



# Revista Española de Geriatria y Gerontología

www.elsevier.es/regg



## Sesión de Pósters

### Sesión Clínica

#### P-001. EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN LA PREVENCIÓN Y MEJORA DEL DOLOR LUMBAR CRÓNICO EN UNA ZONA BÁSICA DE SALUD

L. Sierra Martínez, M.R. Martínez Fuerte y M.A. Sánchez-Izquierdo Aguirre  
Centro de Salud Pilarica. Valladolid Este. Valladolid.

**Objetivo:** Cuantificar la mejoría del dolor lumbar crónico, tras intervención didáctica individual.

**Material y métodos:** Selección pacientes objeto estudio por muestreo no probabilístico consecutivo entre pacientes mujeres que acuden a consulta por dolor lumbar crónico. Responden cuestionario inicial condatos 1 demográficos, 2 características dolor 3 calidad de vida, estado psíquico (Escala de Goldberg) y repercusión del dolor lumbar (Escala de Roland-Morris-ERM). Cuestionario posterior, pasados tres meses, tras intervención didáctica individual, utilizando los mismos parámetros de medición. La intervención, exposición oral 15 minutos, apoyada de trípticos cuidados higiénicos-posturales en actividades domésticas y tabla de ejercicios diarios básicos para fortalecer la musculatura lumbar. Los datos se recogen en hoja de cálculo Excel y son analizados mediante programa SPSS 9.0 para Windows.

**Resultados-conclusiones:** Edad media  $61,5 \pm 10,2$  DE. Pacientes con ansiedad o depresión: 14%. La puntuación media en la EVA descendió de  $4,5 \pm 1,9$  DE a  $3,9 \pm 2,4$  DE ( $p = 0,02$ ). La puntuación inicial, media en la ERM:  $12,7 \pm 2$  DE, y tras 3 meses de  $8,1 \pm 2$  DE ( $p < 0,001$ ). La repercusión se evaluó mediante la reducción en la puntuación de la ERM, la cual se produjo en el 49,6% de las pacientes. Dicha reducción fue significativamente superior ( $p < 0,05$ ) en pacientes con menor tiempo de evolución del cuadro doloroso y de carácter continuo, mayor intensidad en la EVA, sin depresión concomitante y consumo previo de analgésicos. Autopercepción de mejoría en el 58,9% de los pacientes. Se observó una moderada correlación entre EVA y ERM ( $r = 0,685$ ,  $p < 0,001$ ).

#### P-002. ENFERMEDAD CORONARIA EN LA MUJER. UNA APROXIMACIÓN CUALITATIVA

D. Sancho Cantus y A. Martínez Sabater  
Hospital Francesc de Borja. Gandía. Valencia.

**Objetivo:** Describir los conocimientos previos que posee la mujer sobre la cardiopatía isquémica y determinar cómo influyen en la forma de actuar ante los primeros síntomas. Identificar los síntomas con los que la mujer manifiesta la enfermedad y cómo los vive.

**Metodología:** Estudio cualitativo de tipo fenomenológico realizado en 17 pacientes que sufrieron infarto agudo de miocardio o angina de pecho. La recogida de los datos se efectuó a través de entrevistas semi-estructuradas durante los primeros días tras el episodio agudo.

La entrevista se centró en conocer la percepción de los síntomas por parte de la paciente en el momento inicial, y el grado de conocimiento sobre las mismas. Además se recogieron de las historias clínicas datos relevantes sobre el diagnóstico médico, manifestaciones, curso clínico y tratamiento aplicado para establecer posibles relaciones con los datos cualitativos obtenidos.

**Resultados:** De las 17 pacientes incluidas, 8 presentaron SCASEST y 9 SCACEST. En 88% se realizó coronariografía, y el 82% de las pacientes requirieron estancia en la UCI. Los síntomas iniciales fueron infravalorados en la mayoría de las pacientes entrevistadas. El menosprecio de las primeras manifestaciones se relaciona con el retraso de la demanda de asistencia hasta pasadas las 6 horas desde su inicio. Se evidencia un déficit de conocimientos previos sobre los síntomas asociados a enfermedad coronaria.

**Conclusiones:** Aunque no se pretende extrapolar los resultados, el estudio ratifica los hallazgos encontrados en la literatura sobre las diferencias de género en la cardiopatía isquémica, especialmente en el modo en que la mujer vive y experimenta la enfermedad y cómo responde ante ella. El menosprecio de la sintomatología inicial y el no reconocimiento de la misma condicionará el comportamiento ulterior de la mujer así como el pronóstico de la enfermedad.

#### P-003. ESTUDIO DEL ESTADO FUNCIONAL DE LAS RODILLAS EN EL PACIENTE GERIÁTRICO

X. Quintana Carrascal  
Servicio Rehabilitación. CSI.

**Objetivos:** Evaluar en una unidad de Convalecencia el estado funcional de la articulación de las rodillas independientemente del motivo del ingreso en dicha unidad.

**Material y métodos:** Se trata de un estudio prospectivo longitudinal de los pacientes ingresados en el Centro socio sanitario del CSI durante once meses. Los datos han sido registrados en una base de datos, creada con el programa Microsoft Office Excel. Se han incluido 93 pacientes a los que se ha valorado en el momento del ingreso y al alta. Se han recogido datos de filiación, valoración funcional de las rodillas, Balance articular, balance muscular, así como las patologías concomitantes, valoración subjetiva del dolor y necesidad de ayudas técnicas para la marcha.

**Resultados:** Se han incluido 93 pacientes con una edad media de 77 años. La causa principal del ingreso ha sido por patología directa de las rodillas en el 53,76% de la muestra. De estos casos, el 32% se debe a patologías vasculares y el 24% a patología traumatológica (fracturas). *La movilidad articular activa en las rodillas derechas es:* flexión de  $116,5^\circ$ , extensión  $-12,5^\circ$ , rotación interna de  $17^\circ$  y rotación externa de  $22^\circ$ . *La movilidad articular activa en las rodillas izquierdas es:* flexión de  $114^\circ$ , extensión  $-11,8^\circ$  rotación interna de  $17,5^\circ$  y rotación externa de  $21,3^\circ$ . La movilidad pasiva mejora estos balances, consiguiendo  $124,05^\circ$  de flexión en las rodillas derechas y  $122,4^\circ$ , en las

rodillas izquierdas. El balance muscular en ambas extremidades inferiores según la escala de Daniels es de 4. Globalmente los pacientes valorados en la unidad que presentan gonalgia son el 46,46% y el 49,46% presenta antecedentes patológicos que afectan indirectamente a las mismas.

**Conclusiones:** Casi el 50% (46,6%) de pacientes ingresados en la Unidad de Convalecencia del CSI presenta gonalgia. La patología principal es de causa traumatológica y vascular (AVC isquémicas y hemorrágicas). Hay diferencias destacables de movilidad activa respecto la movilidad pasiva, sobretodo, en los movimientos de extensión, rotación interna y externa. Las patologías más implicadas con el deterioro funcional en rodillas geriátricas son las vasculares, las fracturas y las mélicas.

#### P-004. INDICADOR DE DEPENDENCIA EN UNA UNIDAD DE CONVALESCENCIA

M. Lora Gallego, P. Ayuso Torrijos, J. Tinoco y M. Molleda  
*Hospital Sociosanitari de L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona.*

**Introducción:** En base a la importancia de la transmisión de información sobre los usuarios en las Unidades de Convalecencia hemos elaborado una herramienta que facilita esta tarea, y contribuye a mejorar tanto el nivel funcional como el nivel de independencia de los usuarios.

**Objetivo:** Facilitar el traspaso de información entre los profesionales que atienden a un mismo usuario durante su estancia en el Centro.

**Método:** Elaboración de pictograma en el que se representan las actividades básicas de la vida diaria cronológicamente desde que el usuario se levanta de la cama hasta que deambula de manera autónoma. En él se muestran, mediante dibujos, la dependencia o ayuda técnica que el usuario requiere marcando las áreas en las que requiere asistencia. El pictograma es actualizado semanalmente.

Áreas: 1. Actividades de la Vida Diaria: a) Se marca el grado de incontinencia tanto diurna como nocturna; b) Queda reflejada la ayuda externa que requiere el usuario para realizar las transferencias (acostarse y levantarse) de la cama; c) Se marca la ayuda que precisa para la higiene mayor (ducha completa en sedestación o bipedestación) y para la higiene menor (aseo personal diario); d) Se refleja la ayuda externa que necesita el usuario para el vestido así como las ayudas técnicas que precisa. 2. Carga y descarga: Se informa de la necesidad de permanecer en descarga de una extremidad inferior. 3. Contención: Contempla la necesidad del usuario de llevar una contención pélvica o torácica. 4. Desplazamientos: Se muestra si para los desplazamientos requiere ayuda de una persona o de una ayuda técnica, y de qué tipo. Asimismo, se refleja si es autónomo o no para los desplazamientos.

**Resultados:** El personal sanitario implicado ha detectado una mejora en el conocimiento del grado de dependencia del paciente, según una encuesta realizada por los autores.

**Conclusiones:** El pictograma facilita la comunicación entre el personal sanitario y favorece la mejora del nivel funcional del paciente, siendo valorado positivamente por el 90% del personal del Centro.

#### P-005. UTILIDAD DE 3 TEST DE CRIBADO PARA DETECTAR DETERIORO COGNITIVO

J.I. Benages Navarro y G. Valls Borrueil  
*Centro Sociosanitario Palau.*

**Objetivos:** Comparar la sensibilidad del MMSE (Lobo), el test de los 7 minutos (Versión Española) y el test del reloj (versión Cacho) para detectar Deterioro Cognitivo.

**Método:** Desde febrero de 2009 hasta febrero de 2010 se examinó a todos los pacientes a los que se solicitó interconsulta para descartar deterioro cognitivo en el Centro Socio-sanitario Palau de Barcelona

(n = 215), con una batería neuropsicológica formal que incluye test para evaluar el rendimiento en diversos tipos de memoria. En dicha batería, se valora también el estado atencional, el lenguaje, las praxis constructivas e ideomotorias, las gnosis visuales y el estado de las funciones frontales. Paralelamente, se administró a todos los pacientes el MMSE (Lobo), el test de los 7 minutos (Versión Española) y el test del reloj (versión Cacho).

**Resultados:** Los resultados preliminares muestran claramente la baja utilidad del MMSE para detectar pacientes con Deterioro Cognitivo, especialmente cuando se trata de pacientes con antecedentes vasculares. El Test de los 7 minutos muestra mejores resultados y a priori el Test del Reloj se perfila como el más sensible de los tres, mostrando el menor número de falsos negativos en comparación con la batería neuropsicológica formal. En el estudio se comparan también diversas variables de la batería neuropsicológica con los resultados en los test de cribado.

**Conclusión:** A pesar de lo extendido del uso del MMSE y de que es fiable en cuanto a los pacientes en que se detecta deterioro, se hace evidente en el estudio que existe un gran número de sujetos que padecen un Deterioro Cognitivo contrastado y que no son detectados por el test MMSE, lo cual implica que no cumple bien su función de cribado. El test de los 7 minutos y el Test del reloj, demuestran ser más sensibles que el MMSE de manera significativa, disminuyendo sensiblemente el número de Falsos negativos. No obstante ninguno de los tres test de cribado alcanza la sensibilidad de una batería neuropsicológica formal, aplicada por un neuropsicólogo experto.

#### P-006. PREVALENCIA DE TRASTORNOS DEL SUEÑO Y SU ASOCIACIÓN CON DEMENCIA, DEPRESIÓN Y USO DE HIPNÓTICOS EN UNA CONSULTA DE GERIATRÍA

A.L. Peralta Amaro<sup>1</sup>, M.D.L.A. Cortés Cepeda<sup>1</sup>, C. Sánchez Castellano<sup>2</sup> y A.J. Cruz Jentoft<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Centro Médico Nacional La Raza. México DF. <sup>2</sup>Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid.

**Objetivo:** Determinar la prevalencia de trastornos del sueño, su relación con la depresión y la demencia, y los fármacos usados para tratarlo en pacientes de una consulta hospitalaria de Geriátría.

**Material y métodos:** Se revisó la historia clínica de 200 pacientes externos sucesivos, vistos por primera vez o seguidos en la consulta de Geriátría del Hospital Ramón y Cajal de Madrid. Se recogieron los datos de edad, género, si presentaban trastorno del sueño y cuál, el uso de hipnóticos y los diagnósticos principales.

**Resultados:** La edad media fue 81,3 ± 5,5 años, 75% eran mujeres. El 40,5% presentó alteraciones del sueño (43,3% de las mujeres y 32% de los hombres, p = 0,16), no encontramos relación entre la edad y la presencia de trastornos del sueño. Sólo el 2,5% de los insomnios se consideraron secundarios a una enfermedad somática, el resto fueron insomnios primarios. Del total de pacientes, el 57,5% tenía diagnóstico de demencia y el 18,5% de depresión. Los pacientes con demencia tuvieron menor prevalencia de trastornos del sueño que la población general (33,0%, p = 0,012), mientras que los pacientes con depresión tuvieron una mayor prevalencia (54,1%, p = 0,063). De los pacientes con alteración del sueño, el 24,7% no utilizaba hipnóticos, el 55,6% tomaban benzodiazepinas, el 7,4% neurolépticos y el resto otros medicamentos. La prevalencia de uso de benzodiazepinas fue mayor en enfermos con demencia que con depresión (52,6% vs 45%), mientras que el uso de neurolépticos fue menor en los primeros (7,9% en demencia vs 15% en depresión), si bien las diferencias no alcanzaron significación estadística.

**Conclusiones:** La prevalencia de trastornos del sueño en pacientes remitidos a una consulta hospitalaria de Geriátría es muy elevada, con tendencia a ser mayor en las mujeres y en pacientes con diagnóstico de depresión y menor en pacientes diagnosticados de demencia. El principal tratamiento de estos trastornos son las benzodiazepinas,

pese a que intentamos de forma habitual la retirada de este grupo farmacológico, especialmente en presencia de demencia. Un grupo relevante no recibe tratamiento y un pequeño porcentaje utiliza neurolépticos. El diagnóstico de demencia o depresión no influyó en la elección del tratamiento.

#### **P-007. DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA OSTEOPOROSIS ANTES Y DESPUÉS DE UNA FRACTURA DE CADERA**

M.D.L.A. Cortés Cepeda<sup>1</sup>, A.L. Peralta Amaro<sup>1</sup>, B. Montero Errasquin<sup>2</sup> y A.J. Cruz Jentoft<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Centro Médico Nacional La Raza. México DF. <sup>2</sup>Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid.

**Antecedentes:** Para prevenir las fracturas de cadera, es preciso realizar correctamente y con suficiente antelación el diagnóstico de osteoporosis e iniciar el tratamiento de este problema. Sin embargo, es experiencia común encontrar personas con fractura de cadera que desconocían este diagnóstico.

**Objetivo:** Determinar cuántos pacientes con fractura de cadera tienen con anterioridad un diagnóstico de osteoporosis, si reciben el tratamiento preventivo adecuado, y valorar si la situación cambia tras la fractura de cadera.

**Métodos:** Se revisaron las historias clínicas de todos los pacientes mayores de 70 años hospitalizados durante un año en el Servicio de Traumatología de nuestro centro para el tratamiento quirúrgico de una fractura de cadera. Se buscó en la historia la presencia de un diagnóstico anterior de osteoporosis, si se había hecho en algún momento una densitometría ósea y si tomaban tratamiento para la osteoporosis y cuál. Se determinó también el tratamiento utilizado tras el alta hospitalaria.

**Resultados:** Se incluyeron 448 pacientes hospitalizados por fractura de cadera, con edad media  $83,5 \pm 6,4$  años, el 77,7% mujeres. Sólo el 17,6% tenían un diagnóstico previo de osteoporosis (el 8% de los varones y el 20,4% de las mujeres,  $p = 0,004$ ). En el 10% se había diagnosticado mediante densitometría (el 2% de los varones y el 12,4% de las mujeres,  $p = 0,002$ ). Antes del ingreso, el 7,4% de los pacientes tomaban calcio + vitamina D, el 1,6% vitamina D, el 4% bifosfonatos y el 0,2% calcitonina. Aunque el diagnóstico de osteoporosis guardaba relación con este tratamiento, 10 pacientes no diagnosticados de osteoporosis tomaban calcio + vitamina D, 2 tomaban vitamina D y 2 tomaban bifosfonatos, lo que sugiere una infradocumentación del diagnóstico. Tras la fractura, un 46,9% tomaban calcio + vitamina D, un 0,4% vitamina D y un 17,2% bifosfonatos.

**Conclusiones:** Muy pocos pacientes con fractura de cadera han recibido anteriormente el diagnóstico de osteoporosis, por lo que la inmensa mayoría de ellos no han recibido nunca un tratamiento que pueda reducir su riesgo de fracturas. Tras la fractura el porcentaje de enfermos tratados aumenta, pero sigue siendo bajo. Existe una importante área de mejora en la prevención primaria y secundaria de la fractura de cadera.

#### **P-008. LA SALUD SEXUAL DE LOS PACIENTES CON DEMENCIA Y PAREJA QUE ACUDEN A UN HOSPITAL DE DÍA DE GERIATRÍA (HDG)**

S. Burcet<sup>1</sup>, E. de Jaime<sup>2</sup>, M.L. Rodríguez<sup>2</sup>, A. Huarte-Mendicoa<sup>2</sup>, O. Vázquez<sup>2</sup> y E. Sevilla<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Centro Fórum del Hospital del Mar. IAGS. Parc de Salut Mar. Barcelona. <sup>2</sup>Centro Fórum del Hospital del Mar. IAGS. Barcelona.

**Objetivos:** Describir la salud sexual de los pacientes con demencia y con pareja que acuden a un HDG.

**Método:** Estudio prospectivo que incluye los pacientes con demencia que ingresaron en HDG entre Mayo y Noviembre 2009 con pareja y que realizaron un mínimo de 24 sesiones. Se recogió: edad, sexo,

Barthel, Lawton, Charlson, GDS. Se administró una encuesta donde se preguntaba: si su vida sexual era satisfactoria, si había mantenido relaciones sexuales en últimos dos meses, motivos por falta de relación, en caso de tener relaciones sexuales si son satisfactorias, si la frecuencia es adecuada, si existe comunicación con pareja, si explica a personas del entorno los problemas que puedan surgir, si mejoraría algún aspecto. Se excluyó aquellos pacientes que por gravedad del deterioro cognitivo presentaban dificultad para completarla.

**Resultados:** Se identificó 35 pacientes, de los cuales se excluyó 4 por dificultades de comprensión. 3 no colaboraron, 4 no se realizó registro por alta prematura. Se analizó 24 pacientes. El 75,0% eran hombres. La edad fue de  $79,4 \pm 5,9$ , Barthel  $82,7 \pm 17,6$ , Lawton  $0,5 \pm 0,9$ , Charlson  $2,1 \pm 1,2$ ; el 54,1% tenía GDS 4, 20,8% 5 y 25,0% 6. El 83,3% refiere que su vida sexual ha sido satisfactoria; el 75,0% no ha tenido relaciones sexuales en últimos dos meses. Al analizar las causas de falta de relación sexual: el 100% refiere algún problema de lívido (paciente, pareja o ambos). El 61,2% refiere además algún problema orgánico. En los pacientes que sí mantienen relaciones: el 83,2% las considera satisfactorias; el 33,3% considera la frecuencia adecuada; el 16,6% nunca comenta con pareja los gustos, el 100% no comenta problemas con otras personas y el 66,6% no mejoraría su relación sexual. El tener relación sexual en últimos dos meses se relacionó significativamente con GDS (4: el 15,3% tuvo relación; 5: 66,6%; 6: 0%,  $p < 0,05$ ).

**Conclusiones:** El 25% de la muestra analizada refiere tener actividad sexual, relacionándose la existencia de la misma con el grado de demencia. La falta de apetito sexual es frecuente, aunque también destacan los problemas orgánicos. En general los pacientes están satisfechos con su vida sexual.

#### **P-009. TRASTORNOS DE CONDUCTA RELACIONADOS CON LA SEXUALIDAD (TCS) EN PACIENTES CON DEMENCIA QUE ACUDEN A UN HOSPITAL DE DÍA DE GERIATRÍA (HSG): UNA REALIDAD SILENTE**

M.L. Rodríguez, E. de Jaime, E. Sevilla, A. Huarte-Mendicoa, O. Vázquez y S. Burcet

*Servicio de Geriátría del Parc de Salut Mar. Centro Fórum del Hospital del Mar. Barcelona. Hospital de la Esperanza. Barcelona. Instituto de Atención Geriátrica y Sociosanitaria (IAGS). Barcelona.*

**Objetivo:** Analizar y describir la presencia de TCS en pacientes con demencia y pareja que acuden a un HDG.

**Método:** Estudio prospectivo que incluye los pacientes con demencia y pareja que ingresaron en HDG entre Mayo 2009 y Noviembre 2009 y que realizaron un mínimo de 24 sesiones. Se recogió del paciente: edad, sexo, Barthel, Lawton, Charlson, GDS. Se facilitó una encuesta al familiar autoadministrada con 5 preguntas: presencia de alguna conducta sexual que genere malestar, demanda sexual en lugar inapropiado, mayor demanda sexual de lo normal, presencia de mayor afectividad con otras personas y presencia de alguna conducta que provoque vergüenza. Se excluyó aquellos familiares que presentaban alguna enfermedad o deterioro cognitivo que dificultaba responder las preguntas.

**Resultados:** Se recogieron 35 encuestas, de las cuales se excluyeron 5 por tener el familiar alguna enfermedad o deterioro cognitivo. De 11 familiares no se obtuvo encuesta (7 no lo realizaron, 3 no colaboraron y en un caso el cuestionario presentaba errores). Quedaron 19 encuestas para el análisis que correspondieron a 19 pacientes con una edad media de  $78,6 \pm 5,9$ , Barthel  $81,8 \pm 19,2$ , Lawton  $0,4 \pm 0,6$ , Charlson  $2,3 \pm 1,2$ ; el 78,9% eran hombres; el 52,6% tenía un GDS 4, 26,3% GDS 5 y 21,0% 6. El 21,0% (4) de los familiares respondieron negativamente a todas las preguntas. El 15,7% (3) refirieron que el paciente había presentado alguna conducta que provocaba malestar; ningún familiar refirió demanda en lugar inapropiado; el 47,3% (9) refirió mayor demanda de lo normal; el 15,7% (3) refirió la presencia

de mayor afectividad hacia otras personas y el 10,5% (2) refirió haber tenido vergüenza en algún momento. La respuesta positiva a alguna pregunta no se relacionó significativamente con ninguna variable relacionada.

**Conclusión:** La hipersexualidad es el TCS más frecuente en los pacientes con demencia y pareja en un HDG. Las encuestas pueden ayudar a explicar los problemas relacionados con la esfera sexual debido a que ayudan a preservar la intimidad y es un punto de inicio para fomentar la confianza con el equipo. En un estudio futuro se incluirá también pacientes sin pareja, adaptando la encuesta y realizándola al cuidador principal.

#### P-010. CAÍDAS EN EL PACIENTE PSICOGERIÁTRICO

A. Prieto Castillejo, O. Grande Valenciano, J. Macías Mancha, V. Barbero Blanco, A. García Nieves y M.A. Valdepeñas Isidro  
*Centro San Juan de Dios. Ciempozuelos.*

**Objetivo:** Conocer la prevalencia de caídas en los pacientes ingresados en el área de psicogeriatría de un Hospital de Salud Mental, identificar el perfil de los pacientes que se caen y describir las circunstancias asociadas a las caídas.

**Método:** Estudio cuantitativo de carácter descriptivo retrospectivo que incluye a todos los pacientes ingresados en el área de psicogeriatría desde el 1 de enero de 2009 hasta el 31 de diciembre de 2009. Se ha realizado mediante la recogida de datos de la historia clínica y de la aplicación informática de seguridad clínica del Centro.

**Resultados:** Se estudiaron 139 pacientes y se registraron un total de 79 caídas que se acumularon en 36 pacientes, lo que supone una prevalencia del 25,8% y una incidencia de 0,6 caídas/paciente/año. La edad media ha sido de 73,56 y el Barthel medio de la muestra de 60 (dependencia leve). El 35,3% de los pacientes tienen como diagnóstico principal Esquizofrenia residual y las patologías secundarias más prevalentes han sido: Alteración de la visión (60,1% con 36% cataratas), HTA (38,8%), ACVA (30,5%) y D. Mellitus (19,4%). El 69,4% tomaba neurolépticos como factor favorecedor y el 22,3% tenía dos neurolépticos asociados. El 36,1% presentaba mal estado de los pies y en el 67,2% en el test "get up and go" el tiempo empleado ha sido superior a los 20 segundos. El 36,3% de los pacientes que se caen lo hacen repetidamente y las consecuencias físicas aparecen en el 55,2% siendo la mayoría (60,7%) heridas o contusiones, un 20,1% TCE y un 15,2% fracturas óseas. Los lugares más frecuentes de caídas fueron la habitación y el baño y el horario al levantarse (18,9%).

**Conclusiones:** 1. Las caídas constituyen un S. Geriátrico importante que es necesario tener en cuenta en este tipo de Centros. 2. En los pacientes que se caen en nuestra Unidad predominan los problemas de equilibrio, alteración de la visión y toma de antipsicóticos. 3. Hay un alto porcentaje de pacientes que caen repetidamente y esto exige un abordaje en profundidad. 4. Es importante la detección de factores de riesgo y la intervención precoz a través del equipo interdisciplinar reevaluando periódicamente las medidas adoptadas en los planes de cuidados. 5. La inclusión de estos pacientes en programas de fisioterapia y terapia ocupacional son pilares básicos en la estrategia de lucha contra las caídas.

#### P-011. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LOS PACIENTES QUE GENERAN SOBRECARGA EN EL CUIDADOR PRINCIPAL

P. Beroiz Groh, L. Barrancos, C. Blasco, M. Serrano, V. Reca y S. Altimir  
*Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona.*

**Objetivos:** Conocer las características de los pacientes que generan sobrecarga en el cuidador principal.

**Método:** Análisis de los pacientes valorados por la Unidad de Geriátría del Hospital General Universitario Germans Trias i Pujol vía in-

terconsulta a los que se les ha realizado una valoración geriátrica integral (VGI) durante el año 2009. A partir de la detección de sobrecarga se comparan las características de los pacientes con el grupo que no la presenta.

**Resultados:** Se realiza una VGI a 577 pacientes y familiares presentando sobrecarga 132 (23%) definida como incapacidad para continuar cuidando al familiar o ansiedad generada por los cuidados. La edad media de los pacientes es de 79 años, sin diferencias significativas entre los dos grupos. Tampoco se observan diferencias en el sexo ni el motivo de ingreso. Tras analizar todas las variables se observa relación entre la presencia de sobrecarga y el diagnóstico previo de demencia ( $p = 0,004$ ), la presencia de ansiedad ( $p = 0,005$ ) e insomnio ( $p = 0,03$ ), pero no de depresión ( $p = 0,05$ ).

Los factores asociados a mayor sobrecarga son la no deambulación o deambulación con guía (menor sobrecarga cuando deambulan solos), el deterioro funcional subagudo o crónico (menor sobrecarga cuando el deterioro es agudo), el inmovilismo y la presencia de incontinencia urinaria y fecal. Estos datos se confirman en la puntuación del Barthel (previo, al ingreso y al alta) que es menor en el grupo de sobrecarga. No se observa relación con la presencia de úlceras por presión. Otros factores asociados son las caídas ( $p = 0,0001$ ) y la presencia de dolor ( $p = 0,005$ ). Respecto a la situación cognitiva hay mayor número de pacientes con delirium en el grupo de sobrecarga ( $p = 0,001$ ) y la puntuación del Pfeiffer es mayor. Un porcentaje mayor de casos donde se observa sobrecarga son derivados a un centro sociosanitario: convalecencia 43,9% vs 33,5%, unidad de larga estancia 12,9% vs 7%.

**Conclusiones:** El perfil del paciente que genera sobrecarga es el de una persona con demencia, con una dependencia moderada-severa, con dolor y con síntomas neuropsiquiátricos como delirium, ansiedad e insomnio.

#### P-012. MODELO DE ABORDAJE DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO DE LAS DEMENCIAS EN EL ÁMBITO RESIDENCIAL. FACTORES INFLUYENTES A LA HORA DE ELEGIR LOS CANDIDATOS

L. Espantaleón Rueda e I. Rodríguez Moreno  
*Amma Valdebernardo.*

**Objetivos:** Determinar qué factores influyen a la hora de someter a procedimientos diagnósticos y terapéuticos a pacientes con deterioro cognitivo. Prevalencia de las diferentes causas de exclusión.

**Método:** 1. Se evalúa cognitivamente al ingreso, durante la revisión anual o ante un empeoramiento de la situación basal a todos los residentes y se envía al especialista los casos de posible demencia detectados. En principio se decide estudiar aquellos casos con GDS mayor de 2 y menor de 6 y MEC menor de 24. 2. Se analiza retrospectivamente el grupo de inclusión y se observa que había un porcentaje de los mismos que no habían sido derivados al especialista. Se realiza un estudio descriptivo de los factores más frecuentemente relacionados con la decisión de apartar a estos residentes del grupo de estudio y se determina si su exclusión está justificada. 3. El análisis de datos se realiza mediante técnicas descriptivas con la aplicación SPSS para Windows.

**Resultados:** Los resultados preliminares indican que tres cuartas partes de los residentes con un deterioro cognitivo de leve a moderadamente grave no fueron derivados al especialista para su diagnóstico. Entre las causas que motivaron su exclusión encontramos más frecuentemente la presencia de deterioro funcional severo, pluripatología, enfermedad cerebrovascular severa y patología médica grave. En menor medida, otras causas son la presencia de enfermedades psiquiátricas y la estabilización o mejoría del estado cognitivo.

**Conclusiones:** Consideramos que no todos los residentes con deterioro cognitivo deben ser derivados al especialista para su diagnóstico. Es necesaria la valoración de cada caso, teniendo en cuenta la presencia de otras patologías que podrían explicar el bajo rendimien-

to en pruebas cognitivas, la severidad del deterioro funcional del residente y la concomitancia de otras patologías médicas graves. La presencia de alguno de estos factores justificaría la decisión de no derivación al especialista, al resultar ésta innecesaria o no aportar beneficios claros en la mejora de la calidad de vida del residente.

**P-013. ESTRATEGIAS DE MEJORA EN EL CIRCUITO TERAPÉUTICO DEL ANCIANO HOSPITALIZADO. LA PRESCRIPCIÓN ELECTRÓNICA: UN PASO ADELANTE EN LA SEGURIDAD CLÍNICA**

R. Vial Escolano, T. Usieto Piedrafitá, C. Cánovas Pareja, E. Rebollar Torres, J.M. Cucullo López y E. García-Arilla Calvo  
*Hospital Real Nuestra Señora de Gracia. Zaragoza.*

**Objetivos:** Evaluación durante el año 2009 de la calidad de las fases del circuito terapéutico: prescripción médica (electrónica), transcripción enfermera, preparación carro unidosis, distribución y consumo por el paciente. Detección de errores y propuestas de mejora.

**Metodología:** Estudio transversal de prevalencia puntual realizado en dos fases durante el año 2009 (mayo y diciembre) por un equipo multidisciplinar. SPSS. Análisis y estudio de factores que han condicionado los errores del proceso. Comparación con datos del año 2008.

**Resultados:** 1. 1.ª fase: 51 p. edad m. 84,8 años: a) Prescripción médica: Cuidados actualizados 84,3%, Instrucciones no claras 7,8%. Firmadas hojas 82%. Errores en nombre 2%, en dosis y en vía 5,8%, en pauta de administración 13,7%. Transcripción enfermera: Errores en transcripción 15,7%. Condicionales antiguos 11,7%. Errores en nombre 4%, en dosis 13,7%, en vía 2% y en pauta administración 2%. b) Preparación en farmacia: error llenado carro: 2%. c) Distribución medicación: utilización gráfica 100%, error distribución 6%, registro consumo 78,4%. 2008: Órdenes Médicas: identificación incorrecta 20,3%, letra ilegible 6,7%, abreviaturas no comunes 23,7%. Ausencia de dosis 27%, de vía 10%, pauta 3,3%. 2. 2.ª fase: 51 p. edad m. 84,4 años: a) Prescripción médica: Cuidados actualizados: 98%, Instrucciones no claras 15,6%. Firmadas hojas 49%. No errores en nombre, en dosis 7,8%, en vía 5,9% y en pauta 11,7%. Transcripción enfermera: Errores en transcripción 15,7%. Condicionales antiguos 9,8%. Errores en dosis 11,8%. No errores en nombre, vía ni pauta. b) Preparación en farmacia: error llenado carro: 3,9%. c) Distribución medicación: utilización gráfica 100%, error en distribución 2%, registro consumo 74%. 2008: Órdenes Médicas: identificación incorrecta 7%. Ausencia de dosis 66%, pauta 10,5%.

**Conclusiones:** 1. El análisis periódico del circuito del proceso terapéutico permite detectar errores y buscar estrategias de mejora en la reducción de eventos adversos en el anciano hospitalizado. 2. La implantación de la prescripción electrónica en el servicio ha permitido disminuir los errores en la fase de prescripción médica aunque persisten defectos en la actualización de cuidados. 3. Es necesario implantar el acceso informático en enfermería para reducir los errores que se derivan de la transcripción del tratamiento. Existen defectos en el registro de la toma de la medicación por el paciente.

**P-014. PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL A LOS > 80 AÑOS QUE VIVEN SOLOS EN LA ZBS "LA LAGUNA" DE CÁDIZ: PIAMLA'80**

J. Benítez Rivero, L. García Villanego, F.J. Pérez Cabeza, F. Bonet Linero y M.A. Luque Barea  
*UGC La Laguna. SAS-Cádiz.*

**Introducción:** Basados en la información de los Enfermeros de Enlace y Trabajador Social, se pone de manifiesto el alto número de > 80 años que viven en la ZBS de La Laguna solos, o sin ayuda de ningún tipo, deduciendo que pueden ser calificados de Anciano en Riesgo o Frágil por esta situación socio-familiar.

**Objetivo:** 1. La UGC "La Laguna", dentro del Contrato Programa de este año ha decidió introducir como *objetivo prioritario* la realización de un *plan integral de atención a los mayores de 80 años* de la Laguna (PIAMLA'80), en el que van a participar todos los profesionales sanitarios y el Trabajador Social. 2. Por otra parte, partiendo de la base de 1 de cada 4 ancianos > 80 viven solos, de nuestra pirámide de población de 948, se puede deducir el alto volumen de éstos en esta circunstancia, por ello nuestros objetivos son: 1. Elaboración del PIAMLA'80 para aquellos mayores de 80 años que vivan solos y/o con familiar de similar edad, sin apoyo familiar y/o formal. Elaborar el mapa de riesgo social para > 80. 2. Elaboración del censo de > 80 que cumplan los criterios de inclusión que se han determinado. Valoración integral de la población > 80 años que vivan solos. *Cronograma de trabajo para tres años de seguimiento:* Detección de Polimedificados, Análisis de Caídas, Malnutrición y gestión de la Ley de Dependencia. Coordinación con los Servicios Sociales Comunitarios.

**Material y método:** De la BDU listamos a los > 80, por clave médica para proceder a la detección de la situación según los criterios de inclusión. Se forma a la plantilla en cuanto a la VGI y al proceso de informatización de la historia.

**Resultados:** Tras el inicio formativo de la plantilla, se han valorado a los ancianos > 80, por parte de cada médico, habiéndose detectado de una población de 984, a 274 mayores de 80 años que viven solos. Siendo las mujeres mayoritarias.

**Discusión:** Para una población de nivel sociocultural alto, hemos encontrado más > 80 años solo de lo esperado. En este año realizaremos GVI a todos y consecución de los objetivos secundarios.

**P-015. PERFIL DE PACIENTES INGRESADOS EN UNA UNIDAD DE CONVALECENCIA EN FUNCIÓN DE SU PROCEDENCIA DESDE DOS HOSPITALES DE AGUDOS DIFERENTES**

A. Esperanza Sanjuán<sup>1</sup>, R. Miralles Basseda<sup>1</sup>, J. Gutiérrez Cebollada<sup>2</sup>, E. Hernández Leal<sup>2</sup>, I. Pineda Pérez<sup>2</sup> y O. Sabartes Fortuny<sup>2</sup>  
<sup>1</sup>*Hospital Esperança. Barcelona.* <sup>2</sup>*Hospital del Mar. Barcelona.*

**Introducción:** Los resultados clínicos y de gestión de una unidad de convalecencia, pueden verse influidos por el perfil de los pacientes que ingresan y su procedencia.

**Objetivo:** Evaluar si existe diferencia entre las características de los pacientes ingresados en una unidad de convalecencia en función de su procedencia desde dos hospitales de agudos diferentes.

**Método:** Se revisaron 90 pacientes (período de estudio 9 meses), escogidos al azar y en número proporcional al total de ingresos que procedían de cada uno de los hospitales. Características; *Hospital A:* servicios neurología, cardiología, medicina interna, traumatología, vascular, cirugía, urgencias, hematología y digestivo. *Hospital B:* traumatología, rehabilitación y radioterapia. La valoración previa al ingreso fue realizada por profesionales del servicio de geriatría; aplicando los criterios de ingreso en convalecencia (Consorci Sanitari de Barcelona diciembre 2004). Los datos del estudio fueron recogidos por los mismos profesionales. *Variables:* edad, sexo, procedencia, adecuación del criterio de ingreso, capacidad funcional previa, ingreso y alta (Índices de Lawton y Barthel), función cognitiva (Minimental de Folstein), comorbilidad (Índice de Charlson), úlceras ingreso y alta, estancia media, núcleo convivencia, destino alta, diagnóstico médico principal y diagnóstico de enfermería principal.

**Resultados:** Sesenta y tres pacientes procedían del Hospital A y 27 del Hospital B. Los enfermos del Hospital A, tenían  $79,5 \pm 1,3$  años; y un índice de Barthel al ingreso de  $31,9 \pm 1,8$ ; mientras que los que procedían del Hospital B, eran  $68,0 \pm 2,7$  y  $40,5 \pm 3,6$  ( $p < 0,001$  y  $p < 0,03$ ) respectivamente. Hubo 9 pacientes con úlceras por presión al ingreso en el grupo A (14,29%), y ninguno entre los que procedían del B ( $p < 0,04$ ). No hubo diferencias significativas en resto de las variables estudiadas.

**Conclusiones:** 1. Los pacientes eran diferentes en algunas de sus características, en función de si procedían del Hospital A o del B. 2. Los pacientes procedentes del Hospital A, tenían significativamente mayor edad, menor capacidad funcional al ingreso y mayor prevalencia de úlceras por presión. 3. Todos los pacientes, tanto si procedían del Hospital A o del B, cumplieron adecuadamente los criterios de ingreso. 4. No hubo diferencias significativas en los indicadores de gestión de la unidad (estancias medias, destino al alta).

#### P-016. LAS DRUSAS RETINIANAS. ¿FACTOR DE PROTECCIÓN PARA EVITAR EL DETERIORO COGNITIVO?

D.C. Navarro Moreno<sup>1</sup>, D.J. Lavid de los Mozos<sup>2</sup>,  
D.J.L. García Madrona<sup>2</sup>, M.A. Gallardo Blanco<sup>2</sup>, C. Barrera  
Campanario<sup>2</sup> y E. Fernández Torres<sup>1</sup>

<sup>1</sup>RES. Mayores. Junta de Andalucía. Algeciras. <sup>2</sup>Hospital Punta Europa/Servicio de Oftalmología. Cádiz.

**Objetivos:** Las drusas son formaciones de sustancia de  $\beta$ -amiloides, semejante a las encontradas en los depósitos cerebrales en enfermos con EA. Por ello el estudio se planteó como evaluación de la existencia de drusas en pacientes ancianos con diagnóstico de EA previo, en sus diferentes estadios, comparándolos en estudio a doble ciego con ancianos sanos. El objetivo primario del estudio era obtener datos a fin de poder considerar las drusas como un factor predictivo de EA, con la simple exploración oftalmológica.

**Método:** En este estudio se han seleccionado 17 pacientes, residentes todos ellos de la Residencia de Mayores de la Junta de Andalucía de Algeciras, con media de edad de 86,1 años, siendo de ellos 10 mujeres y 7 hombres. *Los pacientes se dividieron en tres grupos homogéneos en su número:* a) Ancianos sanos (6) 3 mujeres, Edad media: 84,6 y 3 hombres Edad media: 82,6; b) Ancianos con Deterioro cognitivo leve-moderado (EA diagnosticado por criterios NINCDS-ADRDA): (6) 3 mujeres. Edad media 84,6 y 3 Varones. Edad media: 88; c) Ancianos con Deterioro cognitivo moderado-grave (EA diagnosticado por criterios NINCDS-ADRDA): (5) 4 mujeres. Edad media: 88,5 y 1 hombre. Edad media: 88,5. Los diagnósticos de los pacientes a nivel cognitivo solo eran conocidos por el servicio de geriatría, no por oftalmología, que recibían a los pacientes sin Historia Clínica.

**Resultados:** Cuando se inició el estudio, se buscaba correlacionar los hallazgos de drusas con la EA; pero los resultados no fueron los esperados, para sorpresa de todos, los enfermos de EA MODERADA-GRAVE, no presentaban drusas, salvo en uno de los casos de DCL-EA leve, (16,6%), asociado a DMAE, y por el contrario los Ancianos sanos estudiados, en cuatro casos (66,6%), presentan en mayor o menor cantidad drusas de los diferentes tipos existentes: duras, semiduras y blandas.

**Conclusiones:** Aunque la muestra es pequeña en este estudio, los resultados nos llevan a plantear la hipótesis para futuros trabajos, de que las drusas (depósitos retinianos de  $\beta$ -amiloides, similares a los encontrados en la EA), fueran un factor de protección de la cognición, enlenteciendo el desarrollo del Deterioro cognitivo en nuestros ancianos.

#### P-017. LA FRACTURA PATOLÓGICA EN EL ANCIANO: DIAGNÓSTICO DE TUMOR DESCONOCIDO

M.A. Castaño Panchuelo, C. Pablos Hernández, A. Martín Rodríguez, V. Martín Moreno, J. Sánchez Marugán y J.M. Julián Enríquez  
Hospital Clínico Universitario. Salamanca.

**Introducción:** Los mayores de 65 años tienen 10 veces más probabilidades de padecer cáncer que una persona joven, y a pesar de ser la segunda causa de muerte en este grupo de edad, suele tener un diagnóstico más tardío. Una de sus manifestaciones iniciales suele ser la fractura patológica.

**Material y métodos:** Estudio descriptivo retrospectivo. Tratamiento SMDD. Programa CLINOS. Pacientes ingresados en el Servicio de Traumatología y Cirugía Ortopédica del Hospital Clínico Universitario de Salamanca, durante el año 2009, por presentar fractura patológica tanto en el esqueleto axial como periférico, con sospecha de lesión metastásica sin diagnóstico de un tumor primario.

**Resultados:** N = 10, 8 varones y 2 mujeres. Edad media: 79,8. *Motivo de ingreso:* (Fracturas cadera intracapsulares: 2; Fracturas cadera extracapsulares: 7; Fracturas humero distal: 1; Fracturas vertebrales: 1; Fracturas espontáneas: 4 y Fracturas tras caída: 6. Clínica previa más frecuente (dolores osteomuscular y síndrome constitucional): en todos los casos. *Tumor primario:* neo próstata 4; neo vejiga 1; mielomas múltiples 2; síndrome mieloproliferativo 1; neo de pulmón 1; hipernefoma 1; colangiocarcinoma 1; *Metástasis múltiples:* 8 casos. *Tratamiento quirúrgico paliativo:* 7 casos y *tratamiento oncológico:* 3 casos. *Mortalidad intra hospitalaria:* 1 caso.

**Discusión:** El motivo de este trabajo es destacar el diagnóstico de lesiones tumorales por el servicio de OrtoGeriatría. Muchos mitos, tabúes y moralizaciones se ciernen sobre la asociación de cáncer y vejez. Quizá por ello no se ha afrontado el problema de acuerdo con su importancia y magnitud. Llegando a un diagnóstico tardío en la mayoría de los casos.

**Conclusiones:** 1. El diagnóstico del cáncer en ancianos continúa siendo un auténtico reto para todos los especialistas. 2. La presencia de comorbilidad en el anciano provoca una confusión de síntomas que demora el diagnóstico del cáncer. 3. En edades avanzadas el diagnóstico de la patología tumoral se realiza en muchas ocasiones a través de fracturas patológicas metastásicas. 4. El motivo de ingreso más frecuente es la fractura patológica de cadera.

#### P-018. PREVENCIÓN DE CAÍDAS Y FRACTURAS MEDIANTE PROGRAMA DE EJERCICIOS PARA MUJERES CON OSTEOPOROSIS Y OSTEOPENIA

M.J. Ponce Darós

Centro de Atención Especializada al Mayor de Puçol. Valencia.

**Objetivos:** Este proyecto pretende estudiar si un programa de ejercicio diseñado para mujeres con osteoporosis y osteopenia puede prevenir caídas y fracturas, mejorar la marcha, equilibrio y calidad de vida, y disminuir el dolor de las participantes.

**Método:** Han participado 48 mujeres postmenopáusicas, la mitad en el grupo experimental, y el resto, en el control. El estudio se realizó en el CEAM de Puçol (Valencia), durante 7 meses, en los que el grupo experimental realizaba los ejercicios supervisados por la fisioterapeuta 2 días a la semana durante 1 hora. En este período de tiempo, se les realizó a ambos grupos unas pruebas para valorar su marcha, equilibrio, calidad de vida, dolor, y existencia de caídas y fracturas.

**Resultados:** Al analizar las variables mediante análisis estadísticos descriptivos, se observa que en el grupo experimental sólo se cayeron 3 mujeres, y ninguna de ellas padeció una fractura. En cambio, en el grupo control se cayeron 10 mujeres, y dos de ellas padecieron una fractura. El grupo experimental disminuyó su dolor, mejoró su calidad de vida, su marcha y equilibrio, reduciendo así el riesgo de padecer caídas. Por el contrario, el grupo control empeoró. Tras efectuar correlaciones entre las variables según el coeficiente de Correlación de Pearson y la prueba de Wilcoxon, se observa que existe relación estadísticamente significativa en todas las valoraciones realizadas. Para conocer qué variables influían respecto a otras, se realizaron pruebas de regresión simple, en las que se encontró relación estadísticamente significativa entre el riesgo de caídas, calidad de vida y dolor.

**Conclusiones:** La realización de un programa de ejercicio físico, supervisado por un fisioterapeuta, mejora la prevención de padecer caídas y fracturas en personas con osteoporosis y osteopenia. La realización del programa de ejercicios llevado a cabo en este proyecto ha

mejorado la marcha y el equilibrio de las participantes, la calidad de vida, y ha disminuido el dolor.

#### **P-019. DOLOR CRÓNICO EN PACIENTES HOSPITALIZADOS EN UN SERVICIO DE GERIATRÍA**

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

**Objetivo:** Conocer la prevalencia de dolor crónico al ingreso, sus características y tratamiento en pacientes ancianos hospitalizados.

**Metodología:** Estudio descriptivo transversal de una muestra de pacientes ingresados en el Servicio de geriatría de julio a septiembre de 2009 en las Unidades de agudos y convalecencia. *Variables:* sociodemográficas, comorbilidad, tipo de dolor crónico e intensidad, analgesia utilizada, síntomas depresivos. La intensidad de dolor se evaluó mediante EVA (escala visual analógica) en pacientes sin deterioro cognitivo. En pacientes con demencia se utilizaron indicadores observacionales (IO). SPSS 10.0.

**Resultados:** Fueron estudiados 122 pacientes. 60% mujeres. *Edad media:* 84 años. *Estancia media:* 18 días. 74% procedencia domiciliaria. Barthel < 20: 57%. *Comorbilidad:* demencia 55%, osteoartropatía crónica 49%, síndrome inmovilidad 18%, UPP/vasculares 25%, cáncer 17%, síndrome depresivo 34% (78% tratados). 87 pacientes presentan al ingreso dolor crónico (71%); 83% con EVA < 5. *Dolor Nociceptivo:* Somático 83% predominando dolor osteoarticular 55%, Visceral 21% (cáncer). Dolor neuropático 11%. *Tratamientos analgésico al ingreso:* Paracetamol en 64% (78) y el 36% restante AINEs (7), Metamizol (9), Tramadol (4), Morfina (7), Buprenorfina (8), Fentanilo (8), Antidepresivo (7), Corticoides (8) y Antiepilepticos (5). Se encontró significación estadística en dolor en pacientes inmovilizados, con enfermedad osteoarticular crónica y con cáncer ( $p < 0,05$ ). De los 68 pacientes con demencia, el 65% presentan dolor crónico (48% se detecta por IO, 52% EVA en demencia leve). 22 pacientes tienen demencia y úlceras (86% con dolor, 63% se detecta por IO). Los 21 pacientes con cáncer precisan analgesia (18 dolor visceral, 3 somático-mieloma y metástasis óseas).

**Conclusiones:** 1. Elevada prevalencia de dolor crónico nociceptivo somático osteoarticular de intensidad leve o moderada con uso prioritario del 1er escalón analgésico. 2. En pacientes con síndrome de inmovilidad y úlceras por presión se plantea la necesidad de analgesia periódica. 3. Importancia de medir el dolor mediante indicadores observacionales en pacientes que no lo expresan verbalmente como dementes o con delirium. 4. La elevada prevalencia de depresión en nuestro entorno justifica la necesidad de valorar el estado anímico y su tratamiento en pacientes con quejas de dolor.

#### **P-020. ANÁLISIS DEL EQUILIBRIO Y MARCHA EN UN GRUPO DE PACIENTES CON TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS SEVEROS**

M.D. Nieto de Haro y M.I. Ríos Henares

*Hermanas Hospitalarias del Sagrado Corazón de Jesús.*

**Objetivos:** Describir el perfil de un grupo de pacientes con enfermedades mentales crónicas institucionalizados en un centro psiquiátrico e incluidos en un programa de fisioterapia. Evaluar su marcha y equilibrio y relacionar el riesgo de caídas medido mediante el test de Tinetti con los diagnósticos psiquiátricos y la dependencia funcional que presentan.

**Material y método:** Estudio descriptivo analizando los registros de pacientes incluidos en el programa de fisioterapia. Las variables analizadas son el diagnóstico principal psiquiátrico, edad, comorbilidad, años de estancia en el hospital y deterioro funcional medido mediante el índice de Barthel. Valoración del equilibrio y la marcha mediante el test de Tinetti.

**Resultados:** Se han analizado un total de 37 pacientes (26 mujeres y 11 hombres) con una edad media de  $79 \pm 10$  años (el paciente más joven aunque con criterio geriátrico de 54 años y el más mayor de 97). Los diagnósticos psiquiátricos más frecuentes corresponden a demencias el 58%, esquizofrenias el 26% y retrasos mentales el 5%. La estancia media hospitalaria es de 11 años (un paciente ingresado desde hace 52 años). A la patología psiquiátrica se añade la comorbilidad con un índice de Charlson medio de 4 y una alta dependencia funcional con un IB medio de 21 (68% con IB entre 0 y 20, 24% entre 21 y 60 y sólo un 8% con IB superior a 60).

De los pacientes analizados 29 de ellos (78%) presentan un riesgo severo con una puntuación inferior a 19 y 8 de los pacientes (22%) presentan algún riesgo de caídas con un Tinetti que oscila entre 19-25. Hemos encontrado asociación entre la puntuación del Tinetti y el grado de dependencia (el 79,3% de los pacientes con dependencia funcional severa presentan un Tinetti inferior a 19 y por lo tanto mayor riesgo de caídas). No hemos encontrado asociación entre Tinetti y otras variables como diagnósticos psiquiátricos, edad, estancia media o comorbilidad.

**Conclusiones:** En nuestro grupo el equilibrio y la marcha se relaciona más con el grado de dependencia funcional y es independiente del trastorno mental que presenten o de las patologías añadidas que venga presentando el paciente.

#### **P-021. RELACIÓN ENTRE EL COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO Y RIESGO DE MALNUTRICIÓN EN ANCIANOS CON TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS**

R. Jiménez Sánchez, M.D. Nieto de Haro, J.T. Jiménez Pereña, S. Mata Reyes, I. Romero López y M.J. Molina Navarro  
*Hermanas Hospitalarias del Sagrado Corazón de Jesús.*

**Introducción:** La escala de Blandford es una forma sencilla de evaluar el comportamiento alimentario en especial en los ancianos con trastornos mentales. En este tipo de pacientes existen trastornos de conductuales que se asocian a comportamientos disruptivos durante la ingesta alimenticia. Pensamos que estos comportamientos alimentarios pueden condicionar malnutrición o riesgo de padecerla.

**Objetivos:** Evaluar la conducta alimentaria en un grupo de pacientes con enfermedades mentales crónicas institucionalizados en un centro psiquiátrico. Relacionar las conductas anormales con el grado o riesgo de malnutrición.

**Resultados:** El número de pacientes analizados ha sido de 88 (22 hombres y 66 mujeres) con una edad media de 81 años. Los diagnósticos psiquiátricos más frecuentes corresponden a demencias 50%, esquizofrenias 24% y retrasos mentales 17%. El deterioro funcional que presentan es severo con un IB medio de 25. La comorbilidad es alta con un índice de Charlson medio de 5. El nivel de dependencia durante la ingesta es elevado siendo el 57% dependiente total, el 24% precisan ayuda y sólo un 19% son independientes. Los trastornos de conducta están presentes en el 85% de los casos con una puntuación media de NPI de 12 y encuadrándose el 92% de los mismos en algún estadio de la escala de Blandford que evalúa los trastornos de conducta alimentaria: 31% estadio 2, 27% estadio 4, 17% estadio 5, 15% estadio 3 y 10% estadio 1. La puntuación media del MNA ha sido de 16 con una desviación típica de  $\pm 4,5$  puntos. El 39% de los pacientes malnutridos se engloban en el estadio 4 de Blandford y el 53% de los pacientes con riesgo de malnutrición en el estadio 2. Hemos encontrado asociación entre riesgo de malnutrición-estadio de Blandford (a medida que avanza el estadio el riesgo es mayor) y consistencia de los alimentos. Por el contrario el diagnóstico psiquiátrico no se asocia al riesgo de malnutrición o estadio de Blandford.

**Conclusiones:** La escala de Blandford nos puede proporcionar una orientación fácil sobre el riesgo de malnutrición en pacientes con graves alteraciones conductuales las cuales se manifiestan también durante la ingesta.

### P-022. VALIDEZ DEL ÍNDICE DE FINE EN LA NEUMONÍA DEL ANCIANO

A. Calle Egusquiza, M. Arellano Pérez, A.C. Gama González, M.D. Sánchez Rodríguez, J. Gutiérrez Cebollada y M.A. Márquez Lorente

Hospital del Mar. Barcelona. Hospital de la Esperanza. Barcelona. Centro Fórum. Instituto de Atención Geriátrica y Sociosanitaria. IAGS. Barcelona. Parc de Salut Mar. Barcelona.

**Objetivos:** Evaluar las variables incluidas en el índice de Fine como predictoras de mortalidad en el paciente anciano con neumonía adquirida en la comunidad (NAC).

**Métodos:** Estudio de los pacientes que ingresaron con el diagnóstico de NAC en la Unidad de Geriátría de Agudos (UGA) entre los años 2004-2008. Se recogen todas las variables incluidas en el índice de Fine: sexo, procedencia, antecedentes patológicos (ICC, AVC, enfermedad renal, hepatopatía, neoplasia), constantes al ingreso (frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, temperatura axilar, tensión arterial sistólica), datos gasométricos (pO<sub>2</sub> basal, Sat O<sub>2</sub> basal, ph) y derrame pleural. Se determina la relación de cada una de ellas con la mortalidad tomando como punto de corte el descrito en el índice de Fine.

**Resultados:** Se incluyeron 456 pacientes con una edad media de 85,5 años. La mortalidad durante el ingreso fue de 22,14%. Se relacionó con mortalidad la procedencia (domicilio: 18,5%, residencia: 35,1%,  $p < 0,0001$ ), la frecuencia cardíaca  $> 125$  latidos/minuto (44,4% vs 22,5%,  $p 0,001$ ), la frecuencia respiratoria  $> 30$  respiraciones/minuto (33,3% vs 17,5%,  $p 0,007$ ), la alteración del nivel de conciencia (49,1% vs 19,7%,  $p < 0,0001$ ), el hematocrito  $< 30\%$  (39,5% vs 22,4%,  $p 0,01$ ), el BUN  $> 30$  mg/dl (31,7% vs 17,3%,  $p 0,0003$ ) y la existencia de derrame pleural (42,8% vs 21,8%,  $p 0,001$ ). No hubo relación con ninguno de los antecedentes patológicos, con la tensión arterial sistólica, con la glicemia, con el sodio ni con ninguna de las variables gasométricas.

**Conclusiones:** 1. La comorbilidad, datos gasométricos, datos analíticos como glicemia y sodio y la tensión arterial sistólica, todos ellos incluidos en los criterios de Fine, no predicen mortalidad en el anciano con neumonía. 2. Es necesaria una nueva escala pronóstica de mortalidad de la neumonía específica para la población anciana.

### P-023. LA TRIPLE A (ALZHEIMER-AMNESIA-ANOSOGNOSIA)

J.A. Monforte Porto

Complejo Asistencial de Zamora. Zamora.

**Objetivos:** La anosognosia es la alteración de la capacidad de reconocer la presencia de déficits, o de apreciar su gravedad, en el funcionamiento sensorial, perceptivo, motor, afectivo o cognitivo. Indica una falta de conciencia de la enfermedad que se padece. Se presenta el caso de una paciente con un síndrome demencial no filiado previamente, en la que la anosognosia condiciona la planificación de cuidados.

**Caso Clínico:** Mujer de 78 años que es derivada por el Servicio de Medicina Interna para valoración de su capacidad de autonomía ante la presencia de deterioro cognoscitivo progresivo. Desde el fallecimiento de su hermana, nueve meses antes, vive sola haciéndose más evidente sus dificultades de autonomía: se deja las llaves del gas abiertas, las luces encendidas, se le olvida lo que ha ido a comprar, ha dejado entrar a desconocidos en su domicilio, tiene problemas en el manejo del dinero y se olvida frecuentemente la cartera en los comercios, habiendo avisado a la sobrina desde los mismos para recogerla. Se le practican analítica de sangre y orina, ECG, Rx de tórax, EEG, RM craneal y exploración neuropsicológica estructurada.

**Discusión:** El término anosognosia fue acuñado por Babinski en 1914 para describir el trastorno que presentaban unos pacientes con hemiplejía izquierda, los cuales ignoraban o parecían ignorar la exis-

tencia de la parálisis, aunque conservaban bien sus facultades intelectuales y afectivas. Las cifras de prevalencia de la anosognosia en la enfermedad de Alzheimer oscilan entre el 23 y el 75%, lo que traduce tanto la diversidad de métodos de medida como, posiblemente, la discrepancia en la definición del síntoma. Se analizan los correlatos anatómicos de la misma (hipoperfusión frontal derecha a nivel dorsolateral, hipoperfusión de la corteza posteromedial [cingulado posterior y precúneo]), las hipótesis explicativas de la anosognosia (psicológicas, psicopatológicas y neuropsicológicas), sus gradientes y los instrumentos utilizados para medirla.

**Conclusiones:** La anosognosia en la enfermedad de Alzheimer es un trastorno frecuente con serias implicaciones en la práctica clínica diaria, como ser un motivo de retraso en el diagnóstico o una dificultad en la rehabilitación de los déficits, siendo considerada clásicamente como un factor de mal pronóstico.

### P-024. REACCIÓN DISERGÁSTICA Y DEMENCIA

J.A. Monforte Porto

Complejo Asistencial de Zamora. Zamora.

**Objetivos:** El *delirium* (síndrome confusional agudo, síndrome cerebral agudo, reacción disergástica...) es una complicación de aparición frecuente en el curso de una demencia. La presencia de un *delirium* aumenta el tiempo de hospitalización del paciente, la mortalidad, la probabilidad de reingresos e institucionalización, y acelera el deterioro cognitivo en pacientes con enfermedad de Alzheimer. Se presenta un caso que esclarece los aspectos diagnósticos y terapéuticos de este tipo de pacientes.

**Caso clínico:** Mujer de 88 años, diagnosticada un mes antes de enfermedad de Alzheimer mixta en tratamiento con galantamina. Ingresa en el Servicio de Medicina Interna por un cuadro de inquietud, desorientación, tos y fiebre. A los diez días del mismo presenta episodio de inquietud psicomotora así como "movimientos involuntarios de la cabeza y extremidades superiores", con sospecha de efectos secundarios debidos a la galantamina motivo por el que esta es suspendida. Asimismo, presenta cuadro de alteración de la conciencia fluctuante, mayor desorientación y alteraciones del ritmo vigilia-sueño.

**Discusión:** El *delirium* está incluido dentro de los llamados *Grandes Síndromes Geriátricos* o *Gigantes de la Geriátría*. Su importancia no radica sólo en su elevada prevalencia, sino en las implicaciones socio-sanitarias que conlleva. El factor más importante a la hora del manejo del *delirium* es su reconocimiento y, con cierta frecuencia, no es reconocido o es mal diagnosticado, sobre todo en las formas hipoactivas. Se analizan los factores predisponentes y precipitantes, su neurofisiopatología, instrumentos de medida, curso, pronóstico, medidas de prevención y tratamiento del *delirium* en pacientes con síndrome demencial.

**Conclusiones:** El *delirium* sigue siendo un problema importante y frecuente para todos aquellos que atienden a pacientes ancianos. Su relativo mal pronóstico debería estimularnos a ser activos, eficaces y minuciosos en el análisis de todos los posibles factores no aclarados o agravantes. Este enfoque requeriría con frecuencia un buen trabajo interdisciplinario.

### P-025. AUTOEFICACIA PARA LA REALIZACIÓN DE LOS EJERCICIOS DE SUELO PÉLVICO EN MUJERES CON INCONTINENCIA URINARIA

E.M. Medrano Sánchez, C.M. Suárez Serrano y M.L. Benítez Lugo  
Universidad de Sevilla. Sevilla.

**Objetivo:** Varios autores destacan la necesidad de un alto grado de autoeficacia para el aprendizaje de los ejercicios de suelo pélvico y de su mantenimiento en el tiempo. Además, son numerosos los estudios



que han mostrado una mejora en el estado físico general en pacientes geriátricos, en relación con una mayor autoeficacia. Entre las investigaciones que han reportado una estrecha relación entre autoeficacia y adhesión al tratamiento fisioterapéutico para la incontinencia urinaria, hay incluso programas de prevención, demostrando además una mejora de la disfunción. En base a estos datos, nos planteamos como objetivo medir el grado de autoeficacia para la realización de los ejercicios de suelo pélvico en una población femenina con incontinencia urinaria. La importancia de medir la autoeficacia radica en la precoz detección de aquellos pacientes con menor predisposición a adherirse a la terapia, a los que habrá que aplicar intervenciones complementarias, y así favorecer la eficacia del tratamiento de Fisioterapia perineal.

**Material y método:** Hemos empleado una versión adaptada al castellano del cuestionario Pelvic Muscle Exercise Self-Efficacy Scale de Broome. Este cuestionario, cuyas propiedades métricas hemos podido comprobar, ha sido respondido por un total de 56 mujeres, mayores de 65 años y diagnosticadas de incontinencia urinaria, al inicio de un programa de Fisioterapia perineal.

**Resultados:** Nuestra muestra está compuesta por 56 mujeres residentes en Andalucía occidental, con una edad media de 71,36 años, y una desviación típica de 6,2 años. En el cuestionario utilizado para este estudio, obtuvieron una media de 63,8 puntos sobre 100, lo que se define como un grado moderado de autoeficacia.

**Conclusión:** Las mujeres participantes en este estudio poseen un grado medio de autoeficacia al inicio del programa de Fisioterapia perineal, o lo que es lo mismo, un grado medio de confianza en su propia capacidad para ejecutar correctamente los ejercicios de suelo pélvico. Estos resultados implican la necesidad de implantar estrategias de salud encaminadas a incrementar este grado de autoeficacia, que mejorará la adhesión al tratamiento, y, por tanto, sus resultados.

#### **P-026. INTERVENCIONES EN LA FARMACIA COMUNITARIA A PACIENTES MAYORES DE 70 AÑOS CON TRASTORNO DEL ÁNIMO (TA) DESDE EL SERVICIO DE SEGUIMIENTO FARMACOTERAPÉUTICO (SFT)**

A. Martín, R. Varas, M.C. Magro, P. Barral, A. Molinero y P. Méndez *Farmacia Comunitaria*.

**Introducción:** 33% de los pacientes que acuden a urgencias han sufrido un resultado negativo asociado a la farmacoterapia, de hecho el 75% de las consultas podrían haberse evitado con un adecuado SFT cuyo objetivo es la detección de problemas relacionados con medicamentos (PRM) para la prevención de resultados negativos asociados a la medicación (RNM).

En el ámbito de los TA, los antidepresivos presentan un elevado porcentaje de reacciones adversas (50,45%) e incumplimiento terapéutico (68%). En 50% de los casos, los tratamientos suelen ser más cortos de lo indicado, lo que podría explicar su falta de efectividad.

**Objetivo:** Identificar/prevenir PRM/resolver RNM en pacientes > 70 años con TA que presentan resultados inadecuados al objetivo de la farmacoterapia desde la farmacia comunitaria.

**Metodología:** 1. Ofrecimiento/concertación visitas e inclusión población diana al Servicio tras haber aceptado su inclusión en el Servicio (SFT). 2. Estudio de la farmacoterapia y del/os estado/s de situación, generando la intervención/es relacionada/s con la/s posible/s incidencia/s detectada/s. 3. Resultado en la salud del paciente derivada de intervención profesional. 4. Recogida de datos mediante registro informatizado correspondiente al Servicio de SFT del módulo de AF del BOT Plus.

**Resultados:** Se incluyeron 24 pacientes > 70 años en SFT (27% hombres 78% mujeres). El 91% cumplía tratamiento y un 89% conocía los medicamentos. Estos (grupos N05 43% y N06 57%), se prescribieron para ansiedad (25%), depresión (63%) e insomnio (12%). Los PRM re-

gistrados (40) se debieron a efectos adversos (24%), interacciones (25%), dosis/pauta/duración inadecuada (15%), problema de salud insuficientemente tratado (14%), incumplimiento (6%) y duplicidad (4%). Se detectaron 21 RNM (59,44%): reales (5,2%) y riesgo (1,3%). Estos fueron: seguridad (59,7%), efectividad (24,8%) y necesidad (15,5%). En aquellos pacientes en los que fue necesario se realizaron intervenciones: derivar médico, educación sanitaria, informar sobre medicamento, notificar farmacovigilancia entre otras.

**Conclusiones:** El nº de RNM detectadas a través de SFT indica que el mismo es imprescindible en la práctica diaria de la farmacia y permite mejorar la salud de los pacientes. En aquellos en los que se detectó falta de efectividad o aparición de efectos adversos, el servicio SFT en colaboración con el médico desempeña un papel crucial en la posible resolución de los casos.

#### **P-027. ESTIMACIÓN DEL FILTRADO GLOMERULAR EN ANCIANOS FRÁGILES: COMPARACIÓN DE LAS FÓRMULAS DE COCKROFT-GAULT, MDRD4, MDRD6 Y CÁLCULO A PARTIR DE LA CISTATINA C, CON EL ACLARAMIENTO DE CREATININA**

G. Sedano Gómez, R. Malfeito Jiménez, S. Barros Cerviño, C. Calviño Díaz, F. Veiga Fernández y M. Penedo Pita *Hospital Xeral-Calde Lugo. Lugo*.

**Objetivos:** Comparar los resultados del filtrado glomerular obtenido mediante diversas ecuaciones de predicción frente al aclaramiento de creatinina calculado en el laboratorio a partir de la creatinina sérica y de la creatinina en orina de 24 horas.

**Método:** Se obtuvieron muestras de sangre y orina de 24 horas en 52 pacientes ingresados consecutivamente en el servicio de Geriátrica para determinar el aclaramiento de creatinina en el laboratorio. Los valores se han comparado con los de la filtración glomerular obtenida ese mismo día mediante las siguientes ecuaciones: Cockcroft-Gault, MDRD6, MDRD4 y la basada en Cistatina C (paquete informático LMX, Siemens). Se realiza el análisis estadístico (programa SPSS) para calcular el coeficiente de correlación de Pearson, la correlación intraclass y la concordancia según el Kappa ponderado para el filtrado glomerular obtenido con cada fórmula, frente al aclaramiento de creatinina real. La clasificación de los estadios de la enfermedad renal crónica se hizo en base a las guías de la K/DOQI 2002 de la National Kidney Foundation.

**Resultados:** 27 hombres (51,9%) y 24 mujeres, con edad media de 85,8 años, la mayoría con deterioro funcional (Katz G: 40,4%) y malnutrición (44,2%). La muestra de orina se obtuvo en un 44,2% de los casos por sondaje vesical. Los índices de Kappa ponderado entre el aclaramiento de creatinina y los valores obtenidos con las ecuaciones de Cockcroft-Gault, cistatina C, MDRD4 y MDRD6 fueron de 0,65; 0,56; 0,49 y 0,48 respectivamente. El coeficiente de correlación intraclass entre la cistatina C y creatinina sérica fue de 0,66.

