



## Comunicaciones orales

### Sesión Clínica I

#### Área asistencial

#### CO-001. ANTICOAGULACIÓN ORAL EN RESIDENCIAS DE ANCIANOS. ¿ES POSIBLE?

S. Ruiz Grima<sup>1</sup> y U. Martínez de Azagra Garde<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Residencia para Personas Mayores de Colmenar Viejo. SRBS. Colmenar Viejo Madrid. <sup>2</sup>“IES Villa de Valdemoro”. Valdemoro. Madrid.

**Introducción:** El tratamiento anticoagulante oral (TAO) se utiliza habitualmente en nuestros centros, por alta prevalencia de fibrilación auricular, (5% en ancianos  $\geq$  65 años y aproximadamente 10% en  $\geq$  80 años), que origina una notable morbimortalidad en forma de accidente cerebrovascular, tromboembolismo, insuficiencia cardiaca y deterioro de la calidad de vida. A pesar de su eficacia, el margen terapéutico es estrecho y el riesgo hemorrágico es elevado, (sobre todo en ancianos mayores de 75 años), el manejo de este tratamiento presenta dificultades en la práctica clínica. Múltiples factores confluyen en el anciano atendido en residencias, provocando un deficiente control y complicaciones graves.

**Objetivos:** Investigar la calidad y el grado del control de la coagulación e identificar complicaciones en ancianos en tratamiento anticoagulante oral atendidos en una residencia con un programa de control descentralizado de TAO.

**Método y diseño:** Estudio analítico, observacional, retrospectivo y descriptivo. Se incluyen los ancianos en nuestro centro desde enero de 2009 hasta enero de 2010 en TAO. Se recogió información relativa a datos sociodemográficos, motivos de indicación de TAO, tiempo de anticoagulación, valores de INR recomendados, número total de controles (dentro y fuera de rango), dosis total semanal, comorbilidad, prescripción farmacológica, complicaciones hemorrágicas.

Se realizó la medición mediante extracción sanguínea capilar con analizador ProTime3<sup>®</sup> y programa informático HyTex<sup>®</sup>/IntraHyt<sup>®</sup> (versión 4.0).

**Resultados:** Se incluyeron 332 pacientes, de ellos 12,04% recibieron TAO, la edad media fue 85,03 años, (56% mujeres). La indicación de TAO fue: fibrilación auricular, principal causa (81%), enfermedad tromboembólica venosa (12,2%). La dosis total semanal promedio fue 11,15 mg. Se realizaron 745 controles (1,4 controles/paciente/mes): 62,4% tenían INR en intervalo terapéutico. La media de tiempo de anticoagulación fue 4,28 años. La comorbilidad registrada era una media de 6,5 patologías. Un 72% de sujetos estaban polimedicados (5 o más fármacos). La media de fármacos prescritos era  $6,52 \pm 3$ . Se detectaron 26 episodios hemorrágicos, 1 grave, con ningún fallecimiento.

**Conclusiones:** La introducción del control y el mantenimiento del TAO en residencias de ancianos es segura y eficaz, ofreciendo mayor accesibilidad y atención integral al paciente, traduciéndose en mejor distribución de recursos y nivel de calidad asistencial en nuestros centros.

#### CO-002. VARIABLES DEL PACIENTE RELACIONADAS CON LA EFICIENCIA DEL INGRESO EN UNA UNIDAD GERIÁTRICA DE AGUDOS (UGA) DE UN HOSPITAL TERCIARIO

A.I. Hormigo Sánchez, M. Moral, L. Cornejo, J. Díez, R. Menéndez y J.I. González Montalvo

Hospital Universitario La Paz. Idipaz. Madrid.

**Objetivo:** Estudiar, una vez demostrada la mayor eficiencia de una UGA respecto al resto de unidades hospitalarias que ingresan a pacientes ancianos (Rev Esp Geriatr Gerontol. 2009;44:205-8), qué factores condicionan positiva o negativamente dicha eficiencia.

**Material y métodos:** Se incluyeron los datos de todos los pacientes ingresados en la UGA durante 4 años consecutivos. Se recogieron variables sociodemográficas (edad, sexo), diagnósticos de ingreso y número total de diagnósticos, valoración integral basal (Escala de la Cruz Roja [CRF y CRM] e Índice de Barthel [IB]), al ingreso y al alta (los instrumentos anteriores más el Cuestionario de Pfeiffer [P]) y el destino tras el alta. Se estudiaron las posibles asociaciones de estas variables con la duración de la estancia hospitalaria.

**Resultados:** Se obtuvieron datos de 839 pacientes, 60% mujeres, con una media de edad de 85,2 ( $\pm$  6,5) años, de 10 ( $\pm$  3,8) diagnósticos y una estancia media 10,6 ( $\pm$  6,9) días y mediana de 9 (25%-75%: 6-13) días. Las puntuaciones medianas basales fueron: CRF 2 (25%-75%: 1-4), CRM 1 (0-2), IB 70 (35-90), al ingreso CRF 4 (2-5), CRM 2 (1-3), IB 20 (0-55), P 4 (2-9) y al alta CRF 3 (2-4), CRM 1 (1-3), IB 50 (15-75), P 3 (1-8). Fallecieron el 12% de los pacientes. El 74% de los pacientes fueron dados de alta a su domicilio previo, el 4% a residencias de novo, el 4% a unidades de larga estancia, el 3% a unidades de media estancia y 3% se trasladaron a otros servicios. Las únicas variables que mostraron una asociación estadísticamente significativa ( $p < 0,001$ ) con el incremento de la estancia hospitalaria fueron un elevado número de diagnósticos y la derivación a niveles de media y larga estancia.

**Conclusiones:** En una muestra de pacientes geriátricos hospitalizados en una UGA las estancias más prolongadas se encuentra entre los más complejos clínicamente y los que precisan derivación al alta a otras instituciones. Existen, pues, factores del paciente y de la organización del sistema que pueden influir en la eficiencia de estas unidades.

#### CO-003. PERFIL DE LOS PACIENTES > 65 AÑOS CON ICTUS INGRESADOS EN UNA UNIDAD DE RECUPERACIÓN FUNCIONAL NEUROLÓGICA

C. Arroyo González, A. Martínez de la Casa Muñoz, P. Rodríguez Sanjuán, M. Camúñez Montiel y J. Valls I Ballespí  
Fundación Instituto San José.

**Objetivo:** Conocer las características de los ancianos ingresados por ictus en una unidad de recuperación funcional neurológica (URFN) de un hospital de media estancia, su ganancia funcional y destino al alta.

**Método:** Estudio descriptivo de pacientes > 65 años ingresados por ictus en una URFN de enero a junio de 2009. Se excluyó a los pacientes que no completaron la rehabilitación por reingreso hospitalario. Se han evaluado características demográficas, comorbilidad (I. Charlson), factores de riesgo cardiovascular (FRCV), tipo y localización del ictus, secuelas del ictus al ingreso, estancia media, I. Barthel y ganancia funcional al alta (I. Barthel al alta - I. Barthel al ingreso).

**Resultados:** Se incluyó a 41 pacientes con edad media de  $78,3 \pm$  años; el 53,65% eran mujeres. El 65,85% ingresó con diagnóstico de ictus isquémico, el 26,82% con ictus hemorrágico, el 4,87% con infarto lacunar y el 2,4% con hemorragia subaracnoidea. El 29,27% estaban localizados en el territorio de la ACM derecha, el 26,82% en el de la ACM izquierda, el 7,38% en el de ACA, el 7,32% en el tronco vertebro-basilar y el 14,63% en ganglios basales. En cuanto a los FRCV, presentaron: HTA el 82,92%, hipercolesterolemia el 53,65%, diabetes el 31,70% y FA el 24,39% (anticoagulados 50% y antiagregados 40%). El promedio de comorbilidad de Charlson fue de  $2,2 \pm 1,5$ . Al ingreso presentaban como secuelas: hemiplejía el 97,5%, incontinencia urinaria el 56,09%, incontinencia fecal el 53,65%, trastornos del equilibrio el 14,63%, trastornos del lenguaje (afasia/disartria) el 46,34%, disfagia el 19,51%, dolor neuropático el 19,53% y crisis epilépticas el 14,63%.

El promedio del I. Barthel al ingreso fue 15,24 puntos, el de ganancia funcional al alta 36,34 puntos y la estancia media 76,6 días. Al alta precisó institucionalización el 29,27% de los pacientes.

**Conclusiones:** La mayoría de los pacientes tenían diagnóstico de ictus isquémico en el territorio de ACM y presentaban hemiplejía, incontinencia urinaria e incontinencia fecal como secuelas. El FRCV más prevalente fue la HTA. Destaca la elevada edad media de los pacientes de esta unidad, cercana a los 80 años. La rehabilitación funcional permitió regresar a su entorno a más del 70% que, al ingreso, eran grandes dependientes.

#### CO-004. FACTORES ASOCIADOS A MORTALIDAD HOSPITALARIA EN PACIENTES INGRESADOS EN UNA UNIDAD GERIÁTRICA DE AGUDOS

J.L. Llanque Callata, D.R. Guizado Elme, A. Esteve, F. Álvarez de Abajo, I. Ruipérez y J.J. Baztán  
Hospital Central de la Cruz Roja. Madrid.

**Objetivos:** Analizar los factores al ingreso predictores de mortalidad intrahospitalaria en pacientes ingresados en una Unidad Geriátrica de Agudos (UGA).

**Métodos:** Pacientes ingresados por patología médica en una UGA durante 2009. Se excluyeron pacientes trasladados al alta a otros centros hospitalarios. Los factores al ingreso analizados fueron edad, género, situación funcional y mental previa (evaluada por la Escala de Cruz Roja Física [CRF] y Mental), pérdida funcional al ingreso (CRF ingreso-CRF previo), Índice de comorbilidad de Charlson, albúmina al ingreso y motivo de ingreso agrupado por Grupos Relacionados por Diagnóstico (GRDs) y codificado por servicio de admisión. Se realizó un análisis multivariante de regresión logística predictivo de mortalidad hospitalaria con el programa estadístico SPSS 15.0.

**Resultados:** Se estudiaron 1.297 pacientes, de  $86,9 (\pm 6,6)$  años, 66% mujeres, con una tasa de mortalidad de 10,7%. De entre los 10 GRDs más frecuentes motivo de ingreso, aquellos con mortalidad superior a la media fueron: 540 (Infecciones & inflamaciones respiratorias excepto neumonía simple con CC mayor) (35,3%); 566 (Trast. endocrino, nutric. & metab. exc. trast. de ingesta o fibrosis quística con CC mayor) (24%); 533 (Otros trast. sistema nervioso exc. AIT, convulsiones & cefalea con CC mayor) (21,7%); 79 (Infecciones & inflamaciones respiratorias excepto neumonía simple edad > 17 con CC) (19%) y 541 (Neumonía simple y otros trast. respiratorios exc. bronquitis & asma con CC mayor) (12,6%). En el análisis multivariante, las variables aso-

ciadas independientemente a mortalidad intrahospitalaria fueron la edad (OR = 1,04; IC95% = 1,01-1,08), peor situación funcional previa medida por CRF (OR = 2,32; IC95% = 1,54-3,50), pérdida funcional al ingreso (OR = 2,81; IC95% = 1,82-4,33) y albuminemia al ingreso menor 3 mg/dl (OR = 1,99; IC95% = 1,27-3,17).

**Conclusiones:** La situación funcional previa y la pérdida funcional al ingreso son las variables más relevantes asociadas a mortalidad intrahospitalaria en pacientes ancianos con patología médica aguda ingresados en una Unidad Geriátrica de Agudos.

#### CO-005. INCIDENCIA Y FACTORES DE RIESGO DE INFECCIÓN NOSOCOMIAL EN UNA UNIDAD DE MEDIA Y LARGA ESTANCIA SOCIOFAMILIAR

D. Colprim Galceran<sup>1</sup>, A. Calle Egusquiza<sup>2</sup>, A. García Baztán<sup>2</sup>, P. Puertas Broggi<sup>2</sup>, M.J. Robles Raya<sup>2</sup> y R. Miralles Basseda<sup>2</sup>  
<sup>1</sup>Hospital de la Esperanza/Centro Forum. Barcelona. <sup>2</sup>Hospital Universitari del Mar. Barcelona.

**Objetivo:** Determinar la incidencia de infecciones en un centro socio-sanitario y su relación con los factores predisponentes.

**Pacientes y método:** Estudio prospectivo de todos los pacientes ingresados consecutivamente durante un periodo 6 meses. Se incluyeron un total de 138 pacientes con las siguientes características: Edad:  $76,8 \pm 11,9$ ; sexo: 87 mujeres (62,6%); Lawton previo:  $3,2 \pm 3$ ; Barthel al ingreso:  $31,9 \pm 25$  y MMSE de Folstein:  $21,1 \pm 6,3$ . Se recogieron como factores de riesgo predisponentes: Escala de Norton, desnutrición (IMC < 21, Alb < 3 g/dl), trastorno de la deglución, número de síndromes geriátricos, índice de comorbilidad de Charlson y el diagnóstico principal al ingreso agrupado en: neurológico, traumatológico y otros (respiratorio, cardiológico, neoplásico y vascular), sondaje vesical, vía periférica, traqueostomía, sonda nasogástrica, gastrostomía, herida quirúrgica y fármacos relacionados con infección (corticoides, antiácidos, antimicrobianos, inmunosupresores). Todos los pacientes fueron seguidos durante el ingreso. Se registró la incidencia de infecciones según los criterios de McGeer et al (1991). Se calculó la densidad de incidencia (cociente entre el número de infecciones respecto la suma de los días de seguimiento de todos los pacientes).

**Resultados:** Se detectaron 63 infecciones: incidencia acumulada: 45,6% y densidad de incidencia 9,1 infecciones por cada 1.000 días de ingreso. Factores predisponentes de infección estadísticamente significativos: Desnutrición: 23 (36,5%) vs 13 (17,3%) ( $p = 0,01$ ), antiácidos previos 51 (80,9%) vs 46 (61,3%) ( $p = 0,02$ ), antimicrobianos previos 38 (60,3%) vs 30 (40%) ( $p = 0,02$ ).

Diagnósticos principales en el grupo de pacientes con infección (63): neurológico 16 (25,4%), traumatológico 12 (19%) y otros diagnósticos 35 (55,5%); y en el grupo de pacientes sin infección (75): 32 (42,7%), 18 (24%) y 25 (33,3%) respectivamente ( $p = 0,027$ ).

**Conclusiones:** 1. La densidad de infecciones es similar a los estudios previos en entornos de las mismas características. 2. La desnutrición, la toma de antimicrobianos y antiácidos previos, se asoció significativamente en la aparición de infecciones. 3. Los pacientes cuyo diagnóstico principal fue incluido en el grupo de otros diagnósticos, tuvieron de forma significativa, más frecuencia de infecciones.

#### CO-006. ESTUDIO SOBRE LA PRESCRIPCIÓN INADECUADA Y SUBÓPTIMA AL INGRESO EN UN CENTRO RESIDENCIAL

J. Gutiérrez Rodríguez, L. Sáenz de Santa María, V. López Gaona, E. Rodríguez Celemín, M. Burguet González y L. Fernández García  
OVIDA Centro Intergeneracional.

**Objetivos:** Determinar la prevalencia prescripción inadecuada y subóptima en pacientes institucionalizados.

**Método:** Estudio longitudinal y prospectivo sobre sujetos que ingresan en un centro residencial desde el 1 de octubre de 2009. Variables: edad, sexo, Índice de Barthel (IB), Minimental State Examination (MMSE), prescripción de fármacos y de genéricos, prescripción inadecuada según criterios "Screening Tool for Older Person's Prescriptions" (STOPP) y prescripción subóptima según criterios "Screening Tool to Alert doctors to Right Treatment" (START).

**Resultados:** 80 sujetos fueron incluidos en el estudio. La edad media era de  $80,6 \pm 10,3$  años, el 63,8% mujeres y la puntuación en el IB de  $60,2 \pm 36,2$  y en el MMSE de  $14,8 \pm 8,2$ . Tenían una media de diagnósticos de  $7,1 \pm 3,5$  (siendo los más frecuentes HTA, cardiopatía, depresión y demencia).

Al ingreso, el número medio de fármacos era de  $5,7 \pm 3,1$  (21,9% genéricos), el 15,2% consumían 9 o más, el 46,3% cumplía algún criterio STOPP y el 42,5% algún criterio START. Entre los pacientes que no cumplían criterios de polifarmacia el 44,1% presentaba algún criterio STOPP.

Los criterios STOPP más frecuentes fueron los de los sistemas cardiovascular, nervioso central y endocrino. Entre los criterios START los más prevalentes eran los de los sistemas cardiovascular, musculoesquelético y endocrino.

**Conclusiones:** La prescripción inadecuada y la prescripción subóptima son problemas frecuentes en el medio residencial y afectan a casi 1 de cada 2 pacientes. Los fármacos de los sistemas cardiovascular y endocrino son los que más frecuentemente se ven afectados por una prescripción inadecuada y/o subóptima.

#### CO-007. UNIDAD DE EVALUACIÓN GERIÁTRICA (UEG) DEL HOSPITAL DE JARRIO. UN MODELO DE COORDINACIÓN ENTRE ATENCIÓN PRIMARIA (AP) Y ATENCIÓN ESPECIALIZADA (AE)

E. Delgado, E. Llaneza Velasco, O. Suárez Álvarez, B. Morán Pérez y R. de Dios del Valle  
*Hospital de Jarrío. Asturias.*

**Objetivo:** Evaluar los resultados derivados de la implantación de una unidad de evaluación geriátrica de apoyo a atención primaria y especializada.

**Método:** Diseño: observacional descriptivo transversal. Población: 284 pacientes atendidos en la Unidad de evaluación geriátrica del área sanitaria I (Asturias) con criterios de derivación. Descripción del modelo: tras la valoración inicial, el seguimiento de pacientes se realiza a través de sesiones en los centros de salud, con una frecuencia variable a lo largo del tiempo y un doble objetivo: docente, formación geriátrica a los equipos de AP, y asistencial, permitiendo una óptima gestión de casos. La necesidad de una nueva valoración queda a criterio conjunto o unilateral del facultativo de AP. A los seis meses del inicio se realizó recogida de datos para analizar los resultados iniciales (octubre de 2008 hasta mayo de 2009). Variables: sociodemográficas, funcionales, mentales y de comorbilidad; prescripción farmacológica; nuevos diagnósticos sindrómicos; revisiones presenciales y no presenciales.

**Resultados:** Se atendieron 284 pacientes, el 69,7% mujeres, con una edad media:  $81 \pm 5,74$  años. Se realizó revisión presencial en un 10,2% y en un 41,9% no presencial. El 63% tenía un Índice de Barthel mayor de 80 y el 61,6% un Índice de Lawton de 3 o más. La media de diagnósticos médicos previos, excluyendo patología mental y quirúrgica era de  $5,13 \pm 2,54$ . El número de fármacos crónicos era de  $6,78 \pm 3,5$  y un 36,3% de los individuos recibía fármacos de Utilidad Terapéutica Baja (UTB). Tras la valoración inicial, el número de diagnósticos sindrómicos nuevos fue de  $1,77 \pm 0,93$ , se añadieron una media de  $1,81 \pm 1,02$  fármacos y se suspendieron  $2,82 \pm 2,28$ , incluyendo todos los de UTB. Durante el seguimiento posterior se realizaron cambios que consistieron en el reajuste de dosis y la retirada de otros fármacos en un segundo tiempo.

**Conclusión:** La implantación de la UEG facilita el seguimiento del paciente sin necesidad de revisiones presenciales en la mayoría de los casos, permite una constante adecuación de la prescripción farmacológica y que el equipo de Atención de Primaria desarrolle competencias que garanticen un buen seguimiento del paciente.

#### CO-008. CARACTERÍSTICAS FUNCIONALES Y PERFIL DE PRESCRIPCIÓN EN UNA POBLACIÓN DE NONAGENARIOS ASTURIANOS

B. Morán Pérez<sup>1</sup>, E. Delgado Parada<sup>1</sup>, T. Rubio Alfonso<sup>1</sup>, J. Vicente Herrero<sup>1</sup>, O. Suárez Álvarez<sup>1</sup> y F.M. Suárez García<sup>2</sup>  
<sup>1</sup>Hospital de Jarrío. Asturias. <sup>2</sup>Consejería de Salud y Servicios Sanitarios del Principado de Asturias.

**Objetivo:** Describir el perfil de prescripción farmacológica y población polimedificada en nonagenarios del área sanitaria I de Asturias.

**Método:** Diseño: estudio observacional descriptivo transversal. Muestra: se determinó el tamaño necesario con una prevalencia estimada de polimedificados (4 o más fármacos durante al menos 2 meses antes de la entrevista) del 50% y un error máximo de precisión del 5%. Se recogieron datos a través de entrevista telefónica. Variables de estudio: sociodemográficas, funcionales, fármacos por grupo ATC, Utilidad Terapéutica Baja (UTB) y Prescripción Inadecuada (PI). Dos farmacéuticos clínicos realizaron la clasificación de fármacos en grupos terapéuticos y la detección de UTBs y PIs (criterios STOPP/START).

**Resultados:** Se recogieron datos de 185 sujetos, con 20 pérdidas (9,76%). Edad media:  $92,78 \pm 2,45$  años. El 71,48% eran mujeres y el 66,5% no estaban casados en el momento de la entrevista. El 9,2% estaban institucionalizados. El 15,7% habían referido caídas en los últimos 6 meses y el 14,1% había acudido a urgencias en los últimos 6 meses. El 60,5% tenía un índice de Barthel mayor de 60 con una media de 64,16 puntos (IC95%: 58,77-69,56). La media del índice Lawton fue 2,74 (IC95%: 2,3-3,17). Un 45,9% deambulaban autónomamente. Un 34,6% era responsable de su medicación. El porcentaje de polimedificados fue del 60% con una media de fármacos de 4,69 (IC95%: 4,25-5,13). Grupos terapéuticos más prevalentes: 75,7% aparato cardiovascular, 56,2% sistema nervioso y 47,6% aparato digestivo y metabolismo. El 30,3% tomaba al menos un fármaco considerado UTB, con una media de 1,23 (IC95%: 1,11-1,35) por paciente. El 49,2% presentaban alguna medicación PI, con una media de 1,46 PI (IC95%: 1,3-1-63) por paciente. Los grupos STOPP más prevalentes fueron el A; 21,1% y el B; 16,2. El 63,2% tenían alguna UTB y/o PI. Limitaciones: entrevista telefónica sin historia clínica.

**Conclusiones:** La prevalencia de polimedicación en nonagenarios es mayor que en la población general. Se trata de una población con una dependencia funcional moderada para actividades de la vida diaria. El modelo tradicional de atención en este grupo etario se beneficiaría de un cambio para una mejor adecuación de la prescripción.

#### CO-009. CALIDAD DE VIDA DE LOS MAYORES EN EL ESTUDIO POBLACIONAL FRADEA Y CONDICIONANTES PRINCIPALES

Y. Bardales Mas, J.L. Navarro López, M.I. García Tomás, M. Martínez Peñalver, A. Ruiz Gómez y P. Abizanda Soler  
*Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. Albacete.*

**Objetivos:** Cuantificar y describir la calidad de vida (QoL) de los mayores del estudio FRADEA, y analizar sus condicionantes.

**Método:** Estudio poblacional longitudinal prospectivo realizado sobre 1.172 sujetos con edad  $\geq 70$  años del censo de tarjeta sanitaria de Albacete capital. 988 sujetos aceptaron participar. La QoL se midió con el cuestionario SF-12. Se describen los resultados y se comparan con el resto de variables del estudio.

**Resultados:** Edad media 79,4 (DE 6,4; rango 70-102). 601 mujeres (60,8%). Barthel 82,1 (DE 28,1). Lawton 5,7 (DE 2,7). MMSE 24,7 (DE

5,2). Yesavage 3,8 (3,3). Índice de Charlson 1,3 (DE 1,5; rango 0-10, 19 perdidos). Frágiles 16,9%, prefrágiles 48,8%, no frágiles 34,3%. 912 participantes respondieron a más de la mitad del SF-12. Puntuación media del SF-12 = 68 (DE 18; rango 15-96). Subcomponentes del SF-12: Salud general 42 (DE 20), salud mental 51 (DE 14), función física 53 (DE 40), función social 86 (DE 24), rol físico 79 (DE 30), rol emocional 89 (DE 22), dolor 74 (DE 31), vitalidad 65 (DE 32). A mayor edad las puntuaciones del SF-12 fueron peores ( $p < 0,001$ ). Las mujeres tuvieron peor QoL que los hombres (64-72;  $p < 0,001$ ). Los frágiles tuvieron peor QoL que los prefrágiles y que los no frágiles (52-69-79;  $p < 0,001$ ). Los participantes con menor Barthel, Lawton y MMSE tuvieron peor QoL ( $p < 0,001$ ), al igual que aquellos con mayor Yesavage y mayor índice de Charlson ( $p < 0,001$ ). Aquellos que rindieron peor en las pruebas funcionales de observación directa tuvieron peor QoL ( $p < 0,001$ ), al igual que los que tuvieron valores menores de presión arterial ( $p < 0,001$ ). Tuvieron peor QoL aquellos con mayor índice de masa corporal, menor masa libre de grasa y mayor masa grasa ( $p < 0,001$ ). Los marcadores de inflamación como la VSG y la PCR se asociaron con peor QoL ( $p < 0,001$ ).

**Conclusiones:** Los mayores de Albacete tienen una calidad de vida autoreferida por encima de la media. La salud general, salud mental y función física son los principales condicionantes de mala calidad de vida. Las mujeres, los frágiles y aquellos con mayor edad tienen peor calidad de vida, al igual que aquellos con biomarcadores de inflamación.

#### CO-010. CARACTERIZACIÓN DEL ESTADO DE FRAGILIDAD EN ANCIANOS DE ALBACETE. ESTUDIO FRADEA

J.L. Esquinas Requena, G. Paterna Mellinas, E. López Jiménez, J.L. Navarro López, P. Atienzar Núñez y P. Abizanda Soler  
*Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. Albacete.*

**Objetivos:** Describir las características sociodemográficas, funcionales, mentales y de comorbilidad de los ancianos frágiles de Albacete, comparándolos con los prefrágiles y los no frágiles.

**Método:** Estudio transversal descriptivo analítico realizado sobre 988 sujetos participantes en el primer corte del estudio FRADEA. Se recogen variables sociodemográficas, funcionales, mentales y de comorbilidad y se comparan entre el grupo de frágiles, prefrágiles y no frágiles.

**Resultados:** El 16,9% de la población es frágil, el 48,8% es prefrágil y el 21,6% no frágil. Los frágiles tienen con respecto a prefrágiles y no frágiles mayor edad (82,2-78, 7-75,8;  $p < 0,001$ ), menor Barthel (74,8-89, 8-97,9;  $p < 0,001$ ), menor Lawton (4,6-6, 4-6,9;  $p < 0,001$ ), mayor índice de Charlson (1,7-1, 1-0,9;  $p < 0,001$ ), menor MMSE (22,5-25, 0-26,6;  $p < 0,001$ ), mayor Yesavage (5,9-3, 7-2,2;  $p < 0,001$ ). Las mujeres son más frágiles que los hombres (24,1-12,4%;  $p < 0,001$ ). Los analfabetos son más frágiles que el resto de la población (28-17,7%;  $p < 0,05$ ). Los frágiles viven con mayor frecuencia en residencia o con hijos que el resto ( $p < 0,001$ ). Los frágiles tienen valores de presión arterial sistólica y diastólica inferiores ( $p < 0,001$ ), menor *peak-flow* ( $p < 0,001$ ), mayor porcentaje de masa grasa ( $p < 0,01$ ) y menor masa libre de grasa total ( $p < 0,001$ ) por impedanciometría. Los frágiles han acudido a urgencias (37,3-24,6-19,2%;  $p < 0,001$ ) y han ingresado hospital (24,1-6,9-5,6%;  $p < 0,001$ ) en los últimos 6 meses, y han presentado alguna caída en los últimos 3 meses (24,2-16,7-13,2%;  $p < 0,05$ ), con mayor frecuencia que prefrágiles y no frágiles.

**Conclusiones:** Los mayores de 70 años frágiles de Albacete tienen mayor edad, son predominantemente mujeres, con mayor discapacidad, peor estado cognitivo y afectivo y mayor comorbilidad que el resto de la población, y han presentado eventos adversos con mayor frecuencia en los meses previos. Definen una población de alto riesgo susceptible de establecer protocolos de alerta especiales.

#### CO-011. COMORBILIDAD EN ANCIANOS: ESTUDIO POBLACIONAL FRADEA

S. Alfonso Silguero, E. Martínez Sánchez, M. León Ortiz, E. Martín Sebastián, C. Luengo Márquez y P. Abizanda Soler  
*Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. Albacete.*

**Objetivos:** Describir la comorbilidad en una muestra de ancianos representativa de la población y su asociación con variables sociodemográficas, funcionales, cognitivas y afectivas.

**Método:** 988 sujetos con edad  $\geq 70$  años, de Albacete capital, 601 mujeres (60,8%), captados mediante muestreo aleatorio estratificado por conglomerados del censo de tarjeta sanitaria, representativos de la población. Se les realizó encuesta por cuatro enfermeras entrenadas y certificadas, recogiendo variables sociodemográficas, test funcionales, cognitivos y afectivos. Realizaron pruebas de observación directa funcionales. La comorbilidad se recogió con el índice de Charlson (IC). Se analiza la relación de la comorbilidad con las covariables.

**Resultados:** Edad media 79,4 (DE 6,4; rango 70-102). Barthel 82,1 (DE 28,1). Lawton 5,7 (DE 2,7). MMSE 24,7 (DE 5,2). Yesavage 3,8 (3,3). IC 1,3 (DE 1,5; rango 0-10, 19 perdidos). Puntuaciones IC: 0 = 38,3%, 1 = 26,4%, 2 = 16,8%, 3 = 8,3%, 4 = 4%, 5 = 2,1%,  $\geq 6 = 2,1%$ . Las patologías más frecuentes fueron demencia 15,7%, enfermedad respiratoria crónica 20,2%, diabetes 19,8% y todas las neoplasias 8,2%. Los hombres tuvieron mayor comorbilidad que las mujeres (IC 1,5-1,1;  $p < 0,001$ ). El IC se asoció con mayor edad ( $p < 0,001$ ), Barthel ( $p < 0,001$ ), Lawton ( $p < 0,001$ ), Yesavage ( $p < 0,001$ ), MMSE ( $p < 0,001$ ), velocidad de marcha ( $p < 0,01$ ), *Timed up and go* ( $p < 0,001$ ), equilibrio ( $p < 0,001$ ), prueba de empuje de piernas ( $p < 0,001$ ), deambulaci3n ( $p < 0,001$ ), *peak-flow* ( $p < 0,001$ ), actividad física ( $p < 0,001$ ), presión arterial sistólica y diastólica ( $p < 0,05$ ), grado de dependencia ( $p < 0,001$ ) y mala salud autopercebida ( $p < 0,001$ ).

**Conclusiones:** El 16,5% de los mayores de 70 años tiene una comorbilidad elevada. Puntuaciones mayores en el índice de comorbilidad de Charlson se asocian con peor funcionalidad, estado cognitivo y afectivo, nivel de dependencia y salud autopercebida en ancianos.

#### CO-012. ESTUDIO POBLACIONAL FRADEA (FRAGILIDAD Y DEPENDENCIA EN ALBACETE): METODOLOGÍA, DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA Y PREVALENCIA DE FRAGILIDAD

M. Martínez Reig, J.L. Navarro López, M.I. García Tomás, P.M. Sánchez Jurado, L. Romero Rizo y P. Abizanda Soler  
*Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. Albacete.*

**Objetivos:** Describir la metodología del estudio FRADEA, y presentar los datos descriptivos de la muestra en su primer corte, y la prevalencia de fragilidad.

**Método:** Estudio poblacional longitudinal prospectivo realizado sobre los sujetos con edad  $\geq 70$  años del censo de tarjeta sanitaria de Albacete capital. Universo 18.137 individuos. Se realizó muestreo aleatorio estratificado por conglomerados para obtener una muestra de 1.172 participantes. Se les envió carta de invitación y se efectuó llamada telefónica para concertar cita. 988 sujetos aceptaron participar y 184 rechazaron (15,7%). Todos firmaron consentimiento informado previo a la inclusión. Se les realizó encuesta por cuatro enfermeras entrenadas y certificadas y realizaron pruebas de observación directa funcionales. Aquellos que pudieron y aceptaron acudieron a una segunda cita para realizar impedanciometría, calorimetría indirecta y analítica sanguínea. Se determinan los criterios de fragilidad de Fried de la población.

**Resultados:** Edad media 79,4 (DE 6,4; rango 70-102). 601 mujeres (60,8%). Barthel 82,1 (DE 28,1). Lawton 5,7 (DE 2,7). MMSE 24,7 (DE 5,2). Yesavage 3,8 (3,3). Índice de Charlson 1,3 (DE 1,5; rango 0-10, 19 perdidos). Criterios de fragilidad: Pérdida de peso no intencionada 13,6%, cansancio (preguntas CES-D) 22,5%, debilidad (fuerza prensora) 44,9%, baja actividad física 7,9%, marcha lenta 30,6%. En 757

(76,6%) sujetos se dispone de datos de todos los criterios de fragilidad, en 71 de 4, en 34 de 3, en 53 de 2, en 27 de 1 y en 46 de ninguno. Cumplen un criterio de fragilidad 308 (31,2%), dos 174 (17,6%), tres 107 (10,8%), cuatro 49 (5,0%), cinco 11 (1,1%) y ninguno 213 (21,6%), y en 126 (12,7%) no se dispone de al menos tres valores válidos. El 16,9% de la población cumple criterios de fragilidad y el 48,8% es prefrágil. De los que no se disponen valores para calcular la fragilidad, 68% tenían Barthel  $\leq 40$  y 77%  $\leq 60$ , y el 73% tenían un nivel de dependencia grado II o III.

**Conclusiones:** El 16,9% de la población de mayores de 70 años de Albacete es frágil según criterios Fried, aunque si se añade a los dependientes, el porcentaje puede llegar a ser del 26%.

## Sesión Clínica II

### Área ortogeriatría

#### CO-013. HETEROGENEIDAD DE LOS PACIENTES CON FRACTURA DE CADERA. VALOR PRONÓSTICO DE LOS DIFERENTES GRUPOS TRAS 2 AÑOS DE SEGUIMIENTO

M. Moral Carretón, A.I. Hormigo Sánchez, L. Cornejo, M. Iparraguirre Azcona, X. Guevara Linares y T. Alarcón Alarcón  
*Hospital Universitario La Paz. Madrid. IdiPaz.*

**Fundamento y objetivos:** Las personas ancianas que sufren fractura de cadera forman un grupo muy heterogéneo, lo cual influye en la variabilidad de los resultados clínicos. El objetivo de este estudio fue comprobar el valor pronóstico de los diferentes perfiles de pacientes con fractura de cadera para recuperar la situación previa para la deambulación y la mortalidad a los 3 y 24 meses de la fractura.

**Material y método:** Estudio longitudinal de tipo prospectivo de 660 pacientes ingresados por fractura de cadera durante 3 años (2003 a 2005). Se recogen datos demográficos, clínicos, funcionales y asistenciales. Se realizó el seguimiento a los 3 y 24 meses, evaluando la situación funcional y la supervivencia. Se aplicaron los criterios pronósticos de edad, estado funcional (independientes en baño, vestido, alimentación e ir al retrete) y comorbilidad, clasificando a los pacientes en 7 grupos. La probabilidad de recuperación de la deambulación en los distintos períodos se calculó mediante el estimador Kaplan-Meier. También se realizó un análisis de supervivencia.

**Resultados:** Fueron incluidos en el estudio 508 pacientes. La edad media fue de 84,5 (DE 6,3) años. Tenía un alto riesgo quirúrgico (ASA III-IV) el 47% de los pacientes. Deambulaba previamente de forma independiente el 90,6% de los pacientes y eran independientes en baño, vestido, alimentación e ir al retrete el 30,8%. A lo largo del período de seguimiento, la probabilidad de recuperar la situación previa para la deambulación fue del 73,6% y de fallecer del 34,4%. La clasificación en 7 grupos ofrece coherencia pronóstica. Los menores de 75 años presentaron un 95,1% de probabilidad de recuperación y un 9,5% de muerte a los 2 años de la fractura. En el otro extremo, los mayores de 84 años, con 0-1 actividades de la vida diaria independientes y demencia, presentaron un 23,9% de recuperación y un 71,4% de mortalidad en el mismo período.

**Conclusiones:** Los pacientes ancianos que sufren fractura de cadera pueden ser agrupados en grupos homogéneos basados en las características prefractura, cuyos perfiles pronósticos de deambulación y mortalidad difieren a los 3 y 24 meses de la fractura.

#### CO-014. DOCTOR, VENGO A ENGRASARME

##### LAS ARTICULACIONES

J.C. Ojea Arnedo, J.G. Muñoz-Duque, O. Villamediana Rey, F. Ortiz Díaz, F. Espinosa Álvarez y C. Sánchez Botella  
*Centro de Salud San Vicente 1. Alicante.*

**Objetivos:** Describir la utilización de las infiltraciones articulares y de partes blandas en el trabajo cotidiano de una consulta de atención primaria en pacientes ancianos. Conocer la efectividad de las infiltraciones con corticoides en patología osteoarticular y tendinosa en el paciente anciano.

**Métodos:** Estudio observacional de tipo descriptivo. Emplazamiento. Centro de Salud San Vicente 1 (San Vicente del Raspeig, Alicante), municipio de unos 60.000 habitantes, situado a 5 kilómetros de Alicante.

**Material y métodos:** Se incluyeron todos los pacientes mayores de 65 años que recibieron una o más infiltraciones durante el periodo comprendido entre el 01/01/2009 y 31/12/2009. Se elaboró un protocolo de recogida de datos mediante entrevista directa al paciente. Se analizan las siguientes variables: sexo, edad, patología infiltrada, tratamiento con AINE previo, resultado, complicaciones. El estudio descriptivo, realizado mediante tablas de distribución de frecuencias y porcentajes.

**Resultados:** Se infiltraron 138 pacientes, de los cuales el 62,8% eran mujeres y el 37,2% hombres. La edad media de los pacientes fue 71 años. La patología más prevalente fue el hombro doloroso con un 39% de los casos, seguida de la patología de rodilla con un 29%. Un 10% de los pacientes fueron infiltrados por segunda vez por persistencia de los síntomas. Un 60% de los pacientes no tuvieron que ser remitidos a asistencia especializada. Un 70% de pacientes tomó AINEs previamente, no necesitándolos tras la infiltración. Se practicó radiología al 50% de los pacientes. La única complicación fue un hematoma local tras infiltración de hombro doloroso.

**Conclusiones:** La infiltración local con corticoides es una técnica útil en pacientes ancianos por su efectividad, sencillez de manejo, bajo coste y escasas complicaciones. Es una terapia a tener en cuenta en la ancianidad para el tratamiento de determinadas patologías osteo-tendinosas, así como para disminuir el consumo de otro tipo de fármacos con potenciales efectos adversos como los AINEs.

1. Harvey, W.F., Hunter, D.J. The role of analgesics and intra-articular injections in disease management. *Med Clin North Am* 2009;93: 201-211.
2. Gallardo, J. Papel de las infiltraciones locales de corticoides en atención primaria. *Aten Primaria* 2009;25:331-334.

#### CO-015. MOTIVO DEL INGRESO DEL ANCIANO: CAÍDA

M. Barceló Trias, G. Fuster, M.T. Comas, M. Gelpi, R. Prats y D. Ruiz  
*Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.*

**Objetivos:** El objetivo de nuestro estudio es definir las características de los pacientes ancianos cuyo motivo de ingreso es una caída y comparar si existen diferencias con los que ingresan por otro motivo.

**Pacientes y métodos:** Hemos incluido todos los pacientes mayores de 65 años ingresados a lo largo de 3 años y medio en una sala de geriatría. Se realizó un análisis univariante usando el método estadístico ANOVA para variables cuantitativas y chi-cuadrado para variables cualitativas. Las variables estadísticamente significativas fueron introducidas en un análisis de regresión logística condicional.

**Resultados:** Desde febrero del 2005 a agosto del 2008 fueron introducidos un total de 2.463 pacientes. Un 5,8% de estos ingresó por una caída. Comparando los dos grupos encontramos diferencias significativas en el grupo de caídas en que tenían menor edad ( $p = 0,013$ ), habían más mujeres ( $p = 0,014$ ), Charlson menor ( $p < 0,001$ ), Barthel mayor ( $p < 0,001$ ), menor número de fármacos ( $p < 0,001$ ), menor demencia previa ( $p < 0,001$ ), residir en domicilio ( $p < 0,001$ ) vivir solo ( $p < 0,001$ ), tener complicaciones durante el ingreso ( $p < 0,001$ ), estancia hospitalaria mayor ( $p = 0,001$ ), precisar más recursos al alta ( $p < 0,001$ ), menor número de exitus intrahospitalario ( $p < 0,001$ ), menos reingresos a los tres meses ( $p = 0,003$ ) y menos exitus a los tres meses ( $p = 0,033$ ). En el análisis de regresión logística las varia-

bles significativas fueron el índice de Charlson, vivir solo previamente, presentar complicaciones durante el ingreso y precisar centro sociosanitario al alta.

**Conclusiones:** Los pacientes que ingresan en el hospital por caída tienen menor comorbilidad, viven solos con más frecuencia, tienen mayor número de complicaciones durante el ingreso y precisan más recursos sociosanitarios al alta que los pacientes que ingresan por otro motivo.

#### CO-016. LA UNIDAD DE ORTOGERIATRÍA. UN NUEVO MODELO ASISTENCIAL QUE MEJORA LA EFICIENCIA HOSPITALARIA EN LA FRACTURA DE CADERA

X. Guevara Linares, A.I. Hormigo Sánchez, M. Moral Carretón, M. Iparraguirre Azcona, P. Gotor Pérez y J.I. González Montalvo  
*Hospital Universitario La Paz. Madrid. IdiPaz.*

**Objetivos:** Estudiar los beneficios del tratamiento perioperatorio en pacientes ancianos con fractura de cadera en una unidad ortogerátrica de manejo conjunto entre los servicios de traumatología y geriatría, comparados con el tratamiento hospitalario habitual.

