patológico.

P307. LA BALNEOTERAPIA CON AGUAS SULFURADAS MEJORA LOS PARÁMETROS DE CONDUCTA Y DE RESPUESTA INMUNITARIA EN EL ENVEJECIMIENTO DE RATONES

A. Celaya, M. de las Casas, J. Cruces, I. Baeza, O. Hernández y M. de la Fuente
Universidad Complutense de Madrid. Madrid.

Las aguas sulfuradas han sido utilizadas tradicionalmente por sus efectos beneficiosos sobre la salud humana. El sulfuro de hidrógeno (H_2S) es su componente principal y se ha relacionado con el efecto de estas aguas. Esta molécula también se produce en los tejidos de mamíferos y se ha comprobado tiene una serie de acciones en diversos sistemas fisiológicos. Dado que el proceso de envejecimiento está acompañado de un deterioro de la actividad de sistemas como el nervioso y el inmunitario, necesarios para mantener la homeostasis del organismo, el objetivo de este trabajo fue estudiar el efecto de un tratamiento de balneoterapia con aguas sulfuradas sobre diversos parámetros de conducta y de funcionalidad de leucocitos. Se han utilizado ratonas ICR-CD1 de edad madura (12 meses de edad). Se establecieron 3 grupos: uno recibió baños en aguas sulfuradas (BS), otro en agua del grifo (BC) y otro permaneció en la jaula sin otra manipulación que la habitual de limpieza (C). El tratamiento se realizó durante 15 minutos, cinco días por semana a lo largo de 2 y 4 semanas. Los parámetros de conducta analizados fueron: la capacidad sensoriomotora, el comportamiento exploratorio y las respuestas de ansiedad. Además, se obtuvieron leucocitos peritoneales en los que se valoró: la capacidad fagocítica de los macrófagos, la actividad microbicida de los mismos, la actividad citotóxica antitumoral de las células "natural killer" (NK) y el contenido de glutatión. Los resultados muestran que los animales del grupo BC tienen mejores parámetros de conducta e inmunitarios que los C, y los que se bañaron en aguas sulfuradas (BS) los han mejorado todavía más. Como ejemplo, los valores de GSH total al cabo de 4 semanas fueron de $0,27 \pm 0,08$ (C), $0,42 \pm 0,10$ (BC) y $0,61 \pm 0,15$ nmol/ 10^6 células (BS), $p < 0,05$ entre BC y BS, $p < 0,001$ entre C y BS. La misma tendencia se observa en la actividad NK al cabo de 4 semanas, ($14,5 \pm 4$, $23,5 \pm 3$ y 29 ± 9 % de lisis respectivamente, $p < 0,05$ entre BC y BS, $p < 0,001$ entre C y BS). En los parámetros de conducta cabe destacar una mejora en la coordinación motora (10, 17 y 50% de animales que completaron la prueba de la cuerda tirante, respectivamente, $p < 0,001$ entre los grupos) y en la actividad locomotora vertical ($p < 0,001$). En conclusión, los baños, especialmente en aguas sulfuradas, son una excelente terapia para hacer más lento el proceso de envejecimiento, lo que se aprecia a nivel de dos sistemas reguladores y marcadores de la salud del individuo como son el sistema nervioso y el inmunitario.

Palabras clave: Balneoterapia. Conducta. Sistema inmunitario.
Financiación: Fundación para la investigación e innovación en hidrología médica y balneoterapia "Bilbilis"; MEC (BFU2005-06777), Grupo de Investigación de la UCM (910379ENEROINN) y RETICEF (RD06/0013/0003).

P308. ANÁLISIS DE LA COMPOSICIÓN DE ÁCIDOS GRASOS DE LOS LÍPIDOS TOTALES EN CEREBRO Y BAZO DE RATONES ADULTOS, VIEJOS Y LONGEVOS

L. Arranz², A. Naudí¹, C. Vida², R. Pamplona¹ y M. de la Fuente²
¹Universidad de Lleida. ²Universidad Complutense de Madrid. Madrid.

Introducción: La composición de los ácidos grasos (AG) se ha relacionado con la longevidad de las especies. Por otra parte, las alteraciones en esa composición con la edad de los individuos conducen a un deterioro de funciones, como las que dependen de la integridad y fluidez de membrana, así como a enfermedades asociadas al envejecimiento. En este contexto, y sabiendo que el declive de los sistemas nervioso e inmunitario lleva a la pérdida de la homeostasis, y a la morbilidad y mortalidad asociadas a la edad, es de gran interés cono-

cer la composición de AG en ambos sistemas en aquellos individuos que han alcanzado elevada longevidad.

Método: Se emplearon ratones hembras de la cepa Balb/c adultas (28 ± 4 semanas), viejas (76 ± 4) y longevas (128 ± 4). Los animales fueron sacrificados, y se extrajeron cerebro y bazo. En estos órganos se analizó la composición total de AG mediante cromatografía de gases-espectroscopía de masas, a partir de la cual se calcularon las distintas fracciones lipídicas y otros índices de interés, como la longitud de cadena, el índice de dobles enlaces y el de peroxidizabilidad lipídica.

Resultados: En cerebro, los cambios más relevantes a lo largo de la edad se observaron en la composición de AG de tipo poli-insaturado. Así, los niveles de ácido linoleico, estearidónico, y docosapentanoico de la serie 3 disminuyeron significativamente en el cerebro de viejas con respecto a las adultas, mientras que se mantuvieron más preservados en longevas. Las viejas presentaron además menor contenido en ácido eicosadienoico que las longevas, cuyos niveles fueron similares a

los presentes en la edad adulta. No obstante, tanto viejas como longevas tuvieron menores niveles de ácido eicosapentanoico que las adultas. Las longevas mostraron menores valores de ácido docosapentanoico de la serie 6 que las adultas, y de ácido docosahexanoico que las viejas, cuyos niveles fueron similares a los de las adultas. En el bazo se aprecian también cambios en los AG de las viejas, mientras que, en general, las adultas y longevas son más parecidas.

Conclusión: El envejecimiento está asociado a una evidente alteración en la composición de los ácidos grasos y fracciones lipídicas tanto en cerebro como en bazo. No obstante, los individuos viejos presentan cambios en AG específicos, que no existen en longevos, los cuales serían buenos candidatos a ser indicadores de morbimortalidad con la edad.

Financiación: MEC (BFU2005-06777), MICINN (BFU2008-04336), grupo de investigación UCM (910379ENEROINN), RETICEF (RD06/0013/0003) (ISCIII).