**Conclusiones:** La ecuación de Cockcroft-Gault continúa siendo el método más fiable para determinar el filtrado glomerular en los ancianos frágiles. El filtrado glomerular calculado a partir de la Cistatina C supera a las fórmulas del MDRD. La correlación entre los niveles séricos de cistatina C y creatinina es moderada.

#### **P-028. DIFERENCIAS CON RELACIÓN A LA EXISTENCIA DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR EN PACIENTES CON DEMENCIA INGRESADOS EN UN HOSPITAL DE AGUDOS**

S. Altimir Losada, P. Beroiz, C. Blasco, L. Barrancos, S. Jiménez e Y. López *Hospital Universitario Germans Trias i Pujol. Badalona*.

**Objetivos:** Conocer las diferencias en relación a la existencia de sobrecarga del cuidador en pacientes con demencia ingresados en un hospital de agudos.

**Método:** Análisis de los pacientes con demencia a los que la Unidad de Geriátría del Hospital Universitario Germans Trias i Pujol ha realizado una valoración geriátrica entre los años 2007 y 2009. Se han separado en dos grupos: aquellos en los que se detectó sobrecarga del cuidador y los que no.

**Resultados:** El total de pacientes estudiados es de 397. De ellos, 141 presentan sobrecarga. No se encuentran diferencias significativas en la edad, sexo, estancia media, tasa de reingreso, n.º de fármacos, índice de Charlson, Pfeiffer, Índice de Barthel (previo, ingreso, alta), escala OARS y Mininutritional assessment. Si hay diferencias estadísticamente significativas en el antecedente de cardiopatía isquémica (24,1% vs 15,6%,  $p = 0,02$ ), enfermedad reumática (6,4% vs 2%,  $p = 0,02$ ), diabetes (46,1% vs 35,5%,  $p = 0,02$ ). Llama la atención que el antecedente de insuficiencia cardiaca (16,3% vs 23%,  $p = 0,5$ ) es menos frecuente en el grupo con sobrecarga. La presencia de ansiedad (19,9% vs 3,1%,  $p < 0,001$ ) y de insomnio (26,2% vs 10,2%,  $p < 0,001$ ) es mayor en el grupo con sobrecarga. También el deterioro funcional subagudo (26,2% vs 12,9%,  $p = 0,001$ ). No se asocian con mayor sobrecarga el deterioro funcional crónico ni el agudo. Atendiendo a otros síndromes, no se asocia a sobrecarga la afasia, la inmovilidad, la disfagia, la malnutrición, caídas de repetición, incontinencia, úlceras por presión o la existencia de dolor crónico. Si se asocia, el delirium (56,0% vs 46,9%,  $p = 0,05$ ), la necesidad de contención física durante el ingreso (34,8% vs 23,0%,  $p = 0,009$ ), la incapacidad previa para andar solo (80,1% vs 73,4%,  $p = 0,04$ ), la incorrecta visión (57,4% vs 41,8%,  $p = 0,018$ ), la incorrecta audición (52,5% vs 37,9%,  $p = 0,004$ ). La sociopatía (10,6% vs 5,1%,  $p = 0,03$ ) se asocia a mayor sobrecarga del cuidador. También es significativamente superior la puntuación en la escala social de Gijón (10,9 vs 10,3 ( $p = 0,037$ )) en el grupo con sobrecarga. Al alta de agudos hay una mayor necesidad de traslado a unidad de media estancia (23,4% vs 17,6%) y larga estancia (17,7% vs 6,3%) en los pacientes cuyos familiares refieren estado de sobrecarga.

**Conclusiones:** Dentro del grupo de pacientes con demencia, la sobrecarga del cuidador se produce con más frecuencia cuando existen dificultades para la marcha, problemas conductuales y peores circunstancias sociales. Estos pacientes presentan mayor necesidad de recursos sociosanitarios al alta de hospitalización de agudos.

#### P-029. CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD EN LA ENFERMEDAD DE PARKINSON LEVE-MODERADA

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

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

**Objetivo:** La enfermedad de Parkinson (EP) es un trastorno neurológico, discapacitante y progresivo caracterizado por múltiples síntomas motores y no motores que contribuyen al deterioro en la calidad de vida del paciente. El objetivo del presente trabajo fue identificar las principales dimensiones de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) afectadas en una población con EP con un grado de afectación leve-moderado.

**Método:** 36 pacientes con EP fueron reclutados y completaron el estudio transversal procedentes de la Unidad de Trastornos del Movimiento del Servicio de Neurología del Hospital Universitario Fundación Alcorcón. El estadio de Hoehn y Yahr (H&Y), el Unified Parkinson's Disease Rate Scale (UPDRS) III, la escala de actividades de la vida diaria de Schwab & England y el Test Get Up & Go fueron administrados. La calidad de vida fue valorada con el test EuroQoL-5D y con el cuestionario Parkinson's Disease Questionnaire-39 items (PDQ-39).

**Resultados:** La edad media fue de  $67 \pm 7$  años. El 88,8% presentaba una afectación bilateral. El tiempo medio desde el diagnóstico fue de  $55,4 \pm 30,1$  meses. Un 97,2% tomaba medicación relacionada con su

enfermedad. Todos ellos 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. Las dimensiones del PDQ-39, excepto el dominio PDQ-39 Dolor, así como el cuestionario EuroQoL-5D se correlacionaron de manera significativa con la severidad de la enfermedad evaluada por el H&Y y UPDRS ( $p < 0,05$ ). La CVRS se correlacionó con el estado funcional de los pacientes ( $p < 0,05$ ). Únicamente el dominio PDQ-39 Dolor se correlacionó con el riesgo de caídas.

**Conclusiones:** Nuestros resultados sugieren que la CVRS de los pacientes con EP, en un estado leve-moderado de afectación, se encuentra influenciada por la severidad de la enfermedad y el estado funcional. Dichos resultados se encuentran en la misma línea a otras investigaciones similares publicadas en la literatura científica.

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

#### P-030. PREVALENCIA DE CAÍDAS EN UNA RESIDENCIA. FACTORES EXTRÍNSECOS E INTRÍNSECOS RELACIONADOS

I. Rodríguez Moreno y C. Tauler Alcaraz

Amma Valdebernardo.

**Objetivos:** 1. Conocer prevalencia de caídas en nuestra residencia. 2. Analizar qué factores extrínsecos e intrínsecos están relacionados con un mayor riesgo de caerse. 3. Consecuencias de las caídas. 4. Adoptar medidas preventivas en relación a los factores de riesgo.

**Método:** Estudio retrospectivo de las caídas que ocurrieron en nuestro centro durante todo el año 2009. Las variables analizadas fueron recogidas de los partes de caídas, la historia médica y de enfermería de los residentes. Con respecto a las caídas se recogieron datos del lugar, hora, circunstancias, consecuencias de las mismas, etc. En relación a los sujetos que se caen, datos demográficos, antecedentes médicos y farmacológicos, situación funcional (Barthel), cognitiva (GDS), estado del equilibrio y de la marcha (Tinnetti), uso de restricciones, etc.

**Resultados:** Los resultados preliminares indican una media de más de 24 caídas al mes. Entre las características de los residentes que se caen destacan, pluripatología, polifarmacia, deterioro cognitivo grave y menor uso de restricciones. Se han detectado una mayor frecuencia de caídas en determinadas plantas de la residencia y ello está relacionado con las características específicas intrínsecas de esos residentes, así mismo una mayor incidencia a determinadas horas del día en relación con un aumento de las trasferencias. En  $\frac{3}{4}$  de las caídas no hubo consecuencias, y cuando las hubo en su mayoría fueron leves, menos del 10% de éstas precisaron derivación a urgencias.

**Conclusiones:** 1. Hay una elevada tasa de caídas en relación con las características de la población. 2. La mayoría de las caídas no tienen consecuencias o son leves por lo que deberíamos revalorar si todas se pueden considerar caídas. 3. Se deberían redistribuir los recursos humanos en determinadas plantas y franjas horarias detectadas como de mayor riesgo. 4. La utilización del parte de caídas por el equipo multidisciplinar del centro puede ser una buena herramienta informativa a la hora de adoptar medidas correctoras y de prevención.

#### P-031. UN AUMENTO DEL HIPOCAMPO REDUCE LA INCIDENCIA DEL MAL DE ALZHEIMER

T. Pulido Cid<sup>1</sup>, M. Jiménez Sánchez<sup>2</sup>, M. Díaz Sánchez<sup>2</sup> y E. Gómez Oliva<sup>2</sup>

<sup>1</sup>AstraZeneca. <sup>2</sup>SESCAM.

**Introducción:** Algunas personas que durante toda su vida han funcionado con "normalidad", muestran en su autopsia un cerebro que acumula placas y neurofibrillas. Los resultados del estudio actual muestran que estas personas tenían el hipocampo de mayor tamaño.

**Objetivo:** Observar si el mayor tamaño del hipocampo puede ser factor de protección frente a la enfermedad de Alzheimer.

**Método:** Los investigadores evaluaron el cerebro de 12 personas que tenían una memoria y capacidades de pensamiento brillantes en el momento de su muerte cuyas autopsias mostraron una gran cantidad de placas de Alzheimer. Sus cerebros se compararon con los de 23 personas que tenían la misma cantidad de placas en el cerebro pero que habían sido diagnosticadas con enfermedad de Alzheimer antes de morir.

**Resultados:** Los resultados mostraron que el volumen de la parte del hipocampo del cerebro era un 20% más grande en el grupo que no había sufrido deterioro cognitivo en comparación con el grupo de pacientes de Alzheimer que habían sufrido demencia.

**Conclusiones:** Estos datos podrían conducirnos con el tiempo a estrategias de prevención.

1. Gracia, M, Marco, M. Efectos psicológicos de la actividad física en personas mayores 2.<sup>a</sup> Edición Editorial Psicothema. 2000.
2. <http://www.alzheimer-online.org>
3. <http://www.plataformasinc.es/index.php/esl/Multimedia/Imagenes/Galeria-de-actualidad-del-16-al-20-de-marzo/Una-reduccion-del-hipocampo-en-el-cerebro-preciede-al-mal-de-Alzheimer>.

#### P-032. SINTOMATOLOGÍA MÁS FRECUENTE EN EL PACIENTE GERIÁTRICO ONCOLÓGICO

E. Gómez Oliva<sup>1</sup>, M. Jiménez Sánchez<sup>1</sup>, T. Pulido Cid<sup>2</sup> y M. Díaz Sánchez<sup>1</sup>

<sup>1</sup>SESCAM. <sup>2</sup>AstraZeneca.

**Introducción:** El cáncer es una de las enfermedades que desde su inicio provoca frecuentemente muchos síntomas y, éstos se hacen cada vez más cambiantes y complejos según avanza la enfermedad y la edad del paciente. Muchos autores afirman que el enfermo con cáncer, sobre todo, en fases avanzada y terminal, es un enfermo plurisintomático y multicambiante.

**Objetivo:** Evaluar la frecuencia de los síntomas encontrados en pacientes fallecidos con cáncer avanzado.

**Método:** Estudio retrospectivo, descriptivo de serie de casos con 403 enfermos oncológicos de ambos sexos, entre los 10 y los 99 años de edad. Como procedimiento se revisaron las historias clínicas de los pacientes fallecidos señalándose los síntomas más relevantes que presentaron. Las localizaciones primarias de tumor encontradas en el período de tiempo analizado; cabeza y cuello, mama, pulmón, útero y vías digestivas.

**Resultados:** De las 403 historias clínicas de los enfermos fallecidos, predominaba el sexo masculino (59,06%) y las edades entre los 50 y los 71 años (34,98%). En relación con las localizaciones del tumor primitivo, hubo 308 enfermos (76,17%) con predominio en cabeza y cuello, mama, pulmón y útero. Los síntomas más frecuentes reflejados en las evaluaciones realizadas por los profesionales fueron: el dolor (76,67%), el insomnio (61,04%), el estreñimiento (48,38%), la debilidad (43,92%), la anorexia (40,44%), la disnea (37,46%), la boca seca (21,83%), el poco apoyo familiar (16,87%), la tos (16,12%), las náuseas y vómitos (15,63%), la ansiedad (15,13%) y la depresión (11,91%).

**Conclusiones:** Se evidenciaron dificultades en el control de los síntomas en esta fase de la enfermedad. Estas, pueden estar asociadas a la escasa preparación de los profesionales en las estrategias más adecuadas de control y, a la ausencia de un sistema de acciones enmarcado en un programa de cuidados paliativos. El escaso apoyo familiar percibido puede estar vinculado al mantenimiento de los síntomas de los enfermos (a destacar, dolor, insomnio y estreñimiento).

1. Ojeda Martín M, Navarro Marrero MA. Control de otros síntomas III. Síntomas respiratorios: disnea, tos, estertores premortem e hipo. 1994.
2. Grau Abalo J. La calidad de vida en el enfermo con cáncer avanzado. 2. ed. 1998.

#### P-033. CUIDADOS AL CUIDADOR DEL PACIENTE GERIÁTRICO

M. Jiménez Sánchez<sup>1</sup>, E. Gómez Oliva<sup>1</sup>, M. Díaz Sánchez<sup>1</sup> y T. Pulido Cid<sup>2</sup>

<sup>1</sup>SESCAM. <sup>2</sup>AstraZeneca.

**Introducción:** Cada día vemos con más frecuencia familias que deben hacerse cargo del cuidado de algunos de sus miembros más ancianos. La carga de trabajo hace que los cuidadores no identifiquen los problemas de la persona dependiente ni los suyos y, no encuentran soluciones para cuidarse ellos mismos.

**Objetivos:** 1. Experimentar una mejora de calidad de vida tanto objetiva (cuestionario Zarit) como subjetiva. 2. Conocer normas básicas de alimentación, evitar caídas, técnicas de relajación y movilizaciones y técnicas de almohadillado evitando UPP.

**Método:** La población seleccionada mediante encuesta telefónica, fueron mujeres y varones de 26-70 años, amas de casa o con trabajos en empresas privadas con un nivel socioeconómico y educativo medio. Criterios de exclusión; personas con déficit sensitivos, menores 25 años y niveles socioculturales muy altos o muy bajos. Se impartieron 7 sesiones (4 docentes) con una duración de 90 minutos con una parte teórica y otra práctica. El grupo de discentes fue formado por 15 cuidadores.

**Resultados:** *Expectativas discentes:* El 80% cree que se cumplen, el 20% no lo valora. En general, están satisfechos con el desarrollo del taller: 20% lo califica como bueno, y el 80% como muy bueno y el 100% de los participantes lo recomendaría a otra persona. El nivel de conocimientos aumentó, proporcionándoles una mejora de su calidad de vida. El 100% piensa que hemos utilizado un lenguaje y metodología adecuados (los recursos didácticos utilizados han sido evaluados como adecuados 40% o muy adecuados 60%). En cuanto a la duración del taller, el 70% lo valora como adecuada y, un 30% de los participantes piensa que la duración del curso ha sido corta, que debería de alargarse más.

**Conclusiones:** Creemos que los resultados obtenidos son positivos y que se ha conseguido un aprendizaje significativo a lo largo de todo el taller. Se han cumplido los objetivos ya que, el grupo verbaliza aplicar lo aprendido en sus casas en mayor y menor grado, aunque no es posible realizar un seguimiento.

Pérez Melero, A. Guía de Cuidados de personas mayores. Ed: Síntesis. 4.<sup>a</sup> Edición (2006); Madrid.

#### P-034. LA TERCERA EDAD Y LOS DESÓRDENES PSICOLÓGICOS EN CUIDADOS PALIATIVOS

M. Jiménez Sánchez<sup>1</sup>, M. Díaz Sánchez<sup>1</sup>, E. Gómez Oliva<sup>1</sup> y T. Pulido Cid<sup>2</sup>

<sup>1</sup>SESCAM. <sup>2</sup>AstraZeneca.

**Introducción:** Muchos pacientes geriátricos con cáncer tienen una respuesta normal de adaptación al estrés que genera la enfermedad. Un alto porcentaje, no logra adaptarse a la situación y, desarrolla desórdenes psicológicos que deben ser correctamente diagnosticados para recibir la asistencia necesaria.

**Objetivo:** Conocer la prevalencia de los trastornos psicológicos de pacientes geriátricos con cáncer al ingreso en programas de cuidados paliativos.

**Método:** Se analizaron prospectivamente las evaluaciones de la primera consulta psicológica. Se recoge información de 79 pacientes asistidos en un período de 15 meses. Se recogió información demográfica (edad, sexo), tipo de cáncer, escala ECOG y los resultados de la evaluación multiaxial según criterios diagnósticos del DSM-IV.

**Resultados:** El 57% de los pacientes eran mujeres. Según DSM-IV: *EJE I:* 77% de los pacientes tenían trastornos que fueron objeto de atención clínica; de adaptación (33%), de ansiedad (13%), delirium (11%), del estado de ánimo (10%), demencia (4%), esquizofrenia (2%), trastorno psicótico (1%), otros trastornos (3%). *EJE II:* 15% tenía trastornos

de personalidad o retraso mental. *EJE III*: 32% padecían causas médicas capaces de producir desórdenes psicológicos. *EJE IV*: 77% tenían factores estresantes psicosociales o ambientales capaces de producir el desorden (problemas económicos, acceso deficiente a servicios de salud...) *EJE V*: Evaluación de actividad global. Nivel medio de actividad de los pacientes = 60,1.

**Conclusiones:** La mayoría de los pacientes evaluados (77%) padecían desórdenes psicológicos que requirieron intervención. La evaluación sistematizada con el DSM-IV, permite el diagnóstico adecuado de los desórdenes psicológicos de los pacientes en cuidados paliativos, y así, puedan recibir la asistencia necesaria según patología.

1. <http://www.aamycp.org>
2. <http://www.merodio.com.ar/paliativos/vinculos.htm>
3. <http://scielo.isciii.es>
4. <http://dialnet.unirioja.es>

### P-035. ANÁLISIS DE UN BROTE POR VIRUS NORWALK EN UNA UNIDAD DE MEDIA ESTANCIA

J.M. Santiago Bautista<sup>1</sup>, C. Villamar Mejía<sup>1</sup>, P. Sánchez Ferrín<sup>1</sup> y M. González Vazquez<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Hospital Sociosanitari de l'Hospitalet. Barcelona. <sup>2</sup>Hospital General de l'Hospitalet. Barcelona.

**Introducción y objetivos:** Los Norovirus son el primer agente causante de gastroenteritis alimentaria de origen viral, con frecuencia afecta a instituciones geriátricas. Describimos un brote de gastroenteritis por Norwalk virus en una de las plantas de un hospital de media-larga estancia.

**Descripción del brote:** Desde la noche del día 12 de Diciembre de 2009 hasta 4 días después se detectan 12 pacientes afectados y 3 miembros del personal. La clínica inicial fue de náuseas y vómitos en la mayoría, con fiebre en un solo enfermo y diarrea en la mitad. Se instauró tratamiento con hidratación oral y subcutánea, con recuperación satisfactoriamente en la mayoría, excepto en un caso que empeora un cuadro infeccioso subyacente, siendo éxitus a las 72 h. Tras el primer caso se tomaron medidas preventivas, se realiza estudio epidemiológico, evitando la movilidad de los afectados o del personal, investigación microbiológica, higiene del personal, pacientes y superficies e hidratación oral. No se registró ningún caso fuera de la planta, finalizando el brote en pocos días. De todas las muestras recogidas todas fueron negativas excepto dos (28,7%), detectándose virus Norwalk.

**Resultados:** En una planta de hospitalización con 41 pacientes, sufren gastroenteritis 12, con edad media de 82,02 años (rango 61-98 años), el 75% mujeres. La tasa de ataque global fue del 29% (12/41). El período de incubación es desconocido, aunque la media de duración fue de 1,7 días. El 50% de los casos debutaron el segundo día tras el primer brote. La proporción de síntomas fue de náuseas 91,67% (11/12), vómitos 91,67% (11/12), diarrea 50% (6/12), fiebre 8,33% (1/12). Se recogen muestras de heces en 7 de los 12 casos (71,43%), siendo positivos en dos (28,57%). El 71,4% de las muestras se recogen el segundo día del inicio del brote.

**Conclusiones:** 1. Las gastroenteritis víricas suponen una causa frecuente e infradiagnosticada en instituciones geriátricas. 2. El tratamiento sintomático y con hidratación suele ser suficiente, además de extremar las medidas higiénicas. 3. El estado de salud deteriorado de los pacientes geriátricos ingresados puede condicionar la mortalidad.

### P-036. CONCILIACIÓN FARMACOTERAPÉUTICA: UN RETO PARA LA SEGURIDAD ASISTENCIAL

S. García Rodicio y C. Abajo del Álamo

Hospital Universitario del Río Hortega. Valladolid.

**Objetivo:** Conocer el grado de conciliación farmacoterapéutica en el tránsito desde centros residenciales para personas mayores a aten-

ción especializada, y viceversa. Valorar la necesidad de medidas correctoras.

**Método:** Estudio prospectivo sobre los residentes de dos centros que ingresan en un hospital de grado tres entre noviembre 2009 y marzo 2010. 1. Identificación de tratamientos: a) domiciliario inicial, b) hospitalario al ingreso, c) al alta y d) prescrito al regreso al centro: tratamiento domiciliario final. 2. Identificación de los problemas relacionados con la medicación (PRM) del tratamiento domiciliario inicial y al alta. 3. Análisis de las discrepancias entre tratamientos en los cambios de nivel asistencial. 4. Clasificación de las discrepancias detectadas según su repercusión sobre la efectividad y seguridad. Las diferencias entre tratamientos que solventaron PRM no se consideraron discrepancias.

**Resultados:** Durante el estudio, ingresaron en el hospital 26 pacientes (20 mujeres) de los 523 residentes totales, edad media 87 [77-96] años. Tiempo medio de hospitalización 8,2 [3-19] días. Se contabilizaron 172 fármacos en el tratamiento domiciliario inicial, media por paciente 7 [3-11] y 154 al ingreso, media 6 [4-8]. El tratamiento al alta y el domiciliario final sólo pudo evaluarse en 20 pacientes: 4 fallecieron durante su ingreso y 2 continúan ingresados. En estos 20 pacientes, se evidenciaron 154 fármacos al alta, media 8 [4-13] y 158 en el tratamiento domiciliario final, media 8 [5-12]. Se identificaron 20 PRM en el tratamiento domiciliario inicial de 14 pacientes y 12 en el prescrito al alta hospitalaria en 8 pacientes. Se contabilizaron 34 discrepancias entre el tratamiento domiciliario inicial y el hospitalario (22% de los fármacos prescritos), que afectaron a 16 pacientes: 4 se consideraron con posible repercusión grave tanto sobre la efectividad como la seguridad y 1 sólo sobre la efectividad. Se identificaron 20 discrepancias entre el tratamiento prescrito al alta y el domiciliario final (12,6% de los fármacos), que afectaron a 8 pacientes: 14 con posible repercusión grave: 4 sobre la seguridad y 10 sobre la efectividad.

**Conclusiones:** Las importantes carencias detectadas (PRM, líneas discrepantes y posible repercusión grave sobre la efectividad y seguridad) muestran la necesidad de establecer procedimientos de trabajo para evitar los acontecimientos adversos derivados.

### P-037. INSUFICIENCIA VENOSA CRÓNICA EN ANCIANOS

I. Rodrigo Santos<sup>1</sup>, M.D.P. Sáez López<sup>1</sup>, T. González Sánchez<sup>1</sup>, E. Trujillo Santos<sup>1</sup>, I. Romero Mayoral<sup>1</sup> y S. Jiménez Mola<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Complejo Asistencial de Avila. <sup>2</sup>Complejo Asistencial de León.

**Objetivos:** Conocer los factores clínicos, funcionales y sociales que se asocian a Insuficiencia Venosa Crónica y a la aparición de úlceras varicosas.

**Método:** Se incluyen pacientes que acuden a una consulta de cirugía con diagnóstico de insuficiencia venosa crónica de evolución tórpida. Se recogen las variables edad, sexo, patologías asociadas, situación funcional (Barthel), cognitiva (Pfeiffer) y sociofamiliar, si se ponen medias de compresión y cómo lo hacen, si tiene úlcera varicosa, si recidiva y el motivo de la recidiva.

**Resultados:** La edad media fue de 77 años, con el 55% de mujeres. Alrededor del 50% tenían obesidad y patología osteoarticular. Entre el 20 y 30% tenían cardiopatía, HTA, DM, EPOC y patología en los pies. La media del Barthel fue de 89 y el 90% no tenían deterioro cognitivo. El 55% vivían con pareja anciana, el 25% con otro familiar y el 10% vivían solos. El 90% tenían insuficiencia venosa superficial y el 75% desarrollaron úlceras varicosas. El 55% no se ponían las medias, en todos los casos dijeron que no podían y la mitad no las aguantaban. A los pacientes que se las ponían, les tenían que ayudar en el 78% de los casos. Hubo recidiva de úlceras en la mitad de los casos, mayoritariamente por incumplimiento de las medidas higiénicas (60%), por ingreso hospitalario (30%) y por enfermedad aguda (20%). Tras la consulta de seguimiento con una enfermera donde se les curaba la úlcera y recibían educación para la salud sobre medidas higiénicas, mejoraron el 90% de los casos.

**Conclusiones:** 1. La aparición y/o recidiva de úlceras varicosas en pacientes con Insuficiencia Venosa Crónica es más frecuente en pacientes obesos, con patología osteoarticular, con dificultad para ponerse las medias por problemas físicos o sociales. 2. La evolución de la enfermedad mejora con el seguimiento clínico estrecho en una consulta de enfermería donde se les cura y educa sobre el cuidado necesario para evitar recidivas.

#### **P-038. ENSAYO COMPARATIVO DE LA ESCALA DE BARTHEL CON DISTINTAS PATOLOGÍAS PSICOGERIÁTRICAS**

E.G. González Baena, S. Postigo Navarro, P. Fernández Moreno, R. de Paz Canto, M. Vales Arriols y S. Gallardo Molina  
*Benito Menni.*

El estudio realizado es un estudio comparativo en el cual, se desarrolla con una población de 179 pacientes, hombres y mujeres, con edades comprendidas entre 60 a 100 años, del área de Psicogeriatría del Complejo Asistencial Benito Menni, perteneciente a las Hermanas Hospitalarias del Sagrado Corazón de Jesús, en Ciempozuelos (Madrid).

**Objetivo:** Identificar los ítems que se conservan, así como los que se pierden, utilizando como parámetro la Escala de Barthel. El estudio diferencia cuatro grupos: Demencia, Esquizofrenia, Retraso Mental y Otros (Trastorno Delirante Crónico, Trastorno de la Personalidad, TOC, etc.). Para ello se han recogido los datos de dichos pacientes en un intervalo de tiempo comprendido entre 2007 y 2009 ambos inclusive.

**Resultados:** En los pacientes con Esquizofrenia y Retraso Mental se obtuvo que en el momento inicial de la evaluación, han perdido la capacidad de Lavado, Vestirse, Arreglarse y Control de Esfínteres, frente al mantenimiento de la Alimentación, Traslado y Deambulación. Tras el paso de tres años de evolución, los mismos pacientes pierden progresivamente el resto de capacidades. En cambio, en las Demencias el deterioro de los parámetros valorados es mucho más acentuado, llegando más rápidamente a un estado de dependencia total. En otros diagnósticos, la pérdida de las capacidades es poco significativa en comparación a la puntuación inicial.

**Conclusión:** Los resultados obtenidos se ven favorecidos por la intervención de los Equipos de Enfermería para fomentar la deambulación, aseo personal, ocio y tiempo libre, hábitos saludables y Educación para la Salud.

#### **P-039. NONAGENARIOS: UNA REALIDAD DE LA GERIATRÍA ACTUAL**

L. Martínez Lado, S.M. Barros Cerviño, M.L. Velasco Prieto, G. Sedano Gómez, C. Calviño Díaz e I. Pardo Planas  
*Hospital Xeral-Calde. Lugo.*

**Objetivo:** Describir las características clínicas de los nonagenarios hospitalizados en una unidad de agudos de Geriátría.

**Material y método:** Estudio retrospectivo, descriptivo de 236 pacientes con edad  $\geq 90$  años ingresados en la unidad de agudos del Servicio de Geriátría del Hospital de Calde (Lugo), entre enero-septiembre 2009. Aplicamos un protocolo que incluye datos de la valoración geriátrica integral, comorbilidad y estudios complementarios. Utilizamos como base de datos el programa informático Access versión 2003 y el SPSS versión 15.0 para el análisis estadístico.

**Resultados:** Los nonagenarios constituyeron el 23% de los ingresos durante el período de estudio. La edad media fue de 93,6 años, 65,3% mujeres, 69,5% viudos y el 59,7% residían en el domicilio familiar. El 55,6% tenían deterioro funcional (Katz F-G), el 63,8% deterioro cognitivo (64,7% degenerativo y 34,7% severo), el 78,4% deprivación sensorial, el 59,3% incontinencia, y el 16,2% al menos un episodio de caída en los últimos seis meses. Había polifarmacia al ingreso en el 64,3% (antihipertensivos 69,7%, antiagregantes 47,2% e inhibidores de la bomba de protones 44,3%). Los antecedentes quirúrgicos más frecuentes fueron las cataratas (36,7%) y la fractura de cadera (27,2%). Entre los antecedentes médicos destacan la hipertensión (57%), dia-

betes (23%), dislipemia (15,3%) y cáncer de órgano sólido (13,4%). Observamos parámetros de malnutrición en 226 pacientes (95,7%), anemia en 122 casos (54%), y trastornos tiroideos en el 23,4%, siendo el síndrome de eutirodeo enfermo y el hipertiroidismo subclínico los más relevantes. El índice de comorbilidad de Charlson fue elevado con una puntuación media de 7. El motivo de ingreso más frecuente fue la patología respiratoria (16,7%), seguida de la insuficiencia cardíaca (4,6%) y el delirium (3,8%). El tiempo medio de estancia hospitalaria ha sido de 11 días, falleciendo durante el ingreso un 17,4%.

**Conclusión:** Los ancianos  $\geq 90$  años son en su mayoría pluripatológicos y presentan un elevado índice de comorbilidad, y suponen la cuarta parte de los ingresos en las unidades de agudos.

#### **P-040. PACIENTES NONAGENARIOS VALORADOS POR UNA UFISS DE GERIATRÍA DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL. EVOLUCIÓN A LOS 3 MESES DEL ALTA HOSPITALARIA**

C. Pal Pal, T. Teixidor Colomer, M.C. Bosch Godia, S. Santaliestra Marín, J.B. Barbé Gil-Ortega y M.C. Pérez Bocanegra  
*Hospital Vall d'Hebron. Barcelona.*

**Objetivo:** Analizar las características de los pacientes nonagenarios que ingresan en el hospital y la evolución a los tres meses del alta.

**Pacientes y método:** Durante el año 2009 se valoraron 1.023 pacientes mayores de 65 años, de los cuales 100 (9,7%) tenían 90 años o más. La capacidad funcional se valoró mediante el índice de Barthel (IB). La evolución a los 3 meses del alta hospitalaria se realizó mediante llamada telefónica de los pacientes, o a través de contacto con los diversos centros de destino. Los datos obtenidos se analizaron mediante el paquete informático SPSS 12.0 para Windows.

**Resultados:** La edad media de este grupo de pacientes fue de 93,06 años (90-105). De los 100 pacientes de 90 años o más 70 eran mujeres. Al ingreso, la media de IB fue 50 (35), 10 pacientes eran autónomos para las ABVD, 29 tenían dependencia leve, 20 moderada, y 13 dependencia grave y 22 dependencia total. Al alta la media del IB fue de 14 (0-90), en 63 pacientes el IB había descendido en más de 20 puntos durante el ingreso. Al alta hospitalaria 74 pacientes requirieron traslado a centro sociosanitario (CSS), 12 regresaron a sus domicilios y 11 pacientes fallecieron durante el ingreso hospitalario. A los tres meses del alta, se disponen de datos de 83 pacientes, 52 (62,7%) pacientes habían fallecido. De los 31 (37,3%) vivos, 5 (16,1%) habían reingresado. Se dispone de datos del IB a los 3 meses en 28 pacientes, en 12 (43%) pacientes no había cambios, en 3 (11%) pacientes hubo descenso en el IB, y en 13 (46%) el IB mejoró tras el alta.

**Conclusiones:** 1. Los pacientes nonagenarios representan una parte considerable de los pacientes evaluados por la UFISS de geriatría. 2. Muchos de los pacientes de más de 90 años son dependientes y este grado de dependencia se ve incrementado por el ingreso hospitalario. 3. La mayoría de pacientes requirieron traslado a CSS para proseguir convalecencia. 4. La mortalidad postalta de los pacientes fue muy alta. Entre los supervivientes en muchos casos se constató una mejoría funcional tras el alta hospitalaria.

#### **P-041. CONSUMO DE FÁRMACOS EN PERSONAS MAYORES DE 74 AÑOS EN UN CENTRO DE SALUD URBANO**

C. Gómez Mateos, L. Jolin Garrijo, A. Hernando Masa, A. Sánchez Hurtado, E. González Herrero y M.P. González  
*Eras del Bosque. Palencia.*

**Objetivo:** Determinar el consumo de fármacos y grupos terapéuticos en mayores de 74 años.

**Material y método:** *Participantes:* 488 sujetos mayores de 74 años mediante muestreo aleatorio distribuidos por grupos de edad y sexo según registro de la Tarjeta Sanitaria del Centro de Salud. *Diseño:* Estudio poblacional en una Zona Básica de Salud urbana. *Emplazamiento:* Centro Salud Eras del Bosque (Palencia). *Período de Estudio:* Abril de 2008 a Mayo de 2009. *Intervenciones:* encuesta estandariza-

da con variables sociodemográficas y antropométricas, uso de servicios sociosanitarios y consumo de fármacos etc. Se evaluó consumo mediante exposición de los envases de fármacos que hubieran estado consumiendo en las dos semanas previas a la entrevista (prescritos y no prescritos) y fueron clasificados mediante el ATC-Code y se procedió al registro (DOE; Marca o Genérico), *Método estadístico*: distribuciones de frecuencias para cada variable cuantitativa para los principales parámetros descriptivos. Para verificar la asociación entre las distintas variables del estudio con el consumo de fármacos. Hemos utilizado la prueba de la  $\chi^2$ , considerando significativos aquellos valores  $P < 0,05$ .

**Resultados:** Se obtuvo información completa sobre consumo de fármacos en 350 casos, 160 hombres y 190 mujeres (mediana de 82,5 años) y un rango (76-106). El 95,1% de los encuestados consumían al menos un fármaco. La media fue de 3,89 fármacos/día. En cuanto al sexo las mujeres presentaron una media de consumo de 4,15 fármacos y hombres consumían 3,58. Hubo diferencias significativas en cuanto al consumo del número de fármacos  $p = 0,012$ , pero no en cuanto a la distribución por grupos de edad  $p = 0,444$ . Los subgrupos terapéuticos más consumidos por orden decreciente fueron los hipotensores, diuréticos, antiulcerosos.

**Conclusiones:** El consumo de fármacos es elevado en personas ancianas. Siendo más elevado en mujeres. El 95,1% de los encuestados tomaba al menos un fármaco, siendo el grupo terapéutico más consumido, los fármacos cardiovasculares relacionados con las enfermedades más prevalentes. Los agentes que más se consumen son los dirigidos al sistema cardiovascular, sistema digestivo y analgésicos/antiinflamatorios.

#### P-042. EFICIENCIA DEL MEGESTROL EN LA PÉRDIDA DE PESO EN ENFERMOS CON DEMENCIA

P. Sánchez Ferrín<sup>1</sup>, S. Altimir<sup>2</sup>, E. Martín<sup>3</sup>, E. Arriola<sup>4</sup>, R. Petidier<sup>5</sup> y J.L. González-Guerrero<sup>6</sup>

<sup>1</sup>Hospital Sociosanitari de L'Hospitalet. L'Hospitalet de Llobregat.

<sup>2</sup>Hospital Universitario Germans Trias y Pujol. Badalona. <sup>3</sup>Hospital Universitario Virgen del Valle. Toledo. <sup>4</sup>Fundación Matia. San Sebastián.

<sup>5</sup>Hospital Universitario de Getafe. Madrid. <sup>6</sup>Hospital Universitario Nuestra Señora de la Montaña. Cáceres.

**Objetivos:** El acetato de megestrol (AM) es un progestágeno sintético al que se le atribuye una acción estimulante del apetito en el síndrome de caquexia-anorexia. El objetivo de este estudio fue valorar los efectos del AM en los trastornos nutricionales de ancianos con demencia.

**Método:** Ensayo clínico multicéntrico, aleatorizado, doble ciego controlado con placebo, en pacientes mayores de 65 años con demencia primaria o mixta según CIE 10, pérdida de peso igual o superior al 5% del peso habitual en los últimos 6 meses y MNA inferior a 17, a los que se administró AM 320 mg/d, durante 24 semanas, o placebo.

**Resultados:** El análisis de eficacia se realizó en la población por intención de tratar, definida como los pacientes con tratamiento mínimo de 28 días. Se analizaron 34 pacientes, 19 del grupo placebo y 15 del grupo megestrol. Las ganancias de peso significativas (> 5%) entre los tratados con AM fue mayor que en el grupo placebo: se observa un 10,5% de individuos con aumento significativo de peso en el grupo placebo y hasta un 26,7% en el grupo de pacientes tratados con AM. A las 24 semanas las medianas de las diferencias porcentuales con respecto al peso basal presentaban un aumento de 2,7% en el grupo de AM y de 0,5% en el grupo control. El perímetro muscular del brazo sufrió un ligero descenso en los dos grupos. Otras diferencias encontradas en el grupo tratado con megestrol fueron un incremento del 59,3% de los linfocitos frente a un descenso del 1,6% en el grupo control ( $p = 0,02$ ), incremento de la prealbúmina de un 30,5% frente a un 0,03 ( $p = 0,003$ ), incremento de la leptina de un 131,2% frente a un 21,6% del grupo control ( $p < 0,03$ ). No hubo diferencias en el perfil de seguridad entre ambos grupos.

**Conclusiones:** Se observa un incremento porcentual de ganancia de peso, aumento de linfocitos, prealbúmina y leptina en los pacientes con demencia tratados con megestrol. El AM presentó un buen perfil de seguridad y tolerabilidad. Se necesitan más estudios para confirmar estos resultados.

*Estudio financiado por Rottapharm, S.L.*

#### P-043. USO DE BENZODIACEPINAS Y NEUROLÉPTICOS EN PACIENTES ANCIANOS ANTES, DURANTE Y DESPUÉS DE UN INGRESO EN UNA UNIDAD DE CONVALECENCIA GERIÁTRICA

A. García Baztán, C. Roqueta Guillén, M.I. Martínez Fernández, P. Puertas Broggi, R. Miralles Basseda y A.M. Cervera Alemany *Parc Salut Mar de Barcelona. Centro Fórum. Barcelona. Hospital de la Esperanza. Barcelona. Hospital del Mar. Barcelona. Instituto de Atención Geriátrica y Sociosanitaria (IAGS). Barcelona.*

**Objetivo:** Describir el número de pacientes que toman benzodiazepinas (BZD) y neurolépticos (NLP), antes, durante y después de un ingreso en una unidad de Convalecencia Geriátrica (UCO).

**Métodos:** Estudio retrospectivo de los pacientes dados de alta durante un período de 8 meses. Se describen edad, sexo, diagnósticos principales, MMSE de Folstein e índice de Barthel (grados de dependencia: > 80 puntos leve, 40-80 puntos moderada, < 40 puntos severa). A todos los pacientes se les efectuó una valoración geriátrica integral que incluía una revisión de la adecuación de la prescripción farmacológica.

**Resultados:** 132 pacientes (mujeres 57,6%); edad media  $77,4 \pm 11,2$ . *Diagnósticos principales:* 52 (39,4%) fractura-lesión, 34 (25,7%) neurológico, 10 (7,6%) cardiorespiratorio, 7 (5,3%) circulatorio, 4 (3,1%) locomotor no fractura, 2 (1,5%) neoplásico y 23 (17,4%) otros. Media MMSE:  $22,5 \pm 5,0$ . *Dependencia al ingreso:* 79,5% severa, 17,4% moderada y 3,0% leve. *Previamente al ingreso en hospital de agudos:* 31 (23,5%) seguían tratamiento con BZD de forma crónica y 8 (6,0%) con NLP. De los 60 (45,4%) que al ingreso tomaban BZD, hubo 30 (50,0%) en los que dicho tratamiento se retiró durante el ingreso, mientras que de los 72 restantes que no las tomaban (54,5%), sólo se les prescribió en 4 casos (5,5%) (Chi-cuadrado = 33,8;  $p < 0,0001$ ). De los 22 pacientes (16,7%) que al ingreso tomaban NLP, hubo 13 (59,0%) en los que éstos fueron retirados durante el ingreso, mientras que de los 110 (83,3%) que no los tomaban, sólo se prescribió en 1 caso (0,9%) (Chi-cuadrado = 35,37;  $p < 0,0001$ ).

**Conclusiones:** Tras una revisión de la adecuación de la prescripción farmacológica en una unidad de Convalecencia se consigue una reducción significativa de la prescripción médica de BZD y NLP, del 50 y 59% respectivamente.

#### P-044. INDICACIONES MÁS FRECUENTES DEL TRATAMIENTO CON BENZODIACEPINAS Y NEUROLÉPTICOS EN ANCIANOS INGRESADOS EN UNA UNIDAD DE CONVALECENCIA GERIÁTRICA: MODIFICACIONES Y EVOLUCIÓN

A. García Baztán, C. Roqueta Guillén, M.I. Martínez Fernández, D. Colprim Galceran, A.M. Cervera Alemany y R. Miralles Basseda *Parc Salut Mar de Barcelona. Centro Fórum. Hospital de la Esperanza. Barcelona. Hospital del Mar. Barcelona. Instituto de Atención Geriátrica y Sociosanitaria (IAGS). Barcelona.*

**Objetivo:** Describir las indicaciones más frecuentes de benzodiazepinas (BZD) y neurolépticos (NLP) en hospital de agudos y en unidad de Convalecencia (UCO), así como sus modificaciones posteriores durante el ingreso.

**Método:** Estudio retrospectivo pacientes ingresados en UCO durante 8 meses. Se describen edad, sexo, MMSE y Barthel (grados dependencia: > 80 leve, 40-80 moderada, < 40 severa). Se realiza valoración geriátrica que incluye revisión de la adecuación de la prescripción farmacológica, así como uso e indicación de BZD y NLP previos, al ingreso y alta.

**Resultados:** 132 pacientes (mujeres 57,6%); edad media 77,4 ± 11,2. Media MMSE: 22,5 ± 5,0. *Dependencia al ingreso:* 79,5% severa, 17,4% moderada y 3,0% leve. *Previamente a la hospitalización:* 31 (23,5%) toman BZD de forma crónica y 8 (6,0%) NLP. *Indicaciones BZD:* 22 (70,9%) insomnio (INS), 7 (22,5%) ansiedad (ANS) y 2 (6,4%) otras causas. *Indicaciones NLP:* 4 (50%) trastorno conducta (COND), 3 (37,5%) trastorno psiquiátrico (PSIQ) y 1 (12,5%) otras. De los 60 (45,4%) con BZD al ingreso en UCO, 45 (75,0%) INS, 10 (16,6%) ANS, 3 (5,0%) delirium (DEL) y 2 (3,3%) otros. De los 22 pacientes (16,6%) con NLP al ingreso, 11 (50%) DEL, 6 (27,3%) COND, 4 (18,2%) PSIQ y 1 (4,5%) otros. Tras una reducción de BZD del 50,0% (30 pacientes) y nueva prescripción del 4,7% (4) durante el ingreso en UCO (Chi-cuadrado = 32,0;  $p < 0,0001$ ), 34 toman BZD al alta: 27 (79,4%) INS, 5 (14,7%) ANS y 2 (5,8%) otros. Asimismo se reducen NLP un 59,0% (13) y nueva prescripción del 0,98% (1) (Chi-cuadrado = 35,4;  $p < 0,0001$ ), 10 toman NLP al alta: 6 (60,0%) COND, 4 (40,0%) PSIQ.

**Conclusiones:** 1. Las indicaciones más frecuentes de BZD en el momento del ingreso en UCO fueron insomnio, ansiedad y delirium, y de NLP delirium, trastorno conductual y trastorno psiquiátrico. 2. Durante el ingreso en UCO se consiguió una reducción significativa en el número de prescripciones, pero sin variar significativamente los motivos de prescripción.

#### P-045. INCONTINENCIA URINARIA FEMENINA: VARIABLES PRONÓSTICAS DE LA EFECTIVIDAD DEL TRATAMIENTO ANTIMUSCARÍNICO

C. Verdejo Bravo<sup>1</sup>, J. Salinas Casado<sup>1</sup>, C. Naranjo Ortiz<sup>2</sup>, L. Clemente Ramos<sup>2</sup>, J.J. Ramos Álvarez<sup>3</sup> y S. Méndez Rubio<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Hospital Clínico San Carlos. Madrid. <sup>2</sup>Universidad Alfonso X El Sabio. Clínica Virgen del Mar. Madrid. <sup>3</sup>Universidad Complutense de Madrid. Madrid.

**Objetivos:** Valorar la existencia de variables clínicas y/o urodinámicas predictoras de un resultado positivo del tratamiento antimuscarínico, en mujeres mayores de 65 años, con incontinencia urinaria.

**Método:** Estudio retrospectivo con revisión de casos de mujeres mayores de 65 años, que habían recibido tratamiento antimuscarínico para su incontinencia urinaria, durante el período 2004-2009. Se revisaron las historias clínicas analizando específicamente el grupo de edad (65-74 años; > 75 años); tiempo de evolución; tipo de incontinencia; otros síntomas urinarios; datos urodinámicos; respuesta al tratamiento antimuscarínico (mejoría, recuperación, sin efecto). *Análisis estadístico:* las variables cualitativas se presentaron con su distribución de frecuencias absoluta y relativa. Se evaluó la asociación entre variables cualitativas con el test de "ji cuadrado" de Pearson, o con la prueba exacta de Fischer en el caso de que más de un 25% de los esperados fueran menores de 5. En el caso de variables ordinales se contrastó la hipótesis de tendencia ordinal de proporciones. Tratamiento estadístico de los datos mediante paquete estadístico SPSS 17.

**Resultados:** Muestra: 90 mujeres (45 casos > 75 años). *Variables clínicas:* Tiempo de evolución: 80 mujeres más de 1 año (87,9%). Tipo de incontinencia: 52 casos (57,8%) mixta (urgencia + esfuerzo); 31 casos (34,4%) urgencia; 5 casos (5,6%) esfuerzo. *Síntomas urinarios:* urgencia miccional 84 casos (92,3%); polaquiuria diurna 72 casos (80%); polaquiuria nocturna 70 casos (76,9%); LUTS de vaciado 33 casos (36,7%). *Variables urodinámicas:* hiperactividad vesical 52 casos (57,8%); esfuerzo 49 casos (53,8%); obstrucción 17 casos (18,9%); flujo disminuido 58 casos (65,4%), en grado leve 38 casos (77,8%); cistocele grado I: 60 casos (66,7%), grado II: 22 casos (24,4%); Residuo Vesical Postmiccional: normal 79 casos (87,8%). *Respuesta al tratamiento:* mejoría 21 casos (24,7%); recuperación continencia 13 casos (15,3%); sin efecto 51 casos (60%). *Variables predictoras efectividad tratamiento:* sensación de urgencia miccional (razón verosimilitudes 0,297); flujo miccional disminuido (razón verosimilitudes 0,184).

**Conclusiones:** 1. La existencia de un flujo miccional disminuido durante la flujometría, predice unos resultados desfavorables del tratamiento antimuscarínico. 2. La sensación de urgencia miccional, asociada a la contracción involuntaria del detrusor durante la cistomanometría, predice un resultado favorable del tratamiento antimuscarínico.

#### P-046. EFICACIA Y EFICIENCIA DEL PROCESO DE LA REHABILITACIÓN: COMPARACIÓN ENTRE 3 GRUPOS DE EDAD DE PACIENTES INGRESADOS EN UNA UNIDAD DE MEDIA ESTANCIA GERIÁTRICA

C. Roqueta Guillén, S. Burcet Pérez, S. Ubero Fernández, M. Aceytuno Molina, A.M. Cervera Alemany y R. Miralles Basseda  
 Parc de Salut Mar. Barcelona. Centro Fórum. Hospital del Mar. Barcelona. Hospital de la Esperanza. Barcelona. Instituto de Atención Geriátrica y Sociosanitaria (IAGS). Barcelona.

**Objetivo:** Comparar la eficiencia y la eficacia rehabilitadora de pacientes según el grupo de edad.

**Pacientes y método:** Se estudiaron 188 pacientes (117 mujeres [62,23%]) con una media de edad de 81,5 ± 11,52 años. Se registraron los siguientes parámetros: índice de Barthel previo (BP), índice de Barthel al ingreso (BI), índice de Barthel al alta (BA) y estancia media. La eficacia del programa de rehabilitación fue evaluada mediante la diferencia entre el BA y el BI (ganancia funcional [GF]); y mediante el índice de Heinemann (IH), que expresa en forma de porcentaje la capacidad funcional ganada respecto a la pérdida [(BA-BI)/(BP-BI) × 100]. La eficiencia rehabilitadora (ER) se calculó dividiendo la ganancia funcional por los días de estancia [(BA-BI)/días]. Se consideró eficacia adecuada, una ganancia funcional > 20 puntos; un índice de Heinemann > 35% y en cuanto a la eficiencia, se consideró adecuado un valor > 0,5 (actividad rehabilitadora moderada). Se dividió a los pacientes en tres grupos de edad: ≥ 90 años; 80-89 años y < 80 años. Se comparó los parámetros de eficacia y eficiencia rehabilitadora entre los tres grupos de edad.

**Resultados:** La media de los parámetros evaluados en pacientes con edad < 80 años, de 80-89 años y ≥ 90 años fue: GF: 37,0 ± 23,0 puntos, 33,0 ± 21,9 puntos y 26,8 ± 21,8 puntos respectivamente, siendo estadísticamente significativas las diferencias entre los nonagenarios y los de edad inferior a 80 años ( $p = 0,036$ ); IH: 66,1 ± 41,6%, 68,6 ± 80,6% y 49,9 ± 39,7% ( $p = 0,105$ ) y ER: 0,71 ± 0,54; 0,67 ± 0,49 y 0,58 ± 0,55, ( $p = 0,404$ ), respectivamente.

**Conclusión:** 1. Todos los grupos de edad presentaron parámetros de eficacia y eficiencia con puntuaciones medias dentro de los valores considerados adecuados. 2. La GF fue superior en pacientes con edad < 80 años que en nonagenarios. 3. El porcentaje recuperado de capacidad funcional previamente perdida y la eficiencia del proceso rehabilitador (ganancia relacionada con el tiempo) fue similar en los tres grupos de edad estudiado.

#### P-047. SITUACIÓN SOCIOFAMILIAR PREVIA EN PACIENTES NONAGENARIOS INGRESADOS EN UNA UNIDAD DE MEDIA ESTANCIA GERIÁTRICA: RELACIÓN CON LA CAPACIDAD FUNCIONAL Y OTROS PARÁMETROS DE LA VALORACIÓN GERIÁTRICA

C. Roqueta Guillén, M. Álvaro Pardo, S. Ubero Fernández, M.I. Martínez Fernández, R. Miralles Basseda y A.M. Cervera Alemany  
 Parc de la Salut Mar. Barcelona. Centro Fórum. Hospital de la Esperanza. Barcelona. Hospital del Mar. Barcelona. Instituto de Atención Geriátrica Sociosanitaria (IAGS). Barcelona.

**Objetivo:** Evaluar relación entre parámetros de valoración geriátrica y situación socio-familiar previa al ingreso en pacientes nonagenarios.

**Pacientes y métodos:** Se registraron 102 pacientes (78 mujeres [76,47%]) con una edad media de 92,1 ± 2,1, durante 3 años. *Paráme-*

tros registrados: edad, sexo, número de antecedentes patológicos (AP), índice de Lawton previo (LP), índice de Barthel previo (BP), Minimal de Folstein (MMSE), estado nutricional (albúmina al ingreso), número de síndromes geriátricos, comorbilidad (índice de Charlson [IC]) y estancia media (EM). En cuanto a situación socio-familiar, se registró la convivencia previa: solo, con familia, con soporte puntual de cuidador, con cuidador/a 24 horas o en residencia, y se valoró su relación con parámetros registrados.

**Resultados:** Situación sociofamiliar y media de parámetros evaluados: AP: solo  $2,5 \pm 1,7$ , con familia  $3,5 \pm 2,2$ , con soporte puntual de cuidador  $0,0 \pm 0,0$ , con cuidador 24 horas  $5,6 \pm 3,5$ , en residencia  $5,5 \pm 0,7$  ( $p = 0,008$ ); LP: solo  $4,0 \pm 3,0$ , con familia  $2,3 \pm 2,7$ , con soporte puntual de cuidador  $1 \pm 0,0$ , con cuidador 24 horas  $0,8 \pm 0,8$ , en residencia  $0,0 \pm 0,0$  ( $p = 0,020$ ); BP: solo  $91,2 \pm 12,3$ , con familia  $78,8 \pm 27,1$ , con soporte puntual de cuidador  $50,0 \pm 0,0$ , con cuidador 24 horas  $52,0 \pm 24,7$ , en residencia  $88,5 \pm 7,7$  ( $p = 0,018$ ); EM: solo  $59,4 \pm 25,9$ , con familia  $45,59 \pm 22,3$ , con soporte puntual de cuidador  $88,0 \pm 0,0$ , con cuidador 24 horas  $49,6 \pm 10,1$ , en residencia  $62,5 \pm 0,7$  ( $p = 0,043$ ). No se halló relación estadísticamente significativa entre convivencia previa y el resto de las variables estudiadas.

**Conclusiones:** 1. Nonagenarios que vivían solos tuvieron de forma significativa mayores puntuaciones en LP y BP. 2. Se observó mayor AP en nonagenarios que vivían en familia, cuidador 24 horas y residencia. 3. Se halló mayor estancia media en nonagenarios que vivían solos.

#### P-048. PACIENTES INGRESADOS EN UNA UNIDAD DE AGUDOS PORTADORES DE Sonda NASOGÁSTRICA. ANÁLISIS DE SUPERVIENCIA Y SITUACIÓN NUTRICIONAL

A.F. de Tena Fontaneda y M.R. Ramos Cortés

Hospital Sureste.

**Objetivos:** Analizar el perfil clínico de pacientes que ingresan en una U. agudos y que son portadores o bien se les coloca durante el ingreso una sonda nasogástrica (SNG) para alimentación.

**Método:** Se analizan parámetros nutricionales, motivo de ingreso, momento de implantación de SNG (previo o durante el ingreso), causa de su colocación y evolución.

**Resultados:** De julio 09 a enero 10 fueron hospitalizados en Geriátría y M. Interna 8 pacientes portadores de SNG y a otros 16 se les implantó durante el ingreso. En total se analizaron 24 pacientes. Edad media 85,25 años. Principal causa de SNG en ambos grupos fue apraxia de la deglución por demencia (41,66%), seguida de disfgia secundaria a ictus (33,33%), de disfgia por E. Parkinson (8,33%) y de negativa a la ingesta (8,33%). El motivo de ingreso en ambos grupos fue infección respiratoria (45,83%) seguido de I. urinaria (29,16%). La situación nutricional era de malnutrición en un porcentaje muy elevado con proteínas totales  $< 5,5\text{g/dl}$  en 41,6% de los casos y con albúmina  $< 3\text{g/dl}$  en un 95,8%. La media de proteínas fue de  $6,1\text{g/dl}$  sin diferencias significativas entre ambos grupos. Sí fue significativamente  $<$  la cifra de P. totales en los que fallecieron ( $4,8\text{g/dl}$ ). Los niveles de albúmina en la práctica totalidad de los pacientes era  $< 2,8\text{g/dl}$ . Fallecieron durante el ingreso 11 pacientes (45,83%) en su mayoría procedentes del grupo a los que se colocó SNG en el ingreso (56,25%) frente a un 25% de fallecimientos en el grupo que ya portaba SNG.

**Conclusiones:** 1. Los pacientes con SNG fallecen en un alto porcentaje de casos probablemente por la mala situación clínica basal. 2. La principal causa por la que se coloca SNG es demencia seguida de ictus. 3. En nuestra muestra se detectó malnutrición en la mayoría de los pacientes. 4. Los pacientes en los que la colocación de SNG es fuera del ingreso hospitalario tienen una mejor supervivencia que aquellos en los que se pone durante el ingreso. 5. Hay que valorar de forma individualizada la indicación de SNG dado que en muchos casos no mejora la evolución del paciente.

#### P-049. PROBLEMAS RELACIONADOS CON MEDICAMENTOS Y MEDICACIÓN POTENCIALMENTE INADECUADA EN UNA CONSULTA DE GERIATRÍA

M. Vélez Díaz-Pallarés<sup>1</sup>, J. Orozco Gaytan<sup>2</sup>, C. Sánchez Castellano<sup>1</sup>,

B. Montero Errasqui<sup>1</sup>, T. Bermejo Vicedo<sup>1</sup> y A.J. Cruz Jentoft<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid. <sup>2</sup>Centro Médico Nacional "La Raza". México.

**Objetivos:** Analizar los problemas relacionados con los medicamentos (PRM) y prescripciones potencialmente inapropiadas que se encuentran en una consulta de Geriátría.

**Método:** Se seleccionaron los pacientes que acudieron a la consulta de geriatría en un hospital universitario desde el 16 de noviembre hasta el 1 de diciembre de 2009 para una evaluación geriátrica exhaustiva. De cada paciente se revisó la historia clínica registrándose edad, sexo, alergias a medicamentos y antecedentes personales. Se identificaron los medicamentos prescritos, y de ellos, se revisaron los datos clínicos de las fichas técnicas (indicaciones, posología, forma de administración y contraindicaciones). Se identificaron los PRMs utilizando la clasificación del Segundo Consenso de Granada. Se hizo asimismo un análisis de la prescripción potencialmente inapropiada en ancianos de medicamentos usando los criterios STOPP/START. Los tratamientos fueron revisados por un equipo multidisciplinar de varios médicos y un farmacéutico que estuvo presente durante la entrevista clínica con el paciente.

**Resultados:** Se incluyeron un total de 35 pacientes con una edad media de 81,1 años (71 a 94, 31 mujeres y 4 hombres) y una media de 6,0 fármacos por paciente (1 a 13). El 62,9% tomaban cinco o más medicamentos. Se documentaron un total de 50 PRM en 31 de los pacientes; 18 PRM1 (no recibir una medicación que necesita), 1 PRM2 (recibir un medicamento que no necesita), 10 PRM3 (inefectividad no cuantitativa de la medicación), 8 PRM4 (inefectividad cuantitativa), 12 PRM5 (inseguridad no cuantitativa) y 1 PRM6 (inseguridad cuantitativa de la medicación). Los PRM5 se correspondieron con reacciones adversas a medicamentos informadas en el momento de la entrevista y se originaron principalmente por galantamina (5) durante la escalada de dosis para alcanzar dosis terapéuticas. Los criterios Stopp detectaron un 17% de medicación potencialmente inadecuada y los criterios Start detectaron un 40% de omisión de medicación indicada.

**Conclusiones:** El número de PRM es alto, destacando por su gravedad los PRM6 y por su cantidad los PRM1. Los PRM1 y PRM2 se relacionaron con los criterios Start y con los criterios Stopp respectivamente.

#### P-050. INFECCIÓN POR CLOSTRIDIUM DIFFICILE EN UN SERVICIO DE GERIATRÍA: ANÁLISIS DE LOS CASOS DIAGNOSTICADOS DURANTE 2 AÑOS

C. Calviño Díaz, G. Sedano Gómez, I. Pardo Planas,

R. Malfeito Jiménez, M. Melero Brezo y F. Veiga Fernández

Complejo Hospitalario Xeral-Calde de Lugo. Lugo.

**Objetivos:** Analizar los factores relacionados con el desarrollo de infección por *C. Difficile* en una muestra de pacientes ingresados en un Servicio de Geriátría.

**Material y métodos:** Estudio descriptivo, retrospectivo, de una muestra de 31 pacientes ingresados en nuestro Servicio durante dos años (2008-9) con el diagnóstico de infección por *C. Difficile*. Se ha completado un protocolo de estudio que incluía datos de filiación, estado funcional, comorbilidad, motivo de ingreso, diagnóstico principal, tratamiento antibiótico, manifestaciones clínicas, tratamiento recibido, complicaciones y evolución. El análisis estadístico de los resultados se ha procesado mediante el programa SPSS 15.0.

**Resultados:** 31 pacientes, con edad media de 83,4 años, 51,6% varones, con importante deterioro funcional (Katz F-G 45%) y elevada comorbilidad (48,4% Índice de Charlson  $> 3$ ), procedentes en su mayoría de la comunidad (80,6%), que recibieron antibioterapia, a excepción de un paciente, por infecciones del tracto respiratorio (48%) y urinario



(19,4%). La mayoría (65%) habían sido tratados con varios antibióticos, siendo el más empleado amoxicilina-clavulánico (61,3%). El tiempo de exposición a antibióticos fue alta (17,5 días de media). La diarrea, presente en el 97% los casos, se acompañó de deshidratación (45,2%), presencia de sangre en heces (45,2%) y fiebre (22,6%). En todos los pacientes se confirmó el diagnóstico mediante la positividad de la toxina en heces. El 71% recibieron tratamiento, todos ellos con metronidazol, constatando un 10% de recidivas. Durante el ingreso fallecieron el 13% por causas no relacionadas con la infección por *C. Difficile*. **Conclusiones:** La mayoría de los pacientes con infección por *C. Difficile* de nuestra muestra habían recibido combinaciones de antibióticos durante períodos prolongados. La expresión clínica más frecuente fue la diarrea, presentando evolución favorable una vez tratados con metronidazol.

#### P-051. DEPRESIÓN EN NONAGENARIOS INGRESADOS EN UN CSS

R. Iniesta Villagrasa, E. Pallarés Fernández, M.J. Lacasa Cadena, J. Benages Navarro, V. Cendrós Cámara y P.G. Valls Borrueil  
CSS Palau. Barcelona.

**Objetivo:** Detección de sintomatología depresiva en pacientes nonagenarios con y sin deterioro cognoscitivo que se encuentran ingresados en el CSS Palau entre los meses de Febrero y Marzo de 2009.

**Material y método:** La muestra está integrada por 45 pacientes nonagenarios que se encontraban ingresados en nuestro centro los meses de Febrero a Marzo de 2009.

**Diseño del estudio:** Se aplicó un protocolo para recogida de variables sociodemográficas y clínicas: edad, sexo, diagnóstico principal al ingreso, índice de comorbilidad de Charlson, síndromes geriátricos y medicamentos al ingreso. Se entrevistó a todos los pacientes para registrar la capacidad cognitiva y funcional al ingreso utilizando como instrumentos de cribado: Escala de Depresión Geriátrica Yesavage, Minexamen Cognoscitivo de Lobo y Test de los Siete Minutos. Se evaluó el índice de Barthel para las actividades básicas de la vida diaria. También se valoró el índice en la Escala de Deterioro Global de Reisberg. Se construyó una base de datos y se procesaron con SPSS.

**Resultados:** 1. La dependencia funcional no es indicador de depresión. 2. No hay diferencias significativas en el índice de Charlson respecto a depresión. 3. Los deprimidos tienen una media más elevada de síndromes geriátricos aunque la diferencia no es significativa. 4. Alteración del sueño y depresión están relacionados. 5. La polifarmacia y la depresión parecen estar relacionadas (tendencia a la significación). 6. Los demás síndromes geriátricos no muestran diferencias significativas respecto a la depresión. 7. Se obtuvieron otros resultados relacionados con alteraciones cognitivas.

**Conclusiones:** 1. En nuestra muestra la dependencia funcional no ha sido indicador de depresión. 2. En estudios previos la prevalencia de depresión se sitúa entre un 15 y 35% con tasa muy superior a la hallada en población general anciana, a pesar de que en nuestro estudio es baja (8,8%), probablemente por una muestra pequeña. Por ese motivo creemos que se debería realizar la pregunta de cribado al ingreso "¿Vd. se siente triste?", y en caso afirmativo evaluar la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (GDS).

#### P-052. ESTUDIO DE LA SITUACIÓN FUNCIONAL DE PACIENTES ANCIANOS INGRESADOS EN UNIDADES DE CUIDADOS PSQUIÁTRICOS PROLONGADOS (UCPP3-PSICOGERIATRÍA)

P.L. Serrano Cuadrado, A. Urbelz Pérez, E. Benito Budia, M.C. Hernández Gallardo y M. Sánchez Romero  
Hospital Dr. Rodríguez Lafora. Madrid.

**Introducción:** La dificultad de manejo de numerosos pacientes con patología psiquiátrica y la pluripatología de muchos de ellos, hacen

necesario su estancia en Unidades de Cuidados Psiquiátricos Prolongados. Nuestro centro, dispone de unidades específicas para ancianos (U.Psicogeriatría), donde ingresan pacientes > 65 años, procedentes de las áreas sanitarias de Madrid.

**Objetivo:** Grado de dependencia funcional de los pacientes ≥ 65 años ingresados en las unidades UCPP-Psicogeriatría.

**Material y métodos:** Estudio descriptivo pacientes ≥ 65 años ingresados en las unidades de UCPP-Psicogeriatría desde enero/09 a enero/10. **Criterios de exclusión:** < 65 años ingresados por falta de plazas en otras UCPPs y los ingresados vía judicial para cumplimiento de una condena penal. **Variables recogidas:** Edad, Sexo, FRCV, comorbilidad, psicofármacos, polifarmacia, ABVDS, estado nutricional, diagnóstico psiquiátrico, etc.

**Resultados:** N = 56 (57% mujeres), Edad media 77,4 a. (65-91). 58% Esquizofrenia. 78% estudios primarios, 34% limitación visual, 36% auditiva y 16% prótesis dental. 53,1% limitaciones físicas, Barthel 62,5 (21% < 20), Media de Enf. Crónicas 3,74. 40%, Tabaquismo activo. 42% 3 o más FRCV. 39% deterioro cognitivo moderado-severo asociado. Consumo medio fármacos 6,25. Psicofármacos siendo los más frecuentes los neurolepticos (no diferencias entre típicos/atípicos, 7% formulas Depot, y 15% dos neurolepticos) y benzodiazepinas. ABVDS: 71% Deambulación sin ayudas y 4% completamente dependiente (12% caídas de repetición). Aseo 8% independientes y 34% totalmente dependientes. Vestido 18% independiente y 27% totalmente dependientes. Alimentación 40% independientes y 16% totalmente dependientes. (26% dieta turmix completa y 2% alimentación por SNG/gastrostomía). Continencia 57% continentes y 28,7% totalmente Incontinentes.

**Conclusiones:** 1. Los pacientes ingresados en UCPP3-Psicogeriatría son pacientes relativamente jóvenes la mayoría con al menos tres enfermedades crónicas, un alto porcentaje fumadores activos y con 2 o más FRCV. 2. Más de la mitad de son pacientes Esquizofrenicos. 3. 2/3 presentan un grado de dependencia moderada según el I. Barthel y, en aproximadamente la 1/2 de los casos la dependencia no se explica por causas físicas. 4. Hemos detectado asociación entre dependencia y: patología osteoarticular, diagnostico psiquiátrico, número de fármacos psiquiátricos y uso de más de un neuroleptico. No hemos encontrado diferencias significativas con edad, estado nutricional, comorbilidad, ni polifarmacia.

#### P-053. ESTADO NUTRICIONAL DE PACIENTES ANCIANOS INGRESADOS EN LA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN BREVE (GERONTOPSIQUIATRÍA) Y UNIDAD DE CUIDADOS PSQUIÁTRICOS PROLONGADOS (UCPP3-PSICOGERIATRÍA)

A. Urbelz Pérez, P.L. Serrano Cuadrado, M. Sánchez Romero, E. Benito Budia y M.C. Hernández Gallardo  
Hospital Dr. Rodríguez Lafora. Madrid.

**Introducción:** Nuestro recinto Hospitalario dispone de distintas unidades de cuidados psiquiátricos, entre ellas hay unidades específicas para pacientes ancianos. En este estudio hemos querido conocer el perfil de pacientes que ingresan en dos de estas unidades y hacer una aproximación del estado nutricional de dichos pacientes.

**Material y métodos:** Estudio descriptivo de pacientes ≥ 65 años ingresados en las unidades de UCPP3-Psicogeriatría y UHB-Gerontopsiquiatría durante este último año. **Criterios de exclusión:** pacientes < 65 años ingresados de forma puntual en dichas unidades. **Variables recogidas:** Edad, Sexo, FRCV, diagnóstico psiquiátrico, comorbilidad, polifarmacia, ABVDS, Estado Nutricional (MNA, Datos antropométricos y analíticos).