**Métodos:** Estudio prospectivo controlado de 2 modelos asistenciales para pacientes ingresados vía urgencias en un hospital terciario universitario entre el 1 de febrero y el 31 de agosto de 2007 con diagnóstico de fractura de cadera osteoporótica. El modelo habitual es el tratamiento de los pacientes ingresados en traumatología con interconsulta a geriatría (modelo IC, n = 123) y el modelo a estudio supone el ingreso en una unidad ortogerátrica (UOG, n = 101) para el tratamiento conjunto entre especialistas en traumatología y geriatría. Éste incluye valoración geriátrica inmediata, seguimiento clínico diario coordinado, pase de visita unificado semanal y planificación en equipo de la programación quirúrgica, inicio de la deambulaci6n y del destino y momento del alta.

**Resultados:** No existieron diferencias en edad, sexo, nivel funcional, presencia de deterioro cognitivo, lugar de residencia, ni toma de medicamentos que afectan la coagulaci6n entre ambos grupos. Durante la hospitalizaci6n tampoco existieron diferencias en el número de pacientes tratados quirúrgicamente, situaci6n funcional, destino al alta hospitalaria, ni estancia consumida en las unidades de media estancia. Los pacientes ingresados en la UOG recibieron una valoraci6n geriátrica más precoz (mediana de 1 día en UOG [P<sub>25</sub>-P<sub>75</sub>:1-2] frente a 4 [P<sub>25</sub>-P<sub>75</sub>:3-8] en IC), fueron intervenidos antes (mediana de 5 días desde el ingreso en UOG [P<sub>25</sub>-P<sub>75</sub>:3-6] frente a 6 [P<sub>25</sub>-P<sub>75</sub>:5-9] en IC), iniciaron la rehabilitaci6n antes (mediana de 4 días desde la intervenci6n en UOG [P<sub>25</sub>-P<sub>75</sub>:3-5] frente a 5 [P<sub>25</sub>-P<sub>75</sub>:4-7] en IC) y tuvieron una estancia media inferior (un 33%) (mediana de 12 días en UOG [P<sub>25</sub>-P<sub>75</sub>:9-14] frente a 18 [P<sub>25</sub>-P<sub>75</sub>:13-23] en IC) (todas las comparaciones p < 0,001).

**Conclusiones:** La creaci6n de una unidad ortogerátrica en un hospital terciario posibilita que los pacientes ingresados por fractura de cadera reciban una valoraci6n geriátrica más temprana, sean intervenidos antes y comiencen antes la rehabilitaci6n. La estancia hospitalaria se ve reducida en un 33% sin que al alta existan diferencias en el resultado clínico ni funcional, ni en el lugar de derivaci6n.

#### CO-017. ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA TRAS UNA FRACTURA DE CADERA. PROBABILIDAD Y PERFIL DE RECUPERACI6N DURANTE 2 AÑOS DE SEGUIMIENTO

L. Cornejo, A.I. Hormigo, M. Iparraguirre, X. Guevara, P. Gotor y T. Alarc6n  
*Hospital Universitario La Paz. Madrid. IdiPaz.*

**Objetivos:** A los objetivos clásicos de la cirugía de fractura de cadera, se aña de en la actualidad la recuperaci6n de la situaci6n funcional previa a dicha fractura.

El objetivo de este estudio fue estimar la recuperaci6n de la situaci6n previa para deambulaci6n, transferencias, uso de retrete, escalones, vestirse, alimentaci6n, baño, aseo y control de esfínteres durante los 24 meses siguientes a una fractura osteopor6tica de cadera.

**Métodos:** Estudio longitudinal de tipo prospectivo de 660 pacientes consecutivos ingresados en Traumatología por fractura de cadera e interconsultados al servicio de Geriatría durante tres años (2003 al 2005). Durante la hospitalizaci6n fueron recogidos datos demográficos, clínicos, funcionales y asistenciales. Se realizó seguimiento telefónico a los tres, seis, doce y veinticuatro meses en aquellos pacientes incluidos en el estudio. Los datos fueron analizados mediante Análisis de supervivencia aplicando el estimador de Kaplan-Meier.

**Resultados:** Fueron incluidos en el estudio 509 pacientes. La edad media fue de 84,5 (DE 6,3) años. Tenían un alto riesgo quirúrgico (ASA III-IV) el 47% de los pacientes. Las actividades con menor probabilidad de recuperaci6n del nivel previo a los veinticuatro meses fueron el uso de escalones, transferencias, deambulaci6n, vestido, baño y uso del retrete (entre un 67,5% y 76% de recuperaci6n). Las actividades que presentaron una probabilidad de recuperaci6n mayor fueron el aseo, alimentaci6n y continencia urinaria y fecal (entre 86,3% y el 95,4%). La probabilidad de recuperar el nivel previo para la deambulaci6n, transferencias, uso de retrete, alimentaci6n, aseo y continencia se produce fundamentalmente durante los seis primeros meses, en cambio la recuperaci6n del baño, vestirse y uso de escalones se produce principalmente a los doce primeros meses tras la fractura.

**Conclusiones:** A lo largo de los primeros veinticuatro meses tras fractura de cadera, la cohorte no recupera la totalidad en las diez actividades de la vida diaria analizadas, siendo la deambulaci6n, transferencias, uso de escalones, retrete, baño y vestirse las actividades donde se produce menores recuperaciones. Las actividades muestran también un tiempo de recuperaci6n diferente, el baño, el vestirse y el uso de escalones son las actividades que más tardan en recuperarse.

#### CO-018. FRAGILIDAD Y RIESGO DE CAÍDAS Y FRACTURAS A LOS 4 AÑOS. ESTUDIO ALBACETE

J.L. Esquinas Requena, P. Atienzar Núñez, I. García Nogueras, Y. Bardales Mas, P. Hernández Zegarra y Abizanda Soler  
*Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. Albacete.*

**Objetivos:** Analizar si el estado de fragilidad confiere un riesgo aumentado de caídas y fracturas a los cuatro años en ancianos con alto nivel funcional de la comunidad.

**Método:** 284 sujetos con edad ≥ 65 años, 181 mujeres (63,7%), con alto nivel funcional (Barthel ≥ 80 y MMSE ≥ 17), captados de centros de mayores en Albacete en 2005, con seguimiento en 2006, 2007 y 2009. Edad 74,3. Barthel 98,5. Lawton 7,2. MMSE 25,3. Timed Up and Go (TUG) 10,1 seg. Se determinó el riesgo de presentar una caída y una fractura durante el periodo de seguimiento de cuatro años mediante el análisis de riesgos proporcionales de Cox, según que los sujetos fueran frágiles o no, incluyendo como covariables la edad, sexo, MMSE, Barthel, Lawton y TUG.

**Resultados:** 17 participantes eran frágiles (6%) y 260 no. En 7 casos faltan datos. El tiempo medio de seguimiento fue de 46 meses. *Riesgo de caídas a los 4 años:* 141 sujetos (49,6%) sufrieron alguna caída durante el estudio. Al año 48, a los dos años 59, y a los 4 años 92. El 88,2% de los frágiles sufrió alguna caída frente al 42,2% de los no frágiles (p = 0,001). El estado de fragilidad se asoció a un riesgo aumentado de caídas durante el periodo de seguimiento (OR 2,0; IC95% 1,1-3,9; p = 0,039). *Riesgo de fractura a los 4 años:* 35 sujetos (12,3%) presentaron alguna fractura durante el estudio. Al año 6 (Colles 3, cadera 1, costillas 1, codo 1), a los dos años 13 (Colles 5, cadera 1, tobillo 1, húmero 1), y a los 4 años 20 (Colles 5, húmero 3, tobillo

3, cadera 3, tibia 1, costillas 1, codo 1, vértebras 1, nariz 1, pelvis 1). El 29,4% de los frágiles tuvo alguna fractura frente al 11,5% de los no frágiles ( $p = 0,048$ ). El estado de fragilidad se asoció a un riesgo aumentado de fracturas durante el periodo de seguimiento (OR 7,1; IC95% 2,0-25,0;  $p = 0,002$ ).

**Conclusiones:** El estado de fragilidad supone un riesgo aumentado de caídas y fracturas en ancianos con alto nivel funcional de la comunidad.

#### CO-019. CREACIÓN DE TABLA DE RIESGO DE CAÍDAS A PARTIR DE UN ANÁLISIS MULTIVARIANTE PARA ANCIANOS QUE VIVEN EN LA COMUNIDAD

M.M. Jiménez González<sup>1</sup>, J.J. Montero Jiménez<sup>2</sup>, R. Miralles Basseda<sup>3</sup>, E. Zurilla Leonarte<sup>4</sup>, G. Pera Blanco<sup>4</sup> y M. Rodríguez Álvarez<sup>5</sup>

<sup>1</sup>EAP Mataró-1. La Riera. <sup>2</sup>EAP Mataró-7. Rocafonda. <sup>3</sup>Hospital Esperanza. <sup>4</sup>EAP Gatassa. <sup>5</sup>EAP Canet.

**Objetivo:** Elaboración de una tabla de riesgo de sufrir caídas en pacientes iguales o mayores de 65 años que viven en la comunidad.

**Diseño, material y métodos:** Estudio comunitario de cohortes prospectivo multicéntrico. Análisis multivariante de una población de 555 personas mayores de 65 años que viven en la comunidad a las cuales se les realizó una primera evaluación presencial donde se recogieron variables demográficas, presencia o no de factores de riesgo de caídas y evaluación de los tests de equilibrio y marcha Timed up and Go, y Tinetti y un seguimiento telefónico cuadrimestral durante un año. A partir de los factores de riesgo significativos en el estudio multivariante, se escogió el mejor modelo o combinación de factores según el índice de información de Akaike (AIC). A partir de este análisis, se elaboró una tabla de riesgo para predecir caídas en función de la presencia o no de estos determinados factores de riesgo.

**Resultados:** Entre los factores de riesgo que resultaron estadísticamente significativos en el análisis univariante, se hizo un análisis multivariante, obteniendo como factores de riesgo resultantes: ser mujer, haber tenido caídas previas, utilizar bastón, tener un Charlson igual o mayor a 3, alteraciones en la escala de equilibrio del Tinetti y tomar antidepresivos. Según el n.º de factores de riesgo de la tabla, la incidencia de caídas durante el año siguiente a la inclusión en el estudio fue la siguiente: 0 factores de riesgo: 10,4%, 1 factor de riesgo: 20,2%, 2 factores de riesgo 29,1%, 3 factores de riesgo: 34,9%, 4 factores de riesgo: 64,5%, y 5 o 6 factores de riesgo 100%.

**Conclusiones:** Con sólo 6 factores de riesgo fácilmente analizables en Atención Primaria, se puede calcular el riesgo de sufrir caídas durante el año siguiente a la valoración inicial. Esta tabla de riesgo puede ser muy útil de cara a poder justificar en un segundo paso, medidas de intervención para la prevención de caídas en gente mayor que vive en la comunidad.

#### CO-020. CARACTERÍSTICAS Y ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LOS PACIENTES MAYORES DE 65 AÑOS INGRESADOS EN UN PROGRAMA DE ORTOGERIATRÍA

M. Suárez Linares, J. Areán García, N. Fernández Gutiérrez, A.I. González Alonso, A. González Pineda y F. Suárez Hospital Monte Naranco. Oviedo.

**Objetivo:** Estudio de variables morfológicas, clínicas y funcionales de pacientes ingresados en la Unidad de OrtoGeriatría (Hospital Monte Naranco). Período: 1 de julio 2009 a 31 de diciembre 2009.

**Material y método:** Realizamos un estudio descriptivo retrospectivo de 93 pacientes analizando las siguientes variables: edad, sexo, lateralidad, deterioro cognitivo (escala de Pfeiffer), estado funcional previo (I.Barthel), deambulación y necesidad de ayudas técnicas previas,

comorbilidad (escala abreviada de Charlson), institucionalización, tipo de fractura, tratamiento realizado, tipo de cirugía, demora quirúrgica, autorización carga, complicaciones ortopédicas, mortalidad en 30 días, estancia, demora inicio fisioterapia y ganancia funcional al alta (índice de Montabelló).

**Resultados:** Edad media de los pacientes era de 85,6 años (SD 6,09, Rango 67-101). El 83,9% eran mujeres. La estancia media fue 18,06 días (SD 7,62, Rango 2-44). *Situación basal:* la media del IB era 73,14 puntos (SD 29,70), el 83,9% previamente era capaz de deambular con o sin ayudas técnicas, y el 25,8% no precisaba ningún tipo de ayuda; la media de errores en la E. Pfeiffer 3,20 (3,74) y el 17,2% estaba institucionalizado. *Variables ortopédicas:* la fractura más frecuente fue la de cuello femoral (51,6%) y el tratamiento aplicado el quirúrgico (82,8%) realizándose como procedimiento más frecuente osteosíntesis con bloqueo distal dinámico(31,2%) y PPC bipolar cementada (29%). En el 74,2% se autorizó carga precoz. *Variables de resultado:* demora quirúrgica fue de 6,27 días (SD 4,72) y la de inicio fisioterapia 5,56 días (SD 4,71) pautado al 65,96% de la muestra; la ganancia funcional (I. Montabelló) fue de 0,39 (SD 0,26). El I. Charlson se hallaba en el 67% de los casos entre valores de 1 y 2.

**Conclusiones:** El paciente "tipo" que ingresa en nuestra unidad de ortogeriatría es una mujer mayor de 85 años, con buena situación basal previa, no institucionalizada y comorbilidad leve, que realiza deambulación independiente o con ayuda de bastón de mano. Ingresa durante 15 días; con diagnóstico de fractura de cuello femoral, siendo intervenida quirúrgicamente, sin complicaciones ortopédicas, realizando fisioterapia con carga parcial precoz y presentando al alta ganancia funcional según el índice Montabelló.

#### CO-021. EVALUACIÓN DE HABILIDADES MOTORAS Y DE PROCESAMIENTO (AMPS): RELACIÓN CON OTROS TEST FUNCIONALES

A.I. Corregidor Sánchez<sup>1</sup>, A. Moreno González<sup>2</sup>, V. Torija Sánchez<sup>2</sup> y M. García Castellanos<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Universidad de Castilla-La Mancha. <sup>2</sup>Residencia Benquerencia.

**Introducción:** La Evaluación de Habilidades Motoras y de Procesamiento o AMPS (*Assessment of Motor and Process Skills*) es una herramienta de valoración diseñada por terapeutas ocupacionales que mide el desempeño funcional en actividades básicas e instrumentales de la vida diaria. Contempla 16 habilidades motoras y 20 habilidades de procesamiento que se puntúan de 1 a 4.

**Objetivos:** Analizar la relación entre el AMPS y otros test que evalúan el desempeño en actividades de la vida diaria y marcha: Índice de Barthel Modificado y Test de Tinetti.

**Material y método:** Se seleccionaron aleatoriamente 30 pacientes que asistían al departamento de Terapia Ocupacional de la Residencia de Mayores Benquerencia (23 mujeres [70%] y 7 hombres [30%]), con una edad media de 82,7 años  $\pm$  6,2 años. 10 (33,3%) asistían al Servicio de Estancias Diurnas, y 20 (66,6) residían en la institución. Se registró el Índice de Barthel Modificado, el Índice de Tinetti y cada usuario seleccionó dos tareas de la vida diaria en las que quería ser evaluado con la herramienta AMPS.

**Resultados:** La puntuación media del Índice de Barthel Modificado fue de 82,7/100, en el Índice de Tinetti la puntuación media en escalas equilibrio y marcha 20/28. Respecto a las Habilidades Motoras AMPS la media obtenida por la muestra fue de 2,9/4 y Habilidades de Procesamiento AMPS 2,3/4. Existe una correlación entre la puntuación obtenida en el Índice de Barthel ( $p < 0,0002$ ), el Test de Tinetti ( $p < 0,0023$ ) y las destrezas motoras del AMPS.

**Conclusión:** La Evaluación de Habilidades Motoras y de Procesamiento y el Test del Índice de Barthel y Tinetti se relacionan de forma estadísticamente significativa con herramientas de evaluación frecuentemente utilizadas en el ámbito de la geriatría.

#### CO-022. ESTUDIO DE LAS VARIABLES ASOCIADAS A MEJORA FUNCIONAL MEDIDA CON EL ÍNDICE DE MONTABELLO EN UNA UNIDAD DE ORTOGERIATRÍA

M. Suárez Linares, F. Suárez García, J. Areán García, N. Fernández Gutiérrez, N. Castaño Sánchez y J.J. Solano Jaurrieta  
*Hospital Monte Naranco. Oviedo.*

**Objetivo:** Estudio de indicadores de pronóstico de ganancia funcional tras fractura de cadera en el paciente geriátrico de la Unidad de Orto geriatria del Hospital Monte Naranco.

**Material y método:** Estudio descriptivo retrospectivo de 93 pacientes que ingresaron en nuestra unidad durante el periodo de 1 de julio 2009 a 31 de diciembre 2010 analizando variables como la edad, sexo, lateralidad, deterioro cognitivo (escala de Pfeiffer), estado funcional previo (Barthel), deambulacion previa y necesidad ayudas técnicas, comorbilidad previa (escala abreviada de Charlson), institucionalización previa, tipo de fractura, tratamiento realizado, tipo de cirugía realizado, demora quirúrgica, autorización carga, complicaciones ortopédicas, días de hospitalización y la demora inicio fisioterapia. Como indicador de ganancia funcional se ha utilizado el índice de Montabello definido como el cociente entre el "índice de Barthel al alta" menos el del ingreso entre el "índice de Barthel previo" menos "el del ingreso". Se utilizó la prueba de chi-cuadrado (con corrección Yates o sustituida por la prueba exacta de Fisher cuando alguna categoría tuvo un recuento inferior a 5 o 3 casos, respectivamente), y, en caso de las variables cuantitativas se empleó la prueba de ANOVA de una vía.

**Resultados:** La carga precoz se asoció de forma estadísticamente significativa a una ganancia funcional ( $p < 0,05$ ). Los individuos con carga precoz tuvieron un índice de Montabello medio de 0,45 (IC 95%: 0,38-0,51), mientras que en los que no se prescribía carga precoz fue de 0,15 (IC 95%: 0,02-0,27). El resto de las variables estudiadas no se asociaron a una ganancia funcional de forma estadísticamente significativa.

**Conclusiones:** La carga precoz se relaciona con un mejor pronostico funcional independientemente de otras variables funcionales, cognitivas, clínicas y ortopédicas en los pacientes de nuestra unidad.

#### CO-023. COMPLICACIONES EN EL INGRESO POR FRACTURA DE CADERA. IMPLICACIÓN EN LA EVOLUCIÓN A LARGO PLAZO

G. Fabregat Gómez, M.D.L.P. García Díaz, C. Pastor Ochoa y J. Galindo Ortiz de Landázuri  
*Hospital Provincial Sagrado Corazón de Jesús. Huesca.*

**Objetivos:** Relacionar los distintos factores de riesgo y de complicaciones surgidas en la fase perioperatoria con la evolución funcional, intentando determinar factores pronósticos en dependencia de la edad.

**Material y métodos:** Estudio retrospectivo de pacientes con fractura de cadera ingresados en el Hospital San Jorge de Huesca desde 1 enero del 2008 al 30 junio del 2009, con control telefónico de su evolución 1, 3, 6 meses y 1 año. *Variables:* edad, sexo, tipo de fractura, comorbilidad, I. Barthel ingreso y alta, situación funcional y cognoscitiva, ganancia funcional, complicaciones, mortalidad. Análisis estadístico mediante Chi cuadrado, T-student, análisis de la varianza multifactorial medias repetidas y unifactorial (significativo Test de Bonferroni o el Games-Howell).

**Resultados:** Total de fracturas: 116, Mujeres: 98. Muestra entre 71 y 101 años de edad (edad media = 85 años). Estancia media de ingreso: 13 días. Comorbilidad: 1,26, IB previo: 77,6. IB alta 33. ECRM: 1, Pfeiffer alta: 4. Fallecen en el 1er mes 15,3%, al año el 23%. No existen diferencias significativas entre el tipo de fractura, ni en la complicación cardíaca durante todo el seguimiento. En nuestra serie se ha observado que la mortalidad presenta una diferencia estadísticamente significativa con la edad ( $p = 0,03$ ) con respecto a las complicaciones cardíacas, úlceras por presión e infección respiratoria. La situación funcional es mejor a los 3 meses (47,78) que a los 6 meses (39,24), sin distinguir género; aunque si implica el destino en la evolución y que es mejor en los menores de 80 años que en los mayores de 91 en todo

el seguimiento. Relación estadísticamente significativa entre la situación cognitiva y funcional en la evolución.

**Conclusiones:** 1. La edad es determinante para la recuperación funcional e implica mayor incidencia de complicaciones cardíaca, úlceras por presión, y delirium; siendo un factor pronóstico de mayor mortalidad. 2. La complicación cardíaca durante el ingreso supone mayor riesgo de mortalidad a los 6 meses del alta. 3. La situación cognitiva y funcional previa condicionan la situación funcional a corto y medio plazo. 4. El deterioro funcional predispone a las úlceras por presión. 5. La situación funcional es mejor a los 3 meses que a los 6 meses, probablemente por no cumplimiento de ejercicios rehabilitadores.

#### CO-024. COMPLICACIONES POSQUIRÚRGICAS, MORTALIDAD, REINGRESOS Y UBICACIÓN AL ALTA DE PACIENTES ANCIANOS INGRESADOS EN EL SERVICIO DE TRAUMATOLOGÍA DE UN HOSPITAL GENERAL

M.D.P. Bao Alonso, I. Erdozain Ruiz, M. Machado Vera, E. Peralta Vargas y J.M. Ribera Casado  
*Hospital Clínico San Carlos. Madrid.*

**Objetivos:** 1. Analizar las diferentes características de pacientes ancianos ingresados en un Servicio de Traumatología y atendidos por la Unidad de Interconsultas de Geriatría. 2. Describir las complicaciones posquirúrgicas de estos pacientes. 3. Valorar la mortalidad durante el ingreso de estos pacientes. 4. Valorar la tasa de reingresos durante los 10 meses de seguimiento. 5. Valorar la ubicación al alta de estos pacientes.

**Material y métodos:** Estudio descriptivo y longitudinal. Se incluyeron 300 pacientes mayores de 75 años ingresados a cargo del servicio de traumatología del HCSC de Enero a Octubre del 2009. Se valoraron variables demográficas, situación funcional y comorbilidad de los pacientes durante el ingreso. Se analizaron las diferentes variables con las complicaciones que presentaron los pacientes durante el ingreso mediante regresión logística.

**Resultados:** Se incluyeron 300 pacientes, Edad media de 81 años (75-97). 78% fueron mujeres. 67,2% tenían un estado funcional de Katz A o B. 57% fracturas de cadera. Complicaciones postquirúrgicas más frecuentes durante el ingreso fueron anemia (53%) e infecciones (35%). Entre las infecciones, las del tracto urinario en un 45% y las de herida quirúrgica en un 34%. La ubicación al alta fue 57% domicilio y centro de apoyo 38,3%. La mortalidad durante el ingreso hospitalario fue de 4,7%. 10,3% de pacientes fueron reingresados, de los cuales 5,3% por complicaciones quirúrgicas y 5% por complicaciones medicas.

**Conclusiones:** Las infecciones y la anemia aguda son las complicaciones más frecuentes de los pacientes post quirúrgicos de traumatología. Existe una alta tasa de mortalidad de los pacientes ancianos ingresados, siendo las causas más frecuentes infecciones postquirúrgicas y la insuficiencia cardíaca. Al alta hospitalaria la mayoría de pacientes son ubicados en su domicilio.

### Sesión Clínica III

#### Área asistencial

#### CO-025. LA FUNCIÓN RESPIRATORIA, TAN OLVIDADA, TAN RELEVANTE. ESTUDIO FRADEA

P. Hernández Zegarra, P. Atienzar Núñez, J.L. Esquinas Requena, I. García Noguerras, M.I. García Tomás y P. Abizanda Soler  
*Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. Albacete.*

**Objetivos:** Analizar la relevancia de la función respiratoria en el estado de fragilidad, función física global y discapacidad de ancianos de la cohorte FRADEA.

**Método:** Estudio poblacional longitudinal prospectivo realizado sobre los sujetos con edad  $\geq 70$  años del censo de tarjeta sanitaria de Albacete capital. Se realizó muestreo aleatorio estratificado por conglomerados para obtener una muestra de 1.172 participantes, de los que 988 aceptaron participar. Se les realizó encuesta por cuatro enfermeras entrenadas y certificadas, realizaron pruebas de observación directa funcionales, analítica, calorimetría indirecta e impedanciometría (422 participantes). La función respiratoria se determinó mediante Peak-flow (l/min) y calorimetría en reposo: Consumo oxígeno ( $VO_2$  ml/min), volumen espiratorio ( $Ve$  l/min), frecuencia respiratoria ( $Rf$ /min), fracción espirada oxígeno ( $FeO_2$  %), tasa metabólica basal (TMB kcal). Se midió masa grasa total (MGT kg) y en porcentaje (MGP) y masa libre de grasa (MLG kg). Se analiza la asociación del Peak-flow con el estado de fragilidad, y con función determinada por el quintil inferior del LLF-DI-función ( $< 51$  puntos), mediante regresión logística ajustada por covariables.

**Resultados:** Edad media 76,1 (DE 4,2), 224 mujeres. Barthel 96,4. Lawton 7,1. MMSE 26,6. Yesavage 2,9. Índice de Charlson 1,0. Frágiles 8,3%, prefrágiles 58,1%, no frágiles 33,4%. Peak-flow 325 (DE 134).  $VO_2$  153 (DE 47).  $Ve$  5,1 (DE 1,6).  $Rf$  16,6 (DE 3,8).  $FeO_2$  17,1 (DE 0,5). TMB 1070 (DE 325). MGT 23,6 (DE 7,4). MGP 32,5% (DE 7,3). MLG 48,1 (DE 8,4).  $VO_2$  se asoció con la edad, actividad física y velocidad de marcha.  $Rf$  se asoció con edad, fragilidad, peor función, estado afectivo, cognitivo y calidad de vida. El Peak-flow fue menor en frágiles que en prefrágiles y que en no frágiles (281-316-353 ml/min;  $p < 0,01$ ). Los sujetos con Peak-flow en el quintil inferior ( $< 230$  ml/min) tuvieron un riesgo aumentado de presentar peor función (OR 2,2; IC95% 1,1-4,8;  $p < 0,05$ ) ajustado por edad, sexo, comorbilidad, MMSE, velocidad de marcha, fuerza prensora y masa libre de grasa.

**Conclusiones:** Una peor función respiratoria se asocia con peor función general y fragilidad, independientemente de otros condicionantes habituales de funcionalidad. El mantenimiento de una adecuada función respiratoria es importante para evitar discapacidad.

#### CO-026. HERRAMIENTAS DE VALORACIÓN FUNCIONAL COMO PREDICTORES DE DETERIORO FUNCIONAL A LOS 4 AÑOS EN ANCIANOS CON ALTO NIVEL FUNCIONAL. ESTUDIO ALBACETE

I. García Nogueras, E. López Jiménez, G. Paterna Mellinas, L. Gómez Arnedo, S. Alfonso Silguero y P. Abizanda Soler  
*Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. Albacete.*

**Objetivos:** Determinar cuáles de las herramientas de valoración geriátrica funcional más utilizadas es mejor para evaluar el riesgo de deterioro en actividades básicas de la vida diaria en ancianos con alto nivel funcional.

**Método:** 284 sujetos con edad  $\geq 65$  años, 181 mujeres (63,7%), con alto nivel funcional (Barthel  $\geq 80$  y MMSE  $\geq 17$ ), captados de centros de mayores en Albacete en 2005, con seguimiento en 2006, 2007 y 2009. Edad 74,3. Barthel (IB) 98,5. Lawton 7,2. Yesavage 2,5. MMSE 25,3. Pruebas de funcionalidad: Timed Up and Go 10,1 seg. Test de Tinetti (POMA) 27,1. Test de los 6 minutos 332 m. Fuerza flexora brazo 16,9 kg, extensora de tronco 50,9 kg, extensora de rodilla 17,2 kg, flexora de cadera 13,3 kg, pinza 8,4 kg, prensora de mano dominante 22,9 kg. Se determinó el riesgo de perder 5 o 10 puntos de IB a los 4 años según que los sujetos estuvieran o no en el quintil inferior de cada una de las herramientas de valoración mediante el modelo de riesgos proporcionales de Cox, empleando como covariables la edad, el sexo, MMSE y Yesavage.

**Resultados:** Riesgo de pérdida de 5 o más puntos de IB a los 4 años: 165 sujetos (58,1%) perdieron 5 o más puntos de IB durante el estudio. Mediante modelo de riesgos proporcionales de Cox, sólo el POMA

se asoció a un riesgo aumentado de pérdida de ABVD durante el período de seguimiento (OR 1,6; IC95% 1,1-2,5;  $p = 0,028$ ). Riesgo de pérdida de 10 o más puntos de IB a los 4 años: 100 sujetos (35,2%) perdieron 10 o más puntos de IB durante el estudio. Mediante modelo de riesgos proporcionales de Cox, sólo el POMA se asoció a un riesgo aumentado de pérdida de ABVD durante el período de seguimiento (OR 2,1; IC95% 1,2-3,4;  $p = 0,005$ ).

**Conclusiones:** El POMA de Tinetti es la herramienta más útil para detectar riesgo de deterioro en actividades básicas de la vida diaria en ancianos con alto nivel funcional de la comunidad. La preservación del equilibrio y marcha son fundamentales para evitar el deterioro funcional.

#### CO-027. INFLUENCIA DEL GÉNERO Y LA EDAD EN LA DISTRIBUCIÓN DE LA MASA Y LIBRE GRASA EN ANCIANOS AUTÓNOMOS DE LA COMUNIDAD. ESTUDIO POBLACIONAL FRADEA

M. Martínez Reig, E. Martínez Sánchez, P. Hernández Zegarra, P. Atienzar Núñez, J.L. Esquinas Requena y P. Abizanda Soler  
*Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. Albacete.*

**Objetivos:** Describir los resultados de impedanciometría realizados a una cohorte de ancianos independientes, representativa de la población, su variación con la edad y el sexo, así como su relación con test funcionales.

**Método:** 508 mayores de 70 años, independientes para su autocuidado, representativos de la población de Albacete capital, seleccionados aleatoriamente por conglomerados, del censo de tarjeta sanitaria. Se les citó en Hospital de Día de geriatría para realizar impedanciometría (modelo Tanita). Se recogieron variables sociodemográficas, antropométricas, funcionales, mentales, afectivas y se realizaron test de función física. Se analizan los resultados de la impedanciometría y se relacionan con las covariables.

**Resultados:** Edad 76,1. Hombres 228. Barthel 97,8. Lawton 7,2. MMSE 26,7. Yesavage 2,7. FAC 4,9. IMC 29,2. Timed Up and Go 11,8 seg. Fuerza prensora mano dominante 25,3. Perímetro abdominal 102. Masa grasa (MG) 23,7 Kg. (32,7%). Masa libre de grasa (MLG) 47,8 Kg. Las mujeres tuvieron más MG total y en porcentaje que los hombres, y menos MLG ( $p < 0,001$ ). Las mujeres tuvieron más MG y menos MLG en piernas ( $p < 0,001$ ) y en brazos. El perímetro abdominal fue mayor en hombres (105,2 cm.) que en mujeres (99,2 cm.) ( $p < 0,001$ ), pero el IMC fue al contrario (28,6-29,8;  $p < 0,01$ ). Los hombres perdieron peso y talla con la edad ( $p < 0,01$ ), pero las mujeres no. Con la edad, los hombres perdieron MLG en todos los segmentos corporales ( $p < 0,001$ ) y MG solo en brazos ( $p < 0,05$ ). Las mujeres perdieron MLG a expensas de tronco pero no de extremidades ( $p < 0,001$ ) y MG en todos los segmentos corporales ( $p < 0,01$ ). En hombres, el aumento de MLG en todos los segmentos corporales se asoció con mayor fuerza prensora, pero no con mayor velocidad para completar el Timed Up and Go. En mujeres solo la MLG total y en tronco se asoció con mayor fuerza prensora, sin existir asociación con el Timed Up and Go.

**Conclusiones:** Existe una diferencia en la distribución de la masa grasa y libre de grasa entre hombres y mujeres ancianos autónomos. La masa libre de grasa se asocia con fuerza muscular, pero ello no implica mejoría en los test de funcionalidad.

#### CO-028. CONTINUIDAD ASISTENCIAL: INTERRELACIÓN ENTRE UN HOSPITAL DE DÍA DE GERIATRÍA Y LA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO

A. Baraldés, P. Fons, E. Bustamante, J. Aligué, I. Güell y L. Martínez  
*Xarxa Assistencial de Manresa (ALTAHIA). Barcelona.*

**Objetivos:** El incremento progresivo de pacientes de edad avanzada y pluripatológicos (EAPP) en la población obliga a los gestores hospi-

talarios a buscar alternativas al ingreso. En la Fundació Althaia de Manresa, se creó hace 2 años la unidad de hospitalización a domicilio (UHAD), y en junio de 2009, el hospital de día de geriatría (HDG). En vez de acudir al Servicio de Urgencias, los pacientes EAPP acuden directamente al HDG. En caso de necesidad de ingreso, se prioriza ingreso a UHAD. El objetivo del estudio es analizar cómo el trabajo en común entre el equipo del HDG y la UHAD consigue garantizar la continuidad asistencial, y disminuir la frecuentación en urgencias, así como los reingresos hospitalarios.

**Método:** Análisis descriptivo de los pacientes EAPP agudizados que precisan hospitalización, visitados en HDG durante los 7 primeros meses de funcionamiento (julio 09-enero 10). Se analizó: sexo, edad, índice de Barthel, test de Pfeiffer, índice de comorbilidad de Charlson, causas de ingreso, estancia media y reingresos antes de 1 mes.

**Resultados:** Se visitaron 167 pacientes agudizados. 35 pacientes (20,95%) requirieron ingreso hospitalario y 16 (9,58%) ingresaron directamente a la UHAD. Pacientes ingresados en UHAD: 10 hombres y 6 mujeres, edad media 84 años (5 tenían más de 90 años). Índice de Barthel previo: dependencia leve (Barthel > 60) 6 pacientes (37,5%), moderada (41-60) 6 pacientes (37,5%), severa o total (< 41) 4 pacientes (25%). Deterioro cognitivo (test Pfeiffer > 2 errores): 2 pacientes. Índice de Charlson medio: 2,2. Causas de ingreso: infección respiratoria (8 pacientes), IC descompensada (4 pacientes), infección urinaria (2 pacientes), otras causas (2 pacientes). Estancia media: 10 días. Ahorro potencial de estancias hospitalarias: 150. Reingreso al hospital: 2 pacientes. 1 reingreso por motivo relacionado a los 30 días (6,25%).

**Conclusiones:** La coordinación entre el HDG y la UHAD permitió que 1 de cada 3 pacientes evitara el ingreso intrahospitalario, pudiendo acceder a domicilio a través de la UHAD. Aún tratándose de pacientes con elevada comorbilidad y dependencia, la valoración geriátrica integral (HDG) y la posibilidad de ingreso en su entorno habitual (UHAD) disminuyó el número de reingresos (6,25%).

#### CO-029. PAPEL DE UN HOSPITAL DE DÍA GERIÁTRICO COMO PASO INTERMEDIO ENTRE EL HOSPITAL DE AGUDOS Y LA ATENCIÓN PRIMARIA

J. Aligué, O. El Boutrouki, F. Ramos, C. Morales, J. Herms y R. Pérez Xarxa Asistencial de Manresa (ALTAHIA). Barcelona.

**Objetivos:** En junio de 2009, la Fundació Althaia de Manresa creó el hospital de día de geriatría (HDG) con el objetivo de facilitar el acceso hospitalario a los pacientes ancianos y pluripatológicos, y disminuir el número de reingresos. El objetivo del estudio es evaluar cómo el HDG puede ejercer de nexo de unión entre 2 niveles asistenciales: hospital de agudos y atención primaria (AP).

**Método:** Estudio retrospectivo de 70 pacientes procedentes de alta hospitalaria, Urgencias o AP, enviados a HDG entre julio de 2009 y febrero de 2010 para realizar control clínico, analítico y/o radiológico, y valoración de tratamiento. Se analizó: edad, sexo, valoración geriátrica integral (Barthel, Charlson y Pfeiffer), procedencia y destino al alta del HDG.

**Resultados:** N = 70 pacientes. Edad media: 82,31 años. Sexo: 45 mujeres (64,28%), 25 hombres (35,72%). Índice de Barthel previo: dependencia leve (Barthel > 60) 54 pacientes (77,14%), moderada (41-60) 11 pacientes (15,71%), severa o total (< 41) 5 pacientes (7,14%). Test de Pfeiffer: no deterioro cognitivo (Pfeiffer 0-2 errores) 50 pacientes (71,42%), deterioro cognitivo leve (3-4 errores) 9 pacientes (12,85%), moderado o grave (> 4 errores) 11 pacientes (15,71%). Índice de Charlson medio: 2,54. Procedencia: altas de ingreso hospitalario previo (44 pacientes), altas del servicio de Urgencias (18 pacientes), AP (6 pacientes), CCEE (2 pacientes). Diagnósticos: sobreinfección respiratoria o neumonía (21 pacientes), IC (13 pacientes), ITU/PNA (6 pacientes), anemia (5 pacientes), síndrome febril (3 pacientes), síndrome tóxico (3 pacientes), GEA (2 pacientes), trastornos hidroelectrolíticos (2 pacientes), otros diagnósticos (15 pacientes). Destino al alta de HDG: AP (62 pacientes), CCEE (8 pacientes).

**Conclusiones:** El HDG puede servir de nexo de unión entre el hospital de agudos y la AP después del alta hospitalaria, al realizar controles clínicos, analíticos y/o radiológicos precoces, con posibilidad terapéutica.

#### CO-030. PERFIL DE SALUD DEL MAYOR DE 85 AÑOS EN LA COMUNIDAD. DIFERENCIAS SEGÚN EL GÉNERO

A. Ferrer<sup>1</sup>, F. Formiga<sup>2</sup>, T. Badia<sup>3</sup>, N. Daza<sup>4</sup>, J. Almeda<sup>5</sup>

y G.D. Estudio Octabaix<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Cap el Pla. <sup>2</sup>Hospital Universitari de Bellvitge. <sup>3</sup>L'Hospitalet de Llobregat. Barcelona. <sup>4</sup>CAP Martorell Centre. <sup>5</sup>CAP Just Oliveras. <sup>6</sup>Unitat de Suport a la Recerca de Costa de Ponent. IDIAP J. Gol. ICS. L'Hospitalet de Llobregat. Barcelona.

**Objetivo:** Describir el estado de salud en un grupo de edad de personas muy mayores y analizar posibles diferencias según género.

**Material y métodos:** Estudio descriptivo transversal, en el marco de un ensayo clínico con intervención en caídas y malnutrición, multicéntrico y con grupo control. Se presentan los datos al inicio del estudio sociodemográficos, factores de riesgo, actividades básicas con Índice Barthel (IB), instrumentales con Índice Lawton (IL), capacidad cognitiva con Minexamen cognitivo de Lobo (MEC), estado nutricional (MNA), comorbilidad con Índice Charlson, y fármacos.

**Resultados:** De 328 participantes de 85 años, 202 (61,6%) eran mujeres, 174 (53%) viudos, el cuidador principal era un familiar en 148 (45,1%) casos. Vivían solos 30,5% de ellos. El valor medio del IB fue 87,6 (19), 70% sujetos con IB mayor o igual de 90; IL medio 5,4 (2,6). En MEC obtuvieron una media de 27 (6,7); 73% con puntuación superior a 23. La media del Índice Charlson era 1,45 (1,6), el MNA medio 24,5 (3,7), la media de fármacos 6,1 (3,3). Se documentó hipertensión arterial en 249 (76%), dislipemia en 168 (51,2%) y diabetes mellitus en 57 (17,4%). En el análisis bivariado existían diferencias de género con más hombres casados ( $p = 0,00$ ), y mujeres que viven solas ( $p = 0,00$ ), con peor cognición ( $p = 0,003$ ) y funcionalidad para actividades básicas ( $p = 0,01$ ), así como peor índice de Charlson ( $p = 0,001$ ).

**Conclusiones:** A pesar de su avanzada edad la mayoría de octogenarios tienen un buen estado de salud. Ser hombre a los 85 años se asocia a vivir acompañado y tener mejor funcionalidad, mejor capacidad cognitiva y menor comorbilidad que las mujeres de la misma edad en la cohorte descrita.

#### CO-031. DESARROLLO DE UNA UNIDAD DE CORTA ESTANCIA DE GERIATRÍA. CÁLCULO DE NECESIDADES

L. Santiago González, D.L. Tito Fernández-Baca,

M. Fernández Fernández, F. Suárez García, J.J. Solano Jaurrieta

y M. Bermudez Menéndez de la Granda

Hospital Monte Naranco. Oviedo.

**Objetivo:** Desarrollar una metodología que permita acercarse a las necesidades de recursos de corta estancia de Geriatría en un Área Sanitaria.

**Método:** Se estudiaron los ingresos médicos en mayores de 70 años que tuvieron lugar en los Hospitales del Área IV del Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA): Hospital Monte Naranco (HMN) y Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA), a través de los datos consignados en el CMBD. Para el cálculo de necesidades se consideró que aquellos ingresos que condicionaran estancias inferiores a 5 días en el HMN y a 7 días en el HUCA podrían ser subsidiarios de corta estancia (estancia máxima de 72 horas), derivándose el resto de su permanencia en el hospital de redundancias y demoras organizativas. El cálculo de los recursos humanos necesarios se realiza en base al número de casos potenciales, para un funcionamiento diario a pleno rendimiento.

**Resultados:** El número de ingresos proyectado es de 960, con diagnósticos principales de Insuficiencia Cardíaca y EPOC/Infección res-

piratoria en la mayor parte de los casos. Para el ingreso de estos 960 pacientes/año potenciales obtenidos se requerirían 10 camas de corta estancia, dotadas de una plantilla de 4 médicos, un módulo T8 de enfermería, un módulo T5 de auxiliares de clínica, un celador y un trabajador social adscritos a la unidad. El ahorro de estancias calculado sería de unas 4.000 estancias anuales.