**Resultados:** N: 154 (62% mujeres), edad media 75,4 años (65-93). 42% limitación visual, 23% auditiva, 34% prótesis dental, 31% limitación funcional. Barthel: 75 (38% > 90 y 19% < 20), Media de Enf. Crónicas 3,74. Consumo medio fármacos 6,37. Dieta 81% Blanda o normal. 17% Dieta turmix completa. **Estado Nutricional:** MNA14: 97% < 11 y MNA30: 74% 17-23,5; IMC: 22,6 (27% < 18,5. 35% > 27); CB: 35% < p25 y 4% < p5; PT: 27% < p25 y 9% < p5 Albumina 57% normal.

38,8% 2,8-3,5 y 4,1% < 2,7; Colesterol (excluidos estatinas). 79,6% normal. 18,4% < 160. y 2,7% > 200. Transferrina: 79,6% normal. 16,3% 150-250. y 4,1% < 150. 2,3% déficit B12 y fólico.

**Conclusiones:** 1. La mayoría de los pacientes presentan riesgo nutricional al ingreso según el MNA. 2. Aproximadamente la ½ de nuestros pacientes presentan malnutrición. 38% Desnutrición de los cuales el 4,1% Severa, mientras que aprox. el 9% presenta sobrepeso-obesidad. 3. Relación entre *desnutrición* y: Dieta turmix, dependencia funcional, edad y comorbilidad. Así como entre *sobrepeso* y: Acceso a cafetería y toma de olanzapina. 4. A un 5,1% se inició Soporte Nutricional con Suplementos y un 2% requirió Alimentación enteral completa.

#### P-054. UTILIDAD PRONÓSTICA DE LA DINAMOMETRÍA EN EL ANCIANO HOSPITALIZADO

L.M. Pérez Bazán, M.A. Márquez Lorente, M.D. Sánchez Rodríguez, O. Sabartés Fortuny, M. Pi-Figueras Valls y M. Arellano Pérez  
Hospital del Mar. Barcelona. Hospital de l'Esperança. Barcelona. Centre Fòrum. Barcelona. Instituto de Atención Geriátrica y Sociosanitaria (IAGS). Barcelona. Parc de Salut Mar. Barcelona.

**Objetivo:** Evaluar la dinamometría como predictor de recuperación funcional en ancianos ingresados en una Unidad de Geriátría de Agudos (UGA).

**Material y métodos:** Se incluyeron pacientes ingresados en UGA cuya situación al ingreso posibilitara la realización de una dinamometría. A todos ellos se les mide la fuerza prensora de la mano dominante el primer día del ingreso. Se relaciona la fuerza prensora con: edad, situación cognitiva, medida con el test de Pfeiffer (TP), situación funcional previa, al ingreso y al alta, medida con el índice de Barthel (IB) y el índice de Lawton (IL), pérdida funcional al ingreso, recuperación funcional al alta y pérdida funcional total. 1. Pérdida funcional:  $(IB \text{ previo} - IB \text{ ingreso} / IB \text{ previo}) \times 100$ . 2. Recuperación funcional:  $(IB \text{ alta} - IB \text{ ingreso} / IB \text{ previo} - IB \text{ ingreso}) \times 100$ . 3. Pérdida funcional total:  $(IB \text{ previo} - IB \text{ alta} / IB \text{ previo}) \times 100$ .

**Resultados:** Se incluyeron 130 pacientes, 72 mujeres y 58 hombres, con una edad media de 86 años. La fuerza prensora media de los hombres fue de 16,6 kg y de las mujeres de 10,31 kg. En ambos sexos la fuerza prensora presentó relación positiva con el IB previo (hombres p 0,005, mujeres p 0,003), el IB al ingreso (hombres p 0,0004, mujeres p 0,0003), el IB al alta (hombres p 0,006, mujeres p 0,003) y el IL (hombres p 0,0001, mujeres p 0,007) y relación negativa con la pérdida funcional (hombres p 0,007, mujeres p 0,02) y con el TP (hombres p 0,0001, mujeres p 0,004). No presentó relación con la recuperación funcional ni con la pérdida funcional total. El IB al alta presentó relación independiente en ambos sexos con el IB previo (p < 0,0001), no así con la fuerza prensora.

**Conclusiones:** 1. La fuerza prensora es un buen marcador de situación funcional y cognitiva tanto previa como en el momento del ingreso. 2. La fuerza prensora no es útil como predictora de recuperación en la hospitalización ni de pérdida funcional total del paciente anciano. 3. La fuerza prensora puede predecir la situación funcional al alta, sin embargo, no aporta valor pronóstico a la simple determinación del índice de Barthel previo a la enfermedad aguda.

#### P-055. DISMINUCIÓN DE LAS CAÍDAS Y DEL RIESGO DE CAERSE TRAS EL INGRESO EN UN HOSPITAL DE DÍA DE GERIATRÍA (HDG)

E. de Jaime, S. Burcet, M. Rodríguez, E. Sevilla, A. García y O. Vázquez

Servicio de Geriátría del Parc de Salut Mar. Barcelona. Centro Fòrum del Hospital del Mar. Barcelona. Hospital de la Esperanza. Barcelona. Instituto de Atención Geriátrica y Sociosanitaria (IAGS). Barcelona.

**Objetivo:** Analizar si el ingreso en un HDG mejora la movilidad y disminuye el riesgo de caídas.

**Método:** Estudio longitudinal que incluyó todo paciente que ingresó y fue dado de alta del HDG entre Enero del 2007 y Diciembre 2009, que hubiese asistido un mínimo de 7 sesiones y que realizó un programa de rehabilitación. Se registraron las siguientes variables al ingreso/alta: edad, sexo, Barthel, Lawton, MMSE, Charlson, Norton, Timed get up and go, Tinetti, número de síndromes geriátricos, presencia de caídas y trastorno de la marcha. El Timed se dividió en < 10 segundos normal, entre 11-20 riesgo moderado de caídas, > 21 alto riesgo de caídas. El Tinetti se dividió en > 19 bajo riesgo de caídas, < 18 alto riesgo.

**Resultados:** 83 pacientes, el 47,0% mujeres. Edad media de  $74,3 \pm 12,2$ ; al ingreso presentaban: Charlson  $2,7 \pm 1,7$ , Barthel  $53,6 \pm 22,9$ , Lawton  $1,4 \pm 1,9$ , MMSE  $22,9 \pm 5,2$ , Norton  $15,3 \pm 1,9$ , nº síndromes geriátricos  $4,6 \pm 1,7$ . Tras el ingreso en HDG se obtuvieron mejoras estadísticamente significativas (p < 0,05) en Timed ( $43,4 \pm 25,9$  al ingreso versus  $30,8 \pm 16,0$  al alta) y Tinetti ( $13,6 \pm 5,8$  versus  $17,7 \pm 4,8$ ). Al analizar la presencia de caídas se observó que de los 70 pacientes que se caían al ingreso, el 51,4% dejó de caerse; mientras que de los 13 que no se caían sólo el 23,1% refirió caídas al alta (p < 0,005). De los 80 pacientes con trastorno de la marcha al ingreso, el 97,5% continuó presentando trastorno al alta. De los 52 pacientes que tenían alto riesgo de caídas según el Timed, el 26,9% acabó con riesgo moderado, mientras que de los 11 con riesgo moderado, el 90,9% se mantuvo en mismo riesgo. Según el Tinetti, de los 52 pacientes con alto riesgo de caídas, el 25,0% mejoró a riesgo bajo y los 13 con bajo riesgo se mantuvieron en mismo riesgo (p < 0,005).

**Conclusiones:** El realizar un programa de valoración e intervención interdisciplinar en un HDG mejora la calidad de la marcha, permitiendo disminuir las caídas y el riesgo de caerse.

#### P-056. IMPORTANCIA DEL REGISTRO DE LA SITUACIÓN DE FINAL DE VIDA EN UNA UNIDAD DE LARGA ESTANCIA SOCIOSANITARIA (LE): INFLUENCIA EN EL NIVEL DE INTENSIDAD TERAPÉUTICA

M.P. García Caselles, M. Martín Montagut, A. Caro Agudo, T. Rodríguez González, N. Saavedra Martí y E. de Jaime Gil  
Servei de Geriatria del Parc de Salut Mar. Barcelona. Centre Fòrum. Barcelona. Hospital de l'Esperança. Barcelona. Hospital del Mar. Barcelona. Institut d'Atenció Geriàtrica i Sociosanitària (IAGS). Barcelona.

**Objetivo:** Estudiar si en una unidad de LE se identificaba a los pacientes en situación de final de vida y si el registro se acompañaba de cambios en su atención.

**Material y método:** Se revisaron las historias clínicas de los exitus que tuvieron lugar en la unidad durante un año (noviembre de 2008 a octubre de 2009). Por la información recogida en la historia clínica se consideró si el paciente cumplía criterios de enfermedad avanzada/terminal y se anotó si esta situación había quedado registrada. Se estudiaron la procedencia, el diagnóstico principal, el número total de complicaciones, cuántas de ellas fueron infecciones y cuántas se trataron, si los pacientes se trasladaron a un hospital de agudos y el motivo (urgencias, visitas programadas), si se tomaron constantes y/o se realizaron BMtest de forma repetida, si se realizaron exploraciones complementarias (analíticas, recogida invasiva de muestras biológicas) y si se utilizaron las vías intramuscular o endovenosa.

**Resultados:** De los 76 pacientes que fallecieron, 65 lo hicieron en la unidad (85,5%) y 11 en un hospital de agudos (14,5%). La edad media fue de  $80,1 \pm 12,0$ ; 44 fueron mujeres (57,9%) y 32 hombres (42,1%). Las medias del Barthel y del Norton fueron de  $11,0 \pm 17,0$  y  $11,3 \pm 3,2$  respectivamente. La media de los síndromes geriátricos fue de  $6,8 \pm 1,6$ . En 62% de pacientes existió diagnóstico de demencia y la media del Charlson fue de  $3,6 \pm 1,9$ . Del total de pacientes, se consideró que 61 (80,2%) cumplían criterios de enfermedad avanzada/terminal y quedó registrado en 33 (54,1%). En los pacientes en los

que se registró la situación de final de vida se trataron menos complicaciones ( $1,6 \pm 1,6$  vs.  $3,8 \pm 2,8$ ;  $p < 0,05$ ) entre ellas, las infecciones ( $1,3 \pm 1,5$  vs.  $2,4 \pm 1,8$ ;  $p < 0,05$ ), se realizaron menos traslados a hospitales de agudos ( $81,8\%$  vs.  $50\%$ ;  $p < 0,05$ ) se instauraron menos vías parenterales ( $24,3\%$  vs.  $75\%$ ;  $p < 0,05$ ) y se solicitaron menos analíticas ( $45,4\%$  vs.  $71,4\%$ ;  $p < 0,05$ ). No se encontraron diferencias en la toma repetida de constantes y en la realización de BMtest.

**Conclusiones:** El registro en la historia clínica de los pacientes con enfermedad avanzada/terminal podría ayudar al equipo interdisciplinar a adecuar el nivel de intensidad terapéutica a esta situación.

#### P-057. MEJORÍA DE LA INGESTA Y LA NUTRICIÓN TRAS UN INGRESO EN UN HOSPITAL DE DÍA DE GERIATRÍA (HDG)

E. de Jaime, A. García, S. Burcet, M.L. Rodríguez, E. Sevilla y O. Vázquez

Servicio de Geriátría del Parc de Salut Mar. Barcelona. Centro Fórum del Hospital del Mar. Barcelona. Hospital de la Esperanza. Barcelona. Instituto de Atención Geriátrica y Sociosanitaria (IAGS). Barcelona.

**Objetivo:** Analizar si el ingreso en un HDG mejora la ingesta oral y disminuye el riesgo de desnutrición.

**Método:** Estudio longitudinal que incluyó todo paciente que ingresó y fue dado de alta del HDG entre Enero del 2007 y Diciembre 2009, que hubiese asistido un mínimo de 7 sesiones y que ingresó para realizar rehabilitación y/o psicoestimulación. Durante el ingreso se realizó valoración nutricional que consistió en valorar hábitos alimentarios, higiene bucal, estado de la dentadura y/o prótesis, descartar y tratar la depresión, revisar polifarmacia, presencia de restricción y realizar consejo dietético. Se registraron las siguientes variables al ingreso/alta: edad, sexo, Barthel, Lawton, MMSE, motivo de ingreso, Charlson, Norton, Yesavage, IMC, número de síndromes geriátricos, presencia de desnutrición y valoración de la ingesta (buena vs mala/regular).

**Resultados:** Se analizó a 183 pacientes con edad media de  $76,8 \pm 9,6$ , el 55,2% eran mujeres y el 45,4% ingresó para rehabilitación. Tenían un Barthel al ingreso de  $69,1 \pm 24,6$ , Lawton de  $1,5 \pm 2,2$ , MMSE de  $21,1 \pm 5,4$ , Charlson de  $2,2 \pm 1,5$ . El 65,6% tenía demencia. Tras el ingreso y la intervención interdisciplinar, se observó diferencias estadísticamente significativa ( $p < 0,05$ ) en: Yesavage (al ingreso de  $4,1 \pm 3,4$  versus alta  $3,6 \pm 3,3$ ), IMC ( $26,5 \pm 4,7$  versus  $26,8 \pm 4,6$ ), Norton ( $16,9 \pm 2,2$  versus  $17,3 \pm 2,2$ ), número de síndromes ( $4,2 \pm 1,6$  vs  $3,7 \pm 1,6$ ). De los 26 pacientes que ingresaron con ingesta mala/regular, el 38,5% mejoró al alta y de los 157 que tenían ingesta oral buena al ingreso, sólo el 1,3% empeoró ( $p < 0,05$ ). De los 40 pacientes que ingresaron con desnutrición, el 60,0% mejoró al alta, mientras que de los 143 que no tenían desnutrición al ingreso, sólo el 0,7% empeoró ( $p < 0,005$ ).

**Conclusión:** El ingreso en un HDG permite realizar valoración e intervención nutricional, mejorando la ingesta y disminuyendo el riesgo de desnutrición.

#### P-058. APLICACIÓN DE LOS CRITERIOS START/STOPP EN UN HOSPITAL DE DÍA GERIÁTRICO

C. Castellà ValldePérez, C. Cardenas Lillo, N. Albiol Tomàs, N. Maldonado Flores, D. Franquet Huguet y E. Martínez Almazán  
Hospital de la Santa Creu. Barcelona.

**Introducción:** Una de las intervenciones más frecuentes realizadas en el hospital de día (HD) es la revisión de polifarmacia. Recientemente se han publicado los criterios START/STOPP (S/S) como herramienta para mejorar la prescripción farmacológica en el anciano.

**Objetivos:** 1. Analizar los ajustes farmacológicos más frecuentemente realizados en HD y si éstos se adecuan a los criterios S/S. 2. Valorar

si la aplicación sistemática de los criterios S/S, al ingreso y al alta hubiera ayudado a mejorar la prescripción.

**Métodos:** Revisión sistemática retrospectiva de los informes de alta de los pacientes de HD durante 2009. Se recogen datos demográficos, procedencia y destino al alta, comorbilidad, síndromes geriátricos y fármacos al ingreso/alta. Se revisan las indicaciones posibles de los criterios S/S y si se han aplicado. Análisis estadístico mediante SPSS de frecuencias y medianas.

**Resultados:** N = 86 pacientes. Edad = 80,78 años ( $\pm 0,98$  DE), 59% mujeres. Comorbilidad: HTA (73%), cardiopatía (67%), DM2 (42%), cirugía ortopédica (40%). Síndromes geriátricos prevalentes: deterioro cognitivo (74%), trastornos afectivos (67%), incontinencia (56%), privación sensorial (55%) y estreñimiento (54%). Sobrecarga familiar en el 40% de los casos. 92,9% altas a domicilio. Barthel = 59,88. Número de fármacos al ingreso de 7,95 y al alta de 7,72. = 1,8 indicaciones posibles S/S por paciente (67% STOPP, 33% START). = 1,11 indicaciones S/S realizadas por paciente, siendo las más frecuentes en patología cardiovascular (fibrilación auricular 51%, cardiopatía isquémica 50% y enfermedad cerebro-vascular 47%), trastornos afectivos (47%) y estreñimiento (47%). Se ha realizado una media de 1,14 intervenciones más por paciente no incluidas en los criterios S/S (introducción de IACE, analgesia y suplementación vitamínica). Si consideramos el total de indicaciones realizadas (2,25) sobre las indicaciones posibles (2,95) se han realizado el 76,27%. La aplicación sistemática de S/S hubiera mejorado la prescripción en 23,7% de todas las indicaciones, y específicamente el 39% de las S/S.

**Conclusiones:** 1. La aplicación sistemática de los criterios S/S es una herramienta útil para mejorar la prescripción en un HD. 2. La realización de una valoración geriátrica integral es indispensable para considerar otras indicaciones farmacológicas, no incluidas en los criterios S/S.

#### P-059. MENSAJES TRANSMITIDOS POR EL MÉDICO ESPECIALISTA SOBRE LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER (EA) Y RETENCIÓN LOGRADA DE LA INFORMACIÓN ENTRE LOS CUIDADORES DEL ENFERMO. ESTUDIO TRACE

E. Arriola<sup>1</sup>, J.L. Molinuevo<sup>2</sup> y B. Hernández<sup>3</sup>, en nombre del Grupo de Investigadores del Estudio Trace

<sup>1</sup>Fundación Matia. Barcelona. <sup>2</sup>Hospital Clínic i Universitari de Barcelona. Barcelona. <sup>3</sup>Novartis Farmacéutica. Barcelona.

**Objetivo:** Comparar la información clínica suministrada por los médicos sobre la EA y la retención lograda por los cuidadores y evaluar los factores asociados a las posibles diferencias de percepción.

**Método:** Se realizó un estudio a nivel nacional utilizando cuestionarios que medían la información administrada por el médico y la retenida por el paciente. Se determinó cuantitativamente la coincidencia de criterio mediante el cálculo del coeficiente Kappa. Se evaluaron los factores asociados (según perfil del cuidador o del paciente) a la diferencia de percepción entre médicos y cuidadores sobre la información suministrada en 17 aspectos informativos evaluados.

**Resultados:** 61 investigadores cumplimentaron el cuaderno del investigador, 62,3% eran hombres, de  $45,9 \pm 8,7$  años y con  $16,6 \pm 9,5$  años de experiencia como especialista. Se reclutaron 808 pacientes con EA, 679 (84%) cumplían los criterios de selección. Un 67,2% eran mujeres, con  $77,5 \pm 7,0$  años,  $3,4 \pm 2,2$  años de evolución EA,  $18,1 \pm 4,2$  puntuación MMSE, 78,6% GDS-4/5. Los cuidadores tenían  $57,2 \pm 14,8$  años y un tiempo medio como cuidador de  $27,6 \pm 28,0$  meses, siendo el 50,9% hijos del paciente y el 33,4% el cónyuge, mayoritariamente vivían en el mismo domicilio (64,9%). Un 37,5% tenían estudios primarios y un 26,5% secundarios. El 19,0% y 14,1% presentaban probable ansiedad o depresión (escala HADS), respectivamente. De los 17 aspectos evaluados, la informa-

ción recibida sobre: concepto de la enfermedad, aspectos etiopatogénicos, posología y recomendaciones sobre el tratamiento y adherencia terapéutica, fue significativamente mejor valorada por los cuidadores, mientras que la información sobre: desmitificación y corrección de concepciones previas, posibles complicaciones, riesgos, efectos adversos y/o yatrogenia, asociaciones de familiares, ayuda emocional/psicológica a cuidadores, fue significativamente mejor valorada por los médicos ( $p < 0,05$ ). La concordancia en la calidad/cantidad de información recibida entre médicos y cuidadores fue entre pobre o débil ( $Kappa \leq 0,27$ ). Finalmente, se observó que el grado de deterioro de la enfermedad (escala GDS) era un factor significativamente asociado con la discordancia profesional-cuidador ( $p = 0,002$ ).

**Conclusiones:** Se observaron diferencias significativas en 10 de los 17 aspectos informativos evaluados entre los médicos y cuidadores, advirtiéndose una concordancia pobre o débil entre ambos colectivos. Es preciso mejorar la calidad/cantidad de información ofrecida a los cuidadores de pacientes con EA.

#### P-060. CARACTERÍSTICAS DE PACIENTES CON DEMENCIA NO INSTITUCIONALIZADOS VALORADOS EN LA UNIDAD DE EVALUACIÓN GERIÁTRICA (UEG) DEL HOSPITAL DE JARRIO. MODELO DE SEGUIMIENTO COORDINADO CON ATENCIÓN PRIMARIA (AP)

E. Delgado Parada<sup>1</sup>, Y. Sousa Avila<sup>2</sup>, I. Valdespino Paez<sup>2</sup>, G.A. Braña Fernández<sup>2</sup> y O. Suárez Álvarez<sup>1</sup>

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

**Objetivo:** Describir las características clínicas, sociodemográficas y la utilización de recursos sanitarios de los pacientes no institucionalizados con demencia valorados en la UEG.

**Método:** *Diseño:* observacional descriptivo transversal. *Muestra:* se incluyeron 130 pacientes no institucionalizados con diagnóstico de demencia y valorados por la UEG del área sanitaria I (Asturias) 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%. *Variables:* sociodemográficas, comorbilidad, funcionales, nuevos diagnósticos sindrómicos y prescripción farmacológica, tipo de demencia, tratamiento utilizado. En febrero de 2010 se recogieron variables relacionadas con la utilización de recursos sanitarios (revisiones presenciales y no presenciales realizadas por la UEG). Se definió revisión no presencial como un cambio en la estrategia farmacológica realizado tras un intercambio de información clínica entre AP y la UEG, que no realiza valoración presencial.

**Resultados:** Se incluyeron 130 pacientes, el 71,5% mujeres, con una edad:  $81,48 \pm 5,28$  años. El 64,6% tenían un Índice de Barthel entre 80 y 100 y el 39,2% realizaba entre 1 y 3 actividades instrumentales. El Índice de Charlson era  $4,75 \pm 1,29$  y tomaban  $6,28 \pm 3,49$  fármacos (33,8% Utilidad Terapéutica Baja). Tras la valoración había  $1,95 \pm 1,04$  diagnósticos sindrómicos nuevos (31,5% demencia previa diagnosticada) y  $5,43 \pm 2,65$  fármacos. En 56,2% el diagnóstico fue enfermedad de Alzheimer. En un 90,8% se inició tratamiento específico (70,7% anticolinesterásicos, 23,8% memantina y en 8,5% terapia combinada). Presentaron trastornos de comportamiento disruptivos un 73,1%. Se realizó revisión presencial en un 28,4% de los pacientes (Ratio primera visita/revisión: 0,34) y en un 75,4% revisión no presencial (media:  $2,48 \pm 2,18$ ).

**Conclusión:** Los pacientes con demencia valorados por la UEG son complejos. Los tipos de demencia son similares a otras series y se logra una reducción en el número total de fármacos tras la primera valoración. Mediante un modelo de seguimiento en coordinación con AP es posible una constante adecuación de la prescripción farmacológica sin la necesidad de una valoración presencial en la mayoría de los casos.

#### P-061. CARACTERÍSTICAS DE PACIENTES INSTITUCIONALIZADOS VALORADOS POR LA UNIDAD DE EVALUACIÓN GERIÁTRICA (UEG) DEL HOSPITAL DE JARRIO

S. Velat Llavona<sup>1</sup>, M.C. Luiña Fernández<sup>1</sup>, C. González García<sup>1</sup>, M.J. Rivas Pérez<sup>1</sup>, A. Iravedra Iravedra<sup>1</sup> y E. Delgado Parada<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Residencia Villamil, Serantes. Asturias. <sup>2</sup>Hospital de Jarrío. Asturias.

**Objetivo:** Describir las características clínicas y sociodemográficas de pacientes institucionalizados en una residencia geriátrica y valorados por la Unidad de Evaluación Geriátrica (UEG) del Hospital de Jarrío.

**Método:** *Diseño:* observacional descriptivo transversal. *Población:* 63 pacientes institucionalizados en una residencia geriátrica con criterios de derivación a la UEG. *Variables:* sociodemográficas, comorbilidad, privación sensorial, caídas, nuevos diagnósticos, número de fármacos, enfermedades neurodegenerativas y variables funcionales. *Recogida de datos:* entrevista estructurada realizada por profesional sanitario.

**Resultados:** Se recogieron datos de 63 pacientes, un 71,4% mujeres, con una edad media:  $83,44 \pm 6,8$  años. El índice de Charlson ajustado por edad era de  $5,10 \pm 1,47$ . El diagnóstico previo de patologías incapacitantes era bajo (enfermedad cerebrovascular: 28,6%, insuficiencia cardíaca: 14,3%, EPOC: 15,9%, fractura de cadera: 17,5%, demencia: 23,8%, parkinsonismo: 9,5%, prótesis por osteoartritis: 3,2%, trastorno afectivo: 22,2%). El 42,8% tenía un índice de Barthel (IB) menor de 40 (IB medio:  $47,78 \pm 34,38$ ). El 19% realizaba alguna actividad instrumental, medido a través del índice de Lawton (IL). El número de fármacos era de  $5,75 \pm 3,06$  (20,6% de Utilidad Terapéutica Baja). Había un cambio ponderal en un 34,9%, cambio en la agudeza visual en un 6,3% y cambio en audición en un 9,5%. El 23,8% habían caído 3 o más veces en el último año (media:  $1,35 \pm 2,10$ ). Tras la valoración geriátrica, el número de fármacos es de  $4,52 \pm 2,44$ . Se retiraron  $3,06 \pm 1,69$  y se añadieron  $1,84 \pm 1,05$  fármacos. Se registró una media de  $2,11 \pm 1,12$  nuevos diagnósticos sindrómicos. Un 73% tenía diagnóstico de demencia y un 50,8% parkinsonismo. La demencia tipo Alzheimer fue la más frecuente (38,1%). Presentaron trastornos de comportamiento en un 58,7% y se inició tratamiento con neurolepticos en un 33,3%.

**Conclusión:** Los pacientes valorados son complejos y con una dependencia moderada para actividades de la vida diaria. Presentan diagnósticos potencialmente invalidantes no conocidos y se consigue una reducción en el número total de fármacos.

#### P-062. EVOLUCIÓN FUNCIONAL Y UTILIZACIÓN DE RECURSOS ASISTENCIALES TRAS UNA VALORACIÓN GERIÁTRICA EN EL MEDIO RESIDENCIAL

A. Iravedra Iravedra<sup>1</sup>, S. Velat Llavona<sup>1</sup>, M.J. Rivas Pérez<sup>1</sup>, C. González García<sup>1</sup>, M.C. Luiña Fernández<sup>1</sup> y E. Delgado Parada<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Residencia Villamil. Serantes. Asturias. <sup>2</sup>Hospital de Jarrío. Asturias.

**Objetivo:** Evaluar el impacto de la valoración geriátrica integral en el medio residencial en el área sanitaria I.

**Método:** *Diseño:* cuasiexperimental pretest/postest sin grupo control. *Población:* 63 pacientes institucionalizados en una residencia geriátrica valorados por la Unidad de Evaluación Geriátrica (UEG) del Hospital de Jarrío en 2009. *Variables:* sociodemográficas, evolución funcional, utilización de recursos asistenciales, solicitud de atención médica en horario de atención continuada, derivaciones al servicio de Urgencias del Hospital de Jarrío e ingresos hospitalarios. Evaluación antes (2008 y período de 2009 previo a la valoración) y después de la intervención realizada por la UEG. Recogida de datos por profesional sanitario en valoración clínica y registros de actividad asistencial.

**Resultados:** Se recogieron datos de 63 pacientes, 71,4% mujeres, con una edad media de  $83,44 \pm 6,8$  años. En febrero de 2010, con un tiempo medio de seguimiento de  $7,06 \pm 3,1$  meses, fallecieron un 17,5% y

cambiaron de ubicación un 11,1%. Se realizó revisión presencial por parte de la UEG en un 12,7% de los casos y en un 68,3% no presencial (media: 1,43 ± 1,37). Respecto a la utilización de recursos asistenciales antes y después de la intervención, los resultados fueron: a) intervención médica en atención continuada: previa 78% (media: 2,21 ± 2,15) frente a 9,5% (media: 0,10 ± 0,29); b) derivaciones a urgencias: previa 31,7% (media: 0,46 ± 0,76) frente a 9,5% (media: 0,10 ± 0,29); c) ingresos hospitalarios: previo 22,2% (media: 0,22 ± 0,42) frente a 7,9% (media: 0,08 ± 0,27) posterior. Respecto a la evolución funcional, en la medida pretest el índice de Barthel (IB) medio fue 47,78 ± 34,38 y en la medida posttest fue 53,67 ± 27,91. Un 42,2% presentó ganancia funcional en actividades básicas de la vida diaria (media: 14,74 ± 10,6), un 22,2% pérdida funcional (media: 11,50 ± 6,68) y un 25,4% no presentó variación.

**Conclusión:** La valoración geriátrica y un modelo de atención coordinada entre la UEG, el personal sanitario de la residencia y atención primaria permite optimizar la utilización de recursos y la mejorar la situación funcional previa en un 42,2% de los individuos (limitación por las pérdidas).

#### P-063. CAÍDAS EN UNA RESIDENCIA GERIÁTRICA: SEGUIMIENTO DURANTE 2 AÑOS

J. Aligué, L. Herranz, P. Roura, M. Hermsilla, R. Pons, M.J. Andrés y A. Rodríguez

Fundació Sociosanitaria de Manresa. Manresa. Barcelona.

**Objetivos:** Evaluar el número de caídas durante 2 años en una residencia geriátrica, realizando una valoración geriátrica integral.

**Métodos:** Estudio retrospectivo (años 2008 y 2009) de 31 pacientes institucionalizados en la residencia Cataluña de Manresa. Se valoró: sexo, edad, índice de Barthel (IB), Minimental (< 23 deterioro cognitivo), Charlson (> 2 comorbilidad elevada), test de Tinetti (< 19 riesgo alto de caídas), escala de Downton (> 2 riesgo alto de caídas) y número de caídas. *Análisis estadístico:* SPSS v. 12.0.

**Resultados:** N = 31 (mujeres 58,1%, hombres 41,9%). *Edad media:* 84,96. IB > 60 (26 pacientes), 41-60 (3 pacientes), < 41 (2 pacientes). Minimental < 23: 5 pacientes. Charlson < 2 (15 pacientes), 2 o más puntos (16 pacientes). Tinetti < 19 (30 pacientes). Downton > 2 (14 pacientes). Número de caídas 2008: 1 (8 pacientes), > 1 (3 pacientes). 2009: 1 (9 pacientes), > 1 (7 pacientes). Número total de caídas (2008 y 2009) según sexo: hombres (8 caídas), mujeres (37 caídas). Cayeron el 38,46% de los hombres y el 83,33% de las mujeres. El análisis del número total de caídas en relación al sexo muestra una relación significativa ( $p < 0,05$ ) de manera que se puede afirmar que las mujeres caen 1 o más veces en el bienio que los hombres. Cayeron el 50% de pacientes con IB 100, el 62,5% de los pacientes con IB 60-95 y el 100% de los pacientes con IB < 60. Sufrieron 1 o más caídas el 80% de los pacientes con deterioro cognitivo, y el 61,53% de los pacientes sin deterioro cognitivo. No sufrieron ninguna caída el 80% de los pacientes con Charlson 0. Sufrieron al menos 1 caída el 75% de los pacientes con Charlson 1-2, y el 67% de los pacientes con Charlson > 2. Los 20 pacientes que cayeron (100%) tenían escala de Tinetti < 19 puntos, y sólo 11 (55%) tenían Downton > 2 puntos.

El análisis bivariado entre el número de caídas, algunas características de los pacientes y las puntuaciones de las escalas de riesgo de caída no alcanzó significación estadística debido al limitado número de efectivos incluidos en la cohorte estudiada.

**Conclusiones:** Los pacientes con más dependencia, deterioro cognitivo, mayor comorbilidad y mayor riesgo de caídas, fueron los que más caídas presentaron. En nuestro análisis sólo se establece una relación estadística entre las caídas del bienio y el sexo.

#### P-064. FACTORES PREDICTORES DE MORTALIDAD A LOS 5 AÑOS EN NONAGENARIOS. ESTUDIO NONASANTFELIU

A. Ferrer<sup>1</sup>, F. Formiga<sup>2</sup>, M. Rodríguez<sup>1</sup>, N. Castillo<sup>1</sup>, I. Lombarte<sup>1</sup> y T. Baqués<sup>1</sup>

<sup>1</sup>CAP El Pla. Sant Feliu de Llobregat. Barcelona. <sup>2</sup>Hospital Universitari de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat. Barcelona.

**Objetivos:** Identificar posibles factores predictivos de mortalidad en una cohorte de nonagenarios a los 5 años de seguimiento. *Diseño:* Estudio longitudinal prospectivo de cohortes. *Ámbito:* Estudio comunitario. *Participantes:* Todos los 186 nonagenarios asignados a los dos Centros de Atención Primaria de un municipio urbano de 42 000 habitantes, participantes del estudio NonaSantfeliu.

**Mediciones:** Los participantes eran entrevistados, al inicio y a los 12 meses durante los 5 años de seguimiento, en el domicilio o centro de atención primaria. Se registraron: datos sociodemográficos, capacidad para actividades básicas con Índice Barthel (IB) e instrumentales con Índice Lawton (IL), cognición con Minexamen Cognitivo de Lobo (MEC), comorbilidad con Índice Charlson (IC), enfermedades crónicas y fármacos y, estado nutricional con MNA-abreviado.

**Resultados:** La muestra basal fue de 143 (76,5%) mujeres y 43 hombres, con una edad media de 93,06 ± 3,2 años. La mortalidad a los 5 años fue del 75,53%. Los no supervivientes fueron significativamente de mayor edad, con mayor deterioro cognitivo y discapacidad, con agudeza visual disminuida, elevada comorbilidad, riesgo de malnutrición, índice medio de fármacos, y también elevado número de pacientes con dislipemia, Insuficiencia cardiaca y accidente vascular cerebral previo. El análisis de regresión de Cox identificó el Índice de Charlson (hazard ratio 1.230, 95% CI 1.099-1.376) y MEC (hazard ratio 0,984, 95% CI 0,970-0,998) como factores predictores de mortalidad independientes a los 5 años.

**Conclusiones:** Un mejor estado cognitivo y una escasa comorbilidad se hallan como mejores factores predictores del grupo de nonagenarios supervivientes a los 5 años de seguimiento de una cohorte.

#### P-065. INERCIA TERAPÉUTICA EN > 65 AÑOS CON HTA

J. Benítez Rivero y N. Perejón Díaz

UGC La Laguna-SAS. Cádiz.

**Introducción:** La Inercia Terapéutica (IT) definida como la falta de acción médica en el inicio o modificación del tratamiento, cuando las evidencias y las Guías de Práctica Médica sugieren una acción. Diversos estudios y autores han puesto de manifiesto la necesidad de tratar la HTA, pero se desconoce el grado de IT en este sector de población.

**Objetivo:** Conocer el grado de IT en > 65 años con HTA en la ZBS La Laguna de Cádiz, y como secundario conocer las acciones que realiza el médico cuando valora la HTA.

**Material y método:** Estudio retrospectivo de una muestra significativa de > 65 años con diagnóstico de HTA, para una protección de error  $\alpha$  de 0,05 y una sensibilidad del 5% de 285 pacientes, realizado durante el segundo semestre de 2009 en la UGC La Laguna de Cádiz.

**Resultados:** Con una edad entre 65,32 y 95,93 años con una media de 76,96 años, hombres 44,21% y mujeres el 55,78%. Se incurre en IT en e 55,43% frente al 44,56. Se consigue un buen control y mantienen el tratamiento en el 63,35%. Solo en el 2,36% se aumento la dosis, se introdujo otro fármaco en el 18,89% y en el 13,38, se retiro y cambio por otro fármaco. Hay diferencias significativas para  $p < 0,005$  entre los médicos vía MIR con respecto a los no especialistas. Se utiliza para el tratamiento 2 y 3 fármacos con diferencias a 1 o > 4 fármacos ( $p < 0,005$ ), y con respecto a los empleados los diuréticos 62,1%, IECAS 37,19%, ARA II 33,68%, Calcio antagonistas 24,91,  $\beta$ -Bloqueantes 18, 24% y 0,35 los  $\alpha$  Bloqueantes. Solo contaban con valoración de capacidad funcional mediante Test de Barthel el 69,47%. *Las comor-*

bilidades fueron: Diabetes, Cardiopatías y las Enfermedades cardiovasculares seguidas de las y por último las demencias.

**Conclusiones:** La IT es una acción presente que debe de evitarse. Para ello, debe aumentar la formación geriátrica del médico de familia y poner en valor la atención a las personas mayores, en la lucha contra la morbimortalidad de la HTA, profundizar en la evitación de la Inercia y de la discriminación por motivos de la edad.

#### P-066. ¿QUIÉN Y CÓMO SE CAEN NUESTROS RESIDENTES?

M.A. Rodríguez Piñera, J. Prieto Gómez, M. Martínez Martínez, C. García Fernández, N. García Gutiérrez y M.T. Rodríguez Fernández  
Centro Gerontológico de Ablaña. Mieres.

**Objetivos:** Analizar y conocer las características y circunstancias de las caídas en los residentes del Centro Gerontológico de Ablaña.

**Método:** Estudio retrospectivo, descriptivo de las caídas y residentes ocurridos durante el año 2009. Se incluyen variables sociodemográficas, clínicas y funcionales de los residentes y características y consecuencias de las caídas.

**Resultado:** Se produjeron 276 caídas en 113 residentes (62% mujeres, edad media:  $81,85 \pm 10,4$ ) de 221. Los que se cayeron presentaban una dependencia moderada (índice de Barthel  $51,1 \pm 31,5$ ) y un 72,5% algún grado de demencia (45,6% Alzheimer, 22,5% vascular, 14% mixta y 17,6% otras). El 98,6% tomaron algún fármaco 24 horas antes (49,3% sedantes, 34,8% antidepresivos, 38,8% neurolépticos y 44,9% hipotensores y 90,9% otros). Un 55,7% presentaban algún déficit sensorial, el 34,8% presentaban deambulación independiente, 73,9% patología cardiaca, 42% patología cerebrovascular, 91,7% patología osteoarticular, 27,9% depresión, 7,2% epilepsia y 6,2% parkinson. En el momento de las caídas el 24,6% tenían pautado medidas de contención mecánica (63% se salieron del, 6,15% no lo llevaban puesto, 30,7% no lo precisaban en el momento de la caída). El 17,6% presentaban una patología aguda (88% patología infecciosa). El 61,3% presentaron más de una caída. El 47,8% fueron en el turno de mañana, 33,7% de tarde y 18,5% de noche. El lugar más frecuente de la caída fue en la habitación 38,4%, seguido por baño 20,3%, en los pasillos 15,2%, 6,55% comedores y 19,6% en otros lugares. La forma de caerse más habitual fue estando de pie 47,8%, desde la cama 21,4%, estando sentado 31,8%. Cuando se produjo la caída el 69,2% estaban solos, en un 13,8% había personal presente, 10,9% había personal implicado directamente (82,1% auxiliares, 10,9% otros residentes). El 54,3% no presentaron ninguna consecuencia inmediata, el 7,9% algún tipo de factura. El 8% precisaron asistencia médica, el 25% asistencia de enfermería y el 3,3% fueron trasladados a centros hospitalarios. El 16,7% tras la caída dejaron de caminar.

**Conclusiones:** El perfil, de los residentes que se cayeron, presentaba una dependencia moderada, demencia, polifarmacia y pluripatología. Las caídas se producían en las dependencias personales del usuario, preferentemente cuando estaban solos y las consecuencias eran mayoritariamente banales.

#### P-067. PERFIL DE LA UNIDAD DE RECUPERACIÓN FUNCIONAL DEL CENTRO GERONTOLÓGICO DE ABLAÑA

M.A. Rodríguez Piñera, I. González González, P.J. López Jáñez, J. Prieto Gómez, N. García Gutiérrez y M.T. Rodríguez Fernández  
Centro Gerontológico de Ablaña. Mieres.

**Objetivos:** El centro gerontológico de Ablaña es un centro sociosanitario que entre sus unidades cuenta con una de recuperación funcional. Se trata de una unidad dirigida por un geriatra, 2 fisioterapeutas y 4 gerocultores de lunes a viernes de 10 a 20 horas. Se trata de conocer el perfil de los pacientes que son derivados por el equipo multidisciplinar del centro, integrado por geriatra, fisioterapeutas, DUEs, pedagoga, educador social y gerocultores.

**Método:** Estudio retrospectivo y descriptivo de las actividades desarrolladas en la unidad, incluyendo variables sociodemográficas, clínicas y funcionales de los pacientes, así como causas clínicas de derivación a la unidad y las terapias aplicadas durante el año 2009.

**Resultados:** Recibieron tratamiento 138 pacientes (59,4% mujeres, edad media  $83,7 \pm 7,7$ ). Presentaban una dependencia moderada-severa (Índice Barthel:  $49,9 \pm 35,6$ ); el 56,5% presentaban algún grado de demencia (MEC  $17,9 \pm 10,9$ ; Alzheimer 36,6%, 26,5% mixta, 17,7%; 7,6% Lewy y 11,6% otras). El 23,2% estaban diagnosticados de síndrome depresivo. El 52,1% presentaban patología cardiaca, respiratoria el 32,6%, el 40,5% cerebrovascular. Eran hipertensos el 55,8% y el 27,5% diabéticos. El 7,2% presentaban enfermedad de parkinson, el 10,1% otras patologías neurológicas y el 61,4% osteoarticular. La media de número de sesiones que recibieron fue de  $81,73 \pm 80,1$ . El principal motivo de acudir fue el inmovilismo 22,5%, seguido de terapia analgésica 21,7%, fisioterapia tras fractura o recambio protésico 15,9%, rehabilitación de accidente cerebrovascular 12,3%, rehabilitación de otras patologías neurológicas 9,4%, recuperación funcional tras patología aguda 8%, el 7,2% etiquetados como paliativos y otras causas el 4,3%. Las principales terapias aplicadas fueron cinesiterapia activa en el 60,1%, reeducación de la marcha 57,2%, termoterapia 54,3%, electroanalgesia 33,3%, cinesiterapia pasiva 31,9%, higiene articular 28,3%, 9,4% masoterapia y 6,5% electroestimulación. Al alta presentaban una dependencia moderada-severa (Índice Barthel  $46,81 \pm 36,6$ ). Tras la finalización del tratamiento el 61,6% continúan institucionalizados en el centro, 17,3% fueron alta y el 21% exitus (3,6% durante el tratamiento).

**Conclusiones:** Los pacientes derivados eran preferentemente mujeres, con algún grado de deterioro cognitivo, pluripatología y dependencia funcional importante, recibían un alto número de sesiones y al alta del tratamiento permanecen ingresados en el centro manteniendo su grado de funcionalidad previa.

#### P-068. ANÁLISIS CUALITATIVO DEL PERFIL DE ANCIANOS EN EDADES EXTREMAS INGRESADOS EN UNA UNIDAD GERIÁTRICA

M.E. González Medina, A.M. García Aragón, F. Villanueva Pardo, A. Salinas Barrionuevo, J.F. García López y M.L. Ramos Ruiz  
Complejo Hospitalario Carlos Haya. Málaga.

**Introducción:** Cada día es mayor el número de ancianos que alcanzan edades longevas. Esto acarrea consecuencias de gran peso específico a nivel social, demográfico y asistencial. Para aportar nuevos datos que faciliten modelos de atención para este grupo de edad nos proponemos estudiar el perfil de estos pacientes.

**Objetivos:** Determinar las características epidemiológicas de nonagenarios ingresados en una unidad de geriatría durante un período de 12 meses.

**Material y métodos:** Estudio retrospectivo transversal de las historias clínicas de todos los pacientes ingresados en el año 2009, seleccionando aquellos que en el momento del ingreso tuvieran 90 años o más. *Variables estudiadas:* edad, sexo, estancia media, antecedentes, motivo ingreso, diagnóstico principal, patología asociada, número fármacos administrados, motivo alta.

**Resultados:** Del total de muestra (277) cumplen criterio 16,24% pacientes. *Edad media:* 92,96 años. Sexo: 32,5% Hombres; 68,8% Mujeres. *Estancia hospitalaria media:* 11,6 días. *Motivos ingreso:* disnea 53,3%, sdme confusional 8,8%, fiebre 6,6%, malestar general 6,6%. *Media Barthel:* 42,7. El 84,4% de pacientes proceden de urgencias de hospital. Reingresos previos 28,8%. *Motivo alta:* mejoría: 71,1%, exitus: 26,7%, traslado: 2,2%. *Media fármacos ingreso:* 5,2; al alta: 6,4. *Patologías más frecuentes:* respiratoria 35,5%, cardiovascular, 26,6%,

nefrológica 17,7%. *Cuadros más frecuentes:* Neumonía 22,2%, IC e ITU: 15,5% cada una. Patología asociada 100% de casos. *Media patología asociadas por paciente:* 5,05. *Patologías asociadas más frecuentes:* cardiovascular, 27,3%, neurológica 20%, nefrológica 12,6%, endocrina: 9,8%, digestivo: 6,1%. *Cuadros más frecuentes:* HTA 55,5% de casos; diabetes 35,5%, insuficiencia renal 33,3%, sdme confusional 31,1%, IC 26,6%, demencia 17,7%.

**Conclusiones:** El perfil del nonagenario ingresado en nuestra unidad es el de un paciente de sexo femenino con alto grado de comorbilidad asociada, elevado consumo crónico de medicamentos y estancia media prolongada, que precisa un mayor número de cuidados por la alta incidencia de patologías incapacitantes y alta probabilidad de reingresar por su extrema fragilidad. Ingresar por patologías del área cardiovascular y respiratoria y presenta frecuentes patologías asociadas de carácter crónico que requieren durante la hospitalización un manejo terapéutico complejo por el deterioro importante en su capacidad funcional. Si se produce el deceso, la causa más frecuente obedece a procesos respiratorios.

#### P-069. EXITUS EN NONAGENARIOS INGRESADOS EN UNA UNIDAD GERIÁTRICA

F. Villanueva Pardo, M.E. González Medina, M.D.C. García López, M.L. Ramos Ruiz, A. Salinas Barrionuevo y A.M. García Aragón  
*Complejo Hospitalario Carlos Haya. Málaga.*

**Introducción:** El envejecimiento supone una pérdida de capacidad de respuesta al estrés y una mayor vulnerabilidad a la agresión del organismo, con riesgo de producir dependencia funcional. Un abordaje multidisciplinar del manejo global del paciente no impide un alto grado de morbilidad y mortalidad en el anciano ingresado en una unidad geriátrica. El estado clínico de fragilidad del paciente nonagenario no sólo depende de la naturaleza de la enfermedad causal, sino por el tipo, grado y curso de las alteraciones concomitantes o complicaciones inesperadas de la terapéutica.

**Objetivos:** Determinar las características epidemiológicas de los nonagenarios fallecidos en un servicio de geriatría.

**Material y métodos:** Estudio retrospectivo transversal de las historias clínicas de los nonagenarios fallecidos durante los tres últimos años. *Variables estudiadas:* edad, sexo, estancia media, antecedentes, motivo de ingreso, situación funcional, diagnóstico principal, patología asociada, número fármacos administrados.

**Resultados:** *Exitus de nonagenarios:* 34. *Distribución por sexo:* 35,3% varones y 64,7%, mujeres. Edad media de muestra de 93,17 años. *Estancia hospitalaria media:* 8,71 días. *Motivos de ingreso:* disnea 44,1%, deterioro general 11,7%, fiebre 8,8%, vómitos 5,8% y sdme confusional 5,8%. *Media fármaco ingreso:* 4,3. *Media Barthel:* 38,5. *Reingresos previos:* 32,3% (> 2 reingresos: 23,5% de pacientes). *Patologías con mayor grado de mortalidad:* Respiratoria 41,1%, cardiovascular 32,3%, nefrológica 17,6%, digestiva 8,8%. *Cuadros más frecuentes:* IC y Neumonía: 20,58% de pacientes, infección respiratoria: 14,7%, insuficiencia renal: 8,8%. Patología asociada en 100% de casos. *Número de patologías asociadas por paciente:* 4,82%. *Patologías asociados más frecuentes:* Cardiovascular: 24,46%, Neurológica: 15,73%, Nefrológico: 15,16%, Endocrina: 11,23%. *Cuadros asociados más comunes:* Insuficiencia renal (44,11%), HTA (35,28%), Diabetes (29,41%), Demencia (29,41%), IC (26,47%).

**Conclusiones:** El paciente nonagenario presenta dependencia moderada-grave que complica su manejo terapéutico, facilitando un incremento en las estancias medias y un alto grado de mortalidad. El motivo más común de ingreso es la disnea y el deterioro del estado general. La causa más frecuente de exitus son las descompensaciones cardiorrespiratorias. Los factores de riesgo cardiovascular con mayor grado de comorbilidad son IR, HTA y diabetes.

#### P-070. DESARROLLO DE UNA UNIDAD DE CORTA ESTANCIA DE GERIATRÍA. CÁLCULO DE COSTES

M. Ramos Bacco, J.J. Solano Jaurieta, F. Suárez García, N. Fernández Gutiérrez y M. Fernández Fernández  
*Hospital Monte Naranco. Oviedo.*

**Objetivo:** Presupuestar los costes derivados de la puesta en marcha de una unidad de corta estancia de Geriatria (10 camas) y estimar el posible ahorro derivado de su constitución durante un año de funcionamiento.

**Métodos:** Los costes derivados de su constitución son calculados según la metodología de contabilidad analítica desarrollada por nuestro departamento de gestión. Las estimaciones son realizadas según medias del año 2008. El posible ahorro anual generado se calcula asumiendo un funcionamiento hospitalario general semejante al de dicha anualidad.

**Resultados:** El coste total anual calculado sería de 1.290.778 euros. *El mismo se desglosa en los siguientes apartados:* Personal 971.827 euros; Laboratorio 88.301 euros; Almacén 34.690 euros; Farmacia 26.806 euros; Limpieza 40.803 euros; Alimentación 92.085 euros; Lavandería 36.266 euros. El coste de las 4.000 estancias potencialmente ahorradas en el HUCA sería, para la misma anualidad, de 2.652.000 euros. El resultado supondría un ahorro global para el Área Sanitaria de 1.361.222 euros.

**Conclusiones:** La concepción y desarrollo de alternativas a la hospitalización convencional (Corta estancia) que superen las ineficiencias estructurales y organizativas de nuestro sistema sanitario, puede suponer un ahorro importante para nuestro sistema de salud.

#### P-071. VARIABILIDAD INTRADIAGNÓSTICO EN FUNCIÓN DEL ÍNDICE DE BARTHEL Y GRUPOS DE UTILIZACIÓN DE RECURSOS. INFECCIÓN RESPIRATORIA Y NEUMONÍA

M. Ramos Bacco, J.J. Solano Jaurieta, F. Suárez García, N. Fernández Gutiérrez y D.L. Ttito Fernández-Baca  
*Hospital Monte Naranco. Oviedo.*

**Objetivo:** Conocer la posible variabilidad en Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica EPOC, en función de índice de Barthel y los grupos de utilización de recursos (RUG-T18), en lo que se refiere a estancia hospitalaria, mortalidad y reingreso precoz.

**Material y métodos:** Se estudian los pacientes que causaron alta de nuestra unidad de agudos con el diagnóstico principal de EPOC durante el año 2008. Se consigna su índice de Barthel, su adscripción a un determinado grupo RUG y se extrae su situación al alta (exitus), reingresos y estancia del sistema de información del centro (SELENE).

**Resultados:**

##### BARTHEL-EPOC

	Nº Pacientes	Edad Media	Em Al Alta	Exitus	Reingresos
<b>Índice Barthel 0-20</b>					
Hombres	69	86,65	10,5	18	1
Mujeres	107	87,36	9,4	33	3
Totales	176	85,90	9,8	33	3
<b>Índice Barthel 25-60</b>					
Hombres	99	84,43	9,3	7	0
Mujeres	122	86,35	9,7	9	1
Totales	221	85,49	9,5	16	1
<b>Índice Barthel 65-95</b>					
Hombres	109	82,55	9,4	0	2
Mujeres	84	83,35	8,6	1	0
Totales	193	82,90	9,0	1	2
<b>Índice Barthel 100</b>					
Hombres	16	81,13	7,0	0	0
Mujeres	4	75,75	6,3	0	0
Totales	20	80,05	6,9	0	0

## RUG-EPOC

	Nº Pacientes	Edad Media	Em Al Alta	Exitus	Reingresos
CA					
Hombres	59	81,37	7,9	0	1
Mujeres	42	82,10	7,6	0	0
Totales	101	81,67	7,8	0	1
CB					
Hombres	141	83,86	9,7	4	2
Mujeres	144	85,76	9,7	8	1
Totales	285	84,82	9,7	12	
CC					
Hombres	77	84,42	10,2	17	1
Mujeres	118	86,95	9,5	15	2
Totales	195	85,95	9,8	32	3
CD					
Hombres	7	85,43	11,0	4	0
Mujeres	10	90,00	8,6	1	0
Totales	17	88,12	9,6	5	0

**Conclusiones:** Los pacientes en los grupos de menor dependencia funcional (tanto para el índice de Barthel como para la clasificación RUG, condicionan estancias hospitalarias menores, así como menor mortalidad, por lo que conviene considerar la capacidad funcional como variable de ajuste.

#### P-072. DESARROLLO DE UN ÁREA DE GESTIÓN CLÍNICA DE GERIATRÍA. DESCRIPCIÓN DE LOS PROCESOS

L. Santiago González, D.L. Ttito Fernández-Baca, M. Fernández Fernández, M. Bermúdez Menéndez de la Granda y J.J. Solano Jaurrieta  
Hospital Monte Naranco. Oviedo.

**Objetivo:** La implantación de nuevas fórmulas de gestión (gestión clínica) en nuestro Servicio de Salud, ha condicionado la puesta en marcha de un Área de Gestión Clínica de Geriátría, para lo que hemos iniciado un proceso de reingeniería del Servicio. Entre nuestros objetivos se incluyó una descripción de los principales procesos de atención.

**Métodos:** Tras la identificación de sujetos clave y clientes internos y externos de cada uno de los procesos, se procedió a realizar un listado de actividades y su ordenación en flujogramas, en concreto en lo que se refiere a nuestras unidades de agudos, recuperación funcional y cuidados paliativos.

**Resultados:** Se presentarán los flujogramas correspondientes a cada uno de los procesos indicados. En todos ellos la distribución de las actividades se ve condicionada por el objetivo principal de cada tipo de atención, con un énfasis especial a los condicionantes funcionales y sociales que matizan la evolución de la enfermedad en el paciente anciano.

**Conclusiones:** La búsqueda de nuevos modelos de gestión es, en aras de la eficiencia, un proceso imparable. Constituye al menos una oportunidad para repensar nuestra orientación y actividad. La descripción de nuestros procesos ofrece oportunidades para la identificación de redundancias, los puntos clave de cada proceso y el Benchmarking entre los Servicios.

#### P-073. CAMBIOS EN LA UBICACIÓN DE LA POBLACIÓN ORTOGERIÁTRICA

P. Alcalde Tirado, M.D.M. Luque Ballesteros, M. Ortiz, C. Pedreño Gutiérrez, M. García González y O. Duems Noriega  
Hospital General de Granollers. Granollers.

**Objetivos:** Plantear el alta hospitalaria puede convertirse en un problema de ubicación en aquellos pacientes que se encuentran en una situación de fragilidad funcional y social. Nuestro objetivo es conocer la evolución en la ubicación de los pacientes ancianos hospitalizados

en un servicio de traumatología que son evaluados por un equipo interconsultor de geriatría.

**Metodología:** Estudio observacional de una cohorte de pacientes ancianos hospitalizados en un servicio de traumatología durante un período de seguimiento de 4 años comprendidos entre 2006-2009. Se recoge información referente a características sociodemográficas, comorbilidad, síndromes geriátricos, capacidad funcional, capacidad cognitiva, y su destino al alta. Las variables se analizan en situación basal y al alta hospitalaria.

**Resultados:** Se incluyeron un total de 1.154 pacientes. *Características basales más relevantes:* edad media 81,3 años; 26,9% son varones; deterioro cognitivo 42,1%; síndrome de demencia 24,5%. *Los diagnósticos ortopédicos son:* fractura de fémur 56%, prótesis programadas 19,5%; otras fracturas 15%. Al ingreso el 80,8% proceden de domicilio, y el 17,4% de una residencia. En el momento del alta de traumatología el 32,1% retornan a su domicilio, a residencia el 22,4%, a una unidad de convalecencia el 35,4%, un 7,2% a otros destinos, falleciendo el 3%. Esta proporción es similar durante los 3 primeros años, pero se modifica durante el último año, en la que disminuyen las derivaciones a la unidad de convalecencia. Estas proporciones son similares en la subpoblación con fractura de fémur, excepto un mayor porcentaje de pacientes que proceden (23,9%) y son derivados posteriormente a una residencia (29%).

**Conclusiones:** Una proporción elevada de pacientes ingresan procedentes de su domicilio, pero al alta retornan en una significativa más baja proporción, ya que tras dicha alta hospitalaria requieren ser ingresados en unidades de convalecencia o en residencias. Estos cambios de ubicación posiblemente se deben a múltiples factores y etiologías que deberían ser revisados en futuros análisis.

#### P-074. BENEFICIOS DE LA CONVALECENCIA ORTOGERIÁTRICA

P. Alcalde Tirado, M.D.M. Luque Ballesteros, I. Sáez Aguayo, M. García González, M. Ortiz y S. de las Cuevas Recasens  
Hospital General de Granollers. Granollers.

**Objetivos:** El paciente ortogeriatrico suele cumplir criterios para ingreso en centro sociosanitario, pero muchos de ellos no pueden ser trasladados a las unidades de convalecencia para realizar un proceso de rehabilitación adecuado debido a las presiones asistenciales que experimentan los hospitales y los centros sociosanitarios. Por dicho motivo deben seleccionarse los pacientes que se consideren más indicados, privándose al resto de dicho recurso. Nuestro objetivo es conocer el beneficio de la estancia en la unidad de convalecencia de los pacientes ortogeriatricos en los que se realizó su ingreso.

**Metodología:** Estudio observacional de una cohorte de pacientes ancianos hospitalizados en un servicio de traumatología durante un período de seguimiento de 1 año (2009), que tras ser valorados por un equipo consultor geriátrico son derivados a una unidad de convalecencia. Se recoge información referente a características sociodemográficas, comorbilidad, síndromes geriátricos, capacidad funcional, capacidad cognitiva, y su destino al alta. Las variables se analizan en situación basal y al alta hospitalaria.

**Resultados:** Se incluyeron un total de 73 pacientes. *Características basales más relevantes:* edad media 81,6; 35,6% son varones. *Situación social previa:* viven solos 31,5%, con el cónyuge 26%; con los hijos 30%; planteando problemas de ubicación al alta 64 (87,7%). El 98,7% procedían de su domicilio. Deterioro cognitivo 37%. Síndrome de demencia 19,2%. Índice de Barthel (IB) basal era de 85,4 puntos; IB al ingreso en convalecencia de 34,3; IB al alta de convalecencia 62,2. Fractura de femur eran el 70%; prótesis programadas el 12,5%. Al alta de convalecencia los destinos eran: domicilio 64,4%. Residencia el 6,8%; el resto requieren de otros destinos diversos.

**Conclusiones:** 1. A pesar de ser una población anciana con importante problemática social y con criterios de fragilidad se cumplen sus objetivos de mejoría funcional durante su estancia en convalecencia.



2. Aunque una proporción elevada de pacientes ingresan procedentes de su domicilio, al alta una proporción considerable no retornan a su domicilio, sino que ingresan en una residencia, o requieren aún de otro recurso asistencial.

#### P-075. USO DE LA SANIDAD EN LA POBLACIÓN ANCIANA

V. Martín Miguel<sup>1</sup>, M. Rodrigo Claverol<sup>1</sup>, M.A. Lafarga Giribets<sup>1</sup>, M. Juanós Lanuza<sup>2</sup>, L. García Esteve<sup>1</sup> e Y. Fadyeyeva<sup>1</sup>

<sup>1</sup>CAP Bordeta-Magraners. Lleida. <sup>2</sup>CAP Balaguer. Lleida.

**Objetivos:** 1. Conocer el número de visitas a médico de familia (MAP), enfermería, urgencias, ingresos en hospitales de los pacientes mayores de 75 años. 2. Estudiar la patología más frecuente y el grado de polifarmacia. 3. Describir el grado de vacunación y si viven solos o con su pareja.

**Metodología:** Estudio transversal mediante revisión de historias clínicas informatizadas de área básica urbana en pacientes mayores de 75 años durante enero-febrero09. *Variables:* sexo, edad, visitas a médico, enfermería, urgencias e ingresos hospitalarios; antecedentes de patología respiratoria, metabólica, osteoarticular, psiquiátrica. Medicación para dichas patologías y si existe polifarmacia. Estado vacunal.

**Resultados:** *Muestra:* 314. *Sexo:* hombres 40,1%. Edad media hombres 80,2 ± 4,3; mujeres 81,4 ± 4,8 (p = 0,038). Visitas a MAP 8,19 ± 6,6, no diferencias según sexo. Visitas a enfermería 11,07 ± 10. Visitas a urgencias 23%, ingresos en hospital 15%. *Prevalencia de patologías:* respiratoria hombres 22% (IC95% 15-30)/mujeres 10% (IC 6-15), p < 0,004; osteoarticular: hombres 37% (IC 28-45)/mujeres 55% (48-63), p < 0,001; metabólica: hombres 58% (IC 50-67)/mujeres 65% (IC 58-72); psiquiátrica: hombres 16% (IC 9-23)/mujeres 19% (14-25). *Toma medicación para estas patologías:* 91%, el 56% presentan polifarmacia. Existe relación entre polifarmacia y patología metabólica (p < 0,001), osteoarticular (p < 0,002) y psiquiátrica (p < 0,001). Los pacientes con polifarmacia frecuentan más MAP (9,67 ± 7 vs 6,38 ± 5, p < 0,0000) y enfermería (12,9 ± 11 vs 8,73 ± 8,8, p < 0,000). Tienen receta electrónica: 54%, existiendo relación entre esta y polifarmacia, p = 0,000. El 71,7% de los pacientes estaban correctamente vacunados (gripe + Td + pneumococica), un 15% no presentaba ninguna vacuna. Vacunación de la gripe 81%, Td 77%, neumococo 80%. Un 47% viven solos o con su pareja.

**Conclusiones:** 1. Hemos objetivado diferencias en la presencia de patología crónica según sexo; siendo más prevalente la respiratoria en hombres, con más ingresos hospitalarios aunque menos polifarmacia. 2. Los pacientes con polifarmacia, presentan más antecedentes metabólicos, osteoarticulares y psiquiátricos, realizan más visitas al médico/enfermería así como mayor uso de receta electrónica. La mayoría presenta buen estado vacunal. 3. Destacar la elevada media de edad, que junto con la polimedicación y que un 47% viven solos, les convierte en población de riesgo; siendo importante invertir recursos para mantener al máximo su autonomía y calidad de vida.

#### P-076. INFLUENCIA DE LA INTERVENCIÓN PRECOZ DE TRABAJO SOCIAL Y OTRAS VARIABLES SOCIOFAMILIARES EN LA ESTANCIA MEDIA DE UNA UNIDAD DE CONVALECENCIA GERIÁTRICA. RESULTADOS PRELIMINARES

S. Burcet Pérez, C. Roqueta, M. Aceytuno, R. Miralles, A.M. Cervera y S. Ubero

Centro Forum Hospital del Mar. Barcelona.

**Objetivos:** Detectar si la intervención social precoz u otros factores sociales influyen en la estancia media de los pacientes ingresados en una unidad de convalecencia.

**Método:** Se han analizado 32 pacientes dados de alta de una parte de la unidad de convalecencia que correspondían al mismo equipo asis-

tencial y en los que se había llevado a cabo una intervención de trabajo social. Se consideró intervención social precoz, aquella realizada en las primeras 48-72 h del ingreso. Se ha estudiado la relación entre la estancia media con las siguientes variables: edad y sexo, intervención social precoz, ingreso acompañado, núcleo de convivencia, cuidador principal (CP), situación económica en base al salario mínimo interprofesional (smi), barreras arquitectónicas (BBAA) en domicilio, contacto previo con servicios sociales, escala de valoración sociofamiliar de Gijón, trámites durante el ingreso, destino al alta, coordinación previa al alta con agentes sociales y realización de informe de contacto con primaria de salud previo al alta (prealt).

**Resultados:** Hubo 12 pacientes (37,5%) en los que se realizó intervención social precoz, siendo la estancia media en este grupo de 44,7 ± 12,9 días. Mientras que los 20 restantes (62,5%) en los que la intervención social se hizo de forma más tardía, la estancia media fue de 59,2 ± 19,3 días (p = 0,02). No hubo diferencias significativas al comparar las estancias medias en función del resto de variables estudiadas.

**Conclusiones:** 1. En la muestra estudiada, la estancia media fue significativamente inferior en aquellos pacientes en los que se efectuó una intervención del trabajador social de forma precoz (dentro de las primeras 48-72 h del ingreso). 2. Dicha intervención social precoz disminuyó la estancia media en 14 días de promedio. 3. No se hallaron relaciones significativas entre el resto de las variables estudiadas y la estancia media, posiblemente debido al reducido tamaño de la muestra.

#### P-077. DESARROLLO DE UN ÁREA DE GESTIÓN CLÍNICA DE GERIATRÍA. OPORTUNIDADES DE MEJORA

N. Fernández Gutiérrez, M. Ramos Bacco, C. Fidalgo González, J. González González, O. Melón Lozano y J.J. Solano Jaurrieta  
Hospital Monte Naranco. Oviedo.

**Objetivo:** La implantación de nuevas fórmulas de gestión (gestión clínica) en nuestro Servicio de Salud, ha condicionado la puesta en marcha de un Área de Gestión Clínica de Geriátría, para lo que hemos iniciado un proceso de reingeniería del Servicio. Entre nuestros objetivos se incluyó el establecimiento de oportunidades de mejora para cada uno de los procesos clave.

**Método:** El establecimiento de oportunidades de mejora en cada uno de los procesos (unidades de agudos, recuperación funcional y cuidados paliativos) se llevó a cabo mediante técnica de grupo nominal en reuniones abiertas, con enunciación de las oportunidades detectadas y posterior priorización de las mismas.

**Resultados:** Aunque se presentarán los listados exhaustivos obtenidos para cada una de las unidades, los resultados de la priorización fueron los siguientes: 1. Para la unidad de agudos, se consignaron la homogeneización de la valoración geriátrica, la estandarización de los informes de alta y la difusión de los criterios de ingreso. 2. Para la unidad de recuperación funcional, la estandarización de criterios de potencialidad funcional, la reducción de tiempos de espera para el inicio de la rehabilitación y los datos exigibles en un informe de traslado a la unidad por parte de otros servicios y/o unidades. 3. En la unidad de cuidados paliativos se identificaron como posibles mejoras la información integral al paciente de su proceso, la definición explícita de objetivos clínicos y la difusión de criterios de ingreso.

**Conclusiones:** La búsqueda de nuevos modelos de gestión es, en aras de la eficiencia, un proceso imparable. Constituye al menos una oportunidad para repensar nuestra orientación y actividad. La identificación participativa de posibilidades de mejora ofrece oportunidades para la identificación de redundancias, el establecimiento de criterios de intervención consensuados y el Benchmarking entre los Servicios.

#### P-078. DESARROLLO DE UN ÁREA DE GESTIÓN CLÍNICA DE GERIATRÍA. CÁLCULO DE COSTES

N. Fernández Gutiérrez, M. Bermúdez Menéndez de la Granda, M. Suárez Linares, E. San Cristóbal Velasco, E. Martín Rocas y J.J. Solano Jaurrieta  
Hospital Monte Naranco. Oviedo.

**Objetivo:** La implantación de nuevas fórmulas de gestión (gestión clínica) en nuestro Servicio de Salud, ha condicionado la puesta en marcha de un Área de Gestión Clínica de Geriátría, para lo que hemos iniciado un proceso de reingeniería del Servicio. Entre los objetivos marcados por el SESPA se incluyó el cumplimiento de un marco presupuestario concreto que pretendemos describir.

**Método:** Los cálculos fueron llevados a cabo por nuestro departamento de gestión, en base a su sistema de contabilidad analítica, y para la actividad pactada. En algunos aspectos se tuvieron en cuenta los consumos históricos del Servicio.

**Resultados:** Se presentará la actividad pactada (aproximadamente 2.000 ingresos agudos, 300 en unidad de ictus, 100 en unidad de recuperación funcional y 300 en unidad de cuidados paliativos, más consultas externas, interconsulta de urgencias y hospitalización general y hospitalización de día). El coste global de funcionamiento anual del área presupuestado es de 8.728.113 euros, de los cuales 7.361.695 euros se destinan a personal, 1.225.021 euros a bienes corrientes y servicios y 116.915 a costes generados por recetas. Se desglosarán cada uno de los apartados.