**Conclusiones:** Las demoras y redundancias propias de nuestras organizaciones hospitalarias permiten el desarrollo de alternativas eficientes a la hospitalización convencional sin poner en riesgo la seguridad de nuestros pacientes. Las Unidades de Corta Estancia Hospitalaria de Geriatría cuentan con un claro beneficio potencial, siendo posible el establecimiento de sus dimensiones según modelos razonados como el que proponemos.

#### CO-032. MEDICACIÓN INAPROPIADA DE LOS MAYORES AL INGRESO EN RESIDENCIAS

J.F. García Gollarte<sup>1</sup>, J. Baleriola Julvez<sup>2</sup> e I. Ferrero Lopez<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Ballesol Gobernador Viejo/Universidad Católica Valencia.

<sup>2</sup>Universidad Católica Valencia. Valencia.

**Objetivos:** Evaluar las características de la prescripción farmacológica en los ingresos de seis residencias valencianas.

**Métodos:** *Diseño:* Estudio descriptivo, transversal durante el 2008. *Emplazamiento:* Seis residencias de Valencia. *Participantes:* 106 ingresos mayores de 75 años. La recogida de datos fue entre febrero y junio de 2008. *Variables:* Edad, sexo, procedencia, GDS, Barthel, número de fármacos, número de psicofármacos y medicamentos de baja eficacia terapéutica. Los medicamentos según su valor terapéutico potencial se clasifican en dos niveles: Valor intrínseco elevado y no elevado (VINE) o de utilidad terapéutica baja (UTB). Dentro de los UTB se estudiarán: vasodilatadores periféricos y venotónicos. Como psicofármacos se analizarán: antidepresivos, ansiolíticos y neurolépticos.

**Resultados:** La edad media fue 84,72 años. El 80% eran mujeres y el 20% hombres. Un 58% de los residentes procedía de su domicilio siendo atendidos por Atención Primaria; el 33% ingresaba directamente de altas hospitalarias y un 9% venía de otras residencias. El 39% de los ingresos presentaba dependencia leve (> 65 puntos), el 19% dependencia moderada (45-60) y un 42% de los ingresos dependencia severa (< 45) según la escala Barthel. El 52% de los ingresos no presentaba deterioro cognitivo o éste era leve (GDS 1, 2, 3), el 25% deterioro cognitivo moderado (GDS 4 y 5) y el 23% deterioro cognitivo severo (GDS 6 y 7). Se ha obtenido un consumo medio de 6,49 fármacos. La mayoría consume entre 3 y 9 fármacos, pero existen sujetos que al ingreso toman hasta 15 fármacos (Desviación típica. 2,86). Se ha obtenido una media de 1,57 psicofármacos por residente. El 35% consume 1 psicofármaco y el 25% dos. El 26% tiene prescritos uno o más vasodilatadores periféricos y el 15% toma un venotónico para la insuficiencia venosa crónica. Se observó relación estadísticamente significativa ( $p < 0,021$ ) entre el número de psicofármacos y la edad.

**Conclusiones:** Alto consumo de fármacos, psicofármacos y de vasodilatadores periféricos. Los resultados han sido congruentes con los objetivos del estudio en cuanto al mejor conocimiento del estado de la medicación en los mayores que ingresan en residencias y para valorar la eficacia de los programas educativos para los profesionales sanitarios de la residencias.

#### CO-033. INCLUSIÓN EN ENSAYOS CLÍNICOS DE ANCIANAS CON CÁNCER DE MAMA NO METASTÁSICO

M.J. Molina-Garrido<sup>1</sup>, C. Guillén-Ponce<sup>2</sup>, M.D.M. Muñoz Sánchez<sup>1</sup>,

C. Ortega Ruipérez<sup>1</sup>, A. Olaverri Hernández<sup>1</sup> y J.A. Santiago Crespo<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Virgen de la Luz. Cuenca. <sup>2</sup>Hospital Ramón y Cajal. Madrid.

**Introducción y objetivos:** Tradicionalmente, la población anciana oncológica ha estado excluida de los ensayos clínicos. Un análisis de

164 ensayos (1993-1996), demostró que los ancianos se incluyen con menos frecuencia que el resto de la población oncológica, hecho que es especialmente evidente en el cáncer de mama (9%). Los objetivos de este estudio fueron: 1. Analizar la inclusión en ensayos clínicos de ancianas con cáncer de mama en un Hospital Universitario (2003-2006). 2. Conocer las características de las pacientes incluidas, y de sus tumores. 3. Describir la toxicidad de los tratamientos. 4. Identificar diferencias de inclusión por grupos de edad.

**Material y métodos:** Análisis descriptivo de las historias clínicas de las pacientes mayores de 65 años diagnosticadas de cáncer de mama no metastático en el Hospital General de Elche. Se recogieron las siguientes variables: edad al diagnóstico, situación basal (escala ECOG), consumo de fármacos, características histológicas del tumor, toxicidades severas y dosis administrada. Se analizó si había diferencias de inclusión en función al grupo de edad (65-69 años y  $\geq 70$  años), mediante la prueba no paramétrica del test Chi-cuadrado.

**Resultados:** Se diagnosticó un total de 164 casos de cáncer de mama. Se incluyó en ensayo a 8 pacientes; edad media 66,9 años (rango 65-74 años); todas ellas, asintomáticas al diagnóstico (ECOG 0). La histología fue de carcinoma ductal infiltrante; en 7 casos se sobreexpresaban los receptores hormonales y 2 sobreexpresaban HER2. En todas se inició la quimioterapia a dosis estándar, y se completó el total de ciclos previstos; ninguna tuvo que ser ingresada por toxicidad, aunque en 3 casos hubo que retrasar la dosis, en otro tuvo que reducirse la dosis y hubo 2 pacientes con toxicidad hematológica severa. De entre las pacientes incluidas, 7 (15%) tenían < 70 años, frente a una (3%), que superaba dicha edad ( $p = 0,097$ ).

**Discusión:** Sólo se incluyó en ensayos al 10,3% de las pacientes. La toxicidad era aceptable, incluso utilizando dosis plenas de tratamiento. Hay cierta tendencia a que se incluya con más frecuencia a las mujeres más jóvenes (65-69 años), aunque la diferencia entre ambos grupos de edad no es significativa ( $p = 0,097$ ).

#### CO-034. TRAYECTORIA CLÍNICA INFORMATIZADA DEL PACIENTE FRÁGIL: INSTRUMENTO PARA LA VALORACIÓN GERIÁTRICA INTEGRAL. ANÁLISIS DE 9 AÑOS DE EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL DE MATARÓ

R. Monteís Cahis, M.D. Palomar García, C. Fàbregas Casarramona,

M. Cabré Roure y A. López

Hospital de Mataró. Mataró. Barcelona.

**Objetivo:** Disminuir la variabilidad y proporcionar a los pacientes una atención integral con eficacia y eficiencia, potenciando el rol propio de enfermería como responsable de los cuidados.

**Material y método:** Trayectoria Clínica: a) conceptos básicos de enfermería, definidos por V.Henderson y los conceptos de cliente, salud, entorno, enfermería, definidos por L.J Carpenito en 1997. b) planificación de las intervenciones, de los Patrones Funcionales de Salud (PFS), definidos por M. Cordón 1982.

El léxico a utilizar es el de los Diagnósticos de Enfermería (D.L), según la taxonomía de la NANDA.

**Resultados:** Del 2001 al 2009 ingresaron 3.107 pacientes, 60% eran mujeres; la edad media era de  $83,2 \pm 7,6$  y el grupo de edad más prevalente era el de > de 85 años (49,7%). El motivo de ingreso principal era problemas respiratorios, seguido de cardiopatías y fiebre. El índice de Charlson es de  $2,34 \pm 1,61$ ; siendo las más frecuentes la insuficiencia cardiaca, neumopatías, enfermedad cerebrovascular y cardiopatía isquémica. El estado cognitivo era normal en un 49%, 25% presentaban demencia, 13% deterioro leve y 13% presentan delirio. Los síndromes geriátricos más frecuentes son por orden la incontinencia urinaria, la disfagia, la inmovilidad, la desnutrición, cuadro confusional. La estancia media fue de  $10,17 \text{ días} \pm 6,7$ . Precisarón de programa de rehabilitación 37,1% de los pacientes, 29% de trabajadora social, 65% de dietista, y un 16% de interconsultas a otros profesionales. El destino al alta era de un 55% a domicilio, seguido de un 21%

a residencia, siendo inferior el destino a unidades de convalecencia y larga estancia. La mortalidad intrahospitalaria se situaba en un 8%.

**Conclusiones:** La elaboración de la TC del PACIENTE FRAGIL nos ha supuesto una revisión y actualización de todos los aspectos de nuestra actuación en estos pacientes. Disminuimos la variabilidad, puesto que todo el equipo sabemos que se debe realizar, cuando y en función de que. Con el seguimiento de las variaciones obtenemos una monitorización de los resultados, ya que de una forma rápida sabemos todos aquellos pacientes que no han seguido el estándar y porqué, pudiendo modificar el estándar en función de dichas variaciones para mejorar la atención.

#### CO-035. CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES ONCOLÓGICOS INGRESADOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS HOSPITALARIA (UCPH)

M.T. Guerrero Díaz, A. Muñoz Pascual, M.C. Macías Montero, E. Ridruejo de la Cámara, F. Prado Esteban y R. Rodríguez Herrero  
*Hospital de Segovia. Segovia.*

**Objetivos:** Describir las características de los pacientes oncológicos ingresados en la UCPH de Segovia dependiente del Servicio de Geriatría del Hospital General de Segovia.

**Material y métodos:** Estudio descriptivo de los datos recogidos entre el 14/09/08 y el 29/11/09.

**Resultados:** Ingresaron 126 pacientes de edad media: 77,5 años, 59,1% varones. La estancia media fue de 9,23 días. 11% de reingresos. La mayoría de los ingresos fueron derivados de: Urgencias (45,7%), la unidad de cuidados paliativos domiciliarios (UCPD) (20,5%) y Oncología (18,1%). Un 73,2% fallecieron durante su estancia hospitalaria. 22% fueron dados de alta para seguimiento por la UCPD. El criterio de ingreso fue: 54,3% mal control sintomático y un 26% por mal control sintomático asociado a claudicación familiar. La causa de ingreso fue: sedación paliativa (30%), disnea (15%), falta de ingesta (14%) y dolor mal controlado (12%). La distribución por tumores: Pulmón (16,5%), Colon (14,2%), Esófago-gástrico (13,4%) y Renal-vías urinarias (11,8%). El 70,9% metastásicos siendo las hepáticas (26%) y óseas (13,4%) las más frecuentes. Los síntomas más prevalentes según ESAS: Astenia-anorexia-caquexia (50-63%), dolor (42%), disnea (39,4%) y Estreñimiento (22,8%). Previamente al ingreso (valores medios): la situación funcional/mental fue: CRF: 3,1/CRM: 1,24. Al ingreso: CRF: 4,27/CRM: 2,63 y Barthel: 32,8 y Karnofsky: 32,46%. Desde el punto de vista social: El 82,7% vivían en el domicilio (55,9% con su esposa) y 78,9% no tenía ayuda a domicilio.

**Conclusiones:** 1. Los pacientes oncológicos que ingresan en la UCPH son de edad avanzada y con un deterioro funcional severo. 2. La mayoría viven en el domicilio siendo el principal cuidador el cónyuge y carecen de otro apoyo social. 3. Se debería hacer énfasis en el control sintomático de estos pacientes dado que es la principal causa de claudicación familiar e ingreso hospitalario.

#### CO-036. EVALUACIÓN DE UN EQUIPO DE ROBOTS PARA EL ENTORNO HOSPITALARIO: CONCLUSIONES DEL PROYECTO IWARD

E. Aldaz<sup>1</sup>, I. Laskibar<sup>1</sup>, U. Díaz<sup>1</sup>, E. Genua<sup>2</sup>, A. Orbegozo<sup>3</sup> y J. Yanguas<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Fundación Instituto Gerontológico Matia (INGEMA). <sup>2</sup>Fundación Matia.  
<sup>3</sup>Centro de Atención Residencial Especializada. San Sebastián.

**Objetivo:** Evaluar la usabilidad y aceptación de un equipo de robots para la realización de diversas tareas en entornos hospitalarios.

**Material y métodos:** La muestra estaba compuesta por 16 profesionales de la salud (enfermeras o estudiantes de enfermería) de un hospital universitario de Newcastle (Reino Unido) ( $x = 32,88$  años

$dt = 8,68$ ) y 20 (auxiliares, médicos, psicólogos, y enfermeras, entre otros) del centro IZA de Fundación Matia, en San Sebastián (España) ( $x = 36,37$  años  $dt = 9,87$ ). Todos los participantes hicieron uso de un equipo de robots para diferentes tareas: 1. pedir medicamentos a la Farmacia, 2. limpiar vertidos accidentales, 3. vigilar el pasillo para detectar intrusos y emergencias, 4. establecer una consulta virtual mediante videoconferencia entre un médico y una enfermera a través de los robots, y 5) guiar a un paciente hasta el despacho del médico. Los usuarios hacían las peticiones a los robots a través de un PC o PDA, y el equipo de robots realizaba las tareas descritas, desplazándose por el entorno hospitalario. Tras la realización de estas tareas, se administró un cuestionario general de satisfacción con el sistema con un rango de respuestas de 0 (peor opinión) a 3 (mejor opinión).

**Resultados:** En general, los usuarios de ambos centros se mostraron satisfechos con el equipo de robots IWARD. Les resultaba fácil de usar, y las tareas de entrega de medicamentos ( $x = 2,50$ ,  $dt = 0,535$  en Newcastle y  $x = 2,30$ ,  $dt = 0,823$  en San Sebastián) y vigilancia ( $x = 2,06$ ,  $dt = 0,680$  y  $x = 2,06$ ,  $dt = 0,680$ , respectivamente) fueron las mejor valoradas. Por otra parte, el uso de la videoconferencia en emergencias (Newcastle:  $x = 1,00$ ,  $dt = 0,000$ ; San Sebastián:  $x = 1,33$ ,  $dt = 0,707$ ) fue valorada negativamente.

**Conclusiones:** Los usuarios valoraban mejor aquellas situaciones en que los robots les liberaban de tareas rutinarias o les daban más tiempo para dedicarse a la atención de pacientes (entrega y vigilancia), y no aceptaban tan bien su apoyo en tareas como la consulta con el médico (preferían el trato cara a cara) o situaciones de emergencia (no creen que los robots sean aptos). Por lo tanto, el personal hospitalario busca medios que le permitan dar una mejor atención a sus pacientes liberándoles de tareas rutinarias desligadas de la atención.

## Sesión Clínica IV

### Área neurociencias

#### CO-037. EL DETERIORO COGNITIVO, UNO DE LOS PRINCIPALES MOTIVOS DE CONSULTA MÉDICA EN GERIATRÍA

S. Ulloa Levit, M.E. Castro, J.L. Bonafonte, S. Fernandez Doblado y C. Cánovas Pareja  
*Hospital Nuestra Señora de Gracia. Zaragoza.*

**Objetivos:** 1. Conocer si la sospecha de deterioro cognitivo o su revisión es el motivo de consulta más frecuente en consulta de geriatría. 2. Estimar el tiempo de seguimiento de demencias en revisión, la prevalencia de problemas asociados a la enfermedad y el porcentaje de ingresos hospitalario. 3. Conocer la prevalencia de pacientes tratados con IACs y memantina.

**Metodología:** Estudio descriptivo y transversal en pacientes atendidos en consulta externa durante 1 mes (marzo 2009), cuyo motivo de consulta fue sospecha de deterioro cognitivo o demencia en revisión. Variables: sociodemográficas, índice de Barthel, diagnóstico de deterioro cognitivo, tipo de demencia, tiempo de evolución y de seguimiento, GDS, tests cognitivos, tratamiento específico y clínica acompañante. SPSS. 10.0.

**Resultados:** 479 pacientes. Motivo principal consulta deterioro cognitivo: 251p (52,4%). Edad m. 81,49 a, mujer 75%. Barthel > 60: 50,5% a) 84 p (34%) sospecha deterioro cognitivo: 12 (14%) normal, 17 (20%) con deterioro cognitivo ligero, 55 (66%) demencias nuevas. b) 167p (66%) demencia en revisión: tiempo m. de seguimiento:

1,8 a, media años evolución de demencia 2,6 a. Demencias total (167 revisión + 55 nuevas): 222 (88,5%), estadio moderado 41%. Demencia Alzheimer 37,5%, mixta 26,6%, GDS 4: 36%. Test Pfeiffer 33%, MEC Lobo 78%, test reloj 48%, FVS 30%. *Tratamiento*: 67% (150): donepezilo 26%, rivastigmina 17%, galantamina 8%, memantina 8%. *Tiempo m utilización*: IACEs 19,3 m, buena tolerancia 85%. *Tiempo m utilización memantina*: 21,8 m. *Síntomas acompañantes*: alteraciones conductuales 36%, insomnio 40%, depresión 32%. *Psicofármacos*: 8,9% neurolépticos típicos, 26% atípicos, antidepresivo 48%, hipnóticos 40,4%. *Ingreso último año*: 18,3%. *Viven en residencia*: 13%. *Acuden a Centros de Día*: 13,6%. *Sobrecarga del cuidador*: 8,3%.

**Conclusiones:** 1. El deterioro cognitivo es un motivo de consulta muy frecuente en nuestro servicio. 2. Es elevada la prevalencia de dementes en revisión con predominio de enfermedad de Alzheimer y en estadio moderado. 3. Hay una elevada utilización de tratamiento específico de la demencia con buena tolerancia. 4. La elevada prevalencia de alteraciones conductuales, insomnio o depresión obliga a un seguimiento cercano de su evolución. 5 El predominio de nuestros ancianos en el domicilio obliga a potenciar recursos asistenciales ambulatorios y vigilar la aparición de sobrecarga del cuidador.

#### CO-038. VALORACIÓN CUANTITATIVA DE LA RIGIDEZ AXIAL, ESTADO FUNCIONAL Y CALIDAD DE LA VIDA RELACIONADA CON LA SALUD EN PACIENTES CON ENFERMEDAD DE PARKINSON

C. Gómez Calero<sup>1</sup>, R. Cano de la Cuerda<sup>1</sup>, L. Vela Desojo<sup>2</sup>, J.C. Miangolarra Page<sup>1</sup> y E. Muñoz Hellín<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Universidad Rey Juan Carlos. <sup>2</sup>Hospital Universitario Fundación Alcorcón. <sup>3</sup>Centro de PPMM de la CAM Madrid Sur. Madrid.

**Objetivos:** La rigidez es uno de los síntomas motores de la enfermedad de Parkinson. Escasos estudios han valorado la rigidez axial mediante métodos objetivos en dicha enfermedad. El objetivo del presente estudio fue realizar una valoración objetiva de la rigidez del tronco en pacientes con Parkinson y examinar su correlación con la severidad de la enfermedad, la funcionalidad y la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS).

**Método:** Un dinamómetro isocinético tipo Biodex System fue empleado para valorar la rigidez de tronco en 36 pacientes. Se realizaron movilizaciones pasivas hacia la flexo-extensión a 30°/s, 45°/s y 60°/s. El estadio de Hoehn and Yahr (H&Y), la Unified Parkinson's Disease Rating Scale (UPDRS) III, la escala de Schwab & England, el EuroQoL y el Parkinson's Disease Questionnaire-39 (PDQ-39) fueron administrados.

**Resultados:** La edad media fue de 67 ± 7 años. El 88,8% presentaba afectación bilateral. El tiempo medio desde el diagnóstico fue de 55,4 ± 30,1 meses. Un 97,2% tomaba medicación relacionada con su enfermedad. Todos presentaban una respuesta estable para con la misma. El valor medio de la UPDRS III fue de 22. Un 66,7% se encontraba en estadio II, un 22,2% en un estadio I-IB y un 11,1% en estadio III de H&Y. Se encontraron correlaciones significativas entre la rigidez hallada en la musculatura extensora y flexora del tronco y la escala de H&Y ( $r = 0,538$ ,  $p = 0,001$ ), la UPDRS III ( $r = 0,384$ ,  $p = 0,021$ ), los años desde el diagnóstico ( $r = 0,446$ ,  $p = 0,006$ ;  $r = 0,413$ ,  $p = 0,012$  respectivamente), el estado funcional a 30°/s, 45°/s y 60°/s ( $r = -0,393$ ,  $p = 0,018$ ;  $r = -0,443$ ,  $p = 0,007$ ;  $r = -0,336$ ,  $p = 0,045$ , respectivamente), así como con diversos dominios del PDQ-39. No encontramos correlaciones entre la rigidez axial y los resultados del EuroQoL.

**Conclusiones:** Nuestros resultados sugieren que las velocidades angulares utilizadas con esta metodología objetiva de valoración fueron válidas para evaluar rigidez axial y se correlacionaron con la severidad de la enfermedad, los años desde el diagnóstico, el estado funcional y la CVRS en los pacientes con Parkinson.

**Palabras clave:** Enfermedad de Parkinson. Calidad de vida. Rigidez. Tronco.

#### CO-039. CARACTERÍSTICAS Y PREVALENCIA DE SOBRECARGA EN LOS CUIDADORES PRINCIPALES DE PACIENTES CON DEMENCIA NO INSTITUCIONALIZADOS VALORADOS EN LA UNIDAD DE EVALUACIÓN GERIÁTRICA (UEG) DEL HOSPITAL DE JARRIO

S.A. Yolanda<sup>1</sup>, I. Valdespino Páez<sup>1</sup>, G.A. Braña Fernández<sup>1</sup>, E. Delgado Parada<sup>2</sup> y O. Suárez Álvarez<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Area Sanitaria I. Asturias. <sup>2</sup>Hospital de Jario. Asturias.

**Objetivo:** Describir el perfil sociodemográfico y la prevalencia de sobrecarga, ansiedad y depresión en los cuidadores principales de pacientes con demencia no institucionalizados valorados en la UEG.

**Método:** *Diseño:* estudio observacional descriptivo transversal. *Muestra:* se incluyeron 130 cuidadores principales de pacientes no institucionalizados con diagnóstico de demencia y valorados por la UEG entre octubre 2008 y noviembre de 2009. Se determinó el tamaño de muestra en función de una prevalencia desconocida de sobrecarga de cuidador del 50% y error máximo de precisión del 5%. Se realiza muestreo aleatorio simple. *Variables:* sociodemográficas, tiempo e intervalo de cuidado, estado de salud y calidad de vida percibidos, número de fármacos consumidos: ansiolíticos, antidepresivos y/o analgésicos, escala de ansiedad de Goldberg (EGA) y depresión (EGD) y escala Zarit (EZ) de sobrecarga de cuidador. *Recogida de datos:* entrevista telefónica realizada por profesional sanitario.

**Resultados:** 6,15% de pérdidas por imposibilidad para contactar con el cuidador. El 79,5% eran mujeres (edad media: 54,9 ± 14,24 años). Un 55,7% tenía estudios primarios. El 89,3% eran familiares de primer grado del paciente y un 43,9% llevaba a su cuidado más de 2 años. El 82,9% cubría los tres intervalos del día (mañana, tarde, noche). Un 62,3% no tenía apoyo formal. El 70,5% calificaba su relación con el paciente, como buena. Su calidad de vida y su percepción de salud como "lo normal" o "bastante bien" en 76,3% y en un 81,2% respectivamente. El 23,8% de los cuidadores tomaba ansiolíticos, el 22,1% antidepresivos y el 25,4% analgésicos. El 75,4% reconocía tener necesidades no atendidas. El 58,2% puntuaba riesgo de padecer ansiedad en EGA, y 58,2% depresión (EGD). El 14,8% puntuaba sobrecarga leve en la EZ y un 5,7% sobrecarga intensa.

**Conclusión:** En nuestro estudio hemos detectado prevalencias altas de riesgo y ansiedad respecto a los cuidadores de otro perfil de pacientes dependientes. Llama la atención las diferencias encontradas entre los resultados de sobrecarga medidos a través de EZ y los resultados de EGD/EGA, mucho más sensibles estos últimos. Estos datos y las necesidades manifestadas por los cuidadores justificarían la puesta en marcha de programas específicos y posterior evaluación del impacto.

#### CO-040. CARACTERIZACIÓN DE LOS ANCIANOS CON DEMENCIA EN LA COHORTE FRADEA

L. Gómez Arnedo, Y. Bardales Mas, G. Paterna Mellinas, E. Martínez Sánchez, E. López Jiménez y P. Abizanda Soler  
Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. Albacete.

**Objetivos:** Describir las características sociodemográficas, funcionales, mentales y de comorbilidad de los ancianos dementes de Albacete.

**Método:** Estudio transversal descriptivo analítico realizado sobre 988 sujetos participantes en el primer corte del estudio FRADEA. Se recogen variables sociodemográficas, funcionales, mentales y de comorbilidad y se comparan entre el grupo de dementes y no dementes. El diagnóstico de demencia se consideró cuando aparecía recogido en el historial clínico del participante.

**Resultados:** 154 sujetos estaban diagnosticados de demencia (15,6%) y tuvieron mayor edad que los no dementes (85,5-78,3;  $p < 0,001$ ). Las mujeres presentaron demencia más frecuentemente 18,8%-10,6% ( $p < 0,01$ ). Los dementes presentaron mayor dependencia en ABVD y en AIVD ( $p < 0,001$ ), así como peor marcha identificada con la escala

FAC ( $p < 0,001$ ). Realizaron peor todas las pruebas funcionales de observación directa (velocidad de marcha, fuerzas, Timed up and Go, SPPB;  $p < 0,001$ ). Necesitaron con mayor frecuencia servicios sociales (81,2%-32,3%;  $p < 0,001$ ), ayuda técnica para desplazarse (76,0%-30,3%;  $p < 0,001$ ) e institucionalización (68,2%-13,1%;  $p < 0,001$ ). El 42,5% de los dementes cumplía criterios de fragilidad, frente al 16,8% de los no dementes ( $p < 0,001$ ). Los dementes presentaron con mayor frecuencia cada uno de los 5 criterios de fragilidad que los no dementes: Debilidad (75,7%-53,8%;  $p < 0,001$ ), cansancio (43%-22%;  $p < 0,001$ ), bajo gasto energético (61,3%-15,7%;  $p < 0,001$ ), lentitud (65,2%-34,5%;  $p < 0,001$ ), pérdida de peso (19,2%-13,6%;  $p = 0,09$ ). En cuanto a comorbilidad, la demencia se asoció con mayor comorbilidad global (índice de Charlson 2,4-1,1;  $p < 0,001$ ), patología cerebrovascular ( $p < 0,01$ ) e insuficiencia renal moderada-severa ( $p < 0,01$ ). Los dementes tuvieron peor calidad de vida (SF-12 56-68;  $p < 0,001$ ) y más clínica depresiva (Yesavage 4,8-3,7;  $p < 0,001$ ). El MMSE de los dementes fue 15,6 de media frente a 25,6 de los no dementes. Sin embargo de los no dementes, 34 (1,1%) tuvieron MMSE  $< 18$ , 123 (4,4%) entre 18 y 23, y en 125 (15%) no se disponen de datos del MMSE, por lo que la prevalencia de demencia podría ser mayor.

**Conclusiones:** La prevalencia de demencia en ancianos de Albacete es del 15,6%, aunque podría ser mayor por los datos del MMSE. Los dementes presentan mayor comorbilidad y fragilidad, peor estado funcional, afectivo y calidad de vida y precisan más recursos sociales. Componen un subgrupo poblacional que precisa un seguimiento específico.

**CO-041. VALIDACIÓN Y CARACTERÍSTICAS PSICOMÉTRICAS DEL INSTRUMENTO DE DISCAPACIDAD Y FUNCIÓN EN EL ANCIANO (IDFA). ADAPTACIÓN ESPAÑOLA DEL LLFDI EN UNA COHORTE DE ANCIANOS REPRESENTATIVA DE LA POBLACIÓN DE ALBACETE. ESTUDIO FRADEA**  
I. García Nogueras, M. López Jiménez, J. López-Torres Hidalgo, E. de la Osa Nieto, M. Carrión González y P. Abizanda Soler  
*Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. Albacete.*

**Objetivos:** Validar y describir las características psicométricas de la herramienta IDFA (adaptación española del LLFDI abreviado) en una cohorte de mayores representativa de la población de Albacete.

**Método:** Estudio poblacional longitudinal prospectivo realizado sobre los sujetos con edad  $\geq 70$  años del censo de tarjeta sanitaria de Albacete capital. Se realizó muestreo aleatorio estratificado por conglomerados para obtener una muestra de 1.172 participantes. 988 sujetos aceptaron participar, y en 876 se completó el cuestionario IDFA. Se realizan correlaciones con las variables de discapacidad y función recogidas. La validez de constructo se determina mediante análisis factorial (componentes principales), la consistencia interna con la alfa de Cronbach. Se construyen las curvas ROC para determinar puntos de corte y rendimiento global.

**Resultados:** Media del IDFA 73 (DE 25). IDFA-discapacidad tiene una buena correlación con Barthel ( $r = 0,788$ ;  $p < 0,001$ ) y Lawton ( $r = 0,863$ ;  $p < 0,001$ ), mientras que IDFA-función tiene una aceptable correlación con fuerza prensora ( $r = 0,452$ ;  $p < 0,001$ ), fuerza flexora de bíceps ( $r = 0,221$ ;  $p < 0,001$ ), velocidad de la marcha ( $r = 0,478$ ;  $p < 0,001$ ) y timed up and go ( $r = -0,484$ ;  $p < 0,001$ ). IDFA elimina principalmente el efecto techo de las escalas de discapacidad. Mayores puntuaciones en la escala IDFA se asociaron con mayor edad, comorbilidad, fragilidad y peor calidad de vida. *Análisis factorial:* se extraen 3 factores (función, discapacidad actividades domésticas, discapacidad avanzada) que explican el 71,9% de la varianza ( $p < 0,001$ ), a Cronbach 0,970. *Áreas bajo la curva ROC:* IDFA-discapacidad y dependencia ABVD (Barthel  $\leq 60$ ) 0,978 (IC95% 0,970-0,986; punto de corte  $< 15$ ,  $S = 0,91$  y  $E = 0,90$ ) y (Barthel  $\leq 40$ ) 0,983 (IC95% 0,974-0,991; punto de corte  $< 13$ ,  $S = 0,92$  y  $E = 0,93$ ). IDFA-discapacidad y dependencia AIVD (Lawton  $< 4$ ) 0,985 (IC95% 0,979-0,991;

punto de corte  $< 16$ ,  $S = 0,95$  y  $E = 0,94$ ). IDFA-función y Velocidad de marcha ( $< 0,65$  m/s mujeres y  $< 0,75$  m/s hombres) 0,841 (IC95% 0,811-0,870; punto de corte  $< 50$ ,  $S = 0,82$  y  $E = 0,73$ ).

**Conclusiones:** El cuestionario IDFA es una herramienta válida y útil para determinar discapacidad y limitación funcional en ancianos, identificando discapacidad doméstica y en actividades avanzadas, y función. Su uso está especialmente recomendado en ancianos con alto nivel funcional al eliminar el efecto techo de las escalas usadas habitualmente.

**CO-042. ANCIANOS CON DEMENCIA AVANZADA: TOMA DE DECISIONES Y PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS PALIATIVOS**

S. Solsona Fernández, A. Martín Colmenero, R. Vial Escolano y C. Cánovas Pareja  
*Hospital Nuestra Señora de Gracia. Zaragoza.*

**Objetivos:** 1. Conocer la prevalencia de ancianos con demencia avanzada que ingresan en el servicio de geriatría, motivo de ingreso y cuidados que se proporcionan durante la hospitalización. 2. Determinar los factores que pueden condicionar la toma de decisión hacia un tratamiento sintomático frente a un tratamiento activo en el paciente con demencia avanzada en fase terminal.

**Material y métodos:** Estudio analítico transversal. *Población:* Pacientes con demencia en estadio GDS 7 (Global Deterioration Scale) ingresados en nuestro servicio desde el 15 de Julio del 2009 al 15 de Febrero de 2010. Variables registradas en ficha: sociodemográficas, motivo de ingreso, reingresos, Índice de Charlson, cuidados al ingreso y durante la hospitalización, vías de administración de fármacos y atención en la fase final de la vida. *Tratamiento estadístico:* SPSS.

**Resultados:** Ingresan 629 pacientes. Cumplen criterios de inclusión (demencia avanzada): 80 (12,7%). Mujeres: 72,5%. Edad media: 85,24 años. 65,4% viven en residencia. En domicilio, cuidadores principales: hijos (36,5%), cónyuges (10,8%). Recibían ayuda social pública: 56,4%. Estancia media: 18,05 días. Ingresos previos: 63,9%. Charlson: Mediana = 6. Tipo demencia: Alzheimer: 44,2%, Vascular: 39%. Polifarmacia: 48,8%. Causa de ingreso más frecuente, infección: 40,5%. Síntomas al ingreso: Disfagia: 55,1%, Deshidratación: 62,5%, Estreñimiento: 67,5%. Vías de administración de fármacos: Subcutánea: 77%, Intravenosa al ingreso: 50%. Registro escrito de decisiones consensuadas: 54,4%. Fallecen: 30%. Comparación de distintas variables, entre el grupo de pacientes en tratamiento sintomático, frente al grupo de pacientes con tratamiento activo en demencia avanzada: Se observa una mayor prevalencia de ingresos previos y de hidratación subcutánea en los pacientes con tratamiento sintomático.

**Conclusiones:** 1. La comorbilidad o el motivo del ingreso del paciente con demencia avanzada no condiciona la planificación de cuidados en la fase final de la enfermedad. 2. Los ingresos previos actúan como variable de mal pronóstico vital en este tipo de paciente. 3. La vía subcutánea es la más utilizadas en los pacientes con demencia avanzada. 4. En esta fase avanzada de la enfermedad es importante la información a la familia y consensuar la toma de decisiones y planificación de cuidados.

**CO-043. SATISFACIÓN DE LOS RESIDENTES, FAMILIARES Y PROFESIONALES EN LA ORIENTACIÓN AMBIENTAL CON MARCAS DE VIÑO EN SUELO PARA PERSONAS CON DEMENCIA EN UNA RESIDENCIA DE MAYORES**

A. Moreno González, V. Torija Sánchez, A. Blázquez López y M. Ortega Herrera  
*Residencia de Mayores Benquerencia. Toledo.*

**Introducción:** La Residencia de Mayores Benquerencia (Toledo) realiza un proyecto para mejorar la orientación espacial de personas con demencia. El centro posee 140 plazas. El perfil de residente cumple

las siguientes características: > 80 años, 50% grandes dependientes, pluripatológicos y con síndromes geriátricos diversos. El 49,28% presentan demencia y el 72% deterioro cognitivo.

**Objetivos:** Dar a conocer la adaptación ambiental para orientar a personas mayores diagnosticadas de demencia o deterioro cognitivo en una Residencia de Mayores, usando marcas de vinilo en suelo y evaluar la satisfacción de los residentes, familiares y profesionales.

**Material y métodos:** Terapia Ocupacional desarrolló el Programa de Adaptación del entorno, dotando de suficientes estímulos y referencias espaciotemporales, a fin de facilitar su interacción con el medio que les rodea y compensar sus déficits cognitivos y funcionales. Se marca en el suelo con vinilo recorridos mediante rótulos y/o pictogramas de los diferentes servicios. Se evalúa la intervención mediante cuestionarios de satisfacción a residentes, familiares y profesionales. Registrando: lugar, material, mensaje, color, tamaño, adaptado para mayores y objetivo de las marcas de vinilo.

**Resultados:** Encuestados 10,71% de residentes. El 93,3% opina que las marcas de suelo son suficientes. Todos los residentes están satisfechos con las marcas de vinilo en suelo en un 98%. Participan 40,71% de familiares. 91,2% opina que las marcas de suelo son suficientes. Los familiares están satisfechos en un 94,98% con las marcas de vinilo en suelo. Colaboran 17,94% de los profesionales. 76,1% opina que las marcas de suelo son suficientes. El 23,9% piensa que son insuficientes. Los profesionales están satisfechos en un 89,11%. Los profesionales opinan la necesidad de ampliar el número de marcas de vinilo en suelo, pero mejorando la adaptación para los mayores.

**Conclusiones:** Este proyecto muestra como imprescindible y necesaria la adaptación ambiental con marcas de vinilo en el suelo en las residencias de mayores, destacando el papel del terapeuta ocupacional como profesional encargado del programa. Existe gran satisfacción, registrado en los cuestionarios, de los residentes, profesionales y familiares en las marcas de vinilo en suelo en la Residencia de Mayores.

#### CO-044. PERFIL CLÍNICO GLOBAL, CONSUMO FARMACOLÓGICO Y VALORACIÓN NUTRICIONAL DE ENFERMOS CON PARKINSON IDIOPÁTICO EN UNA UNIDAD DE GERIATRÍA

C.M. Pastor Ochoa, M.D.L.P. García Díaz y J. Galindo Ortiz de Landázuri Hospital Sagrado Corazón de Jesús. Huesca.

**Objetivos:** *Principal:* Proporcionar información del perfil clínico de los pacientes con enfermedad de Parkinson (EPI) ingresados en unidad geriátrica y el consumo de recursos. *Secundarios:* a) Evaluar la complejidad derivada de la presencia de enfermedades asociadas y consumo de fármacos. b) Confirmar bajo grado de conocimiento de enfermedad y deseo de recibir información. c) Evaluar descenso acusado de los parámetros nutricionales en EPI, necesaria la valoración nutricional periódicamente.

**Material y método:** 1. Estudio longitudinal, prospectivo, unicéntrico. Descriptivo enfocado a series de casos. 2. Pacientes diagnosticados de EPI (United Kingdom Parkinson's Disease Society), Hospital Sagrado Corazón de Jesús. 15 meses.

Variables: datos sociodemográficos, UPDRS, fármacos dopaminérgicos y otros, valoración nutricional (MNA, prealbúmina, colesterol), tipo de trastorno no motor, conocimiento de la enfermedad-paciente.

**Resultados:** N = 110 EPI, con criterios diagnósticos 80 pacientes. *Datos demográficos:* N = 80, edad media 81,5 ± 6,31 años; 45,8% varones. *Comorbilidades:* la más frecuentemente fue ECV (84,5%), diabetes mellitus (77,3%), e IRC (50%). Índice de Charlson (1-2) 55,2%. *Síntomas motores:* Rigidez (49%) y Bradicinesia (44,2%), los más invalidantes. *Consumo de fármacos:* En el momento del estudio un 70% tomaban al menos 2 fármacos dopaminérgicos. Entre los no dopaminérgicos, los más prevalentes (22,8%) calcioantagonistas, B.Bloqueantes. El consumo de psicótopos fue muy prevalente (46%): Clonazepam (26%), Quetiapina (23%), ISRS (21%) y Gabapentina (30%). El 40% de los pacientes

tomaban IBPs como gastroprotección ante trastornos digestivos. *Escala de valoración integral en EPI.* UPDRS según datos suministrados por paciente 98,3 ± 34,7 (rango 37-158). IBarthel 43,92 ± 34,5 (rango 0-100). *Grado de conocimiento de la enfermedad:* < 45%. *Valoración Nutricional.* MNA (13,09 ± 3,92), prealbúmina (18,59 ± 3,96), colesterol (176,42 ± 40,98). *Trastornos no motores de la EPI.* Destacan trastornos neuropsiquiátricos (47%) y autonómicos (29%).

**Conclusiones:** 1. En nuestra serie, los EPI varones alcanzan edad > 80 años y comorbilidad media, sobre todo debida a ECV y DM. 2. Inestabilidad postural y temblor fueron los síntomas menos invalidantes. 3. A mayor edad cronológica, consumo de psicofármacos más alto. 4. Los trastornos autonómicos que acompañan a EPI, determinan la alta dependencia del enfermo a la toma de IBPs. 5. Grado de conocimiento de la enfermedad bajo, pese a los esfuerzos de las asociaciones de enfermos. 6. Aplicar la valoración nutricional en la consulta geriátrica ayuda a detectar la malnutrición existente en Parkinson evolucionado.

#### CO-045. ¿QUÉ RELACIÓN PUEDE EXISTIR ENTRE LAS ALTERACIONES DEL SUEÑO EN LA ENFERMEDAD DE PARKINSON IDIOPÁTICA Y APARICIÓN DE DEMENCIA?

C.M. Pastor Ochoa, M.D.L.P. García Díaz y J. Galindo Ortiz de Landázuri Hospital Sagrado Corazón de Jesús. Huesca.

**Objetivos:** *Principal:* Conocer la secuencia de presentación del TRASTORNO SUEÑO REM-demencia y frecuencia en pacientes Parkinson, dado que podría ser un factor predictor de aparición demencia. *Secundarios:* a) Comprobar síntomas no motores Parkinson estarían influidos por alteraciones del sueño REM. b) Determinar si los afectados por alteración sueño obtuvieron puntuaciones > bajas en test cognitivos (sospechando inicialmente cierta dependencia cognitiva).

**Metodología:** *Participantes:* Clínica de extrapiramidalismo > 75 años (ambos sexos), seleccionando enfermos Parkinson Idiopático. Demencia: criterios DSM-IV y MEC (límites 23/24). *Diseño:* estudio prospectivo analítico longitudinal y unicéntrico. 15 meses. Hospital Sagrado Corazón de Jesús (Huesca). SPSS 15.0.

**Resultados:** N = 152 Extrapiramidalismo (81,5 ± 6,31 años); duración enfermedad (3,7 ± 2,20 años). N = 110 Parkinson: 80 respondieron cuestionario MSQ, N = 30 (no evaluados). *Alteraciones sueño REM y demencia:* 51 pacientes trastorno sueño REM (38 hombres y 13 mujeres), edad media 78,14 ± 6,14; duración Parkinson 4,21 ± 1,92 años y estadio Hoehn-Yahr 3,49 ± 1,20. Edad de comienzo no diferencia entre los dos grupos. 42 pacientes presentaron demencia asociada a Parkinson. La edad de comienzo no significativamente distinta en pacientes con y sin demencia. Tampoco duración de enfermedad fue mayor en demencia asociada a Parkinson. *Demencia en pacientes con alteraciones sueño REM frente a grupo control:* De los pacientes con alteraciones sueño, 31 presentaban demencia (60,8%). El resto, con alteración sueño REM (n = 20) no presentaron demencia. Estos últimos, duración de Parkinson (similar) 4,25 ± 1,71 frente a 4,19 ± 2,1 años. Las alteraciones sueño REM significativamente más altas en grupo demencia asociada a Parkinson. El 37,8% sin alteración sueño tienen demencia, mientras que cuando tienen alteración sueño, el porcentaje de demencia es 60,8%. *Otros hallazgos:* Grupo con alteraciones sueño REM puntuaciones ligeramente > bajas en MEC, no significativas. Síndrome piernas inquietas más frecuente en grupo alteraciones sueño. Para alucinaciones nocturnas, no diferencias significativas.