**Conclusiones:** La búsqueda de nuevos modelos de gestión es, en aras de la eficiencia, un proceso imparable. Constituye al menos una oportunidad para repensar nuestra orientación y actividad. El conocimiento presupuestario, y la posible gestión directa del mismo ofrecen amplias posibilidades para un incremento de la eficiencia, reduciendo los costes de la no calidad, y el Benchmarking entre los Servicios.

#### P-079. ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR Y DISFUNCIÓN DE LA MOVILIDAD EN LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER

M. Inzitari<sup>1</sup>, B. Martínez<sup>2</sup>, M. García<sup>3</sup>, E. Barranco Rubia<sup>3</sup>, M. Giné Garriga<sup>4</sup> y A. Salvà Casanovas<sup>5</sup>

<sup>1</sup>Hospital Sociosanitari Pere Virgili. Barcelona. <sup>2</sup>Col·legi de fisioterapeutes de Catalunya. Barcelona. <sup>3</sup>Hospital General de Granollers. Granollers. <sup>4</sup>Institut Català de la Salut.

<sup>5</sup>Institut de l'Envel·liment de la UAB. Barcelona.

**Objetivos:** Las alteraciones de la marcha y del movimiento son consideradas tradicionalmente infrecuentes en personas con enfermedad de Alzheimer (EA). Sin embargo, hay un incremento del riesgo de caídas, respecto a personas mayores sin demencia, y estudios recientes han demostrado alteraciones de la marcha incluso en las fases precoces de la EA. No está claro si estas alteraciones se asocian con la enfermedad cerebrovascular, que tiene una alta prevalencia en pacientes con EA.

**Método:** Comparamos la performance motora, medida con una evaluación estandarizada (Short Physical Performance Battery [SPPB]), entre 15 pacientes mayores con EA leve/moderada pura (EA), 20 con EA de la misma gravedad más componente cerebrovascular crónica (EA/CV) y 7 controles. SPPB combina medidas de velocidad de la marcha a paso habitual, equilibrio y fuerza (puntuación global con rango 0-12, desde peor a mejor función posible). EA y EA/CV se habían clasificado en acuerdo con criterios estándares (NINCDS-ADRDA y NINDS-AIREN, respectivamente). El grado de gravedad a la Global Deterioration Scale variaba entre 3 y 5, y ningún participante tenía historia de ictus ni tomaba medicación antipsicótica.

**Resultados:** Los 42 participantes (edad de 78,8 ± 5,7 [promedio ± DE], 67% mujeres) tenían puntuación del Mini Mental State Examination de 20,7 ± 5,5, 55% tenían estudios primarios, y el promedio de fármacos tomados fue 5,2 ± 2,5. La puntuación SPPB del grupo EA/CV era

significativamente menor que la del grupo EA y de los controles (9,5 ± 2,4 vs 11,2 ± 1,3 vs 11,4 ± 0,8 puntos respectivamente, p for trend = 0,015). En modelos multivariados (ANCOVA), la puntuación del grupo EA/CV era significativamente más baja respecto a EA (p = 0,012). Entre las distintas tareas físicas, solo la velocidad de la marcha, no el equilibrio ni la fuerza, era diferente entre EA/CV y EA (0,8 ± 0,2 vs 1,0 ± 0,1 m/s respectivamente, p = 0,05).

**Conclusiones:** En nuestra muestra de pacientes con EA, la componente cerebrovascular se asociaba con una peor performance motora. Estos resultados podrían ser relevantes, ya que la enfermedad cerebrovascular puede ser prevenida o controlada.

#### P-080. SITUACIÓN DE ÚLTIMOS DÍAS (SUD) EN UNA UNIDAD DE LARGA ESTANCIA SOCIOASISTENCIAL (LE): CUIDADOS EN EL PACIENTE Y PERCEPCIÓN DE LA FAMILIA

M. Martín, E. de Jaime, A. Caro, N. Saavedra, T. Rodríguez y M. García  
Servicio de Geriátría del Parc de Salut Mar. Barcelona. Centro Fórum del Hospital del Mar. Barcelona. Hospital de la Esperanza. Barcelona. Instituto de Atención Geriátrica y Socioasistencial (IAGS). Barcelona.

**Objetivo:** Describir la SUD en pacientes ingresados en una unidad de LE y analizar la percepción que tuvo la familia del final de vida de sus familiares.

**Material y método:** Estudio retrospectivo en el que se revisaron las historias clínicas de los pacientes que fueron éxitos en una unidad de LE durante un año (noviembre 2008 a octubre 2009). De los pacientes que tuvieron SUD, se analizaron aquellos en los que la agonía quedó registrada en la historia clínica. Se estudiaron el tiempo que permanecieron en agonía, los síntomas que tuvieron y el tratamiento pautado (vía de administración, hidratación subcutánea y sus complicaciones). Se realizó una encuesta telefónica a los familiares de los pacientes que tuvieron SUD para evaluar su vivencia ante la situación.

**Resultados:** De 65 pacientes que fallecieron en LE (edad media 80,1 ± 12,0) 57,9% eran mujeres), 55 (84,6%) tuvieron agonía y quedó registrada en 37 (67,2%). El tiempo medio que estuvieron en SUD fue de 2,3 ± 2,1 días. Los principales síntomas que presentaron fueron: disnea 20 (54%), estertores 18 (48,6%), fiebre 18 (48,6%), dolor 17 (45,9%) y ansiedad 8 (21,6%). La principal vía de administración del tratamiento fue la subcutánea (SC) en el 100% de los casos, seguida de la rectal con 16 (43,2%). La hidratación SC se prescribió en 6 pacientes (13,5%) de los cuales 3 (50%) hicieron complicaciones. La encuesta se realizó en 37 (67,2%) familiares de los 55 pacientes con SUD. En 9 casos (16,3%) no se realizó porque la familia no estaba presente, 7 (12,7%) no se localizó y 2 (3,6%) no colaboró. Según los resultados de las encuestas, 34 (91,8%) familiares consideraron que el paciente permaneció tranquilo en los últimos días, 32 (86,4%) refirieron estar bien informados de la situación y 24 (64,8%) no tenían ningún recuerdo doloroso.

**Conclusiones:** El síntoma más frecuente en la SUD en LE fue la disnea, seguido de los estertores y la fiebre. La vía subcutánea fue la más usada para el control de síntomas y la hidratación subcutánea fue poco instaurada. En general, la familia valoró positivamente la información recibida y consideró que los síntomas estuvieron bien controlados.

#### P-081. VENTAJAS DE LA IMPLANTACIÓN DE UNA UNIDAD DE ORTOGERIATRÍA

C. Pablos Hernández, A. Martín Rodríguez, A. García Iglesias, M.A. Castaño Panchuelo, J. Sánchez Marugan y A. Viñas  
Hospital Clínico. Salamanca.

**Introducción y objetivos:** 1. Describir el impacto de la incorporación de la Geriátría en un Servicio de Traumatología. 2. Describir la aten-

ción a los ancianos en una Unidad de Ortogeriatría a lo largo de todo el proceso asistencial.

**Material y método:** Estudio descriptivo retrospectivo de 315 pacientes (junio 2008-diciembre 2009), basado en los informes de alta de Traumatología y Ortogeriatría, así como en los cuidados de Enfermería al alta (programa Gacela). Tratamiento del SMDD y aplicación del programa Clinos.

**Resultados:** Edad media (83,08 años). Género (70,16% mujeres, 29,84% hombres). Estancia media (12 días). *Diagnósticos traumáticos más prevalentes:* fr pertrocanterea (26,98%) y fr subcapital cadera (23,17%); gonartrosis (6,66%) y coxartrosis (5,07%). *Procedencia:* 82,5% Urgencias, 17,5% Lista de Espera. Estancia preoperatoria 3,9 días. *Complicaciones postoperatorias más frecuentes:* 1. Respiratorias (28,23%): Agudas 11,42%, EPOC reagudizado 10,97% y neumonías 3,49%; 2. Renales (27,93%): IRC 8,57%, IRA prerenal 6,98%, RAO 12,38%; 3. Cardiacas (23,80%): ICC (16,19%), C. Isquémica 7,61%; 4. Otras: Delirium 10,79%, UPP 2,22% y Desnutrición 8,25%. 33% precisaron intervención social. Mortalidad intrahospitalaria (4,5%). Mortalidad primer mes (2,4%).

**Comentarios y conclusiones:** 1. La intervención temprana de un Equipo Multidisciplinar en una Unidad de Ortogeriatría es fundamental para identificar al "anciano frágil". 2. La elaboración de un plan de cuidados individualizado según la situación basal previa es necesaria para favorecer la evolución postoperatoria, evitar complicaciones y estancias medias prolongadas. 3. La incorporación de la Unidad de Ortogeriatría mejora la calidad asistencial y disminuye el número de complicaciones perioperatorias del paciente traumatológico.

#### **P-082. DESARROLLO DE UN ÁREA DE GESTIÓN CLÍNICA DE GERIATRÍA. MISIÓN, VISIÓN, VALORES, LÍNEAS ESTRATÉGICAS Y CARTERA DE SERVICIOS**

N. Fernández Gutiérrez, J.M. Arche Coto, J.C. Miñana Climent, M. Alonso Álvarez, A. Alonso González y J.J. Solano Jaurrieta  
*Hospital Monte Naranco. Oviedo.*

**Objetivo:** La implantación de nuevas fórmulas de gestión en nuestro Servicio de Salud, ha condicionado la puesta en marcha de un Área de Gestión Clínica de Geriatría, para lo que hemos iniciado un proceso de reingeniería del Servicio. Inicialmente fueron discutidos los aspectos relativos a Misión, Visión, Valores, Líneas estratégicas y cartera de servicios.

**Metodología:** Tormenta de ideas en reuniones abiertas de los componentes del área. Reformulación de las propuestas por parte del responsable del área y aprobación en pleno.

**Resultados:** La Unidad de Gestión Clínica de Geriatría del Área Sanitaria IV tiene como misión ofrecer una atención sanitaria de la máxima calidad a nuestra población diana, utilizando en cada momento las mejores evidencias disponibles, con criterios de eficiencia, desde una concepción holística (Biopsicosocial) de la salud, integrando el diagnóstico y tratamiento médico, la recuperación funcional, la inserción social y la satisfacción de nuestros pacientes. Respecto a su *visión*, la Unidad de Gestión Clínica de Geriatría del Área sanitaria IV pretende alcanzar la excelencia en la gestión de la enfermedad en el anciano, siendo reconocida por sus logros en la mejora de calidad de vida de nuestra población diana. Queremos constituirnos en referencia para la resolución de sus problemas de salud, utilizando y generando el mejor conocimiento posible, convirtiéndonos en una organización dinámica e innovadora, imprescindible por su liderazgo en el ámbito del envejecimiento, tanto desde el punto de vista asistencial como docente e investigador. Como *valores* se consignaron compromiso, honestidad, respeto, humanismo y empatía, interdisciplinariedad, accesibilidad, equidad y eficiencia, continuidad asistencial, innovación y desarrollo, seguridad y calidad. Se desarrolla

igualmente nuestra cartera de servicios, estructurando y dimensionando las diferentes unidades, e incluyendo nuevos modelos de atención (gestión de enfermedad), la formación e investigación.

**Conclusiones:** La búsqueda de nuevos modelos de gestión es, en aras de la eficiencia, un proceso imparable. Constituye al menos una oportunidad para repensar nuestra orientación y actividad. La descripción de nuestro proceso ofrece oportunidades para el Benchmarking entre los Servicios.

#### **P-083. INTEGRACIÓN DE UNA UNIDAD DE GERIATRÍA EN UN EAP**

E. Parra Aresté, C. Campmajó Almodóvar, O. Montón Lozano, M.F. Lozano Díaz, L. Cuixart Costa y M. Cervera León  
*EAP Dreta Eixample. Barcelona.*

**Objetivo:** Nuestro EAP atiende a una población total de 45.535 habitantes. El 21% de esta población (9.566) es > 65 años, con una distribución del 12,7% entre 65-79 años y del 8,3% > 80 años. Un 2,87% de la población total reside en residencia (43 en la zona); que suponen 1.311 plazas, con una rotación anual de 2/1. La demanda específica de los usuarios ingresados en residencia hizo que el EAP en el año 2005 se planteara integrar un recurso de atención geriátrica integral dentro del centro, creando la Unidad Geriátrica (UG) para la asistencia sociosanitaria de los usuarios ingresados y para soporte del equipo. Durante estos 5 años la UG ha realizado una importante labor en los pacientes ingresados en residencia. La sociedad está cambiando, la esperanza de vida va en aumento lo que supone el envejecimiento progresivo de esta, con la consiguiente evolución a la cronicidad. En nuestra área, dado el volumen de usuarios mayores de 65 años, se abren nuevas perspectivas. El EAP pretende adaptarse a esta situación, aprovechando los recursos existentes, con el objetivo de conseguir una asistencia sociosanitaria más accesible y eficaz, y siempre desde una perspectiva biopsicosocial. Por ello se ha solicitado desde la organización que la UG sea el vehículo que conduzca a favorecer este cambio.

**Metodología:** Comunicación oral con soporte multimedia.

**Resultados:** 1. Quiénes somos. 2. Gestión farmacológica de calidad e indicadores de salud. 3. Banco de préstamo material ortopédico. 4. Coordinación con los recursos internos (ATDOM, gestora de casos). 5. Coordinación con los recursos externos (UVGI MUTUAM, UFISS, PADES, Centros sociosanitarios, Hospitales, Salud Mental). 6. Consultoría. 7. Formación.

**Conclusiones:** 1. La UG ha favorecido una asistencia de mayor calidad a usuarios de residencia, mejores resultados en prescripción e indicadores de salud. 2. La inmersión de la UG en el EAP ha supuesto también el aumento de competencias del equipo en geriatría y el establecimiento de protocolos conjuntos. 3. Finalmente, el papel de la UG como coordinador entre los recursos internos y externos creemos que favorecerá una mejor resolución de los procesos.

#### **P-084. PROGRAMA DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN EL ANCIANO**

C. Zaballos Bautista, G. Fernández Campos, A. Muñoz Ortega, C. Fernández Rodríguez, A. Hurtado Alcalá y M.L. Montes Moreno  
*Hospital Guadalajara. Guadalajara.*

**Introducción:** La atención sanitaria al anciano debe ser llevada a cabo por un equipo multidisciplinar, siendo muy importante el papel educativo que realiza el personal de enfermería. El conocimiento de la situación de salud y sus cuidados han de formar parte de la actividad diaria del anciano y de su cuidador principal. Nuestro servicio se planteó la necesidad de protocolizar la información sanitaria trans-

mitida a sus pacientes y cuidadores mediante la realización de unos trípticos informativos.

**Objetivos:** Protocolización de la información sanitaria en función de los síndromes geriátricos más habituales. a) Formación del paciente y/o cuidador principal en el conocimiento de su enfermedad y sus cuidados. b) Capacitar a los individuos para que participen de forma activa en la toma de decisiones sobre su estado de salud. c) Promover la enseñanza y formación de los profesionales de salud.

**Material y métodos:** Hemos recopilado y revisado información de manuales, protocolos y guías de consejos para reconocer aquellos síndromes geriátricos que precisan mayor soporte informativo. *A partir de ahí desarrollamos los siguientes trípticos de consejos:* 1. Paciente con disfagia. 2. Inmovilismo. 3. Síndrome de caídas. 4. Incontinencia urinaria. 5. Paciente diabético. 6. Higiene del sueño. 7. Recomendaciones generales en anticoagulación oral. 8. Soporte nutricional. 9. Manejo del estreñimiento. *Los trípticos incluyen los siguientes aspectos:* 1. Información básica sobre el problema de salud. 2. Complicaciones y signos de alarma. 3. Medidas de prevención y control. La divulgación de los trípticos se realiza por el personal sanitario durante la hospitalización de los pacientes y al alta, en la consulta, en el hospital de día geriátrico o en su propio domicilio.

**Conclusión:** El papel de la enfermería en la educación sanitaria es de importancia fundamental para el anciano. La elaboración de estos trípticos informativos dota de soporte estructural a esta función y refuerza la información adquirida por el anciano y su cuidador.

#### P-085. DESARROLLO DE UN ÁREA DE GESTIÓN CLÍNICA DE GERIATRÍA. ACUERDO DE GESTIÓN. PROPUESTA DE INDICADORES

M. Virgos, D. Ttito Fernández-Baca, F. Vázquez, V. Herranz, J. Díaz y J. Solano  
*Hospital Monte Naranco. Oviedo.*

**Objetivo:** La implantación de nuevas fórmulas de gestión (gestión clínica) en nuestro Servicio de Salud, ha condicionado la puesta en marcha de un Área de Gestión Clínica de Geriátría, para lo que hemos iniciado un proceso de reingeniería del Servicio. Entre los objetivos marcados por el SESPA se incluyó el diseño y pacto de indicadores de calidad por parte del Servicio de Salud, la Gerencia Hospitalaria y el propio área de gestión. Su descripción es el propósito de esta comunicación.

**Método:** Los indicadores seleccionados, excepto una pequeña proporción que se consideran propios de cada unidad de gestión, son extraídos de una amplia serie de indicadores propuestos por el SESPA para los ámbitos de hospitalización y consultas externas (incluidos en el denominado SINOQ). La selección es llevada a cabo por la gerencia hospitalaria y el departamento de calidad de cada centro, siendo consensuados finalmente con cada área de gestión.

**Resultados:** Se aportará un listado exhaustivo de los indicadores finales incluidos en el acuerdo de gestión. Las áreas cubiertas en este acuerdo de constitución son: 1. Confidencialidad, autonomía personal y consentimiento informado. 2. Continuidad de la asistencia. 3. Aseguramiento de la competencia de nuevos profesionales. 4. Seguridad de pacientes. 5. Participación, derechos y deberes de los pacientes. 6. Investigación. 7. Reducción variabilidad de la práctica clínica. 8. Historia clínica y prescripción electrónica. 9. Planificación de la asistencia. 10. Educación del paciente en el cuidado de su salud. 11. Protocolización. 12. Instrumentos de gestión.

**Conclusiones:** La búsqueda de nuevos modelos de gestión es, en aras de la eficiencia, un proceso imparable. Constituye al menos una oportunidad para repensar nuestra orientación y actividad. El establecimiento de indicadores objetivos y pactados permite la monitorización continua de la calidad de la asistencia prestada, facilita la detección de precoz de problemas y el Benchmarking entre los Servicios.

#### P-086. 2009: EL PRIMER AÑO TRAS EL CAMBIO DE HOSPITAL

A. Martín Colmenero, S. Solsona Fernández, S. Ulloa Levit, R. Vial Escolano, T. Usieto Piegrafita y E. García-Arilla Calvo  
*Hospital Real y Provincial de Nuestra Señora de Gracia. Zaragoza.*

**Objetivo:** Analizar casuística e indicadores tras cambio de hospital y modificación de la cartera de servicios.

**Método:** *Diseño:* Estudio descriptivo retrospectivo. *Ámbito:* Hospitalización (Agudos, Ortogeriatría, Convalecencia con y sin RHB, Paliativos), consulta externa y hospital de día del Servicio de Geriátría. *Sujetos:* Pacientes de los distintos niveles asistenciales atendidos en 2009. *Mediciones:* Ingresos, estancia media global (EMG), índice de ocupación (IO), mortalidad, dependencia según índice barthel ingreso (IBI), comorbilidad principal, Grupos Relacionados por Diagnósticos (GRD) más frecuentes, número de consultas y pacientes en hospital de día. En hospitalización, mayores de 90 años, si viven solos, en residencia, tributarios de paliativos, acenocumarol, opiáceos y fármacos al alta. Tratamiento estadístico descriptivo.

**Resultados:** *Hospitalización:* 1.167 ingresos 31% hombres y 69% mujeres. Edad 84,3, EMG: 17 días. IO: 86%. Mortalidad 19%. 10% estancia más de 30 días. Ningún paciente más de 90 días; 60% dependencia severa o total al ingreso. GRD's más frecuentes, 541 (trastornos respiratorios), 14 (trastornos cerebrovasculares específicos), 533 (otros trastornos del SNC), 127 (insuficiencia cardiaca). Comorbilidad demencia 35%, diabetes 24%. Mayores de 90 años, 21%, centenarios 7, viven solos 8%, en residencia 30%, paliativos 5%, opiáceos 8%, acenocumarol 17% antipsicóticos 17%, al alta más de 7 fármacos 31%, menos de 3 fármacos 11%. *Agudos:* 951 con 14 días de estancia. *Convalecencia:* 113 pacientes con 25 días de estancia. *Ortogeriatría:* 103 pacientes, 16 días de estancia. *Hospital de Día:* 176 pacientes nuevos, 26 sesiones/paciente. *Consultas Externas:* 4.217 (1.295 primeras consultas).

**Conclusiones:** 1. Redistribución de la actividad global en relación con atención ortogeriatría y convalecencia con y sin rehabilitación. 2. Importante polifarmacia al alta que motiva reflexión sobre la conciliación de la medicación en el paso al domicilio. 3. Mantenimiento de la demanda de interconsulta procedente de Atención Primaria.

#### P-087. QUISTE HIDATÍDICO DE LOCALIZACIÓN ATÍPICA

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

**Introducción:** La hidatidosis es una zoonosis causada por larvas del plantelminto céstodo *Equinococcus granulosus* que habitualmente asienta en hígado, pulmón, miocardio, cerebro y huesos. Excepcionalmente los quistes hidatídicos pueden tener otras localizaciones.

**Caso clínico:** Varón de 82 años de edad sin RAMC. HTA; DM tipo 2 diagnosticado hace 10 años en tratamiento con antidiabéticos orales. Gastroparesia diabética con varios ingresos previos por cuadros de pseudoobstrucción intestinal. *Tratamiento:* Adiro, clometiazol, mirtazapina, laxantes, paracetamol, glibenclamida y batidos hiperproteicos. *Situación funcional:* deambulación escasa por algias osteomusculares (Barthel 90), situación cognitiva preservada con trastorno distímico (Pfeiffer 0 errores) y excelente apoyo familiar. *Historia actual:* Acude al servicio de Urgencias por estreñimiento pertinaz de aproximadamente una semana de evolución, con importante dolor y distensión abdominal junto con cuadro nauseoso acompañante. *Exploración física:* Costantes vitales adecuadas. Destaca abdomen distendido, timpánico a la percusión, globuloso y doloroso de forma difusa con RHA aumentados. Se palpa masa en FII de aproximadamente 12 cms de diámetro, no pulsátil, no dolorosa a la palpación y adherido a planos profundos. Resto sin alteraciones de interés. *Pruebas complementarias:* Analítica: Leucocitosis con desviación izquierda, restos sin alteraciones. Rx abdomen: dilatación de asas de

colón con imagen calcificada en pelvis izquierda de 12 cm de diámetro. TAC toraco-abdominal: Masa abdominal de 12 cm de eje mayor en pared izquierda de sigma que comprime uréter izquierdo provocando uropatía obstructiva proximal izquierda.

**Conclusiones:** Se trata de un quiste hidatídico solitario en pelvis provocando cuadro oclusivo intestinal incluso volvulación en sigma además de uropatía obstructiva izquierda como complicaciones. Esta presentación extrahepática es poco frecuente y originan clínica por compresión de estructuras vecinas.

#### P-088. FRACTURA PROXIMAL DE FÉMUR Y MORTALIDAD INTRAHOSPITALARIA EN UNA UNIDAD ORTOGERIÁTRICA DE NUEVA CREACIÓN

R. Vial Escolano<sup>1</sup>, T. Usieto Piedrafita<sup>1</sup>, P. Mesa Lampré<sup>1</sup> y V. Canales Cortés<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Hospital Nuestra Señora de Gracia. Zaragoza. <sup>2</sup>Royo Villanova. Zaragoza.

**Objetivo:** Valorar los factores de riesgo asociados a la mortalidad intrahospitalaria en pacientes intervenidos de fractura de fémur proximal.

**Metodología:** Estudio descriptivo y analítico de 105 pacientes intervenidos de fractura de fémur proximal y trasladados a las 48 horas (moda) al servicio de Geriátrica (ortogeriatría) durante el 2009. Se han valorado variables sociodemográficas, situación funcional previa, tipo de fractura, tipo de tratamiento, maniobras terapéuticas de soporte, comorbilidad y complicaciones locales y generales. Programa estadístico SPSS.

**Resultados:** Edad media 85 años, 90 % mujeres, Barthel previo < 55 23 %; subcapitales 30%, pertrocanterea 47%; demora quirúrgica 2 días (mediana), demencias 36%, EPOC 8%, cáncer 13%, ACV 22%; antecedentes de delirium 4%, polifarmacia 49% y UPP 4%; complicaciones: infecciones locales 7%, anemia 82%, desnutrición 86%, infección respiratoria 25%, delirium 34%. Broncoaspiración 7%, UPP 15%, mortalidad 8%, 57% precisaron transfusión (1,48 concentrados de media). Variables asociadas a mortalidad ( $p < 0,05$ ): antecedentes de demencia, UPP y cáncer; complicaciones respiratorias, delirium, broncoaspiración, insuficiencia renal aguda y alteraciones del ritmo cardiaco. No se ha encontrado relación estadísticamente significativa con técnica quirúrgica (hemiartroplastia  $p = 0,65$ ; enclavado  $p = 0,84$ ), UPP intrahospitalarias ( $p = 0,068$ ) ni con algunos factores que en otras muestras sí la presentan: anemia postcirugía ( $p = 0,66$ ) y transfusión sanguínea alogénica, aunque esta última muestra una tendencia evidente ( $p = 0,071$ ). Si bien la sorprendente extensión del problema de la desnutrición previa al ingreso invalida los resultados del análisis estadístico, cabe destacar que todos los fallecidos estaban desnutridos.

**Conclusiones:** 1. El tamaño de la muestra resta validez a alguna de las relaciones obtenidas. 2. Deducimos que dado que la demora quirúrgica ha sido muy similar para todo el grupo, este parámetro no ha influido en la mortalidad en contra de lo publicado. 3. En esta muestra la mortalidad es independiente del estado funcional previo. 4. Aún sin valores significativos, la transfusión ha influido más negativamente que la anemia.

#### P-089. VARIABILIDAD INTRADIAGNÓSTICO EN FUNCIÓN DEL ÍNDICE DE BARTHEL Y GRUPOS DE UTILIZACIÓN DE RECURSOS. INSUFICIENCIA CARDÍACA

E. Sommer, D. Ttito, J. Arche, F. Suárez, J. Solano y L. Santiago Hospital Monte Naranco. Oviedo.

**Objetivo:** Conocer la posible variabilidad en Insuficiencia Cardíaca, en función de índice de Barthel y los grupos de utilización de recursos (RUG-T18), en lo que se refiere a estancia hospitalaria, mortalidad y reingreso precoz.

**Material y métodos:** Se estudian los pacientes que causaron alta de nuestra unidad de agudos con el diagnóstico principal de IC durante el año 2008. Se consigna su índice de Barthel, su adscripción a un determinado grupo RUG y se extrae su situación al alta (exitus), reingresos y estancia del sistema de información del centro (SELENE).

#### Resultados:

##### Barthel-Insuficiencia Cardíaca

	Nº Pacientes	Edad Media	Em al Alta	Exitus	Reingresos
<b>Índice Barthel 0-20</b>					
Hombres	5	83,80	10,6	1	0
Mujeres	53	88,26	8,6	5	1
Totales	58	87,88	8,8	6	1
<b>Índice Barthel 25-60</b>					
Hombres	48	85,17	10,4	5	0
Mujeres	112	85,95	9,4	14	1
Totales	160	85,71	9,7	19	1
<b>Índice Barthel 65-95</b>					
Hombres	88	84,67	9,1	2	0
Mujeres	118	86,12	8,1	5	1
Totales	206	85,50	8,5	7	1
<b>Índice Barthel 100</b>					
Hombres	12	79,50	7,1	0	0
Mujeres	5	85,80	8,0	0	0
Totales	17	81,35	7,4	0	0

##### Rug-Insuficiencia Cardíaca

	Nº Pacientes	Edad Media	Em al Alta	Exitus	Reingresos
<b>Ca</b>					
Hombres	48	83,29	7,7	0	0
Mujeres	36	85,86	8,0	1	0
Totales	84	84,39	7,8	1	0
<b>Cb</b>					
Hombres	90	85,39	10,2	6	0
Mujeres	180	86,09	8,5	15	2
Totales	270	85,86	9,0	2	2
<b>Cc</b>					
Hombres	16	83,25	10,5	2	0
Mujeres	59	87,73	9,6	4	1
Totales	75	86,77	9,8	6	1
<b>Cd</b>					
Hombres	0			0	0
Mujeres	3	85,33	10,7	2	0
Totales	3	85,33	10,7	2	0

**Conclusiones:** Los pacientes en los grupos de menor dependencia funcional (tanto para el índice de Barthel como para la clasificación RUG, condicionan estancias hospitalarias menores, así como menor mortalidad, por lo que conviene considerar la capacidad funcional como variable de ajuste.

#### P-090. IMPLANTACIÓN DE ORDEN MÉDICA INFORMATIZADA EN UN CENTRO RESIDENCIAL DE PERSONAS MAYORES: PUNTO DE PARTIDA

S. García Rodicio<sup>1</sup>, M. Guerra de Prado<sup>1</sup>, M.L. Ausín Pérez<sup>2</sup> y J. Casado Pérez<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitario del Río Hortega. Valladolid. <sup>2</sup>Residencia Mixta de Mayores Parquesol. Valladolid.

**Objetivo:** 1. Detectar las deficiencias del sistema actual de transcripción de las órdenes médicas: líneas discrepantes entre la orden médica (OM) y el cuaderno de enfermería (CE). 2. Valoración de la factibilidad de implantación de un sistema de OM informatizada con validación farmacéutica desde el Servicio de Farmacia del Hospital de referencia, en función de la variabilidad de los tratamientos en el tiempo.

**Método:** Estudio transversal efectuado sobre la totalidad de los residentes no válidos (medicación administrada por el personal de en-

fermería en base a su registro en el CE). 1. Identificación de las líneas de tratamiento discrepantes entre la OM y el CE en una primera revisión del 100% de los tratamientos. 2. Análisis de las líneas de tratamiento suspendidas, añadidas o con variaciones de su dosis o pauta en una segunda revisión de los tratamientos un mes después de la primera.

**Resultados:** La medicación se administra por el personal de enfermería a 141 residentes de los 162 ingresados en el centro, edad media 86 [58-101] años. En la primera revisión se contabilizaron 957 líneas de tratamiento, media por paciente 7 [1-13] fármacos. Se encontraron discrepancias en 32/957 líneas (3,3%; IC95%: 2,2-4,4): 16/32 líneas de tratamiento omitidas en CE, 6/32 líneas no suspendidas en CE (sí aparecen en OM), 6/32 con pauta incorrecta (diferente en OM vs. CE) y 4/32 con dosis diferente. Se consideró que ninguna representaba repercusión grave sobre la seguridad del paciente. En la segunda revisión, se contabilizaron 942 líneas de tratamiento, registrándose 123 (13,06%; IC 95%: 15,2-10,9) líneas con cambios: 47 líneas suspendidas, 32 añadidas y 44 cambios de pauta. Esto supone una media de 6 líneas modificadas/día laborable.

**Conclusiones:** 1. Se registraron un 3,3% (IC95%:2,2-4,4) de discrepancias en el sistema actual de transcripción de los tratamientos al CE. 2. La reducida modificación de tratamientos, 6 líneas/día laborable, permite la implantación de un sistema de OM informatizada con validación farmacéutica diaria, debido al carácter crónico de la mayoría de los tratamientos. Su implantación eliminaría los errores de transcripción, además de permitir detectar y resolver los posibles problemas relacionados con la medicación: duplicidades, interacciones, necesidad de ajuste por función renal, etc.

#### P-091. UTILIDAD DEL TEST CIRCUITO DE MARCHA PARA LA PREDICCIÓN DEL RIESGO DE CAÍDAS DE PERSONAS MAYORES NO INSTITUCIONALIZADAS

V. Zamora Conesa<sup>1</sup>, J.D. Avilés Hernández<sup>1</sup>, P.M. Montoya González<sup>1</sup>, J.A. Carbayo Heredia<sup>2</sup> y D. Zamora Conesa<sup>3</sup>  
<sup>1</sup>UCAM. <sup>2</sup>Base Aérea. <sup>3</sup>SOPRA GROUP.

**Introducción:** La identificación precoz de individuos con riesgo de caídas se hace imprescindible, necesitando tests predictivos de caídas suficientemente sensibles como para identificar a este grupo de población. Así pues, con este estudio, pretendemos averiguar la prevalencia de caídas y sus características, y evaluar la eficacia de 3 tests comúnmente empleados, y analizar la validez de un nuevo test para la predicción de caídas.

**Material y método:** Estudio observacional longitudinal prospectivo de 12 meses de seguimiento, sobre una población de 615 individuos, con registro de caídas y características. Se halló un modelo de regresión logística, la *odds ratio* y la capacidad clasificatoria mediante la curva ROC (IC = 95%).

**Resultados:** Muestra final de 180 individuos (ratio de respuesta del 92,31%), de edad media 66,83 ± 5,1 años. El 54,4% sufrió al menos una caída y el 28,9% dos o más, 69,4% en la vía pública y 15,3% con fracturas. *Test Circuito Marcha*, AUC = 0,968 (0,930 a 0,988) y sensibilidad del 92,86% (88,06 a 96,16) y *Test Estación Unipodal*, con AUC = 0,839 (0,777 a 0,890) y sensibilidad del 83,67%, con IC = 95%. Resto de tests no superan el umbral del 75% en sensibilidad.

**Conclusión:** Las caídas constituyen un problema de gran envergadura, por su alta frecuencia, consecuencias y características. El *Test Circuito de Marcha* es una herramienta útil a tener en cuenta en la predicción y prevención de caídas en personas mayores con características similares.

**Palabras clave:** Equilibrio Musculo-esquelético. Marcha. Prevención. Caídas Accidentales. Ancianos.

#### P-092. ¿NOS PODEMOS FIAR DE LA MESA BASCULANTE?

N. Albiol Tomàs<sup>1</sup>, E. Forcadell Drag<sup>2</sup>, I. Lechuga Durán<sup>2</sup>, C. Castellà Valldepérez<sup>1</sup> y E. Martínez Almazán<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Santa Creu Jesus. Tortosa. <sup>2</sup>Hospital Verge Cinta. Tortosa.

**Introducción:** La prueba diagnóstica del síncope mediado por reflejos (SR) es la mesa basculante (MB), sin embargo la sensibilidad y especificidad de esta prueba están insuficientemente definidas en la literatura. Para hacer el diagnóstico definitivo de SR nos ayudamos de la evolución del paciente junto con el resultado de la MB.

**Objetivos:** Evaluar la validez de la MB en el diagnóstico del SR.

**Material y métodos:** Estudio observacional descriptivo transversal. Se incluyen todos los pacientes a quienes se les ha realizado la MB desde Enero 1999 a Junio 2009 en el servicio de Cardiología del Hospital Tortosa Verge de la Cinta. Se realizó un seguimiento de la evolución clínica, necesidad de tratamientos invasivos, pronóstico y diagnóstico etiológico definitivo.

**Resultados:** N = 338, 135 (39,94%) > 65 años (edad media: 73,6 ± 5,4 años) y 56 mujeres. Del subgrupo de pacientes > 65 años, un 22% presentaban patología cardíaca previa y un 7% enfermedad neurológica que justificara la clínica. El 67,4% presentó un resultado positivo, de los cuales en el 86% el SR fue el diagnóstico definitivo al final de un seguimiento de 4,8 ± 2,6 años. Se observa una sensibilidad del 84% (81% en < 65 años) y una especificidad del 69% (75% en < 65 años). De los positivos, el 14% no son SR, teniendo como causas definitivas de síncope: 6,6% una causa cardíaca y 7,7% otras causas. El 100% de pacientes con TB positiva y diagnóstico final de síncope cardiogénico eran varones, con una edad entre 59 y 80 años y ninguno tenía un electrocardiograma (ECG) basal normal. En este grupo (varones de más de 59 años con ECG anormal), la especificidad es del 57%. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el grupo > 65 años con más presencia de bloqueo de rama, más anomalías en ECG basal y más cardiopatía previa (p < 0,0005).

**Conclusiones:** La MB tiene una buena sensibilidad para el SR. La especificidad es aceptable, pero se reduce en el subgrupo de varones de edad avanzada y con ECG anormal. Por lo tanto, en este subgrupo, debemos ampliar el estudio cardiológico a pesar de un resultado positivo.

#### P-093. FÓRMULA DE CHUMLEA EN EL CÁLCULO DE LOS PARÁMETROS ANTROPOMÉTRICOS

M. Barceló Trias, D. Cardona, J. Mascaró, O. Torres, E. Francia y D. Ruiz

Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.

**Introducción:** Muchos ancianos ingresados no pueden ponerse de pie, lo que dificulta la aplicación de diferentes tests nutricionales tradicionales que incluyen la talla y el peso. Chumlea diseñó una fórmula que permitía mediante algunos datos antropométricos calcular el peso cuando el paciente no puede bipedestear.  $P = (CB \times 0,98) + (CC \times 1,27) + (PE \times 0,4) + (TR \times 0,87) - 62,35$  (mujeres);  $P = (CB \times 1,73) + (CC \times 0,98) + (PE \times 0,37) + (TR \times 1,16) - 81,69$  (hombres).

**Objetivo:** Evaluar la utilidad de la fórmula de Chumlea para el cálculo del peso en ancianos ingresados.

**Pacientes y metodología:** Se incluyeron 82 pacientes mayores de 65 años que aceptaron participar, que podían mantener la bipedestación y que fuesen capaces de responder las preguntas del Mini-Nutricional Assessment (MNA). Aquellos que tenían edemas fueron excluidos. Mediante la correlación de Pearson se compararon el peso, índice de masa corporal (IMC) y MNA (forma convencional) con el peso, IMC y MNA calculados con la fórmula de Chumlea.

**Resultados:** Se incluyeron 82 pacientes con una edad media de 83,63 años, 61% mujeres, con un índice de Charlson medio de 1,99, índice de Barthel medio de 86,12 y el 87,8% vivían en su domicilio. Todos ingresaron por causa médica. El peso medio fue de 61,46 kilos, el IMC de 25,36 y el resultado medio del MNA de 23,30 puntos. Con

el cálculo mediante la fórmula de Chumlea el peso medio fue de 54,05 kilos, el IMC medio de 22,30 y el resultado medio del MNA de 22,73. En la comparación de los tres parámetros hemos encontrado diferencias significativas ( $p < 0,001$ ).

**Conclusiones:** La fórmula de Chumlea no nos ha sido útil para el cálculo del peso, IMC y MNA en ancianos ingresados.

#### P-094. PROPUESTA DE COLABORACIÓN ENTRE FARMACÉUTICOS EN LA EXTERNALIZACIÓN DE SERVICIOS ASISTENCIALES. LA EXPERIENCIA DE ATEPHAMA

R. Ramírez<sup>1</sup>, C. de Arriba<sup>2</sup> y S. Gómez<sup>1</sup>

<sup>1</sup>AFP Pharmaceutical Development. <sup>2</sup>Atepharma.

Las personas mayores de 65 años constituyen un grupo de gran importancia en la terapéutica actual, ya que representan del 10 al 25% de la población, consumen del 25 al 50% de los fármacos prescritos y son responsables del 75% del gasto farmacéutico. Esto hace que sea cada vez más importante la presencia de un farmacéutico en los centros sociosanitarios de mayores.

Atepharma como red de farmacéuticos autónomos abre un nuevo e innovador modelo para el ejercicio profesional, concretamente, presenta la externalización de los servicios farmacéuticos en las residencias de mayores, en los centros sociosanitarios, centros de día, y de la Atención Farmacéutica domiciliaria.

Atepharma propone la colaboración entre los farmacéuticos titulares de oficina de farmacia y farmacéuticos autónomos con formación específica en AF. Este trabajo en equipo conlleva una coordinación adecuada de sus integrantes, quedando así garantizada una correcta actuación tanto en la dispensación como en el seguimiento farmacoterapéutico de los pacientes.

Esta sinergia entre los titulares de OF y los farmacéuticos de Atepharma permite que, los pacientes institucionalizados y las personas dependientes que permanecen en sus domicilios, reciban Atención Farmacéutica.

Por otra parte, creemos que parte del éxito que ha logrado Atepharma, se debe a la independencia económica de nuestra red. En este sentido, cabe destacar que los farmacéuticos autónomos de Atepharma cobran a los titulares de OF en función del número de pacientes atendidos, y no en función de la facturación. Esta independencia económica hace que se disminuya el gasto farmacéutico de manera muy significativa.

Actualmente, son más de 6.000 pacientes en toda España los que están recibiendo atención farmacéutica por parte de los farmacéuticos autónomos que componen nuestra red. Concretamente el servicio está ya implantado en 11 CCAA.

Nuestro modelo de trabajo está siendo ampliamente reconocido y prueba de ello son los múltiples cursos de formación a directores de residencias, médicos, enfermeras y auxiliares que se nos están solicitando y los convenios de colaboración de nuestra empresa con diferentes universidades.

**Conclusión:** Esta metodología de trabajo establece un nuevo paradigma de la profesión farmacéutica.

#### P-095. LA ASISTENCIA GERIÁTRICA ESPECIALIZADA EN CASTILLA Y LEÓN DESPUÉS DE 24 AÑOS

F. Prado<sup>1</sup>, M. Guerrero<sup>2</sup>, M. Macías<sup>2</sup>, A. Muñoz<sup>2</sup>, E. Ridruejo<sup>2</sup> y R. Rodríguez<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Hospital General. Segovia. <sup>2</sup>Servicio de Geriátría. Complejo Hospitalario de Segovia. Segovia.

**Objetivo:** Estudiar el desarrollo de la Asistencia Geriátrica Especializada en Castilla y León desde su comienzo en 1986.

**Material y métodos:** Recogida de datos de las memorias de los Hospitales Públicos Estudio descriptivo.

**Resultados:** De los 14 Hospitales públicos, solo 2 disponen de Servicio de Geriátría-Segovia, Soria. En otros 11 existen EVCG, incompletos, con actividades básicas como consulta e interconsultas predominantemente a los fracturados de cadera. Algunos equipos están integrados o supeditados a Medicina Interna, y ocasionalmente llevan camas. Segovia lleva la unidad de Cuidados Paliativos Hospitalarios. Solo uno está acreditado para la docencia (Segovia) desde 2003 y recientemente León (2009).

**Conclusiones:** 1. El desarrollo de la asistencia geriátrica especializada en Castilla y León ha sido lento, irregular a insuficiente y no es acorde con la Comunidad que tiene el mayor índice de envejecimiento (22,5%) del País. 2. No existe un solo Servicio de Geriátría con todos sus niveles asistenciales y las plantillas son deficitarias. 3. Solo existe 1 Servicio acreditado para la docencia, y la reciente acreditación de docencia a León en 2009. Solo podrán formar 2 geriatras al año. 4. Las dificultades para el desempeño de la actividad habitual son frecuentes y la sensibilidad de la Administración hacia la Geriátría, escasa. 5. Se sigue apostando por EVCG, contrariamente a las propuestas de las Sociedades Científicas, los Geriatras y la evidencia Científica de crear Servicios de Geriátría.

#### P-096. UNIDAD DE ICTUS DEPENDIENTE DE UN SERVICIO DE GERIATRÍA. DIMENSIONES EN FUNCIÓN DE NECESIDADES

J.J. Solano Jaurrieta, F. Suárez García, M. Fernández Fernández, M. Bermúdez Menéndez de la Granda, J.M. Arche Coto y E. San Cristóbal Velasco

Hospital Monte Naranco. Oviedo.

**Objetivo:** Conocer las dimensiones estructurales de una unidad dirigida al tratamiento integral del ictus en pacientes ancianos, con componente agudo y rehabilitador.

**Método:** Para el cálculo del volumen potencial de casos se utilizaron datos históricos relativos a la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) correspondientes al año 2007. Se definieron como casos potenciales aquellos con códigos relacionados con enfermedad cerebrovascular (Códigos 430,00 a 438,90) que causaron ingreso en el servicio de Neurología del Hospital Universitario Central de Asturias, y sobre los que no se llevó a cabo procedimiento especial alguno. El cálculo del número de camas necesarias se realizó para una ocupación del 85% y una estancia media de 14 días.

**Resultados:** 1. Para mayores de 65 años el número de casos fue de 860 (855 no invasivos). 2. Para mayores de 70 años el número de casos fue de 658 (643 no invasivos). 3. Para mayores de 74 años el número de casos fue de 571 (555 no invasivos). 4. Para mayores de 80 años el número de casos fue de 436 casos (435 no invasivos).

En el primer caso la unidad quedaría constituida por 39 camas, en el segundo por 29, en el tercero por 25 camas y en el último por 20.

**Conclusiones:** La proporción de casos sometidos a procedimientos especiales es muy baja para todos los cortes de edad (99% de los casos no invasivos), lo que incrementa el interés de desarrollar unidades de contenido funcional y dirigidas a un manejo adecuado de la complicaciones médicas asociadas al ictus, como las unidades de ictus dependientes de Servicios de Geriátría. Para un área como la nuestra (400.000 habitantes de cobertura aproximadamente, con un 20% de envejecimiento) su dimensión puede establecerse entre 20 y 40 camas, dependiendo del corte de edad que se establezca.

#### P-097. CUMPLIMIENTO EN LA ADMINISTRACIÓN DEL TRATAMIENTO PARA LA OSTEOPOROSIS (OP)

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

**Introducción:** En el 51º Congreso de la Sociedad Española de Geriátría y Gerontología celebrado en Bilbao en junio del 2009, la "Unitat d'Atenció Domiciliaria Geriàtrica" (UADG) de Barcelona ciudad, pre-

sentó un póster sobre: "Riesgo De Fractura Por Osteoporosis en Población Anciana Institucionalizada". En este estudio observamos que el personal encargado de administrar la medicación para la OP desconoce el procedimiento de su administración, por lo que su efectividad queda en evidencia. La UADG explicó las pautas correctas de administración.

**Objetivos:** 1. 2009: Evaluar el cumplimiento y adecuada administración del tratamiento para la OP. 2. 2010: Comprobar si las recomendaciones y educación sanitaria sobre la correcta administración han sido efectivas.

**Diseño:** Estudio descriptivo transversal.

**Muestra:** 406 residentes de 8 RG valorados por la UADG. Se pasó el cuestionario a 140 residentes.

**Material y métodos:** Encuesta elaborada por la UADG (asesorados por "Sanofi Aventis"). El período de estudio fue desde enero a mayo del 2009. Encuesta telefónica en marzo del 2010. *Instrumentos utilizados:* Historia clínica geriátrica de la UADG. Encuesta de 7 ítems que preguntaba: Toma medicación para la OP (si, no). Qué medicación toma (Actonel, Acrel, Ac. Alendrónico, Ca, Ca + D, Natecal D). Cuando se dio la medicación (con la comida, 1/2 h antes de la comida, 1/2 h después de la comida). Posición de la persona cuando toma la medicación (de pie, sentado, acostado). Lo toma de forma concomitante con otro tratamiento (si, no). *Procedimiento:* Pasar la encuesta al residente y a la enfermera de la RG. Sesiones informativas sobre las pautas correctas de la administración. Comprobación, al año, del cumplimiento de las recomendaciones mediante encuesta telefónica.

**Resultados:** 5 RG (62,5%) dan la medicación de forma incorrecta (con la comida, sentados porque están comiendo y junto con el resto del tratamiento). Un año después solo una RG (12,5%) lo sigue administrando de forma incorrecta en cuanto a la posición de la persona (acostado).

**Conclusiones:** Es imprescindible la valoración geriátrica integral individualizada. Es necesario instruir, formar e informar al personal de las RG como se debe administrar correctamente los fármacos. Este estudio nos ha planteado la duda de la correcta administración de la medicación con requerimientos especiales.

#### P-098. AMLODIPINO-ATORVASTATINA EN PACIENTES VARONES MAYORES DE 65 AÑOS HIPERTENSOS-DISLIPÉMICOS: EFICACIA Y TOLERANCIA

I. Galera<sup>1</sup>, J. Martínez Asensio<sup>2</sup>, M. Castejon<sup>3</sup>, J. Alemán<sup>1</sup> y A. Mondejar Ortega<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Centro de Salud de Santa María de Gracia Murcia. Murcia. <sup>2</sup>Centro de Salud el Ranero Murcia. Murcia. <sup>3</sup>Centro de Salud Sangonera la Verde. Murcia.

El amlodipino/atorvastatina es un producto de combinación cuyo objetivo es tratar condiciones cardiovasculares concomitantes, hipertensión y dislipémia.

**Objetivos:** La evaluación terapéutica y tolerancia a este compuesto, en la práctica clínica diaria en el ámbito de la Atención Primaria en un grupo de pacientes de edad avanzada. *Criterios de Inclusión fueron:* ser pacientes varones con 65 o más años, dislipémicos e hipertensos con cifras mal controladas y en tratamiento farmacológico previo al menos durante tres meses. *Criterios de exclusión:* fueron haber padecido de Infarto de miocardio (IAM), Accidente Cerebro Vascular (ACV), Cardiopatía Isquémica (CI), Insuficiencia cardiaca (ICC), Arritmias (AC) y una Enfermedad Terminal (ET), también no se incluyeron aquellos pacientes que presentaron antecedentes de alergia o intolerancia a alguno de estos dos fármacos. Se incluyeron 35 pacientes varones, hipertensos-dislipémicos con edades comprendidas entre 65 y 79 años, con niveles de C-total (238 mg/dL  $\leq$  6,2 mmol/l) y cifras de TA (146/93 mmHg). Se inició el tratamiento con Amlodipino 10 mgs + Atorvastatina 10 mgs en un solo comprimido una vez al día, facilitándoles en este momento una cita posterior para evaluar posi-

bles efectos adversos y la cumplimentación terapéutica a las 4 semanas. Posteriormente se les evaluó a las 12 y 24 semanas, también revisando sus cifras analíticas y de TA.

**Resultados:** Los resultados obtenidos a las 24 semanas fueron un descenso de C-total superior al 16% (200,3 mg/dL  $\leq$  5,2 mmol/l) y de las cifras de TA entre un 9-15% para la TAS y TAD respectivamente (131/79 mmHg). *Los efectos adversos encontrados fueron:* rubefacción y edemas maleorares (1 paciente) antes de la 4ª semana, y elevación de la Creatinina (1 paciente), en el 2º control (12 semanas), ambos se resolvieron con la retirada del fármaco.

En definitiva, la asociación Amlodipino + Atorvastatina es una alternativa terapéutica eficaz y bien tolerada a tener en cuenta en los pacientes mayores con varios factores de riesgo cardiovascular.

#### P-099. FORMACIÓN A MÉDICOS PARA OPTIMIZAR LA PRESCRIPCIÓN DE FÁRMACOS POTENCIALMENTE INADECUADOS

M.D.P. Sáez López, A. López Sáez, S. Paniagua Tejo, S. Jiménez Mola, T. Hernández Jiménez e I. Romero Mayoral  
Complejo Asistencial de Ávila. Ávila.

**Objetivos:** 1. Optimizar la prescripción de medicamentos potencialmente inadecuados. 2. Estimar la prevalencia de utilización de medicamentos potencialmente inadecuados sonal prescriptor.

**Método:** Estudio descriptivo realizado en dos períodos antes y después de una intervención formativa. En un primer período se incluyó a los pacientes mayores de 65 años que ingresaron en el hospital en junio de 2008. De estos pacientes se estudió la farmacoterapia recibida de los fármacos potencialmente inadecuados de la lista de Beers adaptada a la práctica asistencial en España. Posteriormente se realiza una sesión clínica hospitalaria y se distribuye un tríptico informativo a los médicos responsables, sobre los resultados del estudio y pautas para mejorar la prescripción en el anciano. En febrero de 2009 se estudió de nuevo a cuántos pacientes mayores de 65 años se les prescribía alguno de los fármacos potencialmente inadecuados, y se comparó el efecto de la formación impartida.

**Resultados:** Comparando las poblaciones de los dos períodos, no se encontró diferencia significativa en cuanto a la edad de los pacientes, sexo, ni porcentaje de pacientes con prescripción de fármacos potencialmente inadecuados (18,7%-20,5%). Los servicios de MI, Traumatología y Cirugía fueron los que más fármacos inadecuados prescribieron. La estancia media de los pacientes que toman fármacos inadecuados es muy superior a la del resto de pacientes ingresados (seis días más). El 10% de los pacientes que tomaron fármacos inadecuados estaban previamente institucionalizados y casi la mitad de ellos habían ingresado una o más veces en el hospital el año anterior. Aproximadamente el 70% de los problemas relacionados con medicamentos identificados se relacionan con 4 fármacos (sulfato ferroso > 325 mg/día: 20-25%; Digoxina > 0,125 mg/día en pacientes sin FA: 24-25%; Meperidina 13-14% y Doxazosina 10,9-11%).

**Conclusiones:** 1. Es importante mejorar la formación del personal prescriptor para optimizar el tratamiento de ancianos. 2. La formación mediante una sesión clínica y un tríptico informativo ha demostrado baja eficacia. 3. Un método de formación con visitas educativas y recordatorios a grupos pequeños, con intervenciones multifactoriales puede ser más efectivo.

#### P-100. EL TEST DEL RELOJ COMO HERRAMIENTA DE CRIBADO

J.I. Benages Navarro, M. Divi Castellon, R. Borruco Jiménez, R. García Mellado, M. Catlla Flix y X. Soria Badia  
CSS Palau. Barcelona.

**Objetivos:** Comprobar la sensibilidad del Test del Reloj, como herramienta de cribado en nuestra Unidad de Hospital de Día con los pacientes que padecen deterioro cognitivo.



**Material y método:** En un estudio retrospectivo, se evalúan 100 dibujos de reloj al azar de entre los pacientes que han ingresado en nuestra Unidad de Hospital de Día desde 2008. Se comprueba la puntuación obtenida en los relojes según los criterios de Cacho. Se evalúan también diferentes aspectos de la construcción del reloj para determinar cuáles son los errores más frecuentes y sus posibles relaciones. Se obtiene la puntuación en la Escala Global de Deterioro (Reisberg) en concordancia con la valoración neuropsicológica formal que se administra por defecto a todos los pacientes ingresados y que contiene resultados de memoria (verbal de fijación, remota, reconocimiento, demorada e inmediata), denominación, praxis (constructivas e ideomotrices) gnosias visuales (integración y percepción) y fluencias (fonética y semántica) como predictor de deterioro frontal.

**Resultados:** Tomando como puntos de corte las puntuaciones de 7 (o menor) para el reloj y 3 (o mayor) para la escala GDS (los cuales son considerados habitualmente como indicadores de deterioro), se aprecia que no hay diferencias significativas en cuanto a la coincidencia de deterioro en ambas distribuciones con un alto nivel de detección de pacientes con deterioro. La tabla de contingencia muestra casos de pacientes con deterioro que no son detectados por el test del reloj y que coinciden mayoritariamente con pacientes que mantienen preservadas las Praxias y las Gnosias visuales en general. Las alteraciones más observadas en la construcción del reloj, se centran en la distribución de los números en la esfera, la ubicación errónea de las manecillas y concretamente la minutería. La proporción de las manecillas también es uno de los errores frecuentes. Todos estos errores son de tipo constructivo y espacial.

**Conclusión:** El test del reloj es sensible como herramienta de cribado para la detección de deterioro cognitivo y creemos que debe formar parte de todas las baterías de evaluación cognitiva por su sencillez y la riqueza de información que aporta.

#### P-101. PERFIL DEL PACIENTE REMITIDO A LA CONSULTA EXTERNA DE GERIATRÍA: DE NUEVO "FENÓMENO ICEBERG"

R. Pérez Zuazo, J. Molpeceres García del Pozo, J. Pérez Muñoz y A. Fernández-Torija Oyón  
Hospital de la Rioja. Logroño.

**Objetivo:** Conocer las características de 192 pacientes derivados a la consulta externa de geriatría.

**Método:** Descriptivo retrospectivo.

**Resultados:** En un 69,79% de los casos se trata de una mujer, de edad media 83,40 años. remitida a la consulta externa de geriatría desde atención primaria (83,33% vs 6,25% urgencias y 10,42% atención especializada), con una dependencia funcional leve (Índice de Barthel: 75,49/100), deterioro cognitivo leve (Escala Mental de la Cruz Roja: 2,36), que vive en domicilio sin ayuda oficial (49,46% vs 41,40% con ayuda y residencia 9,14%), con comorbilidad (Índice de Charlson 4,31), que toma casi 5 fármacos al día (4,90). El motivo de la derivación más frecuente es para una valoración cognitiva (59,38%), el segundo en frecuencia es para valoración clínica específica (26,04%). En este caso, el 14% de los pacientes ingresan directamente para estudio y/o tratamiento en la Unidad Geriátrica de Agudos. Un 11,98% de las derivaciones es específicamente para visado y un 2,60% para valoración funcional.

**Conclusiones:** Se observa que además de estudiar el motivo de la derivación, al hacer una valoración geriátrica integral, el paciente precisa de intervenciones en otros aspectos añadidos a los motivos de derivación: una evaluación clínica (29,69%), valoración nutricional (3,65%), prescripción de ayuda técnica-valoración funcional (10,42%), cognitiva (6,8%) y valoración social (10,42%), que hasta entonces había pasado desapercibida.

#### P-102. PREVALENCIA DE LA INCONTINENCIA URINARIA EN ESPAÑA: REVISIÓN SISTEMÁTICA

C. Verdejo Bravo, A. Díaz Rodríguez, F. Brenes Bermúdez, M.J. Cancelo Hidalgo, A. López Rocha y J. Salinas Casado  
Observatorio Nacional de Incontinencia.

**Objetivos:** Realizar una revisión bibliográfica de los estudios de prevalencia de Incontinencia Urinaria publicados en España en los últimos 10 años.

**Método:** Búsqueda sistemática. Selección: 1. estudios epidemiológicos de prevalencia de incontinencia urinaria; 2. realizados en España; 3. publicados en los últimos 10 años; 4. población > 18 años; 4. fuentes de búsqueda: Medline, Embase, Cochrane, metabuscadores (Dogpile, Metacrawler).

**Resultados:** Se incluyeron 16 estudios y sus referencias bibliográficas:

Autor	Muestra	N	Prevalencia IU
Rebollo P	Revisión IU en mujeres	20-50%	
Nieto E	Mujeres 40-65 años	485	15,40%
Modroño MJ	Mujeres 18-65 años	436	20%
Flores G	Mujeres en edad laboral	751	33,20%
Hunskaar S	Mujeres Europeas > 18 años	17.080	35% Global (23% España)
Ballester A	Mujeres 20-64 años	115	34,90%
Martínez-Escoriza JC	Mujeres consultas ginecología	639	39,97%
Sánchez M	Mujeres > 18 años	354	39,80%
Damián M	> 65 años no institucionalizada	589	15,5% Global 16,1% Mujeres 14,4% Varones
Sánchez	> 60 años	400	43,3% mujeres 23,9% varones
Gavira FJ	> 65 años	827	36% Global 42% Mujeres 29% Varones
Dios JM	> 64 años	350	35,14% Goblal 38-51% Mujeres 15-28% Varones
Zunzunegui MV	> 65 años	1.150	30% mujeres; 14% varones
Gavira FJ	> 65 años	827	Global 46%
Martínez-Agulló E	> 65 años institucionalizados	996	44,58%
Estudio Cooperativo EPICC			(V: 30,11%; M: 50,21%)
España M.	Población Cataluña > 15 años	15.926	7,95 (V: 3,6%; M: 12,2%)

**Conclusiones:** 1. Se encontró una elevada heterogeneidad en las cifras de prevalencia, entre los estudios seleccionados. 2. La prevalencia de la incontinencia urinaria en España varía en función de la edad y del sexo. Aumenta con la edad y es más frecuente en la mujer. 3. Se puede estimar una prevalencia para la mujer anciana (> 65 años) de hasta un 50%. 4. En los varones ancianos (> 65 años) la prevalencia es del 14-29%, llegando a ser mayor del 50% en los varones con más de 85 años y en los ancianos institucionalizados. 5. En los últimos años ha ido en aumento el número de pacientes diagnosticados de incontinencia urinaria.

#### P-103. PREVALENCIA DE DESNUTRICIÓN EN UNA UNIDAD DE LARGA ESTANCIA Y FACTORES RELACIONADOS

R. Lara Reina, S. Aguilá Soriano, M.I. Castarlenas Sancho, N. Vidal Picó, F. Bistuer Perera y O. Vázquez Ibar  
Centre Fòrum Hospital del Mar. Barcelona.

**Objetivo:** Analizar la prevalencia de desnutrición en una unidad de larga estancia y los factores relacionados.

**Método:** Estudio transversal que valoró 84 pacientes ingresados en una unidad de larga estancia. Se excluyeron 13 pacientes bien por

situación de últimos días (4), nutrición enteral (7), no se pudo recoger datos (2), quedando 71 para el estudio. *Se registraron las siguientes variables:* edad, sexo, Barthel, MMSE, Charlson, IMC, diagnóstico principal médico y de enfermería. A todos se les pasó el cuestionario de estado nutricional Mininutricional Assessment MNA, considerando la presencia de malnutrición si MNA < 17, se valoró la ingesta, y la indicación de suplementos proteicos.

**Resultados:** Se analizó a 71 pacientes: el 84,5% tenían > 75 años, el 57,7% eran mujeres, el 40,8% presentaban Barthel < 20 y el 42,2% un MMSE < 14, en el 57,7% el diagnóstico principal de enfermería fue: incapacidad para mantener el desarrollo personal, mientras que el dx médico principal fue demencia en el 60,7%. Charlson 32 en el 56,3%. El 39,4% presentó un MNA < 17 (malnutrición). Cuando se analizaron los factores relacionados con la presencia de desnutrición se observó que existía significación estadística con: I barthel < 20 ( $p < 0.001$ ), edad > 85 años ( $p < 0,001$ ), MMSE < 14 ( $p < 0,001$ ), dx de demencia ( $p = 0,002$ ). No se hallaron diferencias significativas en el sexo, diagnósticos de enfermería, la indicación de suplemento proteico, o la ingesta diaria.

**Conclusión:** La prevalencia de desnutrición detectada a través de MNA en nuestra unidad de larga estancia es alta. Los pacientes más ancianos, dependientes, con deterioro cognitivo más severo y habitualmente con el dx principal de demencia son los que presentan más prevalencia de desnutrición, independientemente de la ingesta diaria o la administración de suplemento proteico.

#### P-104. AGITACIÓN COMO SÍNTOMA CONDUCTUAL EN PACIENTES INCLUIDOS EN ATENCIÓN DOMICILIARIA

I. Ortega Fernández, F.J. Soria Perdomo, C. Massegú Serra, P. Gil Gregorio y J.M. Ribera Casado  
*Hospital Clínico San Carlos. Madrid.*

**Objetivo:** Determinar la frecuencia de presentación de síntomas de agitación en pacientes con demencia seguidos en sus domicilios, a través del uso del Inventario de Agitación de Cohen Mansfield.

**Materiales y métodos:** Se trata de un estudio descriptivo, de corte transversal a través de la aplicación del inventario de agitación de Cohen Mansfield a pacientes con demencia estadio severo GDS 6-7 incluidos en el programa de Ayuda a Domicilio. Se realizaron 68 entrevistas a cuidadores respecto a las conductas observadas en el paciente en las últimas dos semanas.

**Resultados:** Edad media  $87,1 \pm 7,4$  años, el 72,1% (49 pacientes) eran mujeres; tiempo promedio de seguimiento 19,8 meses. Los resultados del inventario Cohen Mansfield determinaron que el 11,7% de los pacientes no presentaban ningún tipo de síntoma relacionado a agitación. Por otra parte los síntomas más frecuentes fueron: 48,5% inquietud general; 47,1% negativismo; 41,2% quejándose; 41,2% con demanda continua o injustificada de ayuda; 36,7% con frases o preguntas repetitivas; 36,7% gritar; 25% agarrar a las personas; 25% maldecir; 25% caídas intencionadas; 23,5% pegar incluso a uno mismo; el resto de los síntomas se observaban en 22% o menos de los pacientes.

**Conclusiones:** 1. Casi nueve de cada diez pacientes con demencia presentaron síntomas relacionados con agitación, siendo los más frecuentes: inquietud, negativismo y quejas. 2. La utilización de este inventario permite la valoración de síntomas conductuales en los pacientes con demencia, y ayuda a la aplicación de terapias necesarias para mejorar la situación clínica y de convivencia de estos pacientes.

#### P-105. VALORACIÓN DEL DOLOR MEDIANTE LA ESCALA PAINAD EN PACIENTES CON DEMENCIA SEVERA

F.J. Soria Perdomo, I. Ortega Fernández, C. Massegú Serra, P. Gil Gregorio y J.M. Ribera Casado  
*Hospital Clínico San Carlos. Madrid.*

**Objetivo:** Cuantificar mediante la escala PAINAD la presencia de dolor en pacientes con demencia severa, incluidos en programa de Atención a Domicilio.

**Materiales y métodos:** Se trata de un estudio descriptivo, de corte transversal, donde se evalúan síntomas probables de dolor, en 68 pacientes con diagnóstico de demencia estadio severo GDS 6-7, seguidos en consultas domiciliarias; aplicando la escala de PAINAD, con ayuda de los cuidadores.

**Resultados:** Edad media  $87,1 \pm 7,4$  años, 49 mujeres (72%). El tiempo promedio de seguimiento fue de 19,8 meses. El resultado promedio de la aplicación de PAINAD fue de 3 puntos, 18 pacientes (26,5%) presentaban puntajes equivalentes a dolor leve (1-2); 10 pacientes (14,6%) con 3 puntos; 14 (20,6%) con 4 puntos y 14 (20,6%) pacientes con 5 puntos o más. 43 (63,2%) pacientes podían ser consolados con la voz o el contacto con la piel; 37 (54,4%) presentaban un lenguaje corporal tenso o incómodo; 31 (45,6%) presentaban expresión facial triste, mientras que 12 (17,6%) tenían muecas faciales más evidentes; 29 (42,6%) tenían alguna queja o sonido ocasional. En el 17,6% de los casos no se reportó ninguna queja.

**Conclusiones:** 1. La mayoría de los pacientes presentan algún tipo de queja relacionada a dolor. 2. Las señales más frecuentemente observadas fueron la capacidad para ser consolados y el lenguaje corporal. 3. Los cambios en la respiración se observaban con menor frecuencia. 4. Es muy compleja la interpretación de las manifestaciones de dolor en el paciente anciano con demencia, es por esto que es de vital importancia la aplicación de esta (y otras escalas) en este tipo de pacientes para ayudar a la aplicación de terapias adecuadas.

#### P-106. RECUPERACIÓN FUNCIONAL EN ANCIANOS FRÁGILES TRAS EL INGRESO EN UNA UNIDAD DE GERIATRÍA DE AGUDOS

M.A. Márquez Lorente, P. Puertas Broggi, M.D. Sánchez Rodríguez, O. Sabartés Fortuny, J. Gutiérrez Cebollada y M. Arellano Pérez  
*Unidad de Geriátría de Agudos. Hospital del Mar. Barcelona. Hospital de la Esperanza. Centro Fórum. Barcelona. Instituto de Atención Geriátrica i Sociosanitaria (IAGS). Parc de Salut Mar. Barcelona.*

**Objetivo:** Seleccionar las variables pronósticas de recuperación funcional en ancianos tras un ingreso en la Unidad de Geriátría de Agudos (UGA).

**Métodos:** Estudio prospectivo de todos los pacientes que tras su ingreso en la UGA presentaron una pérdida > 20% de su capacidad funcional previa, medida por el índice de Barthel (IB), y fueron derivados a la Unidad de Media Estancia (UME) con el objetivo de recuperación funcional. Se excluyeron del estudio aquellos que pacientes que en la UME fueron exitos o debieron ser trasladados a unidades de agudos. A los pacientes seleccionados se les determinó la pérdida funcional tras su ingreso en UGA y la recuperación funcional en la UME. 1. *Pérdida funcional:*  $(IB \text{ previo} - IB \text{ al alta de UGA} / IB \text{ previo}) \times 100$ . 2. *Recuperación funcional:*  $(IB \text{ al alta de UME} - IB \text{ al alta de UGA} / IB \text{ previo} - IB \text{ al alta de UGA}) \times 100$ . *Se determinó la relación existente con las siguientes variables:* edad, sexo, situación funcional previa al ingreso en UGA y al alta de UGA, medida por el IB, situación cognitiva, medida por el test de Pfeiffer (TP), estado nutricional (albúmina, colesterol) y aparición de inmovilidad y síndrome confusional agudo (SCA) durante el ingreso en UGA.

**Resultados:** De los 148 pacientes incluidos inicialmente fueron excluidos 20 (13,5%) por exitos y 18 (12,2%) por traslado a unidad de agudos, realizando el seguimiento completo a 110 pacientes con una edad media de 84,2 años. La recuperación funcional en la UME se relacionó de forma positiva con el IB al alta de UGA ( $p0,04$ ) y de forma negativa con la pérdida funcional al alta de UGA ( $p0,02$ ) y con el TP ( $p0,004$ ). No hubo relación con edad, sexo, estado nutricional, situación funcional previa ni con la aparición de inmovilidad o SCA durante su ingreso en la UGA.

**Conclusiones:** 1. La recuperación funcional en el anciano tras la hospitalización por patología aguda no viene determinada por su situación funcional previa sino por la pérdida funcional durante el proceso agudo y por su situación funcional tras la hospitalización.

2. La situación cognitiva influye de forma determinante en la recuperación funcional en el anciano.

#### P-107. UNIDAD DE GERIATRÍA EXTERNA: UN NUEVO RETO DE NUESTRA ESPECIALIDAD

B. Alvira Rasal, M. Herrera Abian, G. Megías Baeza, E. García Cómez y A. Moreno Collado

*Hospital Infanta Elena. Valdemoro.*

**Introducción:** Ante el creciente aumento de población institucionalizada en nuestro área se propuso crear una unidad de geriatría con el fin de prestar atención especializada en la propia residencia optimizando la asistencia al anciano.

**Objetivos:** 1. Evitar traslados del anciano frágil. 2. Controlar el gasto sociosanitario y optimizar los recursos. 3. Seguimiento de los pacientes por especialistas en Geriatría. 4. Realizar la asistencia geriátrica en la ubicación habitual del anciano. 5. Disminuir la polifarmacia innecesaria o perjudicial. 6. Pautar y vigilar los tratamientos paliativos ambulatorios. 7. Contribuir a la formación sanitaria del personal de las residencias.

**Metodología:** El Geriatra asignado realiza la visita en la Residencia a demanda del personal sanitario, lo que equivaldría a una atención ambulatoria especializada. Allí se efectúa una Valoración Geriátrica Integral (VGI), atención al Anciano Frágil y evaluación de los síndromes geriátricos. Se facilita soporte asistencial adicional mediante contacto telefónico.

**Resultados:** Reducción de las primeras consultas de Neurología y Traumatología entre un 45 y 50%. Se evalúa un total de 847 pacientes en 12 meses, evitando consultas de revisión en las siguientes áreas: Neurología 53%, Traumatología 27%, Nutrición 25%, Psiquiatría 13,5%, Cardiología 5%, Cuidados Paliativos 5%, otras 12%. Se retira medicación innecesaria en el 25% de los pacientes. Tramitación de gastrostomías en 26 pacientes. Reducción de traslados sanitarios.

**Conclusiones:** 1. Realizada VGI con atención continuada (presencial y telefónica). 2. Disminución de Consultas Externas de diversas especialidades. 3. Reducción de fármacos fútiles así como el gasto sanitario y efectos derivados de la polifarmacia. 4. Agilización de diferentes técnicas diagnóstico-terapéuticas. 5. Valoración positiva del servicio de Urgencias, por optimización de las derivaciones. 6. Satisfacción del propio anciano atendido en nuestra Unidad, de sus familiares y de los profesionales que los asisten diariamente.

#### P-108. CAÍDAS EN EL ÁMBITO RESIDENCIAL: ¿PODEMOS CONCLUIR SOBRE LOS FACTORES PREDISONENTES?

J.C. Sacedo Gómez, L. Carbonero de la Llave, J.R. Campos Dompiedo, L. Remondo García, M. Arroyo Zárate y F.J. García López  
*Mapfre Quavita. Santiago.*

**Objetivos:** 1. Describir la incidencia de caídas en el ámbito residencial; por totales, por sexo, por niveles de dependencia. Perfil tipo de usuarios de Centro vs. perfil usuarios que sufren caídas. 2. Describir qué actividades previas a la caída se estaban desarrollando y lugares más frecuentes. 3. Describir las consecuencias derivadas de las caídas.

**Método:** Estudio de corte transversal. Muestra de usuarios de 11 Centros residenciales privados de MAPFRE QUAVIATE con recurso de Centro de día integrado. *Total muestra:* 1.719 usuarios (31 de diciembre de 2009). *Total caídas registradas 2009:* 2.467 caídas (incluidas caídas de repetición). *Análisis estadísticos de los datos obtenidos de la herramienta informática de apoyo a la gestión MQ-GIA:* datos sociodemográficos (edad, sexo, estancia media de días en el Centro). Estudio del estado funcional y cognitivo de los usuarios que han sufrido al menos una caída en el Centro. Registro específico de Caídas.

**Resultados:** Incidencia de Caídas. Distribución en porcentajes para el total de la muestra, total por Centro y por perfiles de usuario. Incidencia caídas de repetición. Los lugares donde más frecuentemente se registran las caídas son el cuarto de baño y las habitaciones. Las caídas han sucedido cuando los usuarios se encontraban en el momento del aseo, el vestido, y al realizar transferencias.

**Conclusiones:** Entre las personas mayores institucionalizadas en las residencias de personas mayores se ha observado que el 50% caerán cada año y la mitad de los que lo hacen caen repetidamente, con una densidad de caída aproximada de 1,5 caídas por persona al año (*Falls in the Nursing Home: area they preventable?*; Rubenstein, L.Z. J. Am. Med. Dir. Assoc. 2005). Estudiando la realidad de las Caídas en 11 Centros residenciales de MAPFRE QUAVITAE queremos concluir sobre la importancia de su incidencia, sus consecuencias, los lugares en que acontecen y los factores de riesgo detectados, con el objetivo de diseñar protocolos ajustados a la realidad que atendemos, mejorando la calidad de la atención de las personas mayores en el ámbito residencial.

#### P-109. LA INGESTA DE SODIO NO SIEMPRE ESTÁ RELACIONADA CON EL INCREMENTO DE LA TENSIÓN ARTERIAL

A. Hernández Torres<sup>1</sup>, J.R. Ramón Giménez<sup>1</sup>, M.P. Vaquero<sup>2</sup>, A.M. Pérez-Granados<sup>2</sup>, A. García Matas<sup>3</sup> y E. Cuenca Giralde<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Instituto de Salud Carlos III. <sup>2</sup>Instituto del Frío (CSIC). <sup>3</sup>Inspección Médica (CACLM). <sup>4</sup>Asepeyo.

**Introducción:** Tratamientos hidropínicos con determinadas aguas mineromedicinales (AMM) y el propio ambiente balneario, influyen junto a la dieta y otros factores sobre la Tensión Arterial (TA) de los pacientes que acuden a Centros Balnearios. Desde hace una década, quedó demostrada la influencia de la balneoterapia con aguas sulfatadas administradas por vía tópica en la disminución estadísticamente significativa (d.e.s) de la TA entre un 8-13%, existiendo evidencia que la concentración de Radicales Libres de Oxígeno (RLOs) en plasma, particularmente peróxido de hidrógeno, guardan relación con la HTA Esencial. Por otra parte, se ha demostrado que las aguas duras ricas en sales cálcicas y magnésicas, reducen el riesgo cardiovascular y que el bicarbonato sódico en pacientes hipertensos disminuye la TA Sístólica (TAS), produciendo una menor secreción de aldosterona, lo que favorece la eliminación de sodio por orina.

**Objetivo:** Estudiar y comparar la respuesta de la TA de los pacientes antes y después de balneoterapia, con AMM bicarbonatadas-sulfatadas diferenciando las respuestas obtenidas en los pacientes normotensos e hipertensos.

**Material y métodos:** Se han analizado las historias clínicas y obtenido las TA de 120 voluntarios (edad 70 ± 0,5 años) del Programa de Termalismo Social del IMSERSO: 60 hombres, (22 hipertensos, edad 72 ± 0,5 años) y 60 mujeres (25 hipertensas, edad 66 ± 0,5 años) y 73 normotensos. Todos asistieron a un balneario de aguas bicarbonatadas-sulfatadas en tres épocas distintas del año. Se determinaron las TA al llegar al balneario y tras 14 días de tratamiento (hidropínico 2 litros/d y tópico, 15 minutos de balneoterapia/d), todos recibieron igual alimentación y ejercicio.

**Resultados:** La respuesta tensional postratamiento dependió de que fueran o no hipertensos. Se produjo disminución de la TAS ( $p < 0,01$ ) solo en los hombres hipertensos, e invariable la TA Diastólica (TAD), tanto en hombres como mujeres. Diferencia de las medias de TAS-E y TAS-S es 10 ± 3,32. Los pacientes normotensos no experimentaron ningún cambio significativo en sus tensiones a pesar de ingerir 80 mg/d de sodio.

**Conclusiones:** La composición aniónica del AMM bicarbonatada-sulfatada sódica condiciona la respuesta tensional a la crenoterapia, disminuyendo la TAS en varones hipertensos. Estos resultados se explicarían

por el moderado aporte de sodio del AMM y por la presencia de iones acompañantes, bicarbonato y magnesio, reductores de la TA.

#### P-110. ANEMIA, INSUFICIENCIA RENAL E INSUFICIENCIA CARDÍACA: TRIÁNGULO PATOLÓGICO

J.L. González Guerrero, T. Alonso Fernández, N. García Mayolín, M.C. Bermejo Matías, A.B. López Romero y J.M. Ribera Casado  
*Complejo Hospitalario de Cáceres. Cáceres.*

**Objetivo:** La coexistencia de anemia, insuficiencia renal (IR) e insuficiencia cardiaca (IC) ha sido descrita como un "triángulo patológico" que amplifica sus repercusiones sobre morbi-mortalidad. Esta entidad clínica se denomina síndrome cardiorrenal (SCR). El objetivo de este estudio es conocer las características de los pacientes con diagnóstico de IC que presentan conjuntamente anemia e IR (SCR).

**Método:** Estudio prospectivo encuadrado en un programa de seguimiento postalta hospitalaria de ancianos con IC desde un servicio de Geriátría. Se analizan las características clínicas de los pacientes según presenten o no SCR, definido por la presencia de anemia (Hb < 12 g/dL), IR (FG < 60 ml/min, mediante la fórmula de Cockcroft) e IC.

**Resultados:** 120 pacientes. Edad media 85 años (65-100). 73,3% mujeres. Se detectó SCR en el 44,2%, anemia en 50% e IR en 69,2%. El principal desencadenante de IC con SCR fue un nuevo proceso cardiaco (36,1 vs 26,3%); sin SCR fue un proceso febril/infección (45 vs 29,2%; p = 0,04). Existía relación significativa entre presencia de SCR y nivel educativo, IAM previo, etiología hipertensiva de IC y menor perímetro de cintura, y también con parámetros como PA sistólica y Pro-BNP al ingreso, y ácido úrico al alta. Respecto al tratamiento no hubo diferencias significativas, aunque se evidenció ante SCR mayor uso de b-bloqueantes (41,5 vs 28,4%).

**Conclusiones:** La presencia de SCR es frecuente entre pacientes ancianos con IC seguidos en un servicio de Geriátría. Es importante conocer las características de estos pacientes para mejorar su atención sanitaria.

#### P-111. PROGRAMA DE GESTIÓN DE LA INSUFICIENCIA CARDÍACA EN PACIENTES ANCIANOS TRAS EL ALTA HOSPITALARIA

J.L. González Guerrero<sup>1</sup>, T. Alonso Fernández<sup>1</sup>, N. García Mayolín<sup>1</sup>, L. García Martín<sup>1</sup> y J.M. Ribera Casado<sup>2</sup>  
<sup>1</sup>Complejo Hospitalario de Cáceres. Cáceres. <sup>2</sup>Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

**Objetivo:** El objetivo de este estudio es evaluar si la implantación de un programa de gestión de la insuficiencia cardiaca (IC) tras el alta hospitalaria reduce la tasa de reingresos y mortalidad en pacientes ancianos.

**Método:** Estudio prospectivo y randomizado. Se aleatorizó a 120 pacientes diagnosticados de IC e ingresados en el servicio de Geriátría del hospital de Cáceres. Se presentan los datos preliminares del estudio respecto a 45 pacientes que se asignaron a un programa de intervención y fueron seguidos durante un período de 12 meses en el Hospital de Día Geriátrico, y a 36 pacientes que recibieron la atención sanitaria habitual.

**Resultados:** La edad media fue 85 años (intervalo 65-100), con un 73,3% de mujeres. Tras un año de seguimiento se observó que en el grupo de intervención hubo menos pacientes con eventos (reingreso o muerte) comparado con el de control (21 vs. 26 pacientes), lo que supone una reducción del 48,9% (IC 95%: 1,17-7,57; p: 0,02), principalmente por una reducción de la mortalidad (IC 95%: 0,15-0,95; p: 0,04). Tras un año, la probabilidad de no haber padecido un evento era significativamente más alta en el grupo intervención que en el control (log rank 6,56; p: 0,01).

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

#### P-112. SÍNDROME METABÓLICO Y PARÁMETROS RELACIONADOS CON INSUFICIENCIA CARDÍACA EN PACIENTES ANCIANOS

T. Alonso Fernández<sup>1</sup>, J.L. González Guerrero<sup>1</sup>, N. García Mayolín<sup>1</sup>, M.C. Bermejo Matías<sup>1</sup>, A. Rodríguez Rosa<sup>1</sup> y J.M. Ribera Casado<sup>2</sup>  
<sup>1</sup>Complejo Hospitalario de Cáceres. Cáceres. <sup>2</sup>Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

**Objetivo:** El síndrome metabólico (SM) se está convirtiendo en uno de los principales problemas de salud pública del siglo XXI, y se ha puesto en relación epidemiológica con el riesgo de desarrollo de insuficiencia cardiaca, patología de creciente prevalencia en ancianos. El objetivo de este estudio es relacionar dichas patologías y conocer las características de los pacientes ancianos diagnosticados de IC y que presentan SM.

**Método:** Estudio prospectivo realizado en pacientes mayores de 65 años incluidos en un programa de seguimiento postalta de IC desarrollado en el ámbito de un servicio de Geriátría. Se presenta el análisis estadístico realizado con los datos clínicos de los pacientes que presentan SM según los criterios de la Federación Internacional de Diabetes.

**Resultados:** Se registraron 120 pacientes. La edad media fue 85,2 años (intervalo 65-100), con un 73,3% de mujeres. El 70,8% de la muestra cumplía los criterios de SM. Existía una relación significativa entre la presencia de SM y antecedente de diabetes y de tratamiento previo con antagonistas del receptor de angiotensina II, etiología hipertensiva de la IC, presión arterial sistólica más elevada, mayor índice de masa corporal y perímetro de la cintura, mayor filtrado glomerular, tratamiento con b-bloqueantes al alta y mayor puntuación en el cuestionario MLWHF (peor calidad de vida).

**Conclusión:** La presencia de SM es muy frecuente entre los pacientes ancianos con IC seguidos en un servicio de Geriátría. Es importante conocer las características de estos pacientes para mejorar su atención sanitaria.

#### P-113. ELECTROCARDIOGRAMA Y FUNCIÓN SISTÓLICA EN PACIENTES ANCIANOS CON INSUFICIENCIA CARDÍACA

M.A. Dávila Jerez, A. Rodríguez Rosa, A.B. López Romero, R. Lozano Lozano, T. Alonso Fernández y J.L. González Guerrero  
*Complejo Hospitalario de Cáceres. Cáceres.*

**Objetivo:** En la práctica clínica es importante identificar a los pacientes con insuficiencia cardiaca (IC) según tengan la función sistólica normal o disminuida. Se ha objetivado que a los pacientes ancianos con esta patología se les realiza en un menor porcentaje ecocardiograma. El objetivo de nuestro estudio es valorar si mediante el electrocardiograma (ECG) se pueden obtener datos para diferenciar entre una función sistólica disminuida (FSD) y una conservada (FSC) en pacientes ancianos con insuficiencia cardiaca (IC).

**Método:** Estudio prospectivo realizado en pacientes mayores de 65 años incluidos en un programa de seguimiento postalta de IC desarrollado en el ámbito de un servicio de Geriátría. De forma cegada respecto a los datos clínicos del paciente, 2 médicos del equipo informaron cada ECG y, en caso de duda o desacuerdo, era revisado por un cardiólogo. Se consideró disfunción sistólica una fracción de eyección del ventrículo izquierdo  $\leq 45\%$ , y alteraciones mayores en el ECG la existencia de fibrilación auricular, infarto de miocardio previo, hipertrofia VI, bloqueo de rama o eje izquierdo. Se presenta el análisis estadístico inferencial realizado con los datos clínicos de los 100 primeros pacientes incluidos.

**Resultados:** La edad media fue 85 años (intervalo 68-98), con un 76% de mujeres. El 25% de los pacientes tenían FSD, presentando el 92% alteraciones mayores en el ECG y ninguno un trazado normal. Del 75% de pacientes que tenían FSC, un 84% tenía ECG anormal, observándose alteraciones mayores en el 61,3%. Existía una relación significativa entre FSD y ECG anormal, alteraciones mayores en ECG, eje izquierdo y bloqueo de rama izquierda.

**Conclusión:** En nuestro estudio la presencia de un ECG normal excluye la posibilidad de IC con FSD. La existencia de alteraciones mayores en el ECG es más frecuente ante FSD. Un ECG anormal no supone la existencia de IC, pero es indicación de realizar un ecocardiograma.

#### P-114. SEDACIÓN EN PACIENTES ONCOLÓGICOS MAYORES DE 75 AÑOS

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

**Objetivos:** Analizar las características de los pacientes oncológicos mayores de 75 años que ingresaron en la Unidad de Cuidados Paliativos (UCPH) en un año y recibieron sedación.

**Material y métodos:** Se estudiaron todos los pacientes oncológicos mayores de 75 años ingresados en la UCPH del Hospital General de Segovia. Se recogió: sexo, edad, procedencia del ingreso, índice de Karnofsky, PapScore, estancia media, tipo de tumor, sedación, motivo de la sedación, fármacos empleados, vía de administración, duración, utilización de rescates farmacológicos y control sintomático.

**Resultados:** De los 58 pacientes mayores de 75 años ingresados en la Unidad, 30 pacientes recibieron sedación: 14 mujeres (46,7%), edad media  $\pm$  DS,  $83 \pm 5$  años y 16 varones (53,3%), edad media  $81,4 \pm 4$  años. Tenían un Karnofsky al ingreso  $\leq 40$  el 85%,  $>$  de 50 un 15%. Con un PapScore de: mujeres  $11,2 \pm 5,2$  y los varones  $10 \pm 4,4$ . Tipo de tumor: origen digestivo 26,7%, hematológicos 20%, pulmón 16,7%, renal/vías urinarias 13,3%, ginecológicos 10%, SNC 6,7%. *Motivo de la sedación:* disnea 36,7%, delirium 23,3%, agonía 20%, dolor 13,3%, hemoptisis masiva 3,3%, convulsiones 3,3%. *Vía de sedación:* sc el 73,3% de los pacientes y por vía iv el 26,7%. *Se empleó:* morfina 96,7%, midazolam 63,3%, buscapina 30%, hioscina 20%, haloperidol 1%, diazepam 1%. Necesitaron rescates de morfina el 50%, la dosis media fue de  $5 \pm 2,4$  mg de morfina sc. *Días totales de estancia fueron de:* mujer 16 días, varones 6 días  $\pm 16$ . *Duración de la sedación:* mujeres 2 días  $\pm 1,6$  y varones 3 días  $\pm 4$ . 2 pacientes fueron vistos por el médico de guardia por no control sintomático.

**Conclusiones:** 1. De los pacientes que necesitan iniciar sedación durante el ingreso tenían deterioro funcional severo antes de ingresar en la Unidad. 2. La mayor parte de los pacientes procedían del Servicio de Urgencias o ingresos programados desde la UCP domiciliarios. 3. La causa fundamental de sedación fue la disnea, seguida del delirium. 4. La vía fundamental del tratamiento fue la subcutánea y los fármacos más empleados la morfina y el midazolam. 5. Los rescates utilizados fueron mínimos, con un buen control sintomático del paciente.

#### P-115. FRACTURA DE CADERA: EVOLUCIÓN DE 3 GRUPOS DE EDAD DIFERENTES

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

**Objetivos:** 1. Observar el comportamiento a corto plazo de tres grupos de edad diferentes, en relación con la fractura de cadera. 2. Determinar la existencia de factores pronósticos funcionales y factores determinantes de la ubicación al alta.

**Método:** 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. *Variables:* edad, sexo, tipo de fractura, comorbilidad, I. Barthel ingreso y alta, situación cognoscitivo, ganancia funcional, destino previo y destino al alta, complicaciones, mortalidad. *Análisis estadístico:* Chi cuadrado.

**Resultados:** Total de fracturas: 116, Mujeres: 98. *Distribución de los tres grupos edad:* mayores de 91 años, 81-90, 71-80. Edad media 85 años (71-101). *Estancia media:* 15 días. Charson medio: 1,26, IB previo: 77,6 (15-100) IB alta: 33,2 (0-95) ECRM: 1 (0-5) Pfeiffer alta: 4 (0-10) Exitus: 2,6%. La fractura más frecuente fue la subcapital (47,9%) presentando mayor riesgo de upp, teniendo mayor deterioro funcional. En la fractura subtrocanterea existe desnutrición. en un 50%. La complicación más prevalente fue delirium: 31,6%, más frecuente en mujeres. En nuestra muestra los que tienen mejor situación funcional (61,18%) se van a casa frente al 25,2% que se va la residencia. Los que presentan mejor situación cognitiva se van a casa (92,9%) mientras que lo tienen peor se van a la residencia. Y los que tienen una menor comorbilidad van a su domicilio y los que la tienen elevada van a la residencia. La mayoría procede de su domicilio y regresa al mismo. Los pacientes con mayor complicación cardiaca se van al Hospital Sagrado Corazón de Jesús.

**Conclusiones:** 1. Fractura subtrocanterea factor de riesgo para desnutrición. 2. La situación funcional y cognitiva, así como el tipo de complicación intrahospitalaria, son determinantes del destino al alta. 3. La edad factor pronóstico para mortalidad y complicaciones intrahospitalaria. 4. Ni el tipo de fractura, ni las situaciones funcionales ni cognoscitivas, ni las complicaciones intrahospitalarias determinan una mayor mortalidad. 5. Si la mortalidad es marcador de efectividad clínica, buena efectividad del equipo de ortogeriatría.

#### P-116. MEJORA DE ATENCIÓN EN PERSONAS CON DEMENCIA: R.M. BENQUERENCIA (RMB)

R. Cifuentes Caceres, A. Cruz, M. Ortega, R. Díaz, M. García  
y A. Moreno  
*Hospital Virgen del Valle. Toledo.*

**Objetivo:** Dada la alta prevalencia de pacientes con deterioro cognitivo en los centros de Mayores (en la RMB: 51,5%), nuestro objetivo ha sido analizar la actividad asistencial realizada sobre este colectivo con el fin de ver en que aspectos del proceso de atención es necesario implementar o ampliar los programas de intervención.

**Método:** Se revisan todas las intervenciones realizadas por los distintos profesionales en cada ámbito de actuación de manera retrospectiva sobre los pacientes diagnosticados de demencia a uno de Enero del dos mil diez. Se analizan tipos de demencia, uso de fármacos antidemencia, tratamientos con psicofármacos en SCPD, actividades de fisioterapia (F.T.), enfermería, intervención psicológica, terapia ocupacional (T.O.).

**Resultados:** De 132 residentes en nuestra muestra 68 presentaban demencia (51%), media de edad de 85 a., mujeres 80% y hasta el 90% viudos/as o solteros/as. 95% dependencia entre moderada y total (IB). 35 casos estaban diagnosticados de DTA. 21 demencia vascular y 9 casos demencia mixta. El 96% estaban incluidos según MEC en demencia severa 68% y moderada 28%. Recibían tratamiento antide-mencia 31 pacientes. 85% de los casos se diagnosticaron SCPD y hasta en 20% más de tres. 75% precisaban tratamiento farmacológico para el control de síntomas, fármacos más usados trazadona y risperidona. Intervención psicológica consistía en medidas ambientales, conductuales, técnicas de apoyo al cuidador. Los programas de F.T. 42% movilidad en habitación; 26% programa de deambulacion; 28% recuperación funcional. Enfermería 70% prevención UPP, 47% intervención en problemas de nutrición, administración de fármacos y control de estreñimiento 100%. T.O. entrenamiento de ABVD 16%; estimulación cognitiva 33%; psicomotricidad 17%. Valoración integral

geriátrica y plan de intervención interdisciplinar consensuado con el paciente y/o con la familia en todos los pacientes.

**Conclusiones:** Alta prevalencia de demencia y dentro de ella de demencia vascular asociada a importante deterioro funcional y alta proporción de SCPD. Alto número de intervenciones interdisciplinares. Se plantea la realización de encuesta de satisfacción entre familiares, residentes y trabajadores para la implementación de los programas.

#### P-117. VALORACIÓN DEL GRADO DE DEPENDENCIA SEGÚN EL ÍNDICE DE BARTHEL AL ALTA EN UN SERVICIO DE GERIATRÍA

S. Solsona Fernández<sup>1</sup>, A. Martín Colmenero<sup>1</sup>, F. Chávez Dianderas<sup>1</sup>, T. Usieto Piedrafita<sup>1</sup>, R. Vial Escolano<sup>1</sup> e I. Aguilar Palacio<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Nuestra Señora de Gracia. Zaragoza. <sup>2</sup>Salud Pública Aragón.

**Objetivos:** 1. Estudiar la prevalencia, según el grado de dependencia al alta, de los pacientes ingresados en nuestro hospital. 2. Valorar si hay alguna patología que se asocie a mayor dependencia según el Índice de Barthel. 3. Observar si existe algún factor de riesgo relacionado con los diferentes grados de dependencia.

**Material y métodos:** Estudio descriptivo transversal. La muestra son pacientes (n = 300) ingresados entre el 1 julio y 31 Septiembre 2008 en Hospital San Jorge de Zaragoza. **Criterios inclusión:** Pacientes > 75 años con una patología aguda, y con IB > 20. **Variables:** socio-demográficas, procedencia, estancia media, motivo de ingreso, Índice de Barthel y diagnósticos. La muestra se dividió en cuatro grupos según grado de dependencia medido por el Índice de Barthel.

**Resultados:** Cumplían criterios de inclusión 112 pacientes. Se perdieron 24 (11 fallecidos y el resto no toda la información) (n = 88). Dependencia muy grave (5,68%): edad media 85,25 años. Todos varones. Estancia 21,20 días. Motivo ingreso: respiratorio, neurológico, psiquiátrico (20%). Diagnósticos: insuficiencia renal (60%) y delirio (40%). Dependencia grave (13,63%): edad media 83,13 años. Mujeres (58,3%). Estancia 21,75 días. Motivo ingreso: cardiológico (8,3%), psiquiátrico (16,7%) y otros (58,3%). Diagnósticos: anemia (41,7%) y depresión (25%). Dependencia moderada (34,09%): edad media 85,52 años. Mujeres (73,3%). Estancia 12,77 días. Motivo ingreso: neurológico (16,7%) y otros (40%). Diagnósticos: insuficiencia renal (30%) y anemia (60%). Dependencia leve (46,59%): edad media 83,65 años. Varones (41,5%). Estancia 10,71 días. Motivo ingreso: neurológico (14,6%), psiquiátrico (19,5%). Diagnósticos: insuficiencia respiratoria (22%) y anemia (36,6%). Al comparar los distintos grupos respecto a la capacidad funcional al alta, se observó una peor capacidad funcional en aquellos con estancias superiores a la media (> 14 días) existiendo diferencias significativas entre los grupos (p < 0,05). Esta relación se mantiene controlando por la variable sexo en los varones, pero no es estadísticamente significativa en las mujeres. No se encontraron diferencias entre los grupos para el motivo de ingreso ni por patologías.

**Conclusiones:** Un alto porcentaje de los pacientes presentaban un Índice de Barthel mayor de 60 al alta. La estancia media mayor de 14 días y el sexo masculino se relaciona con mayor dependencia en el momento del alta.

#### P-118. CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DE LOS PACIENTES CON DEMENCIA QUE FALLECEN EN UNA UNIDAD DE GERIATRÍA

J.F. García López, M.T. Gorrero López, M.E. González Medina, L.M. Ramos Ruiz, A. Salinas Barrionuevo y M.C. García López Hospital Civil de Málaga. Málaga.

**Introducción:** Las especiales características de fragilidad que definen al paciente geriátrico con demencia hacen que con cierta frecuencia

la descompensación de alguna de sus patologías conviertan el éxitus en el desenlace final de su hospitalización.

**Objetivos:** Establecer las características de los pacientes con demencia que han fallecido en una Unidad de Geriatria.

**Material y método:** Estudio descriptivo transversal de los informes de alta/éxitus de los pacientes fallecidos en nuestra Unidad durante los años 2008 y 2009. **Variables de estudio recogidas:** edad, sexo, estancia hospitalaria, motivo de ingreso, patología principal, tipo de demencia presente, número de medicamentos que tomaba regularmente antes del ingreso e índice de Barthel.

**Resultados:** Entre los años 2008 y 2009 se contabilizan 548 ingresos de los que 168 finalizan en éxitus. De estos fallecidos, 31 (18,5%) presentan el diagnóstico de demencia. Edad media 83,4 años. Por sexos 64,5% mujeres y 35,5% hombres; con una media de estancia hospitalaria de 12 días. Motivo de ingreso: disnea 35,5%, deterioro general 19,3%, disminución nivel de conciencia 6,5%, continuación de tratamiento 6,5%. Tipo de demencia: sin especificar/senil 42%, Alzheimer 29%, vascular/multiinfarto 25,8%. Diagnóstico principal: infección respiratoria 29%, infección urinaria 12,9%, demencia avanzada 12,9%. Patología asociada en 100% de casos. Media de patologías asociadas por paciente: 4,2. Media de fármacos previo al ingreso 4,6. Media Barthel: 39,6.

**Conclusiones:** El perfil de nuestro paciente con demencia que ha causado éxitus en nuestra unidad es el de una mujer en la mayoría de los casos con una edad media de 83 años, presentaba polifarmacia antes de su ingreso, una dependencia leve-moderada y pluripatología. Ha permanecido en nuestra unidad una media de 12 días previo a su fallecimiento. La neumonía o infecciones respiratorias son las patologías que han originado la mayoría de los ingresos y, a su vez, la mayoría de las defunciones. Es por tanto una de las principales causas de morbi-mortalidad hospitalaria en el paciente anciano con demencia.

#### P-119. PREVALENCIA DE LAS COMPLICACIONES EN DIABÉTICOS MAYORES DE 75 AÑOS

M.A. Lafarga Giribets, L. García Esteve, B. Manuel Martí, V. Martín Miguel, M.D. Rodrigo Claverol y B. Pérez Olano CAP Bordeta-Magraners. Lleida.

**Objetivos:** 1. Conocer la prevalencia de las complicaciones en diabéticos tipo 2 mayores de 75 años y su grado de control. 2. Describir sus antecedentes cardiovasculares.

**Metodología:** Estudio transversal mediante revisión de historias clínicas informatizadas de pacientes diabéticos de un área básica urbana durante noviembre 2009. Se estratifican según edad < 75 a/≥ 75 a. **Variables:** edad, sexo, antecedentes de hipertensión arterial (HTA), dislipemia, cardiopatía isquémica y obesidad. **Complicaciones:** nefropatía, retinopatía, neuropatía y pie diabético. **Medidas de control:** tabaco, ejercicio físico (EF), realización de fondo de ojo (FO) y ECG.

**Resultados:** Muestra = 683 diabéticos (36,3% edad ≥ 75 a.). Edad media: < 75 a: 59,88 ± 9; ≥ 75 a: 80,66 ± 4 años. Sexo: en ≥ 75 a: 36,2% hombres, 63,8% mujeres. En < 75 a: 55,9% hombres, 44,1% mujeres. **Antecedentes de HTA:** < 75 a: 61% (IC 95%, 56-65); ≥ 75a: 83% (IC 78-89), p < 0,000. **Dislipemia:** < 75 a: 52% (IC 47-56); ≥ 75 a: 43% (IC 36-50). C. isquémica: < 75 a: 9% (IC 4-13); ≥ 75 a: 19% (IC 13-24), p < 0,000. **Obesidad:** < 75 a: 51% (IC 46-55); ≥ 75 a: 36% (IC 29-42), p < 0,000. **Presencia de nefropatía:** < 75 a: 11% (IC 8-14); ≥ 75 a: 15% (IC 9-20), neuropatía < 75 a: 8% (IC 5-10), ≥ 75 a: 10% (IC 6-15), retinopatía: < 75 a: 13% (IC 10-17); ≥ 75 a: 12% (IC 7-17), pie diabético < 75 a: 2% (IC 0-3), ≥ 75 a: 3% (IC 1-6). **Tabaco:** < 75 a: 22% (IC 17-27); ≥ 75 a: 5% (IC 1-8), p < 0,000. **EF < 75 a:** 54% (IC 48-60); ≥ 75 a: 42% (IC 33-52). **Realización de FO < 75 a:** 77% (72-82); ≥ 75 a: 68% (59-76) p < 0,031, y ECG < 75 a: 5% (IC 2-8); ≥ 75 a: 11% (IC 5-17) p = 0,085.

**Conclusiones:** Los > 75 a presentan mayor prevalencia de HTA y c. isquémica pero menor de obesidad y dislipemia. La tasa de tabaquismo es significativamente menor en los  $\geq 75$  a y realizan menos EF. No existen diferencias en la aparición de complicaciones propias de la diabetes según la edad, pese a que los > 75 a tienen menores porcentajes de realización del FO. Sería prudente replantearse los programas dietéticos en los pacientes > 75 a e incidir más en el ejercicio físico.

#### P-120. UNIDAD DE ATENCIÓN A LAS RESIDENCIAS GERIÁTRICAS: ¿UN NUEVO CAMPO EN LA GERIATRÍA?

M. Ramos Cortés y A. de Tena Fontaneda  
Hospital del Sureste. Madrid.

**Objetivos:** 1. Dar a conocer la Unidad de Atención a las Residencias Geriátricas (UARG). 2. Describir las características de los pacientes valorados durante el primer año de funcionamiento.

**Material y método:** *Propósitos de la UARG:* Mantener relación estrecha entre el ámbito socio-sanitario y hospitalario; atención primaria y especializada. Seguimiento de pacientes institucionalizados. Evitar ingresos innecesarios y reingresos en hospital. Agilizar consultas externas y realización de pruebas diagnósticas sin necesidad de ingresar al residente. Apoyo sanitario a las residencias.

La actividad se desarrolla por la mañana de lunes a viernes mediante visitas periódicas a las residencias de la zona (Catorce: una completamente pública, nueve concertadas con la CAM y tres privadas. Con una población de más de 1500 personas) y apoyo telefónico diario. Se incluyen todos los pacientes vistos en la Unidad durante el primer año de funcionamiento (del 1-3-09 al 28-2-10). Se recogen variables demográficas, funcionales, clínicas y sociales. Y el motivo por el que se valoran. SPSS 15.0.

**Resultados:** Se recogieron 679 pacientes. El 74,4% fueron mujeres. La edad media fue de 84,32 (DE: 6,856). 76,3% eran dependientes para 2 o más ABVD. Sólo el 30,4% deambulaba sin apoyos. 54,5% no realizaba ninguna instrumental. Tenía demencia el 72,3% y el 16,5% en estadio severo. El motivo más frecuente de consulta fue seguimiento de pluripatología y pacientes crónicos (20,0%), seguido de agudos (17,5%), revisiones tras alta (9,3%), valoraciones nutricionales (8,8%), realización de informes (7,8%) y síntomas psicoconductuales asociados a demencia (7,7%).

**Conclusiones:** 1. Durante el primer año de funcionamiento de la UARG se han valorado un gran número de pacientes con patologías crónicas y limitación funcional sin necesidad de desplazarse al hospital y evitándose su ingreso. 2. La mayoría de las consultas de médicos de las residencias son por demencias y sus complicaciones. 3. Quedaría analizar si han disminuido las visitas a urgencias de este tipo de pacientes, pero en general parece que hemos abierto un nuevo campo para la Geriatria.

#### P-121. CINESITERAPIA EN GIMNASIO EN UNA UNIDAD DE SUBAGUDOS DE GERIATRÍA

L.J. Silveira Guijarro<sup>1</sup>, V. Domingo García<sup>1</sup>, N. Montero Fernández<sup>1</sup>, C. Osuna del Pozo<sup>1</sup>, F. Cuesta Triana<sup>2</sup> y J.A. Serra Rexach<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.  
<sup>2</sup>Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

**Objetivo:** Describir las características de los pacientes en los que se ha indicado tratamiento Rehabilitador específico en gimnasio en una Unidad de Subagudos de Geriatria (USA).

**Metodología:** Se incluyen en el estudio todos los pacientes ingresados en la USA durante el año 2009. Se describen las principales características de la muestra en relación con el grupo con indicación de cinesiterapia específica en gimnasio en función de variables demográficas, funcionales (Functional Ambulation Categories [FAC], Índice de Barthel [IB]) y sociales.

**Resultados:** N = 634 pacientes. Edad media de 85,21  $\pm$  30,6 años. Un 23% (N = 146) tuvieron indicación de cinesiterapia específica en gimnasio por el servicio de Rehabilitación. La edad media (82,74  $\pm$  7,2, [56-104]) fue menor que la del resto de ingresados, su situación funcional y de movilidad basal fue similar pero presentaban mayor deterioro funcional (IB basal-IB ingreso en USA: 44,51  $\pm$  26,6 vs 36,12  $\pm$  23, p < 0,001). También presentaron mayor déficit residual al alta (IB Basal-IB Alta USA: 25,47  $\pm$  26,9 vs 15,28  $\pm$  19,2; p < 0,001), mayor estancia tanto en unidades de agudos (Media 19,6  $\pm$  9,1 vs 12,0  $\pm$  4,1 días; p < 0,001) como en USA (media 23  $\pm$  12,2 vs 14  $\pm$  11,7 días, p < 0,001). Un 50% necesitó algún tipo de intervención social, siendo institucionalizados o trasladados a UME/ULE casi un 20%. Los que presentan una estancia media en USA menor de 2 semanas, tienen un menor deterioro funcional (IB basal-IB ingreso en USA: 35,39  $\pm$  27,1 vs 47,72  $\pm$  25,8; p < 0,001) y vuelven a su domicilio en mayor proporción (76% vs 62%; p < 0,001).

**Conclusiones:** La USA permite la recuperación funcional del anciano hospitalizado. Un 23% tuvo indicación de cinesiterapia específica en gimnasio, presentando al ingreso en USA mayor deterioro hospitalario funcional y de movilidad. Estas variables son las que asocian mayor estancia en USA y empleo de recursos socio-sanitarios al alta. Los pacientes que precisaron rehabilitación presentaron dos perfiles: 1. Deterioro hospitalario (funcional y de movilidad) leve-moderado al ingreso, con menor estancia media en USA y alta a domicilio. 2. Deterioro hospitalario (funcional y de movilidad) moderado-grave al ingreso, con mayor estancia media en USA y mayor necesidad de derivación a otros niveles asistenciales geriátricos.

#### P-122. REINGRESOS AL AÑO TRAS ALTA POR INSUFICIENCIA CARDÍACA DE UN SERVICIO DE GERIATRÍA. VARIABLES ASOCIADAS

F.M. Suárez García<sup>1</sup>, E. Delgado Parada<sup>2</sup>, V. López Gaona<sup>3</sup>, S. Gutiérrez Vara<sup>4</sup> y J.J. Solano Jaurrieta<sup>5</sup>

<sup>1</sup>Consejería de Salud del Principado de Asturias. Oviedo. <sup>2</sup>Hospital de Jario. Oviedo. <sup>3</sup>Centro Intergeneracional Ovida. Oviedo.

<sup>4</sup>Hospital del Bierzo. Oviedo. <sup>5</sup>Hospital Monte Naranco. Oviedo.

**Objetivo:** Identificar variables asociados con ingreso hospitalario por cualquier causa en el año siguiente a un alta por insuficiencia cardiaca.

**Método:** Cohorte prospectiva de pacientes con el diagnóstico de insuficiencia cardiaca según criterios de Framingham que ingresaron en una Unidad de Agudos de Geriatria (UGA) entre febrero y julio de 2007 (n: 162; 40,1% varones; edad 84,56  $\pm$  5,8). Se recogieron variables sociodemográficas, funcionales (Índice de Barthel e Índice de Lawton) y clínicas, incluyendo la comorbilidad (I. de Charlson), parámetros ecocardiográficos, analíticos y los fármacos al alta. Al año se identificó telefónicamente y mediante la revisión retrospectiva del Conjunto Mínimo Básico de Datos si los pacientes habían ingresado en un hospital por cualquier causa. Se excluyeron los pacientes que fallecieron durante la primera hospitalización (n: 4. y a los que se perdieron durante el seguimiento (n: 2). Se analizaron las características de los pacientes que tuvieron algún ingreso en los 12 meses siguientes al alta. Se utilizó la prueba de  $\chi^2$  (con corrección de Yates o sustituida por la prueba exacta de Fisher cuando alguna categoría tuvo un recuento inferior a 5 o 3 casos, respectivamente) y, en el caso de las variables cuantitativas se empleó la prueba ANOVA de una vía.

**Resultados:** La edad media de 84,6 años y el 60,3% eran mujeres. Un total de 48 pacientes fallecieron al año (30,8%) y 98 (62,8%) ingresaron en un hospital en año siguiente de recibir el alta. Al año esta cohorte generó 216 hospitalizaciones (media: 1,35) y 1.314 estancias (media: 8,2). Se asoció a ingreso en el año de seguimiento un índice de Charlson mayor de cinco (p: 0,01), un índice de Lawton menor de siete (p: 0,02). La edad, sexo, intervención de la unidad de trabajo

social durante el ingreso, la puntuación en el índice de Barthel, el NYHA, los parámetros ecocardiográficos y los fármacos al alta no mostraron asociación significativa.

**Conclusión:** La mayor comorbilidad y una mayor dependencia en las actividades instrumentales se asociaron a un mayor riesgo de reingreso al año del alta por insuficiencia cardiaca.

#### P-123. EL PACIENTE ORTOGERIÁTRICO EN LA UNIDAD DE CONVALECENCIA: COMPLICACIONES Y FUNCIONAMIENTO

M.T. Trullols Cardona

Sociosanitari El Carme (BSA).

**Objetivos:** Conocer el perfil de los pacientes ingresados en la Unidad de Media Estancia Orto geriátrica del sociosanitario *El Carme* durante el primer año de funcionamiento y analizar la relación entre las distintas variables.

**Método:** Estudio retrospectivo de 96 pacientes ingresados en la unidad para tratamiento rehabilitador desde Enero-Diciembre 2008. *Las variables:* sexo, edad, diagnóstico de ingreso, índice de Chalon abreviado, Barthel previo y al alta, complicaciones médicas y quirúrgicas, estancia media, ayudas técnicas y destino al alta. Para realizar el análisis estadístico se ha utilizado el programa SPSS 16 y para el análisis univariantes T de Student; ANOVA de un factor.

**Resultados:** Edad 79,76 años;  $\geq 85$  años; mujer 80,2%. *Diagnóstico principal:* fractura de fémur 52,1% y prótesis de rodilla 18,8%. I. Chalon abreviado alto  $> 3$  (16,67%). I. Barthel previo 86,82, y al de alta 76,15. Complicaciones un 75% de casos con una media de 1,52: Anemia 36,5%, Infección urinaria 27,1%, Alteraciones hidroelectrolíticas-metabólicas 19,8%, Desnutrición 19,8%, Delirium 16,7%, Infección respiratoria 11,5%, Insuficiencia cardiaca 11,5%, Complicaciones en relación a la fractura 10,4%. Ayudas técnicas: 43,8% caminador, 36,5% una muleta, el 10,4% no caminaron. Destino: 79,2% domicilio, 7,3% Larga Estancia, 7,3% trasladado a centro hospitalario, 5,2% residencia. El Barthel de alta  $< 40$  en sólo 11 pacientes, 7 eran  $> 85$  años (Chi cuadrado = 0,68;  $p = 0,40$ ). La diferencia de Barthel de alta en función del I. de Charlson previo no fue significativo ( $F = 2,65$ ;  $p = 0,07$ ). Los que tenían mayor comorbilidad presentaron más complicaciones ( $p < 0,05$ ). Los pacientes con Barthel previo  $< 90$  se recuperaron peor ( $p \leq 0,001$ ) y presentaron más complicaciones durante el ingreso ( $p < 0,05$ ) con respecto a los que tenían Barthel mayor.

**Resultados:** El diagnóstico principal de ingreso fue la fractura de fémur. La edad así como la comorbilidad previa, al contrario de lo que se podría esperar, no influyó en la recuperación, sin embargo los que tenían Barthel previo  $< 90$  se recuperaron peor. La complicación más frecuente fue la anemia (34,5%) resultado similar a estudios realizados en unidades ubicadas en hospital de agudos, en cambio el Delirium fue más bajo y podría estar relacionado con el hecho que el enfermo ingresa a los 8 o 15 días de la intervención.

#### P-124. EXPERIENCIA DE LA SECCIÓN DE GERIATRÍA DEL HOSPITAL DEL HENARES DESDE SU CREACIÓN

F. Coca Díaz, C. Castro Cristóbal, M. Madrigal López,

S. Bartolomé Blanco y R. Serrano Heranz

Hospital Henares. Madrid.

**Objetivo:** Describir las características basales de los ancianos ingresados en una Unidad Geriátrica de Agudos de nueva creación.

**Método:** Estudio longitudinal retrospectivo de todos los pacientes ingresados desde el inicio de la actividad asistencial en Marzo de 2008 hasta Febrero de 2010. Analizamos variables sociodemográficas, funcionalidad (Barthel), situación mental, comorbilidad, polifarmacia, reingresos, estancia media y mortalidad correspondientes a 2009.

**Resultados:** Analizamos 857 pacientes, con una mortalidad del 11%, estancia media 9,7 días. 227 pacientes pertenecen a 2008 (28,4 pacientes al mes), 525 a 2009 (43,8 por mes) y 105 a Enero-Febrero 2010. De los 525 pacientes de 2009 el 29,7% procedía de residencia, el 54,3% presentaba deterioro cognitivo, con un Índice de Barthel medio de  $54,3 \pm 34,6$ , siendo dependientes totales o severos (Barthel 0-35) el 37,8%. El 17,1% de los ingresos han sido por pacientes que han estado hospitalizados más de una vez en el mismo año. Tenemos un 5,9% de reingresos (ingresar en el primer mes del alta por el mismo motivo o consecuencia del mismo). La edad media fue de  $87,5 \pm 5$  años, tomaban una media de  $7,4 \pm 3,6$  fármacos y presentaban  $7,7 \pm 3,6$  comorbilidades. Las principales causas de ingreso han sido patología cardiorrespiratoria e infecciosa. Hemos mantenido una estancia media anual de 9,8 días (máximo en Febrero: 11,5; mínimo en Octubre: 7), con una media de 43,8 altas al mes. Mortalidad 10,5% (máxima en Febrero 18%; mínima en Agosto: 5%).

**Conclusiones:** Nuestros paciente suelen tener cerca de 90 años, proceden de domicilio, con alto porcentaje de deterioro cognitivo, dependencia total o severa, con mucha comorbilidad y polifarmacia. Estamos ofreciendo una atención geriátrica al perfil de pacientes que se beneficia de la misma, en un área sanitaria que no disponía de ello.

#### P-125. ASPECTOS SOCIALES E INCIDENCIA DE DISFAGIA EN PACIENTE GERIÁTRICOS INSTITUCIONALIZADOS CON ENFERMEDAD DE PARKINSON

M.A. Núñez Sánchez<sup>1</sup>, T. Pulido Cid<sup>2</sup>, F. Madruga Galán<sup>1</sup>,

A. Blanco Orenes<sup>1</sup> y A. Estrada Sánchez<sup>1</sup>

<sup>1</sup>SESCAM. <sup>2</sup>AstraZéneca.

**Introducción:** La Enfermedad de Parkinson está asociada a un importante y progresivo deterioro global afectando a la calidad de vida. Requiere en muchos casos institucionalización debido a su progresiva dependencia. Una alteración frecuente y no siempre bien evaluada es la disfagia, el logopeda utiliza técnicas útiles para estudiar la deglución.

**Objetivo:** Valorar la incidencia de disfagia en ancianos institucionalizados diagnosticados de Parkinson en el área de Talavera de la Reina, valorando los aspectos sociales y de calidad de vida.

**Método:** Recogida de datos en 65 pacientes de edades entre los 75 y 88 años. Incluyendo a pacientes con diagnóstico de Parkinson, de cualquier duración y tratamiento durante seis meses. Se incluyen todos los pacientes que presentan disfagia neurógena secundaria al Parkinson. Se realizó el test de deglución haciendo probar diferentes texturas valorando si con alguna hay riesgo de aspiración. Asimismo, la trabajadora social, valoraba, pasaba el cuestionario de calidad de vida.

**Resultados:** Un 61% presentaron alteraciones en la deglución con clínica respiratoria posterior que requirió tratamiento antibiótico, el 27% restante no presentó clínica respiratoria posterior al episodio. El 11% restante no reconoce episodios de disfagia. El 38% dice haber presentado el último mes episodios de atragantamiento durante el sueño haciéndoles despertar. En el test de calidad de vida, Los sujetos completaron su versión en español de la SF-12 encuestas de salud. Las puntuaciones más altas se presentaron en los vitalidad ( $31 \pm 10,9\%$ ), salud mental ( $29,7 \pm 12,5\%$ ) y la salud física ( $26,3 \pm 7\%$ ). La puntuación más baja fue dada a la función emocional ( $19,2 \pm 4\%$ ), el dolor corporal ( $18,6 \pm 4\%$ ) y la función social ( $17,1 \pm 4,5\%$ ).

**Conclusiones:** Las alteraciones deglutorias son frecuentes en los pacientes con Parkinson conllevando una importante morbilidad. Asimismo, un deterioro en la calidad de vida. Esta enfermedad provoca un deterioro en las funciones físicas, sociales y mentales afectando directamente a la calidad de vida. Por tanto, la evaluación de trastornos deglutorios en pacientes con Parkinson y la evaluación de la ca-



alidad de la vida deberían convertirse en una herramienta de uso habitual en nuestra práctica clínica.

#### P-126. ANEMIA HEMOLÍTICA AUTOINMUNE. CASO CLÍNICO

J.M. Brizuela Rodicio, I.C. Moura Nunes, L. Malanka, R. Pires, R. Mora y P. Vaz

*Centro Hospitalar do Nordeste-Unidade Hospitalar do Nordeste. Bragança.*

**Objetivo:** Se describe el caso clínico de un paciente con clínica variada, 4,3 g/ml de hemoglobina y 13,6% de hematocrito y que no pudo ser transfundido por presentar anticuerpos que imposibilitaban la transfusión.

**Métodos y resultado:** Hombre de 73 años que acudió al Servicio de Urgencias por astenia, anorexia y pérdida de peso desde hacía 5 meses; tos crónica; desde hacía un mes piel y escleróticas ictericas, heces y orina amarillentas; diarreas esporádicas y dolor intermitente en el flanco izquierdo en el último mes; cefaleas desde hacía 2-3 días. Historia de Diabetes Mellitus tipo 2, HTA, litiasis vesicular y úlcera gástrica. Presentaba piel y escleróticas ictericas; abdomen doloroso a la palpación en el hipocondrio derecho y en el flanco izquierdo; anemia macrocítica e hipocrómica (Hb: 4,3 g/dl; Hto: 13,6%) y elevación de VS, LDH, bilirrubina total, Bilirrubina directa y PCR. No fue transfundido por existir anticuerpos que imposibilitaban la transfusión, quedando ingresado en Medicina Interna para esclarecimiento del cuadro clínico.

En el Servicio de Medicina se diagnosticó anemia hemolítica autoinmune (anisocitosis con macrocitosis; COOMBS directo positivo e indirecto negativo; IgG e IgA disminuidas; C3 y C4 normales; Ac. irregulares anti-eritrócito negativos; Ac. Anti-eritrócito: positivo), insuficiencia mitral leve, litiasis vesicular, discreto derrame pericárdico, atelectasia basal derecha, discreto derrame pleural, ligera esplenomegalia y diverticulitis. El tratamiento de la AHAI consistió en Prednisolona 80 mg/día, oral (1 mg/kg/día), Ac. fólico (5 mg/día, oral), con mejoría paulatina de la anemia a partir del sexto día, iniciando desmame de prednisolona al 13º día de tratamiento. Tuvo alta hospitalaria a los 19 días del ingreso (con Hb: 11,3 g/dl, manteniendo 60 mg/día de prednisolona) para seguimiento en las consultas externas de Medicina y de Hematología. Alta definitiva a los 215 días de tratamiento, con Hb: 13,3; Hto: 39,3.

**Conclusión:** Las diversas causas de hemólisis hacen que sea muy importante hacer un buen estudio del paciente para averiguar la etiología: drogas, toxinas y enfermedades sistémicas.

#### P-127. CLOHIDRATO DE MIDODRINA COMO TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO EFICAZ EN EL MANEJO DEL SÍNCOPE Y CAÍDAS RECURRENTES DE PACIENTES ANCIANOS CON HIPOTENSIÓN ORTOSTÁTICA, SÍNDROME DEL SENO CAROTÍDEO O SÍNCOPE VASOCAGAL

A. Vilches Moraga<sup>1</sup>, M.I. Narro Vidal<sup>1</sup>, A.I. Ferrero Martínez<sup>1</sup>, D. Paling<sup>2</sup>, A. Oliver<sup>2</sup> y J. Staniland<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Complejo Hospitalario Universitario Vigo. Vigo. <sup>2</sup>Salford Royal Foundation NHS Trust. Manchester.

**Introducción:** La prevalencia del síncope y las caídas aumenta con la edad. El clorhidrato de midodrina (CM) es útil en la prevención del síncope en pacientes jóvenes pero su uso no ha sido estudiado en ancianos y se desconoce su tolerabilidad y perfil de seguridad a largo plazo.

**Objetivos:** La finalidad del estudio es documentar cambios en síntomas, dosis empleadas y reacciones adversas experimentadas por pacientes iniciados en CM para el tratamiento de síncope neurogénico.

**Material y métodos:** Incluimos prospectivamente 135 ancianos con una edad media de 84 años que recibieron CM después de una prueba basculante positiva o respuesta vasodepresora/mixta tras masaje

de seno carotídeo. Los pacientes fueron objeto de valoración geriátrica integral en una consulta monográfica de caídas y estudio según guías de práctica clínica.

**Resultados:** 3 de cada 4 pacientes ancianos iniciados en CM refirieron importante mejoría o desaparición completa de los síntomas. El 49% de los individuos obtuvieron una respuesta adecuada en 2,5 mg tres veces al día, y tan solo 4 pacientes precisaron dosis por encima de los 7,5 mg cada 8 horas. El HM fue mantenido en el 75% de sujetos hasta el final del período de seguimiento de 2,7 años, habiéndose registrado pequeñas reacciones adversas en 19 personas y siendo preciso retirar el fármaco en seis casos. Todos los efectos adversos ocurrieron en los primeros 9 meses de tratamiento.

**Conclusiones:** El clorhidrato de midodrina, un vasoconstrictor arterial y venoso con acción directa sobre los receptores alfa adrenérgicos, parece ser eficaz, seguro y bien tolerado en el paciente anciano. El CH debería considerarse en el manejo de la hipotensión ortostática sintomática, síncope vasovagal o síndrome del seno carotídeo con respuesta vasopresora o mixta. Esta observación precisa ser testada en estudios randomizados a doble ciego de carácter multicéntrico que incluyan pacientes geriátricos.

#### P-128. OSTEOPOROSIS Y MIELOMA MÚLTIPLE. CASO CLÍNICO

J.M. Brizuela Rodicio, I.C. Moura Nunes, A. Carrascal, R. Mora, C. Pinto y P. Vaz

*Centro Hospitalar do Nordeste.*

**Objetivo:** Se describe un caso clínico de una paciente con anemia leve y dolores óseos persistentes que fueron atribuidos a proctosigmoiditis ulcerativa crónica y a osteoporosis, (incluso con fracturas vertebrales osteoporóticas) respectivamente y que enmascaraban un mieloma múltiple.

**Métodos y resultado:** Mujer de 80 años, autónoma e hipertensa, que acude al Servicio de Urgencias por lumbalgia, dolor abdominal y fiebre, quedando ingresada en Medicina Interna con los diagnósticos de ITU y neumonía lobar. Ingresada un mes antes en Cirugía por mareos, vómitos y anemia. Durante este ingreso estuvo en Traumatología por fracturas vertebrales espontáneas (fue realizada vertebroplastia) volviendo para Cirugía Tuvo alta diagnosticada de proctosigmoiditis ulcerativa crónica. Teniendo en cuenta la gravedad de la neumonía y que durante el ingreso en Medicina Interna mantuvo la anemia y los dolores abdominales y osteo-articulares (más intensos en las zonas de fractura), con adelgazamiento y anorexia, fue investigada la presencia de neoplasia oculta. Los estudios hechos descartaron esta posibilidad, por lo que se dirigió la investigación hacia la existencia de mieloma múltiple. Sin lesiones óseas escleróticas localizadas, insuficiencia renal, ni otros síntomas compatibles con mieloma múltiple, este fue diagnosticado en estadio III a/b a través de electroforesis de proteínas, aumento de beta 2-microglobulina, proteinuria de Bence-Jones, estudio inmunológico y mielograma. Inició tratamiento con Talidomida, Prednisolona y melfalán. Fue solicitada consulta y seguimiento por parte del Servicio de Hematología.

**Conclusión:** El mieloma múltiple es más frecuente en varones. Raramente existe osteoporosis difusa, por lo que el mieloma múltiple debe estar en el diagnóstico diferencial de las osteoporosis de causa desconocida.

#### P-129. HIPOTERMIA Y MUTISMO REFRACTORIOS EN UN ANCIANO. CASO CLÍNICO

I.C. Moura Nunes, J.M. Brizuela Rodicio, R. Pires, N. Arencibia Diaz, C. Pinto y P. Vaz

*Centro Hospitalar Nordeste-Unidade Hospitalar de Bragança. Bragança.*

**Objetivos:** Casos de pacientes con hipotermia relevante en ausencia de enfermedad cerebral estructural u otras causas fueron descritos

en la literatura. Confusión o mutismo son aspectos clínicos frecuentes. En la mayoría de los casos la patología de base es desconocida pero posiblemente envuelva disfunción de la termoregulación hipotalámica.

**Métodos y resultados:** Mujer de 91 años de edad que fue admitida en el Servicio de Urgencia con hipotermia y mutismo, durante el período más frío del año, siendo la temperatura axilar en la admisión 30,3 °C. Tenía bradicardia e hipotensión. Vivía con una hija que no tenía hipotermia. Glasgow coma scale de 6, pupilas isofotorreactivas. Sin asimetrías neurológicas. Sin antecedentes personales relevantes, autónoma hasta la fecha de la admisión. Medicación habitual: lisinopril y ciamemazina. Evolución analítica: glicemias dentro de la normalidad, TSH normal. TC cerebral: pequeño infarto agudo en territorio de la arteria cerebral posterior derecha, occipito-parietal, paramediana, predominantemente parietal. La paciente evolucionó desfavorablemente, manteniendo hipotermia < 35 °C, mutismo y bradicardia, a pesar de terapéutica de soporte de calentamiento, con evolución para inestabilidad hemodinámica que necesitó resucitación volémica y soporte vasopresor, sin mejoría pasados 4 días. Posteriormente fue dada información por familiares que la paciente tuvo quejas urinarias días antes del ingreso. A pesar de antibioterapia precoz de amplio espectro, hubo un aumento significativo del valor de PCR de 12 para 20 mg/dL, con rastreo séptico persistentemente negativo. El calentamiento surtió efecto parcial (35,5 °C) a los 5 días, con evolución para shock séptico refractario con disfunción multiorgánica, incluyendo trombocitopenia grave, coagulopatía e insuficiencia renal oligúrica, falleciendo a los 7 días.

**Conclusiones:** La hipotermia es originada primariamente por disfunción hipotalámica, sea por causa inflamatoria, traumática o neoplásica, y las alteraciones pueden ser fácilmente demostrables. La enfermedad isquémica cerebral es un hallazgo común en este grupo etario, pero es poco frecuente la afectación del hipotálamo anterior por la isquemia. Por otra parte, la hipotermia y la disfunción neurológica en el anciano asociadas a la sepsis son frecuentes, teniendo la hipotermia valor pronóstico negativo constatándose, en estudios publicados que existe un aumento de la incidencia de choque y muerte asociada al shock.

#### **P-130. PRESIÓN ARTERIAL CLÍNICA COMO MÉTODO DEFICIENTE DE DIAGNÓSTICO Y CONTROL DE HIPERTENSOS ANCIANOS RESPECTO A LA MAPA**

F. Madruga Galán, A.J. Blanco Orenes, J.L. Blázquez Carrasco, M.A. Valverde Vaquero, Z. Yusta Escudero y M. Muñoz Domínguez  
*Hospital Virgen del Valle. Toledo.*

**Objetivo:** Analizar el grado de concordancia entre la presión arterial clínica y la monitorización ambulatoria de la Presión Arterial (MAPA) así como el patrón circadiano en pacientes geriátricos atendidos en consultas de Geriátría en el Área sanitaria de Toledo.

**Pacientes y métodos:** Estudio transversal descriptivo que incluye pacientes mayores de 75 años del Área sanitaria de Toledo. El período de inclusión de estos pacientes abarca desde Junio-04 hasta Febrero-10. El 98% de los MAPAS cumplían los estándares de calidad. Se definió como patrón NO DIPPER cuando el valor medio en el período de descanso no alcanzaba como mínimo un descenso del 10% del valor medio de la PAS del período de actividad. El patrón RISER se definió según el criterio convencional de un promedio de PA nocturna mayor que la diurna.

**Resultados:** Se incluyeron 1.100 pacientes, con una edad media de 84,3 años. *Los motivos de la realización de la MAPA fueron:* Estudio del patrón circadiano 38%, eficacia del tratamiento 47%, otros 15%. *Los valores medios de PA fueron:* PAS/PAD clínica aislada 146,43/75,40. PAS/PAD 24 horas: 133,21/67,92. *PAS/PAD actividad:* 130,98/71,10. *PAS/PAD descanso:* 129,13/61,42. *Los patrones circadianos que presentaban estos pacientes eran:* No reductores: 83%. Reductores: 17%. El

41,56% presentaba HTA verdadera, el 25,33% Normotensión. En el 18,44% de los casos se detecta buen control clínico y deficiente control por MAPA (HTA enmascarada-HTAE) y en el 14,67% mal control clínico y buen control por MAPA (HTA de bata blanca-HTABB).

**Conclusiones:** En ancianos predominan patrones No Reductores, que conllevan peor pronóstico. El grado de control de los hipertensos mediante MAPA es deficiente y no hay concordancia con la PA clínica (HTAE-HTABB). Por ambos motivos, la MAPA debería ser una herramienta imprescindible que debería desplazar a la PA clínica en el control del anciano hipertenso.

#### **P-131. SEPSIS EN EL ANCIANO EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTERMEDIOS DE UN HOSPITAL PROVINCIAL**

I.C. Moura Nunes, J.M. Brizuela Rodicio, R. Pires, B. Gonçalves, L. Malanka y P. Vaz  
*Centro Hospitalar Nordeste-Unidade Hospitalar Nordeste. Bragança.*

**Objetivos:** En la población general el número de episodios de sepsis aumentó en las últimas décadas. La tasa de incidencia en unidades médicas generales fue del 0,8-1,5%, una tasa de hasta el 7,2% fue descrita en unidades con más población geriátrica. Se analizan pacientes con más de 65 años de edad admitidos con diagnóstico de sepsis y su *outcome* en una Unidad de Cuidados Intermedios (UCI) del Servicio de Urgencia (SU) de un hospital provincial.

**Métodos y resultados:** Se incluyen todos los pacientes con más de 65 años de edad diagnosticados de sepsis, sepsis grave y shock séptico, ingresados en UCI del SU, en análisis retrospectivo, durante un período de un año (2009). Están incluidos 68 pacientes. La edad media de los pacientes fue de 77,8 ± 7,2 años (intervalo 66-90). 59% eran del género masculino. 47% de los pacientes tenían sepsis adquirida en la comunidad. Como comorbilidades más frecuentes destacan diabetes mellitus con 14,7% y neoplasia con 8,8%. 58,8% no presentaban comorbilidades relevantes. Como forma de presentación de la enfermedad, 45,6% correspondían a shock séptico, siendo el foco de infección más prevalente el pulmonar con 48%, seguido del abdominal con 30,9%. Microorganismos Gram negativo fueron encontrados en 26,5% de los pacientes, no siendo posible aislar gérmenes en el 47,1%. Las disfunciones de órganos más encontradas fueron la respiratoria, la cardiovascular y la renal con 45,6%, 36,7% e 32,3% respectivamente. 25% de los pacientes fallecieron en la UCI y 19% fueron para Unidades de Cuidados Intensivos Polivalente. Se describen, utilizando análisis univariados, factores significativos asociados a elevada mortalidad, tales como foco de infección, agente infeccioso, comorbilidades y disfunciones orgánicas. Se analizan también como indicadores de pronóstico independientes la hipoalbuminemia, la anemia y el grado de disfunción renal.

**Conclusiones:** La sepsis es una causa común de muerte en el anciano y generalmente tiene mayor incidencia en los pacientes con varias comorbilidades, no siendo la edad solo por sí sola necesariamente factor de mal pronóstico. Además algunas alteraciones hematológicas y bioquímicas pueden ocurrir en pacientes ancianos con sepsis, siendo consecuencia de la sepsis y no reflejo de disfunción orgánica preexistente.

#### **P-132. TRECE CENTENARIAS EN INSTITUCIÓN. ¿CLAVES PARA TAL LONGEVIDAD?**

M.A. Rodríguez Bayón, I. Para Munguía, M.L. Benito Pérez, V. Huerta, I. Martín González y P. de la Cruz  
*Res Mixta Personas Mayores Burgos.*

**Objetivos:** Contando con 13 personas mayores de 100 años en una residencia, que además llevan ingresadas un mínimo de 6,5 años, y observando un importante incremento en la prevalencia, así como en la supervivencia de los llegados a esta edad, estudiamos, desde una

perspectiva multidisciplinar, las condiciones de salud y de vida actuales de estos residentes.

**Método:** Consultada la escasa bibliografía sobre personas centenarias, y considerando las variables descritas como relevantes, realizamos un estudio descriptivo seleccionando variables de afiliación, variables relacionadas con la institución, variables sociales, variables psicológicas, estado funcional, calidad de vida, variables de síndromes geriátricos.

**Resultados:** Las 13 suponen el 7,7% de todos los residentes. El 1,7% de los centenarios de Castilla y León. El 12,25% de los de Burgos. Todas mujeres; 11 viudas, 7 sin hijos. Rango edad 100-107; Edad ingreso: 54% > 90 años (med 93,36); 30% < 80 años, permaneciendo libres de dependencia 19,63 años. Sólo 2 permanecen libres de dependencia y son hermanas. Edad media comienzo dependencia 95,86 años; motivo: deterioro cognitivo (8), ceguera (3). Apoyo social: 85% de calidad. Habilidad social 38% mantienen buena. Capacidad funcional (45% mantienen ABVD, 70% no AIVD). Sólo 5 mantienen nivel de actividad satisfactorio. Salud: Ningún diagnóstico por imagen de demencia, 8 con colchón antiescaras, sólo una con úlcera preescara, 8 con malnutrición leve y con suplementos; sólo 4 deambulan, 1 con bastón; principal causa de inmovilidad: neurológica. Estreñimiento relacionado con la inmovilidad y neurológico. Presbiacúsia que incapacita parcialmente (10); sólo 1 padece diabetes mellitus insulino-dependiente (coincide con deficiencia visual severa, gran inactividad, escasa satisfacción).

**Conclusiones:** El aumento del n.º de residentes centenarios en los últimos años, así como su supervivencia, es reflejo de lo que ocurre a nivel mundial, pero no es descartable que la facilidad de cuidados en residencia mejore su calidad de vida. El factor genético se muestra en dos hermanas, que han tenido condiciones de vida diferentes y ambas se mantienen autónomas y muy activas. La mayoría tiene carácter enérgico. Deterioro cognitivo muy tardío, fundamentalmente memoria.

### P-133. USO DE ANTIEPILEPTICOS EN UN HOSPITAL SOCIO-SANITARIO

N. Martínez González, M. Inzitari, M.D. Farrés Puig y M.C. Plaza Ruiz  
*Parc Sanitari Pere Virgili. Barcelona.*

**Introducción:** El uso más habitual de los Antiepilepticos (AE) es en el tratamiento de la epilepsia y como coadyuvante en el control del dolor, condiciones cuya prevalencia aumenta con la edad. Por este motivo son fármacos frecuentemente utilizados en centros socio-sanitarios. Existe un amplio abanico de AE, cuyos efectos adversos obligan a utilizarlos con precaución, especialmente en pacientes de edad avanzada.

**Objetivo:** Conocer la prevalencia del uso de antiepilepticos en nuestro hospital, sus indicaciones y su seguridad.

**Método:** Durante un día determinado del mes de Octubre de 2009 revisamos la prevalencia del tratamiento con AE, indicación, fármacos utilizados, dosis, efectos secundarios y algunos aspectos de la valoración geriátrica (comorbilidad, estado cognitivo y funcional). Efectuamos un seguimiento de caídas y eventos adversos (traslado a Hospital de agudos o exitus) durante un período promedio (DE) de 3,7 (6,9) meses.