**Conclusiones:** 1. Alteraciones sueño REM tiene mayor probabilidad de demencia. 2. Grupo Parkinson con trastorno sueño, alta probabilidad duración más larga de Parkinson, desde el momento del diagnóstico. 3. Duración Parkinson la misma, para pacientes con y sin demencia. 4. Si alteraciones del sueño, mayor probabilidad de síndrome piernas inquietas que los sanos, no se puede extrapolar si padecen otros trastornos no motores. 5. Entre casos y controles, no influyó la presencia de enfermedad en la probabilidad de bajas puntuaciones MEC.

#### CO-046. COMPARACIÓN SEGÚN PRESENCIA DE TRASTORNO MENTAL Y/O AFECTIVO EN PACIENTES GERIÁTRICOS INGRESADOS EN UN ÁREA DE OBSERVACIÓN DE URGENCIAS (AO-URG)

T. Guevara Guevara, F.J. Martín-Sánchez, C. Fernández Alonso, J. González Armengol, P. Gil Gregorio y J.M. Rivera Casado  
*Hospital Clínico San Carlos. Madrid.*

**Objetivo:** Determinar la importancia de la valoración mental en la población geriátrica ingresada en el AO-URG de un Hospital Terciario.

**Material y métodos:** Estudio prospectivo de todos los pacientes mayores de 75 años ingresados en el AO-URG del Hospital Clínico San Carlos durante dos meses. Se recogieron datos clínicos, funcionales, mentales, sociales y asistenciales. Se establecieron 2 grupos: a) Grupo DDD: presencia de demencia previa, delirium, probable demencia de novo o depresión; b) Grupo No-DDD: sin presencia de deterioro cognitivo y/o trastorno afectivo. El análisis se realizó con paquete estadístico SPSS 15.0.

**Resultados:** 147 pacientes: 60 (40,8%) con DDD vs 87 (59,2%) sin DDD. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en pacientes con DDD: mayor edad [84,50 (DE 5,71) años vs 83,09 (DE 5,35) [p = 0,005]; necesidad de ser valorados más urgentemente según triaje Manchester [37 (61,66%) vs 31 (35,63%), p = 0,002]; consumo más fármacos [6,47 (DE 3,27) vs 5,52 (DE 2,97), p = 0,07]; son más dependientes tanto para actividades instrumentales [Lawton basal 2,85 (DE 3,10) vs 5,61 (DE 2,76), p < 0,001] como básicas [Barthel basal 62,91 (DE 30,00) vs 80,40 (DE 23,32) con p < 0,001 y Barthel ingreso 45,67 (33,47) vs 66,97 (DE 33,00), p < 0,001]; y requirieron mayor porcentaje de ingreso [47 (78,33%) vs 53 (60,91%); p < 0,05]. No hubo diferencias por sexo, comorbilidad, síndromes geriátricos, aspectos sociales ni estancia media.

**Conclusiones:** La presencia de DDD en los pacientes geriátricos ingresados en AO-URG conlleva mayor grado de dependencia basal como al ingreso, polifarmacia, necesidad de valoración más urgente y mayor necesidad de ingreso. Por tanto es fundamental la valoración cognitiva en las AO-URG ya que es un indicador de alto riesgo de fragilidad y condiciona el plan de cuidados.

#### CO-047. DETECCIÓN DE DEPRESIÓN EN ANCIANOS INSTITUCIONALIZADOS CON LA VERSIÓN DE 5 ELEMENTOS DE LA ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA DE YESAVAGE

R. López Mongil<sup>1</sup>, T. Sánchez Vicente<sup>1</sup>, P. López Mongil<sup>1</sup>, E. Valles Martínez<sup>2</sup>, M.J. Alepuz Calaforra<sup>1</sup> y A. Almaraz Quintana<sup>2</sup>  
<sup>1</sup>Diputación de Valladolid. <sup>2</sup>Universidad de Valladolid. Valladolid.

**Introducción:** Las características clínicas de la depresión en ancianos hacen su detección particularmente difícil. Una opción para mejorar el índice diagnóstico es el uso de cuestionarios de detección.

**Objetivo:** Comparar los resultados obtenidos con la escala de 5 ítems de la escala de depresión geriátrica de Yesavage (GDS-5) desarrollada específicamente para individuos con enfermedad médica y la de 15 ítems de GDS (GDS-15). Analizar el tiempo necesario para la aplicación de las mismas.

**Material y métodos:** Se incluyen 125 pacientes geriátricos que residen en la residencia Cardenal Marcelo (Valladolid). Se excluyen aquellos con Miniexamen Cognoscitivo inferior a 20 y los déficits severos de audición (n = 79). Se realiza una Valoración Geriátrica Integral que incluye GDS-5 y GDS-15. Se analizan los resultados con el programa SPSS 15.0.

**Resultados:** De un total de 204 residentes participan el 61,27%. Prevalencia de depresión (GDS-5): 28,9%. La distribución según GDS-15: depresión leve-moderada: 21,5% y severa: 3,3%. Índice Kappa: 0,727. p = 0,0001. Tiempo medio de realización GDS-5 = 1,103 minutos. Tiempo medio de realización GDS-15 = 3,16 minutos. Las diferencias encontradas han sido estadísticamente significativas (p = 0,000, T Student).

**Conclusiones:** La versión GDS de 5 ítems desarrollada específicamente para ancianos es útil para aplicar en residencias de ancianos. Es fácil de realizar, muy rápida para ejecutar y bien aceptada por los pacientes. Debería generalizarse su uso pues la depresión es incapacitante, a menudo, persistente y claramente susceptible de tratarse.

#### CO-048. PACID: ESTIMULACIÓN Y MANTENIMIENTO DE LA MEMORIA EN PACIENTES DE ALZHEIMER Y OTRAS DEMENCIAS

J.A. Sánchez Martín, J.J. Meilán, J. Carro y E. Pérez Sáez  
*Universidad de Salamanca. Salamanca.*

**Introducción:** El estudio que se presenta se engloba en el acuerdo de investigación llevado a cabo entre el Centro de Referencia Estatal para enfermos de Alzheimer y otras Demencias y el Departamento de Psicología Básica, Psicobiología y Metodología de las Ciencias del Comportamiento de la Universidad de Salamanca. Dicho acuerdo tiene como objetivo la puesta en marcha y evaluación de la efectividad del Programa de Activación Cognitiva Integral en Demencias (PACID). Se trata de un programa innovador que trata de estimular las principales áreas y/o competencias de un mayor deterioro progresivo en la enfermedad de Alzheimer y otras demencias.

**Objetivos:** La hipótesis principal de esta área del programa propone el mantenimiento de la memoria inmediata (Procesos de memoria a corto plazo, MCP) y la memoria demorada (Procesos de memoria a largo plazo, MLP) tras el proceso de tratamiento de estimulación cognitiva con el PACID.

**Método:** Las personas participantes en el programa de activación fueron residentes del centro de entre 65 y 87 años, con una puntuación en el MMSE de Folstein de entre 2 y 19 puntos (línea base). El programa establecía evaluaciones específicas de cada área de estimulación en los momentos pre y post tratamiento. En este caso las evaluaciones específicas del área de memoria se realizaron a través de la batería de memoria Weschler III, con la que se obtuvieron puntuaciones en áreas auditivas y visuales, tanto para la memoria inmediata como para la demorada, en las condiciones de línea base y post tratamiento.

**Resultados:** Se obtendrán las pruebas de contraste de medias de las puntuaciones en memoria inmediata y demorada, tanto en pruebas visuales como auditivas y en su conjunción para lograr una prueba significativa que permita refutar la hipótesis.

**Conclusiones:** Si el PACID tiene una efectividad por su tratamiento especial a la hora de utilizar una metodología integral y exhaustiva en los diferentes procesos cognitivos, puede mantener durante el tratamiento en personas con enfermedad de Alzheimer u otras demencias la MCP y la MLP.

## Sesión Clínica V

### Área asistencial

#### CO-049. PERFIL DE LOS ANCIANOS HOSPITALIZADOS EN UNA UGA EN EL ÚLTIMO AÑO DE VIDA

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

**Objetivo:** Muchos de los pacientes ancianos hospitalizados por una enfermedad aguda presentan un declive funcional, un riesgo de ser institucionalizados y un incremento de la mortalidad durante el primer año después del alta. El objetivo es conocer las características clínicas/biológicas predominantes de aquellos ancianos que ingresa-

ron en una Unidad Geriátrica de Agudos (UGA) por un problema médico y fallecieron durante el primer año del alta.

**Material y métodos:** Estudio observacional prospectivo de una cohorte de pacientes de más de 70 años hospitalizados en una UGA. *Factores de estudio:* Edad, sexo, procedencia, cuidador, diagnósticos al alta, presencia de síndromes geriátricos, comorbilidades, Estado cognitivo (Pfeiffer), estado funcional (Índice de Barthel) preingreso, ingreso y alta, estado Nutricional (Mini nutricional Assessment), test de disfagia, Índice de comorbilidad de Charlson, hemoglobina, creatinina, albúmina, colesterol total y linfocitos, polifarmacia, muerte en el hospital y durante el primer año del alta. Se excluyen los fallecidos durante la hospitalización.

**Resultados:** Se reclutaron 1.626 pacientes, 58,6% mujeres, con una edad media de 84,6 (DE 6,2) años. La mortalidad al año fue de 53,1%. De todas aquellas variables que en el análisis univariado fueron significativas, excluyendo aquellas variables que compartían colinealidad con otras variables, se realizó un análisis multivariado que mostró que los factores de riesgo independientes de mortalidad al año fueron: Índice de Barthel al alta < a 40 [(OR 3,79 (2,10-6,85)), 40-60 [(OR 2,99 (1,64-5,45)), 60-99 [(OR 1,85 (1,03-3,33)), Albúmina < a 30 g/dl [(OR 1,80 (1,29-2,67)), Anemia [(OR 1,44 (1,11-1,89)) y Cáncer [(OR 1,63 (1,10-2,48)].

**Conclusiones:** Las características más relevantes de los pacientes que fallecerán durante el primer año del alta son el estado funcional precario, la hipoalbuminemia, la presencia de anemia y el cáncer.

#### CO-050. ASOCIACIÓN ENTRE DISFAGIA OROFARÍNGEA Y MALNUTRICIÓN EN PACIENTES HOSPITALIZADOS EN UNA UNIDAD GERIÁTRICA DE AGUDOS (UGA)

M. Cabré Roure, R. Monteis Cahís, M. Roca Fontbona, E. Palomera Fanegas, M. Serra-Prat y P. Clavé Civit  
*Hospital de Mataró. Mataró. Barcelona.*

**Introducción:** La disfagia se define como la dificultad para mover el bolo alimentario desde la boca al estómago. Tiene una alta prevalencia en ancianos frágiles y puede ser motivo de pérdida de peso, desnutrición, deshidratación, aspiración y neumonía.

**Objetivo:** Determinar la relación entre disfagia y estado nutricional en ancianos hospitalizados en una UGA, así como la relación entre disfagia y mortalidad al año del alta en esta misma población.

**Métodos:** Estudio observacional prospectivo de una cohorte de pacientes de más de 70 años hospitalizados en una UGA. *Factores de estudio:* Edad, sexo, procedencia y destino, síndromes geriátricos, comorbilidades, estado cognitivo (Pfeiffer), estado funcional (Índice de Barthel), la fuerza de la mano, estado Nutricional (Mini nutricional Assessment), test de la disfagia, Índice de comorbilidad de Charlson, hemoglobina, creatinina, albúmina, colesterol total y linfocitos. Se registró la mortalidad hospitalaria y a los 12 meses después del alta.

**Resultados:** Se reclutaron 2.469 pacientes: 61,8% mujeres, edad media de 84,9 (6,2). Se observó disfagia orofaríngea en el 46% de los casos y desnutrición (MNA < 17) el 41,5% de la muestra estudiada con disfagia. En el análisis univariado, la disfagia orofaríngea se asoció de forma significativa con: edad, procedencia de residencias, derivación al alta a residencias, desnutrición, Barthel, fuerza muscular de la mano, albúmina < a 30 g/dl, insuficiencia renal crónica, demencia, enfermedad cerebro-vascular, insuficiencia renal aguda, deshidratación, úlceras por presión, caídas previas, síndrome de inmovilidad, incontinencia urinaria y fecal, toma de medicamentos sedantes, neurolépticos y antidepresivos y mortalidad al año. Al ajustar el efecto de la disfagia sobre la desnutrición (MNA < 17,5), el destino a residencia al alta y la mortalidad por la capacidad funcional (Barthel), se observó un efecto independiente con una OR de 2,28 (IC 95%: 1,80-2,90), 1,47 (IC 95%: 1,12-1,94) y 1,95 (IC 95%: 1,61-2,37), respectivamente.

**Conclusión:** La disfagia orofaríngea está estrechamente relacionada con la capacidad funcional de los ancianos. Independientemente de

su funcionalidad, los pacientes ancianos con disfagia presentan mayor riesgo de desnutrición, derivación a residencias y mortalidad al año del alta.

#### CO-051. UTILIZACIÓN DE RECURSOS EN PACIENTES CON PATOLOGÍA ONCOLÓGICA EN UNA UGA

M. Pérez García, A. Tenorio Gallardo, M. Hornillos Calvo, J. Rodríguez Solís y M.P. Jiménez Jiménez  
*Hospital Universitario de Guadalajara. Guadalajara.*

**Objetivo:** Describir muestra de pacientes geriátricos con neoplasia y comparar uso de recursos entre pacientes con neoplasia como diagnóstico principal (grupo I) frente a diagnóstico secundario (grupo II).

**Métodos:** Análisis retrospectivo de ingresos en UGA (enero/septiembre de 2009) con diagnóstico de neoplasia al alta. Datos del CMBD complementándose con historia. Se registraron diagnósticos, situación funcional, comorbilidad y consumo de recursos. Análisis estadístico de medias, frecuencias y análisis bivalente (SPSS).

**Resultados:** 99 pacientes, 60% varones, media 87,2 años (74-104). *Grupo I:* 30%; enfermedad metastásica (21%), tumores hepáticos (18%), colorrectal (18%) y estómago (12%). *Grupo II:* próstata (28%), hematológico (16%), colorrectal (9,1%) y vejiga (9,1%). *Medias (D.E):* Barthel 50 (43), I Charlson 3,63 (1,2); CRM 1,79 (1,3), CRF 2,74 (1,2). Exitus 30% durante ingreso (51,5% grupo I; 19,7% grupo II) y 38,8% a seis meses del alta (33,3% en domicilio). Tratamiento paliativo al alta 16% de la muestra (grupo I 47% vs 6%). Sin diferencias significativas en estancia media (I/II: 14/11 días), realización de TAC (45,5%/34,8%), ecografías (24,2%/18,2%), RMN (6%/4,5%), transfusiones (30%/18%), sondaje vesical (12,1%/16,7%). Si hubo diferencias en I. Charlson (3/3,9; p: 0,001), Barthel (42/66; p: 0,008) y CRF (2,21/3; p: 0,003), mortalidad a 6 meses (75,8/50; p: 0,01), en realización punciones (13%/1%; p: 0,03), biopsias (21%/4,5%; p: 0,01) y endoscopias (21% 4%; p: 0,01). *Seguimiento al alta de supervivientes:* otros recursos geriátricos 52,2% (13,4% AGD); Atención Primaria (24%), oncología 10,5 (grupo I menos frecuentemente remitidos a consulta de geriatría (18,8%/45,1%) y mas a unidad de paliativos (12,5%/3,9%). *Consultas a 6 meses:* 3/paciente, menos frecuente en grupo I (p: 0,03), ingresos hospitalarios 0,98/paciente, visitas a urgencias 1,19/paciente y pruebas diagnosticas 0,7/paciente.

**Conclusión:** La patología oncológica no es muy frecuente en una UGA. Menos pacientes con mejor situación funcional, menor comorbilidad, menos fármacos al alta, mayor consumo de pruebas diagnosticas no radiológicas y fallecen más frecuentemente en el ingreso.

#### CO-052. VALORACIÓN GERIÁTRICA INTEGRAL (VGI) EN EL ÁREA DE OBSERVACIÓN DE URGENCIAS (AO) DE UN HOSPITAL TERCIARIO

T. Guevara Guevara, C. Fernández Alonso, F.J. Martín-Sánchez, M. Fuentes Ferrer, J.M. Ribera Casado y P. Villarroel  
*Hospital Clínico San Carlos. Madrid.*

**Objetivo:** Describir la experiencia de la VGI en los pacientes mayores ubicados en el AO de Urgencias de un Hospital Terciario.

**Material y métodos:** Incluye a todos los pacientes mayores de 75 años ingresados en el AO durante 2 meses. El protocolo de VGI incluye variables clínicas, funcionales, mentales, sociales y asistenciales. Análisis estadístico se realizó con SPSS 15.0.

**Resultados:** 148 pacientes edad media de 87,76 (DE 5,61), 85 (57,4%) mujeres. *Motivos de consulta más frecuentes:* dolor abdominal 32 (28,4%) y disnea 34 (23,0%). *Número de fármacos habituales:* 5,89 (DE 3,12). *Comorbilidad media (I.Charlson):* 3,43 (DE 2,12). *Síndrome geriátricos:* déficit sensorial 99 (66,9%), incontinencia urinaria 78 (52,7%), trastorno del sueño 42 (28,4%), caídas de repetición 32 (21,6%), pérdida de peso y apetito 27 (18,2%), demencia 18 (12,2%), trastorno del

ánimo 15 (10,1%), historia de delirium previo 7 (4,7%) y úlceras por presión 1 (0,7%). *Situación funcional basal:* I.Barthel 73,29 (DE 27,49), al ingreso 57,82 (DE 34,93). *I. Lawton basal:* 4,47 (DE 3,20), al ingreso 3,84 (3,33). *Valoración social:* 105 (70,9%) viven en su domicilio con familiar/cuidador, 38 (25,7%) viven solos y 5 (3,4%) institucionalizados, 47 (31,8%) tienen teleasistencia, 44 (29,7%) ayuda social domiciliaria y 14 (4,5%) acuden a centro de día. La estancia media fue de 1,39 (DE 1,02) días. Diagnósticos agrupados por orden de frecuencia fueron: cardiovascular 50 (33,8%), digestivo 46 (31,1%), 41 miscelánea (27,7%) y delirium 11 (7,4%). Ubicación definitiva fue: 47 (31,8%) domicilio, 37 (25,0%) ingresaron en centros de apoyo, 35 (23,6%) en planta convencional, 16 (10,8%) en UME de Geriatría (IPR) y 12 (8,1%) en UCE de Urgencias.

**Conclusiones:** La VGI nos refleja que la población mayor atendida en el AO de urgencias, es una población de alta fragilidad y riesgo de dependencia. Por ello, los circuitos asistenciales establecidos deberían realizar una valoración sistematizada de la funcionalidad.

#### CO-053. FACTORES PREDICTORES DE INGRESO DESDE UN ÁREA DE OBSERVACIÓN DE URGENCIAS EN LA POBLACIÓN GERIÁTRICA

I. Lozano Montoya, C. Fernández Alonso, F.J. Martín-Sánchez, J. González del Castillo, J. González Armengol y J.M. Rivera Casado *Hospital Clínico San Carlos. Madrid.*

**Objetivo:** Identificar los factores predictores para la decisión de ingreso desde un área de observación (AO) de urgencias en la población de más edad.

**Material y métodos:** Estudio descriptivo prospectivo de todos los pacientes mayores de 75 años ingresados en el AO durante 2 meses. Se recogieron datos epidemiológicos, clínicos, funcionales, mentales, sociales y del estado de salud auto-percibido. La muestra se dividió en 2 grupos: a) grupo 1: alta y b) grupo 2: ingreso. El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS 15.0.

**Resultados:** 148 pacientes. Edad media 87,76 (DE 5,61) años, 85 (57,4%) mujeres. Destino final: alta en 47 (31,75%). En el análisis comparativo las diferencias estadísticamente significativas que condicionan el ingreso fueron: a) Valoración Funcional al ingreso en urgencias según el I. Barthel (grupo 1 = 70,11 [DE 32,67] vs grupo 2 = 52,23 [34,64] [p = 0,002]), presencia de incontinencia (grupo 1 = 16 [20,5%] vs grupo 2 = 62 [79,5%] con p = 0,006); historia de delirium previo (grupo 1 = 0 [0,0%] vs grupo 2 = 7 [100,0%] con p = 0,019); estado de salud autopercebido (de 0 a 10) (grupo 1 = 5,91 [DE 2,0] vs grupo 2 = 4,97 [DE 1,8] con p = 0,008); y el diagnóstico final en AO: delirium (grupo 1 = 0 [0,0%] vs grupo 2 = 11 [100,0%]), cardiovascular (grupo 1 = 9 [18,0%] vs grupo 2 = 41 [82,0%]), miscelánea (grupo 1 = 12 [29,3%] vs grupo 2 = 29 [70,7%]) y digestivo (grupo 1 = 23 [50,0%] vs grupo 2 = 23 [50,0%]) con p = 0,01.

**Conclusiones:** Los factores predictores de ingreso desde una AO en la población anciana son la historia de delirium, la incontinencia urinaria previa al ingreso, el estado de salud autopercebida, la situación funcional al ingreso en urgencias, y el diagnóstico final.

#### CO-054. PRESCRIPCIÓN INADECUADA DETECTADA POR LOS CRITERIOS STOPP-START EN ANCIANOS HOSPITALIZADOS

A. Martín Colmenero, F. Chávez Dianderas, T. Morlanes Navarro y E. García-Arilla Calvo *Hospital Nuestra Señora de Gracia. Zaragoza.*

**Objetivo:** Evaluar la prescripción inadecuada (PI) de fármacos mediante la conformidad a los criterios STOPP aplicados al ingreso y a los START aplicados al alta junto a los motivos que justificarían la disconformidad.

**Método:** Estudio transversal. Revisión de la prescripción farmacológica de los paciente ingresados durante Noviembre y Diciembre de 2009, sus antecedentes y patologías crónicas, motivo de ingreso, estado clínico y parámetros analíticos. Se estableció la conformidad o no de cada prescripción a los criterios. Se consideraron razones para la suspensión: la no indicación, contraindicación, posibilidad de interacción, enfermedad terminal y criterio STOPP. Se consideraron razones para la omisión: ausencia de claro beneficio en > 80 años, polifarmacia; expectativa de vida < a 6 meses y el estado funcional < 20 puntos en índice de Barthel IB).

**Resultados:** Evaluados 120 pacientes. Edad media 81,6 años. Mujeres 66,7%. Al ingreso, el promedio de fármacos suspendidos por paciente fue de 2,32 fármacos. Suspendidas 258 prescripciones de fármacos: concordantes con STOPP en 35 casos (29,2%); 18,2% de los fármacos suspendidos). En 36 (30%) casos no se aplicaron adecuadamente los criterios STOPP. Al alta, se indicaron nuevos fármacos según criterios START en 33 casos (27,5%). Se detectaron 82 prescripciones omitidas: en 36,5% de éstas la razón fue tener < 20 p en IB, en 8,3% la existencia de una expectativa de vida < 6 meses, pero en el 50% de las prescripciones omitidas no se pudo establecer el motivo. En 18 pacientes (15%) se incumplieron ambos tipos de criterios. Las áreas endocrino-metabólicas y la cardiovascular son las más frecuentemente afectadas por la prescripción inadecuada.

**Conclusiones:** 1. Los criterios STOPP al ingreso detectan un elevado número de paciente con prescripciones inadecuadas. 2. Es elevada la omisión de prescripciones conforme a los criterios START, y debe mejorarse el seguimiento de estos criterios en la prescripción al alta. 3. Las prescripciones de fármacos de las áreas cardiovascular y endocrino-metabólica requieren especial atención, tanto al ingreso como al alta.

#### CO-055. ¿INTERMEDIATE CARE EN ENTORNO DOMICILIARIO EN ESPAÑA? EXPERIENCIA DE UN SISTEMA DE ATENCIÓN INTEGRAL DOMICILIARIO (SAID) DESDE EL ÁMBITO GERIÁTRICO

S. Santaeugenia González, M. Carretero Cabrero, M.A. Mas Bergas, M. Bou Creixell y J. Cunill Ollé *Badalona Serveis Assistencials. Badalona. Barcelona.*

**Introducción:** En los últimos años se ha evidenciado la utilidad de intervenciones complejas domiciliarias para el manejo integral de la población anciana<sup>1</sup>.

**Método:** Badalona Serveis Assistencials (BSA), formada por un hospital de ámbito comarcal, un hospital sociosanitario y siete áreas básicas de salud, con una área de influencia de 220.000 habitantes y una tasa de envejecimiento del 19%, crea un sistema de atención integral (sanitario y social) articulado entre el ámbito hospitalario/sociosanitario, Atención Primaria y Social con la finalidad de mejorar el continuum asistencial de pacientes ancianos con elevada complejidad. Se han definido diversas líneas de atención: a) Valoración Integral y Rehabilitación (VIR): abordaje integral del paciente anciano frágil y geriátrico con cambios funcionales recientes por causa sanitaria con potencial de mejoría; b) Soporte al Ámbito Residencial (SAR): abordaje de pacientes institucionalizados; c) Soporte a Atención Domiciliaria de Atención Primaria (SADAP): abordaje de pacientes frágiles y geriátricos estables; d) Cuidados Paliativos (CP): atención de pacientes en situaciones de final de vida oncológicas y no oncológicas; e) Línea de atención a la dependencia (LAD): prestaciones de telealarma, comidas, limpieza, servicio ayuda domiciliaria.

**Resultados:** En el año 2009 se dieron servicio a un total de 3.337 ancianos. *Ámbito sanitario:* 470 pacientes (5.995 visitas), realizándose VIR en 114, 60% procedentes del hospital (60%) con diagnósticos: médico-quirúrgico (38%), ortogeriátrico (32%), cerebrovascular (15%) y demencia (15%). SAR en tres instituciones con un total 150 residentes y SADAP en 30 casos. CP a 176 pacientes, procedencia hospitalaria 54% y 20% de Primaria, oncológicos (92%) y no oncológicos (8%).

**Ámbito social:** la LAD dio cobertura a 2.867 pacientes ofreciendo 2907 recursos sociales de soporte.

**Conclusiones:** El SAID bajo el modelo "Intermediate Care" se ha convertido para BSA en un sistema de atención a la población anciana con gran interés para la prevención de ingresos, facilitando altas hospitalarias precoces. Para Atención Primaria y el ámbito residencial supone una mejora de atención a pacientes con elevada complejidad en su entorno habitual.

1. Beswick A.D. Complex interventions to improve physical function and maintain independent living in elderly people. *Lancet* 2008; 371:725-35.

#### CO-056. GRADO DE INFORMACIÓN Y UTILIZACIÓN DE LAS VOLUNTADES ANTICIPADAS DE LOS PACIENTES ONCOLÓGICOS INGRESADOS EN LA UNIDAD HOSPITALARIA DE CUIDADOS PALIATIVOS (UCPH) DE SEGOVIA DEPENDIENTE DEL SERVICIO DE GERIATRÍA DEL HOSPITAL GENERAL DE SEGOVIA

M.T. Guerrero Díaz, A. Muñoz Pascual, E. Ridruejo de la Cámara, M.C. Macías Montero, F. Prado Esteban y R. Rodríguez Herrero  
*Hospital de Segovia. Segovia.*

**Objetivos:** 1. Analizar el grado de información que tienen los pacientes y ver si existen diferencias según la edad. 2. Valorar la frecuencia con que estos pacientes han realizado un documento de voluntades anticipadas.

**Material y métodos:** Estudio descriptivo de los datos recogidos entre el 14/09/08 y el 29/11/09 y comparación del grado de información entre 2 grupos de pacientes según edad (menores y mayores de 80 años).

**Resultados:** Ingresaron 126 pacientes de edad media: 77,5 años, 59,1% varones. La estancia media fue de 9,23 días. 11% de reingresos. El 17% de los pacientes no conoce el diagnóstico y el 69,8% desconoce el pronóstico de su enfermedad así como el 3,7% de los cuidadores, a pesar de que el 73% de los tumores son metastáticos en el momento del ingreso y han recibido tratamientos específicos previos: cirugía, quimioterapia (51,7%), radioterapia (77,5%). Se informa significativamente mejor a los menores de 80 años del diagnóstico y del pronóstico de su enfermedad ( $r = 0,002$  y  $r = 0,015$  respectivamente). El 98,6% de los pacientes no tenían hechas sus voluntades anticipadas. El 89,1% no tenían diagnóstico de demencia previa. Previamente al ingreso (valores medios): la situación funcional/mental fue: CRF: 3,1/CRM: 1,24. Al ingreso: CRF: 4,27/CRM: 2,63 y Barthel: 32,8 y Karnofsky: 32,46%. Desde el punto de vista social: El 82,7% vivían en el domicilio (55,9% con su esposa).

**Conclusiones:** 1. Aún en la fase paliativa de los tumores existe un importante porcentaje de pacientes que desconoce el diagnóstico y sobre todo el pronóstico de su enfermedad. 2. Casi la totalidad de los pacientes no habían realizado sus voluntades anticipadas, probablemente por la edad avanzada de la muestra y la falta de información acerca del pronóstico. 3. La falta de información a los pacientes no se puede explicar por la existencia de una demencia previa. 4. Se informa significativamente mejor a los menores de 80 años.

#### CO-057. FACTORES PRONÓSTICOS DE DETERIORO FUNCIONAL AL ALTA HOSPITALARIA EN PACIENTES INGRESADOS POR PATOLOGÍA MÉDICA EN UNA UNIDAD GERIÁTRICA DE AGUDOS

D.R. Guizado Elme, J. Llanque Callata, E. Ainhoa, F. Álvarez de Abajo, I. Ruipérez y J.J. Baztán  
*Hospital Central de la Cruz Roja. Madrid.*

**Objetivos:** Describir la incidencia de deterioro funcional al alta y sus factores asociados en pacientes ancianos ingresados por patología médica en una Unidad Geriátrica de Agudos (UGA).

**Métodos:** Se recogieron datos de todos los pacientes ingresados durante 2009 en una UGA. Se excluyeron los pacientes que fallecieron durante el ingreso, fueron trasladados a otro hospital o presentaban un deterioro funcional severo previo al ingreso (definido como puntuación en Escala Funcional de Cruz Roja-CRF = 5). Se definió deterioro funcional al alta como una diferencia entre CRF al alta respecto al CRF previo al ingreso mayor o igual a 1. Se analizó la incidencia acumulada de deterioro funcional al alta. Se realizó un análisis multivariante de regresión logística de factores predictores de deterioro funcional al alta en el que se incluyeron las siguientes variables: edad, género, albúmina sérica al ingreso, índice de comorbilidad de Charlson, diagnósticos agrupados por GRDs y situación funcional y mental evaluada por la Escala de Cruz Roja.

**Resultados:** Se analizaron 961 pacientes. La edad media fue de 86,4 ( $\pm 6,5$ ) años, el 65,5% mujeres. La incidencia de deterioro funcional al alta fue del 40%. Los diagnósticos más alejados de la media fueron los GRDs que agrupaban ictus (incidencia del 77%) e Infección Urinaria (30%). En el análisis multivariante, la edad (OR-1,04; IC95% = 1,01-1,07), sexo femenino (OR-1,45; IC95% = 1,02-2,06), peor situación mental previa (OR-1,19; IC95% = 1,01-1,39), deterioro funcional al ingreso (OR-2,77; IC95% = 2,18-3,51) y albúmina sérica  $< 3$  g/dl (OR-1,94; IC95% = 1,24-3,06) se asociaron de forma independiente a riesgo de deterioro funcional al alta, una vez ajustado por diagnóstico y resto de variables estudiadas.

**Conclusión:** La incidencia de deterioro funcional al alta de UGA es elevada aunque en el rango de lo descrito en otras series. La pérdida funcional al ingreso es el factor pronóstico más importante de deterioro funcional al alta en nuestra serie, al igual que lo encontrado en otros estudios.

#### CO-058. ATENCIÓN AL PACIENTE NO ONCOLÓGICO POR PARTE DE UNA UNIDAD FUNCIONAL INTERDISCIPLINAR SOCIO-SANITARIA (UFISS) DE CUIDADOS PALIATIVOS

J.A. Martos Gutiérrez, S. Font Ritort, C. Vázquez, A. Llopis, D. Pérez y R. Cristofol  
*Hospital de Mataró. Mataró. Barcelona.*

**Introducción:** Las Unidades Funcionales Interdisciplinarias Socio-Sanitarias (UFISS) especializadas en Cuidados Paliativos (UFISS-CP), dedicadas en un principio principalmente al paciente de perfil oncológico, cada vez tienen más relevancia en la atención al grupo de pacientes no oncológicos en situación de atención al final de vida. Sensibilizar de lo importante que es una detección precoz de este último grupo de pacientes para adecuar el tratamiento sintomático y la elaboración de marcadores pronósticos de sobrevida, son tareas que las UFISS-CP tendrán que desarrollar a lo largo de los próximos años.

**Objetivo:** Describir la actividad de una UFISS-CP en pacientes no oncológicos ingresados en una hospital general.

**Material y métodos:** Estudio descriptivo retrospectivo de los pacientes atendidos por la UFISS-CP en el curso de los años 2008 y 2009. Se dividió a los pacientes en dos perfiles (oncológicos, no oncológicos) y se compararon las siguientes variables: edad media, diagnóstico principal, tiempo de demora en efectuar la consulta, I Barthel, I Karnofsky y éxitus.

**Resultados:** Se incluyeron los 1.082 pacientes en el período comprendido entre enero de 2008 y diciembre de 2009, de los cuales 191 eran de perfil no oncológico (17,65%). Edad media: paciente no oncológico 81 años, 73 años grupo global. Tiempo medio de demora de consulta: paciente no oncológico 9 días, 7 días paciente oncológico. El I. Barthel de este grupo fue de 15 frente a los 45 del grupo de pacientes oncológicos, objetivando una diferencia clara en el índice de Karnofsky del 15% de media a favor del paciente oncológico. Mortalidad media del 17% pacientes neoplásicos frente al 38% de los pacientes no oncológicos. Por grupos diagnósticos la demencia, la IC, la

arteriopatía periférica y los pacientes EPOC conformaron el 72% del total. En el análisis univariante de las diferentes variables se objetivaron diferencias significativas entre los dos grupos en todas las variables estudiadas.

**Conclusiones:** Los pacientes no oncológicos tributarios de tratamiento y seguimiento al final de vida eran más mayores, con mayor nivel de dependencia funcional y mayor mortalidad que los no oncológicos. La demora en consultar a la UFISS también era mayor en probable relación con la dificultad de emitir un pronóstico de sobrevivencia.

#### CO-059. UTILIZACIÓN DEL PALIATIVE PROGNOSTIC SCORE Y EL ÍNDICE DE KARNOFSKY PARA ESTIMAR LA SUPERVIVENCIA EN PACIENTES INGRESADOS EN LA UNIDAD HOSPITALARIA DE CUIDADOS PALIATIVOS (UCPH) DE SEGOVIA DEPENDIENTE DEL SERVICIO DE GERIATRÍA

R. Rodríguez Herrero, M.T. Guerrero Díaz, A. Muñoz Pascual, M.C. Macías Montero, F. Prado Esteban y E. Ridruejo de la Cámara Hospital de Segovia. Segovia.

**Introducción:** La estimación de la supervivencia es clave tanto para poder proporcionar a pacientes y familiares la información requerida como para una correcta toma de decisiones.

EL Pap Score es la escala recomendada por la European Association for Palliative Care para este objetivo y está validada en unidades especializadas de cuidados paliativos y en oncología. La valoración funcional de Karnofsky es un elemento predictor independiente de mortalidad en patologías oncológicas.

**Material y métodos:** Estudio descriptivo de los datos recogidos entre el 14/09/08 y el 29/11/09. Prueba de Chi cuadrado para estudio de las correlaciones entre variables cuantitativas.

**Objetivo:** Comparación entre el índice de Karnofsky y el Pap Score para predecir la supervivencia de estos pacientes.

**Resultados:** Ingresaron 126 pacientes de edad media: 77,5 años, 59,1% varones. La estancia media fue de 9,23 días. Un 74,4% fallecieron durante su estancia hospitalaria. 22,4% fueron dados de alta para seguimiento por la UCPD. La distribución por tumores: Pulmón (16,5%), Colon (14,2%) y Esófago-gástrico (13,4%). El 70,9% de los tumores eran metastásicos. *Previamente al ingreso (valores medios):* la situación funcional/mental fue: CRF: 3,1/CRM: 1,24. Al ingreso: CRF: 4,27/CRM: 2,63 y Barthel: 32,8 puntos (dependencia funcional severa).

El Pap score medio al ingreso fue: 10,75 (probabilidad de sobrevivir a los 30 días del 30-70%). Existió correlación entre la puntuación de esta escala y la estancia media considerando la muestra total y cuando se incluyen solo los que fueron éxitos (22,4%) ( $r = -0,323$  y  $r = 0,359$  respectivamente). El índice de Karnofsky medio fue de 32,6% (elevado riesgo de muerte en los seis meses siguientes). Existió correlación con la estancia media considerando la muestra total y u cuando se incluyen solo los que fueron éxitos ( $r = 0,313$  y  $r = 0,414$  respectivamente).

**Conclusión:** No se encontraron diferencias significativas para estimar supervivencia en estos pacientes entre la valoración funcional de Karnofsky y la escala pronóstica PaP Score.

#### CO-060. PERSISTENCIA DE LOS BENEFICIOS EN TÉRMINOS DE GANANCIA FUNCIONAL TRAS EL ALTA DEL HOSPITAL DE DÍA DE GERIATRÍA: ESTUDIO PROSPECTIVO DE UN AÑO DE SEGUIMIENTO

P. Sorando Fernández, N. Otazu, J. Gómez-Pavón y I. Ruipérez Cantera Hospital Central Cruz Roja.

**Objetivos:** Evaluar la persistencia o no de la ganancia funcional tras un año del alta del hospital de día de Geriátría.

**Material y métodos:** Estudio clínico abierto no aleatorizado prospectivo de seguimiento de un año de los pacientes admitidos desde el 1-1-2007 al 1-1-2008 en el hospital de día de un Servicio de Geriátría integrado en el área V de Madrid. Se incluyeron 211 pacientes de los cuales fueron excluidos 56 pacientes perdidos en el seguimiento telefónico del año. La muestra a estudio fue de 145 (91 mujeres, edad media  $84,30 \pm 6,51$  años). Dos grupos: Grupo control = pacientes que rechazan el hospital de día al no adaptarse al mismo con estancias de 0 a 4 días, no se ha realizado intervención, N = 20 (15 mujeres, edad media  $85,30 \pm 8,03$  años); y Grupo de intervención = pacientes que han cumplido el programa del hospital de día (control clínico y recuperación funcional), N = 125 (76 mujeres, edad media  $84,15 \pm 6,26$  años). Tras un año de seguimiento telefónico se comparan en los dos grupos: ganancia o pérdida funcional según índice de Barthel (al año-alta), mortalidad, ingresos hospitalarios, institucionalización, e uso de centro de día. Análisis estadístico con  $\chi^2$ , con exacta de Fisher. Test de normalidad. Diferencia de medias a través de la T de Student pareada (análisis año-alta), T de Student (análisis entre grupos). Intervalo confianza y nivel significación del 95%.

**Resultados:** Los dos grupos son similares sin diferencias estadísticamente significativas en cuanto a sexo, edad media, Barthel ingreso ( $67,75 \pm 14,97$  vs  $87,18 \pm 10,59$ , n.s.) y Tinetti ( $15,92 \pm 5,8$  vs  $16,04 \pm 4,38$ , n.s.). El grupo intervención presenta una ganancia funcional al alta de Barthel:  $16,68 \pm 11,21$ . Tras un año presentan de forma significativa una discreta pérdida media funcional en Barthel de  $-5,25 \pm 8,52$ ,  $p < 0,001$ . Comparando los dos grupos, existe una diferencia significativa de pérdida de función según índice de Barthel entre el grupo de no intervención frente al de intervención ( $-20,93 \pm 5,2$  vs  $-5,25 \pm 8,52$ ,  $p = 0,001$ ). El grupo de paciente perdidos no muestra diferencias (sexo, edad, barthel ingreso, depresión, dolor, comorbilidad, ni características sociales) con la muestra a estudio.

**Conclusiones:** Tras un año de intervención clínica y recuperación de función en el Hospital de día de Geriátría los beneficios obtenidos se mantienen significativamente frente a la no intervención.

## Sesión Clínica VI

### Área cardiocerebrovascular

#### CO-061. PERFIL DE RIESGO VASCULAR EN PACIENTES MAYORES Y MENORES DE 80 AÑOS CON ACV

M.A. Sassano, C. Alonzo, L. Brescaín, L.A. Cámara y M.C. Zurrú Hospital Italiano Buenos Aires.

**Introducción:** La esperanza de vida aumentó en todo el mundo, aun en los países emergentes, con el consecuente incremento del número de individuos mayores a 80 años (muy ancianos). El riesgo vascular es elevado en este grupo y el equipo de salud enfrenta problemas especiales en el diagnóstico, el tratamiento y el seguimiento. La mayoría de los estudios publicados indican que el tratamiento agudo y la prevención secundaria entre los muy ancianos son mucho menos intensos que en los adultos jóvenes.

**Objetivo:** Comparar características clínicas y evolución de pacientes hospitalizados por ACV isquémico entre mayores y menores de 80 años.

**Materiales y métodos:** Se evaluaron los pacientes incluidos en el PROTEGE-ACV, un programa multidisciplinario coordinado por médicos clínicos y neurólogos destinados a mejorar el manejo de los

FRV y evaluar la cognición y la funcionalidad en pacientes con ACV isquémico. Se excluyeron los pacientes con deterioro funcional grave (Rankin  $\geq 4$ ), demencia grave o expectativa de vida  $< 3$  años. El deterioro cognitivo se evaluó con el MMSE ajustado por edad y años de educación y el test del reloj (normal o patológico), la funcionalidad con la escala de Rankin modificada y la escala de Barthel, y la depresión con la escala de Yesavage.