**Resultados:** De los 268 pacientes ingresados, 50 (18,6%) recibían AE. La edad media fue 72 años [rango 23-92], el 52% hombres. El Índice de Charlson promedio (DE) fue 2,6 (1,9). El 42,8% presentaba deterioro cognitivo. El Índice de Barthel promedio (DE) fue de 55,6 (35,9). Los fármacos más utilizados fueron Gabapentina (41%), Clonazepam (15%) y Levetiracetam (14%). La indicación principal fue dolor (neuropático) en el 53% y epilepsia en el 38%. Únicamente un caso precisó modificar las dosis por efectos secundarios (sedación). Durante el seguimiento, la incidencia de caídas fue de 0,95/1.000 personas-día en el grupo tratado con AE y 1,7/1.000 personas-día en el grupo no

tratado, y la incidencia de eventos adversos de 1,3/1.000 personas-día y 2,6/1.000 personas-día respectivamente. Entre los grupos no se observaron diferencias significativas ( $p = 0,448$  en el grupo caídas y  $p = 0,449$  en el grupo eventos adversos, chi-cuadrado).

**Conclusiones:** El 18,6% de pacientes ingresados en nuestro hospital recibía Antiepilepticos. Esta prevalencia es superior a la esperada en comparación con datos de nursing home americanas (prevalencias alrededor del 11%). El incremento se debe a un mayor uso en el control del dolor. Los efectos secundarios fueron escasos. El tratamiento con AE no se asociaba a un incremento de caídas, traslado al Hospital de agudos o mortalidad durante el seguimiento.

### P-134. PLAN DE COORDINACIÓN PARA EL PROTOCOLO DE ACTUACIÓN CONJUNTA ANTE LA SOSPECHA DE MALTRATO EN LOS ANCIANOS EN EL ÁMBITO DE LAS INSTITUCIONES SANITARIAS DE LA COMARCA DEL BAGÉS

M.C. Pardo Bustamante

*Fundació Sociosanitaria de Manresa. Manresa.*

**Objetivo:** Comunicación y coordinación de las instituciones sanitarias de la comarca del Bages (Fundación Althaia, Fundación Sociosanitaria de Manresa-Hospital de Sant Andreu, Instituto Catalán de la Salud y Región Sanitaria de la Cataluña Central) cuando nos encontramos ante un caso de sospecha de malos tratos en un anciano. Elaboramos un plan de actuación conjunta.

**Método:** El CatSalut anualmente pone objetivos a las instituciones sanitarias de la comarca del Bages, uno de esos objetivos es la realización de un protocolo interno de actuación ante la sospecha de maltrato, paralelamente se vio la necesidad de elaborar un protocolo de actuación conjunta. Se hicieron reuniones periódicas para la elaboración de dicho plan, donde intervinieron profesionales de todas las instituciones descritas y donde estaban representados todos los profesionales del equipo interdisciplinar (médico, enfermera y trabajadora social). En el plan se definió el maltrato, se diferenciaron los tipos, se identificaron factores de riesgo, se estimuló la detección y se realizó un algoritmo de actuación.

**Resultados:** En el plan de coordinación sanitaria se realiza un algoritmo de actuación que parte de la presencia de signos o síntomas del maltrato que son evaluados por el equipo, esa evaluación permite hacer un diagnóstico de sospecha o de certeza, si el diagnóstico es de sospecha se comunica a la trabajadora social y se realiza un seguimiento a domicilio. Si el diagnóstico es de certeza se evalúa si hay riesgo inmediato o no, si la persona está capacitada para decidir, y si quiere retornar al domicilio o es preciso el ingreso. En ambos casos se comenta el caso en las reuniones periódicas de seguimiento e incluso se puede reportar el caso al comité de ética.

**Conclusiones:** Con nuestro proceso se ha contribuido a una mejor coordinación entre todos los equipos y fluidez de la información, promoviendo la detección precoz de estos casos, realizando una intervención efectiva, y una concienciación del personal sanitario.

### P-135. ESTADO DE SALUD EN PERSONAS DE 60 AÑOS Y MÁS INSTITUCIONALIZADAS Y NO INSTITUCIONALIZADAS: ESTUDIO COMPARATIVO

C. Rodríguez Blázquez<sup>1</sup>, B. Frades Payo<sup>1</sup>, M.J. Forjaz<sup>1</sup>, F. Rojo Pérez<sup>2</sup>, G. Fernández-Mayoralas<sup>2</sup>, S. Martín García<sup>3</sup> y P. Martínez-Martín<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Instituto de Salud Carlos III. <sup>2</sup>Consejo Superior de Investigaciones Científicas. <sup>3</sup>EULEN Servicios Sociosanitarios.

**Objetivos:** Comparar el estado de salud en dos grupos de personas de 60 años y más: institucionalizados (I) y no institucionalizados (NI).

**Métodos:** Datos procedentes de dos estudios sobre calidad de vida: en mayores institucionalizados (grupo I, n = 234), y en mayores residentes en la comunidad (CadeViMa-España; grupo NI), del que se

seleccionó una submuestra aleatoria ( $n = 234$ ) con distribuciones similares a la muestra original en las variables de interés. Se recogieron las variables socio-demográficas y se aplicaron las siguientes escalas: Índice de Barthel, EQ-5D (Índice y escala visual analógica, EVA), Escala HADS-Depresión y escala de Comorbilidad.

**Resultados:** La muestra global estaba formada por 468 participantes (61,8% mujeres), con edad media de  $76,71 \pm 8,75$  años, de los que un 43,6% eran viudos. No se observaron diferencias significativas entre los grupos por sexo, nivel de estudios ni entorno residencial, pero sí por edad (grupo I:  $81,0 \pm 7,06$ ; grupo NI:  $72,41 \pm 8,16$ ; chi-cuadrado,  $p < 0,001$ ), en las variables estado civil e hijos (chi-cuadrado,  $p < 0,001$ ), y en las escalas Barthel, EQ-5D, HADS-Depresión y Comorbilidad (t-Student,  $p < 0,001$ ). Para controlar la influencia de la edad, se realizó un ANCOVA para aquellas variables con una distribución que se acercaban a la normal, y se observó que el grupo I presentaba un mayor número de enfermedades que el NI ( $p < 0,001$ ). Sin embargo, las diferencias en EQ-5D EVA y depresión entre los grupos pasaron a ser no significativas al controlar por edad. Para la dependencia funcional y el índice EQ-5D, cada grupo se dividió en dos grupos de edad: 60-77 años y 78 años y más, y se observó que el grupo I presentó mayor dependencia funcional y peor calidad de vida que el grupo NI, independientemente de la edad (Kruskal-Wallis,  $p < 0,001$ ).

**Conclusiones:** Las personas institucionalizadas en general son de mayor edad y presentan mayor discapacidad, más comorbilidad y menor calidad de vida relacionada con la salud que las personas mayores residentes en la comunidad. La depresión se asocia más con la edad que con el hecho de estar institucionalizado. Es necesario tener en cuenta las necesidades de salud de los mayores institucionalizados.

#### P-136. CARACTERÍSTICAS DIFERENCIALES DE LOS PACIENTES INSTITUCIONALIZADOS QUE INGRESAN EN UNA UNIDAD DE AGUDOS CON INFECCIÓN DE TRACTO URINARIO

E.M. García Carreño, S. Carmona Lambooy, M.D.L.C. Grau Jiménez, M.D.C. Morales Ballesteros, J.M. Fernández Ibañez y N. Ortea Llera *Hospital General La Mancha Centro. Alcazar de San Juan. Ciudad Real.*

**Objetivos:** Analizar las características diferenciales de los pacientes que ingresan en una Unidad de Agudos con infección de orina en función de vivir o no en una residencia.

**Material y métodos:** Estudio comparativo retrospectivo de los pacientes que ingresaron en la unidad de Agudos del Servicio de Geriátría en el Hospital General La Mancha Centro durante el período 2009, con el diagnóstico de infección de orina recogido en el CMBD y revisión de historias clínicas, en función de su domicilio. Analizamos el método diagnóstico, el germen, factores de riesgo y variables sociodemográficas, funcionales, cognitivas y asistenciales.

**Resultados:** No se encontraron diferencias estadísticamente significativas ni en la edad (media de 84,7 años), sexo (55% mujeres), germen (55,8% *E. Coli*), presencia de incontinencia (65,6%), sondaje vesical permanente (11%), ni en DM (39,4%). Sí se aprecia en los pacientes institucionalizados que se recogió cultivo con mayor frecuencia (97% vs. 85%), que tienen más deterioro cognitivo (58,1% vs. 46,1%) y que fallecen más (17,1 vs. 13,3%); aunque sin llegar a la significación estadística. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la estancia media, siendo menor en institucionalizados (9,6 días vs. 13,85;  $p = 0,009$ ). También se encontraron diferencias en la situación funcional, medida con el índice de Barthel de forma continua (29,26 vs. 45,49;  $p = 0,05$ ), pero no si se analizan por categorías (dependencia total, severa, moderada, leve e independencia).

**Conclusión:** 1. Los grupos pacientes institucionalizados y no institucionalizados que ingresan en nuestra Unidad de Agudos con infección del tracto urinario son semejantes en la mayoría de las variables

estudiadas en nuestra muestra. 2. El grupo institucionalizado, de forma muy significativa, presenta menor estancia media. Habría que realizar otros estudios para buscar variables que expliquen este hallazgo.

#### P-137. INCIDENCIA DE INFECCIÓN URINARIA NOSOCOMIAL EN UNA UNIDAD DE MEDIA ESTANCIA

F. Riba Porquet, M.V. Farré Mercadé, R. Torres Haba, M.T. Barrera Salcedo, C. Martí Sala y S. Ariño Blasco *Hospital General de Granollers. Granollers.*

**Objetivo:** Analizar la incidencia de infección del tracto urinario (ITU) nosocomial, definir las características principales de los pacientes afectados y determinar los microorganismos causantes más frecuentes.

**Método:** Estudio descriptivo y retrospectivo de los pacientes diagnosticados de ITU nosocomial en una unidad de media estancia (UME) durante el año 2009. Se analizan todas las ITUs nosocomiales, según los criterios de infección nosocomial de McGeer. Las variables demográficas, clínicas y microbiológicas se obtuvieron a través de la revisión de la historia clínica y del registro del laboratorio de microbiología de nuestro centro.

**Resultados:** De las 455 altas de la unidad, se diagnosticaron un total de 79 ITUs nosocomiales, pertenecientes a 65 pacientes (18% de los cuales presentaron más de un episodio). La incidencia acumulada calculada fue del 17,3%. Los pacientes con ITU nosocomial procedían de distintas unidades de agudos hospitalarias (38,5% de Unidad Geriátrica de Agudos, 24,6% del Servicio de Medicina Interna, 24,6% del Servicio de Traumatología, 12,3% del Servicio de Cirugía). La comorbilidad (índice de Charlson) de los pacientes estudiados fue de  $2,6 \pm 1,8$ , y el índice de Barthel (IB) al ingreso de  $22,2 \pm 23,0$  (69,2%,  $IB \leq 20$ ). En 46,1% de los pacientes constaba el diagnóstico previo de deterioro cognitivo. Eran portadores de sonda urinaria permanente el 35,4%. El microorganismo aislado con mayor frecuencia fue *Escherichia coli* (31,3%), seguido de *Pseudomonas aeruginosa* (16,5%) y *Klebsiella pneumoniae* (11,3%). En 26 ocasiones (40%) el cultivo fue polimicrobiano y en 11 (13,9%) se aisló un microorganismo multiresistente, siendo *Pseudomonas aeruginosa* el más frecuente.

**Conclusiones:** La aparición de infección urinaria nosocomial en nuestra unidad es una patología frecuente. Los pacientes afectados presentan alta dependencia funcional, alto porcentaje de deterioro cognitivo, moderada comorbilidad y frecuentemente son portadores de sonda urinaria permanente. Los microorganismos implicados en las ITUs nosocomiales en nuestra unidad no difieren de los publicados en otras unidades de hospitalización de agudos.

#### P-138. PERFIL DE PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS VALORADOS POR UN EQUIPO DE SOPORTE HOSPITALARIO (ESH) DE CUIDADOS PALIATIVOS

M.J. Boya Cristiá, B. García García, A. Domínguez Cruz y Y. Honrado López *Hospital de Getafe. Getafe.*

**Objetivo:** Describir las características de los pacientes mayores de 75 años valorados por un ESH de cuidados paliativos atendidos en urgencias, consultas y plantas de hospitalización.

**Material y método:** Estudio descriptivo utilizando los datos recogidos en la primera visita de los pacientes mayores de 75 años valorados el ESH del Hospital de Getafe (Madrid) en el año 2009.

**Resultados:** De las 589 interconsultas realizadas, el 25,6% ( $n = 151$ ) fueron pacientes mayores de 75 años. **Características:** edad media 80,3 años (DE = 4,6); 53% mujeres; 89,4% con patología oncológica (22,2% colo-rectal y 17,8% hematológica) y 10,6% no oncológica. Situación funcional: valor medio del PPS 47,9 (DE = 12,7) y del índice

de Barthel 42,5 (DE = 31,8). El 48,3% presentan 4 o más síntomas. De aquellos con dolor (63%), el 5,5% no tenían analgesia y el 42,9% analgesia de tercer escalón (54,5% fentanilo, 24,2% oxicodona y 18,2% morfina). De aquellos con dolor controlado, el 48,6% tenía analgesia de primer escalón y el 37,1% de tercero (50% morfina y fentanilo 40%). El 40% conocían el diagnóstico; un 5,4% presentaba deterioro cognitivo. *Cuidador principal*: 51,7% hijo/a y 41,5% cónyuge. *Procedencia de las interconsultas*: 60,3% pacientes ingresados (36,7% Medicina Interna, 21,1% Oncología, 13,3% Geriátría y 10% Hematología), 19,9% urgencias y 19% consultas (70,8% Oncología y 29,2% Hematología). *Motivos de consulta*: gestión de alta (51,7%) y control de síntomas (45,7%). El 17,9% de los pacientes fallecen en el ingreso (84% con opioides); del resto, el 14,6% son trasladados a una UCP y 55% alta a domicilio (37,1% seguimiento con ESAD y 17,9% con EAP).

**Conclusiones:** 1. El bajo porcentaje de pacientes no oncológicos se debe, en parte, a que éstos son atendidos por el S.<sup>º</sup> de Geriátría de nuestro hospital. 2. El perfil de paciente anciano valorado es de una persona con moderado-severo deterioro funcional y una importante carga de síntomas. El dolor es un síntoma frecuente y mal controlado. El fentanilo transdérmico es el opioide más utilizado, posiblemente por su fácil administración y la consideración de que la morfina se puede tolerar peor en el anciano.

#### P-139. CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE INFECCIÓN DEL TRACTO URINARIO EN UNA UNIDAD DE AGUDOS DE GERIATRÍA

E.M. García Carreño, S. Carmona Lambooy, M.D.L.C. Grau Jiménez, M.D.C. Morales Ballesteros, J.M. Fernández Ibañez y N. Ortea Llera *Hospital General La Mancha Centro. Alcazar de San Juan. Ciudad Real.*

**Objetivos:** Analizar las características de los pacientes diagnosticados de infección del tracto urinario en una Unidad de Agudos de Geriátría.

**Material y métodos:** Estudio descriptivo retrospectivo de los pacientes que ingresaron en la Unidad de Agudos del Servicio de Geriátría del Hospital General La Mancha Centro con diagnóstico de infección de orina recogido en el CMBD y la revisión de sus historias clínicas. Analizamos el germen, factores de riesgo y variables sociodemográficas, funcionales, cognitivas y asistenciales.

**Resultados:** En el año 2009 ingresaron a cargo del Servicio de Geriátría del Hospital La Mancha Centro 531 pacientes, de estos 140 (26,36%) fueron diagnosticados de infección del tracto urinario. Al 11,4% no se le había tomado cultivo, siendo el diagnóstico inferido por la clínica y sedimento sugestivo; en un 27,9% el cultivo resultó negativo (la extracción había sido realizada después del inicio del tratamiento); en un 5,7% de los casos la muestra estaba contaminada. En el 55% restante el cultivo resultó positivo siendo los microorganismos más frecuentes: *E. Coli* (55,8%), *Enterococcus faecalis* (12,98%), *Klebsiella* (9,09%), *Candida* (7,79%), *Pseudomona* y *Providencia* con un 3,8% cada una. Un 7,79% de los cultivos fueron polimicrobianos. La edad media de los pacientes es de 84,7 ± 5,32, de estos un 46,4% eran muy viejos (mayor o igual de 85 años). El 55% eran mujeres. La situación funcional basal medida mediante el índice de Barthel es de 41,43 ± 39,37, teniendo un 54,4% una dependencia total o severa. El 48,9% tenían deterioro cognitivo. El 65,6% eran incontinentes, un 11% tenían sondaje permanente y un 39,4% eran diabéticos. Estuvieron ingresados una media de 12,71 días y fallecieron durante el ingreso el 14,3%.

**Conclusiones:** La infección del tracto urinario es uno de los diagnósticos más frecuentes en nuestra Unidad de Agudos de Geriátría. En un porcentaje alto tienen factores de riesgo asociado, gran dependencia, presencia de deterioro cognitivo y alta mortalidad. El patógeno más frecuente es el *E. Coli*, seguido del *Enterococcus faecalis*.

#### P-140. ESTUDIO DE LOS FACTORES ASOCIADOS CON INSTITUCIONALIZACIÓN PROLONGADA EN LARGA ESTANCIA

E. Martínez Almazán<sup>1</sup>, J.A. García Navarro<sup>2</sup>, M.D.L.O. Domínguez López<sup>1</sup>, C. Muñoz Romero<sup>1</sup>, M.T. Cubí Guillén<sup>1</sup> y M. Brull Royo<sup>1-2</sup>

<sup>1</sup>Hospital de la Santa Creu. Tortosa. <sup>2</sup>Hospital Sant Joan. Reus.

**Objetivo:** Analizar los factores asociados a institucionalización en la larga estancia de nuestro centro.

**Metodología:** Se recogen datos de valoración al ingreso obligatorios para el Departamento de Salud de Cataluña (procedencia, situación funcional según el índice ADL, estado cognitivo según CPS, estado afectivo, trastornos de conducta, UPP, variables de situación médica, visitas médicas) de los pacientes ingresados en larga estancia del 2003 al 2007. Excluimos los fallecidos en los primeros 90 días (n = 200). Comparación de medias (T-student) y proporciones (Chi cuadrado) entre los pacientes con estancias < y > a 90 días. Regresión logística.

**Resultados:** N = 1.206 pacientes, 671 con estancias < 90 días, no hay diferencias significativas respecto al sexo, demencia como diagnóstico principal, tristeza, trastornos de conducta (vagabundeo, agresividad física o verbal), independencia en la toma de decisiones, ni en las variables funcionales (vestirse, comer, higiene y baño, continencia de esfínteres), uso de sonda vesical o SNG o pérdida de peso. Los pacientes con estancias más cortas vs superiores a 90 días, proceden más del domicilio (64,2% vs al 25,2%, p < 0,0001), son más mayores (82,19 años vs 80,11 años) rechazan menos los cuidados (12% vs 18%, p < 0,002). La situación funcional es mejor (índice de ADL 8,9 vs 9,6, p < 0,01, mejor movilidad en la cama 57% vs 47%, p < 0,0001, mayor autonomía en transferencias (27% vs 21%, p = 0,008) y deambulación por habitación y pasillo (25% vs 19%, p < 0,01), menos UPP (13,7% vs 19,2%, p = 0,006), más DM2 (13% vs 9%, p = 0,02) y más visitas médicas (4,8 vs 4,) (p < 0,0001). En la regresión logística una mayor edad, la procedencia del domicilio, una mejor situación funcional y tener más visitas médicas se han asociado a una estancia más breve.

**Conclusiones:** 1. Los factores asociados con institucionalización han sido tener una menor edad, la procedencia diferente del domicilio, peor situación funcional y mayor presencia de UPP al ingreso. 2. Los pacientes que proceden de su domicilio, que son más mayores y más independientes al ingreso presentan menos riesgo de sufrir una institucionalización o estancia prolongada en la larga estancia.

#### P-141. ¿EXISTE LA REHABILITACIÓN DE LAS AIVD EN LA POBLACIÓN MAYOR? NECESIDADES DE ACTUACIÓN DESDE TERAPIA OCUPACIONAL

G. Cardenal Félix<sup>1</sup>, E.M. Verdera Martorell<sup>2</sup>, E. Corcobado Chapinal<sup>3</sup>, E. Mejía Ortega<sup>4</sup> e I. Roca Bauza<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Comarcal de Inca. <sup>2</sup>Centre de Dia Ca'n Clar. <sup>3</sup>Unidad de Estancias Diurnas Vivaldi. <sup>4</sup>Centro Polivalente de Recursos de la Vega.

**Objetivos:** Describir la situación de los usuarios en los centros residencial y/o centros de día, y las necesidades de rehabilitación que los usuarios necesitan de acuerdo a su desempeño ocupacional. Analizar si existen razones para realizar programas de reentrenamiento de las actividades instrumentales de la vida diaria.

**Metodología:** Estudio retrospectivo sobre la actual situación funcional de sujetos con una media de edad de 81,93 años. Se recogieron datos de usuarios de dos centros residenciales y dos centros de día. Los usuarios tenían un barthel modificado medio de 66,2, con y sin deterioro cognitivo. Se determinó la media de las AIVD a través del Test Lawton y Brody, se repasaron programas y protocolos estandarizados de estos centros.

**Resultados:** Estudiamos a 46 usuarios (33 mujeres y 14 hombres), con una media de edad de 81,93 años. La puntuación media del Lawton y Brody fue muy baja, siendo las únicas AIVDs conservadas las siguientes: *capacidad de usar el teléfono* y, *el uso del medio de transporte*. En todos los casos, de la actividad instrumental conservada por el/los usuarios, existe falta de adaptación de la actividad y/o entorno para que esta pueda ser llevada a cabo sin ayuda.

**Conclusiones:** La mayoría de los usuarios, antes de entrar en el centro residencial y/o centro de día, realizaban al menos cuatro AIVDs que ya no realizan. Los protocolos de los centros donde desempeñan su labor los T.O. no cuentan con un programa o taller de Terapia Ocupacional donde se trabaje la recuperación de alguna actividad instrumental. Se refleja la necesidad de recoger datos de otros centros y protocolos para comparar resultados. Es necesaria la adaptación de las AIVDs para que estas puedan ser llevadas a cabo.

#### P-142. FACTORES HORMONALES ASOCIADOS A LA PRESENCIA DE SARCOPENIA EN ANCIANOS SANOS DE LA COMUNIDAD

F. Masanés Torán<sup>1</sup>, M. Navarro López<sup>1</sup>, M. Navarro González<sup>2</sup>, E. Sacanella Meseguer<sup>1</sup> y A. López Soto<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Clínic. Barcelona. <sup>2</sup>CAP Eixample. Barcelona.

**Objetivos:** Analizar los factores hormonales (sexuales) asociados a la presencia de sarcopenia en una cohorte de ancianos sanos de la comunidad de la ciudad de Barcelona.

**Métodos:** Se evaluaron de forma prospectiva una serie de 200 ancianos sanos (70-82 años) de la comunidad controlados en un centro de asistencia primaria con una capacidad funcional preservada (I Barthel > 90) y ausencia de deterioro cognitivo. *Se analizaron los siguientes parámetros:* datos antropométricos, índice de masa corporal (IMC), masa muscular (MM) e índice de masa muscular (MM/talla<sup>2</sup>) (IMM) y las siguientes determinaciones hormonales: globulina transportadora de hormonas sexuales (SHBG), testosterona, índice de testosterona libre y beta estradiol. La MM se determinó mediante bioimpedancia eléctrica (BIA 101 RJL Systems). Se define sarcopenia como un IMM inferior a 2 DS bajo la media de una población joven (220 personas 20-40 años).

**Resultados:** Se han estudiado 110 hombres y 90 mujeres con una edad media de 73,9 (ds 3,2) y 74,9 (ds 3,2) años. En los varones el IMC fue 26,32 (ds 3. Kg/m<sup>2</sup>, la MM 27,13 (ds 4,1) Kg y el IMM de 9,8 (ds 1,3) Kg/m<sup>2</sup> y en la mujeres el IMC fue 27,15 (ds 4,2) Kg/m<sup>2</sup>, la MM 16,93 (ds 2,2) Kg y el IMM 7,08 (ds 0,8) Kg/m<sup>2</sup>. La prevalencia de sarcopenia fue del 10% en los varones y del 33% en las mujeres. Los principales resultados se reflejan en la siguiente tabla:

	Hombres no sarcopénicos	Hombres sarcopénicos	Mujeres no sarcopénicas	Mujeres sarcopénicas	Significación
SHBG (mmol/L)	51,1	78,6	60	76,8	p < 0,05
Testosterona (ng/dL)	402,1	496,3	30,9	18,37	p ns
B estradiol (pg/dL)	18,7	26	5,8	4,6	p ns
I testosterona libre (%)	31,7	20,2	2,5	1	p < 0,05

**Conclusiones:** 1. Un porcentaje elevado de ancianas sanas y algo menor de ancianos presentan sarcopenia clínicamente significativa. 2. De los factores hormonales predictivos del desarrollo de sarcopenia estudiados hemos encontrado niveles significativamente menores en el índice de testosterona libre y más elevados de SHBG en los ancianos con sarcopenia.

Financiado por la Beca FIS P1050098.

#### P-143. TRASTORNOS DEL EQUILIBRIO Y MARCHA EN ANCIANOS CON CAÍDAS Y MALNUTRICIÓN

P.B. Gómez Buonghermini, E. González Cuevas, M. Lázaro del Nogal, M. Lis Chung y J.M. Ribera Casado  
Hospital Clínic San Carlos. Madrid.

**Objetivos:** 1. Valorar el equilibrio y la marcha mediante test posturográficos en pacientes con caídas de repetición. 2. Comparar los resultados obtenidos en función del MNA.

**Material y métodos:** Estudio observacional, retrospectivo de una población mayor de 65 años que referían 2 o más caídas en los últimos meses. Se evaluó el estado nutricional de estos pacientes mediante el NMA. A todos los pacientes se les evaluó el equilibrio y marcha mediante el posturógrafo Balance Master. Los resultados fueron analizados mediante el sistema estadístico SPSS V15.00.

**Resultados:** Se evaluaron en total 107 pacientes mayores de 65 años que referían dos o más caídas en los últimos seis meses. Se clasificó a este grupo de población según el estado nutricional: pacientes con NMA < 11 (Grupo A = 85) y paciente con NMA > 11 (Grupo B = 22). *Distribución de cargas (WB flexión a 0,30°, 60° y 90°) respectivamente:* A 54,24 B 53,09 (p = 0,18); A 54,29 B 52,29 (p = 0,02); A 53,37 B 56,57 (p = 0,02); A 52,18 B 53,2 (p = 0,004). *Control sensorial Ctsib:* superficie lisa ojos abiertos A 0,4 (0,3-0,5) B 0,4 (0,3-0,5) p = 0,065; superficie lisa ojos cerrados A 0,5 (0,4-0,7) B 0,4 (0,3-0,6) p = 0,0321; superficie almohadillada ojos abiertos A 1,4 (1,0-2,6) p B 0,9 (0,7-1,3) p < 0,001; superficie almohadillada ojos cerrados A 3,7 (2,0-6,0) B 2,0 (1,3-3,49 p < 0,001. *Control motor RWS:* control direccional a velocidades lenta, moderada y rápida (%) en sentido anteroposterior: A 51 (45-55) B 62,67 (54-70) P = 0,15; A 52,65 (49-60) B 59,23 (51-62) p = 0,37; A 51,05 (49-57) B 89,55 (70-90) p = 0,43 respectivamente. En sentido lateral: A 52,68 (8) B 59,09 (55-70) p = 0,38; A 52,20 (46-55) B 60,95 (59-78) p = 0,238; A 55,18 (47-62) B 49,53 (40-60) p = 0,43.

**Conclusiones:** 1. Los pacientes malnutridos presentaban más alteración del control sensorial del equilibrio que el grupo sin malnutrición. 2. La velocidad de la marcha en los pacientes malnutridos fue menor. 3. No encontramos diferencias en nuestra muestra en el control motor del equilibrio.

#### P-144. MARCADORES DE FRAGILIDAD EN PACIENTES DIABÉTICOS CON CAÍDAS DE REPETICIÓN

E. González Cuevas, P.B. Gómez Buonghermini, M. Lázaro del Nogal y J.M. Ribera Casado  
Hospital Clínic San Carlos. Madrid.

**Objetivos:** Analizar los principales marcadores de fragilidad en una población diabética mayor de 65 años que referían dos o más caídas en los últimos seis meses y compararla con un grupo de diabéticos del mismo grupo de edad sin episodios de caídas.

**Material y métodos:** Estudio observacional, retrospectivo, caso control. Se evaluaron como marcadores de fragilidad: valoración geriátrica social, funcional y cognitiva, test clínicos de la marcha y parámetros nutricionales (IMC, NMA, Albúmina, Proteínas totales y hemoglobina). Los datos fueron analizados mediante el sistema estadístico spssV. 15.00.

**Resultados:** Se evaluaron 91 pacientes diabéticos, de los cuáles 50 (grupo a) referían dos o más caídas en los últimos seis meses y 41 (grupo b) no referían antecedentes de caídas. La edad media fue de 76,41 para el grupo A (76,4% mujeres) y de 77,76 para el grupo B (75,6% mujeres). Valoración geriátrica funcional Katz  $\geq 3$  (A 31,7% y B 19,6%, p 0,183); valoración cognitiva MME  $\leq 24$  (36,6% y B 30%, p 0,506), yessevege  $\geq 5$  (A 42% y B 40%, p 0,848); valoración social: viven solos (A 37,3% y B 22%, p 0,113); N° de Fármacos consumidos  $\geq 4$  (A 78% y B 56,9%, p 0,027); *Test Clínicos de la marcha:* Tinetti  $\leq 18$  (A 55,4% y B 44,6%, p 0,6), TUG  $\geq 20$  segundos (A 53,3% y B 46,7%, p 0,77), velocidad de la marcha < 39 cm/seg (A 53,7% y B 46,3%, p 0,68); parámetros nutricionales: Albúmina  $\leq 3,5$  (A 64,7% y B 14,6%,

p 0,01), Proteínas totales  $\leq$  6,5 (A 74,5% y B 34,1%, p 0,01), colesterol total  $\leq$  160 (A 64,7% y B 47,8%, p 0,121), NMA  $\leq$  11 (A 76,7% y B 31,7%, p 0,001), IMC  $\leq$  21 (A 82,9% y B 17,1%, p 0,01), Hemoglobina  $\leq$  12 (A 17,1% y B 13,75, p 0,05).

**Conclusión:** No hay diferencias en situación funcional y cognitiva entre estos dos grupos de población pero sí existen diferencias en cuanto a los parámetros nutricionales y en el número de fármacos consumidos.

#### P-145. FACTORES PRONÓSTICOS DE SUPERVIVENCIA, IMPACTO FUNCIONAL Y CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES OCTOGENARIOS INGRESADOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI)

I. Ortega Fernández, I. Lozano Montoya, J. Jaramillo Hidalgo, M. Cubells Romeral, J.M. Campos Romero y M. Covarrubias Esquer  
*Hospital Clínico San Carlos. Madrid.*

**Objetivos:** 1. Analizar la evolución de pacientes octogenarios ingresados en la UCI. 2. Establecer factores pronósticos de su evolución. 3. Evaluar el impacto funcional y en su calidad de vida.

**Método:** Estudio observacional prospectivo (inicio 09-2009), de pacientes  $\geq$  80 años ingresados en UCI por cualquier motivo. *Variables analizadas:* datos demográficos, clínicos, funcionales, cognitivos y sociales; procedimientos terapéuticos en la UCI; seguimiento al mes, tres y seis meses. *Análisis estadístico:* variables cualitativas: distribución de frecuencias; cuantitativas: media y desviación estándar. Asociación entre variables cualitativas: test de chi cuadrado, o prueba exacta de Fisher. Asociación entre variables cualitativas y cuantitativas: prueba U de Mann Whitney y de la mediana.

**Resultados preliminares:** *Muestra:* 47 pacientes (varones 22), edad media 84,7 años  $\pm$  3,67; *Comorbilidad:* HTA (21; 56,8%); Fibrilación auricular (12; 32,4%); EPOC (11; 29,7%); Cardiopatía Isquémica (9; 24,3%). *Tratamiento habitual (polifarmacia)  $\geq$  5 fármacos:* 20; 69,5%. *Situación funcional basal:* Katz A (22; 71%); Barthel  $\geq$  65 (29, 93,6%); Realizaban instrumentales (27; 90%). *Función cognitiva al ingreso:* CRP 0/5 (23, 76,7%). *Servicio de procedencia:* Urgencias: 19, 51,4%; Cirugía 15, 40,5%; Medicina Interna 1, 2,7%; Otros: 2, 5,4%. *Diagnóstico principal:* postcirugía: 12, 32,4%; sepsis 8, 21,6%; insuficiencia respiratoria 7, 18,9%; Shock cardiogénico 3, 8,1%. *Procedimientos en UCI:* Vía central: 25, 73,5%; drogas vasoactivas: 21, 60%; ventilación mecánica: 19, 54,3%; hemoderivados: 9, 25,7%. *Días de estancia en UCI:* mediana 5 días. *Mortalidad al mes:* 13 (40,6%); *Reingresos hospitalarios al mes:* 6, 46,2%. *Situación funcional al mes:* Katz A: 3, 23,1%; Barthel  $\geq$  65: 11, 57,2%. Realizaban instrumentales: 8, 61,5%. *Calidad de Vida:* EUROQOL  $>$  10: 62,5%.

**Conclusiones:** 1. La mayoría de nuestra muestra ingresaron en la UCI para manejo posquirúrgico, con alta comorbilidad y polifarmacia, aunque con buena situación funcional y cognitiva basal. 2. Al mes del ingreso la supervivencia es alta (59,4%), con una alta tasa de reingreso hospitalario y un marcado deterioro funcional. 3. Al mes del ingreso más del 60% de la muestra presentan una buena autopercepción de su calidad de vida.

#### P-146. PARÁMETROS NUTRICIONALES EN PACIENTES CON CAÍDAS DE REPETICIÓN

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

**Objetivos:** 1. Valorar el estado nutricional de pacientes ancianos que viven en la comunidad que han presentado dos o más caídas en los últimos seis meses. 2. Comparar estos parámetros nutricionales con un grupo de ancianos de la comunidad sin caídas.

**Material y métodos:** Estudio observacional, retrospectivo y caso-control de una población mayor de 65 años de edad que acuden a una unidad de caídas. A cada paciente se le aplicó un protocolo de la unidad que incluye entre otros datos demográficos, valoración geriátrica (funcional,

social y cognitiva), NMA y analítica con parámetros nutricionales (colesterol, albúmina, proteínas totales, linfocitos, transferrina, creatinina, ácido fólico y hemoglobina.) Los datos fueron analizados mediante el sistema estadística SPSS V 15.00. Se tomó el valor inferior  $p < 0,05$  intervalo de confianza del 95% como estadísticamente significativo.

**Resultados:** Se evaluaron 189 pacientes, 107 (Grupo A: 2 o más caídas en los últimos seis meses) y 82 (Grupo B: no caídas).

	Grupo A 107	Grupo B 82	p
Edad	82,3 (75 mujeres)	78,5 (27 mujeres)	
IMC $\leq$ 21 $\leq$ 56,6% $\leq$ 43,2%	0,06		
NMA $\leq$ 11	79,40%	11% $<$ 0,05	
Proteínas totales $\leq$ 6.5	30,80%	8,50% $<$ 0,05	
Albúmina $\leq$ 3.5	25,20%	4,90% $<$ 0,05	
Colesterol $\leq$ 160	72,90%	7,30% $<$ 0,05	
Ac. Fólico $\leq$ 6,9	89%	20,30% $<$ 0,05	

**Conclusión:** 1. Los pacientes con caídas de repetición son mayoritariamente mujeres y tienen mayor edad que las del grupo control. 2. Presentan en mayor proporción parámetros de desnutrición. 3. La valoración nutricional es clave para realizar una intervención precoz en pacientes con caídas de repetición. 4. Debemos considerar la desnutrición como un marcador de fragilidad en estos pacientes.

#### P-147. PARKINSON. INTERVENCIÓN DESDE LA FISIOTERAPIA Y LA TERAPIA OCUPACIONAL PARA MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA DE LA PERSONA MAYOR AFECTADA E INSTITUCIONALIZADA

I. Cordón Navalón y C.R. Vélchez Ortega  
*SAR Sierra de las Nieves. Guaro.*

**Objetivos:** Conocer la enfermedad de Parkinson, su sintomatología y cómo afecta a la calidad de vida de la persona mayor institucionalizada. Conocer la intervención terapéutica desde la fisioterapia y la terapia ocupacional mediante distintos programas utilizados en ambas disciplinas para mejorar el desarrollo de las actividades básicas de la vida diaria de la persona afectada, mejorando su autonomía y por ende su calidad de vida.

**Metodología:** Determinar el número de personas afectadas por la enfermedad en un centro residencial para personas mayores asistidas con 126 residentes. Evaluación inicial de los afectados a través de las escalas de valoración Barthel y Tinetti. Inclusión en el programa de un perfil de enfermo con un Barthel entre 70 y 100 y un Tinetti entre 13 y 28. Establecer un período de intervención de seis meses en el residente a través de los programas de fisioterapia y terapia ocupacional. Evaluación posterior de los resultados volviendo a pasar dichas escalas, estableciendo una comparativa entre ambos resultados.

**Resultados:** Tras la comparación de los resultados se establecen los beneficios de la fisioterapia y la terapia ocupacional en la persona mayor con parkinson, los beneficios cuantitativos a través de los resultados de las escalas y los cualitativos expresados por ellos mismos y por el personal cuidador en la mejora de la autonomía y la capacidad para el desarrollo de las actividades de la vida diaria del enfermo.

#### P-148. MANIFESTACIONES CLÍNICAS Y DIAGNÓSTICOS PSIQUIÁTRICOS DE PACIENTES ANCIANOS INGRESADOS EN UNA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN BREVE. UHB-GERONTOPSIQUIATRÍA

P.L. Serrano Cuadrado, T. Aparicio Reinoso, D. Barral Tafalla, M. de la Hermosa Lorenci, N. Domínguez Ramírez y L. López Sánchez  
*Hospital Dr. Rodríguez Lafora. Madrid.*

**Introducción:** La unidad de Gerontopsiquiatría es una unidad de hospitalización breve específica para pacientes anciano, en dicha uni-

dad ingresan pacientes > 65 años con patología psiquiátrica aguda procedentes de todas las áreas sanitarias de Madrid. Con el presente estudio queremos conocer cuál es el perfil psiquiátrico de los pacientes ingresados en dicha unidad, así como los síntomas psiquiátricos más frecuentes al ingreso.

**Material y métodos:** Estudio descriptivo de pacientes  $\geq 65$  años ingresados en la unidad de hospitalización breve de Gerontopsiquiatría, durante el último año. Fueron criterios de exclusión edad inferior a 65 años y pacientes ingresados por orden judicial para cumplimiento de penas. *Variables:* Edad, Sexo, comorbilidad, D<sup>o</sup> Psiquiátrico principal, sintomatología al ingreso, estancia media, psicofármacos, etc.

**Resultados:** N: 109 (66% mujeres), edad 74,5 años (65-93). Limitación funcional 16%, Barthel 85. Media de Enf. Crónicas 2,6 (excluida patología psiquiátrica). *Fármacos Psiquiátricos* M: 3,6 (0-7). 80% Benzodiazepinas; 68% neurolépticos (Risperidona 21,6%, Olanzapina 16,7% y Quetiapina 23,5%; 7% formulas depot; 15% 2 neurolépticos); 61% Antidepresivos (ISRS 20,6%, Velanfaxina 34,3% mirtazapina 21,6%); 37% Eutimizantes (Litio 14% y valproico 13%). 28% primer ingreso y 19% > 5 ingresos. 78% Ingreso Involuntario (LEC 763). 60% sintomatología afectiva. 67% no conciencia enf. 31% no colaboración, 30% desorientados 17% alteraciones mnésicas, 38,5% ideación delirante, 21,2% ideas pasivas de muerte, 10,6% ideación autolítica, 9,7% alucinaciones, 32,7% alt. Conductuales, 17,3% agitación, 6% auto-hetero agresividad. 65,4% insomnio. *D<sup>o</sup> Psiquiátrico al alta:* 39% Tr Depresivos mayores y 22% TBP (en fase depresiva. 11,6%) 12,6% Deterioro cognitivo con SCPDS, 9,5% Esquizofrenia, y 6,3% Tr delirante crónico.

**Conclusiones:** 1. Los TBP en fase depresiva y los tratamientos Depresivos son los pacientes con mayor número de reingresos y mayor estancia media en la unidad muchos de ellos con litio (ingreso 7%-alta 23,1%). 2. 2/3 pacientes no tienen conciencia de enfermedad y 1/3 no colaboran al ingreso. 3. La Velanfaxina es el Antidepresivo más usado, mientras que no existe diferencias en el tipo de Neuroléptico atípico.

#### P-149. VALORACIÓN DE PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE ACCIDENTE VASCULAR CEREBRAL EN EL CENTRO SOCIOSANITARIO MUTUAM GÜELL

E. López Luna, D. Quera Ayma, M.J. García Ferré y N. Sáiz Antón  
CSS Mutuam Güell. Barcelona.

**Introducción:** Los pacientes que han sufrido un accidente vascular cerebral (AVC) son tributarios de ingreso en un centro socio sanitario al alta hospitalaria, con el objetivo de conseguir la máxima recuperación funcional. Pero también nos encontramos que muchos de ellos son dados de alta a domicilio y derivados posteriormente desde los Equipos de Atención Primaria (EAP).

**Objetivo:** El objetivo principal de este estudio es reflejar las diferencias entre los pacientes que proceden de hospital de agudos o de los EAP respecto a comorbilidad, mejora funcional y destino al alta.

**Método:** Estudio descriptivo retrospectivo de los pacientes ingresados en el año 2009 en el Centro Socio Sanitario Mutuam Güell, con el diagnóstico de AVC.

**Resultados:** Durante el año 2009 han ingresado 105 pacientes con el diagnóstico de accidente vascular cerebral, que suponen el 14,70% del total de ingresos del Centro. El 54,2% son mujeres (edad media de 81,6 años) y el 45,8% son hombres (edad media de 55,6%). El 52,4% de los pacientes procedentes de EAP y un 35,2% de hospitales de agudos. De los pacientes procedentes de EAP el 62% pueden retornar al domicilio y el 18% son derivados a otros centros fundamentalmente a Residencia. En pacientes procedentes de Hospital de Agudos el 51,3% son alta a domicilio y el 13,6% son derivados a Residencia. La mortalidad es del 18% de los pacientes procedentes de domicilio y

del 35,1% de los procedentes del Hospital de Agudos. En cuanto a comorbilidad (Charlson) es similar en ambos grupos. La estancia media es de 53,6 días para los pacientes procedentes de EAP y de 116,5 los de Hospital de Agudos.

**Conclusiones:** 1. Los pacientes derivados de hospital de agudos son pacientes con mayor afectación funcional y necesitan estancias más prolongadas. 2. Valoramos muy positivamente que en más de la mitad de los casos los pacientes pueden volver a su domicilio habitual. 3. La valoración integral y el tratamiento multidisciplinar de estos pacientes favorece el proceso de rehabilitación.

#### P-150. NUEVAS OPCIONES DE TRATAMIENTO PARA LA ESTENOSIS AÓRTICA EN ANCIANOS

J. Casares, V. Martínez Mateo, H.A. González Paulín, M. Jerez Valero, T.P. Estrada y L.F. Pajín Valbuena  
Hospital Virgen de la Salud. Toledo.

**Introducción:** La Estenosis Aórtica severa (EAs) es una enfermedad frecuente en ancianos (mayores de 75 años). La sustitución valvular aórtica es el tratamiento de elección. La implantación de prótesis aórticas percutáneas (PAP) constituye una alternativa prometedora a la cirugía.

**Objetivos:** 1. Registrar los pacientes diagnosticados de EAs en nuestra población en un período de 2 años. 2. Evaluar su evolución y pronóstico en ancianos. 3. Identificar potenciales candidatos para un programa de implantación de PAP.

**Material y métodos:** Analizamos retrospectivamente (Enero-07 a Marzo-09) la base de datos de Ecocardiografía de nuestro centro incluyendo pacientes con diagnóstico de EAs (área aórtica < 1 cm<sup>2</sup>, velocidad pico > 4 m/s). Realizamos seguimiento mediante revisión de historia clínica y contacto telefónico (Abril-09). Analizamos los resultados empleando el programa informático SPSS 15.0. Se realiza prueba de chi-cuadrado para comparación de proporciones entre poblaciones.

**Resultados:** Registramos un total de 331 pacientes: 196 (59,2%) ancianos (edad media 82,8, desviación típica 4,9); 135 (40,8%) no ancianos (edad media 65,2, desviación típica 10,2). Se compara población anciana (A) Vs población no anciana (nA). El porcentaje de pacientes que se somete a intervención quirúrgica es menor en A: n = 83, 42,3% (Vs nA: n = 87, 63,5%. P < 0,001). La mortalidad entre los no operados tiende a ser más alta en A: n = 35, 40% (Vs nA: n = 8, 16%. P = 0,08). Entre los no operados/no fallecidos, existe un mayor porcentaje de A que tienen indicación quirúrgica: n = 46, 60% (Vs nA: n = 17, 40,5%. P = 0,05). Entre los no operados/no fallecidos/con indicación quirúrgica, un alto porcentaje de los mismos ha sido rechazado para intervención en ambas poblaciones: A: n = 22, 47,8%; nA: n = 8, 47%. (p = 0,97).

**Conclusiones:** 1. Un elevado porcentaje de ancianos con EAs no es sometido a cirugía. 2. El pronóstico entre los pacientes con EAs no intervenidos es ominoso. 3. Un alto porcentaje de ancianos que no han sido intervenidos tienen indicación de cirugía. 4. Muchos de los pacientes con indicación quirúrgica son rechazados para cirugía. 5. La implantación de PAP es una buena alternativa para el tratamiento de la EAs en ancianos.

#### P-151. VALORACIÓN NUTRICIONAL EN RESIDENTES PSICOGERIÁTRICOS

M.T. Marcellán Benavente<sup>1</sup> y E. Bueno Labairu<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Casa de Misericordia de Pamplona. Pamplona. <sup>2</sup>Universidad de Navarra.

**Objetivos:** 1. Valorar el estado nutricional de ancianos que viven en una residencia con patología psicogeriatrica. 2. Relacionar con trastorno de la alimentación. 3. Valorar complicaciones a los tres meses.



**Material y método:** Estudio descriptivo observacional realizado en dos pabellones psicogeriátricos de una residencia en agosto 2009 y seguimiento de tres meses. *Variables analizadas:* sexo, edad, estadio GDS, Barthel, variación de peso en seis meses previos (sin variación, pérdida, aumento), trastorno de la alimentación (disfagia, negación, sin problemas), IMC, MNA, prescripción de suplementos nutricionales y neurolépticos, complicaciones en los tres meses siguientes (úlceras por presión, broncoaspiración, muerte).

**Resultados:** 36 residentes, mujeres 28 (77,8%), edad media de 87,42 (mínima 74 y máxima 102), GDS: 4: 1 (2,8%), 5: 23 (63,9%), 6: 11 (30,6%) y 7: 1 (2,8%). Barthel: > 60: 24 (66,7%), < 39: 12 (33,3%). *Variación de peso:* no 11 (30,6%), pérdida 24 (66,7%), aumento 0. *Trastorno de la alimentación:* disfagia 10 (27,8%), negación 4 (11,1%), sin problemas 21 (58,3%). IMC: > 30: 5 (13,9%), 21-29: 19 (52,8%), < 21: 12 (33,3%). MNA: > 24: 2 (5,6%), 17-23,5: 14 (38,9%), < 17: 20 (55,6%). Suplemento nutricional 6 (16,7%). Antipsicóticos 9 (25%). Úlceras por presión 3 (8,6%), broncoaspiración 3 (8,3%), muerte 5 (13,9%). *Análisis bivariante:* de los 24 con pérdida de peso 18 puntúan MNA < 17 (p: 0,003). El total de los que tienen disfagia y negación a comer sufren pérdida de peso (p: 0,006). Relación de úlceras por presión y del trastorno de la alimentación no significativa (p: 0,08) y con MNA p: 0,05. Sufren broncoaspiración 2 (66,7%) con MNA > 24 (p: 0,000).

**Conclusiones:** 1. Los residentes psicogeriátricos presentan malnutrición y riesgo de malnutrición. 2. La disfagia y la negación a comer se relacionan con una pérdida de peso y riesgo de malnutrición. 3. Las complicaciones a tres meses no son valorables por el tamaño muestral.

#### P-152. USO DE ANTIANGIOTÉNICOS EN EL TRATAMIENTO DEL CARCINOMA RENAL DISEMINADO EN PACIENTES OCTOGENARIOS

R. Palma Caselles, M. Ariztia Sarratea, E. Martín de Francisco Murga, B. Davies Urizar y C. Alonso Bouzon  
*Hospital Universitario. Getafe.*

**Objetivo:** Analizar la experiencia de uso de los nuevos fármacos antiangiogénicos en el tratamiento del carcinoma renal diseminado en pacientes octogenarios.

**Métodos:** Presentamos el caso de una paciente de 83 años ingresada en el Servicio de Traumatología del Hospital de Getafe por una fractura patológica de fémur como primera manifestación clínica de un carcinoma renal de células claras diseminado y revisamos los datos publicados que avalan el uso de los nuevos fármacos antiangiogénicos como parte del esquema terapéutico recomendado.

**Resultados:** La supervivencia media estimada de los pacientes ancianos con carcinoma renal diseminado es de 1 año. La nefrectomía radical como tratamiento aislado puede mejorar el pronóstico vital hasta 16,6 meses. Los nuevos fármacos antiangiogénicos (sunitinib, sorafenib y temsirolimus) han demostrado en estudios fase III, mejorar potencialmente estos resultados obteniendo mejoras en la supervivencia global de hasta 26,4 meses en el mejor de los casos. Pueden administrarse por vía oral y tienen un perfil relativamente seguro de efectos secundarios. Sin embargo, estos resultados necesitan ser confirmados en estudios prospectivos con mayor número de pacientes analizados. No existen estudios publicados en pacientes octogenarios de tratamiento combinado.

**Conclusiones:** El papel de los nuevos fármacos antiangiogénicos en el tratamiento del carcinoma renal diseminado en pacientes octogenarios no está todavía claro. Actualmente no hay datos que indiquen un efecto curativo pero sí que avalan la estabilización de la enfermedad durante un tiempo prolongado. Más estudios sobre los potenciales efectos secundarios y su tolerancia, son necesarios.

#### P-153. ANEURISMA TORÁCICO EN PACIENTES MAYORES DE 90 AÑOS

G. Sedano Gómez, R. Malfeito Jiménez, C. Calviño, L. Martínez Lado y F. Veiga  
*Complejo Hospitalario Xeral Calde. Lugo.*

**Introducción:** Es una dilatación anormal que afecta las 3 capas del vaso, generalmente superior al 50% del diámetro normal, siendo más frecuente en la aorta abdominal. La edad media de presentación se sitúa entre los 60 y 70 años, más común en varones y con una incidencia de 6-10 casos por 100 000 pacientes/año.

**Casos clínicos:** Presentamos dos casos de aneurisma de Aorta torácica en pacientes geriátricos: Varón de 103 años que ingresa por tos con expectoración, y dolor inespecífico en costado izquierdo de larga evolución. La radiografía de tórax muestra una imagen de pseudomasa a nivel de aorta torácica, confirmándose mediante TAC la dilatación aneurismática de la aorta descendente. Mujer de 93 años que ingresa por disnea y disminución del nivel de consciencia. En la radiografía de tórax se observa velamiento del campo pulmonar izquierdo y la TAC confirma una aorta torácica muy dilatada con un gran trombo mural e importante derrame pleural por hemorragia.

**Comentario:** El aneurisma de aorta generalmente es asintomático y la clínica dependerá del tamaño y la compresión de estructuras adyacentes. Con frecuencia son infradiagnosticados y puede llevar a la muerte por lo que deben considerarse en el diagnóstico diferencial de otras patologías: insuficiencia cardíaca, síndromes coronarios, tromboembolismo...

El diagnóstico se realiza mediante radiografía, ecocardiografía, TAC, RMN o angiografía y el tratamiento indicado es la cirugía en los casos sintomáticos o asintomáticos según la velocidad de crecimiento o el diámetro. El tratamiento médico con betabloqueantes está indicado en los casos asintomáticos inoperables.

Aunque la edad media de diagnóstico de aneurisma es entre la 6ª y 7ª década, presentamos dos pacientes con edad muy avanzada, siendo en el primero un hallazgo incidental y en el otro un debut como disección y rotura aórtica.

#### P-154. NECESIDAD DE AYUDAS ESPECIALES COMO COMPLEMENTO A UNA GUÍA FARMACOTERAPÉUTICA

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

**Objetivos:** Complementar la información de una Guía Farmacoterapéutica para personas mayores de información práctica importante que permita optimizar el uso adecuado de la misma.

**Metodología:** Creación de un Grupo de trabajo relacionado con la Comisión de Farmacia y Terapéutica y Enfermedades Infecciosas con el fin de recabar de los miembros de la misma aspectos importantes relacionados con el uso de medicamentos en un Hospital de media estancia y 7 centros gerontológicos que requieran de información disponible de forma rápida por los facultativos y enfermeras que trabajan en los mismos no cubiertos por la información habitual de la Guía Farmacoterapéutica elaborada y continuamente actualizada tras las reuniones de dicha comisión. Elaborar anexos a la Guía con la información desarrollada a partir de la necesidad detectada.

**Resultados:** 1. Han sido identificadas 3 nuevas áreas de conocimiento a lo largo de 2009 que requieren la elaboración de nuevos anexos a la guía: Ajuste de posología de medicamentos en insuficiencia renal, Fármacos ototoxicos, Medicamentos termolabiles: conservación ante incidencias. 2. Han sido elaborados y aprobados por la Comisión dichos anexos que se suman a los existentes anteriormente en la guía y que proporciona información complementaria a la misma. 3. Los anexos anteriormente elaborados son: Administración de medicamentos por sonda nasogastrica, nutrición enteral, medicación selec-

cionada para stock de hospital y de centro gerontológico, úlceras por presión, programa de intercambio terapéutico y Comunicación de reacciones adversas. La guía pasa a disponer de 10 anexos. Ha sido publicada en su séptima edición en 2009.

**Conclusiones:** La elaboración de unos anexos complementarios a la Guía Farmacoterapéutica ayuda a completar la información disponible en la misma de manera que su utilización resulta muy práctica para el trabajo de los diferentes profesionales.

#### P-155. INFECCIONES DE TRACTO URINARIO EN PACIENTES GERIÁTRICOS HOSPITALIZADOS. FACTORES DE RIESGO Y FACTORES PRONÓSTICOS DE UNA EVOLUCIÓN CLÍNICA DESFAVORABLE

S. Carmona Lambooy, E.M. García Carreño, J.M. Fernández Ibáñez, M.D.L.C. Grau Jiménez, M.D.C. Morales Ballesteros y A. Martín Castillo

*Hospital General La Mancha Centro. Alcázar de San Juan.*

**Objetivos:** Estimar la frecuencia de ITU en los pacientes ingresados en Geriátría del Hospital General La Mancha Centro durante 2009, identificar los factores de riesgo asociados a su presencia y los factores pronósticos determinantes de una evolución clínica desfavorable.

**Material y métodos:** Se seleccionaron los pacientes diagnosticados de ITU (código 599.0 del CIE9) en CMBD del Hospital La Mancha Centro y revisión de sus historias clínicas.

**Resultados:** De 531 pacientes ingresados a cargo de Geriátría, 140 (26,4%) padecieron una infección de tracto urinario (ITU). Los pacientes con ITU tenían una edad media de 84 años (DE: 5,3 años), el 55% eran mujeres. La mortalidad fue del 14,3%. Los factores de riesgo relacionados con la presencia de infección del tracto urinario son la edad > 80 años con OR 1,98 ( $p < 0,005$  e IC 95%: 1,26-3,11), estar institucionalizado con OR 1,58 ( $p = 0,054$  e IC 95%: 0,99-2,52) y DM con OR 1,39 ( $p = 0,1$  e IC 95%: 0,93-2,06). Los factores reconocidos como independientes por regresión logística son la edad (incrementada 5 años) con OR 1,25 ( $p < 0,02$  e IC 95%: 1,04-1,05), estar institucionalizado con OR 1,5 ( $p < 0,1$  e IC 95%: 0,93-2,41) y DM con OR 1,5 ( $p < 0,05$  e IC 95%: 1,003-2,25). Los factores pronósticos de una evolución desfavorable (exitus) son la edad > 80 años con OR de 2,74 ( $p = 0,18$ , IC 95%: 0,60-12,5), estar institucionalizado con OR 1,41 ( $p = 0,52$  e IC 95%: 0,5-4), la incontinencia con OR 2,97 ( $p = 0,16$  e IC 95%: 0,62-14,3) y dependencia moderada-total con OR 3,79 ( $p = 0,079$  e IC 95%: 0,79-17,6). Los factores pronósticos de una evolución desfavorable (estancia prolongada estimada en días por Kaplan Meier) con ITU son no estar institucionalizado (Estancia Mediana de 13 días vs. 10 con  $p = 0,05$ ) y tener mayor comorbilidad (14 días vs. 10 con  $p < 0,01$ ).

**Conclusiones:** La institucionalización, la edad y la DM son factores de riesgo asociados al desarrollo de una ITU en pacientes geriátricos. Los factores pronósticos de exitus en pacientes geriátricos con ITU son la edad, estar institucionalizado, la incontinencia y peor situación funcional. Los factores pronósticos de una evolución desfavorable entendida como estancia prolongada son el no estar institucionalizado y tener mayor comorbilidad.

#### P-156. MOTIVOS DE INASISTENCIA A UNA CONSULTA DE GERIATRÍA

Y. Villán Villán, N. Parodi López, J. Coasaca Cabrera, C. Sánchez Castellano, B. Montero Errasquín y A.J. Cruz-Jentoft  
*Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid.*

**Objetivos:** Determinar las causas de la falta de asistencia a las citas programadas en una consulta externa de Geriátría.

**Material y métodos:** Se revisaron las historias electrónicas de todos los pacientes atendidos en nuestras consultas en un período de 6 me-

ses (Jul-Dic 2009), incluyéndose aquellos que no acudieron a la consulta programada y realizándose posteriormente una encuesta telefónica. Se recogieron datos demográficos, tipo y principal motivo de consulta y razones de la inasistencia a la consulta.

**Resultados:** No acudieron a la consulta 119 pacientes (18,6% de las primeras visitas y 10% de las visitas de revisión), edad  $82,9 \pm 6,1$  años (70-106), mujeres 63,9%. El motivo de cita más frecuente era un deterioro cognitivo (69,7%). Agrupamos las causas de inasistencia en cinco grupos: en un 40,3% existía una causa aguda sobrevenida (ingreso hospitalario, enfermedad aguda, problemas familiares, exitus), un 14,3% faltaron por falta de interés (olvido, impuntualidad), un 16% por decisión del paciente (coincidencia con otra cita, viaje, cambio de domicilio, seguimiento por otro especialista), un 6,7% de los casos por dificultad de acceso (lejanía, falta transporte, ausencia acompañante) y un 8,4% por problemas burocráticos (falta de comunicación de la cita por Admisión en primeras consultas, pruebas complementarias pendientes). No encontramos relación estadística entre las razones de no acudir a la consulta y otras variables como el motivo de consulta, el tipo, la edad o el sexo.

**Conclusiones:** El motivo fundamental por el que los pacientes no acudieron a la consulta fue un problema sobrevenido y por tanto difícil de prevenir. Dada la diversidad de causas de inasistencia a consulta, el abordaje necesario para reducirla sólo podrá hacerse con medidas complejas.

#### P-157. PREVALENCIA DE LA PATOLOGÍA INFECCIOSA EN LOS PACIENTES INGRESADOS EN GERIATRÍA. FACTORES ASOCIADOS E IMPACTO EN LA EVOLUCIÓN CLÍNICA

S. Carmona Lambooy, E.M. García Carreño, M.D.C. Morales Ballesteros, M.D.L.C. Grau Jiménez, J.M. Fernández Ibáñez y J.M. Tenías Burillo  
*Complejo Hospitalario La Mancha Centro. Alcázar de San Juan.*

**Objetivos:** Estimar la frecuencia de la patología infecciosa en los pacientes ingresados en Geriátría del Hospital General La Mancha-Centro durante 2009 e identificar los factores de riesgo asociados a su presencia. Estimar el impacto de la patología infecciosa en la mortalidad y estancia hospitalaria de los pacientes geriátricos.

**Material y métodos:** Se seleccionó la muestra a partir del CMBD de los pacientes que ingresan a cargo del Servicio de Geriátría con diagnóstico de infección, según el CIE 9.

**Resultados:** De 531 pacientes ingresados a cargo de Geriátría, 306 (57,6%) presentaron alguna patología infecciosa. Las más frecuentes fueron respiratorias ( $n = 144$ , 27,1%) y urinarias ( $n = 140$ , 26,4%). Los factores de riesgo relacionados con la presencia de una infección son la edad (mayores de 80,  $p = 0,02$ ) y la institucionalización (sí 71% vs no 54,7%,  $p < 0,005$ ). El sexo, la presencia de diabetes y la comorbilidad, entendida como baja (< 9 diagnósticos) o alta (> 9 diagnósticos), no parecen ser factores de riesgo relacionados con infección. Los factores de riesgo reconocidos como independientes por regresión logística son: estar institucionalizado con OR de 1,92 ( $p < 0,01$  e IC 95%: 1,19-3,09) y la edad (incrementada 5 años) con OR de 1,19 ( $p < 0,05$  e IC 95%: 1,005-1,40). El impacto de las infecciones en la mortalidad ajustada por comorbilidad y edad son: el tener patología infecciosa con OR de 2,18 ( $p < 0,01$ ) y la edad (incrementada 5 años) con OR 1,33 ( $p < 0,02$ ). La comorbilidad presenta una OR 0,93 ( $p = 0,134$  e IC 95%: 0,84-1,02). El impacto de las infecciones sobre una estancia prolongada ajustada por comorbilidad y edad son: patología infecciosa con HR 0,72 ( $p < 0,001$  e IC 95%: 0,60-0,86), edad (incrementada 5 años) con HR 0,93 ( $p = 0,08$  e IC 95%: 0,85-1,01) y comorbilidad ( $n^\circ$  de diagnósticos) con HR 0,92 ( $p < 0,001$  e IC 95%: 0,89-0,95).

**Conclusiones:** 1. La patología infecciosa afecta a más de la mitad de los pacientes ingresados en Geriátría. 2. Entre los factores de riesgo asociados a la presencia de una patología infecciosa se identifican la edad y el ingreso desde una residencia geriátrica. 3. La patología in-

fecciosa tiene un impacto independiente y desfavorable sobre la mortalidad y la estancia hospitalaria.

**P-158. ESTUDIO DE CAÍDAS EN CENTRO DE MEDIA ESTANCIA: DETECCIÓN DE ÁREAS DE MEJORA CON ANÁLISIS MULTIFACTORIAL**

M.D.L. Pino Roque, S. Durany Turk, A. Egido Muñoz, M. Ipiens Cárdenas y J.M. Pérez-Castejón Garrote  
*CBC CSS Dolors Aleu.*

**Introducción:** El Centro Sociosanitario Bonanova (Centros Blauclinic) dispone de 199 plazas en tres unidades funcionales: unidad de media estancia de 90 camas, Cuidados Paliativos 14 camas, y larga estancia 95 camas. En la población anciana y institucionalizada las caídas constituyen un problema de salud pública siendo un marcador de fragilidad y predictor de incapacidad o mortalidad. El estudio que realizamos compara las caídas producidas durante los trimestres del año 2008 con las del 2009 después de desarrollar planes de intervención específicos para mejorar la incidencia.

**Material y método:** Estudio retrospectivo del registro de caídas de pacientes ingresados en media estancia durante los años 2008 y 2009. Análisis de las caídas y realización de intervenciones específicas como la revisión del protocolo, la constitución y seguimiento de la comisión de caídas, revisión de registros y documentación de enfermería e historia clínica, sesiones clínicas de formación para los profesionales implicados en la atención e intervenciones de educación sanitaria dirigidos a pacientes y familia.

**Objetivo:** Reducir la incidencia de caídas y en una segunda etapa la prevención secundaria sobre las nuevas caídas con programas de intervención sobre los factores de riesgo más frecuentemente implicados en nuestro centro.

**Resultados:** De un total de 693 pacientes atendidos en la unidad de ME durante el 2008, 179 pacientes sufrieron al menos una caída. Se ha realizado un análisis trimestral de los resultados durante el 2009. Se creó una comisión de trabajo de caídas y se inició la revisión de toda la documentación existente relacionada con la identificación/prevenición y seguimiento de las caídas del centro. Durante el primer trimestre se analizaron todos los datos de recogida y durante el segundo se iniciaron todas las medidas de intervención y áreas de mejora identificadas. De un total de 62 caídas de media semestrales, existió una disminución de un 29,1% en caídas de causa extrínseca y un 17,5% de intrínsecas. Las caídas de repetición en aquellos pacientes identificados no disminuyeron significativamente respecto al semestre anterior, y las lesiones fueron de un 31,6% menos comparativamente.

**P-159. MORTALIDAD EN UNA UNIDAD DE SUBAGUDOS DE GERIATRÍA**

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

**Objetivo:** Describir las características de los pacientes que fallecieron durante la estancia en una Unidad de Subagudos de Geriátría (USA).  
**Metodología:** Se incluyen en el estudio todos los pacientes ingresados en la Unidad de Subagudos de Geriátría durante el año 2009. Son pacientes derivados desde los servicios médico-quirúrgicos del Hospital Gregorio Marañón, tras valoración por un Geriátra. Los objetivos del traslado son convalecencia médica o recuperación funcional de un deterioro funcional agudo o subagudo. Se describen las principales características de la muestra y posteriormente la mortalidad en función de variables demográficas, funcionales (FAC, Barthel) y sociales.

**Resultados:** De los 634 pacientes ingresados en USA, con una edad media de 85,21 ± 30,6 años, fallecieron 42 (6,6%). Estos últimos eran

de mayor edad (86,3 ± 7,1, con p: 0,0013), peor situación funcional basal (Barthel 21,0 ± 30,4 vs 51,5 ± 38,4, con p < 0,001) y al ingreso (Barthel 2,86 ± 6,9 vs 23,5 ± 26,6, con p < 0,001), peor movilidad tanto basal (FAC: 1,03 ± 1,5 vs 2,68 ± 2 con p < 0,001), como al ingreso (FAC: 0,14 ± 0,5 vs 1,06 ± 1,4, con p < 0,001). Tuvieron un menor porcentaje de intervención con tratamiento rehabilitador y gestión de recursos sociales que los pacientes supervivientes. No se encontraron diferencias en cuanto a los diagnósticos que motivaron el ingreso ni en la estancia en USA entre los sujetos fallecidos y el resto de la muestra.

**Conclusiones:** Los pacientes que fallecen en nuestra USA se corresponden con los más ancianos y con peor situación funcional y de movilidad tanto basal como al ingreso. Estos datos ayudan a definir un perfil de paciente que optimiza los objetivos del ingreso en la unidad.

**P-160. REHABILITACIÓN TRAS ICTUS EN UN PACIENTE CENTENARIO**

V. Domingo García, S. Nieto Colino, F.J. Ortiz Alonso y J.A. Serra Rexach  
*Hospital Gregorio Marañón. Madrid.*

Se trata de un varón de 104 años de edad, con los antecedentes personales de, HTA, portador de marcapasos, ictus lacunar cerebeloso y carcinoma urotelial estadio pT1 G2 intervenido con resección transuretral en el 2005. Tratamiento habitual con Adiro, Norvas e Hidroclorotiazida. Su situación funcional basal es de independencia total para las Actividades Básicas de la Vida Diaria, con un índice de Barthel de 100/100. Caminaba con un bastón y salvaba escaleras. No presentaba deterioro cognitivo ni trastorno afectivo, realizando una vida activa (independiente en Actividades Instrumentales y Avanzadas).

Ingresa en el Servicio de Urgencias por bajo nivel de conciencia y hemiplejía derecha severa, objetivándose en el TAC cerebral un ictus de arteria cerebral media izquierda, ingresando en la Unidad de Agudos de Geriátría donde se presenta deterioro funcional severo, con Barthel 0/100, hemiplejía flácida con imposibilidad de mantener equilibrio en sedestación, así como afasia mixta y cuadro de delirium. Se desestima tratamiento rehabilitador y se traslada a la Unidad de Subagudos de Geriátría para seguimiento evolutivo.

Tras desaparición del cuadro de delirium, el paciente muestra estabilidad clínica, con indicios de recuperación motriz, siendo reevaluado por rehabilitación e iniciando Terapia Ocupacional y Cinesiterapia activa. Después de un mes de rehabilitación intrahospitalaria y dos meses de rehabilitación ambulatoria, se consiguió un índice de Barthel de 55/100, marcha con andador y una persona, y se objetivó recuperación completa de las capacidades cognitivas.

El paciente permaneció estable durante un año, sufriendo posteriormente un nuevo ictus sobre la arteria cerebral media derecha, con importante deterioro funcional asociado (marcha pequeños pasos con andador y dos personas) y deterioro cognitivo moderado residual. Falleció a los 107 años.

**P-161. ANÁLISIS DE LA CAPACIDAD PREDICTIVA DE LA SALUD PERCIBIDA EN RELACIÓN CON DETERMINADAS VARIABLES DE LA SALUD OBJETIVA, LAS EMOCIONES Y EL ESTADO COGNITIVO**

E. Aldaz, U. Díaz, D. Facal, N. Galdona, M.F. González e I. Laskibar  
*Fundación Instituto Gerontológico Matia (INGEMA).*

**Objetivo:** En la valoración que hace una persona sobre su salud además de las condiciones objetivas de salud también influyen factores de carácter más subjetivo. El objetivo de este estudio fue analizar qué variables relacionadas con la salud objetiva, las emociones y la cognición predicen la salud percibida en una muestra de personas mayores sin deterioro cognitivo.

**Material y métodos:** Se administró una amplia batería de pruebas a 101 personas (media = 71,08 años DT = 6,792). El área de salud incluyó datos sobre hábitos de tabaco y alcohol, salud física y mental percibidas recogidos a través del SF-36 y del Mini Nutritional Assessment (MNA). Para valorar el funcionamiento emocional se utilizó el TMMS24, TAS, PANAS, la Escala de Satisfacción con la Vida y el Cuestionario de Autorregulación Emocional. Las pruebas con las que evaluaron el estado cognitivo fueron Dígitos Directos y Complejos, Fluidez Fonológica y Semántica, AVLT, Clave de Números, Test de Posiciones, Stroop y Vocabulario. Para analizar los datos se realizaron dos regresiones lineales utilizando el método de pasos sucesivos, en las que las variables dependientes fueron la dimensión física y la mental de la salud percibida, y las variables independientes fueron la edad y el resto de variables mencionadas.

**Resultados:** En el modelo que explica la salud física percibida se incluye el MNA, edad y puntuación total del TAS ( $p < 0,01$ ;  $R^2 = 0,335$ ). La dimensión mental la formaron el MNA, dificultad para identificar los sentimientos-TAS, edad y estilo de pensamiento orientado hacia el exterior-TAS ( $p < 0,01$ ;  $R^2 = 0,505$ ).

**Conclusiones:** El estado nutricional, la edad y la puntuación total de alexitimia parecen ser predictores en esta muestra del estado de salud física percibida. La salud mental está relacionada con la edad, con factores nutricionales y con una menor capacidad para identificar los sentimientos y con un pensamiento orientado hacia el exterior. Estos resultados nos indican la importancia de orientar y educar a las personas mayores en la identificación de sus sentimientos y en adquirir control sobre sus eventos vitales, enfatizando la importancia de una nutrición adecuada. Este puede ser un abordaje en la mejora de la salud percibida tanto física como mental.

#### P-162. MEJORÍA FUNCIONAL EN UNA UNIDAD DE LARGA ESTANCIA: ¿ES POSIBLE?

P. Margalef Benaiges, I. Bueno Martín, J.C. Colmenares Fernández, P.J. García y E. Martínez Almazán  
*Hospital de la Santa Creu. Centre Sociosanitari.*

**Objetivo:** 1. Identificar los pacientes con mejoría funcional durante período de ingreso en unidad de larga estancia y a los tres meses del alta. 2. Identificar factores pronósticos implicados en dicha mejoría.

**Metodología:** Estudio retrospectivo mediante revisión de historias clínicas de todos los pacientes dados de alta en unidad de larga estancia de nuestro centro durante el año 2009. Recogida de datos demográficos, comorbilidad, síndromes geriátricos, situación funcional mediante índice de Barthel al ingreso, al alta y a los 3 meses, datos de laboratorio (niveles de hemoglobina, colesterol y albúmina) y sociofamiliares. Análisis multivariante por regresión logística con obtención de modelo estadístico de factores predictores de mejoría funcional en su conjunto. Uso de software SPSS v. 15.0.

**Resultados:** Muestra de 207 pacientes. Edad media 83,3 años, 56,5% mujeres, 42% de éxitos al alta. Índice de Barthel medio: 28,9 al ingreso, 45,4 al alta (se excluyen éxitos), 43,18 a los 3 meses. Factores asociados a mejoría funcional al alta (entendida como mejoría en el índice de Barthel  $\geq 5$  respecto al ingreso): ausencia de privación sensorial, ausencia de incontinencia fecal, ausencia de trastorno afectivo, procedencia de otras unidades hospitalarias (mayormente unidad de agudos) y presencia de cuidador ( $R^2$  de Cox y Snell 19,2%;  $p < 0,001$ ). Como factores predictores de mejoría funcional a los 3 meses del alta (entendido como mejoría en el índice de Barthel  $\geq 5$  respecto al alta), se descartó la posibilidad que el destino al alta fuera un factor implicado en dicha mejoría ( $R^2$  de Cox y Snell 46,3%;  $p < 0,001$ ).

**Conclusiones:** 1. Los pacientes dados de alta en nuestra unidad de larga estancia presentan una mejoría funcional respecto al ingreso equivalente a más de 15 puntos en el índice de Barthel, que se mantiene a los 3 meses. 2. La ausencia de privación sensorial, trastorno

afectivo e incontinencia así como la presencia de cuidador y procedencia de hospital de agudos se asocian a mejoría funcional al alta. 3. A los 3 meses del alta, no hay diferencias en cuanto a situación funcional entre pacientes dados de alta a residencia vs. domicilio.

#### P-163. PERFIL DE PACIENTES DADOS DE ALTA DE UNA UNIDAD DE LARGA ESTANCIA TRAS LA PUESTA EN MARCHA DE LA LEY DE DEPENDENCIA

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

**Objetivo:** 1. Describir características clínicas de pacientes dados de alta de Unidad de Larga Estancia de nuestro centro en el año 2009 tras la implantación de la Ley de Dependencia. 2. Describir situación a los 3 meses del alta de cara a valorar la idoneidad las altas.

**Metodología:** Estudio retrospectivo mediante revisión de historias clínicas. Recogida de datos demográficos, comorbilidad, síndromes geriátricos, situación funcional mediante índice de Barthel al ingreso, al alta y a 3 meses, datos de laboratorio (niveles de hemoglobina, colesterol y albúmina). Uso de software SPSS v. 15.0.

**Resultados:** N = 207. 56,5% mujeres. Media de edad  $83,3 \pm 10$  años. *Procedencia:* 34% de UCR, 30% Hospital de agudos, 15,5% social, 15,5% CCEE/atención domiciliaria, Hospital de Día 3,9%. *Situación funcional:* Barthel ingreso 28,89 y alta 45,42. *Comorbilidad:* Índice de Charlson  $2,7 \pm 1,6$ . *Antecedentes:* 67,6% HTA, 52,7% cardiopatía, 32,9% DM, 31,4% enfermedad Cerebrovascular, 28% Dislipemia, 21% EPOC. *Síndromes geriátricos:* 77,8% incontinencia urinaria, 59,9% fecal, 62,8% polifarmacia, 59,4% inmovilidad, 51,7% demencia severa, 47,3% trastorno afectivo, 27,5% delirium, 21,3% privación sensorial severa, 17,9% UPP, 16,9% trastorno de conducta, 13,5% disfagia y 7,2% sonda vesical. *Parámetros analíticos:* Albúmina  $2,82 \pm 0,61$ , Colesterol  $154 \pm 39,6$ , Hb  $11,62 \pm 1,72$ . *Estancia media:* 323 días. Reingresos: 3,4%, Traslado Agudos: 8,2%. *Mortalidad:* 42% (87 pacientes). *De 120 pacientes dados de alta, 68 pacientes (56,7%) fueron alta a domicilio:* 26 (21,7%) domicilio sin seguimiento, 4 (3,3%) domicilio + hospital de día, 38 (31,7%) consultas externas/atención domiciliaria, 5 (4,2%) se trasladaron a otras unidades sociosanitarias, 42 (35%) a residencia pública y 5 (4,2%) a privada. *Datos a los 3 meses:* Barthel medio  $43,1 \pm 34$ , éxitos un 6,7% y derivaciones a urgencias por complicación 15%.

**Conclusiones:** 1. Alta mortalidad en nuestra muestra acorde a una elevada prevalencia de comorbilidad y síndromes geriátricos. 2. Más de la mitad de los pacientes retornan al domicilio, la mayor parte con soporte de diferentes niveles asistenciales de nuestro centro. 3. La supervivencia a los tres meses fue alta, sin requerir prácticamente atención hospitalaria durante este período.

#### P-164. FACTORES PREDICTORES DE MORTALIDAD Y TIPO DE DESTINO AL ALTA EN UNA UNIDAD DE LARGA ESTANCIA

J.C. Colmenares Fernández, P.J. García, I. Bueno Martín, P. Margalef Benaiges y E. Martínez Almazán  
*Hospital de la Santa Creu. Centre Sociosanitari.*

**Objetivo:** Definir los factores predictivos de mortalidad y destino al alta de los pacientes dados de alta de la Unidad de Larga Estancia de nuestro centro en el transcurso de un año.

**Metodología:** 1. Estudio retrospectivo mediante revisión de historias de pacientes dados de alta en la Unidad de Larga estancia de nuestro centro durante el año 2009. 2. Recogida de datos demográficos, clínicos, comorbilidad, síndromes geriátricos y situación funcional al ingreso, al alta y a los 3 meses. 3. Análisis multivariante por regresión logística con obtención de modelo estadístico de factores predictores de mortalidad y destino al alta en su conjunto. Uso de software SPSS v. 15.0.

**Resultados:** N = 207. 56,5% mujeres. Media de edad 83,3 ± 10 años. Mortalidad: 42% (87 pacientes). 1. *Factores predictores de mortalidad* (modelo estadístico con una  $r^2$  de Cox y Snell de 40%;  $p < 0,001$ ): edad avanzada, puntuación de Barthel baja al ingreso, presencia de cardiopatía y disfagia, mayor comorbilidad medida por índice de Charlson, desnutrición proteico-calórica y estancia prolongada. 2. *Factores predictores de alta a residencia (vs domicilio)* (modelo estadístico con una  $r^2$  de Cox y Snell de 74,6%;  $p < 0,001$ ): hombres, edad avanzada, Barthel al ingreso y al alta elevados, ausencia de enfermedad cerebrovascular, presencia de trastorno de conducta, trastorno afectivo, incontinencia fecal y urinaria, estancia prolongada, mejor situación nutricional y procedencia diferente a domicilio. 3. *Factores predictores de mortalidad y/o complicaciones a los 3 meses del alta* (modelo estadístico con una  $r^2$  de Cox y Snell de 15,2;  $p < 0,001$ ): presencia de cardiopatía, incontinencia fecal, niveles bajos de hemoglobina y pacientes remitidos a domicilio.

**Conclusiones:** 1. La mortalidad de nuestra muestra está asociada a una mayor edad, una peor situación funcional, mayor carga de comorbilidad y desnutrición. 2. El alta a residencia se asocia con una mejor situación funcional y nutricional, género masculino y presencia de trastornos afectivo-conductuales e incontinencia. 3. La aparición de complicaciones a los 3 meses del alta se da principalmente en los pacientes que se fueron de alta a domicilio.

#### P-165. LA CONVALECENCIA DESDE EL INGRESO HASTA EL ALTA HOSPITALARIA Y LA GANANCIA FUNCIONAL

S. Solsona Fernández, T. Usieto Piedrafita, F. Chávez Dianderas y E. García-Arilla Calvo  
*Hospital Real y Provincial de Nuestra Señora de Gracia. Zaragoza.*

**Objetivo:** Analizar evolución funcional de los pacientes derivados para convalecencia y rehabilitación en Geriátría desde otros servicios del hospital general.

**Metodología:** *Diseño:* Estudio descriptivo retrospectivo. *Ámbito:* Camas de convalecencia del Servicio de Geriátría del Hospital Real Nuestra Señora de Gracia. *Sujetos:* Pacientes derivados durante el año 2009 con esta finalidad asistencial, excluyendo fallecidos. *Mediciones:* Variables sociodemográficas, servicio de procedencia, estancia en agudos y en convalecencia, destino al alta, Índice de Charlson, Índice de Barthel previo (IBP), al ingreso (IBI) y al alta (IBA), ganancia funcional (IBA-IBI), Índice de Heineman, función cognitiva, diagnósticos más frecuentes, número de fármacos. Se comparan variables entre pacientes con ganancia funcional mayor (GI) y menor (GII) de 20 puntos en el IBA.

**Resultados:** 67 pacientes. Había alguna mejoría funcional en el 94%. Ganancia funcional mayor de 20 puntos: 40%, mayor de 35 puntos: 16%. El Índice de Heineman fue mayor de 35 en el 22%. GI: 82 años, 56% hombres. IBP 82, IBI 5, IBA 55. El servicio que motivó más ingresos fue Traumatología: 32%. Vivían en domicilio: 92%, en residencia: 8%. Al alta regresaban a domicilio el 80%. Índice de Charlson: 5 puntos. Deterioro cognitivo previo: 12%. Polifarmacia (> 6 fármacos): 36%. Estancia en agudos 30 días, en convalecencia 36 días. El ACV y la fractura fueron los diagnósticos más frecuentes. Al alta de hospitalización seguían rehabilitación el 30%. Entre los pacientes del GI (ganancia funcional > 20 puntos) y del GII (ganancia funcional < 20 puntos) no se encontraron diferencias ( $p < 0,05$ ) en la edad, estancia en convalecencia y agudos, Índice de Charlson y polifarmacia; había diferencias ( $p < 0,05$ ) en función cognitiva (Pfeiffer) e IBP.

**Conclusiones:** La dependencia previa y la función cognitiva condicionan el grado de recuperación en nuestros convalecientes sin que los días de estancia, la comorbilidad o la polifarmacia sean diferentes en los pacientes con mayor ganancia funcional al alta. Aunque se consigue ganancia funcional en la mayor parte de la muestra estudiada, alcanzar estándares de "adecuada" y "excelente" resulta difícil influido por el perfil del paciente atendido.

#### P-166. ESTUDIO DE FACTORES PREDICTORES DE MORTALIDAD PRECOZ EN UNA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN DE LARGA ESTANCIA

C. Muñoz Romero<sup>1</sup>, J.A. García Navarro<sup>2</sup>, E. Martínez Almazán<sup>2</sup>, M. Domínguez López<sup>2</sup>, M.T. Cubí Guillén<sup>2</sup> y M. Brull Royo<sup>2</sup>  
<sup>1</sup>*Santa Creu.* <sup>2</sup>*Sant Joan.*

**Introducción:** Conocer factores predictores de riesgo de mortalidad precoz al ingreso en una unidad de larga estancia puede servir para adecuar procedimientos diagnósticos, terapéuticos y establecer un pronóstico.

**Objetivos:** Identificar factores asociados a mortalidad precoz (en 30 días o menos del ingreso) en una unidad de hospitalización de larga estancia.

**Material y métodos:** 1.406 pacientes ingresados en una unidad de larga estancia (años 2003-2007). Se analizan datos de la valoración al ingreso en estas unidades, obligatorios para el Departamento de Salud Catalán: variables demográficas (edad, sexo, procedencia), funcionales (escala ADL, capacidad para tomar decisiones) y clínicas (diagnósticos de demencia, DM, UPP, presencia de tristeza, vagabundeo, agresividad verbal, física, rechazo de cuidados, pérdida de peso, sonda vesical permanente y SNG). Comparamos los fallecidos a lo largo de los primeros 30 días y los que no fallecen en este período. Se realiza una ponderación entre ambos grupos para potenciar el valor predictivo de las variables. Comparación de proporciones (chi-cuadrado), medias (T-student) y regresión logística.

**Resultados:** N = 1.406. Éxitos en < 31 días = 217,9. Peso por ponderación n = 218. Éxitos 109 (70 mujeres). No éxitos 109 (67 mujeres). *Variables asociadas a mortalidad precoz en análisis bivariante:* > edad (84,4 vs 81,43 años;  $p = 0,049$ ); no vagabundeo ( $P = 0,04$ ); no movilidad en cama ( $p < 0,0001$ ); no deambulación en habitación ( $p < 0,0001$ ), dependencia vestido ( $p = 0,024$ ), dependencia comida ( $p = 0,024$ ), incontinencia fecal ( $p = 0,006$ ), incontinencia urinaria ( $p = 0,006$ ), pérdida de peso ( $p < 0,001$ ), UPP ( $p < 0,001$ ), > n.º visitas médicas (6,64 vs 4,936), > n.º cambios de medicación (3,37 vs 2,29) y > puntuación en ADL (13,42 vs 9,43) ( $p < 0,0001$ ). *Análisis multivariante:* el grupo de variables > edad, no vagabundeo, pérdida de peso, UPP, > n.º visitas médicas y > puntuación ADL da una  $R^2 = 0,278$ . VP de éxitos en < 31 días 75%; VP de vivir > 30 días 71%. *Variables no significativas:* procedencia domicilio, DM, diagnóstico principal demencia, independencia en toma decisiones, tristeza, agresividad física o verbal, independencia para higiene, sonda vesical, sonda alimentaria y rechazo de cuidados.

**Conclusiones:** Mayor edad, peor situación funcional, pérdida de peso y UPP se asocian con mortalidad precoz al ingreso en una unidad de larga estancia. La capacidad de predicción es baja. Los enfermos que fallecen antes requieren más atención médica.

#### P-167. IMPACTO DE LA DISPONIBILIDAD DE PCR DE GRIPE EN LA FASE PANDÉMICA 2009-2010 EN LA GESTIÓN DE LA HOSPITALIZACIÓN DE PACIENTES MAYORES

N. Fernández Martínez, J. Martínez Alarcon, F. López Fabal, G. Martínón Torres y N. Parras García de León  
*Hospital General de Ciudad Real. Ciudad Real.*

**Objetivos:** Utilidad del diagnóstico precoz de gripe A por PCR en pacientes mayores de 65 años con comorbilidad para valorar el ahorro en la gestión de camas hospitalarias.

**Material y métodos:** Estudio descriptivo retrospectivo mediante historia clínica de pacientes mayores de 65 años con sospecha de infección por influenza virus A pandémico (H1N1) que requerían ingreso y a los que se realizó una determinación de RT-PCR para virus de la gripe. Se descartaron todos los pacientes que requirieron ingreso en UCI. Las muestras de exudado nasofaríngeo se recolectaron mediante torunda flocada, y fueron procesadas en el laboratorio de Microbio-

logía de nuestro centro. La extracción y purificación de RNA viral se realizó mediante MagNA Pure Compact Total NA kit I (Roche, Suiza). La RT-PCR a tiempo real se realizó en un termociclador StepOne (Applied Biosystems, Warrington, UK), siguiendo una modificación del protocolo establecido por los CDC y la OMS (ABI).

**Resultados:** Se solicitaron 157 pruebas de gripe en pacientes mayores de 65 años, de los cuales 122 fueron ingresados en planta. Sólo 67 de ellos cumplían requisitos clínicos de caso de gripe, confirmándose por PCR 17 casos y descartándose 50. Considerando un período de aislamiento de 7 días o hasta el alta, las estancias en aislamiento correspondientes a estos 50 pacientes habrían sido 317. Gracias a la disponibilidad de la PCR sólo se registraron 11 estancias en aislamiento en los pacientes descartados, lo que supuso un ahorro de 306 estancias en aislamiento. Aunque según las indicaciones de la OMS, la prueba de PCR de gripe sólo estaría justificada en pacientes graves, en nuestro centro se estableció un protocolo para que ante sospecha clínica debería realizarse la prueba antes del ingreso. Se disponía las 24 h del día, con unos tiempos de respuesta de 5 h. Gracias a esto se evitaron más de 300 estancias en aislamiento.

**Conclusión:** La disponibilidad de una técnica de alta sensibilidad y especificidad con un tiempo de respuesta óptimo no sólo tiene ventajas clínicas, sino que además supone un gran ahorro en la gestión de la hospitalización de mayores con sospecha de gripe.

#### P-168. UNIDADES DE SUBAGUDOS, UNA REALIDAD: ANÁLISIS DE 2 AÑOS DE ACTIVIDAD

J. Gutiérrez Cebollada, M.D. Sánchez Rodríguez, M.A. Márquez Lorente, M. Arellano Pérez, M. Pi-Figueras Valls y O. Sabartés Fortuny  
*Hospital del Mar. Barcelona. Hospital de la Esperanza. Barcelona. Centro Forum. Barcelona. Instituto de Atención Geriátrica y Sociosanitaria (IAGS). Barcelona. Parc de Salut Mar. Barcelona.*

**Objetivo:** Describir la actividad de una Unidad de Subagudos durante los dos primeros años desde su creación.

**Material y métodos:** Estudio retrospectivo de una cohorte de pacientes ingresados en una Unidad de Subagudos durante 2008 y 2009. Se valoró demografía, comorbilidad (I. Charlson), patologías, situación funcional (Barthel, Lawton, Heinemann modificado), motivo de ingreso y ubicación.

**Resultados:** Se evaluaron 292 pacientes (45,9% hombres), con edad media de 82 DE 8,5 años y estancia media 14,14 DE 9,6 días. El 54,3% procedían de Agudos de Geriátría; el 45,7% de unidades médicas o quirúrgicas que solicitaron ingreso programado. Destacaron 10,3% de Urgencias, 6,9% Medicina Interna, 5,5% Neumología y 4,1% Cirugía; de ellos, 6,9% habían requerido intubación o ventilación mecánica. La comorbilidad era elevada, Charlson 3 DE 2,47; con demencia 42,6%, cardiopatía 42,1%, diabetes mellitus 36,3%, enfermedad pulmonar 33,9%, fibrilación auricular 30,9%, insuficiencia cardiaca 27,4% y medicación previa de 7 DE 4,23 fármacos. El diagnóstico que motivó el ingreso fue 16,2% infección respiratoria, 13,4% infección urinaria, 10,3% neumonía, 7,6% fracturas, 6,5% síndrome confusional agudo, 6,2% insuficiencia cardiaca, 5,8% diselectrolitemia y 5,5% enfermedad neurológica aguda. El 14% ingresaron con objetivo médico, el 34,6% rehabilitador y el 51,4% ambos. La situación funcional previa fue de 70,5 DE 28,9, al ingreso de 30,9 DE 23,7 y al alta de 59,5 DE 29 puntos de Barthel; con Lawton de 3 DE 3 y Heinemann modificado de 73,6%. El Servicio de Medicina Física y Rehabilitación colaboró en el 73,6% y precisaron valoración por Trabajo Social el 62%. El 57,7% se reubicaron en su domicilio habitual, 17,9% en residencia privada, 3,4% en residencia de urgencia, 4,8% en Convalecencia, 3,4% en Larga Estancia, 7,6% fueron exitus y 5,1% precisaron traslado a otros servicios por complicación médica. Los reingresos fueron 2,7% la primera semana y 10,8% al mes del alta.

**Conclusión:** 1. Son pacientes frágiles con agudizaciones de enfermedades crónicas y deterioro funcional. 2. Precisan rehabilitación y pre-

sentan elevada comorbilidad. 3. Las Unidades de Subagudos son una opción válida en ancianos tras un proceso médico o quirúrgico incapacitante.

#### P-169. EFICACIA Y EFICIENCIA DEL TRATAMIENTO REHABILITADOR EN UNA UNIDAD DE SUBAGUDOS

J. Gutiérrez Cebollada, M.D. Sánchez Rodríguez, M. Pi-Figueras Valls, M. Arellano Pérez, M. A. Márquez Lorente y O. Sabartés Fortuny  
*Hospital del Mar. Barcelona. Hospital de la Esperanza. Barcelona. Centro Forum. Barcelona. Instituto de Atención Geriátrica y Sociosanitaria (IAGS). Barcelona. Parc de Salut Mar. Barcelona.*

**Introducción:** Las Unidades de Geriátría de Subagudos son un nivel asistencial de nueva creación para realización de control médico, reeducación de la marcha y actividades básicas de la vida diaria en pacientes que, por sus características podrían beneficiarse de un tratamiento de duración en torno a dos semanas.

**Objetivos:** Evaluar las características, eficacia y eficiencia del tratamiento médico y rehabilitador en pacientes ancianos ingresados en una Unidad Geriátrica de Subagudos.

**Material y métodos:** Estudio retrospectivo de una cohorte de pacientes ingresados en una Unidad Geriátrica de Subagudos durante 2008 y 2009. Se valoró la comorbilidad (mediante Índice de Charlson), situación funcional previa a la enfermedad actual, al ingreso y al alta (mediante Índice de Barthel), ganancia funcional, eficiencia y la capacidad funcional recuperada respecto a la pérdida (Índice de Heinemann modificado).

**Resultados:** Se han evaluado 251 pacientes (45,8% hombres), con edad media de 82 DE 8,5 años. Presentaban elevada comorbilidad (Índice de Charlson medio 3,03 DE 2,47), demencia 42,6%, insuficiencia cardiaca 27,5%, enfermedad pulmonar 33%. La estancia media fue de 14,5 DE 9,8 días. El Índice de Barthel medio previo era de 74,3 DE 24,7 y al ingreso hospitalario de 29,4 DE 20,1. Tras tratamiento rehabilitador el Índice de Barthel medio al alta era de 60,9 DE 27,1. La ganancia funcional fue de 31,14 DE 19,5 puntos de Barthel, la eficiencia media fue de 2,5 puntos Barthel/día de estancia y la capacidad funcional recuperada respecto a la pérdida (Heinemann modificado) fue del 73,6%.

**Conclusiones:** Se demuestra la ganancia funcional, eficiencia y mejoría funcional del tratamiento rehabilitador en ancianos tras un proceso médico o quirúrgico incapacitante.

#### P-170. SARCOMA DE KAPOSI ASOCIADO A GAMMAPATÍA MONOCLONAL

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

**Caso clínico:** Mujer de 86 años con dermatosis diseminada de curso indolente, de 5 meses de evolución, constituida por neoformaciones eritematovioláceas y marrones, con contorno irregular y tamaños variables, localizadas en pies, maléolos y brazos y en menor extensión en tronco. *Antecedentes:* HTA, DM, encefalopatía vascular y gammapatía monoclonal de significado incierto diagnóstica hace 5 años. No historia de medicamentos inmunosupresores. *Situación basal:* DABVD, Barthel 20/100, sin deterioro cognitivo, institucionalizada. Ingresa por síncope y edema en miembro inferior izquierdo y es diagnóstica de celulitis con cultivos negativos y tromboembolismo pulmonar evolucionado. En el proteinograma destacaba banda monoclonal en región gamma del 3% IgM kappa. Con el resto de resultados de laboratorio normales; serología, incluyendo VIH, negativa; y el examen histopatológico se llega al diagnóstico de Sarcoma de Kaposi Clásico Diseminado.

**Conclusiones:** El Sarcoma de Kaposi Clásico Diseminado es una entidad propia de la edad anciana, con un rango de edad de 26 a 90 años

(media 64 años) con una relación hombre/mujer de 16/1. Se presenta como placas y/o nódulos púrpura o pardo oscuro, de evolución lenta y benigna, localizados en porciones distales de extremidades inferiores y posterior progresión al tronco. Las lesiones pueden bloquear el flujo sanguíneo y linfático y crear edema. Se ha descrito la presencia del HVS-8 asociado al Kaposi en las células dendríticas del estroma medular de los pacientes con mieloma múltiple, y una pequeña proporción en las gammopatías monoclonales de significado incierto, lo que explicaría su asociación.

#### P-171. PERFILES SANITARIOS DE LOS USUARIOS DE UN CENTRO GERONTOLÓGICO

I. Iturrioz Arrechea<sup>1</sup>, M.I. Genua Goena<sup>2</sup>, A. Urbizu Zabaleta<sup>2</sup>, M. Garate Olazabal<sup>2</sup>, A. Linazisoro<sup>2</sup> y P.D.M. Ignacio<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Centro gerontológico Julian Rezola Matia Fundazioa.

<sup>2</sup>Matia Fundazioa.

**Objetivos:** 1. A lo largo de los años se ha visto un progresivo cambio en las características de los usuarios de los Centros residenciales. Del concepto de centros orientados con un fin claramente social a centros especializados tanto en la atención sanitaria como en atención psicosocial. 2. Identificar criterios que ayuden a identificar personas con una mayor carga sanitaria. 3. Correlacionar estos resultados con los identificados previamente así y con los criterios existentes de exclusión de personas a su atención en centros residenciales.

**Metodología:** Establecer a partir de documentación existente de diferentes estudios, documentos oficiales y valoraciones criterios relacionados con carga sanitaria importante. Revisar las valoraciones de todos los usuarios del centro y la información aportada por cada profesional a la visión general del residente incidiendo en aspectos sobre todo médicos y de enfermería. Contrastar los perfiles de los usuarios con los criterios establecidos.

**Resultados:** Este trabajo ha sido realizado en 2 centros gerontológico de San Sebastián. Uno de 125 plazas y otro de 57 usuarios. Tras valoración integral a todos los usuarios, se identifican aquellos requieren una importante y continuada atención sanitaria. Los resultados categorizan los residentes en dos grandes grupos, los que por perfil no deberían de estar en el centro (perfiles sociosanitarios) y aquellos que cumplen criterios y por tanto deben ser atendidos en el centro dotando al mismo de los recursos sanitarios competentes para ello. Se discute si un traslado a otro nivel beneficia al usuario, si se debería de incrementar la dotación de profesionales.

**Resultados:** Centro R (125 residentes): Alta carga sanitaria: 30 residentes, 24% usuarios. Perfil sociosanitario: 6 residentes. 4,8% del total de usuarios. Centro B (57 residentes) Alta carga sanitaria: 21 residentes, 36,8% y perfil sociosanitario. 5 residentes, el 8,8% del total.

**Conclusiones:** 1. Las necesidades de atención sanitaria de usuarios a la espera de plaza son motivo importante para la priorización que se hace en la adjudicación de la misma, lo que eleva la presión asistencial en los centros. 2. Es absolutamente necesario disponer criterios de medida y clasificación de usuarios en función de la necesidad especializada y dora a los centros de las competencias necesarias.

#### P-172. ÚLCERAS EN POBLACIÓN ANCIANA INSTITUCIONALIZADA Y SUS FACTORES DE RIESGO: INMOVILIDAD Y NUTRICIÓN

I. Puchau Peris<sup>1</sup>, R. Valera Lloris<sup>1</sup>, E. Gómez González<sup>1</sup>, J.C. Meléndez Moral<sup>2</sup> y J.M. Tomás Miguel<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Hospital de Manises. Manises. <sup>2</sup>Universidad de Valencia. Valencia.

**Introducción:** Las úlceras constituyen uno de los problemas más frecuentes en el anciano. La etiopatogenia de estas es diversa, con lo que su producción se debe a diferentes factores. En este trabajo se preten-

de analizar la relación entre las úlceras y los factores nutricionales y de inmovilidad.

**Sujetos y métodos:** Se realizó un estudio transversal con 147 ancianos institucionalizados, con una media de edad de 80,53. Se incluyeron diferentes escalas de valoración: MNA (Mini Nutricional Assessment), Escala de Braden y Escala de Norton. También se incluyeron otros datos referentes a los diferentes factores estudiados.

**Resultados:** A nivel descriptivo se observó que un 18,2% desarrollo lesiones de la piel y un 15% mostró úlceras que quedaron distribuidas de la siguiente manera: venosas 15,65%, mixtas 9,4%, por presión 68,8% y otras 6,3%. Además se encontraron relaciones significativas con la no realización de actividad física ( $p < 0,05$ ), con mayor nivel de dependencia en actividades básicas de la vida diaria ( $p < 0,05$ ), con malnutrición ( $p < 0,05$ ), así como con los diferentes grados de inmovilidad ( $p < 0,01$ ), aspecto que se maximizaba en el caso de utilizar restricciones físicas ( $p < 0,05$ ). Además, factores asociados al estado de la piel como la humedad o la presencia de integridad cutánea o lesiones también se convirtieron en predictores de la aparición de úlceras.

**Conclusiones:** a través de los resultados obtenidos se ha podido comprobar que la unión de diversos factores de riesgo, y fundamentalmente, los factores nutricionales y el inmovilismo en población anciana institucionalizada favorecen la aparición de úlceras y el retraso en su cicatrización una vez existen las lesiones, así como el mantenimiento en el tiempo de éstas. Teniendo en cuenta los factores de riesgo más importantes aquí estudiados se puede afirmar que la gran mayoría de ellos (fundamentalmente la malnutrición, inmovilidad y humedad) podrían ser prevenibles y que esto sería motivo suficiente para instaurar guías de prevención que fueran evaluadas periódicamente para valorar su eficacia y la disminución así de este tipo de lesiones que tantos costes generan y que afectan a la calidad de vida del anciano.

#### P-173. HIPERTENSIÓN PULMONAR COMO MANIFESTACIÓN DE FORMA LIMITADA DE ESCLERODERMIA EN UNA MUJER NONAGENARIA

J.M. Fernández Ibáñez, M.D.C. Morales Ballesteros,

E. García Carreño, S. Carmona Lamboy, M.D.L.C. Grau Jiménez

y A.M. Martín Castillo

Complejo Hospitalario La Mancha Centro. Alcázar de San Juan.

**Introducción:** La hipertensión arterial pulmonar (HAP) se desarrolla en más del 15% de los pacientes con esclerosis sistémica (ES). Esta complicación puede ocurrir de forma aislada en la ES de tipo limitado. El tipo ES limitado es más frecuente en ancianos. Muchas veces se infradiagnostica porque los síntomas se atribuyen a otras patologías o cambios de la edad.

**Caso clínico:** Presentamos el caso de una mujer de 92 años con disnea progresiva de 1 mes de evolución y antecedentes de artrosis, artritis y cambios de coloración en las manos con la exposición al frío desde hacía años. *Exploración física:* saturación 70%, taquipnea, cianosis y esclerodactilia. AC: soplo sistólico panfocal. AP: hipofonosis bilateral. MMII: edemas. *Pruebas complementarias:* AngioTAC: no TEP. Tomografía de alta resolución (TACAR): no detectó fibrosis pulmonar. *Ecocardiograma:* Ventrículo izquierdo normal, insuficiencia tricúspide moderada-severa, HAP severa y cavidades derechas dilatadas. ANAS + de patrón centromérico con título 1/640.

El diagnóstico fue HAP aislada asociada a forma limitada de ES. Se trató con vasodilatadores y posteriormente con bosentan, falleciendo la paciente a los 20 días de ingreso.

**Discusión:** La HAP aislada es más frecuente en la forma limitada de ES asociándose a presencia de anticuerpos anticentrómero. Es silente al inicio de la enfermedad y la aparición de síntomas empeora el pronóstico. Los síntomas más frecuentes son disnea con el ejercicio y después en reposo. El fenómeno de Raynaud es el síntoma inicial en el 100% de estos pacientes. Las pruebas de función respiratoria muestran dismi-

nución de la difusión de CO. El TACAR muestra parénquima pulmonar normal y dilatación de arteria pulmonar. La ecocardiografía-doppler es la técnica más utilizada para detectar precozmente HAP. El tratamiento incluye oxigenoterapia, anticoagulación, diuréticos, vasodilatadores y trasplante pulmonar. El epoprostenol, iloprost y bosentan son los fármacos que han demostrado eficacia en el tratamiento de la HAP.

**Conclusión:** La ES limitada es más frecuente que la difusa en ancianos. La HAP aislada es una complicación más frecuente en la ES limitada y su aparición empeora el pronóstico. Los cambios cutáneos y la esclerodactilia son más difíciles de apreciar en la edad avanzada lo que dificulta el diagnóstico.

#### P-174. CUMPLIMIENTO DE PROTOCOLO DE PROFILAXIS EN PACIENTES GERIÁTRICOS CON FRACTURA DE CADERA SEGÚN LA SECOT (SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA)

C.I. Persson Martín, V. Martín Moreno, C. Pablos Hernández, A. Viñas López, M.A. Castaño Panchuelo y J.R. Sánchez Marugán  
*Hospital Clínico. Salamanca.*

**Introducción y objetivos:** La duración e indicación de recomendaciones sobre profilaxis tromboembólica en pacientes ancianos con fractura de cadera está ampliamente consensuada y establecida en torno a 4-6 semanas de duración y la dosificación según el fármaco utilizado para la profilaxis. El objetivo de este trabajo es describir el grado de cumplimentación de la profilaxis tromboembólica en pacientes ancianos con fracturas de cadera.

**Método:** Estudio descriptivo prospectivo de un año natural con un seguimiento a los 2 meses y a los 6 meses, para evaluar cuando se había suspendido la HBPM y porque se había suspendido o prolongado la misma, habiéndose obtenido un total de 120 fracturas de cadera en pacientes ancianos contactados y válidos para el estudio.

**Resultados:** Se observó que en el 55% de los casos no se habían seguido correctamente las recomendaciones sobre la profilaxis tromboembólica en fracturas de cadera de la SECOT, hallándose como causa principal el cambio de HBPM durante el mismo tratamiento (46,5%), seguida de una mala duración del tratamiento en el 43% (90% por un exceso de duración), siendo el restante 10,5% por varias causas de mala aplicación. Las principales causas de mala aplicación se debieron a ausencia de especificación de duración en los informes de alta emitidos en el servicio de COT (42%), en un 33% por criterio de suspensión o prolongación por parte del MAP, en el 12% por suspensión o prolongación en revisiones en consultas externas de COT y otras causas en el 13% de los casos.

**Conclusiones:** A pesar de existir consenso y recomendaciones nacionales e internacionales sobre la profilaxis tromboembólica en fracturas de cadera, hay un alto porcentaje de mala profilaxis debido a ausencia de especificaciones claras en las altas hospitalarias y al manejo ambulatorio de la misma.

#### P-175. PACIENTE GERIÁTRICO EN UN HOSPITAL DE AGUDOS: INCIDENCIA Y PREVALENCIA DE INGRESOS

R. Valera Lloris<sup>1</sup>, E. Gómez González<sup>2</sup>, M. Barbera Soriano<sup>1</sup>, D. Dapena Ortiz<sup>1</sup>, M. Pérez Tabares<sup>1</sup> e I. Puchau Peris<sup>2</sup>  
<sup>1</sup>Hospital Manises. Manises. <sup>2</sup>Conselleria de Sanidad. Valencia.

**Objetivo:** El hospital de Manises es un hospital público, de gestión privada, que abre sus puertas en la Comunidad Valenciana el día 7 de mayo del 2009. Con la preocupación de realizar una adecuada gestión sanitaria nace la motivación de conocer, en nuestra corta andadura, la incidencia de ingresos en población anciana.

Los pacientes geriátricos consumen un elevado porcentaje de recursos hospitalarios, ingresando de forma más frecuente que el resto de población susceptible. El objetivo que nos planteamos es revisar la

incidencia y prevalencia de ingresos en pacientes con edad mayor de 65 años, en un Hospital de agudos de nueva apertura.

**Método:** Se realiza un estudio longitudinal retrospectivo en el que se recogen y analizan todos los ingresos acontecidos desde el 7 de mayo al 31 de diciembre del 2009. Se establecen las siguientes variables como edad, sexo, origen de ingreso, servicio de hospitalización y destino al alta del paciente geriátrico.

**Resultados:** Los resultados obtenidos son: el número total de ingresos de pacientes mayores de 65 años fue de 1.870, que supone un porcentaje del 36,45% respecto al número total de ingresos en el período a estudio (5.130). Respecto al sexo, los porcentajes fueron similares, con un 50,2% de ingresos en hombres, y 48,8% en mujeres. La edad media de los pacientes fue de 78 años, con edades comprendidas entre los 65 y los 94 años. La estancia media total fue de 4,65 días. El destino al alta fue: domicilio, 81,65%; UHD, 1,82%; residencia, 6,22%; éxitus, 1,93%. La distribución por servicios, en cuanto a los ingresos fue el siguiente: el servicio que ingresó un mayor número de pacientes de estas características fue Medicina interna, con un 72,72% de los ingresos totales. Traumatología ingresó un 9,57%, mientras que el de Cirugía general el 8,5%.

**Conclusiones:** La población anciana absorbe una parte importante de los recursos hospitalarios, es por ello que se requieren propuestas de gestiones sanitarias proactivas, lideradas por los gestores, y llevadas a cabo por un equipo multidisciplinar, con el fin de evitar, en la medida de lo posible, la elevada incidencia y prevalencia de ingresos.

#### P-176. CAÍDAS EN PACIENTES INSTITUCIONALIZADOS: INCIDENCIA, PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS

R. Valera Lloris<sup>1</sup>, E. Gómez González<sup>1</sup>, J.M. Tomás Miguel<sup>2</sup>, J.C. Meléndez Moral<sup>2</sup> e I. Puchau Peris<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Hospital Manises. Manises. <sup>2</sup>Universidad Valencia. Valencia.

<sup>3</sup>Conselleria Sanidad. Valencia.

**Introducción:** En población anciana y máxime en la institucionalizada, existe una elevada prevalencia de caídas con diferente etiología y cuyas consecuencias ocasionan numerosos problemas de distinta índole. Planteamos como objetivo en este trabajo el análisis en población institucionalizada de la etiología de las caídas así como de sus consecuencias.

**Sujetos y métodos:** Se realizó un estudio transversal con 192 ancianos institucionalizados de 2 centros, con una media de edad de 81,96 (DT = 7,47), con un rango de edades que oscilaba entre los 65 y los 102 años. Se incluyeron diferentes escalas de valoración: Mini Nutricional Assessment, la escala Downton, la escala Tinetti, la Functional Ambulations Classification, el índice de Barthel.

**Resultados:** A nivel descriptivo los resultados del MNA recogen que un 36,3% presentaban malnutrición. Tras la valoración de la escala Tinetti, el 64,9% puntuó con un "Riesgo elevado de caídas", un 22% "riesgo de caídas". A partir de la escala Downton se observó que el 99% de los participantes mantenían riesgo de caídas. En cuanto a las caídas previas, los resultados obtenidos ponen de manifiesto que el 51% de los participantes no habían sufrido ninguna caída previa anterior a 6 meses y un 27,6% había sufrido una caída. Finalmente se observaron relaciones significativas con el número de caídas en sedestación ( $p = 0,013$ ), con la escala de Tinetti ( $p = 0,016$ ), la escala Downton ( $p = 0,027$ ) y el Índice Barthel ( $p = 0,039$ ).

**Conclusiones:** Si bien otros trabajos han encontrados relaciones significativas entre las caídas y la edad, el género y el propio miedo a caerse, en este trabajo se ha observado que las principales variables predictoras de las caídas son la inestabilidad, las alteraciones en el equilibrio y la marcha, el estado nutricional, el estado cognitivo, así como el nivel de independencia medido a través de las actividades básicas de la vida diaria. A partir del conocimiento de las posibles variables predictoras sería de especial importancia elaborar protocolos de valoración en el riesgo de caídas para poder incidir en su prevención.



### P-177. ABORDAJE ENFERMERO INTEGRAL DEL PACIENTE ANCIANO EN UNA UNIDAD GERIÁTRICA DE AGUDOS

A. Arocas Piquer, P. Castro Milán, P. González Martín, V. Piera Brugat, B. Fernández-Matamoros Carrey y C. Sánchez Giménez  
*Hospital de la Esperanza. Barcelona.*

**Introducción:** Los ancianos que ingresan en una unidad geriátrica de agudos necesitan cuidados específicos, teniendo en cuenta su nivel de dependencia derivado del proceso de envejecimiento junto con la agudización de su patología crónica o aparición de un cuadro agudo.

**Objetivo:** Conocer la complejidad de los cuidados que precisan estos pacientes.

**Metodología:** La elaboración del trabajo se realiza teniendo en cuenta los problemas prevalentes en este tipo de pacientes. Según modelo V. Henderson y mediante entrevista clínica se formulan los diagnósticos enfermeros (Taxonomía NNN) y se elabora el plan de cuidados individualizado, utilizando como herramienta la trayectoria clínica informatizada. *Variables:* número altas en un año, edad, sexo, capacidad funcional (Índice de Barthel ingreso y alta), síndromes geriátricos prevalentes en el ingreso, diagnósticos médicos y de enfermería, estancia media y destino al alta.

**Resultados:** Altas en un año 871; media edad 85,08; hombres 296 (33,98%), mujeres 575 (66,02%); media I. Barthel ingreso 25,30 y I. Barthel alta 39,16. Síndromes geriátricos: inmovilidad (24,11%); úlceras por presión (11,94%); incontinencia (64,52%); inestabilidad marcha (57,75%); caídas (11,71%); polifarmacia (73,48%); constipación (33,41%); déficit sensorial (44,07%); malnutrición (69,58%); depresión (22,04%); demencia (51,55%); trastorno del sueño (9,53%); síndrome confusional agudo (31,80%). Diagnósticos médicos: Respiratorio 40%, cardiológico 13%, ITU 13%, otros 34%. Diagnósticos enfermeros: Patrón respiratorio ineficaz 40%, alteración del gasto cardiaco 13%, alteración de la eliminación urinaria 13%, otros 34%. Estancia media 12,3 días. Destino alta: Domicilio 488 (56,03%), residencia 34 (3,90%), unidad de subagudos 122 (14,01%), unidad de media estancia 34 (3,90%), unidad de larga estancia 24 (2,76%), unidad de cuidados paliativos 6 (0,69%), traslado hospital agudos 16 (1,84%), éxitus 147 (16,88%).

**Conclusiones:** 1. Pacientes muy mayores y dependientes con varios síndromes geriátricos, con lo cual se genera complejidad en los cuidados (trayectoria clínica, muchas intervenciones [NIC]). 2. La hospitalización en UGA ofrece además del tratamiento de la enfermedad aguda, la prevención de problemas potenciales, la preparación y la coordinación del alta.

### P-178. CONOCIMIENTOS SOBRE LA DIETA BAJA EN SAL EN PACIENTES ANCIANOS INGRESADOS POR IC

R. Herreros del Real, C. Cebollero Bermejo, F. Flores Fukuda, G. Ferreira Segovia, E. Sánchez García y M.T. Vidán Astiz  
*Hospital Gregorio Marañón. Madrid.*

**Objetivo:** Evaluar el conocimiento sobre la idoneidad o no de tomar determinados alimentos, de acuerdo a su contenido en sal, en ancianos ingresados por Insuficiencia Cardíaca (IC).

**Métodos:** Estudio descriptivo 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 realizó un cuestionario sobre si consideraban prohibidos debido a su alto contenido en sal, 7 alimentos comunes. Se analizan otras variables demográficas, funcionales y relacionadas con la enfermedad.

**Resultados:** Se incluyeron 160 pacientes ingresados en los servicios de Cardiología, Medicina Interna y Geriátría desde Mayo-09 a Enero-10, con edad media 80 años (70-97). El 50% eran mujeres, el 68% independientes para actividades básicas y con una puntuación en el

MMS: 29, rango intercuartílico: 25-32. El 81% tenían antecedentes conocidos de IC y el 70% ingresos previos por ello. Un 47% refirieron tomar una dieta sin sal siempre o casi siempre. Sólo un 25,5% contestó correctamente en todos los casos, sorprendentemente sólo un 56% consideró inadecuado el jamón serrano y similar el queso curado, el 53% las aceitunas, el 63% los aperitivos y el 51% las conservas. Un 13% consideró inadecuada la manzana.

**Conclusión:** La mayoría de los pacientes ancianos ingresados por IC, no conocen adecuadamente qué alimentos pueden tomar o no para seguir una dieta baja en sal, incluso cuando la enfermedad no es de reciente comienzo. Aspectos como éste cuestionan si la educación y los planes de cuidados habituales en la IC son los adecuados para el paciente anciano.

### P-179. FACTORES RELACIONADOS CON LA GANANCIA FUNCIONAL A LOS 3 MESES EN PACIENTES INGRESADOS EN UNA UNIDAD DE ORTOGERIATRÍA

M. Suárez Linares, N. Fernández Gutiérrez, J. Arean García, A.I. González Alonso, J. Santianes Patiño y F. Suárez García  
*Hospital Monte Naranco. Oviedo.*

**Objetivo:** Estudio de predictores de ganancia funcional a los tres meses en los pacientes ingresados en la Unidad de Ortogeriátría del Hospital Monte Naranco.

**Material y método:** Estudio descriptivo retrospectivo de 93 pacientes que ingresaron en nuestra unidad durante el período de 1 de julio 2009 a 31 de Diciembre de 2009 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 variable resultado del estado funcional a los tres meses se consideró la diferencia entre el índice de Barthel a los tres meses y el que tenían al alta. El estado funcional a los tres meses se identificó mediante entrevista telefónica. 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:** Se obtuvo información de 55 pacientes (59% de la muestra). A los tres meses habían fallecido 8 pacientes (8,5%). La ganancia funcional media, a los tres meses, fue de 15 puntos (SD: 17,3). Únicamente el mejor estado cognitivo al ingreso medido mediante la escala de Pfeiffer se asoció con la una ganancia funcional estadísticamente significativa a los tres meses.

**Conclusiones:** En nuestra unidad, la ganancia funcional a los tres meses se relaciona más con el estado cognitivo previo que con la carga precoz, tipo de fractura y otras variables ortopédicas y funcionales.

### P-180. COMORBILIDAD EN UNA UNIDAD DE CONVALECENCIA GERIÁTRICA

F. Uriz Otano, M. Gonzalo, J. Oteiza, C. Martínez, M. Muniesa y L. Gil  
*Hospital San Juan de Dios. Pamplona.*

**Objetivos:** Describir el perfil y comorbilidad de los pacientes ingresados en una unidad de convalecencia geriátrica.

**Material y métodos:** Estudio longitudinal descriptivo prospectivo de los pacientes ingresados Marzo 2008-Diciembre 2009. Se recogen variables demográficas, clínicas, motivo ingreso, complicaciones asociadas. Análisis estadístico (Test Chi<sup>2</sup> y Anova de un factor-Test de Bonferroni).

**Resultados:** 341 pacientes, Edad 82,21 años, mujer 67,7%, estancia media: 36,1 días. Comorbilidad basal (I.Charlson modificado): 7,14 (75,6% > 5). Principal motivo ingreso: Osteoarticular (Fracturas): 55,7%, Convalecencia Patología médica: 33,4. Proceso neurológico (Ictus, TCE): 10,9%. Patologías crónicas basales frecuentes: HTA 68,3%, DM 28,4%, Dislipemia: 28,4%, Insuficiencia cardiaca: 31,3%, Fibrilación auricular: 25,5%, EPOC: 22,5%, ACV: 30,2% Demencia: 46,6% Depresión: 36,63%. Situación funcional (Barthel) previo: 65,3; Ingreso: 10,6; Alta: 37,6%. Situación cognitiva: GDS = 3,4. Polifarmacia 62,5%, medicación intravenosa 38,4%. Las complicaciones más frecuentes: Dolor 48,7%, Síndrome confusional agudo (SCA) 24,9%; Reagudización motivo ingreso: 15,8%, Aspiración: 5,6%, Neumonía: 4,1%, Infección respiratoria: 14,4%, Infección urinaria: 20,5%; Insuficiencia Cardiaca: 9,4%, Descompensación glucémica: 9,1%, Insuficiencia renal 6,5%, Artritis: 6,2%, Problemática social: 20,8%. Exitus 16,5%. Comparando los diferentes grupos: Los pacientes con patología osteoarticular (fractura) son principalmente mujeres padecen con frecuencia dolor e infección urinaria y menor mortalidad durante el ingreso ( $p < 0,05$ ). Los pacientes con patología neurológica son más jóvenes y la bronco aspiración es una complicación relativamente frecuente ( $p < 0,05$ ). Los pacientes que ingresa para convalecencia de patología médica presentan mayor comorbilidad, menor estancia media, complicaciones más graves (reagudización motivo ingreso), polifarmacia, uso de medicación intravenosa, exitus, deterioro cognitivo y funcional basal ( $p < 0,05$ ).

**Conclusiones:** 1. El perfil del paciente que ingresa en nuestro medio corresponde a mujer de edad avanzada, con pluripatología, polifarmacia con deterioro funcional importante al ingreso secundario a fractura. 2. El dolor y la infección urinaria son complicaciones frecuentes en nuestro medio, sobre todo en los pacientes con patología osteoarticular (fractura). 3. Los pacientes que ingresan para convalecencia de patología médica presentan mayor comorbilidad, polifarmacia, deterioro funcional-cognitivo basal; complicaciones más serias y exitus. 4. La broncoaspiración es una complicación relativamente frecuente en pacientes con patología neurológica. 5. El síndrome confusional agudo es frecuente en nuestro medio dada la alta prevalencia de demencia.

#### P-181. NIVELES DE VITAMINA D EN ANCIANOS INGRESADOS EN UNA UNIDAD GERIÁTRICA DE AGUDOS

M.J. Molina Hernández, C. Navarro Ceballos, R. García Martín y J. Rodríguez Salazar  
Hospital Severo Ochoa. Leganés.

**Objetivos:** Determinar los niveles de 25OH vitamina D en ancianos ingresados en una unidad geriátrica de agudos.

**Material y métodos:** Estudio descriptivo: Se determinaron niveles de 25 OH vitamina D al ingreso en 70 pacientes consecutivos que ingresaron en la uga entre 1 enero y 15 marzo del 2010. Se excluyeron los ingresos. Se registraron edad, sexo, situación funcional basal (índice de Barthel), deambulación (escala FAC), diagnóstico de demencia, si salían a la calle, institucionalización, comorbilidad (índice de Charlson), presencia de polifarmacia (5 o más fármacos), si tomaban calcio y vitamina D previo al ingreso. Se valoró presencia de condiciones asociadas con déficit de vitamina D: insuficiencia renal (creatinina > 1,5 mg/dl), malaabsorción, hepatopatía, gastrectomía y tratamiento con fenitoína. Se consideró deficiencia de vitamina D niveles inferiores a 20 ng/ml. Se analizó la asociación entre variables cualitativas y categorías de concentraciones de vitamina D mediante test de chi cuadrado de Pearson con corrección de Yates para muestras pequeñas.

**Resultados:** Se incluyeron 70 pacientes con una edad media de  $86,77 \pm 4,85$  años, un 70% de mujeres, un 54,28% eran dependientes para ABVD (Barthel < 60), un 55,71 tenían FAC 0,1 y 2, 37,14% no salían a la calle, 37,14% tenían demencia, el índice de Charlson era  $5,97 \pm 1,33$ , 87,14% tomaban 5 o más fármacos, sólo 10% tomaban

suplementos de calcio y vitamina D, 67,15% estaban institucionalizados, un 20% presentaban IRC, sólo 1 paciente había sido gastrectomizado y ninguno tenía malaabsorción, hepatopatía o tomaba fenitoína. Encontramos niveles inferiores a 20 ng/ml (50 nmol/l) en 58 pacientes (82,85%). De estos, 19 pacientes (32,76%) tenían niveles inferiores a 4 ng/ml (10 nmol/l). No encontramos diferencias entre ambos grupos en cuanto a sexo, situación basal, deambulación, tratamiento previo con calcio y vitamina D, presencia de IRC, malaabsorción, gastrectomía o toma de fenitoína.

**Conclusiones:** 1. Encontramos una elevadísima prevalencia de déficit de vitamina D en ancianos, no seleccionados, ingresados en una UGA. 2. Salvo la presencia de IRC en un 20% no encontramos otras patologías que son causa de déficit de vitamina D. 3. Un elevado porcentaje de pacientes presentaban inmovilismo y no salen habitualmente a la calle.

#### P-182. REHABILITACIÓN EN UNA UNIDAD DE MEDIA ESTANCIA TRAS ACVA: GANANCIA FUNCIONAL

R. Paz Maya, M. Checa López, A. Escolante Melich, M. Muñoz, V. Rentería y J. Flores Valderas  
Hospital Virgen del Valle. Toledo.

El ACVA es una patología muy prevalente en la población anciana, generando un importante deterioro e incapacidad funcional. El objetivo de la rehabilitación en la enfermedad cerebrovascular es minimizar las repercusiones personales, familiares y sociales del ictus, hasta un nivel lo más parecido posible a la situación premórbida.

El objetivo del estudio es analizar las características de los pacientes ingresados en una Unidad de Media Estancia de un hospital geriátrico durante un período de dos años.

Se realiza un estudio descriptivo transversal mediante recogida de datos en historia clínica de los pacientes mayores de 70 años con ictus ingresados en Unidad de Media Estancia de un Hospital Geriátrico en el período 2006-2008. Se recogen las siguientes variables: edad, sexo, tipo de ictus, deterioro cognitivo, Barthel previo al ingreso, Barthel en el ingreso y al alta, número de sesiones de rehabilitación, derivación a Hospital de Día e institucionalización al alta. Se recogieron un total de 110 pacientes de los cuales el 54% eran mujeres. Edad media de  $79 \pm 3$  años. El número de pacientes con deterioro cognitivo fue del 14%. El 88,7% presentaron ACVA isquémico y el 11,3% ACVA hemorrágico. El 86% de los pacientes presentaba Barthel previo > 80 puntos y el 92% de los pacientes ingresaban con Barthel < 40 puntos. Barthel al alta 0-20 42%, 20-40 21%, 40-60 23,9% y > 60 puntos 12%. El número medio de sesiones de fisioterapia fue de 28,5 (máximo 90). El 28% de los pacientes continuaron rehabilitación en Hospital de Día (Barthel al alta > 20 puntos). Se observa institucionalización en un 29% de los casos con Barthel < a 65 puntos al alta. La Ganancia Funcional al alta fue calculada como la diferencia entre el Índice de Barthel al alta con respecto al del ingreso, objetivándose una Ganancia Funcional de 0 puntos en 31% pacientes, 5-20 puntos en un 45%, 20-40 en un 19,7% y de 40-60 en un 4,22% de los pacientes.

El ACVA es una patología prevalente en el paciente anciano que conlleva una importante limitación funcional. El 76% de los pacientes ingresados en UME tras ACVA presentan una Ganancia Funcional al alta inferior a 20 puntos con respecto al ingreso.

#### P-183. INFLUENCIA DE LA COMORBILIDAD EN LA GANANCIA FUNCIONAL DE PACIENTES CON FRACTURA DE CADERA

M. Urkiza Abaunza, I. Artaza Artabe y E. Elgezua Uriarte  
Centro Sociosanitario Igurco Orue.

**Objetivos:** Analizar la influencia de la comorbilidad en la ganancia funcional de pacientes con fractura de cadera que ingresan para rehabilitación.

**Material y metodología:** Se revisaron las historias clínicas de los pacientes que ingresan en la unidad socio-sanitaria Orue para rehabilitación de una fractura de cadera durante el período 2007-2009. Analizamos las variables de edad, sexo, antecedentes patológicos y ganancia funcional al alta (índice de Heinemann).

**Resultados:** Durante el período estudiado, 125 personas ingresaron en la unidad desde un Servicio de Traumatología para rehabilitación. De ellas, 65 personas habían sufrido una fractura de cadera (Se excluyeron PTC programadas, fracturas periprotésicas y fracturas patológicas). La media de edad era de 84 años (59-100 años) siendo el 70% mujeres. El 46% de los pacientes presentaba algún tipo de antecedente patológico previo a la fractura: EPOC, Cardiopatía (hipertensiva, isquémica, miocardiopatía dilatada), enfermedad neurológica (Parkinson, ACV, Hidrocefalia, PSP) y carcinoma (Mama, Hepatocarcinoma). Las pacientes con cáncer fallecieron durante la rehabilitación. La ganancia funcional al alta de la unidad era mayor en aquellos pacientes que no presentaban ningún antecedente. En la siguiente tabla se describe la ganancia funcional de los grupos de pacientes:

	%	Ganancia Funcional
No Ap	53,8%	63,41
Cardiopatía	12,4%	60,71
Cardiopatía	1,5%	53,33
Enfermedad Neurológica		
EPOC	4,6%	37,33
Enfermedad Neurológica	18,5%	22,95
EPOC + Enf. Neurológica	1,5%	11,76
Cardiopatía + EPOC	1,5%	-33,33
Carcinoma	6,2%	-66,66

**Conclusiones:** 1. El tipo de patología previo a la a fractura de cadera es determinante en la ganancia funcional. 2. Así mismo, la gravedad de la enfermedad de base dificulta o imposibilita la rehabilitación. 3. La fractura de cadera en pacientes con carcinoma aumenta la mortalidad limitando las posibilidades de recuperación.

#### P-184. RECUPERACIÓN FUNCIONAL Y TRATAMIENTO REHABILITADOR EN UNA UNIDAD DE CONVALECENCIA GERIÁTRICA

F. Uriz Otano, V. Malafarina, E. Chasco, V. Elena, F. Aquilino y M.C. Andiñón

Hospital San Juan de Dios. Pamplona.

**Objetivos:** Describir el perfil rehabilitador, ganancia funcional, eficiencia y estancia media de los pacientes que ingresa en la unidad de convalecencia del Hospital San Juan de Dios, según el motivo de ingreso.

**Material y métodos:** Estudio longitudinal descriptivo prospectivo de los pacientes ingresados desde Marzo 2008-Diciembre 2009. Se recogen variables demográficas, clínicas, funcionales (I. Barthel, Holden, Ganancia funcional: I. de Heinemann corregido), estancia media, eficiencia (IBalta-IBingreso/estancia), cognitivas, motivo ingreso. Para el análisis estadístico (Test Chi<sup>2</sup> y Anova de un factor-Test de Bonferroni) se utiliza el paquete SPSS10.

**Resultados:** Edad media: 341 pacientes, 82,21 años, mujer 67,7%, estancia media: 36,1 días. Comorbilidad de base (I. Charlson modificado): 7,14 (75,6% > 5), Principal motivo ingreso: Osteoarticular (Fracturas): 55,7%, Convalecencia Patología médica: 33,4. Proceso neurológico (Ictus, TCE): 10,9%. Situación funcional (Barthel) previo: 65,3; Ingreso: 10,6; Alta: 37,6. Barthel < 20 ingreso: 89,7%. Holden previo: 3,39, ingreso: 0,59, alta: 1,9, Holden < 3 ingreso: 37,8%. Situación cognitiva: GDS 3,4. Presentan problemática social 20,8%. Comparando los diferentes grupos: 158 (52,2%) pacientes son introducidos en tratamiento rehabilitador, siendo el grupo de patología osteoarticular el más numeroso (77,4%, p < 0,05) Los pacientes con patología osteoarticular presenta mejor situación funcional y cognitiva basal que el resto de los grupos (P < 0,05), mejor respuesta funcional (I. Barthel, Holden, Ganancia funcional: I. de Heinemann corregido), y efi-

ciencia al tratamiento rehabilitador (p < 0,05). Conseguimos revertir la inmovilidad (Holden > 2) en el 68% de los pacientes tratados (p < 0,05). La mayor parte de los pacientes tratados (83,1%) vuelven a su domicilio (sobre todo los de patología osteoarticular p < 0,05).

**Conclusiones:** 1. Un alto porcentaje de los ancianos son dependientes totales, e incapaces para la bipedestación al ingreso. 2. La mitad de los pacientes ingresados han recibido tratamiento rehabilitador, logrando revertir la inmovilidad en la mayor parte. 3. Los pacientes con patología osteoarticular (fractura) son los que más se benefician del tratamiento rehabilitador, posiblemente por presentar menor deterioro cognitivo y funcional basal. 4. La mayoría de los ancianos tratados vuelve a su entorno habitual (domicilio).

#### P-185. VALORACIÓN DE PACIENTES TRAS FRACTURA DE CADERA EN UNA UNIDAD DE ORTOGERIATRÍA: COMPLICACIONES POSQUIRÚRGICAS

R. Paz Maya, M. Checa López, Z. Yusta Escudero, C. García Redecillas, A. Escolante Melich y T. Estrada Álvarez  
Hospital Virgen del Valle. Toledo.

La fractura de cadera de causa osteoporótica afecta a un segmento de la población de edad muy avanzada. Se trata de un problema de salud pública, tanto por su elevada frecuencia como por su alto riesgo de mortalidad y coste económico.

El objetivo es analizar las características de los pacientes ingresados en una Unidad de Ortogeriatría y valoración de complicaciones posquirúrgicas.

Se realiza un estudio descriptivo retrospectivo, mediante recogida de datos en historia clínica de 174 pacientes ancianos con Fractura de cadera del área sanitaria de Toledo ingresados en la Unidad de Ortogeriatría durante el año 2007. Se recogen, entre otras, *las siguientes variables*: número total de pacientes, edad, sexo, tipo de fractura, tiempo de espera para intervención quirúrgica, complicaciones posquirúrgicas y porcentaje de pacientes rehabilitados.

Se realizó valoración geriátrica a un total de 174 pacientes con una edad media de 83,3 años, de los cuales el 78% eran mujeres. Presentaban Fractura de cadera subcapital el 44,8%, pertrocantérea el 46%, subtrocantérea el 2,3% y basicervical el 6,3%. El 58% de los pacientes fue intervenido en las primeras 48 horas tras la fractura. Precisarón transfusión de concentrados de hemáties el 67% de los pacientes. Entre las complicaciones posquirúrgicas que presentaron: ITU 14,4%, descompensación cardíaca 13,8%, Infecciones respiratorias 11,5%, Cardiopatía isquémica o arritmia 9,1%, infecciones de herida quirúrgica e insuficiencia renal 6,3%, RAO 4%, alteraciones hidroelectrolíticas 3,4%, UPP 1,7%, Ileo paralítico 1,1% y TVP 0,6%. La complicación más frecuente fue el Síndrome Confusional Agudo, que se objetivó en el 15,5% de los pacientes; de los cuales el 21,8% estaban diagnosticados de Demencia. El 84% de los pacientes precisó tratamiento rehabilitador, el 80% de ellos en UME, el 4,6% en Hospital de Día y el 0,6% en rehabilitación externa.

La elección de la cirugía apropiada tras una fractura de cadera y el manejo de complicaciones perioperatorias y posquirúrgicas es fundamental para la recuperación funcional. La ausencia de complicaciones posquirúrgicas condiciona un mejor pronóstico. A mayor tiempo para la cirugía se observan mayor riesgo de complicaciones, las más frecuentes son el Síndrome Confusional agudo, las infecciones del tracto urinario y las descompensaciones cardíacas.

#### P-186. USO DE RECURSOS SANITARIOS Y SUPERVIVENCIA TRAS LA VALORACIÓN DE DEPENDENCIA EN PERSONAS CON DETERIORO FUNCIONAL SEVERO

M.O. Domínguez López, N. González Salvat, R. Torá Boquera, C. Prime Audí, P. Bouzas Curto y A. Grau Belsa  
Hospital de la Santa Creu de Jesús. Tortosa.

**Material y métodos:** Análisis de la valoración de la ley de dependencia realizada en 173 personas pertenecientes a un área rural (segunda

mitad de 2007) y de su evolución mediante control telefónico (marzo 2010). Las valoraciones correspondían a pacientes con grado III-2 del baremo utilizado por la ley de dependencia y habían sido realizadas por una única valoradora. La entrevista telefónica recoge datos sobre el recurso social elegido tras la valoración y sobre la evolución médica (ingresos hospitalarios tras la misma y fallecimiento). Se realiza un análisis descriptivo (datos de patología y funcionales), y de predictores de fallecimiento (comparación de proporciones mediante chi-cuadrado, comparación de medias mediante la t de student) y de situación terminal definida como supervivencia < 6 meses (regresión logística binaria).

**Resultados:** N = 173; 72,8% mujeres. Edad: 77,59 ± 18,10. Patología causante de dependencia: neurológica 82%; patología osteo-articular 44%; patología circulatoria 32%. *Valoración de situación funcional:* 12% capaz de llevarse la comida a la boca; 6% hace desplazamientos no relacionados con el autocuidado de forma autónoma. *Autonomía para tomar decisiones:* sobre autocuidado 26%; de interacción personal 33%. 149 entrevistas telefónicas. *Datos de supervivencia:* 62 (42%) habían fallecido en el momento de la entrevista telefónica, supervivencia media de 13,35 ± 7,47 meses; 17 (27,4%) éxitus < 6 meses; 25 (43,5%) fallecen el primer año. 63 (42,6%) habían ingresado en un hospital de agudos. 40 (26,8%) fueron seguidos por un equipo de atención domiciliaria geriátrica. De todas las variables (análisis bivariante) sólo la edad es significativamente mayor en los fallecidos: 73,42 ± 20,71 vs 85,74 ± 6,29 (p < 0,0001). Regresión logística de predictores de situación terminal: edad, sexo, patología neurológica, capacidad para llevarse la comida a la boca, tomar decisiones sobre autocuidado, realizar desplazamientos no relacionados con el autocuidado, continencia urinaria y fecal, apoyo de cuidador privado (r2 0,455; p < 0,0001; VP vivir menos 6 meses 71,4%, VP vivir más de 6 meses 94,6%).