**Resultados:** El 40% de los 350 pacientes incluidos fue mayor de 80, de los cuales el 62% eran mujeres. No hubo diferencias estadísticas en el subtipo de ACV y factores de riesgo vascular, a diferencia de la cognición y la funcionalidad (tabla).

Variable	> 80 años	< 80 años	p
Minimental Test (MMSE)	16% (21)	12% (25)	NS
Test del reloj	49% (63)	18% (39)	0,0001
Escala de Barthel	89,6 $\pm$ 17	94,9	0,001
Escala de Rankin modificada	29% (41)	23% (50)	NS
Escala de depresión geriátrica	25% (33)	25% (52)	NS

**Conclusión:** Los pacientes muy ancianos tuvieron peor evolución cognitiva y funcional que los más jóvenes, a pesar de tener un perfil de factores de riesgo similar, lo que enfatiza la necesidad de elaborar estrategias de prevención, diagnóstico y tratamientos adecuados para dicho grupo etario.

#### CO-062. EL CONTROL ADECUADO DE LOS FACTORES DE RIESGO VASCULAR RETRASARÍA EL DESARROLLO DEL DETERIORO COGNITIVO LEVE

M.A. Sassano, C. Alonzo, L. Brescacián, L.A. Cámara y M. Schapira  
*Hospital Italiano Buenos Aires.*

**Introducción:** Los pacientes con deterioro cognitivo leve (DCL) tienen mayor riesgo de desarrollar demencia que la población general. Existen cada vez más datos sobre la relación entre el control inadecuado de los factores de riesgo vascular y el desarrollo del DCL.

**Objetivo:** Evaluar el impacto del control adecuado de los factores de riesgo vascular en pacientes con DCL y sin él.

**Material y método:** Se realizó un estudio retrospectivo observacional de los pacientes evaluados en la unidad de Evaluación Funcional del Anciano. La evaluación funcional incluyó información demográfica y social, depresión, capacidad funcional y medicación crónica. Se utilizaron: la escala de depresión geriátrica, las actividades de la vida diaria, las actividades de la vida diaria instrumentales, Mini mental Test y se evaluaron 5 dominios cognitivos: memoria, atención, lenguaje, habilidades visuoespaciales y función ejecutiva. Los factores de riesgo vascular medidos al inicio del estudio fueron: hipertensión, diabetes mellitus, insuficiencia cardíaca congestiva, valores de colesterol, tabaquismo y obesidad. Todos los pacientes con diagnóstico de hipertensión y diabetes se incluyeron en programas de enfermedades crónicas.

**Resultados:** Entre agosto de 2004 y diciembre de 2008 se analizaron 586 pacientes, 287 con diagnóstico de DCL y 299 sin él. La edad media fue de 78  $\pm$  5 años y 75  $\pm$  5 años, respectivamente. Se observó una mayor proporción de mujeres en ambos grupos (67% y 76%). La prevalencia de diabetes mellitus, insuficiencia cardíaca, tabaquismo y obesidad (medida con el índice de masa corporal) fue semejante en ambos grupos, al igual que los valores de colesterol. Se encontró un leve predominio de hipertensión en los pacientes con DCL ( $p = 0,07$ ). En el modelo de regresión logística solo la edad y el sexo femenino se asociaron al DCL (OR 1,09, 95% CI 1,06-1,13 y OR 1,5, 95% CI 1,09-2,32).

**Conclusión:** Dado que en ambos grupos se alcanzaron las metas de control recomendadas por las guías de práctica clínica para los principales factores de riesgo vascular, inferimos que, en nuestra población, este control contribuye a retrasar el desarrollo de DCL.

#### CO-063. PERFIL DE LA INSUFICIENCIA CARDÍACA AGUDA EN EL PACIENTE GERIÁTRICO EN URGENCIAS

M. Covarrubias, F.J. Martín-Sánchez, C. Fernández, M. Fuentes, J. González-del Castillo y J.J. Gonzalez-Armengol  
*Hospital Clínico San Carlos. Madrid.*

**Introducción:** Los estudios epidemiológicos de insuficiencia cardíaca aguda (ICA) en población geriátrica por lo general incluyen exclusivamente a pacientes ingresados en planta convencional, existiendo escasos los datos sobre el perfil de aquellos que acuden a urgencias, ya que excluyen un grupo de pacientes que son dados de alta o manejados en unidades vinculadas a los servicios de urgencias.

**Objetivo:** Describir el perfil de los pacientes geriátricos que acuden por un episodio de ICA a un servicio de urgencias de un hospital terciario.

**Material y métodos:** Estudio transversal que incluyó a todos los pacientes mayores de 75 años que acudieron por un episodio de ICA a un servicio de urgencias de un hospital terciario durante 30 días. Se recogieron datos demográficos, comorbilidad, situación funcional basal, tratamiento inmediato, destino final y resultados a los 30 días (mortalidad y reingreso). En el análisis estadístico se usó el programa SPSS 15.0.

**Resultados:** El número total de pacientes fue de 113 con una edad media de 84 años (DE 5) y de los cuales el 65,5% eran mujeres. La media de la situación funcional basal según el índice de Barthel fue de 75 (DE 28). La enfermedad asociada más frecuente fue la hipertensión arterial (89,4%). La forma de presentación más común fue la ICA normotensiva (47%). El 90% de los sujetos presentaban síntomas moderados-severos (NYHA III-IV). Respecto al tratamiento inmediato recibido en urgencias: oxigenoterapia (85,6%), diurético intravenoso en bolo (87,4%), y en forma de perfusión continua (5,4%), nitroglicerina intravenosa (22,5%), digoxina (28%), betabloqueantes (21%) e IECA-ARA (49,5%). El 90% de los pacientes fue ingresado, de los cuales en sala de observación/unidad corta estancia (14%), en hospitales de apoyo (48,5%) y en planta convencional (37,6%). La mortalidad intrahospitalaria fue del 5% y a los 30 días del 8%, y el reingreso a los 30 días por cualquier causa 18,5%.

**Conclusiones:** La ICA en el paciente geriátrico es un síndrome de alta morbi-mortalidad a corto plazo, siendo necesaria la creación de circuitos asistenciales específicos para prevenir el reingreso.

#### CO-064. SITUACIÓN FUNCIONAL COMO PREDICTOR DE MORTALIDAD EN EL PACIENTE ANCIANO CON INSUFICIENCIA CARDÍACA

L.M. Pérez Bazán, M. Arellano Pérez, A. Calle Egusquiza, A.C. Gama González, M. Pi-Figueras Valls y M.A. Márquez Lorente  
*Hospital del Mar. Hospital de l'Esperança. Centre Fòrum. Instituto de Atención Geriátrica y Sociosanitaria (IAGS). Parc de Salut Mar. Barcelona.*

**Objetivo:** Determinar la relación entre la situación funcional del paciente anciano y la mortalidad durante el ingreso por descompensación de insuficiencia cardíaca.

**Métodos:** Estudio de los pacientes ingresados en la UGA por insuficiencia cardíaca descompensada durante los años 2007-2008. Se recogió la situación funcional previa medida por el índice de Barthel (IBp) y el Índice de Lawton (IL), la situación funcional al ingreso, medida por el índice Barthel (IBi) y la pérdida funcional\* (PF). El IB se categorizó en 5 grupos de dependencia: total (0-19), severa (20-39), moderada (40-59), leve (60-79) e independiente (80-100). La PF se categorizó en 5 grupos de pérdida: no pérdida (0-20%), leve (21-40%), moderada (41-60%), severa (61-80%) y total (81-100%). El IL se categorizó en 2 grupos de dependencia: total (0), parcial o independiente (1-8). Se analizó la relación de las variables estudiadas con la mortalidad durante el ingreso.

\*PF: (IBp - IBi) / IBp  $\times$  100

**Resultados:** Se estudiaron 235 pacientes con una edad media de 85,8 años. La mortalidad durante el ingreso fue de 18,7%. La mortalidad se relacionó de forma negativa con el IBp ( $p < 0,01$ ), con el IL ( $p < 0,04$ ) y con el IBI ( $p < 0,003$ ) y de forma positiva con la PF ( $p < 0,003$ ). La mortalidad para las categorías del IBp fue: independiente 10,4%, leve 2,6%, moderada 21,4%, severa 20,9 y total 27% con una OR de 1,43. La mortalidad para las categorías del IL fue: parcial o independiente 9,57% y total 20,36% con una OR de 2,4. La mortalidad para las categorías del IBI: independiente 0%, leve 5,6%, moderada 3,4%, severa 8,8% y total 26,2% con una OR de 2,7. La mortalidad para las categorías de la PF fue: no pérdida 7,4%, leve 4,8%, moderada 7,4%, severa 12,5% y total 33,3% con una OR de 1,9.

**Conclusiones:** La situación funcional previa y al ingreso, así como la pérdida funcional del paciente anciano que ingresa por descompensación de insuficiencia cardiaca influyen de forma determinante en la mortalidad durante el ingreso. Es necesaria la creación de índices pronósticos de mortalidad en el paciente anciano con insuficiencia cardiaca.

#### CO-065. MANEJO DEL RIESGO VASCULAR EN LOS ANCIANOS CON ICTUS

F. Chaves Dianderas y T. Morlanes Navarro  
*Hospital Nuestra Señora de Gracia. Zaragoza.*

**Objetivo:** Evaluar la presencia de factores de riesgo vascular (FRV) y su tratamiento farmacológico en pacientes ancianos ingresados por ictus en un Servicio de Geriatría.

**Método:** Estudio descriptivo de las características clínicas, funcionales y sociodemográficas de los ingresados por ictus en el Servicio de Geriatría del Hospital Nuestra Señora de Gracia en el año 2009. Se identificaron los FRV previos y los detectados al ingreso (desconocidos) clasificándolos en "modificables", "potencialmente modificables" y "no modificables" según los criterios de Sacco et al. La insuficiencia renal crónica se consideró como FRV. Se identificaron los tratamientos previos al ingreso y al alta hospitalaria. Se relacionó la presencia de FRV con los resultados al alta respecto al estado funcional, mortalidad e institucionalización.

**Resultados:** Ingresaron por ictus 96 pacientes. Edad media 85,75 años. Mujeres 65,6%. Mortalidad global del 26%. El promedio de FRV modificables y potencialmente modificables fue 2,4, pero era de 3,33 en  $< 75$  años y de 2,39 en  $> 75$  años (NS). HTA 66,7%, ACxFA 27,9%, Diabetes M. 32,3%, Dislipemia 16,1%, Obesidad 8,6%, CI 7,5%, HVI 6,4%, posible Hiperhomocisteinemia 5,3%, E.Mitral 2,1%; E. Carotídea 1%. Tenían 3 o más factores un 44,7%. Se detectaron FRV no conocidos en 52 pacientes (54%): ACxFA en 21,5%, Diabetes M. en 17,4%. Un 37,5% de pacientes con cardiopatías asociadas al ictus no seguían tratamiento preventivo, frente al 6,3% de hipertensos si tratamiento. Existía Ictus previo en un 36,5%. Al alta, sólo el 29% de los pacientes presentaban un Índice de Barthel  $> 0$  igual a 60 p. No se han encontrado diferencias relevantes en los resultados al alta entre los grupos de pacientes mayores de 75 años y mayores de 85 años. La presencia de IRC incrementa la mortalidad (OR = 7,52).

**Conclusiones:** 1. El número de factores de riesgo vascular "modificables" no detectados, controlados o tratados en los ancianos sigue siendo elevado, especialmente la fibrilación auricular no valvular. 2. El número de FRV "modificables" detectados es mayor en el grupo de menores de 75 años, en los que se debería intensificar el control. 3. Los considerados factores "no modificables" no se han asociado a la mortalidad ni al grado de deterioro funcional en los pacientes con ictus.

#### CO-066. DELIRIUM HOSPITALARIO. ¿CON QUÉ NOS ENCONTRAMOS DESPUÉS?

S. Ulloa Levit, S. Fernández Doblado, T. Morlanes Navarro y C. Cánovas Pareja  
*Hospital Nuestra Señora de Gracia. Zaragoza.*

**Objetivos:** 1. Establecer la prevalencia del síndrome confusional (SC) en ancianos hospitalizados. 2. Conocer la comorbilidad, estancia hospitalaria y mortalidad. 3. Uso de psicofármacos en este grupo poblacional. 4. Seguir la evolución del anciano en el primer año tras el alta.

**Metodología:** Estudio descriptivo y transversal, realizado entre los meses 1/1/09 a 30/3/09, y de 1/7/09 a 30/09/09, de los ingresos (532) en una Unidad hospitalaria geriátrica. Los datos fueron recogidos mediante fichas de variable: sociodemográficas, comorbilidad (Índice de Charlson), índice de Barthel, polifarmacia ( $\geq 6$  fármacos), estancia hospitalaria, diagnósticos al alta y mortalidad. Llamada telefónica más allá de los 6 meses tras el alta. Se utilizó el Confusional Assessment Method (CAM) como screening de delirium. SPSS 10.0.

**Resultados:** Fueron valorados 532 pacientes. Presentaron delirium 67 pacientes (13%). Sexo: hombre 50,7%. Edad media 85,4 a. Estancia media: 25 días. Procedencia: urgencias: 69%. Comorbilidad: índice de Charlson: igual o  $< 3$ : (86,6%). Barthel al ingreso:  $< 60$  (82%) y al alta (89%). Test de Pfeiffer: severa (33,3%). MEC de Lobo: 10,6% no realizados 84%. Antidepresivo ingreso, estancia y ambos: 9, 14 y 22%. Ansiolíticos: ingreso, estancia y ambos: 14, 8 y 12%. Hipnóticos: ingreso, estancia y ambos: 11, 15 y 14%. Antipsicóticos: ingreso, estancia y ambos: 3, 53 y 9%. Polifarmacia:  $> 6$  fármacos 43,6%. Diagnósticos al alta más frecuentes: impactación fecal 39, ITU 38,8%, anemia 34,3% y neumonía 23,9%. Mortalidad es del 18%. Nuevos episodios de SC en el 23% tras el alta. La mortalidad al primer mes tras alta es del 38%, a los 6 meses 44% y más de 6 meses 18%.

**Conclusiones:** 1. La alta incidencia de delirium en ancianos obliga a una identificación y actuación precoz sobre factores de riesgo. 2. La función cognitiva y dependencia para actividades básicas empeoran tras episodios confusionales. 3. La alta frecuencia de delirium tras el alta obliga al seguimiento ambulatorio.

#### CO-067. PRECISIÓN EN EL DIAGNÓSTICO AL INGRESO DE INSUFICIENCIA CARDÍACA EN ANCIANOS

M.G. Mendieta Facetti, R. Barrera Crispín, E. Sánchez García, C. González de Villambrosia Santa Cruz, G. Ferreira Segovia y M.T. Vidán Astiz  
*Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.*

**Objetivos:** Analizar características y diagnóstico final de los ingresos hospitalarios por insuficiencia cardíaca descompensada (ICD) como causa fundamental de ingreso y, que no cumplieran los criterios clínicos diagnósticos según las guías de la Sociedad Europea de Cardiología (SEC).

**Materiales y métodos:** Estudio observacional prospectivo en el contexto de un estudio mayor sobre insuficiencia cardíaca. Se evaluaron pacientes  $\geq 70$  años ingresados consecutivamente con diagnóstico principal de ICD en los servicios de Cardiología, Geriatría y Medicina Interna de un Hospital terciario de Madrid desde Mayo 2009 a Febrero 2010. Se analizan los que no cumplieran criterios diagnósticos para su definición, según datos de la historia clínica inicial. Se analizaron variables clínicas, analíticas, servicio de ingreso, diagnóstico final, y tratamiento de IC según revisión del informe de alta.

**Resultados:** Se evaluaron 429 ingresos, el 8,4% no cumplieran criterios diagnósticos de ICD, de estos el 58,3% tenían antecedentes de insuficiencia cardíaca y 55,6% tenían tratamiento previo. La distribución de ingresos de IC fue 87 (20%) en Geriatría, 235 (56,3%) en Cardiología y 93 (21,7%) en Medicina Interna, de los cuales no tenían criterios diagnóstico el 10,3%, 7,2% y 10,75% respectivamente. El principal mo-

tivo de consulta fue disnea (36,1%) y al examen físico destacaba crepitantes en 41% de ellos y alteraciones radiológicas en 41%. El diagnóstico principal al alta fue ICD en 25%, en 36,2% otras cardiopatías, 16,7% enfermedades pulmonares y 22,1% otros.

**Conclusión:** El diagnóstico de insuficiencia cardíaca descompensada sigue siendo difícil en el paciente anciano. La existencia de insuficiencia cardíaca crónica dificulta la identificación de otras enfermedades agudas con síntomas parecidos y puede llevar a un diagnóstico erróneo, con las implicaciones que esto tiene desde el punto de vista clínico y administrativo.

#### CO-068. CAPACIDAD PARA EL AUTOCUIDADO EN PACIENTES ANCIANOS INGRESADOS POR INSUFICIENCIA CARDÍACA

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

**Objetivo:** Estudiar la capacidad de realizar las tareas necesarias para el autocuidado específico de la enfermedad en ancianos ingresados por Insuficiencia Cardíaca (IC).

**Métodos:** Estudio descriptivo prospectivo de una cohorte de pacientes  $\geq 70$  años ingresados por IC. Se excluyeron los dependientes para 3 o más actividades básicas de la vida diaria (AVD-b), los que tenían demencia o vivían en residencia. Se desarrolló y administró una escala que evalúa 7 actividades instrumentales imprescindibles en el autocuidado en la IC. Se analizan otras variables demográficas y funcionales.

**Resultados:** Se incluyeron 160 pacientes ingresados en los servicios de Cardiología, Medicina Interna y Geriatría desde Mayo-09 a Enero-10, con edad media 80 años, rango: 70-97. El 50% eran mujeres, el 68% independiente para todas las AVD-b y con una puntuación media en el MMS: 29, rango intercuartílico de 25 a 32. El 64% referían ser independientes para el control de la medicación. La puntuación media en la escala de autocuidado fue 4 (1-7) y sólo un 4% de los pacientes fueron capaces de realizar correctamente las 7 actividades. Los ítems con mayor porcentaje de fallos fueron la identificación de alimentos con sal (errónea en el 74,5%), identificación de edemas (en 65,8%) y el ajuste de tratamiento de acuerdo a un esquema simple (en el 78%).

**Conclusión:** La mayoría de los pacientes ancianos ingresados por IC, no son capaces de realizar las tareas necesarias para un correcto control de la enfermedad. Las escalas tradicionales de evaluación de funcionalidad no identifican correctamente a estos pacientes. Es imprescindible el desarrollo de modelos de cuidados continuados en el anciano con IC.

#### CO-069. ACTITUD QUIRÚRGICA EN EL ANCIANO CON HEMATOMA SUBDURAL

S. García Almarza, A. Albarracín Delgado, M.L. Chung Jaén,  
J. Mora Fernández y J.M. Ribera Casado  
*Hospital Clínico San Carlos. Madrid.*

**Objetivo:** Describir los factores relacionados con la decisión quirúrgica en pacientes  $> 75$  años ingresados en el Hospital Clínico San Carlos con Hematoma Subdural (HSD).

**Método:** Estudio descriptivo transversal sobre 165 pacientes ingresados con HSD (años 2007-2009). Del informe de alta se recogen variables sociodemográficas, situación funcional y cognitiva, comorbilidad (índice de Charlson, ICh), antigüedad del hematoma y trauma craneal, focalidad neurológica y efecto masa en TAC craneal. Se registra la realización de intervención quirúrgica y supervivencia. *Análisis estadístico:* Chi cuadrado y análisis de regresión logística para identificar variables independientes. Nivel de significación  $p < 0,05$  (IC 95%). SPSS 17.0.

**Resultados:** N: 165; edad 83,0 años (DE 5,9), hombres 52,1%. Se recogen datos de función física y mental en menos del 60% de los informes. *Valoración geriátrica:* el 41,7% presentaba deterioro cognitivo leve, el 21,4% demencia y el 56,4% eran funcionalmente independientes. *Comorbilidad:* ICh  $< 3$ : 49,7%. En el 54,5% de los pacientes el HSD era agudo. Mortalidad global 33,3%. Se practica cirugía en 61 casos (37%). La edad media fue menor en los operados (79,6 vs. 84,9 años). Entre los operados sobrevive un 86,9% frente al 54,8% en los no operados. Se realiza con mayor frecuencia cirugía en hombres ( $p: 0,008$ ), funcionalmente independientes ( $p: 0,005$ ), sin deterioro cognitivo ( $p: 0,011$ ), sin historia de trauma craneal ( $p: 0,008$ ), ICh  $< 3$  ( $p < 0,001$ ), con focalidad neurológica ( $p: 0,009$ ) y con efecto masa ( $p < 0,001$ ). No se encuentra relación entre decisión quirúrgica y la antigüedad del hematoma. Al realizar la regresión logística se obtiene como variables independientes para ser intervenido: menor edad ( $p < 0,01$ ; IC 0,685-0,908), la presencia de efecto de masa ( $p: 0,048$ ; IC 1,017-21,724) y un ICh  $< 3$  ( $p: 0,053$ ; IC 0,50-1,019).

**Conclusiones:** 1. El hematoma subdural en personas mayores de 75 años es subsidiario de cirugía en una proporción moderadamente baja de casos. 2. La intervención es más frecuente en personas de menor edad, con baja comorbilidad y con desplazamiento de estructuras en la TAC craneal. 3. Un mayor grado de recogida de las variables funcionales y mentales es deseable para interpretar la decisión no-quirúrgica en este grupo de ancianos.

#### CO-070. INTERVENCIÓN EDUCATIVA DE ENFERMERÍA EN INSUFICIENCIA CARDÍACA: PERFIL BIOMÉDICO Y SOCIOCULTURAL DE LOS PACIENTES

A.I. Ferrero Martínez<sup>1</sup>, GDE Estudio de Insuficiencia Cardíaca en el Anciano<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Hospital Meixoeiro. <sup>2</sup>Hospital Meixoeiro. Universitario de Guadalajara. Hospital de Getafe. La Paz-Cantoblanco. Clínico Madrid. Monte Naranco. Universitario de Albacete. Complejo de Cáceres.

**Objetivo:** Analizar las características basales de los pacientes incluidos en un ensayo randomizado de intervención educativa en pacientes de edad avanzada con insuficiencia cardíaca y alta comorbilidad.

**Material y métodos:** Estudio multicéntrico randomizado de intervención educativa y control clínico de pacientes mayores de 75 años con insuficiencia cardíaca y comorbilidad basado en un programa de gestión de enfermedades en el que se definen un gestor de casos por cada centro (enfermera).

**Resultados:** Se analizaron 114 pacientes, el 66,7% mujeres, con edad media de  $85,9 \pm 5,2$  años. El 14,9% viven solos, 34,2% con cónyuge, 49,1% con otros familiares. El 5% no saben leer ni escribir y otro 21% no tuvo ningún tipo de estudios. Un 19% tiene Internet, un 98% teléfono, el 21% no dispone de ascensor y un 11% de calefacción, pasando frío en su domicilio el 24%. El 77% de pacientes presentaban un índice de Katz A, B o C, el 40% Lawton de 5 o superior y el 54% un GDS de 1. Los recursos sociales se consideraron satisfactorios o altamente satisfactorios en el 78%. La puntuación media del test de Yessavage fue de  $4,9 \pm 3,1$ , del minexamen cognoscitivo de Lobo de  $24,3 \pm 7,5$  y del test de Minnesota de calidad de vida de  $42,4 \pm 19,3$ . En relación al conocimiento en salud, la puntuación media en el test Sahls fué de  $38,2 \pm 8,3$ . La escala europea de autocuidados en insuficiencia cardíaca indicó una puntuación media de  $33,8 \pm 6,8$  y del test de conocimientos de la enfermedad de  $7,4 \pm 2,3$ .

**Conclusiones:** Se trata de pacientes de edad avanzada, con mayor frecuencia mujeres, con alto nivel de independencia para ABVD y la mitad de ellos sin deterioro cognitivo evidente, aunque el 60% no realizan más de 4 actividades instrumentales. Un alto porcentaje dispone de buenos o excelentes recursos sociales y viven acompañados, con unas condiciones domiciliarias óptimas. Su entorno sociocultural es bajo, con un pobre conocimiento de la enfermedad, siendo sus autocuidados para la IC escasos, mientras que los conocimientos sanitarios en general son aceptables.

### CO-071. ANÁLISIS DE MORFOMETRÍA BASADA EN VOXEL (VBM) DE PACIENTES CON DETERIORO COGNITIVO LEVE VERSUS SUJETOS CONTROLES

M. Yus<sup>1</sup>, L. Ortiz<sup>1</sup>, J. Arrazola<sup>2</sup> y P. Gil<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Hospital Montecelo. Pontevedra. <sup>2</sup>Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

**Objetivo:** La Resonancia Nuclear Magnética mediante la VBM posee la potencialidad de evaluar regionalmente diferencias sutiles regionales en la cantidad de materia gris. El objetivo de este estudio es evaluar su aplicación a un grupo de pacientes con deterioro cognitivo leve y otro de controles equiparables.

**Material y métodos:** Se examinaron un total de 29 sujetos: 15 controles, y 14 pacientes con deterioro cognitivo leve según criterios de Petersen (DCL). La media de edad fueron 68,6 (4-7, 66-80), y 71,9 (4,2, 66-78). Para la realización del análisis se obtuvo una secuencia 3D FSPGR con pulso de inversión, de alta resolución, con posterior transformación y anonimización de las imágenes DICOM a formato NIFTI comprimido. En primer lugar se seleccionó el tejido cerebral de las imágenes estructurales, mediante la herramienta BET. Las imágenes resultantes fueron entonces promediadas para crear un modelo específico. Las imágenes segmentadas moduladas fueron suavizadas con un kernel isotrópico Gaussiano. Finalmente se aplicó un modelo general lineal (GLM) a nivel de vóxel, usando un test de permutación no paramétrico. En el análisis mediante GLM se incluyeron datos de dos factores de confusión, la edad de los sujetos, y el volumen global de sustancia gris periférica. Después es registrada al espacio MNI152 de manera lineal A continuación se realiza segmentación con estimación de volumen parcial para calcular el total de tejido cerebral, incluyendo estimaciones separadas de sustancia gris, blanca, gris periférica y volumen ventricular.

**Resultados:** No se identificó una diferencia significativa en cuanto a la sustancia gris periférica global entre controles y pacientes, con unos valores normalizados de 537.505,400 mm<sup>3</sup> (SD 41.912,714) y 531.325,000 mm<sup>3</sup> (SD 23753,709), respectivamente (p = 0,633). Los pacientes mostraron una atrofia en la región mesial temporal izquierdo. Las estructuras involucradas incluyeron el hipocampo, la amígdala, la corteza entorrinal y el giro parahipocámpico. Se detectaron también diferencias en la región talámica, bilateralmente. Contraste entre pacientes con deterioro cognitivo leve y controles. Áreas con FDR < 0,05.

MNI max	P corregida	Vóxeles	Volumen	Picos	Hemisferio
-22 -16 -14	0,008	239	1,912 cm <sup>3</sup>	-22 -16 -14 -18 -20 -14 -32 -14 -20	Izquierdo
-8 -12 -4	0,026	30	0,240 cm <sup>3</sup>	-8 -12 -4	Izquierdo
4 0 -4	0,026	25	0,200 cm <sup>3</sup>	4 0 -4	Izquierdo
12 -8 -4	0,032	16	0,128 cm <sup>3</sup>	12 -8 4 4 -12 -6	Derecho

**Conclusión:** La técnica VBM demuestra atrofia en estructuras de la región temporal medial izquierda, en pacientes con deterioro cognitivo leve frente a sujetos controles.

## Sesión Clínica VII

### Área misceláneas

#### CO-072. TRATAMIENTO DE MANO EDEMATIZADA CON KINESIOTAPING TRAS ACCIDENTE CEREBROVASCULAR EN PACIENTES GERIÁTRICOS: PRIMEROS RESULTADOS

P. Tamame San Juan, F. Sanz López y C. Ortiz Domingo  
Hospital San Juan de Dios.

**Objetivo:** La aparición repentina de una mano dolorosa y edematizada tras un accidente cerebrovascular (ACV), es una alteración muy

molesta y discapacitante que retrasa y complica la recuperación. Afecta aproximadamente al 15% de los pacientes y aparece comúnmente entre el primer y el tercer mes posterior al ACV. El objetivo del ensayo clínico que se está realizando en nuestro Hospital es evaluar la eficacia del uso del Kinesiotaping en el tratamiento del edema en mano de pacientes geriátricos hemipléjicos.

**Material y método:** Se seleccionan dos grupos: experimental y control. Todos los pacientes habían sufrido un ACV y tenían hemiplejía o hemiparesia con mano edematizada. 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 2.ª y 3.ª medida, se realiza a las 24 y 48 horas después de poner el Kinesiotaping.

**Resultados:** En el grupo tratamiento, la medida centimétrica (tanto con la mano en extensión como en flexión) se redujo en el 99-98% de los casos, mientras que en el grupo control no se redujo en ningún caso y, por el contrario, aumentó en el 99% de los pacientes. En la medida volumétrica, el grupo tratamiento disminuyó el volumen en el 100% de los casos y sólo el 3% del grupo control.

**Conclusiones:** Según muestran nuestros primeros resultados, el uso del kinesiotaping es beneficioso en el tratamiento de mano pléjica o parética edematizada en pacientes geriátricos y se debería incluir esta técnica en el protocolo de tratamiento de esta patología.

#### CO-073. ACTIVIDAD DE LAS AGUAS MINEROMEDICINALES DEL BALNEARIO PALACIO DE LAS SALINAS EN LA ARTROSIS SINTOMÁTICA EN UN GRUPO DE TERMALISMO SOCIAL

A. Ursa Herguedas

Balneario Palacio de Las Salinas. Valladolid.

Las aguas mineromedicinales del balneario Palacio de Las Salinas en Medina del Campo (Valladolid), se emplean en el alivio de las dolencias reumáticas desde el siglo XIX. El presente estudio pretende corroborar la actividad de estas aguas termales en el alivio sintomático en la artrosis. Para ello se seleccionó un grupo de 106 personas procedentes de los programas de termalismo social que acudió al establecimiento termal de noviembre a diciembre de 2009. Todos los seleccionados portaban informes con el diagnóstico de artrosis primaria y presentaban dolor articular en el momento de confeccionar la hoja de prescripción con las aplicaciones recomendadas. Las aplicaciones termales se llevaron a cabo durante 10 días y consistieron en la inmersión durante una hora en un circuito dinámico, terma húmeda, sauna, pediluvio bitérmico y jacuzzi. En la revisión postura se recogieron los datos en el documento del IMSERSO con los siguientes resultados: más de los 2/3 de los clientes experimentaron mejoría, de los que el 8,49% fue de importancia. De los que tomaban medicación sintomática (el 79,28% del total), la redujeron el 14,41% y la suprimieron el 7,2%, siendo el sexo femenino el que más empleó este recurso. Los efectos se potenciaron en los clientes que se aplicaron parafangos. Es deseable potenciar las estancias del colectivo de personas mayores en balnearios, ya que contribuye a mejorar la calidad de vida en caso de artrosis sintomática, que se manifiesta por reducir o hacer desaparecer los síntomas desagradables tipo dolor durante un tiempo variable que va desde los 15 días a los 3 meses después de la estancia termal. Con ello contribuirían a reducir la medicación con la evitación de los posibles efectos secundarios, al tiempo que potencian la economía local y reducen el gasto farmacéutico.

#### CO-074. PREVENCIÓN DE RIESGOS EN EL ANCIANO HOSPITALIZADO

L. Jordan, J. Tito, C. Alderete, I. Arana y M. Álvarez de Arcaya  
Fundación Matia.

**Introducción:** Los pacientes ancianos ingresados en un Hospital presentan con frecuencia riesgo para el desarrollo de complicaciones durante su asistencia, suponiendo una importante repercusión en su calidad de vida y un elevado coste social y sanitario.

**Objetivo:** Introducir cambios en el modelo asistencial orientados a minimizar estas complicaciones y valorar su eficacia sobre los resultados asistenciales.

**Método:** Desde el año 2006 se ha diseñado e implantado progresivamente en nuestro Hospital un programa basado en: a) Identificación de riesgos (UPPs, caídas, aspiraciones, errores en la toma de medicación y pérdidas/fugas); b) Aplicación de escalas de detección y estratificación de riesgo (UPPs/Norton; Caídas/ERCM; Aspiraciones/Volumen-viscosidad, Errores medicación/ERMM, pérdidas-fugas/ERFM); c) Protocolización de los cuidados a aplicar según el tipo y nivel de riesgo; Elaboración de procedimiento asistencial para cada uno de los riesgos identificados. d) Formación de equipos de enfermería dando a conocer los procedimientos. e) Implantación de protocolos. f) Diseño de indicadores y seguimiento de resultados.

**Resultados:** (Referentes a los procedimientos implantados en sus 6 fases en la actualidad). *Prevención de UPPs:* a) Incidencia de UPPs (gradoll-IV); 2006: 3,76%. 2007: 2,51%; 2008: 1,45%; 2009: 0,99%; b) Mejoría del índice de Norton durante la hospitalización: 2007: 79,34%. 2008: 90,47%. 2009: 94,88%; c) Mejoría de la continencia durante el ingreso: 2008: 36,41%. 2009: 69,61%. *Prevención de caídas:* Índice de caídas: 2008: 1,77. 2009: 0,99.

**Conclusiones:** La identificación al ingreso de riesgos en los pacientes y la aplicación de cuidados de enfermería protocolizados orientados a su minimización disminuye las complicaciones asistenciales de los pacientes ancianos durante la estancia hospitalaria.

#### CO-075. PREVALENCIA E INCIDENCIA DE INFECCIÓN NOSOCOMIAL EN PACIENTES GERIÁTRICOS INSTITUCIONALIZADOS

J. Alaba Trueba, I. Beobide, C. Martins, B. Andia, A. Matos y A. Urbizu  
Fundación Matia.

**Objetivo:** Analizar prevalencia e incidencia de infección nosocomial en pacientes institucionalizados, como indicador de seguridad asistencial.

**Material y método:** Estudio observacional prospectivo analizando los casos de infección nosocomial según los criterios CDC desde el 1 de enero al 31 de diciembre de 2009, calculando la incidencia acumulada y realizando un corte de prevalencia en marzo del 2009. La incidencia acumulada se calcula mediante el recuento de nuevas infecciones entre el tiempo de exposición de los usuarios hasta la presencia de la infección a lo largo del año. El estudio se lleva a cabo en el centro gerontológico Txara 1 de San Sebastián.

**Resultados:** El centro gerontológico Txara 1 esta compuesto por 120 residentes, con una edad media de 85 años DT8.5 (hombres 81 y mujeres 86), donde el 78% son mujeres, un 54% presenta una dependencia grave (Barthel < 40), índice de Charlson 3,48, tasa de mortalidad del 23%, donde la principal causa de traslado a urgencias e ingresos hospitalarios a lo largo del 2009 constituye la infección respiratoria. La prevalencia de infección nosocomial es de 4,16%, siendo un 80% de infecciones respiratorias y un 20% urinarias. La incidencia acumulada sobre un total de 186 infecciones registradas (51% respiratorias, 38% urinarias, 9% cutáneas, 4% otras) es de 3,45 por cada 1.000 residentes/día, para primera infección respiratoria 1,71 x 1.000 residentes/día; primera infección urinaria 1,07 x 1.000 residentes/día donde un 35,7% presenta al menos 2 ITU al año y un 14,3% más de 3 ITU; y de 0,2 x 1.000 residentes/día para infección cutánea. En cuanto a factores de riesgo presentan un 10% EPOC, 21%

diabetes, 30% malnutrición, 3% neoplasias, 2% toma de corticoides crónica.

**Conclusiones:** El conocimiento epidemiológico de las infecciones nosocomiales en los centros gerontológico es fundamental para garantizar una seguridad asistencial adecuada, siendo importante el trabajo conjunto con el departamento de microbiología y salud pública para establecer unos procedimientos conjuntos y conocer las resistencias de los diferentes microorganismos para establecer los tratamientos empíricos adecuados. Es importante disponer de datos similares en otros Centros para poder comparar los datos y para mejorar la atención en los pacientes más vulnerables.

#### CO-076. FÁRMACOS APROPIADOS EN CENTROS GERONTOLÓGICOS: UN ANÁLISIS MULTIFACTORIAL PARA UN PROBLEMA MULTICAUSAL

J. Álaba Trueba, I. Beobide, I. Mutiozabal, E. Arriola, M. Álvarez de Arcaya y B. Miro  
Fundación Matia.

**Objetivos:** Analizar la calidad de prescripción en pacientes geriátricos institucionalizados polimedicados, para garantizar la máxima seguridad de prescripción.

**Material y método:** Estudio descriptivo transversal en 7 Centros Gerontológico gestionados por Fundación Matia en noviembre de 2009, analizando unos criterios cuantitativos (media de fármacos, pacientes con más de 5 y de 9 medicamentos) y cualitativo (criterios de Beers, dosis máximas, duplicidades, fármacos con propiedades anticolinérgicas y sedantes, criterios STOPP y START).

**Resultados:** El tamaño muestral es de 693 residentes, analizándose 5.125 prescripciones, la media de edad es de 82,27 años, el 70% mujeres, dependencia grave en un 57% (Barthel < 40), 59% con Lobo < 20. La media de fármacos es de 7,39, donde un 78% de los residentes toma más de 5 medicamentos y un 38% más de 9. Según los criterios de Beers se obtiene una prevalencia de fármacos inadecuados de 8,89%. Fármacos con propiedades anticolinérgicas destaca un 3,8% de olanzapina, 1,5% de clozapina, 1,4% tolterodina, fármacos con potencial sedante en un 6% uso de BZD de forma continuada, 20% de neurolépticos. En un 14% de prescripciones se supera la dosis máxima de lorazepam, un 6% de sulfato ferroso y un 4% de risperidona. Las duplicidades más frecuentes analizadas son la combinación de BZD en un 2,17%, así como de medicamentos cronotropos negativos (digoxina o betabloq + calcioantagonista). Un 13% de los residentes presenta un aclaramiento de creatinina (Cockcroft y Gault) < 13%. De los criterios STOPP se observa en pacientes con FA el 15% uso de digoxina, en EPOC 2% con teofilinas, pacientes con estreñimiento el 9% uso de calcioantagonistas; y de los criterios START destaca uso de IECA en un 50% de pacientes con ICC y de betabloqueantes ante cardiopatía isquémica en un 7%, un 55% de los pacientes diabéticos tiene prescrito un IECA o ARAII.

**Conclusiones:** Los pacientes geriátricos presentan alta comorbilidad y plurifarmacia. El disponer de una Guía farmacoterapéutica limita el uso de fármacos inadecuados en el anciano, sin embargo un seguimiento estrecho en cuanto a la duración de las medicaciones prescritas especialmente los psicofármacos, junto a una monitorización adecuada de los fármacos cardiovasculares garantiza una seguridad de la prescripción.

#### CO-077. VALOR PRONÓSTICO DE LA SITUACIÓN FUNCIONAL Y COGNITIVA EN LA MORTALIDAD DE LA NEUMONÍA EN EL PACIENTE ANCIANO

A. Calle Egusquiza, M. Arellano Pérez, L.M. Pérez Bazán, M. Pi-Figueras Valls, O. Sabartés Fortuny y M.A. Márquez Lorente  
Hospital del Mar. Hospital de la Esperanza. Centro Fórum. Instituto de Atención Geriátrica y Sociosanitaria. IAGS. Parc de Salut Mar. Barcelona.

**Objetivo:** Estudiar la influencia de la situación funcional y cognitiva en la mortalidad durante el ingreso en el paciente anciano con neumonía.

**Métodos:** Estudio de los pacientes que ingresaron con el diagnóstico de neumonía adquirida en la comunidad (NAC) en la Unidad de Geriatría de Agudos (UGA) entre los años 2004-2008. *Se determina:* situación funcional previa a la enfermedad mediante el índice de Barthel previo (IBp) e índice de Lawton (IL), situación funcional al ingreso mediante el índice de Barthel al ingreso (IBi) y situación cognitiva mediante el test de Pfeiffer (TP). *Se categoriza el IB en cinco grupos de dependencia:* total: 0-19, severa: 20-39, moderada: 40-59, leve: 60-79, independiente: 80-100. *Se categoriza el IL en tres grupos de dependencia:* total: 0, parcial: 1-7, independiente: 8. *Se categoriza el TP en tres grupos de deterioro:* no deterioro o leve: 0-4, moderado: 5-7, grave: 8-10. Se estudia la relación existente entre las variables y la mortalidad.

**Resultados:** Se incluyen 456 pacientes con una edad media de 85,5 años. La mortalidad durante el ingreso fue del 22,14%. El IBp, IBi e IL mostraron una relación negativa con la mortalidad mientras que el TP mostró una relación positiva, todas ellas estadísticamente significativas ( $p < 0,0001$ ). La mortalidad para las diferentes categorías en función del IBp fue: total: 37,1%, severa: 21,9%, moderada: 19%, leve: 18,5%, independiente: 10,4%, con una OR de 1,44. La mortalidad para las diferentes categorías en función del IBi fue: total: 31,1%, severa: 12,5%, moderada: 4,6%, leve: 4,3%, independiente: 0%, con una OR de 2,87. La mortalidad para las diferentes categorías en función del IL fue: total: 27%, parcial: 13,3%, independiente: 0%, con una OR de 2,6. La mortalidad para las diferentes categorías en función del TP fue: no deterioro o leve: 9,8%, moderado: 12,7%, severo: 25,7% con una OR de 1,81.

**Conclusiones:** 1. La situación funcional previa, al ingreso y la situación cognitiva del paciente anciano con NAC influyen de forma determinante en la mortalidad durante el ingreso. 2. Los índices pronósticos de mortalidad en la NAC deberían considerar la situación funcional y cognitiva cuando se aplican a la población anciana.

#### CO-078. LA ATENCIÓN A LOS ANCIANOS CON NEUMONÍA EN URGENCIAS: CAMBIOS EN EL PERFIL CLÍNICO Y LA ATENCIÓN MÉDICA EN 10 AÑOS

C. Pacho Pacho, O.H. Torres Bonafonte, M. Mateo Roca, E. Gil Olivas, S. Benito Vales y D. Ruiz Hidalgo  
*Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.*

**Objetivo:** Estudiar los ancianos atendidos por neumonía en el Servicio de Urgencias durante el invierno del 2010 y compararlos con los atendidos en el invierno del 2000.

**Material y métodos:** Estudio prospectivo observacional de los ancianos consecutivamente atendidos en Urgencias por neumonía confirmada radiológicamente durante el periodo de Diciembre 2009-Febrero 2010. Se registró el Índice (I) Fine (gravedad), el I Barthel previo y el I Charlson. Se compararon los datos con los obtenidos prospectivamente en 73 ancianos atendidos entre Enero y Marzo 2000.

**Resultados:** Se estudiaron 48 ancianos de  $81,4 \pm 7,1$  años. El 33,4% presentaron neumonías asociadas a cuidados sanitarios: 5 pacientes hospitalizados en los 90 días previos (10,4%), 5 vivían en residencias, 1 ingresado en un centro sociosanitario (2,1%), 1 asistía a un centro de día, 2 precisaban curas en domicilio (4,2%), 1 recibía quimioterapia intravenosa y 1 convivía con un portador de germen multiresistente. El 25% tenían factores de riesgo de aspiración. Estaban vacunados para el neumococo el 18,8%. Los pacientes consultaron a Urgencias tras  $6,6 \pm 8,16$  días del inicio de la clínica. El I Fine fue  $121,4 \pm 37,4$  (clase II el 4,4%, III 17,8%, IV 42,2%, V 35,6%), el I Barthel  $81,3 \pm 33,2$ , el I Charlson  $2,9 \pm 2,3$ . Ingresaron el 79,2% y el 12,5% estuvieron en observación en Urgencias durante 24-48 horas. El 15,6% requirieron ingreso en unidades de críticos. Se realizó 1 hemocultivo al 18,8% de los pacientes y 2 o más al 6,3%. Se identificó la etiología en el 26,1%, siendo los gérmenes más frecuentes S. pneu-

moniae (15%) y H. influenzae (7,5%). Comparando con los 73 pacientes del año 2000 sólo se observaron diferencias estadísticamente significativas respecto a: I Fine ( $106,1 \pm 24,9$ ,  $p = 0,04$ ), I Charlson ( $1,9 \pm 1,6$ ,  $p = 0,01$ ), vacunación antineumocócica (0%,  $p = 0,02$ ) y hemocultivos cursados (1 en 15,1% y 2 o más en 52%,  $p < 0,001$ ).

**Conclusiones:** En la actualidad atendemos a ancianos con neumonías más graves, mayor comorbilidad y mayor porcentaje de vacunación antineumocócica previa. No obstante, el porcentaje de ingresos hospitalarios y en áreas de críticos se ha mantenido estable. El número de hemocultivos cursados ha disminuido considerablemente, de acuerdo con los cambios en las recomendaciones de las guías de práctica clínica.

#### CO-079. LA INCONTINENCIA URINARIA: UNA SOLUCIÓN

M. Santacreu y R. Fernández-Ballesteros  
*Universidad Autónoma de Madrid. Madrid.*

La incontinencia urinaria (IU) se define como la pérdida involuntaria de orina objetivamente demostrable y de tal magnitud que constituye un problema social y/o higiénico para el paciente. Tiene repercusiones médicas, psicológicas, sociales, económicas e higiénicas. En España se estima una prevalencia de 10-15% en mayores que viven en la comunidad, 30-40% en medio hospitalario, 50-60% en medio residencial. La IU se puede dar a cualquier edad y en cualquier persona. Pero es más frecuente en mayores y mujeres porque se producen ciertos cambios que predisponen a su desarrollo. En el tratamiento de la incontinencia urinaria es conocida la eficacia de los ejercicios de Kegel, pero para ello es necesario que se programe una intervención, y eso es lo que se pretende con este trabajo.

**Objetivo:** El objetivo principal de este trabajo ha sido desarrollar y evaluar un programa de tratamiento conductual de la IU. Así pues se pretendía reducir o eliminar los episodios de incontinencia urinaria mediante la realización de los ejercicios de Kegel de forma constante y controlada durante 2 meses y conocer su evolución con un seguimiento a los 2 y 6 meses.

**Método:** La muestra está compuesta por 18 mujeres de entre 64 y 80 años de un Centro de Mayores de la Comunidad de Madrid que tenían IU. El programa consta de una sesión de información en grupo, una sesión individual de evaluación del problema, nueve sesiones de tratamiento y control y dos sesiones de seguimiento a los 2 y 6 meses.

**Resultados:** Los resultados muestran que el número de escapes de orina disminuye significativamente después de haber completado el tratamiento. Los resultados del seguimiento no se han obtenido todavía, pero estarán recogidos y analizados para la fecha del congreso.

#### CO-080. REPERCUSIÓN DE LA PANDEMIA DE GRIPE A EN MAYORES DE 65 AÑOS. UTILIDAD DE LA PCR PARA DIAGNÓSTICO PRECOZ

N. Fernández Martínez, J. Martínez Alarcón, V. Mazoterías Muñoz, J. Martín Márquez, A. González Ramírez y J. Gil Moreno  
*Hospital General de Ciudad Real. Ciudad Real.*

**Objetivos:** Determinar el grado de afectación de gripe A, las características y factores que pueden influir en la mortalidad de pacientes mayores de 65 años, diagnosticados a través de PCR.

**Material y método:** Estudio descriptivo retrospectivo mediante historia clínica y contacto telefónico con pacientes mayores de 65 años con sospecha de infección por gripe A, recogiendo como variables la edad (separada en menores y mayores de 75), sexo, situación basal (escala Barthel y Cruz Roja), convivencia, comorbilidad, exitus, cumplir criterios de caso gripe según el Centro Europeo de Control de Enfermedades (ECDC), ingreso, complicaciones respiratorias, tratamiento con Tamiflú y otros. Se analizan las variables independientes mediante chi-cuadrado, y análisis de la varianza para comparar medias.

**Resultados:** Se analizan un total de 157 pacientes, con edad media de  $75,52 \pm 6,9$ , siendo mayores de 75 el 54,8%, y hombres el 51,6%. El Barthel medio es de  $70,86 \pm 30,5$ . Son PCR+ 21 pacientes en total. Ingresan 87,3% de todos los pacientes, siendo los principales servicios de ingreso Medicina Interna (46,5%), y Geriátría (14,6%); precisan UCI 15 pacientes. Fallecen 19 del total. Las enfermedades más importantes son: HTA (74,5%), infección respiratoria (72,6%), EPOC (63%), Insuficiencia Cardíaca (36,3%), DM (30%), IRenal (30,6%). Aparece neumonía en el 41,4%. Se trata con Tamiflú a 33 pacientes, antibióticos al 93% del total, corticoides al 65%, paracetamol al 94%. Factores más relacionados con éxitus son: haber ingresado UCI ( $p = 0,008$  OR 4,5), tener antecedentes de Insuf. Cardíaca ( $p = 0,037$  OR 2,75), y leucemia o linfoma ( $p = 0,044$  OR 4,1, y Barthel ( $p = 0,039$ ).

**Conclusiones:** 1. La pandemia de gripe A no ha afectado de manera importante a los mayores de 65 años, y más del 50% de los pacientes cumplían criterios de caso gripe, aunque sólo se confirma en un 13,4%. 2. La realización precoz de PCR evita aislamientos y días de tratamiento con Tamiflú, con una reducción del gasto sanitario. 3. La complicación más importante es la neumonía. 4. Se relaciona con evolución desfavorable y fallecimiento, el precisar ingreso en UCI, padecer insuficiencia cardíaca o leucemia/linfoma, y la situación funcional valorada por Barthel.

#### CO-081. FACTORES PREDICTORES DE MORTALIDAD A LOS 6 MESES EN ANCIANOS DESPUES DE HOSPITALIZACIÓN POR ENFERMEDAD AGUDA

J.M. Omonte Guzmán, V.L. García Cárdenas, S. Soria Félix, E.M. Gallego González, M.I. Valadés Malagón, D.A. Martínez, J. Ortiz Alonso y J.A. Serra Rexarch  
Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.

**Objetivo:** Estudiar los factores predictores de mortalidad a los 6 meses del alta de una unidad de agudos de geriatría.

**Material y métodos:** *Diseño:* Estudio longitudinal prospectivo. *Lugar:* Unidad de hospitalización de agudos de geriatría. *Población:* pacientes  $\geq 70$  años dados de alta vivos. *Variable objetivo principal:* mortalidad a los 6 meses. *Factores predictores:* variables sociodemográficas, funcionales, comorbilidad, complicaciones de la hospitalización y datos de laboratorio. La asociación entre los factores predictores y mortalidad se realizó mediante regresión logística multivariante.

**Resultados:** 252 pacientes. Edad media  $87 \pm 6$  años ( $39\% \geq$  de 90). Mujeres 57%; 58% viudos; 58% dependiente para todas las AVD instrumentales, 30% dependientes para todas las AVD básicas, 60% requería ayuda para la deambulación. Índice de Charlson de  $3,1 \pm 2,1$ . Las principales comorbilidades eran Demencia (51%), Cardiopatía (50%) y Diabetes (33%). El 75% ingresó por patología Respiratoria, Circulatoria o Renal. Al alta hospitalaria 44% eran dependientes para todas las AVD básicas, 80% dependientes para la deambulación. La estancia media era de 7,5 días ( $69\% \leq 7$  días). A los 6 meses del alta, fallecieron 68 (27%). En el análisis univariante, los factores asociados a mortalidad eran edad, Índice de Charlson, Demencia, AVD instrumentales basales, AVD básicas y deambulación al alta y hemoglobina al alta ( $p < 0,05$ ; todas). En regresión logística multivariante, los factores asociados de forma independiente a mortalidad eran la capacidad de deambulación al alta, el índice de Charlson y la estancia hospitalaria ( $p < 0,01$ ; todas).

**Conclusiones:** En una población muy anciana y frágil, existen factores predictores de mortalidad que pueden ser susceptibles de mejoría como son el estado funcional y la estancia hospitalaria. Con estos factores, esperamos desarrollar un índice pronóstico de mortalidad, que es necesario para la toma de decisiones clínicas y tratamiento.

#### CO-082. ANCIANOS CON CÁNCER COLORRECTAL: PRESENTACIÓN Y ABORDAJE TERAPÉUTICO

N. El Kadaoui Calvo, A. Ruiz Pinto, M. Rodríguez Couso y M.P. Jiménez Jiménez  
Hospital Universitario de Guadalajara. Guadalajara.

**Objetivo:** Describir características clínicas y perfil de intervención médico quirúrgico en ancianos con cáncer de colon en nuestro medio.

**Material y métodos:** Estudio epidemiológico descriptivo retrospectivo en mayores de 75 años con diagnóstico histológico de cáncer colorrectal durante el año 2009 en el Hospital Universitario de Guadalajara.

**Resultados:** Se recogieron datos de un total de 74 pacientes mayores de 75 años, de los cuales 14 fueron mayores de 85 años. La media de edad se situó en 81,7 años, 53 (71,6%) fueron varones y la mayoría vivían en la comunidad (73%). La situación basal evidenció ausencia de deterioro cognitivo (71,6%) y dependencia leve o independencia en el autocuidado (58,1%). En más de la mitad (51,3%) la comorbilidad estaba ausente o es leve (21,6%), aunque presentaban polifarmacia (60,8%). En lo que respecta a la forma de presentación la anemia, la alteración del ritmo intestinal y la rectorragia fueron los 3 mas frecuentemente documentados, destacando que un 23% presentaron obstrucción intestinal en el momento del diagnóstico. La localización más frecuente fue en colon izquierdo (45,9%), seguido del recto (31,1%). Fue necesaria cirugía urgente en 12 de los pacientes (16,2%) y se practicó colostomía en 9 de ellos (12,2%). La enfermedad presentaba metástasis en el 36,5% de los casos. La mortalidad postoperatoria inmediata (primer mes post-cirugía) se situó en el 10,8%. Recibieron quimioterapia adyuvante un 36,5%, quimioterapia paliativa un 9,5%, radioterapia adyuvante en ca. de recto un 6,8%, y radioterapia paliativa en ca. de recto un 9,5%. Se remitieron a la unidad de cuidados paliativos un 15%, siendo la supervivencia a los 3 meses del diagnóstico del 69%.

**Conclusiones:** Los pacientes con cáncer colorrectal con diagnóstico histológico en nuestro medio presentan buena situación basal y leve comorbilidad, aunque se objetiva polifarmacia. La obstrucción intestinal fue una forma de presentación relevante. Destaca el bajo porcentaje de pacientes que reciben cualquier tipo de terapia adyuvante o paliativa con o sin cirugía acompañante, si bien la enfermedad ya era metastásica en el momento del diagnóstico en una proporción reseñable.

#### CO-083. APLICACIÓN DE LOS CRITERIOS DE ST. GALLEN EN LA CLASIFICACIÓN DEL RIESGO DE RECAÍDA Y EN LA NECESIDAD DE QUIMIOTERAPIA EN ANCIANAS CON CÁNCER DE MAMA

M.J. Molina-Garrido<sup>1</sup> y C. Guillén-Ponce<sup>2</sup>  
<sup>1</sup>Hospital Virgen de la Luz. Cuenca. <sup>2</sup>Hospital Ramón y Cajal. Madrid.

**Introducción y objetivos:** No existen guías específicas sobre el tratamiento del cáncer de mama en edades avanzadas. El objetivo de este estudio es analizar la repercusión de los criterios de St. Gallen en el tratamiento adyuvante de ancianas en un hospital universitario y su capacidad para predecir la aparición de recaídas en este grupo de población.

**Material y métodos:** Estudio retrospectivo con mujeres  $> 65$  años diagnosticadas de cáncer de mama no metastásico en el Hospital Universitario de Elche (2003-2006). Se utilizaron los criterios de St. Gallen para determinar el riesgo de recaída (alto riesgo [AR], intermedio [RI], o bajo riesgo [BR]). Se analizó la adecuación entre la decisión del oncólogo y las recomendaciones de dichos criterios: si recibían quimioterapia todas las pacientes con AR de recaída, y ninguna de las pacientes con BR. Mediante un análisis multivariante se comprobó si dichos criterios influían en la decisión del oncólogo de administrar quimioterapia. Con el test de Chi cuadrado, se determinó si el porcentaje de pacientes de AR que seguían libres de recaída, era mayor cuando se trataron de acuerdo a estos criterios.

**Resultados:** Se diagnosticó a 164 mujeres > 65 años. Había 66 pacientes con AR de recaída según St. Gallen. Setenta y ocho fueron tratadas con quimioterapia.

La decisión de administrar quimioterapia dependía de: edad < 70 años ( $p < 0,001$ , OR: 30), negatividad de receptores de estrógenos ( $p = 0,022$ , OR: 9,5) y de progesterona ( $p = 0,043$ , OR: 4,7), afectación axilar ( $p < 0,001$ , OR: 17,5) y, pobre diferenciación del tumor ( $p = 0,049$ , OR: 5,1). El tratamiento fue adecuado en 37 casos (20 pacientes de AR tratadas con quimioterapia, y 17 de BR, sin quimioterapia) e inadecuado en 49 casos (63,6%). De las 123 pacientes que seguían vivas y libres de enfermedad, el 55% había recibido un tratamiento sistémico óptimo, frente al 45%, con uno subóptimo ( $p = 0,060$ ).

**Discusión:** En esta serie, los criterios de St. Gallen no permiten predecir si las pacientes permanecerán sin enfermedad en función a que recibieran o no un tratamiento óptimo según estos criterios. Sólo el 26,4% de la muestra recibió un tratamiento adecuado según dichos criterios, y no influyeron en la decisión de administrar quimioterapia (análisis multivariante).

## Sesión Social I

### SO-001. SÍNTOMAS DE DEPRESIÓN EN PERSONAS MAYORES PROCEDENTES DE UN ESTUDIO PUERTA A PUERTA EN MÉXICO

J. Rivera Navarro<sup>1</sup>, J. Benito-León<sup>2</sup> y K.A. Pazzi Olazarán<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Universidad de Salamanca. Salamanca. <sup>2</sup>Hospital 12 de Octubre. Madrid. <sup>3</sup>Ban Rural.

**Introducción:** La depresión en el envejecimiento está asociada a factores clínicos y socio-demográficos y dicha enfermedad tiene serias consecuencias para los sistemas públicos de salud.

**Objetivo:** Estimar la prevalencia de síntomas depresivos y su asociación con otras variables, basándonos en un estudio poblacional de ancianos en México.

**Métodos:** Se realizó un estudio poblacional transversal en la capital del Estado de Tamaulipas, un estado en el Noroeste de México. 1.231 personas mayores de 65 años fueron estudiadas. La depresión fue valorada mediante la escala geriátrica de depresión (GDS) de 30 ítems; el deterioro cognitivo fue evaluado usando el Mini-Mental State Examination test; los datos generales de salud se obtuvieron a través de un cuestionario que recogía la salud percibida de los entrevistados y el apoyo social fue ponderado a través del instrumento Duke Unk.

**Resultados:** La prevalencia de síntomas depresivos fue estimada en un 29%. Los principales factores de riesgo incluían estado civil, ocupación, sucesos estresantes, nivel socio-económico y grado de apoyo social. La prevalencia de deterioro cognitivo no fue más alta en individuos con depresión que en aquellos no la tenían. Las personas mayores que consideraban su salud mejor tenían menos síntomas depresivos que aquellos que la consideraban peor.

**Conclusiones:** Según nuestras estimaciones de síntomas depresivos, casi una tercera parte de personas mayores tendrían depresión. La mejora de las condiciones de vida ayudaría a prevenir la enfermedad mental en los ancianos.

### SO-002. ACTIVIDADES COGNITIVAS Y FUNCIONAMIENTO COGNITIVO EN LOS MUY MAYORES

M.A. Molina Martínez, D. Zamarrón Cassinello, R. Schettini del Moral, D. López Bravo y R. Fernández-Ballesteros García  
Universidad Autónoma de Madrid. Madrid.

**Introducción:** El declive del funcionamiento cognitivo es una cuestión que preocupa al individuo y a la sociedad en general y, en especial, a la comunidad científica. Una línea de trabajo en este ámbito es

encontrar el modo de paliar el efecto que el curso de los años tiene sobre el funcionamiento cognitivo. Entre las hipótesis que se barajan y que provocan controversia está el que las actividades cognitivas tienen un efecto optimizador o compensador sobre el funcionamiento cognitivo. Esto es, si mantenerse activo mentalmente consigue efectos benéficos sobre el declive del funcionamiento cognitivo.

**Objetivos:** El objetivo principal de esta investigación ha sido analizar si la actividad es un factor protector del declive intelectual y más concretamente, examinar si la actividad intelectual, respecto de otro tipo de actividades, es un predictor del mantenimiento del funcionamiento cognitivo en un grupo de personas mayores de 90 años, que son independientes en las actividades básicas de la vida diaria y que tienen preservada su capacidad cognitiva.

**Método:** Esta muestra fue seleccionada para el Estudio bio-psico-social longitudinal sobre personas independientes de 90 años y más, financiado por el IMSERSO en su convocatoria I+D+I del 2005 (35/05) y el contrato entre IMSERSO y la FGUAM (044511/07). Se trata de un estudio longitudinal en el que inicialmente participaron 188 personas, 67 varones y 121 mujeres. En nuestro estudio se tomaron medidas del funcionamiento cognitivo y del nivel de actividad en dos momentos de tiempo y realizamos distintos tipos de análisis en la línea base y en el seguimiento.

**Resultados:** Nuestros resultados muestran como el nivel de actividad y el funcionamiento cognitivo están fuertemente asociados y, más aún, como la realización de actividades intelectuales en la línea base se asocia con un mejor funcionamiento cognitivo en el seguimiento.

### SO-003. ASOCIACIÓN ENTRE INDICADORES DE FUNCIONAMIENTO FÍSICO Y COGNITIVO EN FUNCIÓN DE LA EDAD

M.D. López Bravo

Centro Superior La Salle.

**Objetivo:** La investigación gerontológica muestra que el envejecimiento es el resultado de numerosos factores que interaccionan entre sí. Este estudio analiza si la correlación entre indicadores de funcionamiento físico aumenta en función de la edad.

**Método:** El trabajo se desarrolla sobre la base de datos del estudio europeo sobre envejecimiento EXCELSA (European Longitudinal Study of Aging) (Fernández-Ballesteros et al, 2004) que profundiza sobre la contribución de aspectos bio-conductuales y psicosociales en las diferencias de salud y competencia en distintos grupos de edad. La muestra está compuesta por 690 sujetos provenientes 7 países europeos; Alemania, Austria, España, Finlandia, Italia, Polonia y Portugal. Para la selección de la misma se utilizó el método de cuotas por edad (30-49,  $n = 175$ ; 50-64,  $n = 175$ ; 65-74,  $n = 169$ ; 75-85,  $n = 171$ ). Para el análisis de los objetivos del presente estudio se utilizaron las variables de: funcionamiento cognitivo y físico. La variable funcionamiento cognitivo se ha obtenido a través de las subescalas del test Wechler (1955) "Memoria de dígitos" (en la modalidad dígitos hacia atrás) y Dígitos Símbolo. La variable funcionamiento físico se ha obtenido mediante los indicadores de fuerza muscular, capacidad respiratoria y velocidad de golpeteo (velocidad motora). Se llevaron a cabo correlaciones de Pearson entre ambas variables en los cuatro grupos de edad y con fin de constatar con un fundamento inferencial sobre el peso de las correlaciones en función de la edad, se han aplicado técnicas estadísticas propias del Meta-análisis.

**Resultados:** Se confirma una progresión en el peso de la correlación entre estas dos variables en función de la edad. El modelo ponderado utilizado para contrastar la significación muestra con claridad que la pendiente que relaciona la asociación lineal entre los pares de variables y la edad es estadísticamente significativa.

**Conclusión:** Este resultado presenta interés en tanto en cuanto sugiere un aumento, en función de la edad, en la interacción recíproca entre indicadores de funcionamiento físico e intelectual. Esto impli-

caría que, a más edad, el equilibrio entre estos factores puede ser alterado más fácilmente cuando se ve afectado un dominio de funcionamiento, o, también, potenciado cuando alguno de los dos aspectos se estimula.

#### SO-004. ESPECIFICIDAD EN EL RECUERDO Y ENVEJECIMIENTO

A. Aizpurua Sanz y W. Koutstaal  
Universidad del País Vasco.

El envejecimiento puede producir una disminución en la capacidad para utilizar la memoria episódica de manera flexible, a diferentes niveles de especificidad ("control de la esencia"). En esta investigación empleamos la tarea de recuerdo flexible (Koutstaal, 2006); en esta tarea, tras una fase de estudio implícito de dibujos de objetos comunes, se requiere el reconocimiento de los objetos a nivel conceptual o específico de manera aleatoria. También se analizó la amplitud conceptual, un índice del componente semántico de la memoria a corto plazo. Además, se utilizó la batería neuropsicológica de funcionamiento frontal de Glisky et al. (1995), así como varias pruebas de inteligencia fluida de Cattell y Wechsler. Por un lado, replicamos resultados previos relacionados con una menor capacidad para el control de la esencia en los adultos mayores, en comparación con los jóvenes (Koutstaal, 2006). Además, encontramos que la capacidad para el control de la esencia correlacionó de manera positiva con la amplitud conceptual (un índice de la memoria semántica a corto plazo), el funcionamiento frontal y la capacidad de inteligencia fluida. Más importante aún; cuando se consideraron simultáneamente cada uno de los cuatro posibles contribuidores (edad, amplitud conceptual, inteligencia fluida y funcionamiento frontal), la capacidad para la inteligencia fluida resultó ser la única variable significativa a la hora de predecir la habilidad para el control de la esencia. Estos hallazgos sugieren que las intervenciones que facilitan el recuerdo flexible podrían ayudar a aumentar la flexibilidad del pensamiento, y viceversa, tanto en los adultos jóvenes como mayores. Se discuten las implicaciones de estos hallazgos, así como las líneas de investigación relacionadas que estamos desarrollando actualmente en nuestro equipo.

#### SO-005. LA IMPLEMENTACIÓN DEL DEMENTIA CARE MAPPING (DCM) EN UN CENTRO RESIDENCIAL PARA EL DESARROLLO DE SERVICIOS CENTRADOS EN LA PERSONA

J. Vila Miravent<sup>1</sup>, E. Fernández Gamarra<sup>1</sup>, A. Roca Rosero<sup>2</sup>, M.M. Prieto García<sup>2</sup>, C. Dalmau Grau<sup>2</sup> y R. Pujol Rovira<sup>2</sup>  
<sup>1</sup>Alzheimer Catalunya. <sup>2</sup>Llar Caixaterassa.

**Introducción:** Se detecta que la atención de las personas con demencia se centra más en las necesidades asistenciales y no tanto en las emocionales, relacionales y psicológicas. Para cubrir estas necesidades, conjuntamente con las asistenciales, se ha implementado un ciclo de mejora de la calidad, usando el Dementia Care Mapping (Bradford Dementia Group y Alzheimer Cataluña 2008), un método basado en la observación sistemática para identificar la perspectiva de la persona con demencia y desarrollar prácticas asistenciales centradas en la persona.

**Objetivos:** 1. Fomentar la inclusión de la persona en su plan de intervención. 2. Elaborar planes de atención individualizada y grupal teniendo en cuenta las necesidades cambiantes de las personas. 3. Desarrollar indicadores para incluir la perspectiva de las personas con demencia en la organización del servicio. 4. Ofrecer una psicología social de apoyo con la finalidad de compensar las limitaciones que conlleva la demencia.

**Método:** Formación en DCM e implementación de un ciclo que se compone de: preparación del centro; realización de la 1ra observación, devolución de resultados, diseño de un plan de acción y reali-

zación de la 2.ª observación a los 6 meses con su devolución y actualización del plan de acción. Cada observación se realiza con una muestra de 12 personas sobre un total de 28 usuarios durante un intervalo temporal de 6 horas.

**Resultados:** Se demuestra la mejora de la calidad de vida de las personas observadas según las escalas de valoración del DCM mediante un: 1. Aumento de los períodos temporales con un estado de bienestar emocional positivo. 2. Aumento de las interacciones satisfactorias con otros usuarios y personal de la unidad. Se demuestra el impacto positivo en el resto de personas atendidas mediante un: 1. Aumento de la diversidad de las actividades ocupacionales y lúdicas de la unidad. 2. Aumento de los elementos estimulantes del entorno. Se demuestra una mejora en la percepción del entorno laboral en las entrevistas cualitativas realizadas al personal de atención directa.

**Conclusiones:** El DCM se confirma como una propuesta que permite al equipo formular indicadores de trabajo para el desarrollo de un servicio centrado en las personas.

#### SO-006. EVALUACIÓN DE LAS REDES NEURALES ATENCIONALES EN EL ENVEJECIMIENTO SALUDABLE

M.L. Benítez Lugo, G. Rodríguez Gómez, A. Galvao-Carmona, A. del Olmo Fernández, C. Conde Gavilán, E. Vaquero Casares y M. Vázquez Marrufo  
Universidad de Sevilla. Sevilla.

**Objetivos:** El presente estudio pretende evaluar tres redes atencionales (alerta, capacidad de orientación y actuación del sistema ejecutivo frontal) en ancianos saludables.

**Material y método:** Se realizó un estudio piloto cuasiexperimental. Utilizamos dos muestras diferentes. La primera de ellas formada por personas jóvenes en rango de edad desde los 20 a los 40 años y, la segunda muestra conformada por población anciana en rango de edad desde los 50 a los 80 años. Ambos grupos muestran equivalencia en dominancia manual, género y aspectos sociodemográficos. Como nuestro estudio quiere analizar las redes atencionales en envejecimiento saludable, utilizamos en nuestros instrumentos diferentes escalas (Escala de Depresión de Yesavage y Mini-Mental), considerando necesario para participar en la investigación, obtener valores por debajo de 3 en el primero de los casos y superior a 28 en la segunda de las pruebas, excluyendo en consecuencia a personas que puedan tener trastorno depresivo y/o deterioro cognitivo. Dentro del protocolo de valoración neuropsicológica incluimos además de las escalas anteriores, el Design symbol así como dos baterías informáticas para aplicar dos paradigmas cognitivos que son el paradigma de "Oddball" y el "Attentional Network Test" (ANT), utilizando para las dos últimas pruebas el software E-prime. Todos los datos se procesan con el programa informático SPSS 15.0 para Windows, desarrollando pruebas descriptivas, y comparación de ambos grupos utilizando los análisis estadísticos t de student y Análisis de la Varianza (ANOVA).

**Resultados:** Encontramos que los ancianos presentan un enlentecimiento general en el procesamiento de la información. Asimismo, se halló que la red ejecutiva no estaba afectada en los ancianos, encontrándonos alteraciones en la red de alerta y de orientación. Además, se observó que la automatización del funcionamiento de las redes atencionales se muestra más lenta en el grupo de ancianos que en los sujetos jóvenes.

**Conclusiones:** Este estudio sugiere que existen alteraciones específicas de la Atención en el Envejecimiento Saludable, siendo este enfoque útil para el estudio de los aspectos básicos del proceso cognitivo "atención" en el envejecimiento, así como para su potencial aplicación en el desarrollo y validación objetiva de los programas de Estimulación Cognitiva en personas con envejecimiento saludable.

#### SO-007. DESCRIPCIÓN DEL ESTADO COGNITIVO Y AFECTIVO. UNA MUESTRA GALLEGA RURAL EN FUNCIÓN DE LA EDAD Y EL GÉNERO

H. Agrafojo, A. Maseda, T. Lorenzo, I. González-Abraldes, S. Rochette y J.C. Millán-Calenti  
Grupo de Investigación en Gerontología. Universidad de A Coruña. A Coruña.

**Objetivo:** El envejecimiento es un fenómeno que está aumentando de manera progresiva en España, siendo Galicia una de las comunidades autónomas más envejecidas como consecuencia de la disminución de la natalidad, el aumento en la esperanza de vida y los avances médicos. En este estudio se analizaron las características de una población rural, de un municipio de A Coruña, para observar sus características cognitivas y afectivas a medida que avanza la edad.

**Método:** Se realizó un análisis de contingencia sobre una muestra de 127 sujetos mayores de 65 años de edad para observar la presencia de depresión y deterioro cognitivo en función del género y la edad. Se utilizó una prueba de independencia para el análisis de relaciones estadísticas (Chi-Cuadrado) donde una  $p < 0,005$  fue considerada estadísticamente significativa.

**Resultados:** Se observó la existencia de relación estadísticamente significativa ( $p < 0,005$ ) en las variables deterioro cognitivo y edad. El 37,8% de los mayores presentaron deterioro, siendo el rango de edad de los 65-75 años donde se encontró un mayor porcentaje del mismo (45,7%), el cual se incrementó en el caso de las mujeres (68,8%). No se encontró relación estadísticamente significativa entre el estado afectivo y la edad. El 10,2% de los sujetos tenían depresión, siendo las mujeres las que más la acusaban (61,5%).

**Conclusión:** Se observa que a medida que se incrementa la edad se incrementan las probabilidades de sufrir deterioro cognitivo, aspecto que se inicia a partir de los 65 años de edad. Esto no sucede en cuanto a la depresión, ya que la edad no es un factor para padecer dicho trastorno. Nuestros datos concuerdan con diferentes investigaciones acerca del PMAE (Pérdida de Memoria Asociada a la Edad), mostrándose una tendencia de incremento de los casos en función de la edad y género femenino.

#### SO-008. EL ENTORNO FAMILIAR ANTE LA PROVISIÓN DE CUIDADOS A PERSONAS AFECTADAS DE PARKINSON

S. Anaut y J. Méndez  
UPNA.

**Objetivos:** El objetivo central ha consistido en detectar y profundizar en las necesidades y demandas del entorno familiar responsable de la provisión de cuidados a personas afectadas de Parkinson. Para ello se tomará la C.F. de Navarra, que cuenta con un diagnóstico de necesidades y demandas de las personas afectadas de Parkinson (2008).

**Métodos:** Junto a la revisión de fuentes estadísticas, se han realizado entrevistas en profundidad semiestructuradas y grupo de discusión con profesionales de las áreas sociosanitarias; grupos de discusión con familiares cuidadores; y varias profesionales sociosanitarias han pasado un cuestionario elaborado para la investigación. Los temas centrales han sido la vivencia de la enfermedad por parte de la familia proveedora, sus problemas y relaciones con la persona afectada, el nivel de dedicación y de utilización de recursos públicos o privados así como sus necesidades/demandas.

**Resultados:** La importante presencia de la familia en la provisión de cuidados no profesionales entra en contradicción con la excesiva medicalización de la atención. Este hecho focaliza todas las actuaciones hacia la persona afectada de Parkinson y hacia la propia enfermedad, dejando en un segundo plano a quienes proveen de cuidados de forma más extensiva en el tiempo y diversificada en sus modalidades. La familia queda relegada a la espera de que profesionales sanitarios o de servicios sociales reclamen su participación expresa. Se ha detectado un aumento de su protagonismo a medida que se pone de

manifiesto que las provisiones de cuidados no pueden ser atendidas sólo desde el ámbito sanitario. Desde ese momento familia y persona afectada constituyen un todo, aunque manifiesten necesidades y demandas no coincidentes.

**Conclusiones:** La familia es un importante apoyo para mantener la calidad de vida de las personas afectadas de Parkinson. Ha quedado de manifiesto que la atención sociosanitaria especializada y primaria no puede dirigirse solo a la persona afectada hasta que se generaliza su situación de dependencia. La atención sociosanitaria, como se hace con la información sobre la evolución de la enfermedad, ha de dirigirse a las personas responsables y/o proveedoras de la atención directa desde el primer momento, no teniendo que esperar a que afloren problemas en la convivencia, agotamiento, estrés.

#### SO-009. ENCUESTA SOBRE CONCIENCIACIÓN SOCIAL EN DEMENCIAS. UNA EXPERIENCIA EN ESTUDIANTES DE MEDICINA

J.A. López Trigo<sup>1</sup>, R. López Mongil<sup>2</sup> y J. Ganga Costa<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Ayuntamiento de Málaga. Málaga. <sup>2</sup>Diputación de Valladolid. Valladolid. <sup>3</sup>IFMSA Spain.

**Objetivos:** Se diseña una campaña para hacer que estudiantes de Medicina perciban la importancia de la demencia, aumenten su percepción y conocimiento de este síndrome geriátrico y piensen en ella como un problema médico y social. Analizar el grado de conocimiento que tienen sobre muchos aspectos de la misma (síntomatología, curso evolutivo, tratamiento, existencia en personas cercanas afectas y otras...).

**Metodología:** Por medio de una encuesta creada *ad hoc* se entrevista a estudiantes de Medicina de la Universidad de Alcalá de Henares (Madrid) pertenecientes al primer ciclo (1º, 2º y 3º curso). Se realiza en 2010. La encuesta incluye los siguientes ítems: ¿Conoce qué es la demencia? (P1), ¿Conoce la triple sintomatología de la Enfermedad de Alzheimer y de otros tipos de demencia? (P2), ¿Conoce cómo evoluciona la enfermedad? (P3), ¿Tiene algún miembro de su familia con demencia? (P4) ¿Le gustaría conocer cómo ayudar a cuidar y mejorar a estos enfermos? (P5), ¿Puede controlarse con tratamiento adecuado? (P6). Las respuestas son cerradas a "sí" o "no". Valoramos el grado de conocimiento por la respuesta "sí".

**Resultados:** La distribución de resultados es: Grupo:  $n = 74$  (56,75% mujeres). El grado de conocimiento (respuestas afirmativas), por ítems, es: P1 = 98,65%, P2 = 17,55%, P3 = 58,10%, P4 = 45,95%, P5 = 98,65%, P6 = 60,80%.

**Conclusiones:** En general las personas encuestadas conocen qué es la demencia. Al profundizar sobre evolución y sintomatología de la enfermedad el desconocimiento se hace muy patente. Llama la atención que un 40% de los estudiantes de medicina no conozca que un tratamiento adecuado pueda controlar la enfermedad y que cerca de la mitad de la muestra reconozca la demencia en su entorno. Programas de concienciación social como éste se hacen muy necesarios y adquieren un alto valor para suplir carencias de conocimientos y/o información en la población. Se ha conseguido motivar a un mayor acercamiento a la demencia a los participantes en este estudio.

#### SO-010. TALLER DE MUSICOTERAPIA PARA ENFERMOS DE ALZHEIMER Y SUS CUIDADORES EN UN CENTRO DE ESTANCIA DIURNA

J. Torres Pereira, E. Goicoechea Calderero, F. Revuelta Pérez, R.T. Andújar Barroso, Y. Alonso Martín y M. Alonso Martín  
Universidad de Huelva. Huelva.

**Objetivos:** Describir los efectos del taller de musicoterapia sobre algunos aspectos cognitivos y no cognitivos, tales como, a) la memoria,

b) las praxias ideomotoras, c) las reminiscencias, d) la orientación a la realidad, e) los trastornos de la conducta, f) la comunicación, y g) las relaciones interpersonales entre los enfermos y, también, entre los enfermos y sus cuidadores.

**Método:** El método de investigación ex post-facto fue la observación participante por parte de un equipo de profesionales sociosanitarios, a través de un 1. cuestionario de gustos y preferencias musicales de los usuarios, elaborado para la realización del taller, y un 2. registro de síntomas cognitivos (Mini Examen Cognoscitivo de Lobo, MEC) y 3. no cognitivos (Inventario Neuropsiquiátrico de Cummings, NPI).

**Resultados:** 1. El incremento en las funciones cognitivas: a) atención y memoria, b) automatismos, c) orientación a la realidad, d) praxias constructivas, e) lenguaje, f) habilidades sociales, g) concentración y cálculo, y por otra, 2. la disminución en los comportamientos: a) agitación, b) agresividad, c) irritabilidad, d) comportamiento motor aberrante y e) ansiedad.

**Conclusiones:** 1. El efecto del taller de musicoterapia ha sido muy positivo en a) la estimulación de las capacidades cognitivas y en b) el manejo de los trastornos de conducta. 2. Se manifestó un clima participativo muy idóneo para a) el trato y la atención a los usuarios y cuidadores del taller, y b) se intensificó la comunicación y, sobre todo, c) los recuerdos positivos que llegaron a expresarse activamente con alto grado de satisfacción y dinamismo. 3. Pueden plantearse nuevos objetivos de investigación, tales como, a) la existencia de diferencias estadísticamente significativas entre subgrupos de usuarios y cuidadores, y b) la existencia de relaciones estadísticamente significativas entre las variables del taller de musicoterapia y los aspectos evaluados, y de éstos entre sí, con el objeto de estudiar la posible diferenciación grupal y las relaciones entre las variables.

#### SO-012. EVALUACIÓN DEL DOLOR EN PERSONAS MAYORES CON DETERIORO COGNITIVO GRAVE CON LA ESCALA PAIN ASSESSMENT IN ADVANCED DEMENTIA (PAINAD)

E. Arriola<sup>1</sup>, J. Álaba<sup>2</sup>, A.B. Navarro<sup>3</sup>, C. Buiza<sup>3</sup>, M.F. González<sup>3</sup> y C. Domínguez<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Unidad de Memoria y Alzheimer. *Matia Fundazioa.*

<sup>2</sup>Centro Txara I- Gerozerlan. <sup>3</sup>Fundación Instituto Gerontológico *Matia.*

<sup>4</sup>Grupo de Demencias. *Matia Fundazioa.*

**Introducción y objetivos:** Existe evidencia de que el dolor es un síntoma subestimado e infratratado en personas con demencia, cuyo abordaje es muy complejo. La utilización de escalas observacionales de evaluación de dolor en demencias avanzadas es problemática, puesto que a menudo su expresión cursa con depresión, ansiedad, confusión, etc., síntomas que son frecuentes en la experiencia de dolor y en el curso propio de las demencias. El objetivo de este trabajo es examinar qué síntomas neuropsiquiátricos están asociados con la experiencia de dolor.

**Material y método:** Participaron 56 personas de entre 62 y 101 años, (media = 84,8; DT = 6,99), 47 mujeres y 9 hombres con estadios entre 5 y 7 en la escala GDS de Reisberg, residentes en centros de la Fundación *Matia*. Se administraron los instrumentos: escala de depresión de Cornell, escala de síntomas conductuales NPI-NH, escala de ansiedad de Hamilton y escala observacional PAINAD (Warden, Hurley y Volicer, 2003). Ésta evalúa aspectos no-verbales y de respuesta vegetativa, tipo de respiración, verbalización, expresión facial, lenguaje corporal y consolabilidad (puntuación total de 0 a 10, siendo 0 = no dolor, 1-3 = dolor leve, 4-6 = dolor moderado y 7-10 = dolor grave).

**Resultados:** La escala PAINAD obtuvo una consistencia interna de 0,80. Un 26,8% de la muestra puntuó 0, un 42,9% entre 0-4 y un 30,3% valores > 4. Se encontraron correlaciones estadísticamente significativas entre las puntuaciones de la PAINAD con la puntuación relativa a la escala de depresión de Cornell ( $r = 0,36$ ,  $p < 0,01$ ), la pun-

tuación total Frecuencia  $\times$  Severidad del NPI-NH ( $r = 0,37$ ,  $p < 0,01$ ) y la escala de ansiedad de Hamilton (0,33,  $p = 0,01$ ).

**Conclusiones:** Como indican los resultados, la experiencia de dolor en pacientes con demencia avanzada está relacionada con la aparición de sintomatología afectiva y conductual, por lo que debería tratarse con analgésicos en lugar de con neurolépticos o antidepresivos. Se evidencia la necesidad de desarrollar herramientas fiables que midan el dolor en este tipo de pacientes para aplicar la estrategia adecuada de tratamiento, mejorando así su atención. Investigación posterior en este campo debería examinar la diferenciación de las alteraciones de conducta en estos pacientes como reflejo de dolor o como síntoma asociado a la demencia.

## Sesión Social II

### SO-013. EL SIGNIFICADO DE LA VEJEZ Y LAS POLÍTICAS DE VEJEZ EN ESPAÑA

J.R. León Pérez

*Universidad Autónoma de Barcelona. Barcelona.*

El presente artículo pretende comunicar la reescritura y mejora de aportaciones anteriores, y sobre todo, a contribuir en el desarrollo de la Sociología de la Vejez y al debate de la Política Social y Sanitaria dirigida al colectivo de personas mayores. Por eso, este estudio consta de cuatro partes diferenciadas, recupera los aspectos de fondo teóricos sobre el análisis de la vejez e, intenta mejorar la comprensión de cómo los cambios sociopolíticos, hoy en día, modifican la situación en la que las personas mayores son consideradas dependientes o autónomas. En segundo lugar, pone en discusión el papel del estado y de los actores involucrados en el desarrollo de su acción en el campo de las personas mayores. Es decir, que quiere contribuir de alguna forma al debate que mucha gente implicada en las cuestiones de la vejez mantiene sobre la forma y contenido de las intervenciones públicas en las nuevas situaciones como son, la Dependencia o Autonomía personal, donde las personas mayores están actualmente presentes.

### SO-015. APOYO SOCIAL ESTRUCTURAL Y FUNCIONAL: DISTINTAS PERCEPCIONES SEGÚN EL GÉNERO

T. Lorenzo, A. Maseda, G.A. Vázquez, S. Rochette,

I. González-Abraldes y J.C. Millán-Calenti

*Grupo de Investigación en Gerontología. Universidad de A Coruña. A Coruña.*

**Objetivo:** El apoyo social se refiere al tipo de soporte que una persona recibe de otros; generalmente se clasifica como apoyo estructural y apoyo funcional o emocional. Es necesario conocer las características de los factores que componen el apoyo social, y su asociación con factores sociodemográficos como el género.

**Método:** Estudio transversal en una muestra de mayores de 65 años que acudían a centros de día, clubs de jubilados, centros cívicos, etc. y decidieron participar voluntariamente en esta investigación. Se realizó en un medio urbano (A Coruña) y otro rural (Mondoñedo, Lugo) una entrevista personal, a través de un cuestionario estructurado que incluye variables que evalúan la situación sociodemográfica y la percepción del apoyo social tanto funcional como estructural.

**Resultados:** Se observaron diferencias ( $p < 0,005$ ) en función del género en varios ítems: "En los últimos años he recuperado el contacto

con mis amigos" (el 29,9% de las mujeres estaban bastante y muy de acuerdo con la afirmación vs. 10,6% de los hombres), "No tengo amigos, sólo conocidos" (poco o nada de acuerdo el 54,6% de las mujeres vs. 28% de los hombres), y "Ahora tengo más amigos que antes" (muy o bastante de acuerdo, 17,9% de las mujeres vs. 0% de los hombres). Respecto al apoyo funcional, las diferencias ( $p < 0,005$ ) se observan en los ítems "Ahora tengo menos amigos que antes" (el 69,2% de las mujeres estaban bastante y muy de acuerdo con la afirmación frente al 96,5% de los hombres), "Tengo amigos/as de confianza o íntimos" (el 53,3% de las mujeres estaban bastante y muy de acuerdo con la afirmación frente al 32,8% de los hombres).

**Conclusión:** Nuestros resultados, las mujeres tienen amigos íntimos y mantienen su círculo durante más tiempo. Los hombres perciben menos apoyo cualitativo y cuantitativo de sus amigos. Como buen predictor de la disponibilidad de ayuda informal, las diferencias en el apoyo funcional deben forma de los objetivos de los servicios socio-sanitarios para cubrir las necesidades en función del género evitando la homogeneización del grupo. El fin último es desarrollar programas de atención gerontológica acordes con las necesidades del individuo, incrementando así su eficiencia y eficacia.

#### SO-016. TIEMPO DE RECUPERACIÓN DE EVENTOS VITALES Y VARIABLES MEDIADORAS

M.D. López Bravo<sup>1</sup>, R. Fernández-Ballesteros<sup>2</sup>, M.D. Zamarrón<sup>2</sup>, M.A. Molina<sup>2</sup> y R. Schettini<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Centro Universitario La Salle. Madrid. <sup>2</sup>Universidad Autónoma de Madrid. Madrid.

**Objetivo:** Los estudios sobre estrés muestran la diversidad de variables mediadoras –entre ellas, la edad, sexo y el estatus socioeconómico– influyen en el tiempo de recuperación tras eventos difíciles o conflictivos. Este estudio ahonda en la influencia conjunta del tipo de evento, la edad, sexo y nivel socioeconómico sobre el tiempo de recuperación informado.

**Método:** Este trabajo parte de los datos recogidos en la línea base del estudio *Longitudinal sobre Envejecimiento Activo* (ELEA). La muestra de este estudio específico está compuesta por 246 sujetos (83 varones y 163 mujeres) con una edad media de 67 (rango 55-75 años). *Las variables utilizadas fueron:* 1. "eventos vitales experimentados en el último año" (obtenida a través del análisis de los problemas autoinformados); 2. "tiempo de recuperación" (operativizado en meses); 3. "edad" (menores y mayores de 65 años); 4. sexo; 5. "nivel socioeconómico" (renta mensual y nivel de estudios). Para contrastar el efecto conjunto del tipo de evento vital, la edad, sexo y el nivel socioeconómico sobre el "tiempo de recuperación" se llevaron análisis de varianza factorial (procedimiento: Modelo lineal general: Univariante).

**Resultados:** Los resultados muestran que el tiempo de recuperación está en función del tipo de evento. El evento informado: "muerte del cónyuge" muestra una media, en meses de recuperación, significativamente más alta con respecto al resto de eventos informados: "muerte de los padres"; "muerte de otros familiares y amigos" (se excluyeron los casos puntuales que experimentaron la muerte de un hijo); "problemas de salud de personas significativas"; "problemas de relación con los otros"; "problemas de salud propios"). Así mismo encontramos que este dato es más claro en el grupo de edad "menor de 65 años", no habiendo diferencias en función del sexo ni del estatus socioeconómico.

**Conclusión:** Se observa un mayor tiempo de recuperación del evento "pérdida del cónyuge" con respecto al resto de eventos. Esto es coherente con otros estudios sobre envejecimiento que señalan la importante influencia de este evento en la salud física y mental del individuo. Así mismo, la mayor demora en la recuperación de este evento en los sujetos más jóvenes, sugiere que un pausable mecanismo explicativo sería la su menor previsibilidad en estas edades.

#### SO-017. PROGRAMA INTERGENERACIONAL DE INICIATIVA LOCAL A FAVOR DE UNA ALTURA DE PAZ Y CONVIVENCIA. "LA EXPERIENCIA DE UN ENCUENTRO ENTRE MAYORES Y NIÑAS/OS: CUÉNTAME PORTUGALETE"

A. Mosquera Lajas, M. Jáuregui González, A. Sainz Ibarra, G. Ruiz Santana, R. Salazar Torre y L. Darreche Urrutxi  
*Fundación Aspaldiko.*

**Objetivos:** 1. Promover espacios de articulación y reconocimientos intergeneracionales. 2. Propiciar la vinculación intergeneracional desde el intercambio de saberes. 3. Aproximarse a las diferentes culturas desde los mitos, leyendas y cuentos. Planteando como estrategia pedagógica la reflexión en torno a la discriminación, tolerancia, valoración y respeto a lo diverso. 4. Generar un espacio de convivencia e intercambio cercano, amable y alegre.

**Método:** Experiencia intergeneracional promovida y cofinanciada por el Ayuntamiento de Portugalete, Bakeola; centro para la mediación y regulación de conflictos y Centro Gerontológico Aspaldiko: 1. Contactos con grupos destinatarios; a) Población infantil del municipio de Portugalete entre 7 y 12 años (visitas y reuniones con responsables de los colegios). b) Personas mayores de diferentes ámbitos y realidades. 2. Encuentros previos con los mayores participantes para recopilar y trabajar todas las historias a contar. 3. Confeccionar: a) La entrada a las aulas; b) Reparto de los colegios e historias. Motivación de educadoras, alumnos/as y mayores. Educadoras de los centros como mediadoras de la comunicación (detección dificultades, orientaciones conductuales).

**Resultados:** Participaron 44 personas mayores. (Abuelas/os del alumnado, Residencia y Centro de Día Aspaldiko, Centro Día San Roque, Asociación de Mujeres de Répelega, Asociación Argentina). De entre 62 y 85 años. 822 alumnos/as de entre 7 y 12 años, de 6 Centros escolares de Portugalete (CEP Antonio Trueba, Gabriel Celaya, Virgen de la Guía, Ruperto Medina, Kanpazar, Carmen). Encuentros realizados entre septiembre 2008 y enero 2009. Sesiones grupales. Una hora de duración en las aulas de los colegios.

**Conclusiones:** 1. Flexibilidad y capacidad de adaptación tanto de las personas mayores como niños/as. 2. Enriquecedor diálogo entre ambas generaciones. 3. Modificación de conductas y cogniciones por parte de las dos generaciones (aumento de la comunicación interpersonal, contacto físico, mejora autoestima, creación de espacios mutuos). 4. Las narraciones de "Historias de Vida" posibilitan el rescate cultural por transmisión oral, permitiendo a los niños/as conocer por boca de los protagonistas, acontecimientos del pasado y a los mayores revalorizar su autoimagen. 5. Cada encuentro logró que los niños/as interiorizaran al mayor como fuente de sabiduría y experiencia, y a los mayores tener una apertura para aprender y enseñar, formando así un circuito de retroalimentación y educación permanente.

#### SO-018. RELACIONES SOCIALES EN PERSONAS MAYORES

D. Sequeira Daza<sup>1</sup> y J.L. Cabezas Casado<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Becaria Conicyt Chile. <sup>2</sup>Universidad de Granada. Granada.

**Introducción:** Las relaciones sociales favorecen el desarrollo psicológico y social y a la vez, protegen contra las enfermedades. Cuando las personas mayores carecen de relaciones íntimas y tienen la percepción de no tener suficientes amigos, experimentan sentimientos de desarraigo social y de soledad.

**Objetivos:** Evaluar la red social de las personas mayores de la comuna de Valparaíso; identificar algunas características de personalidad que influyen en el establecimiento de relaciones sociales.

**Metodología:** Estudio descriptivo realizado en junio-diciembre 2008 en la Oficina Comunal del Adulto Mayor de Valparaíso; la muestra estuvo constituida por 35 hombres y 91 mujeres con un promedio de 70,75 años. Se aplicó una encuesta estructurada con preguntas

relacionadas con la red social, características demográficas y las sub-escalas de cordialidad, gregarismo y depresión del NEO-PI-R, el análisis de datos se realizó con la versión 15 del SPSS.

**Resultados:** El 89,9% tiene un promedio de 4 familiares y de 3 amigos (85%) de confianza, se encuentran satisfechos con las relaciones familiares en un 69% y con los amigos un 64%, el 64% frecuenta a sus amigos y el 70,6% a sus familiares al menos una vez a la semana, el 21,4% se siente solo. Las mujeres obtienen una media en calidez mayor que los hombres (23,10 y 22,20) mientras que los hombres obtienen una media más alta en gregarismo (17,94 y 17,64), ambos grupos obtienen medias similares en depresión (11,40 y 11,33), no se aprecian diferencias significativas con el sexo, edad y escolaridad.

Los mayores con amigos presentan medias mayores en calidez (23,28), gregarismo (17,87) y depresión (11,40), existiendo diferencias significativas en calidez ( $> 0,05$ ); los que se sienten acompañados presentan una media mayor en calidez y depresión; se apreciaron diferencias significativas en calidez ( $> 0,01$ ), gregarismo ( $> 0,04$ ) y depresión ( $> 0,5$ ), frecuencia con que ve a los amigos y la satisfacción de la relación que tiene con ellos.

**Conclusiones:** Las relaciones sociales son influidas por variables de personalidad como la calidez y el gregarismo siendo las mujeres más cálidas y los hombres más gregarios, en esta muestra las variables demográficas no influyen en sus relaciones sociales. El sexo influye en las variables de personalidad.

#### SO-019. LA TAREA ASESORA DE INSPECCIÓN

M.J. Contreras García, E. López Romero y M. Vidal Puig  
*Generalitat de Catalunya.*

**Objetivo:** Asesorar al equipo profesional que atiende adultos mayores, para que reflexionen sobre la utilización de la contención física y las mejoren y reduzcan, incorporando medidas alternativas humanas, libres y confortables.

**Método:** El Servicio de Inspección lleva dos años asesorando a las residencias en este aspecto. Hemos observado, en la mayoría de los casos, una gran mejora, sin tratar los datos de forma sistemática ni incorporarlo como objetivo de todo el servicio. En el 2010 hemos incorporado como objetivo asesorar para la mejora y reducción de las contenciones físicas en los centros geriátricos. Se aprovecharán los visitas de seguimiento anual a estos centros, para efectuar los asesoramiento, con una posterior recogida de datos, análisis y evaluación.

**Resultados:** En los últimos años se ha observado un incremento de la utilización de los sistemas de contención física de manera continuada, posiblemente por cambio de perfil del usuario (aumento de la dependencia), falta de personal cuidador, miedo a denuncia de los hijos, exceso de paternalismo, falta de formación, falta de humanidad, etc. Para implementar esta mejora se seguirán estos pasos: 1. Elaboración de un protocolo de actuación inspectora respecto este asesoramiento. 2. Elaboración de un dossier, sintético, sobre las sujeciones y sistemas alternativos. 3. En la visita de inspección: Asesorar, recoger los datos de las personas con contención física en el momento de la visita, así como otros datos (ej.: fecha de inicio de la contención, sistema de contención, disposición de prescripción, si ha habido caídas previas con lesiones, etc.) 4. Invitar a todo el equipo asistencial a la reflexión, con previa documentación, y posterior revisión de las prescripciones de contención físicas y reducción de estas, con aplicación de sistemas alternativos. 5. Pasado un mes, enviar los resultados al Servicio de Inspección 6. El asesoramiento se incorporará sistemáticamente en las visitas de inspección, pero la recogida de datos, para su posterior estudio, se hará durante 3 meses.

**Conclusión:** Queremos demostrar la efectividad del "Asesoramiento" de la Inspección, en la mejora de la atención y el bienestar de los adultos mayores con alta dependencia física y cognitiva.

#### SO-020. ENTORNOS SIGNIFICATIVOS PARA MAYORES INSTITUCIONALIZADOS

X.M. González González y A.D. Castro Gutiérrez  
*Diputación de Valladolid.*

**Objetivo:** Valorar la importancia, como indicador de calidad, de la oferta de actividades educativas y socioculturales de las residencias de personas mayores.

**Método:** 1. Inventario y catalogación de las actividades ofertadas: adecuación y beneficios asociados. 2. Análisis del grado de satisfacción mostrada por los participantes.

**Resultados:** Una contribución significativa de los Programas Socio-educativos y de Animación Sociocultural es la orientada a la mejora de la gestión del tiempo libre. Lo urgente sigue siendo el plan de autocuidados diario y personalizado pero lo importante, y por tanto esencial también, constituye una asignatura pendiente por precisar de abordajes interdisciplinares que integren la atención directa.

**Conclusiones:** 1. Las residencias constituyen el hogar adecuado de quienes hayan agotado los otros recursos alternativos si el ingreso va acompañado de medidas encaminadas a facilitar la adaptación. Los residentes demandan una adecuación de la rehabilitación: ni la oferta es suficiente, por el propio carácter individual del abordaje terapéutico, ni adecuada por la coexistencia de mayores con suficiente nivel de autonomía como para requerir actividades sociales, culturales, educativas y lúdico-recreativas que les reconcilien con las profundas aspiraciones de su momento vital. 2. La ordenación jurídica del sector ha obligado a una importante y necesaria renovación en la accesibilidad y en los servicios ofertados por los centros pero no suficientemente, a nuestro juicio, a las mejoras en el clima residencial que también viene facilitado por programas educativos y socioculturales que promuevan, respectivamente, procesos de *desaprendizaje* y de *empowerment*. 3. *Desaprender* hace posible la solidaridad horizontal entre residentes y el abandono de conductas disruptivas, por ejemplo. El *empoderamiento* propicia la autogestión en la búsqueda de soluciones a los problemas que les afecten y devuelve la dignidad a sus protagonistas. 4. Dos instrumentos (complementarios todos ellos a otra oferta más netamente terapéutica) han sido la constitución en 1995 de un "Aula de Mayores" y en 1997 de un "Consejo de Residentes" regulado por una normativa aprobada en las más altas instancias de la institución. Del Aula y del Consejo han nacido programas consolidados como el de Voluntariado, "Ventana Abierta", "Olimpiada para Mayores", Excursiones, encuentros e intercambios o multitud de talleres y actividades...

#### SO-021. RELACIÓN ENTRE LA ADHERENCIA Y LAS MOTIVACIONES PARA LA PRÁCTICA DE EJERCICIO EN LA TERCERA EDAD

M. Carrasco, S. Martínez Rodríguez, N. Ortiz, I. Amayra Caro, P. Fernández de Larrinoa e I. Gómez Marroquín  
*Universidad de Deusto. Bilbao.*

**Objetivos:** Analizar la relación entre motivaciones y adherencia a la práctica de ejercicio físico en personas mayores de 60 años.

**Método:** Se entrevistó a 118 personas (M = 69,51 años; DT = 5,28) que participaban en el Programa de Promoción del Ejercicio Físico del Ayuntamiento de Bilbao. Se recogieron datos sociodemográficos, datos sobre la práctica de ejercicio y sobre los motivos de participación. Se empleó el *Autoinforme de Motivos para la práctica de ejercicio físico* (Capdevila, 2004) adaptado a personas mayores. Se consideró como adheridos a aquellas personas que realizaban ejercicio de manera regular (al menos 3 días a la semana) desde hacía 6 meses. Se llevaron a cabo análisis mediante la prueba t-student y la prueba U de Mann-Whitney para dos muestras independientes (adheridos y no-adheridos).

**Resultados:** Los motivos más citados se relacionan con el mantenimiento de un buen estado de salud, el cuidado de la forma física (agilidad, flexibilidad, fuerza y resistencia) y el logro de sensaciones de bienestar y satisfacción. Los motivos menos citados se relacionan con motivos competitivos y de reconocimiento social, para tratar enfermedades concretas o por prescripción médica y por motivos de peso e imagen corporal. Tanto los adheridos como los no-adheridos coinciden a la hora de valorar en mayor grado los motivos relacionados con la salud, la forma física y la satisfacción. Se observan diferencias estadísticamente significativas en el caso de los motivos relacionados con el cuidado del peso y la imagen corporal ( $t(116) = -2,873$ ;  $p = 0,005$ ), presentando una mayor puntuación las personas adheridas.

**Conclusiones:** Las personas mayores se ejercitan por motivos intrínsecos (satisfacción) y extrínsecos con un alto grado de autodeterminación (cuidado de la salud y forma física). Tanto los adheridos como los no adheridos valoran en mayor medida estos motivos. Además, a pesar de que no son los motivos más citados, se observa una relación entre la adherencia y los motivos relacionados con el cuidado del peso, pudiendo estar relacionados con el cuidado de la salud, y estéticos, pudiendo ser más conscientes de los beneficios del ejercicio para su imagen corporal.

#### SO-022. PERFILES DE NECESIDAD Y CARGAS DE TRABAJO EN PLAZAS POST-HOSPITALARIAS. ESTUDIO COMPARATIVO DE UN RECURSO SOCIONATARIO Y UN RECURSO RESIDENCIAL

L. Literas, A. Navarro, M.D. Fontanals e I. Ancizu  
Fundación SAR.

**Objetivos:** Profundizar en la definición de la tipología de usuarios definidos habitualmente en el recurso “residencial larga estancia” con procedencia hospital de agudos, mediante el análisis de diagnósticos al ingreso, situación funcional y cognitiva, perfil de necesidades, y carga de trabajo; comparándolos con usuarios del recurso “convalecencia sociosanitaria”. La hipótesis del estudio es que recursos con definiciones diferentes de acuerdo al marco normativo y organizacional generado por las CCAA en el uso de sus competencias, cumplen similares funciones.

**Método:** Estudio comparativo del perfil de necesidad y la carga de trabajo, de personas con procedencia hospitalaria atendidas durante el año 2008 en plazas privadas del centro residencial SAR Arturo Soria (AS), de Madrid, y en plazas de convalecencia del centro sociosanitario SAR Jaime Nadal Merolles (JNM), de Lérida. *Se han evaluado los siguientes aspectos:* diagnóstico clínico, motivo y procedencia de ingreso, estancias, motivo y destino al alta, situación funcional y cognitiva, asignación de planes de enfermería, fisioterapia, terapia ocupacional, psicológicos y de ocio.

**Resultados:** Durante el año 2008 se atendieron 60 personas provenientes de hospital de agudos en AS y 71 en JNM. En ambos centros la mayoría de personas ingresó con diagnóstico de enfermedad en el aparato circulatorio y fracturas, alto deterioro funcional y gran dependencia. Los motivos de ingreso más usuales fueron internamiento terapéutico, rehabilitación funcional y dificultad para cubrir Actividades de la Vida Diaria (AVD). El 100% en AS y el 100% en JNM mejoraron al alta su situación funcional y cognitiva, con el objetivo común de retorno al domicilio.

**Conclusiones:** Las plazas privadas de AS destinadas a usuarios procedentes de hospitales tienen características similares y cumplen análogas funciones asistenciales que las plazas públicas concertadas de convalecencia en JNM. Ambas cumplen el objetivo asistencial –en un período breve e intenso– de estabilizar y mejorar la situación funcional de personas con cuadros diagnósticos caracterizados por fracturas de fémur, tibia o pelvis o enfermedades del aparato circulatorio. El motivo del ingreso es generalmente de tipo terapéutico y el destino del alta es el propio domicilio.

#### SO-023. OJEADA HISTÓRICA A LA GERIATRÍA Y GERONTOLOGÍA. APORTACIONES DESDE VALLADOLID

R. López Mongil  
Diputación de Valladolid. Valladolid.

**Objetivos:** Recoger y aportar datos sobre la historia de la Geriatría relacionada con la ciudad de Valladolid.

**Material y método:** Se analizan diferentes contribuciones desde la Universidad de Valladolid, la ciudad como sede del V congreso de la Sociedad Española de Geriatría y Gerontología, información relacionada con la docencia de la asignatura y la incorporación de la especialidad en la sanidad pública.

**Resultados:** La primera referencia encontrada aparece en el tomo IV del tratado de Medicina Interna dirigido por el profesor Bañuelos, catedrático de la Universidad de Valladolid. Se recoge en las págs 885 a la 907 una variada exposición de temas bajo el epígrafe “Vejez y enfermedades de la Vejez”, publicado en 1953. Se inicia con el concepto de Geriatría y Gerontología. Posteriormente la Sociedad Española de Gerontología, como entonces se denominaba, publica en las “Monografías Médicas” las tres ponencias y comunicaciones a las mismas realizadas durante el V Congreso Nacional de Gerontología que tuvo lugar en Valladolid hace 40 años, en 1971. Se introducen términos geriátricos ya presentados en la reunión de la Sociedad el año previo en Soria como “Yatrogeroloxia”. La docencia en la Facultad de Medicina se vuelve a incorporar en 1995 como asignatura troncal, desapareciendo con el siguiente plan de estudios. En la Diplomatura de Enfermería se imparte ininterrumpidamente la asignatura de Enfermería Geriátrica desde 1987 y se incorpora como asignatura optativa la de Psicogeriatría en 2002. Tras un acuerdo marco entre los Ministerios de Sanidad y Servicios Sociales de fecha 14-12-1993, se decide reestructurar la asistencia y en los criterios de ordenación para servicios de personas mayores se apuesta por crear Equipos de Valoración y Cuidados Geriátricos, de los cuales se destinan 3 de ellos a Valladolid, creándose los mismos entre 1995 y 1996. En 1998 se presenta en la Universidad de Valladolid la tesis doctoral “Validación de instrumentos de valoración funcional para residencias de ancianos”. Se publican con el nombre CM 98 como homenaje y reconocimiento al Cardenal Marcelo y al centro residencial donde se desarrolló la investigación. Destacar que Valladolid es la ciudad natal del primer y único catedrático de la especialidad: Dr. Ribera Casado.

### Sesión Social III

#### SO-025. GEROARTECULTURA: LA CULTURA Y EL ARTE EN UN CENTRO INTERGENERACIONAL

S. Garde Iriarte<sup>1</sup> y J. Jerez Bernabeu<sup>2</sup>  
<sup>1</sup>Amma Argaray. <sup>2</sup>SNGG.

**Antecedentes:** Un Centro Intergeneracional (CI) es el lugar donde “niños/jóvenes y personas mayores participan conjuntamente y en el mismo emplazamiento, en servicios o en programas continuos, interactuando tanto de manera formal, como en encuentros de tipo informal” (Goyer, 2001), logrando beneficios para ambos.

**Objetivos:** 1. Que niños y mayores convivan juntos. 2. Que realicen actividades intergeneracionales. 3. Que logren beneficios y niveles de satisfacción por la realización de actividades. 4. Que las actividades continúen en el tiempo.

**Método:** La comunicación recoge las actividades realizadas en los tres últimos años de la Residencia de Ancianos Amma Argaray, dando también visibilidad a las actividades que se están haciendo en Navarra, señalando los programas que ya funcionan, mostrando los logros,

y enseñando el impacto de lo que hacemos, y los beneficios de los programas.

**Resultados:** EL Centro Gerontológico Amma Argaray de Pamplona, ha apostado por ser un Centro Intergeneracional en el que *la cultura y el arte* son dos elementos vehiculizadores de un programa permanente de relaciones intergeneracionales. El Centro es una plataforma en la que interactúan habitualmente: mayores y pequeños, donde artistas aficionados residentes en el CI Amma Argaray (pintura); artistas de edad avanzada, vecinos de Pamplona, que mantienen exposiciones permanentes en las instalaciones de Amma; alumnos de la Universidad de Mayores Francisco Yndurain, que tiene su sede en las instalaciones de Argaray; alumnos de cuatro Colegios de Pamplona, que interactúan en los talleres y actividades plásticas del Centro, con una periodicidad trimestral cada Colegio; voluntarios del programa Poetas Solidarios de la Cruz Roja que mantienen una tertulia literaria mensual con los residentes.

También se organizan eventos puntuales como el Artsombrade 2009: durante una semana, se organizó una expo-taller basada en el arte de las sombras, en el que una artista invitada junto a todos los participantes habituales de *GEROARTECULTURA* de Argaray, profundizaron en esta modalidad desde diversas manifestaciones artísticas y culturales.

**Conclusiones:** Las actividades intergeneracionales son un “vehículo para el intercambio concreto y continuado de recursos y aprendizaje entre las generaciones mayores y las más jóvenes con el fin de conseguir beneficios individuales y sociales”.

#### SO-026. SOBRECARGA DEL CUIDADOR. ANÁLISIS DE FACTORES ASOCIADOS

I. Pardo Planas, G.E. Sedano Gómez, M.F. Sarille Gómez, H. Sánchez González, M. Melero Brezo y F. Veiga Fernández  
*Complejo Hospitalario Xeral Calde. Lugo.*

**Objetivos:** Analizar los factores relacionados con la sobrecarga del cuidador de los pacientes que acuden a una consulta externa de Geriátría.

**Material y métodos:** Pacientes que acudieron de manera consecutiva a la Consulta Externa de Geriátría del Hospital Xeral-Calde en julio y agosto de 2009. Se obtuvieron datos sociodemográficos, valoración geriátrica, valoración cognitiva y patología principal que motiva la consulta. Los cuidadores completaron la escala de Zarit y proporcionaron sus datos sociodemográficos, laborales y económicos. Se realizó el análisis estadístico mediante el programa SPSS 15.0.

**Resultados:** 176 pacientes (68,8% mujeres, edad media 80,5). Acuden para estudio de deterioro cognitivo (65,3%), alteración del equilibrio y de la marcha (11,3%) y trastornos afectivos (5,7%). La mayoría sin dependencia funcional (Katz A 44,9%) y con algún grado de deterioro cognitivo (79%), muchos sin criterios de demencia (39%). De los cuidadores 56% son mujeres, edad media 57 años, el 72% casados, con escolarización básica (61%), ingresos mensuales de 600-1200 euros y sin enfermedades que dificulten el cuidado del familiar (76%). No reciben ayuda domiciliaria el 73,6% y residen en medio rural el 61%. La puntuación media en el test de Zarit es de 28 puntos, con nivel de sobrecarga leve en el 28% de los cuidadores e intensa en el 3%. Hemos identificado relación significativa entre la existencia de sobrecarga del cuidador y la puntuación del paciente en el GDS ( $p = 0,008$ ), cuidador mujer ( $p = 0,000$ ), ausencia de ayuda domiciliaria ( $p = 0,001$ ), que viven en medio rural ( $p = 0,000$ ), trabajan fuera de casa ( $p = 0,001$ ), son el cuidador principal ( $p = 0,000$ ), y tienen enfermedades que dificultan el cuidado de su familiar ( $p = 0,000$ ).

**Conclusiones:** La sobrecarga está presente en un tercio de los cuidadores de los pacientes que acuden a nuestra consulta. Hemos identificado una serie de factores que ayudan a predecir los cuidadores en riesgo, para poner en marcha las medidas preventivas oportunas.

#### SO-027. PROGRAMAS DE PERSONAS MAYORES: PARA UN ENVEJECIMIENTO ACTIVO Y SALUDABLE ET del Programa de Personas Mayores Diputación de Valladolid. Valladolid.

**Objetivo:** Promover la autonomía y prevenir la dependencia de las personas mayores de la provincia, ofreciendo oportunidades de bienestar físico, mental, emocional y social, desde el marco del Envejecimiento Activo.

**Método:** Las intervenciones se realizan principalmente de manera grupal. Los grupos aportan un contexto desde donde ofrecer formación en contenidos psicoeducativos, y una importante red de apoyo psicosocial. Desde esta intervención grupal se generan: a) Actuaciones de prevención psicosocial, de manera individualizada, con el fin de reducir factores de riesgo del envejecimiento y promover factores de protección. b) Actuaciones de carácter comunitario, donde las personas mayores se convierten en agentes activos, comprometidos y dinamizadores de su comunidad. Áreas de Intervención: a) Promoción de la Autonomía y Desarrollo Personal: a través de Cursos y Talleres (sobre Hábitos Saludables, Estimulación Cognitiva, Salud Emocional y Relaciones Sociales), Estimulación a personas con pérdidas leves, Escuelas Provinciales, Preparación a la Jubilación... b) Información y Sensibilización: a través de campañas provinciales, revista propia, concurso literario, página web... c) Participación Social: a través de apoyo al asociacionismo, voluntariado, relaciones intergeneracionales, proyectos comunitarios...

Para la puesta en marcha de los Cursos y Talleres de Promoción a la Autonomía, se ha elaborado la Colección de Cuadernos Didácticos: “*la promoción de la autonomía en las personas mayores*”, sobre temáticas que inciden en factores de riesgo y de protección, desde una perspectiva psicológica, educativa y social. Programa planificado e implementado por un equipo técnico multidisciplinar.

**Resultados:** A lo largo de 20 años de andadura se ha conseguido un modelo propio de intervención integral con el colectivo en el medio rural, promoviendo un envejecimiento activo de la población y mejorando la imagen social de las personas mayores, impulsando una nueva cultura del envejecimiento que presenta a la persona mayor como un agente activo, integrado y comprometido con la sociedad.

**Conclusiones:** La Diputación de Valladolid, por tanto, aborda la atención al colectivo de personas mayores desde un modelo integral que parte del continuum autonomía-dependencia, buscando un equilibrio entre intervenciones centradas en la prevención e intervenciones dirigidas a la atención a la dependencia.

#### SO-028. FACTORES OBJETIVOS Y SUBJETIVOS EN LA SALUD DE LOS CUIDADORES INFORMALES

T. Lorenzo, A. Maseda, G. A. Vázquez, S. Rochette, M.H. Agrafojo Nieto y J.C. Millán-Calenti  
*Grupo de Investigación en Gerontología. Universidad de A Coruña. A Coruña.*

**Objetivo:** Cuidar de un familiar con dependencia es una situación estresante, que afecta tanto a aspectos físicos y psicológicos como sociales y económicos del cuidador informal. Además de describir cómo ve su salud el informante, la percepción de salud es un indicador de bienestar que tiene en cuenta más factores que la presencia o ausencia de una enfermedad, o la historia médica. En este estudio preliminar se analizó, a partir de los diferentes hábitats, cómo perciben los cuidadores su salud y bienestar psíquico-físico.

**Método:** Se hizo un Análisis de Contingencias en una muestra de 35 cuidadores informales de mayores de 65 años con dependencia. Se analizó la salud percibida/subjetiva del cuidador y la salud objetiva a través de las variables “Visitas al médico de cabecera” y “Número de enfermedades diagnosticadas” en función del hábitat. Se utilizó una prueba de independencia para el análisis de relaciones estadísticas (prueba del Ji-cuadrado) donde  $p < 0,05$  era considerado estadísticamente significativo.

**Resultados:** Se observó que la variable de salud subjetiva estaba asociada ( $p < 0,005$ ) con el hábitat de residencia del cuidador. El 77,3% de los cuidadores rurales clasificaron su salud como mala o muy mala, frente al 23,1% de aquellos del hábitat urbano. Respecto a la salud objetiva, se observó ( $p < 0,005$ ) que las personas del hábitat urbano acudían con mayor frecuencia a su médico de cabecera que las que viven en el medio rural (una vez a la semana a tres veces al mes, 84,61% vs. 18,2%).

**Conclusión:** Se observa que la salud percibida es un buen indicador de bienestar pero son necesarios más estudios para explicar por qué los cuidadores del hábitat rural en Galicia valoran peor su salud mientras que los urbanos acuden con mayor frecuencia al médico. Investigar si hay un desajuste entre la disponibilidad de un servicio y las necesidades que éste debe cubrir a priori, es imprescindible para mejorar la Calidad de Vida de aquellos cuidadores que, sin remuneración, proporcionan apoyo a familiares mayores en situación de dependencia. Además, el objetivo de las Administraciones Públicas debe centrarse en la eficiencia y eficacia de sus recursos, que no estaría garantizada de existir esta disfunción.

#### SO-029. APLICACIÓN DEL CUADRO DE MANDO INTEGRAL A LA GESTIÓN DE UN CENTRO RESIDENCIAL

B.A. Maújo Iglesias, C. Bártulos Hernández, M.F. Correias Contreras, P. de La Cruz Salas, C. Gómez Villarpriego, O. Marcos Correa, S.M. Redondo Miguélez, I.M. Sanz Cao y C. Alonso Medina  
*Fundación San Pablo CEU Castilla y León. Geriden. Sercade.*

**Objetivos:** Elaborar un Cuadro de Mando tipo propio, aplicado a la gestión de un centro residencial para dependientes, con una visión operativa y práctica, que contenga datos esenciales estructurales, económicos y asistenciales. Obtener la máxima sencillez y utilidad en la explotación de los datos para el gestor.

**Método:** Se parte de la técnica de gestión empresarial del Cuadro de Mando Integral (CMI) de Norton y Kaplan, para elaborar un modelo propio aplicativo a la gestión de centros residenciales. Con los parámetros del CMI se definen los principales datos críticos para el control de la gestión. Recogida de encuestas con experiencias concretas, grupos de trabajo y discusión final. Los ítems consensuados se trasladan a una Hoja Excel, agrupados en tres bloques de información, que permite rellenar cada casilla con los datos concretos del centro. Dichos ítems están adaptados a las normas generales de contabilidad y de elaboración de las cuentas de resultados.

**Resultados:** Se obtiene un Cuadro de Mando tipo propio con tres apartados: datos estructurales, económicos y asistenciales. *Características:* operativo; escalable; útil; sencillo; comparable y completo. Formato Hoja Excel, DIN A4, configuración horizontal. Hay casillas con fórmulas incorporadas para facilitar la labor del gestor. *Datos estructurales:* inicio de la actividad, capacidad de plazas, localidad, inversión realizada, ocupación, grado de dependencia. *Datos económicos:* ingresos, impagados, plantilla inicio y final mes, coste de personal, gastos corrientes de explotación agrupados por principales magnitudes homogéneas –compra de mercaderías, mantenimientos, servicios profesionales, limpieza, lavandería, restauración, transportes, seguros, servicios bancarios, canon en su caso, arrendamientos, tributos-, EBITDA/BAII, margen bruto, intereses, amortizaciones, EBIT/BAII, impuesto de sociedades, resultado neto. *Datos asistenciales:* éxitos, caídas, escaras, absentismo, PIAs realizados, quejas, bajas voluntarias de residentes, actividades de formación continua, asistencia a terapias.

**Conclusiones:** La aplicación obtenida es un instrumento muy útil para el control y la vigilancia estratégica de la gestión con carácter mensual en nuestro sector. Esta técnica permite el control de datos no sólo estructurales y económicos, sino también otros muy sensibles para valorar la calidad de atención como son los asistenciales. Además, su comparativa con otros centros o de varios períodos del mismo centro, al partir de datos escalables y homogéneos.

#### SO-030. RELACIÓN ENTRE EL OCIO DE LA PERSONA CUIDADORA, SU SALUD Y SU PERCEPCIÓN DE SOBRECARGA

S. Martínez Rodríguez, P. Fernández de Larrinoa Palacios, J. Solabarrieta Eizaguirre, N. Ortiz Marqués, M. Carrasco Zabaleta e I. Rubio Florido  
*Universidad de Deusto. Bilbao.*

**Objetivo:** Analizar las percepciones de familiares cuidadores respecto a sus prácticas de ocio y estudiar posibles relaciones entre el ocio de las personas cuidadoras, su salud física y psicológica y su percepción de carga.

**Método:** La muestra, estratificada por género y edad, ha estado compuesta por 321 personas cuidadoras. Se recogieron datos sociodemográficos, tiempo dedicado al ocio y a actividades sociales (REACH-II), estado de salud percibido (SF-36), malestar psicológico y corporal, depresión, ansiedad y dificultades para dormir (SCL-90-R), y sobrecarga percibida (adaptación del CARE-Caregiver Risk Screen de Guberman et al.). Se realizó un análisis de correlación de Pearson.

**Resultados:** La mayoría de las personas cuidadoras consideran que tienen poco tiempo para llevar a cabo actividades de ocio y actividades de tipo social. Los análisis realizados permiten observar una correlación negativa y estadísticamente significativa entre el tiempo para el ocio y el malestar psicológico ( $r = -0,181$ ;  $p = 0,005$ ), el malestar corporal ( $r = -0,224$ ;  $p \leq 0,001$ ), los síntomas depresivos ( $r = -0,217$ ;  $p \leq 0,001$ ), la ansiedad ( $r = -0,201$ ;  $p = 0,002$ ), las dificultades para dormir ( $r = -0,156$ ;  $p = 0,014$ ), y la sobrecarga total percibida ( $r = -0,427$ ;  $p \leq 0,001$ ). Por el contrario, el tiempo para el ocio correlaciona de manera positiva y estadísticamente significativa con la salud física ( $r = 0,279$ ;  $p \leq 0,001$ ) y mental ( $r = 0,251$ ;  $p \leq 0,001$ ) percibida por la persona cuidadora.

**Conclusiones:** Las personas cuidadoras consideran que tienen poco tiempo para realizar actividades de ocio y sociales, relacionándose con un mayor malestar psicológico, así como la presencia de mayores síntomas psicológicos (depresión, malestares corporales, ansiedad, problemas para dormir) y una mayor sobrecarga percibida. El estudio pone en evidencia la importancia de que las personas cuidadoras dispongan de tiempo para el ocio y permite plantear nuevas cuestiones relativas a su valor preventivo y terapéutico.

#### SO-031. AUTOPERCEPCIÓN DE LA CALIDAD ASISTENCIAL EN PERSONAS MAYORES DE 65 AÑOS INSTITUCIONALIZADAS

B. Rodríguez Martín y V. Martínez Vizcaíno  
*Centro de Estudios Sociosanitarios de Cuenca (UCLM).*

**Objetivos:** Identificar y describir los elementos de la calidad asistencial en las Residencias Públicas de Mayores, desde la perspectiva de los propios residentes, con la finalidad de obtener información clave para mejorar la calidad asistencial de estos centros.

**Método:** Se realizó un estudio observacional cualitativo por medio de entrevistas en profundidad, a una muestra de 20 personas mayores de 65 años sin deterioro cognitivo, y a una muestra de 8 familiares de residentes con deterioro cognitivo, institucionalizados en una Residencia Pública de Mayores. Utilizamos un muestreo teórico que continuó hasta alcanzar el punto de saturación de la información. En la recolección y análisis de datos se utilizaron los métodos de la Teoría Fundamentada (Grounded Theory).

**Resultados:** Para los residentes la calidad asistencial estaba formada por los siguientes códigos semánticos: buen trato (82%), asistencia médica (6%), limpieza (4%), instalaciones (4%) y libertad (4%). La calidad asistencial en personas mayores de 65 años institucionalizadas era entendida como el “buen trato”, constituido por una serie de actitudes profesionales (ser agradables, el cariño, la amabilidad, educación, respeto, simpatía, no infantilismo y contacto físico) y competencias profesionales (atención personalizada, habilidades de comunicación, escucha y apoyo). En cuanto a los familiares, todos

coincidieron en que la calidad asistencial estaba integrada por dos elementos claves: "trato humano" y contar con asistencia médica 24 horas. Para los familiares el "trato humano" estaba formado por una serie de actitudes profesionales (amabilidad, respeto, cariño, trato familiar y cercano, tacto y paciencia) y competencias profesionales (atención personalizada, habilidades de comunicación, cualificación y estabilidad del personal).

**Conclusiones:** La calidad asistencial en Residencias de Mayores es habitualmente analizada desde el punto de vista de clínicos y gestores. En este estudio observamos que la definición de las personas mayores institucionalizadas de calidad asistencial es diferente a la visión institucional, encontrando divergencias según tramos etarios y género. Si queremos mejorar la calidad asistencial en Residencias de Mayores y adecuar los servicios a las nuevas necesidades existentes, debemos llevar a cabo un esfuerzo de orientación de la calidad hacia los residentes, contando con la máxima participación de los protagonistas de la atención.

#### SO-032. CUMPLIMIENTO POR LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS DE LOS RATIOS DE PERSONAL EXIGIDOS POR EL SAAD PARA ACREDITAR RESIDENCIAS DE MAYORES DEPENDIENTES

M.D.L.A. Prieto Alonso, C. Bartulos Hernández, M.F. Correas Contreras, P. de la Cruz Salas, C. Gómez Villarpriego, O. Marcos Correa, S.M. Redondo Miguélez e I.M. Sanz Cao  
*Fundación San Pablo CEU Castilla y León.*

**Objetivos:** Transcurrido el periodo establecido por el Acuerdo del Consejo Territorial del SAAD de noviembre 2008, para que las CCAA aprobasen nuevas normas sobre acreditación de residencias de mayores adaptadas a dichos criterios, se analiza el grado de cumplimiento, los requisitos establecidos en cuanto al número de profesionales y el grado de homogeneidad entre las normativas comparadas de las CCAA.

**Método:** Se parte de lo establecido en el citado Acuerdo en materia de ratios de personal globales y específicos (Cuadros 2 y 3). Búsqueda de normativas autonómicas a través de investigación directa en bases de datos y, en su caso, encuesta telefónica a los departamentos de bienestar social de las CCAA. Elaboración de la Hoja de recogida de datos, ordenación de los mismos y elaboración de cuadro sinóptico con los ratios de personal por CA.

**Resultados:** Se agrupan en tres bloques: 1. Normativa anterior al Acuerdo: a) que regula ratios globales para plazas de válidos/asistidos: cinco CCAA (Andalucía, Aragón, Canarias, C. Valenciana, Madrid). b) que regula ratios globales por grados de dependencia: una CA (Cataluña). c) que regula ratios de atención directa para plazas de válidos/asistidos: cinco CCAA (Baleares, Cantabria, Castilla la Mancha, Extremadura, Galicia). d) que regula ratios de atención directa por grados de asistencia: dos CCAA (Castilla y León, Navarra). e) que regula ratios globales (válidos/asistidos) y de atención directa (asistidos): una CA (País Vasco). 2. Sin normativa en materia de ratios de personal: dos CCAA (Murcia, La Rioja). 3. Normativa sobre acreditación adaptada a los criterios del Acuerdo en ratios globales: una CA (Asturias).

**Conclusiones:** La práctica totalidad de CCAA no ha adecuado aún sus legislaciones a las exigencias del SAAD en esta materia. Sólo Asturias la ha adecuado en el plazo establecido. País Vasco cumple los ratios del Acuerdo (Grado II para 2011) en cuanto a ratios globales. Cataluña está muy próxima en sus exigencias, aún sin haber adaptado su normativa a las del Acuerdo. Ninguna CA establece ratios específicos conforme al Cuadro 3 del referido Acuerdo. Se aprecia una absoluta fragmentación y dispersión normativa, con dificultades para establecer comparaciones al utilizar terminología no unívoca.

#### SO-033. INFLUENCIA DE LA LEY DE DEPENDENCIA Y DERECHO A SERVICIOS Y PRESTACIONES VINCULADAS AL ALTA EN UNA UNIDAD DE LARGA ESTANCIA

M. Reverté Ferré, M. Tomàs, P.J. García, J.C. Colmenares Fernández, I. Bueno Martín y P. Margalef Benaiges  
*Hospital de la Santa Creu. Centro Sociosanitario. Barcelona.*

**Objetivo:** Describir las características sociofamiliares de los pacientes dados de alta de la Unidad de Larga Estancia de nuestro centro en el transcurso de un año.

**Metodología:** Estudio retrospectivo mediante revisión de historias sociales. Se recogen datos demográficos y sociales (presencia de cuidador, tipo de cuidador, solicitud de recurso de la Ley de la Dependencia, grado del mismo y recurso concedido al alta). Uso de software SPSS v. 15.0. Análisis de frecuencias y medias aritméticas. Comparación de variables cualitativas mediante T de Student y ANOVA de un factor.

**Resultados:** N = 207, 56,5% mujeres, edad media 83,3 ± 10 años y 42% de éxitos al alta. Un 15,5% de la muestra ingresa por motivo social. El 68,1% de los pacientes tenía cuidador, de los cuales la tipología fue: 17,7% cónyuge, 51,5% hijo/a, 2,8% informal, 14,2% otros (principalmente familiares de segundo grado) y un 12,8% privado. Tenían realizados trámites de Ley de Dependencia un 83%, de los cuales un 63,8% tenían resolución de grado. El grado de dependencia fue: alto en un 79,5%, medio en un 15,2% y bajo en un 5,3%. De los pacientes dados de alta a domicilio, el 68,3% se fueron con recurso social, de los cuales un 47,6% con prestación económica y un 52,4% con servicio (residencia o centro de día).

Los pacientes con cuidador tienen más probabilidad de ser alta a domicilio (T de Student 0,71 ± 0,46 vs. 0,23 ± 0,43; p < 0,05). No se obtuvieron diferencias en cuanto a destino (domicilio vs. residencia) según el tipo de cuidador. El grado de dependencia tampoco influye en el destino al alta.

**Conclusiones:** 1. La mayoría de los pacientes ingresados cuentan con un cuidador válido, de los cuales más de la mitad de ellos eran hijos/as. 2. Igualmente, una amplia mayoría de la muestra tiene solicitada la ayuda de la Ley de la Dependencia, pero aproximadamente un 30% no se benefició de los recursos al alta creemos que por falta de agilidad en la concesión de los mismos. 3. Los pacientes con cuidador tienen más posibilidades de retorno a domicilio, no siendo el grado de dependencia y el tipo de cuidador factores claves en dicho retorno.

#### SO-034. APLICACIÓN DE LAS NUEVAS TECNOLOGÍAS EN LA ATENCIÓN A LAS PERSONAS CUIDADORAS: EL RECURSO DE LAS PÁGINAS WEB

P. Fernández de Larrinoa Palacios, I. Gómez Urlanga, S. Martínez Rodríguez, N. Ortiz Marqués, J.J. Miguel de la Huerta e I. Gómez Marroquín  
*Universidad de Deusto. Bilbao.*

**Objetivo:** Internet puede ser un recurso eficaz para satisfacer algunas de las necesidades de los familiares cuidadores de personas dependientes al garantizar el anonimato y facilitar el acceso a información y el establecimiento de contactos sociales a aquellas personas con menor disponibilidad de tiempo. Teniendo en cuenta estas posibilidades, el objetivo de este estudio es conseguir una primera aproximación a la realidad de los recursos existentes en la Web que sirva de base para la mejora y diseño de nuevas páginas que tanto actualmente como en un futuro próximo puedan ser utilizadas por personas cuidadoras (cada vez más habituadas al uso de las nuevas tecnologías).

**Método:** Se han seleccionado y analizado 20 páginas web –de carácter nacional e internacional– dirigidas a personas cuidadoras, por lo que se refiere a sus contenidos y aspectos formales. Para ello se han seguido las indicaciones genéricas de la escala para la evaluación de herramientas para cuidadores de personas con demencia (DCET) (Bath & Bauchier, 2003) y las recomendaciones de diseño del National Institute on Aging (NIA, 2002).

**Resultados:** El estudio pormenorizado de las páginas web seleccionadas muestra que éstas cumplen, aunque en diferentes proporciones, cuatro grandes funciones: proporcionar información para comprender y anticipar las problemáticas asociadas al cuidado y sobre recursos del entorno; facilitar el acceso –o ampliación– de una red de apoyo social; favorecer el desarrollo destrezas necesarias para el cuidado; y sensibilizar y ofrecer pautas para el auto-cuidado. Los resultados también muestran carencias y limitaciones en cuanto al contenido (ausencia criterios de selección de los mismos, estructura, talante y precisión) y con aspectos de forma (legibilidad, presencia de recursos multimedia y facilidad de navegación).

**Conclusiones:** Las páginas web son un recurso con gran potencial para complementar otras acciones dirigidas a la atención de los familiares cuidadores pero es necesario superar aspectos de forma y contenido de las mismas que inviten a su utilización.

Este estudio ha sido realizado gracias a la colaboración del Departamento de Acción Social de la Diputación Foral de Bizkaia.

#### SO-035. EL EQUIPO DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL DE LA FUNDACIÓN SAR (EAPS FSAR) COMO INSTRUMENTO DE COORDINACIÓN SOCIOSANITARIA EN LA ASISTENCIA AL FINAL DE LA VIDA

I. Ancizu García y D. Fontanals  
Fundación SAR.

**Introducción:** La atención integral al final de la vida constituye un reto para los servicios sociales y sanitarios, en términos de coordinación y gestión de recursos. El EAPS FSAR nace en el marco del Programa para la Atención Integral a Personas con Enfermedad Avanzada financiada por la Obra Social de la Fundación “la Caixa” y la Dirección Científica del Observatorio “Qualy” (ICO).

**Objetivos:** 1. Presentar el proyecto de intervención y el modelo de coordinación sociosanitaria desarrollado por el EAPS FSAR en las Regiones Sanitarias de Lérida y del Alt Pirineu; 2. Analizar la actividad asistencial del equipo, y 3. Proporcionar evidencia de la eficacia del modelo “Square of care” de atención integral al final de la vida.

**Método:** Se llevan a cabo dos tipos de análisis: 1. Técnico de las claves de gestión y viabilidad del modelo de coordinación del EAPS FSAR con los recursos hospitalarios (UCP JNM) y domiciliarios de la zona (5 PADES); 2. Estadístico descriptivo de la actividad asistencial desarrollada por el EAPS FSAR en el último año.

**Resultados:** El modelo de derivación y gestión de los casos es eficaz y permite reforzar el trabajo en red de los recursos que atienden a población en proceso de final de vida. Los indicadores básicos de actividad asistencial llevada a cabo desde marzo de 2009 a marzo de 2010:

		Totales %
Pacientes atendidos	201	86% mayores de 65 años 14% adultos (20 a 64 años)
Familiares atendidos	182	62% mayores de 65 años 38% adultos (20 a 64 años > )
Visitas realizadas	824	48% domiciliarias 52% hospitalarias (UCP)
Tipología de la intervención	1.091	Intervención directa en soporte emocional a pacientes y familiares: 60% Intervención directa en duelo para familiares: 18% Apoyo a los profesionales en discusión de casos: 14% Actuaciones específicas de apoyo a los recursos (formación y seguimiento): 8%

**Conclusiones:** Resulta necesario desarrollar criterios de eficacia de las intervenciones del EAPS FSAR a partir del modelo planteado, valorando específicamente la reducción de la sintomatología activa. El trabajo del EAPS FSAR cubre las necesidades de soporte emocional y atención al duelo identificadas en la asistencia paliativa colaborando en la mejora de la calidad asistencial a las personas ancianas.

## Sesión Social IV

#### SO-036. EVOLUCIÓN DE LA GESTIÓN DE INDICADORES ASISTENCIALES EN RESIDENCIAS: SEGUIMIENTO DE PROCESOS Y MEJORA CONTINUA

J. Pascual Torramadé<sup>1</sup>, I. Ancizu García<sup>2</sup>, L. Literas<sup>2</sup>  
y C. Rodríguez Valín<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Grupo SAR. <sup>2</sup>Fundación SAR.

**Objetivos:** Presentar los resultados de la implementación de un sistema de gestión de indicadores asistenciales que permite monitorizar los procesos de atención de los 30 centros residenciales del Grupo SAR, introduciendo mejoras en la gestión.

**Método:** Se calculan periódicamente 21 indicadores que miden el grado de realización y seguimiento del Plan de Atención Individual

	2007 (Porcentajes)		
	Oct	Nov	Dic
Valoración al ingreso	29,4	30,6	42,1
Planes al ingreso	15,7	18,6	24,6
Barthel, MMSE y Grado	33,3	35,3	31,6
Valoración periódica de seguimiento	48,2	52,9	56,8

  

	2008 (Porcentajes)											
	Ene	Feb	Mar	Abril	Mayo	Jun	Julio	Agos	Sept	Oct	Nov	Dic
Valoración al ingreso	48	55	68	64	61,8	77,4	63,5	47,8	73,9	61,7	78,3	79,1
Planes al ingreso	30,8	45	50,8	54,2	49,2	60,1	47,1	34,1	89,9	65,9	59,1	68,8
Barthel, MMSE y Grado	43,3	40	60	58,3	60,6	72,5	69,6	58	63,8	78,3	75,4	75,4
Valoración periódica de seguimiento	53	71	67	77	76,4	74,8	72,2	66,1	63,5	71,3	78,3	78,3

  

	2009 (Porcentajes)											
	Ene	Feb	Mar	Abril	Mayo	Jun	Julio	Agos	Sept	Oct	Nov	Dic
Valoración al ingreso	74,5	78	74,2	83,3	82,6	84,1	78,3	66,7	71,7	81,9	81,3	75,7
Planes al ingreso	61,4	72,1	61	69,6	73,3	73,9	67,1	61,5	65,2	72,7	68,5	65,5
Barthel, MMSE y Grado	69,7	86,4	84,8	89,9	95,7	91,3	91,3	82,6	87	95,7	91,7	88,9
Valoración periódica de seguimiento	61,8	78	84,8	87,7	92	90,6	90,6	83,3	82,6	88,4	91	92,4

en todos los centros, mediante un sistema estandarizado de consulta a la Base de Datos del Sistema Informático Asistencial GCR. Los indicadores recogen información sobre las valoraciones iniciales y de seguimiento de los profesionales del equipo interdisciplinar, la asignación al ingreso de planes de enfermería, fisioterapia, terapia ocupacional, psicológicos y de tiempo libre, y la aplicación de las escalas Barthel y MMSE con el objetivo de estimar el Grado de dependencia de la persona atendida. La explotación y análisis de los datos se realiza mediante el paquete estadístico SPSS 16.0.

**Resultados:** Como muestra de los resultados obtenidos a través del análisis de la información registrada por los profesionales en el sistema de información asistencial GCR, se presenta la evolución de la calidad del registro de los diferentes tipos de indicadores asistenciales durante los tres últimos años. Se observa la evolución positiva en el cumplimiento que indica la capacidad del sistema para evidenciar los porcentajes de mejora de los registros.

**Conclusiones:** Se obtienen datos que confirman la hipótesis de que la instauración de un instrumento de medición mejora la calidad del registro y la labor asistencial. La capacidad para calcular mes a mes los datos y estándares de cumplimiento de los indicadores asistenciales de las personas atendidas ofrece un instrumento para el trabajo diario y la gestión que demuestra la evolución y mejora de la medición de procesos en el sector residencial.

#### SO-037. ENTORNOS FACILITADORES DE CALIDAD DE VIDA EN PERSONAS MAYORES. EL PROGRAMA DE ALOJAMIENTO COMPARTIDO DE LA UNIVERSIDAD DE SEVILLA COMO FUENTE DE APOYO SOCIAL

A.J. García González, M. Marín Sánchez e Y. Troyano Rodríguez  
*Universidad de Sevilla. Facultad de Psicología. Sevilla.*

Esta investigación tiene como objetivo comprobar cómo las personas mayores que forman parte del Programa de Alojamiento de la Universidad de Sevilla (programa de alojamiento compartido) acrecientan las estrategias de afrontamiento y mejoran, de forma general, su calidad de vida. Para muchos autores, una buena calidad de vida se expresa habitualmente en términos de satisfacción, felicidad y capacidad para afrontar los acontecimientos vitales a fin de conseguir una buena adaptación o ajuste, como vínculo de los conceptos de calidad de vida, afrontamiento y apoyo social. La muestra está compuesta por los 33 personas mayores que forman parte del Programa de Alojamiento de estudiantes de la Universidad de Sevilla. Los datos obtenidos se han sometido a un análisis de frecuencias y pruebas de chi-cuadrado para aquellas variables que resultan significativas. Los resultados muestran cómo el pertenecer al Programa de Alojamiento, como fuente de apoyo social, dota a los mayores de mejores estrategias para afrontar la vida con una mejor calidad. En las variables estudiadas se da una tendencia positiva a mejorar la opinión sobre el valor de la calidad de vida, de tal forma que los que antes opinaban tener una mala o regular valoración del nivel de calidad de vida, cuando forman parte del programa perciben ésta como regular o buena respectivamente. No obstante, no existe cambio significativo en la valoración de la calidad en aquellos ancianos que la consideran como muy buena. En la discusión se comprueba que los efectos del apoyo social en el ajuste de la persona mayor ponen de manifiesto la importancia y el potencial que los sistemas de apoyo social tienen en la prevención y afrontamiento de los problemas sociales de la tercera edad. Asimismo, la presencia/ausencia de esta red es un predictor fundamental del nivel de autonomía y bienestar de una persona mayor. La capacidad de afrontar los cambios vitales continuos y la disponibilidad de fuentes de apoyo en ese proceso de afrontamiento, son factores críticos para que la persona mayor viva una vida satisfactoria, manteniendo la dignidad, la autoconfianza y la autoestima después de la convulsión que supone cada pérdida.

#### SO-038. DIFERENTES FORMAS DE PERCIBIR EL PROCESO DE HACERSE MAYOR: COMPORTAMIENTOS SOCIALES DE MUJERES Y HOMBRES ANTE LA DISCRIMINACIÓN POR LA EDAD

A.J. García González, R. Martínez Pecino y J.M. Guerra de los Santos  
*Universidad de Sevilla. Facultad de Psicología. Sevilla.*

En este trabajo pretendemos estudiar los comportamientos positivos y negativos que las personas han podido interiorizar en su vida diaria en relación con la discriminación por la edad. Según sean las conductas sociales desarrolladas por las personas mayores, positivas o negativas, estarán experimentando un proceso de envejecimiento exitoso (Caprara, 2009), o bien centrado en el déficit y las pérdidas. Asimismo, se llevará a cabo un análisis psicométrico acerca sobre la validez del instrumento creado para el presente estudio. Metodológicamente, nos hemos basado en el cuestionario original *Relating to Older People Evaluation (ROPE)* de Cherry y Palmore (2008), y hemos elaborado el instrumento *Evaluación sobre Personas Mayores (EPM)* que consta de 20 ítems. La muestra la forman, por un lado, estudiantes de Psicopedagogía, y por otro, estudiantes mayores pertenecientes al Programa Universitario de Mayores de la Universidad de Sevilla. En cuanto a los resultados obtenidos, hay que destacar las diferencias significativas en cuanto al género en relación con la interiorización de comportamientos positivos, siendo más frecuente en las mujeres que en los hombres. Por otra parte, se sugiere que la mayoría de las personas estudiadas tienen en cuenta los comportamientos positivos, y que tanto los jóvenes como los adultos mayores refuerzan los comportamientos de y hacia los mayores. Se ha demostrado que personas de todas las edades admiten tener comportamientos positivos de discriminación por la edad. Asimismo, se ha comprobado la prevalencia de los comportamientos positivos en las respuestas de las mujeres. En la discusión se analizan las implicaciones sobre la percepción social que se tiene de los mayores como un fenómeno social, así como las estrategias para reducir los comportamientos negativos hacia los mayores en la vida diaria. En conclusión, los resultados de este estudio ponen de relieve la importancia de proporcionar información y formación sobre el envejecimiento bien a través de un programa de estudios (como el que propone el Aula de la Experiencia); bien mediante talleres de educación continua para los profesionales que trabajan con personas mayores.

#### SO-039. SERVICIOS INTEGRADOS PARA PERSONAS MAYORES EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA: LA ATENCIÓN SOCIOSANITARIA DEL SIGLO XXI

J. Corral Fernández y M. Soriano

**Introducción:** Las personas mayores con dependencia plantean desafíos cada vez más complejos a los poderes públicos y a las sociedades en las que habitan. La deficiente coordinación entre niveles asistenciales y sistemas, la respuesta parcial y fragmentada a las necesidades del usuario/familia, la utilización inapropiada de recursos costosos (sobreutilización de servicios de urgencia,...) o la falta de continuidad en los cuidados, son algunos de los problemas más relevantes del modelo tradicional de atención sociosanitaria. Frente a este modelo arcaico e ineficiente, los sistemas de servicios integrados para personas mayores con dependencia representan una alternativa innovadora, eficaz y eficiente, capaz de aportar soluciones a los problemas de fragmentación y descoordinación de servicios, y a la creciente insatisfacción de usuarios/familias, profesionales y gestores.

**Objetivo:** Conocer los beneficios que se derivan de la provisión de asistencia social y de salud integrada a personas mayores con dependencia moderada y grave.

**Material y métodos:** Se estudiaron diversas experiencias de integración de servicios sociales y de salud para personas mayores con dependencia moderada-grave –programas *Community Options* (Australia); programas *PRISMA* y *SIPA* (Canadá); programas *On Lok*,

PACE y Elderplan (EE.UU); programas Rovereto y Vittorio Veneto (Italia); programas COPA-Ancrage y PRISMA (Francia); programa Darlington (Reino Unido); programa ÅDEL (Suecia)– realizadas en países desarrollados con poblaciones muy envejecidas.

**Resultados:** Como demuestran todas las experiencias, los sistemas de servicios integrados permiten organizar la atención en función de las necesidades del paciente, garantizan la continuidad asistencial y favorecen la integración de los profesionales en la planificación de los cuidados, al estar nucleados en torno a equipos interdisciplinarios con gestores de caso. El desarrollo de redes de servicios integrados conlleva una menor frecuentación de urgencias hospitalarias, una disminución de las tasas de institucionalización, una gestión más eficaz y eficiente de los recursos, una coordinación más ágil en la provisión de cuidados, y una mayor satisfacción de los usuarios y familias.

**Conclusiones:** Los sistemas de servicios integrados para personas mayores con dependencia, representan una modalidad asistencial emergente y bien valorada por los gestores, los profesionales y los usuarios/familias, debido a que favorecen y garantizan una atención sociosanitaria continuada, eficaz, eficiente y de calidad.

#### SO-040. INICIATIVA LOCAL INTERGENERACIONAL A FAVOR DE UNA CULTURA DE PAZ Y CONVIVENCIA.

##### DERECHOS HUMANOS

A. Mosquera Lajas, M. Jáuregui González, A. Sainz Ibarra, G. Ruiz Santana y R. Salazar Torre  
*Fundación Aspalduko. Bilbao.*

**Objetivos:** 1. Recoger una experiencia significativa en materia de paz y convivencia desarrollada en Portugalete. 2. Favorecer espacios de encuentro y cooperación intergeneracional. 3. Publicar experiencia pedagógica, descongelando mitos y prejuicios sobre las personas mayores.

**Método:** La iniciativa en materia de Educación para la Paz y Derechos Humanos planteada en Portugalete, es una apuesta política y técnica de trabajo para la mejora, el impulso y el desarrollo de la convivencia a nivel local. Promovida y cofinanciada por el Ayto de Portugalete, Bakeola; centro para la mediación y regulación de conflictos y Centro Gerontológico Aspalduko: 1. Encuentros con los agentes sociales y educativos: a) Ayuntamiento. b) Colegios del municipio (niños/as entre 7 y 12 años). c) Instituciones de personas mayores de diferentes ámbitos y realidades (entre 62-85 años). 2. Descripción y desarrollo de los programas: a) Mantenimiento de la “Web de la Paz y los Derechos Humanos”; b) Cuéntame; c) Itinerarios por la paz. 3. Recopilación de material. 4. Fase de Investigación. 5. Entrevistas en profundidad con mayores y comunidades educativas. 6. Conclusiones. 7. Elaboración de la publicación “caja de herramientas”.

**Resultados:** La publicación de una “caja de herramientas”: 1. Publicación del marco teórico; Intergeneracionalidad, convivencia y beneficios a destinatarias y comunidad. 2. Publicación de unidades didácticas, haciendo especial hincapié en trabajar transversalmente la intergeneracionalidad y la coeducación. 3. La publicación “Cuéntame Portugalete”: a) Presentación e Introducción. b) Recapitulación de las personas destinatarias (todas las mayores, asociaciones y centros educativos); c) Recogida de las vivencias de los/las participantes (personas mayores, niños/as, profesores/as, educadores/as); d) Reflexión del equipo de coordinación; e) Conclusiones equipo Bakeola.

**Conclusiones:** 1. Experiencia gratificante en la totalidad de los centros educativos. 2. Acercamiento en el que mayores, niños/as, interactuaron propiciándose una transmisión de valores: respeto hacia las diferentes generaciones, solidaridad y responsabilidades compartidas. 3. Los mayores incrementan su motivación por los nuevos conocimientos y las nuevas herramientas como consecuencia de seguir activos socialmente. 4. Reversibilidad de roles de enseñante y aprendi-

diz, intercambio intergeneracionales. 5. Niños/as y jóvenes: hay evidencias de mejora en la autoestima y mayor motivación para aprender a la vez que demuestran actitudes de mayor tolerancia y respeto hacia la persona mayor.

#### SO-041. HIPÓTESIS DEL “CAMINO A NINGUNA PARTE” EN LA ATENCIÓN DE LAS PERSONAS DEPENDIENTES

J.R. Campos Dompedo<sup>1</sup>, J.L. Gayoso Pardo<sup>1</sup>, M.V. Valverde Moyer<sup>2</sup>, J.C. Sacedo Gómez<sup>1</sup>, L. Carbonero de la Llave<sup>1</sup> e I. Sáez Izquierdo<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Mapfre Quavivae. <sup>2</sup>Residencia Personas Mayores Gaston Baquero. Madrid.

**Objetivos:** 1. Analizar la situación actual y consecuencias de la atención a las personas mayores dependientes relacionadas con los cambios normativos producidos en los últimos años. 2. Reflexionar sobre las necesidades de atención sanitaria que presentan las personas mayores dependientes, sus actuales prestatarios y las tendencias futuras.

**Método:** Ley 39/2006 de Promoción de la autonomía Personal y atención a las personas en situación de dependencia y su desarrollo normativo. Estadísticas del SAAD. Estudio Deloitte: “Perspectivas de futuro de los recursos de atención a la dependencia”.

**Resultados:** Perfil solicitante SAAD: más de 55 años (supone 84,38% del total de solicitudes). Un 49,61% de las prestaciones asignadas corresponden a prestaciones económicas para cuidados en el entorno familiar; Atención residencial 17,82%, Centros de día 5,12%. En la valoración de la situación de la dependencia en Grados y Niveles tiene un peso destacado la situación funcional sin atender a la “carga de cuidados”: control de patologías crónicas y complicaciones, necesidad de cuidados de enfermería, trastornos conductuales, etc. El SAAD y los desarrollos normativos incrementan las exigencias de personal así como su cualificación, requisitos para la acreditación, sin embargo este cumplimiento en ratios no se exige sobre los profesionales sanitarios (DUEs, etc.). Los costes de concertación sólo cubren el 70% del coste real de plaza residencial en un centro tipo con ratios que cumplan la normativa.

**Conclusiones:** 1. La atención de las personas dependientes se está derivando a cuidadores no profesionales lo que dificilmente garantiza una atención adecuada en situaciones de enfermedad crónica y cuidados especializados. 2. No atender al coste real de las prestaciones y obviar la necesaria planificación de recursos y necesidad de coordinación entre los servicios sociales y sanitario, hace bien difícil que se pueda prestar una atención de calidad a las personas dependientes en el ámbito residencial, una atención por profesionales formados y bien remunerados que dé cumplimiento a la calidad que plantea el SAAD. El sistema Sanitario debe participar de una manera activa en la coordinación y prestación de cuidados a personas dependientes, favoreciendo su calidad de vida y la prevención de situaciones de mayor dependencia.

#### SO-042. IMPACTO DEL USO DE LA VIDEOCONSOLA WII EN POBLACIÓN MAYOR DE 60 AÑOS. ESTUDIO PILOTO

S. Martínez Rodríguez, N. Ortiz Marqués, M. Salazar, P. Fernández de Larrinoa Palacios, J. Solabarrieta Eizaguirre y M. Carrasco Zabaleta  
*Universidad de Deusto. Bilbao.*

**Objetivo:** Se ha demostrado que la práctica continuada con videojuegos específicos proporciona beneficios tanto físicos como cognitivos en personas con lesión cerebral pero apenas existen trabajos que revelen si estos beneficios se consiguen en personas mayores con ciertas limitaciones funcionales. Por ello el objetivo de la presente investigación ha sido conocer si la videoconsola Wii mejora las habilidades cognitivas, la percepción de apoyo social y la satisfacción con

la actividad y la vida. También se ha estudiado en qué medida jugar con la videoconsola se percibe como una actividad de disfrute y su relación con la adherencia a dicha práctica. La realización de esta investigación no habría sido posible sin la colaboración de la Fundación Gangoiti Barrera.

**Método:** La muestra está compuesta por 23 usuarios autónomos de una residencia de ancianos con una puntuación en el Pfeifer superior a 7 puntos. Se establecieron dos grupos, uno control y otro que había participado en la intervención. Durante 7 meses se llevaron a cabo sesiones dos días a la semana con el juego "Wii Sports". Se realizó una evaluación previa y posterior a la intervención con instrumentos para medir algunas capacidades cognitivas (STROOP, figura compleja de Rey), el apoyo social (DUKE-UNC), la autoestima (Rosenberg) y la satisfacción con la vida (Diener) y el disfrute con la actividad (PACES).

**Resultados:** En la comparación entre el grupo control y el grupo intervención no se encontraron diferencias estadísticamente significativas, a pesar de observarse cierta tendencia a la mejora del grupo control en alguna variable. El grupo que había participado mostraba mejoría después de la intervención en las medidas de salud percibida y en todas las medidas de apoyo social, autoestima y satisfacción con la vida. El grupo control, sólo mostró mejoría en la medida de autoestima y en la de satisfacción con la vida, además estas dos medidas eran mejores en el grupo experimental.

**Conclusiones:** A pesar de ser un estudio piloto en donde resulta necesario aumentar la muestra, podemos concluir que los videojuegos parecen ser una herramienta útil entre las personas mayores en la mejora de habilidades sociales y psicológicas. Sería conveniente aumentar la muestra para obtener datos más fiables.

#### SO-043. LAS PERSONAS MAYORES Y LA SEGURIDAD EN EL HOGAR: ESTUDIO SOBRE ACCIDENTES DOMÉSTICOS EN LA COMUNIDAD DE MADRID

J.C. Sacedo Gómez<sup>1</sup>, Y. Mingueta Sebastián<sup>2</sup>, J.R. Campos Dompedo<sup>1</sup>, S.S. Granada Riobos<sup>1</sup>, N. Hernández González<sup>1</sup> e I. del Blanco Cuevas<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Mapfre Quavitae. <sup>2</sup>Fundación Mapfre. Madrid.

**Objetivos:** 1. Conocer la prevalencia y tipo de los accidentes domésticos entre la población de personas mayores de Comunidad de Madrid. 2. Relacionar estado de salud, presencia de enfermedades y práctica de hábitos saludables con ocurrencia de accidentes. 3. Conocer qué medidas preventivas conocen y emplean en su hogar las personas mayores. 4. Describir consecuencias de accidentes, destacar su importancia por su incidencia y elevada morbi-mortalidad. 5. Arrojar conclusiones sobre factores protectores de accidentes. 6. Favorecer la difusión de la Campaña "Con Mayor Cuidado" y sus acciones. 7. Comparar datos de este estudio con datos del estudio nacional de 2008.

**Método:** 804 entrevistas telefónicas con un nivel de confianza del 95%, margen de error +3,4. Recogida datos en cuestionario precodificado. **Ámbito de estudio:** Comunidad de Madrid, muestra de 33 municipios representan variedad geográfica y poblacional de este territorio. Informe sobre las personas mayores y la seguridad en el Hogar publicado por FUNDACIÓN MAPFRE-Universidad Pontificia de Comillas. Septiembre 2009.

**Resultados:** Un 11,4% de personas mayores de 65 años han manifestado sufrir al menos una CAÍDA en el último año. Otros accidentes sufridos en el ámbito domiciliario cuentan con prevalencia de 4,6%, siendo los de mayor presencia por orden cortes, quemaduras e intoxicaciones. De la muestra estudiada, han sufrido al menos una caída en el domicilio en el último año un 44,6%, siendo los lugares más frecuentes donde se produce Dormitorio (26,8%), Baño (23,2%), Cocina (17,3%). Entre los motivos de caídas que las personas mayores se encuentran mareos y desmayos y obstáculos en el suelo. Se derivaron lesiones por caídas en un 54% de los casos, la mitad necesitó atención médica.

**Conclusiones:** 1. Es necesario desarrollar acciones que favorezcan que las personas mayores se mantengan funcionalmente autónomas

el mayor tiempo posible, favoreciendo su bienestar y calidad de vida y la de sus familias. 2. Es necesario emprender estudios de este tipo para poder conocer la realidad de los accidentes domésticos de los mayores que permanecen en su hogar, para favorecer la prevención, su información y formación y la de los profesionales que nos desarrollamos en este ámbito, así como la de los cuidadores.

#### SO-044. EJERCICIO FÍSICO AL AIRE LIBRE EN PARQUES SALUDABLES: ¿PREVENCIÓN DE LA DEPENDENCIA O RIESGO DE CAÍDAS?

A.I. Corregidor Sánchez<sup>1</sup>, M. Rodríguez Hernández<sup>2</sup>, D. Moreno Ramos<sup>3</sup>, O. Carrasco López<sup>1</sup> y M.D.C. Valbuena Boiza<sup>3</sup>  
<sup>1</sup>Universidad de Castilla-La Mancha. <sup>2</sup>Instituto de Ciencias de La Salud. <sup>3</sup>TALMOGAR.

**Introducción:** La instalación de parques saludables en espacios públicos al aire libre, es una iniciativa reciente que parte de los servicios sociales de distintas administraciones públicas. La mayoría de los módulos de ejercicios que componen estos parques exigen destrezas de equilibrio y coordinación para ser utilizados correctamente. Las personas mayores, son los usuarios más frecuentes.

**Objetivos:** Valorar el impacto de la utilización de parques saludables en la autonomía personal y la incidencia de caídas.

**Material y método:** Estudio observacional transversal. El estudio se llevo a cabo en distintos parques saludables de Castilla la Mancha, durante los meses de diciembre-febrero de 2010. Se incluyeron 85 usuarios de parques saludables mayores de 65 años. Se elaboró un cuestionario *ad hoc* para conocer patrón de uso de los módulos del parque (frecuencia semanal, tiempo de uso diario, ejercicios seleccionados, número de repeticiones para cada ejercicio/tiempo, acompañamiento) repercusión sobre las actividades de la vida diaria (actividades básicas y actividades de instrumentales de la vida diaria) y existencia de caídas al realizar los distintos ejercicios (caídas propias, caídas de otros).

**Resultados:** 85 sujetos fueron evaluados. 69,4% hombres y 30,6% mujeres. Edad media: 71 años (63-89). El 100% reside en la comunidad. El 90% de los entrevistados considera que hay suficiente variedad de ejercicios y el 75% opina que la información sobre los mismos es insuficiente. Un alto porcentaje, 82% manifiesta sentir mejoría funcional desde que asiste a parque. Vestido, deambulación, salir a la calle y realizar compras han sido las actividades básicas e instrumentales que más han mejorado cualitativamente. Un 21% sufrieron caídas en el último año. En relación a las caídas acontecidas en los parques saludables un 8% ha manifestado haberse caído utilizando los módulos de ejercicio del parque y un 24% ha informado "haber visto a alguna persona mayor caer en el parque saludable".

**Conclusión:** Los parques saludables son valorados positivamente por las personas mayores, al manifestar una mejoría en el desempeño de determinadas actividades de la vida diaria. Sin embargo, la presencia de caídas al realizar estos ejercicios alerta de la necesidad de revisar la estructura y organización de los mismos.

#### SO-045. ACORTAR PROCEDIMIENTOS + ACERCAR RECURSOS = MEJORAR LAS PRÁCTICAS DE ATENCIÓN

M.B. Pablos de Prado<sup>1</sup>, L. Zurbanobeaskoetxea<sup>1</sup>, J. Aldaiturriaga<sup>1</sup>, M. de León<sup>1</sup>, L. Corcuera<sup>2</sup> y L. Díez<sup>2</sup>  
<sup>1</sup>Diputación Foral de Bizkaia. <sup>2</sup>Colegio Oficial de Médicos de Bizkaia.

**Objetivo:** Presentar una nueva forma de valoración de la situación de dependencia, que tiene como objetivo primordial mejora en calidad de las valoraciones y la orientación, respetando el principio de autonomía del solicitante.

**Método:** Se hace un estudio descriptivo de los modelos de valoración y se apoya con un video de alta definición de 7'.

**Resultados:** Hasta diciembre de 2009, se valoraba con un procedimiento que arrojaba unos plazos, desde la entrada en diputación hasta emitir orden foral de 6 meses. A partir de febrero de 2010, el procedimiento se ha condensado: Solicitud en SSB (I. Social optativo); Grabación y subsanación (DFB). *Visita domiciliaria recogiendo datos médico-sociales y dando "in situ" el informe social y la propuesta de prestaciones:* Dictamen y Resolución de Grado y Nivel. Resolución de PIA. 1. *Beneficios:* a) Se tiene más en cuenta la opinión del solicitante en el PIA. Antes, en muchos casos, les era imposible desplazarse al lugar de realización del mismo. b) Se aprovecha la visita para hacer un informe multidisciplinar ya que un/a médico y un/a trabajador/a social se desplazan al domicilio. Hacen un estudio de la situación familiar y del entorno. En menores y discapacitados intelectuales, participa un psicólogo. c) Se acortan los tiempos en los servicios municipales. d) Se ha pasado de valorar en 6 meses a hacerlo en 2 actualmente. e) La población que nosotros valoramos tiene un perfil concreto en cuanto a composición de edades, sexo y resultado por grados. 2). Presentamos en vídeo el estilo de visita que realizamos: Esto ha supuesto una apreciación subjetiva altamente positiva entre las personas valoradas, en cuanto a cercanía y agilidad.

**Conclusiones:** 1. Acortamos el procedimiento en más del 50%. 2. Descargamos de trabajo a los SSB. 3. Mejora la percepción del solicitante en cuanto a cercanía y agilidad. 4. Incide en el principio de autonomía primando la elección del solicitante. En definitiva, estamos ante un nuevo modelo de buenas prácticas.

#### SO-047. AUTOBIOGRAFÍA ORIENTADA COMO ESTRATEGIA DE PROMOCIÓN DEL BIENESTAR EN LA VEJEZ: CONSIDERACIONES SOBRE LA APLICACIÓN PILOTO DE UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN EN GRUPO

R.M. Afonso y L. Ramos

*Universidade da Beira Interior. Portugal.*

La autobiografía implica que el individuo construya su historia de vida partiendo del recuerdo de acontecimientos autobiográficos. El análisis de los efectos de la autobiografía en la vejez indica que esta, por un lado, contribuye para que los individuos mejoren su autoaceptación, bienestar, predisposición para relacionarse con los demás e integración personal y, por otro lado, disminuya su ansiedad y cambie la percepción de acontecimientos. La autobiografía parece, igualmente, contribuir para que el individuo estimule su memoria autobiográfica y asuma un rol activo en la construcción de su historia de vida. Partiendo de la tendencia evolutiva de las personas mayores para hablar de su pasado y para desarrollar la revisión de vida con vista a alcanzar la integridad del yo, el objetivo de este trabajo es analizar una aplicación piloto del programa de autobiografía orientada propuesto por Afonso (2010). El programa consiste en un conjunto de temas sobre el ciclo vital y que funcionan como material con elevadas probabilidades de evocar reminiscencias de acontecimientos significativos. A lo largo del programa, se estimula la producción de reminiscencias de los acontecimientos de dos tipos: instrumental y de integración, que se basa en las correlaciones entre este tipo de reminiscencias y el bienestar en la vejez. Este estudio se centra en el

análisis de la adhesión, experiencia e impacto del programa de autobiografía orientada en un grupo de personas mayores portuguesas que frecuentan la universidad de la experiencia. A partir del análisis de la aplicación del programa, se indican sugerencias para mejorar el programa y se propone un conjunto de directrices para la orientación de grupos de autobiografía.

#### SO-048. LA REPERCUSIÓN DE LA LEY DE DEPENDENCIA Y OTROS FACTORES EN LA CALIDAD DE ATENCIÓN A LOS ANCIANOS

M.A. García Antón<sup>1</sup>, A.M. Fernández Rodríguez<sup>1</sup>, M. Merino Alainez<sup>2</sup> y M.A. Valle Martín<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Central de la Cruz Roja. Madrid. <sup>2</sup>Servicios Sociales de Torrejón de Ardoz. Madrid.

**Objetivo:** Analizar las consecuencias que ha originado la Ley de Dependencia al modificar la estructura de los recursos inmediatos en pacientes al alta hospitalaria.

**Material y método:** Estudio retrospectivo de los pacientes ingresados en la Unidad de Agudos (UGA) del Hospital Central Cruz Roja que han requerido Intervención Social. Con la muestra N = 5.231 pacientes se constituyeron dos grupos comparativos. Grupo A (2.394 pacientes ingresados entre el 1-01-06 al 31-12-07); y Grupo B (2.837 pacientes ingresados entre el 1-1-08 al 31-12-09). De la muestra total: mujeres 66,1% (3.457), hombres 33,9% (1.174); Edad media 83,6. Grado de Incapacidad (Escala Cruz Roja física/psíquica)  $\geq 4$ -37,7%; Convivencia; Vivían solos 16%. Con persona incapacitada para cuidarle 29,7%.

**Variables a estudio:** Analizar el cambio producido por la Ley de Dependencia a la hora de gestionar recursos sociales al alta hospitalaria y la incidencia de la crisis económica en las familias a la hora de buscar recursos privados alternativos para asumir los cuidados necesarios. Intervalo de confianza y nivel de significación del 95%.

**Resultados:** Se tomaron como parámetros los recursos más habituales. *Necesitaban:* El Grupo A: Rcia Oficial 30,9% la obtuvieron 1,6%, teniendo que utilizar Rcia Privada 14,9% como recurso inmediato. Grupo B: Rcia Oficial 28,5% la obtuvieron 0,1% teniendo que utilizar Rcia Privada 4,2%. En cuanto al SAD Municipal necesitaban Grupo A: 21,4% y lo obtuvieron 18,2%. Grupo B-32,8% que necesitaban lo obtuvieron solo 6,6%.

**Conclusiones:** 1. La estructura y el desarrollo actual de la Ley de Dependencia impide acceder de forma inmediata a los recursos sociales necesarios que garanticen la calidad de atención de los pacientes al alta. 2. La no transparencia en los plazos de obtención del recurso necesario impuesto a través de la Ley de Dependencia frena a las familias a utilizar recursos privados alternativos. 3. La normativa de la Ley de Dependencia entorpece la agilidad previa de los Servicios Sociales para la obtención de recursos Municipales inmediatos. 4. La no concesión del recurso necesario está originando situaciones de riesgo social en pacientes altamente dependientes. 5. A pesar del tiempo transcurrido desde la implantación de la Ley de Dependencia esta sigue siendo para las familias con ancianos dependientes, la gran desconocida.