**Conclusiones:** Entre los enfermos severamente dependientes valorados predomina la patología neurológica y osteoarticular. El uso de recursos sanitarios es muy elevado. Un porcentaje alto fallece en menos de 6 meses. La edad es la variable predictora de muerte con más peso entre todas las analizadas.

#### P-187. BIOMARCADORES EN LOS DISTINTOS ESCENARIOS DE LA INSUFICIENCIA CARDÍACA AGUDA EN EL PACIENTE ANCIANO

M. Covarrubias Esquer, J. Martín Sánchez, C. Fernández Alonso, C. Verdejo Bravo, P. Gil Gregorio y J.M. Ribera Casado  
*Hospital Clínico San Carlos. Madrid.*

**Introducción:** Estudios previos han descrito diferentes escenarios clínicos, en función de la situación tensional, con el fin de seleccionar el tratamiento inicial de la insuficiencia cardíaca aguda (ICA) en urgencias. No existen datos sobre si el perfil de biomarcadores en plasma se modifica en las diferentes situaciones clínicas en pacientes ancianos.

**Objetivo:** Describir el perfil de diversos biomarcadores plasmáticos en pacientes ancianos con un episodio de ICA en función de su situación tensional, que acuden a urgencias de un hospital terciario.

**Material y métodos:** Estudio transversal que incluyó a todos los pacientes mayores de 65 años que acudieron por un episodio de ICA a un servicio de urgencias de un hospital terciario durante 30 días. La muestra se dividió en: a) grupo 1: ICA hipertensiva (TAS > 140 mmHg); b) grupo 2: ICA normotensiva (TAS 100-140 mmHg); c) grupo 3: ICA hipotensiva (TAS < 100 mmHg); de la muestra excluyeron pacientes con síndrome coronario agudo y aquellos con ICA derecha aislada, ya que requieren un manejo individualizado. Se recogieron datos bioquímicos (NT-ProBNP, troponina I, PCR, D-Dímeros, creatinina, urea y aclaramiento renal según la fórmula del MDRD), y resultado al alta hospitalaria (mortalidad) y en 30 días (mortalidad y reingreso). En el análisis estadístico se usó el programa SPSS 15.0.

**Resultados:** N = 142 edad media de 81 años (DE 7,5), donde grupo 1 = 62 (43,5%), grupo 2 = 70 (49,5%) y grupo 3 = 10 (7%). Respecto a los biomarcadores plasmáticos, las diferencias estadísticamente entre los grupos fueron: urea [grupo 1 = 53 (p25 = 41,7-p75 = 70,5), grupo 2 = 69 (p25 = 49,7-p75 = 111,5), grupo 3 = 64 (p25 = 53-p75 = 94); p = 0,02], creatinina [grupo 1 = 1,2 (p25 = 1,03-p75 = 1,5), grupo 2 = 1,47 (p25 = 1,06-p75 = 1,92), grupo 3 = 1,34 (p25 = 1-p75 = 1,9); p = 0,05], aclaramiento renal según la fórmula MDRD-4 [grupo 1 = 49,8 (p25 = 39,6-p75 = 67,5), grupo 2 = 37,9 (p25 = 31,1-p75 = 62,3), grupo 3 = 51,1 (p25 = 29,6-p75 = 61,6); p = 0,03] y NT-ProBNP [grupo 1 = 1.836 (p25 = 981-p75 = 3.156), grupo 2 = 3.922 (p25 = 1.223-p75 = 9.758), grupo 3 = 4.311 (p25 = 1.931-p75 = 6.601)]. No existiendo diferencias significativas respecto a la glucemia, troponina, procalcitonina, proteína C reactiva, D-dímeros y leucocitos. No hubo diferencias estadísticamente significativas en resultados al alta hospitalaria ni a los 30 días.

**Conclusiones:** Los biomarcadores plasmáticos de insuficiencia renal (creatinina, urea, aclaramiento renal) y de disfunción ventricular (NT-ProBNP) se correlacionan con los diferentes escenarios de la ICA en el anciano, lo que posiblemente sugiere que la tensión arterial sistólica a la llegada a urgencias se asocia con los mecanismos biológicos de la enfermedad.

#### P-188. USO DE RECURSOS SOCIALES TRAS LA VALORACIÓN DE DEPENDENCIA EN PERSONAS CON DETERIORO FUNCIONAL SEVERO

A. Grau Belsa, M.O. Domínguez López, P. Bouzas Curto, N. González Salvat, C. Prime Audí y R. Torá Boquera  
*Hospital de la Santa Creu de Jesús. Tortosa.*

**Material y métodos:** Análisis de la valoración de la ley de dependencia realizada en 173 personas pertenecientes a un área rural (segunda mitad del año 2007) y de su evolución mediante control telefónico (marzo del 2010). Las valoraciones correspondían a pacientes con grado III-2 del baremo utilizado por la ley de dependencia y habían sido realizadas por una única valoradora. La entrevista telefónica recoge datos sobre el recurso social elegido tras la valoración y sobre la evolución médica (ingresos hospitalarios tras la misma y fallecimiento). Se realiza un análisis descriptivo (datos de patología y funcionales) y de uso de recursos sociales (comparación de proporciones mediante chi-cuadrado, comparación de medias mediante la t de student).

**Resultados:** N = 173; 72,8% mujeres. Edad: 77,59 ± 18,10. Patología causante de dependencia: neurológica 82%; patología circulatoria 32%; patología osteo-articular 44%, patología psiquiátrica 9%, neoplasia 6%. *Valoración de situación funcional:* 12% capaz de llevarse la comida a la boca; 6% hace desplazamientos no relacionados con el autocuidado de forma autónoma; 11% realiza transferencias; 8% continentes fecales; 3% continentes urinarios. *Autonomía para tomar decisiones:* sobre autocuidado 26%; de movimiento 28%; de interacción personal 33%. Solo un 3% es capaz de pedir ayuda en caso de necesidad. 149 se entrevistaron telefónicamente: 62 (42%) habían fallecido en el momento de la entrevista telefónica. *Recurso social elegido:* 13 (9,7%) residencia; 7 (4,8%) centro de día; 124 (85,5%) se mantienen en domicilio y reciben una prestación económica. *Cuidador principal:* hijo/a 65,1%, esposo/a 15,4%, otros 18,8%. 35% tenían el apoyo de un cuidador privado. *Variables asociadas a institucionalización en análisis bivalente:* mayor institucionalización en aquellos cuidados por alguien diferente de un hijo/a o esposo/a (p = 0,005), en aquellos con incapacidad para tomar decisiones personales sobre interacciones personales (p < 0,05).

**Conclusiones:** Entre los enfermos severamente dependientes valorados hay una mayor dependencia física que psíquica. La mayoría se mantienen en su domicilio, recibiendo una prestación económica. Un porcentaje elevado recurre al apoyo de un cuidador privado para

atender a la persona dependiente. El ser cuidado por alguien diferente de un hijo/a o esposo/a se asocia a mayor institucionalización.

#### P-189. FACTORES PREDICTORES DE SITUACIÓN TERMINAL EN UNA UNIDAD DE LARGA ESTANCIA GERIÁTRICA

M.O. Domínguez López<sup>1</sup>, J.A. García Navarro<sup>2</sup>, C. Muñoz Romero<sup>1</sup>, E. Martínez Almazán<sup>1</sup>, M.T. Cubí Guillén<sup>1</sup> y M.J. Galiana Llasat<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Hospital de la Santa Creu de Jesús. Tortosa. <sup>2</sup>Hospital Sant Joan de Reus. Reus.

**Introducción:** Detectar la situación terminal en el anciano es difícil. Las unidades de larga estancia geriátrica ofrecen atención a la etapa final de la vida. Detectarla puede ayudar a optimizar los cuidados.

**Objetivos:** Analizar variables predictoras de muerte en menos de 6 meses (situación terminal) en los enfermos de una unidad de hospitalización de larga estancia.

**Material y métodos:** Estudio de 1.406 pacientes de la unidad de larga estancia (años 2003-2007). Analizamos variables demográficas (edad, sexo, procedencia), funcionales (escala ADL, capacidad para tomar decisiones) y clínicas (diagnósticos de demencia, DM y UPP, presencia de tristeza, vagabundeo, agresividad verbal, física, rechazo de cuidados, pérdida de peso, uso de sonda vesical permanente y SNG), (datos incluidos en la valoración al ingreso, obligatorios para el Departamento de Salud de Cataluña). Comparamos fallecidos en menos de 6 meses con supervivientes más de 6 meses (comparación de proporciones (chi-cuadrado), medias (T-student) y regresión logística).

**Resultados:** 234 enfermos fallecieron en menos de 6 meses (143 mujeres); 310 sobrevivieron más de 6 meses (187 mujeres). *Variables asociadas a situación terminal en análisis bivalente:* > edad (83,97 vs 79,17 años;  $p < 0,0001$ ); > procedencia de domicilio ( $P < 0,05$ ); < vagabundeo ( $p < 0,005$ ); < agresividad verbal ( $p < 0,05$ ); < movilidad independiente en la cama, < autonomía en transferencias, deambulación en la habitación y por pasillo ( $p < 0,0001$ ), < independencia en vestido, comida, higiene ( $p < 0,0001$ ) y baño ( $p < 0,01$ ), > incontinencia fecal, urinaria y mayor uso de sonda vesical permanente ( $p < 0,0001$ ), > frecuencia de pérdida de peso, sonda para alimentación y UPP ( $p < 0,0001$ ); > n.º visitas médicas (6,46 vs 3,49), > n.º cambios medicación (3,23 vs 1,96), > puntuación en ADL (12,38 vs 8,37) ( $p < 0,0001$ ). *Análisis multivariante:* edad, procedencia domicilio, vagabundeo, continencia fecal y urinaria, independencia en vestido e higiene, pérdida de peso, UPP, n.º visitas médicas, puntuación ADL (R2 0,345, VP de exitus en < 6 meses 69,3%; VP de vivir > 6 meses 83,3%). *Variables no significativas:* DM, demencia como diagnóstico principal, independencia en toma decisiones, síntoma tristeza, agresividad física y rechazo de cuidados.

**Conclusiones:** La edad, peor situación funcional y nutricional se asocian a mayor mortalidad en menos de 6 meses, aunque su capacidad de predicción es baja. Los enfermos en situación terminal requieren mayor atención médica.

#### P-190. HEMATOMA ABDOMINAL COMPRESIVO INDUCIDO POR ENOXAPARINA PROFILÁCTICA EN OCTOGENARIA

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

**Introducción:** La enoxaparina es una HBPM que inhibe la coagulación potenciando el efecto inhibitorio de la antitrombina III sobre los factores IIa y Xa. Los efectos secundarios más comunes suelen ser hemorragias leves, trombocitopenia, irritación local moderada, dolor y hematoma en el punto de inyección. La aparición de complicaciones mayores suele ser infrecuente.

**Caso clínico:** Mujer de 84 años. NRAMC. HTA. DM tipo 2. Hipotiroidismo. *Tratamiento:* Clortalidona, Levotiroxina, complemento nutri-

cional. *Situación Basal:* Viuda, vive sola. Estrecha supervisión por parte de sus hijas. Deambulación sin ayudas técnicas. Katz C. Realiza instrumentales avanzadas. Olvido de hechos recientes, sin otras alteraciones cognitivo-afectivas. *Enfermedad actual:* infección respiratoria que asocia tos persistente, con aparición de hematoma espontáneo de gran calibre, compresión de estructuras pélvicas y anemia de más de 6 puntos. Insuficiencia renal no estudiada con probable componente prerrenal asociado. *Exploración:* Abdomen: Cambios posquirúrgicos antiguos de laparotomía media. Se palpa masa supraumbilical dolosa, no fluctuante ni pulsátil, de aproximadamente 14 x 9 cm, dependiente de partes blandas y percusión mate. *Pruebas complementarias:* Analítica: Leucocitos 12,1 (N 90,8%); resto de hemograma sin alteraciones. Tiempo de protrombina 12,16, Act. Prot. 86,1%, ATTP 39,96. Urea 103; creatinina 1,5; perfil lipídico y hepático sin alteraciones; ionograma normal. Rx Tórax y ECG sin hallazgos de interés. Ecografía Abdominal: Hematoma de pared abdominal dependiente de la vaina del recto anterior izquierdo de 16 x 13 x 10,5 cm. A nivel pélvico comprime extrínsecamente la vejiga y estructuras pelvianas, sin indicios de sangrado intraperitoneal o pélvico.

**Conclusiones:** 1. Aunque los hematomas compresivos no son habituales, es preciso estar vigilante ante todo paciente que reciba HBPM. En concreto, la enoxaparina tiene mayor actividad anti-Xa y mayor excreción renal en comparación con dalteparina y nadroparina, factores a tener en cuenta en pacientes con insuficiencia renal. 2. El mecanismo subyacente de este tipo de complicaciones puede ser la inyección intramuscular accidental, la ruptura de la vascularización epigástrica y el marcado efecto anticoagulante de estas terapias en el paciente anciano con insuficiencia hepática, renal, coagulopatía subyacente o interacciones farmacológicas. 3. El manejo de estos hematomas es esencialmente conservador. La cirugía sólo estará indicada en grandes hematomas compresivos y dolorosos o cuando el diagnóstico de hematoma de pared sea incierto.

#### P-191. FRACTURAS DE CADERA: TIPOS DE ANESTESIA Y COMPLICACIONES SECUNDARIAS A LA ANESTESIA

M. Checa López, R. Paz Maya, Z. Yusta Escudero, C. García Redecillas, A. Escolante Melich y J. Flores Valderas  
Hospital Virgen del Valle. Toledo.

**Introducción y objetivos:** La fractura de cadera es una patología muy prevalente en la población anciana debido a múltiples factores como inmovilidad y osteoporosis. Es causa de importante morbimortalidad así como de deterioro funcional, de ahí su relevancia en la Geriátrica.

**Objetivos:** Valorar el tipo de fractura de cadera más frecuente objetivada en una Unidad de Orto geriátrica, anestesia utilizada y complicaciones asociadas a cada tipo de anestesia.

**Material y métodos:** Se realiza un estudio descriptivo, retrospectivo, mediante la recogida de datos de 174 pacientes ingresados en una Unidad de Orto geriátrica y posterior Unidad de Recuperación Funcional, durante el año 2007. Se estudiaron las siguientes variables: tipo de fractura más frecuente, anestesia utilizada y complicaciones más prevalentes en función del tipo de intervención.

**Resultados:** De 174 pacientes con fractura de cadera, el 44,8% (78 pacientes) presentaron fractura subcapital, y de ellos el 100% fue intervenido mediante anestesia regional. El 46% (80 pacientes) presentaron fractura pertrocantérea y de ellos el 2,5% se intervino con anestesia regional. El 2,3% (4 pacientes) presentaron fractura subtrocantérea y todos se intervinieron por medio de anestesia regional. El 6,3% (11 pacientes) fractura basicervical, (100% intervenidos mediante anestesia regional), y sólo 0,6% fractura de fémur, en ninguno de ellos utilizada anestesia general. En los pacientes intervenidos mediante anestesia regional (98%) se observó que el 1,17% presentó íleo parálítico secundario, y 4,24% presentó retención aguda de orina, mientras que ninguna de estas complicaciones se observaron en los

pacientes en los que se utilizó anestesia general (0%), aunque la proporción de este tipo de anestesia fue muy escaso.

**Conclusiones:** La mayoría de los pacientes ingresados en una Unidad de Orto geriátría presentaron fracturas de tipo pertrocantérea y subcapital en proporción similar. Prácticamente la totalidad de las fracturas fueron intervenidas mediante anestesia regional, y el índice de complicaciones asociadas a dicha anestesia fue muy escaso, con predominio de retención aguda de orina frente a íleo paralítico. Por lo que se puede concluir que existe seguridad en la utilización de anestesia regional en fracturas de cadera.

#### P-192. ACTIVIDADES BÁSICAS E INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA: ¿CUÁL DE ELLAS ES MEJOR PREDICTOR DE MORTALIDAD?

M. Checa López, R. Paz Maya, V. Rentería, M. Muñoz Vélez, T. Estrada Álvarez y F.J. García  
*Hospital Virgen del Valle. Toledo.*

**Objetivo:** Determinar el impacto de cada una de las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria en la mortalidad de sujetos mayores de 65 años.

**Material y métodos:** *Diseño:* Estudio longitudinal, prospectivo, tipo cohorte cerrada. *Muestreo:* Se seleccionaron 3.937 sujetos mediante muestreo aleatorio polietápico y fueron evaluados 3.214. *Encuesta:* La encuesta se administró en el domicilio. Constaba de datos sociodemográficos, evaluación subjetiva de salud, evaluación sensorial, escalas de evaluación de actividades básicas (índice Katz), instrumentales (índice de Lawton), evaluación cognitiva (MMSE) y de depresión (GDS de Yessavage), encuesta de comorbilidad autorreferida, evaluación de consumo de alcohol y tabaco y finalmente una escala de soporte social (OARS). *Estadística:* El impacto de las AVD en la mortalidad se evaluó mediante modelos de supervivencia de regresión de Cox ajustando por variables sociodemográfica y soporte social, MMSE, GDS, Comorbilidad (HTA, DM tipo II, Insuficiencia cardiaca, cardiopatía isquémica, arritmias, OCFA insuficiencia renal, fractura de cadera, osteoporosis, Accidente cerebrovascular, Enfermedad de Parkinson), alcohol y tabaco. Se tomó cada AVD de manera individualizada y se analizó el riesgo de mortalidad para cada una de ellas. *Seguimiento:* Se siguió durante 50 meses la supervivencia o no de los sujetos de la cohorte.

**Resultados:** Durante el seguimiento fallecieron 468 sujetos (14,6%). En el análisis básico (ajustado por variables sociodemográficas y soporte social) todas las AVD básicas e instrumentales se mostraron como factores de riesgo independientes ( $p < 0,001$ ) oscilando los RR entre 1,71 y 3,73. Cuando incluimos en el modelo variables de exposición y comorbilidad además de MMSE y escala de depresión de Yessavage (GDS) solo la dependencia en vestido y continencia entre las AVD básicas y todas las instrumentales excepto la capacidad para utilizar el teléfono fueron factores genuinos de riesgo de mortalidad a 50 meses.

**Conclusión:** Las AVD instrumentales son predictores de mortalidad más potentes que las básicas.

#### P-193. TRATAMIENTOS FARMACÉUTICOS MÁS FRECUENTES Y PATOLOGÍAS ASOCIADAS EN UNA RESIDENCIA DE PERSONAS MAYORES

E.M. Reguera Burgueño<sup>1</sup>, B.A. Maújo Iglesias<sup>2</sup>, A.J. Martín Muñoz<sup>3</sup> y E. Marugán Gila<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Oficina de Farmacia de Trescasas. Segovia. <sup>2</sup>Geriden. Sercade. Segovia.

<sup>3</sup>Residencial el Jardín de Segovia. Segovia.

**Objetivos:** Mostrar los principales tratamientos y consumos farmacéuticos en una residencia para mayores, asociados a las patologías de los residentes. Analizar los datos, destacando la importancia del

servicio de atención farmacéutica y su coordinación con el equipo interdisciplinar.

**Método:** Registro del consumo de fármacos en el software de gestión residencial, a través del oportuno protocolo de actuación. Coordinación entre la Oficina de Farmacia, los servicios médicos y sociosanitarios propios. Los consumos se relacionan con las patologías más tratadas y con mayor consumo.

**Resultados:** *Población diana:* 90 residentes. *Promedio edad:* 85,02 años, de los que 62 son mujeres y 28 hombres. *Grupos etarios de mayor volumen:* 81 a 90 años y más de 90 (80% del total). *Grado medio de dependencia:* moderado-severo 65% del total. Tan solo el 2,22% no consume fármacos de forma crónica. El consumo puntual es generalizado. *Patologías más tratadas y que conllevan un mayor consumo de medicamentos:* a) Hipertensión y patologías cardíacas: Antihipertensivos: 77,77%, Diuréticos: 41,11%, Vasodilatadores: 4,44%, Glucósidos cardiotónicos: 12,22%, Antiarrítmicos: 2,22%, Antiulcerosos: 54,44%, Analgésicos: 52,22%, Ansiolíticos: 45,55%, Hipolipemiantes: 28,88%, Antidepresivos: 25,55%, b) Antitrombóticos: Heparinas y derivados: 8,88%, Antagonistas vit K: Sintrom: 12,22%, Antiagregantes plaquetarios: 28,88%, c) Antidiabéticos: Insulinas: 15,55%, Antidiabéticos orales: 16,66%. Consumo medio de recetas 6,75. La media estimada de una persona mayor es 7. Consumo medio de genéricos 28,5%. Consumo medio en Castilla y León 26% (2009).

**Conclusiones:** Las patologías con más consumo son las cardiovasculares, las reumáticas con prescripción de analgésicos y las molestias gastrointestinales donde la prescripción de antiulcerosos no es tanto por patología digestiva sino como protección gástrica. Menos, la diabetes, insomnio y nerviosismo o agitación (ansiolíticos) y la hipercolesterolemia. El consumo de genéricos es superior a la media de la CA, dependiendo la prescripción de los servicios médicos. El servicio de atención farmacéutica en una residencia garantiza una asistencia profesional en coordinación con el equipo interdisciplinar, uso racional de medicamentos e información adecuada. Los protocolos de farmacovigilancia y seguimiento en coordinación con los demás servicios sanitarios mejoran el estado de salud y la calidad de vida del residente.

#### P-194. ERISIPELA POR PSEUDOMONAS

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

**Caso clínico:** Mujer de 88 años. No AMC. HTA. Enfermedad de Parkinson de larga evolución, TEP en abril de 2009. *Situación basal:* DABVD, Barthel 0, vida cama-sillón; deterioro cognitivo severo (GDS 7); vive en domicilio con buen soporte familiar. *Tratamiento:* Enoxaparina, Trazodona, Sertralina, Levo-Dopa, Enalapril, Omeprazol, Torasemida y suplementos proteicos. *Enfermedad actual:* Cuadro de fiebre de 72 horas de evolución, sin claro foco, con negativa a la ingesta y hematoma en MID con signos de inflamación local. En la exploración destaca hematoma de 13 x 9 cm en tercio distal de cara interna de muslo derecho, no fluctuante, doloroso a la palpación y sin pérdida de continuidad de la piel. Deshidratación de piel y mucosas. *Pruebas complementarias:* Leucocitosis con desviación izquierda, deshidratación hipernatrémica, y aumento de reactantes de fase aguda. Urocultivo: se aísla *Klebsiella* sp. Hemocultivo ( $\chi^2$ ): negativo. *Cultivo de absceso:* se aísla *Pseudomonas aeruginosa* y *Stenotrophomonas maltophilia* sensible a cefalosporinas y quinolonas. TAC toraco-abdominal con contraste: imagen compatible con adenoma suprarrenal bilateral. Rx tórax: cardiomegalia sin infiltrados. *Evolución:* Presenta abscesificación del hematoma con presencia de signos de celulitis con aparición súbita de lesiones rojas, vesículas y ampollas con pérdida de continuidad de la piel. A pesar de tratamiento antibiótico de amplio espectro la paciente presenta mala evolución clínica con sepsis, falleciendo a las 2 semanas.

**Conclusiones:** Se trata de una erisipela por *P. aeruginosa*, agente etiológico hasta en un 50% de los casos, cuya puerta de entrada es un hematoma abscesificado en MID. La evolución tórpida asociada a la forma necrotizante es muy frecuente en ancianos con alta comorbilidad.

#### P-195. FISIOTERAPIA Y DEPENDENCIA: ANÁLISIS DEL ÍNDICE DE SOBRECARGA FÍSICO DEL CUIDADOR PRINCIPAL

R. Chillón Martínez, M. Benítez Lugo, J.J. Jiménez Rejano y J. Rebollo Roldán  
Universidad de Sevilla. Sevilla.

**Objetivos:** Los/as cuidadores/as de personas mayores en situación de dependencia son uno de los elementos más relevantes actualmente en el proceso de atención y cuidado de la persona dependiente. Desde la Fisioterapia nos preocupa saber *cuál es el nivel de sobrecarga física que existe en los cuidadores principales formales o informales de las personas en situación de dependencia.*

**Método:** *Diseño:* correspondiente a una investigación de corte descriptivo exploratorio a través de un diseño de series de casos transversales. Nuestra muestra se ha conformado a través de un procedimiento de muestreo no probabilístico por conveniencia realizado en tres zonas básicas de la Mancomunidad del Guadalquivir. La muestra está conformada por un total de 147 cuidadores. La estimación muestral se ha calculado con el paquete estadístico G-Power tras una análisis piloto preliminar. La media de edad de la muestra es de  $\pm 46,7$  y el 89% de la muestra son mujeres. El instrumento principal para la recogida de datos es la escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit validada en nuestro medio. Además, se ha implementado un cuestionario de elaboración propia para el estudio de las dimensiones físicas de interés en Fisioterapia que ha sido validado (Alfa de Cronbach 0,969). El estudio estadístico se ha realizado utilizando el paquete estadístico SPSS 17.0 para Windows presentando los datos en diagramas de barras, histogramas y diagramas de cajas y bigotes.

**Resultados:** El 42% de la muestra padece una sobrecarga intensa, el 27% moderada y el 31% leve según la escala de Zarit. La localización del nivel de sobrecarga física, el 65,3% de la muestra afirma "sentir sobrecarga física en la espalda", y de éstos, el 55% localiza los más intensos y duraderos puntos de dolor en la región cervical, siguiendo el 39% de percepción de sobrecarga en la región lumbar. El 32% refiere dolor frecuente en las rodillas de forma uni o bilateral.

**Conclusiones:** El nivel de sobrecarga de la muestra es significativamente elevado, ya que no existe ningún sujeto que no tenga un determinado índice de sobrecarga, siendo la más relevante la sobrecarga intensa. La espalda y las rodillas son las regiones corporales de mayor sobrecarga física.

#### P-196. ESTUDIO DE COMORBILIDAD DEL PACIENTE ANCIANO CON PATOLOGÍA PSIQUIÁTRICA AGUDA QUE INGRESA EN UNA UNIDAD DE GERONTOPSIQUIATRÍA

A. Urbelz Pérez, P.L. Serrano Cuadrado, L. López Sánchez, M. de la Hermosa Lorenci, N. Domínguez Ramírez, D. Barral Tafalla y H. Rodríguez Lafora  
Hospital Dr. Rodríguez Lafora. Madrid.

**Introducción:** La unidad de Gerontopsiquiatría es una unidad de hospitalización breve que lleva funcionando en nuestro centro más de 20 años en dicha unidad ingresan pacientes > 65 años con patología psiquiátrica aguda procedentes de todas las áreas sanitarias de Madrid. Durante los últimos años hemos detectado un aumento tan-

to en la edad, como en la complejidad de los pacientes que ingresan en dicha unidad. Por este motivo hemos diseñado un estudio que nos permita conocer el perfil de los pacientes, así como, los principales motivos de ingreso, en una unidad de hospitalización breve como es la nuestra.

**Material y métodos:** Estudio descriptivo de pacientes  $\geq 65$  años ingresados en la unidad de hospitalización breve de Gerontopsiquiatría, Durante el último año. **Criterios de exclusión:** edad inferior a 65 años y pacientes ingresados por orden judicial para cumplimiento de penas. **Variables:** Edad, Sexo, FRCV, comorbilidad, polifarmacia, ABVDS, estado nutricional, diagnóstico psiquiátrico principal, sintomatología al ingreso, estancia media, psicofármacos, etc.

**Resultados:** N = 109 pacientes (66% mujeres), Edad media 74,5 años (65-93). Estudios 46% primarios, 39% limitación visual, 18% auditiva, 34% prótesis dental 47%, Barthel 85, siendo las áreas más afectadas la deambulación y alimentación. 78% 3 a 5 *Enf. Crónicas* (excluida patología psiquiátrica), HTA y P. Musculoesquelética las más frecuentes (64,1% 2 o más FRCV). 17% tabaquismo activo. Deterioro cognitivo 46% (leve 23,5 y moderado 14,7) y 15% hipotiroidismo (23% T4 disminuida al ingreso). Consumo medio fármacos 6,25 (0-17), No psiquiátricos 2,4. (34% IECAs/ARAI, 37% IBPs, 23,9% AAS) EKG: 98% Normal. 12% QTc largo. 32% alteraciones secundarias repolarización, 12% bloques siendo los más frec. BAV y HARI.

**Conclusiones:** 1. Los pacientes ingresados en Gerontopsiquiatría son pacientes relativamente jóvenes la mayoría con al menos tres enfermedades crónicas. 2. La comorbilidad más frecuente son los FRCV y la patología musculoesquelética. 3. Los fármacos más usados son Inhibidores bomba de protones e IECAs/ARAI. 4. En el Estudio hemos encontrado asociación entre subida medicación antihipertensiva y Velanfaxina.

#### P-197. FACTORES RELACIONADOS CON LA MORTALIDAD A 12 Y 24 MESES TRAS LA HOSPITALIZACIÓN DE ANCIANOS CON INSUFICIENCIA CARDÍACA EN FUNCIÓN DEL SERVICIO DE REFERENCIA: CARDIOLOGÍA O UNIDAD GERIÁTRICA DE AGUDOS

S. Fernández Barbeira, A. Vilches Moraga, E. Paredes Galán, J.A. Lazarini Díaz Barriga, A.I. Ferrero Martínez y M.J. López Sánchez  
Complejo Hospitalario Universitario de Vigo. Vigo.

**Introducción:** A pesar de que los pacientes mayores de 75 años son responsables del mayor número de ingresos hospitalarios por insuficiencia cardíaca (IC) existen insuficientes evidencias clínicas que apoyen o desaprueben el manejo del enfermo anciano con fallo cardíaco en unidades geriátricas de agudos (UGA).

**Objetivos:** El propósito del presente estudio consiste en determinar los factores predictivos de mortalidad a 1 y 2 años en ancianos hospitalizados con un diagnóstico de IC en función de su manejo en una unidad geriátrica (GRT) o en la planta de hospitalización de cardiología (CAR).

**Material y métodos:** Comparamos todos los pacientes mayores de 75 años ingresados con un diagnóstico de IC en nuestra UGA o en CAR entre el 1 de enero 2007 y 1 de enero 2008.

**Resultados:** Se incluyeron un total de 240 pacientes con una edad media fue de 83,5 años. La mortalidad a 12 meses fue del 32,3% en GRM y 26,6% en CAM ( $p = 0,366$ ) y a los 24 meses del 47,8% y 43% respectivamente ( $p = 0,484$ ). Al realizar análisis univariado los factores asociados a mayor mortalidad a 12 y 24 meses fueron la edad ( $p = 0,012$ ), sexo femenino ( $p = 0,046$ ), índice de Charlson ( $p \leq 0,001$ ), FEVI  $\leq 45\%$  ( $p = 0,046$ ), estenosis aórtica ( $p < 0,001$ ), elevación de urea plasmática ( $p = 0,02$ ) y leucocitosis ( $p = 0,005$ ). Los factores que entraron en el modelo predictivo de mortalidad a 1 y 2 años en análisis multivariado quedan recogidos en la siguiente tabla:

	Wald	OR
Índice de Charlson	14,8	1,14
Urea plasmática elevada	8,52	1,0
Edad	7,05	1,06
NYHA	4,97	1,71
Leucocitosis	4,03	1,0

**Conclusiones:** No existen diferencias significativas en supervivencia a 12 y 24 meses en pacientes ingresados en geriatría comparados con aquellos hospitalizados en cardiología. La alta mortalidad de estos individuos parece relacionada a las características propias del paciente geriátrico y por lo tanto apoyarían el manejo interdisciplinario.

#### P-198. EVOLUCIÓN DE HEMATOMA TRAUMÁTICO EXTENSO EN PACIENTE CON ALTERACIÓN DE LA COAGULACIÓN

N. Montero Fernández, S. Perero González, V. Domingo García, C. Osuna del Pozo, L. Silveira Guijarro y J.A. Serra Rexach  
*Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.*

Se trata de una mujer de 82 años con Antecedentes Personales de HTA, insuficiencia cardíaca, insuficiencia renal crónica, ictus antiguo sin secuelas, artritis reumatoide, neumonía, anemia ferropénica. Operada de cataratas. Insomnio. *Tratamiento habitual:* Hierro, Furosemida, Prednisona, Dolquine, Omeprazol, Natecal y Diazepan. *Situación basal:* disnea de medianos esfuerzos. No deterioro cognitivo. Barthel 65. FAC 5.

La paciente ingresa en Medicina Interna por trombosis venosa profunda proximal en miembro inferior izquierdo, con celulitis asociada, recibiendo primero tratamiento con heparina de bajo peso molecular y posteriormente acenocumarol. Se diagnostica de síndrome coronario agudo sin elevación del ST, con enfermedad de 3 vasos, con traslado a Cardiología y se realiza revascularización percutánea de DA con stent recubiertos. Se trata la lesión más severa y al sufrir problemas de hemostasia local, se intensifica el tratamiento médico y no se repite la coronariografía. Ingresada en la Unidad de Subagudos de Geriatría (USA) para convalencia médica y recuperación funcional. Allí presenta cólico biliar en relación a coledocistitis múltiple, con buena evolución clínica. *Tratamiento al alta:* Adiro 100, Plavix, Sintrom, Omeprazol, Hierro, Nitratos, Furosemida, Amlodipino, Atorvastatina, Prednisona y Dolquine. Al día siguiente del alta, acude a Urgencias por importante hematoma en zona pretibial de miembro inferior derecho tras leve traumatismo y por gastroenteritis aguda. Se diagnostica de diátesis hemorrágica por déficit de factores vitamina K dependientes, en relación con hipocoagulabilidad por acenocumarol, asociado al múltiple tratamiento antitrombótico. El servicio de Hemostasia recomienda suspender el acenocumarol por la variabilidad del control, continuar con doble antiagregación y continuar con heparina de bajo peso molecular durante 6 meses. Se traslada de nuevo a la USA para convalencia y a las 48 horas precisa traslado a Urgencias por empeoramiento importante del hematoma, que obliga a su drenaje, con resección de toda la piel y desbridamiento quirúrgico. Cirugía Plástica y Anestesia desestiman injerto cutáneo por elevado riesgo quirúrgico, por lo que regresa a USA para cura de la gran herida excavada y para recuperación funcional. Las curas evolucionaron favorablemente, con parche de hidrofibra en principio y cada 3 días posteriormente con parche cicatrizantes-protector. Acudió al departamento de Terapia Ocupacional recuperando su situación basal.

#### P-199. EVOLUCIÓN FUNCIONAL DE LOS PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDÍACA INGRESADOS EN UNA UNIDAD DE SUBAGUDOS

C.M. Osuna del Pozo, L.J. Silveira Guijarro, V. Domingo García, N. Montero Fernández, E. Romero Pisonero y J.A. Serra Rexach  
*Hospital Gregorio Marañón. Madrid.*

**Objetivo:** Describir la evolución funcional de los pacientes con insuficiencia cardíaca (IC) descompensada ingresados en una unidad hos-

pitalaria de subagudos (USA), y comparar la evolución funcional entre los pacientes con FEVI deprimida vs normal.

**Metodología:** Estudio descriptivo retrospectivo de los pacientes con diagnóstico principal de IC ingresados en una USA desde febrero 2009 a marzo 2010. Se recogen variables sociodemográficas, estancia media, tipo de IC según FEVI (normal > 55%; deprimida ≤ 30%), situación funcional y de movilidad (basal, al ingreso en USA y al alta) mediante el Índice de Barthel (IB) y la Funcional Ambulatories Categories (FAC), globales y comparando entre el grupo con FEVI deprimida y normal, y el destino al alta.

**Resultados:** N = 83, 60,2% mujeres. Edad media de 84,4 ± 6,0 años. Estancia media en USA: 16,2 (± 11,4) días. Destino más frecuente: domicilio 65 (78,3%), exitus 4 (4,8%). FEVI deprimida 21 (25%), FEVI normal 48 (57,1%). Comparación entre los grupos FEVI deprimida vs normal: IB basal 62 ± 37,2 vs 56,04 ± 32,8, IB al ingreso 27,2 ± 22,9 vs 45,5 ± 28,9, IB alta 56,2 ± 32,5 vs 45,5 ± 28,9, FAC basal 3,3 ± 1,9 vs 2,7 ± 1,7, FAC ingreso 1,7 ± 1,4 vs 1,1 ± 1,2, FAC alta 2,9 ± 1,7 vs 2,2 ± 1,5, deterioro funcional hospitalario (IB basal-IB ingreso) 34,7 ± 25,4 vs 30,9 ± 26,1, ganancia funcional 25,7 ± 22,8 vs 19,6 ± 19,9, ganancia movilidad 1,0 ± 1,09 vs 1,0 ± 1, balance funcional (IB basal-IB alta) 6,0 ± 19,1 vs 11,3 ± 18,1, balance de movilidad (FAC basal-FAC alta) 0,4 ± 1,0 vs 0,5 ± 1,1. No se observaron diferencias estadísticamente significativas.

**Conclusiones:** 1. Los pacientes con diagnóstico principal de IC se ajustaron al perfil de la USA (en estancia media y alto porcentaje de alta a domicilio). 2. El tipo de IC más frecuente fue la diastólica (IC con FEVI normal). 3. El grupo con disfunción severa de VI presentó mejor situación funcional basal, mayor deterioro asociado al ingreso en agudos y mayor grado de recuperación con menor déficit funcional residual. 4. En nuestro grupo de pacientes con IC, la disfunción de VI no parece que limite la capacidad de recuperación funcional.

#### P-200. CARACTERÍSTICAS DIFERENCIADORAS DE ANCIANOS INGRESADOS POR INSUFICIENCIA CARDÍACA EN FUNCIÓN DEL SERVICIO DE REFERENCIA: CARDIOLOGÍA O UNIDAD GERIÁTRICA DE AGUDOS

S. Fernández Barbeira, A. Vilches Moraga, E. Paredes Galán, J.A. Lazarini Díaz Barriga, A.I. Fernández Martín y C. Rodríguez Pascual  
*Complejo Hospitalario Universitario de Vigo. Vigo.*

**Introducción:** A pesar de que los pacientes mayores de 75 años son responsables del mayor número de ingresos hospitalarios por insuficiencia cardíaca (IC), desconocemos la utilidad del equipo geriátrico en el manejo del anciano con fallo cardíaco.

**Objetivos:** Establecer características diferenciadoras y pronóstico a 12 y 24 meses de pacientes ancianos tras alta hospitalaria desde una UGA (GRT) o cardiología (CAR).

**Material y métodos:** Comparamos pacientes mayores de 75 años ingresados con un diagnóstico de IC en GRT o en CAR entre el 1 de enero 2007 y 1 de enero 2008.

**Resultados:** Incluimos 240 pacientes, 161 manejados en geriatría y 79 por cardiología, con una edad media de 85,4 y 79,9 años ( $p < 0,001$ ). El 70,2% GRT y el 41% CAR eran mujeres ( $p < 0,001$ ), mientras que el 9,9% GRT y 1,4% CAR estaba institucionalizado ( $p = 0,024$ ). La mortalidad a 12 y 24 meses fue del 32,3% y 26,6% ( $p = 0,366$ ) y 47,8% y 46,3% ( $p = 0,484$ ) respectivamente. La estancia media GRT fue de 10,98 comparado con 9,39 días ( $p = 0,226$ ) en CAR. El 17,6% GRT y 4,5% CAR registraron CRM  $\geq 3$  ( $p = 0,031$ ), el 39,9% y 12,5% CRF  $\geq 3$  ( $p < 0,001$ ) y el 40,6% y 14,1% Katz  $\geq D$  ( $p < 0,001$ ). La media del índice de Charlson fue de 4,27 y 3,35 ( $p = 0,014$ ); siendo más prevalentes en GRT el FEVI  $\geq 55$  (57,5% vs. 29,9%), HVI (76,3% vs. 41,6%), edema agudo de pulmón (33,3% vs. 12,7%) y la demencia (18,6% vs. 1,3%) ( $p < 0,001$ ). Fueron más frecuentes en CAR el IAM previo (31,6% vs. 10,6%), la IM severa (58,4% vs. 18,8%) y la cardiomegalia (45,6% vs. 20,8%) ( $p < 0,001$ ).



**Conclusiones:** Los pacientes ancianos ingresados a una UGA son mayores, presentan mayor comorbilidad, deterioro funcional-cognitivo e hipertrofia ventricular izquierda con fracción de eyección preservada comparado con aquellos manejados por cardiología, los cuales son más jóvenes e independientes con menor prevalencia de demencia y mayor disfunción sistólica, valvulopatías y cardiopatía isquémica. No existen diferencias significativas en estancia media o mortalidad a los 12 y 24 meses lo que apoya el manejo del paciente muy anciano con IC en unidades geriátricas de agudos.

#### P-201. PREVALENCIA DEL INSOMNIO EN PACIENTES CON DETERIORO COGNITIVO Y DEMENCIA

S. Zubiaga, E. Barranco, A. Sánchez y S. Ariño  
Fundación Hospital Asil de Granollers. Granollers.

**Introducción:** Las alteraciones del sueño en pacientes con deterioro cognitivo y demencia son frecuentes y afectan a la calidad de vida del paciente y cuidador. Se relacionan con mortalidad, institucionalización, caídas y peor pronóstico cognitivo y funcional.

**Objetivo:** Conocer la prevalencia del problema de insomnio en la consulta integral de valoración geriátrica (EAIA).

**Material y método:** Estudio descriptivo observacional. Se incluyen consecutivamente los pacientes visitados desde el 22-02-2010 hasta el 16-03-2010. Se registran datos sociodemográficos, diagnóstico clínico (DSMIV), funcionales (Barthel, Lawton), cognitivos (MEC), estadio (CDR) y número de caídas en 6 meses. Los trastornos del sueño se registran mediante el ítem correspondiente del NPI (inventario neuropsiquiátrico) recogiendo frecuencia, gravedad y distrés sobre el cuidador.

**Resultados:** Se estudiaron 100 pacientes (73% mujeres). Edad media 81,8 ( $\pm$  5,9), I Barthel 84,30 ( $\pm$  19,2), Lawton 2,91 ( $\pm$  2,9), MEC 20,62 ( $\pm$  5,9). La mayoría viven con el cónyuge (41%). El diagnóstico fue de deterioro cognitivo leve en el 20%, 22% demencia leve, 19% demencia moderada y 11% demencia grave. 18 pacientes en estudio pendiente de diagnóstico. El número de caídas en 6 meses fue 0,75 ( $\pm$  1,1). El 71% presentaban trastornos del sueño, en la mayoría de casos por dificultad para dormirse (35%) mientras que el 28% tenían hipersomnia diurna. En el 49% de los casos los trastornos aparecían diariamente o más de tres veces por semana. En el 52% de los casos la gravedad fue leve y solo en un 9% fue grave. Un 11% de los cuidadores manifestaron un distrés severo en relación a los trastornos del sueño.

**Conclusiones:** Alta prevalencia de los trastornos del sueño en la población analizada. Los pacientes sintomáticos presentan problemas muy frecuentemente. La dificultad para iniciar el sueño es el trastorno más prevalente.

#### P-202. CARACTERÍSTICAS DIFERENCIADORAS DE ANCIANOS INGRESADOS EN UNA UNIDAD GERIÁTRICA DE AGUDOS EN FUNCIÓN DE PRESENCIA O AUSENCIA DE INSUFICIENCIA CARDÍACA AL INGRESO

J.A. Lazarini Díaz Barriga, A. Vilches Moraga, E. Paredes Galán, S. Fernández Barbeira, A.I. Ferrero Martínez y C. Rodríguez Pascual  
Complejo Hospitalario Universitario de Vigo. Vigo.

**Introducción:** Existen insuficientes evidencias clínicas que ayuden a discernir si la elevada mortalidad observada tras un ingreso por insuficiencia cardíaca (IC) está condicionada por la naturaleza del enfermo manejado en Unidades geriátricas de agudos (UGA) o es resultado del fallo cardíaco.

**Objetivos:** Establecer características diferenciadoras y pronóstico a 12 y 24 meses de ancianos hospitalizados en una UGA en función de la presencia o ausencia de IC.

**Material y métodos:** Comparamos las características y mortalidad de los pacientes mayores de 75 años dados de alta de la UGA con diagnóstico de IC (grupo IC) (n = 161) y 184 pacientes elegidos aleatoria-

mente entre los 757 sin IC (grupo NoIC) que ingresaron en 2007. Se excluyeron pacientes fallecidos durante el ingreso.

**Resultados:** La edad media fue de 85,3  $\pm$  0,61 años, el 64,9% eran mujeres. Los diagnósticos más prevalentes del grupo NoIC incluyeron: neumonía (36,4%), ictus (12,5%), insuficiencia renal aguda (12,5%), neumonitis broncoaspirativa (10,9%), reagudización EPOC (8,6%), anemia (8,1%) y enfermedad tromboembólica (5,5%). El 19,9% IC y 21,2% NoIC estaba institucionalizado (p = 0,05). La mortalidad a 12 y 24 meses fue del 32,3% y 34,8% (p = 0,626) y 47,8% y 45,1% (p = 0,614) respectivamente. La estancia media IC fue de 10,98 comparado con 12,72 días (p = 0,726) en NoIC. El 17,6% IC y 43,5% NoIC registraron CRM  $\geq$  3 (p < 0,001), siendo el 39,9% y 53,3% CRF  $\geq$  3 (p < 0,13). La media del índice de Charlson fue de 4,27 y 2,39 (p < 0,001); siendo más prevalentes en IC la cardiopatía isquémica (31,1% vs. 9,2%), el EPOC (34,6% vs. 19,6%), diabetes (34,8 vs. 20,7) la anemia (32,9% vs. 18,5), la HTA (75,8 vs. 53,3) y la elevación del RDW (15,3 vs. 14,6) (p < 0,001).

**Conclusiones:** Los pacientes con IC presentan mejor estado cognitivo y la incontinencia urinaria e institucionalización son menos frecuentes, pero estas variables no condicionan diferencias significativas en estancia media o mortalidad a 12 y 24 meses. La alta fatalidad registrada parece relacionada a las características intrínsecas del paciente geriátrico independientemente de la enfermedad de base.

#### P-203. USO DE UROQUINASA EN ÚLCERA VASCULAR

E. Reina, R. Rubio e Y. Jiménez  
Hospital General de Ciudad Real. Ciudad Real.

**Presentación:** Varón de 85 años que al ingreso hospitalario presenta úlcera vascular en MMII izq, de 7 meses de duración, valorado y tratado por cirugía vascular, con una evolución muy tórpida.

**Objetivos:** 1. Limpieza de fibrina del fondo de úlcera. 2. Disminución de la inflamación, dolor, exudado, signos de infección y eritema periulceroso.

**Material y método:** Uriquinasa, Suero fisiológico, Compresas, Film transparente. Curas cada 12 h con compresas impregnadas en una dilución de 5.000 u de uroquinasa diluidas en 100 cc de suero fisiológico.

**Resultado:** En 7 días, se crea un fondo de úlcera limpio que va a facilitar la posterior regeneración de la herida.

**Conclusión:** En este caso estaba indicada la utilización de la uroquinasa.

#### P-204. PÚRPURA TROMBOCITOPÉNICA TROMBÓTICA EN UN ANCIANO: A PROPÓSITO DE UN CASO

T. Estrada, J. Flores Valderas, Z. Yusta Escudero, M. Muñoz Vélez, C. Garcías Redecillas y M.C. Castillo Gallego  
Hospital Virgen del Valle. Toledo.

**Introducción:** La púrpura trombocitopénica trombótica (PTT) es una enfermedad caracterizada por anemia hemolítica microangiopática, trombocitopenia, manifestaciones neurológicas fluctuantes, trastornos renales y en algunos casos afectación cardíaca. La incidencia anual estimada es de 1-2 personas por 100.000 habitantes y tiene una mortalidad entre un 20-30% después del uso de la plasmaféresis. En adultos el grupo etario más frecuente está entre los 30-40 años y afecta de manera predominante a las mujeres. La plasmaféresis es la terapéutica más efectiva y se considera el tratamiento de elección de la PTT.

**Caso Clínico:** Mujer de 85 años con antecedentes de hipertensión arterial. Presenta cuadro de deterioro del nivel cognitivo con episodios confusionales agudos fluctuantes, asociado a deterioro funcional. Comenta además polimialgias y molestias abdominales difusas. Al examen: piel pálida con leve tinte icterico. *Pruebas complementarias:* Hemograma a las 48 horas: Hb: 7,6g/dl, Hto: 21,6%, Leu: 8.700, Neu: 62%, Linf: 26,5%. Coagulación: INR: 1,2 T de P: 69% Plaquetas: 110.000. Frotis: Marcada anisocitosis. Policromatofilia. Abundantes esquistocitos. Anemia microangiopática. Bioquímica: BT: 1,9, BD: 0,8, TGO: 88, TGP: 41, GGT: 86, FA: 56, LDH: 2.499, CPK: 350. *Marcadores tumorales:* CEA: 20,7, CA-125:

923. Inmunología: ANA: Positivo. Actividad ADAMTS 13: < 5%. TAC toraco abdomino pélvico: Dentro de la normalidad.

**Juicio Clínico:** Púrpura trombótica trombocitopénica, con afectación neurológica de probable origen idiopático.

**Evolución:** Desfavorable, se realiza 1 sesión de plasmáferesis cada 24 horas durante 10 días (40-60 ml/kg peso corporal) asociándose al tratamiento corticoides, sin mejoría del cuadro.

**Conclusiones:** La púrpura trombocitopénica trombótica es una entidad poco frecuente en adultos. El compromiso neurológico es más frecuente en adultos con fluctuaciones durante todo el curso clínico. Llama la atención la no afectación de la función renal durante el transcurso de la enfermedad, siendo el síndrome urémico hemolítico la unidad patológica presentada en la mayoría de pacientes.

#### P-205. CARACTERÍSTICAS DE LOS INTENTOS DE SUICIDIO EN LA EDAD AVANZADA: INCIDENCIA, LETALIDAD Y PREDICTORES DE LA INTENCIONALIDAD

R. Nuevo Benítez<sup>1</sup>, M. Miret García<sup>1</sup> y J.L. Ayuso Mateos<sup>2</sup>

<sup>1</sup>CIBERSAM. <sup>2</sup>CIBERSAM. UAM.

**Introducción:** Los datos epidemiológicos indican que los intentos de suicidio son menos frecuentes en las personas mayores, pero de mayor letalidad. Se han realizado muy pocos estudios que comparen directamente en población general en función de la edad la incidencia de los intentos y su mortalidad asociada, así como las características diferenciales y los factores de riesgo vinculados a una mayor o menor intencionalidad.

**Método:** Durante un período de 4 meses se analizaron todos los casos que acudían a un servicio de urgencias de 4 hospitales públicos madrileños y se recogió información de aquellos en los que el motivo parecía ser un intento autolítico. La incidencia de intentos fue más reducida en las personas mayores (33,2 por cien mil) que en los menores de 65 años (113,8 por cien mil). Al comparar con los datos oficiales del INE para el año 2008 en las mismas áreas sanitarias, se encuentra en cambio que la ratio de intentos por suicidios consumados es claramente superior en los mayores de 65 años (14,9 muertes por cada 100 intentos, versus 2,01%). Había además una clara diferencia en función del género, con la mayor tasa de mortalidad entre los varones mayores de 65 años: 27,8%. Por otra parte, al analizar la intencionalidad y sus predictores mediante modelos de ecuaciones estructurales se encontró que las personas mayores tenían una mayor intención de matarse ( $p = 0,009$ ) y que mientras que podían identificarse diferentes factores de riesgo relevantes entre la población más joven, en las personas mayores la presencia de síntomas depresivos y de intentos previos eran los únicos predictores relevantes de una intencionalidad elevada.

**Conclusiones:** Con la edad avanzada, la mortalidad asociada a los intentos de suicidio es claramente más elevada, consecuencia, al menos parcial, del hallazgo de que los intentos van acompañados de una mayor intencionalidad. Además, el patrón de variables relacionadas con la intencionalidad varía con la edad. Reconocer y tratar los síntomas depresivos en la edad avanzada podría ser, por consiguiente, la estrategia preventiva más eficaz para prevenir el suicidio y sus consecuencias en esta edad.

#### P-206. ANÁLISIS DE LA MORTALIDAD EN EL ANCIANO EN UNA UNIDAD DE GERIATRÍA DE AGUDOS

M.A. Márquez Lorente, M. Pi-Figueras Valls, M. Sánchez Rodríguez, M. Arellano Pérez, E. Hernández Leal y O. Sabartés

Hospital de la Esperanza. Barcelona. Hospital del Mar. Barcelona. Centro Forum. Barcelona. Instituto de atención Geriátrica y Sociosanitaria (IAGS). Barcelona. Parc de Salut Mar. Barcelona.

**Objetivo:** Analizar las características de los pacientes que fallecen en una unidad de Geriátría de Agudos (UGA).

**Métodos:** Estudio retrospectivo de los pacientes que fueron exitus durante el ingreso en la UGA durante el 2009. *Las variables analizadas fueron:* edad, sexo, situación funcional evaluada mediante el Índice de Barthel (IB) previo y al ingreso, Índice de Lawton (IL); situación cognitiva evaluada mediante test de Pfeiffer (TP); la comorbilidad medida con el índice de Charlson (IC); situación social analizando el núcleo de convivencia y cuidador. Se estudió la correlación con los síndromes geriátricos: inmovilidad, úlceras por presión (UPP), incontinencia, trastorno de la marcha, caídas, polifarmacia, constipación, déficit sensorial, malnutrición, depresión, demencia, síndrome confusional, trastorno del sueño.

**Resultados:** Se incluyeron 147 pacientes (16,9%) con una edad media de  $86,2 \pm 6,8$  años, de los cuales 68% eran mujeres. *La situación funcional previa fue:* IB previo  $38,3 \pm 35,2$  e IL  $0,7 \pm 1,4$ . Presentaron > 20% de pérdida de su situación funcional previa medida mediante IB al ingreso  $9,9 \pm 20,1$ . La mayoría previamente se desplazaba en silla de ruedas (24,8%). Presentaban demencia en un 60,5% con un TP de  $6,6 \pm 3,4$ , y una elevada comorbilidad con IC  $2,9 \pm 2,2$ . La situación social de éstos era de fragilidad con una escala de Gijón de  $8,1 \pm 2,2$ . Los ancianos fallecidos vivían en su mayoría en residencia (28,2%), en pareja (26,9%) o con los hijos (27,5%), siendo éstos los cuidadores principales. Existió una relación estadísticamente significativa de los exitus con: inmovilidad ( $p < 0,0005$ ), UPP ( $p < 0,01$ ), malnutrición ( $p < 0,05$ ). Los ancianos que presentaron infección nosocomial fueron exitus de forma estadísticamente significativa ( $p < 0,06$ ). No se hallaron relaciones estadísticamente significativas con el resto de síndromes geriátricos, tampoco con la situación funcional, cognitiva, ni con la comorbilidad de los pacientes.

**Conclusiones:** 1. El anciano que fallece en una UGA es dependiente, con deterioro cognitivo y elevada comorbilidad. 2. La malnutrición, las úlceras por presión y la inmovilidad se correlacionan de forma significativa con la mortalidad en el anciano. 3. Es necesario hallar factores pronósticos de mortalidad para el anciano frágil que ingresa en una UGA.

#### P-207. CAÍDAS: LA IMPORTANCIA DE SU PREVENCIÓN EN EL ÁMBITO DOMÉSTICO DE LAS PERSONAS MAYORES

J.C. Sacedo Gómez, J.R. Campos Dompiedo, M.L. Domínguez Llorente, S.S. Granado Riobobos y N. Hernández González

Mapfre Quavita.

**Objetivos:** 1. Conocer la prevalencia de caídas de las personas mayores en el ámbito doméstico. 2. Describir la realidad de las caídas: causas, actividades que se desarrollan previo a su ocurrencia y consecuencias. 3. Profundizar en el conocimiento de los factores protectores y predisponentes de las caídas: práctica de hábitos saludables, controles de salud, farmacología, etc. 4. Conocer qué medidas preventivas conocen y emplean en su hogar las personas mayores. 5. Describir consecuencias de las caídas incidiendo en la necesidad de cuidados médicos derivados y morbi-mortalidad. 6. Concluir sobre la importancia del desarrollo de acciones y campañas preventivas.

**Método:** 804 entrevistas telefónicas con un nivel de confianza del 95%, margen de error + 3,4. Recogida datos en cuestionario precodificado. Comunidad de Madrid, muestra de 33 municipios representan variedad geográfica y poblacional de este territorio.

**Resultados:** Un 11,4% de personas mayores de 65 años han manifestado sufrir al menos una caída en el último año. Entre las personas que afirman haber tenido alguna caída, el 75,3% se ha caído sólo en una ocasión en el último año, un 10% dos veces. En las caídas dentro de la casa, el dormitorio es el lugar del domicilio en el que se producen más caídas, seguido por el baño y la cocina. En cuanto a la situación en el momento de sufrir la caída, la situación más frecuente es encontrarse solo (42,7%) desarrollándose más frecuentemente las actividades propias del cuidado del hogar.

**Conclusiones:** Los datos del presente Estudio revelan que 11 de cada 100 personas mayores que se mantienen en su domicilio han sufrido una caída en el último año, sucediéndose éstas casi a partes iguales dentro y fuera del domicilio. Atendiendo a los datos del estudio sufrir una caída, en la mitad de los casos, va a suponer lesiones, y va a necesitar de asistencia médica. 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. [www.conmayorcuidado.com](http://www.conmayorcuidado.com)

**P-208. FACTORES RELACIONADOS CON LA MORTALIDAD A 12 MESES TRAS LA HOSPITALIZACIÓN EN UNA UNIDAD GERIÁTRICA DE AGUDOS EN FUNCIÓN DE PRESENCIA O AUSENCIA DE INSUFICIENCIA CARDÍACA AL INGRESO**

J.A. Lazarini Díaz Barriga, E. Paredes Galán, A. Vilches Moraga, S. Fernández Barbeira, A.I. Ferrero Martínez y M.J. López Sánchez  
*Complejo Hospitalario Universitario de Vigo. Vigo.*

**Introducción:** Existen insuficientes evidencias clínicas que ayuden a discernir si la elevada mortalidad observada tras un ingreso por insuficiencia cardíaca (IC) está condicionada por la naturaleza del enfermo manejado en Unidades geriátricas de agudos (UGA) o es resultado del fallo cardíaco.

**Objetivos:** El propósito del presente estudio consiste en determinar los factores predictivos de mortalidad a 12 y 24 meses en ancianos hospitalizados en una UGA en función de la presencia o ausencia de IC.

**Material y métodos:** Comparamos los pacientes mayores de 75 años dados de alta de la UGA con diagnóstico de IC (grupo IC) (n = 161) y 184 pacientes elegidos aleatoriamente entre los 757 sin IC (grupo NoIC) que ingresaron en el año 2007. Se excluyeron pacientes fallecidos durante el ingreso.

**Resultados:** Con una edad media de 85,34 años la mortalidad a 12 meses fue del 32,3% en IC y 34,8% en NoIC (p = 0,626) y a los 24 meses del 47,8% y 45,1% respectivamente (p = 0,614). Al realizar análisis univariado los factores asociados a mayor mortalidad a 12 y 24 meses fueron CRM  $\geq 3$ , CRF  $\geq 3$  e índice de Charlson (p < 0,001), elevación de urea (p = 0,002), demencia (p = 0,003), aumento del RDW (0,004), incontinencia urinaria (p = 0,008), edad y FEVI  $\leq 45\%$  (p = 0,04), neoplasia (p = 0,029) y aumento de creatinina plasmática (0,012). Los factores que entraron en el modelo predictivo de mortalidad a 1 y 2 años en análisis multivariado fueron: CRM  $\geq 3$  (wald 24,95; OR 2,34), edad (wald 18,28; OR 1,06), RDW (wald 13,06; OR 1,15), Charlson (wald 10,2; OR 1,09) y elevación de urea (wald 8,15; OR 1,0).

**Conclusiones:** La alta mortalidad en nuestra serie parece relacionada a la naturaleza intrínseca de los pacientes manejados en la UGA (gran comorbilidad, deterioro cognitivo y edad cronológica avanzada) independientemente de su enfermedad de base.

**P-209. INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL A PERSONAS MAYORES CON ENFERMEDAD AVANZADA EN 2 EQUIPOS DE CUIDADOS PALIATIVOS ESAD-ESH ÁREA 10**

M.D.P. Gómez Martín, M. Carreras Barba y J. Valls I Ballestré  
*Fundación Instituto San José (FISJ). Orden Hospitalaria San Juan de Dios. Madrid. Obra Social Fundación "La Caixa".*

**Objetivos:** Implantación de programa de atención psicosocial, para pacientes con enfermedad avanzada.

**Método:** Implantación modelo de Programa de la Obra Social Fundación "La Caixa". En 2 Equipos de Cuidados paliativos (ECP) de AREA 10: (ESAD), (ESH) Hospital de Getafe. *Áreas atención psicosocial:* Apoyo emocional; Atención duelo; Soporte equipo; Formación Investigación. 1. Intervención psicosocial conjunta: Sesiones clínicas y

formativas; Detección necesidades psicosociales sobrecarga/Claudicación familiar; Decisión lugar de cuidados: domicilio-UCP; Mediación conflictos; Situaciones de maltrato. 2. Intervención social: Valoración Social; Detección necesidades, problemas sociales; Reducción trámites; Búsqueda cuidadores no familiares, asesoramiento tareas; Organización cuidados en domicilio; Implicación red apoyo familiar; Consecución ayudas técnicas; Voluntariado; Aspectos legales vinculados fallecimiento; Informes sociales, derivación, consecución ayudas, recursos; Acompañamiento; Apoyo Psicólogo intervención duelo. 3. Intervención psicológica: Valoración Psicológica; Coordinación, intervención y seguimiento proceso de duelo; Evaluación e intervención, situaciones negación, culpa, miedo, sufrimiento existencial/espiritual, pacto de silencio; Facilitar toma decisiones complejas, resolución problemas, asuntos pendientes, despedidas; Identificar fuentes de estrés y enseñar técnicas manejo síntomas, situaciones, prevenir angustia vital, realizar intervención en crisis, alteraciones ánimo, cuadros ansiedad; Favorecer expresión y especialmente elaboración pensamientos, sentimientos; Adaptación enfermedad, potenciando recursos propios; Comunicación enfermo-familia.

**Resultados:** Actividad asistencial pacientes > 65 años y familiares, 1er año del Programa. Total intervenciones: 560 ESH: 46% ESAD: 54%. Tipo intervenciones: 35% intervenciones procesos duelo 65% intervenciones psicosocial paciente-familia. ESAD: 28% intervenciones psicosociales conjuntas, 46% intervenciones psicológicas 26% intervenciones sociales. ESH: 6% intervenciones psicosociales conjuntas, 71% intervenciones psicológicas, 23% intervenciones sociales. *Pacientes nuevos:* 79% > 65 años, 21% 18-64. *Familiares nuevos:* 22% > 65, 22% 18-64, 5% < 18. *Pacientes prevalentes:* 31% > , 69% 18-64. *Familiares prevalentes:* 20% > 65, 78% 18-64, 2% < 18.

**Conclusiones:** 1. El volumen de atención a personas > 65 años, precisa desarrollo intervención específica. 2. Durante el primer año de actividad el volumen derivación de ECP al EAPS, ha experimentado un crecimiento mensual. 3. Los datos se ajustan a planificación inicial, basándolos en encuestas de satisfacción, la incorporación de psicólogo y trabajador social, al ECP es muy valorada (encuesta auditoria AENOR-sept.-09). Existiendo una demanda en los ECP de estos profesionales a tiempo completo.

**P-210. MORTALIDAD DE PACIENTES INGRESADOS EN UNA UNIDAD DE CONVALECENCIA**

V. Martínez Espejo, M. Mendieta Corral, I. Artaza Artabe, M. Urkiza Abaunza y E. Elgezua Uriarte  
*Unidad Sociosanitaria Igurco Orue.*

**Objetivos:** Analizar las características clínicas de los pacientes que fallecen durante la estancia en una unidad de convalecencia.

**Material y metodología:** Revisamos las historias clínicas de los 21 pacientes que fallecieron durante su estancia en la unidad entre 2007-2009. *Variables estudiadas:* edad, sexo, motivo del ingreso, índice de Charlson, I. Barthel, FAC, IMC y MNA al ingreso y días de estancia hasta el fallecimiento.

**Resultados:** Durante el período 2007-2009 215 pacientes ingresaron en la unidad sociosanitaria Igurco Orue con perfil de convalecencia, de ellos 21 (9,76%) fallecieron durante su estancia. La edad media de pacientes era de 81 años (61-95), siendo el 52,3% mujeres. El motivo del ingreso de los pacientes que fallecieron fue en 12 casos una fractura de EE.II. (lo que corresponde al 9,6% de los 125 pacientes que ingresaron desde el Servicio de Traumatología), en 4 patología cardiorrespiratoria, en 3 casos un ACV y en 2 post cirugía vascular. Al ingreso, el índice de Charlson medio era de 3,33 (1-9), el Barthel medio de 33,80 puntos, el FAC medio de 0,52, el IMC medio de 22,59 y el MNA medio de 16,38 puntos. La estancia media de los pacientes hasta el fallecimiento fue de 33,52 días (1-105).

**Conclusiones:** 1. Uno de cada diez pacientes que ingresa para convalecencia fallece durante su estancia. 2. La mitad de los pacientes que fallece durante la convalecencia había sufrido una fractura de EE.II. 3. Los pacientes que fallecen tienen una elevada comorbilidad, una dependencia grave con imposibilidad para la deambulación y presentan malnutrición.

#### P-211. ANÁLISIS DE CARGAS ASISTENCIALES EN UN CENTRO DE ALTO RECAMBIO DE PACIENTES. RESPIR

M. Méndez Sánchez y M.D.P. López Marco

*Diputación de Barcelona. Barcelona.*

**Objetivos:** 1. Estudiar el perfil de usuario al ingreso y patologías más prevalentes. 2. Evidenciar cargas asistenciales de género.

**Método:** Estudio retrospectivo de 60 pacientes, correspondientes a 58 familias que usaron este servicio de junio a diciembre de 2009, atendiendo a: edad, prevalencia patologías, grado de dependencia y deterioro cognitivo (Instrumentos: MM, GDS, Norton, Barthel). *Índices de co-morbilidad:* nº de fármacos, nº diagnósticos al ingreso y valoración subjetiva del nº de caídas en el domicilio durante 6 m previos al ingreso (información del cuidador principal) y la tipología del cuidador principal.

**Resultados:** Media de edad de ancianos que ingresan: 85,5 a. (74% mujeres). *Patologías prevalentes:* Ap. Locomotor 93%; Dolor Osteoarticular 76%; Demencia 72,8%; Incontinencia 64%; HTA 52,2%; Enf. Cardiovasculares 51%; AVC 35%; Desorden del sueño 32%; Trast. Depresivos 28%; Otros 4%. Grado Dependencia y Deterioro cognitivo: Dependencia grave a severa para ABVD: 84,7%; Deterioro cognitivo grave a moderado: 72,8%. *Índices de co-morbilidad:*  $\geq 7$  fármacos el 33% pacientes;  $\geq 3$  diagnósticos el 78,3% pacientes;  $\geq 1$  caída en los 6 meses previos al ingreso 83,3%. *Perfil del cuidador:* Mujer: 86,4% (71,2% hijas); Edad:  $\geq 60$  (30%); Dedicación a la atención 24 h: 49%.

**Conclusiones:** 1. El perfil del usuario de nuestro centro, es mujer de 85,5 a, con moderado a grave deterioro cognitivo, dependencia grave a severa para ABVD, elevado trastorno de la marcha y riesgo de caídas. 2. Las patologías prevalentes son las del aparato locomotor y las propias de la vejez. 3. Observamos que un 33% de los pacientes están polimedicados, pero infravalorados en cuanto a tratamiento con Antidepresivos. Todos los pacientes, reciben cuidados no profesionalizados por parte mayormente de mujeres, constatando la complejidad de las cargas asistenciales y el tiempo de dedicación, lo que lleva a provocar un proceso de claudicación por desgaste en este colectivo que asume una responsabilidad escasamente reconocida.

#### P-212. FRACTURAS EN EL ANCIANO: ANÁLISIS DE LOS FACTORES DE RIESGO

R. Crespo Ramos, M. Alejo Silvo, A. García Méndez,

L. Alonso Talegón, E. Miguel García e I. Toranzo Martínez

*Residencia Virgen del Canto.*

**Introducción:** Las fracturas son una de las patologías más frecuentes e incapacitantes en el anciano. El análisis de los factores que pueden contribuir a la producción de las fracturas es imprescindible para aplicar posteriormente medidas preventivas.

**Objetivo:** Analizar diferentes factores de riesgo previos a la aparición de la fractura, valorando su influencia para la producción de la misma y modificar aquellos factores de riesgo susceptibles de serlo.

**Material y métodos:** Se realiza un estudio descriptivo, longitudinal y retrospectivo a propósito de 30 casos de fracturas en ancianos institucionalizados en la Residencia Virgen del Canto de Toro, en el período de tiempo comprendido entre los años 2000-2010. Se analiza la influencia de los siguientes factores de riesgo: edad, sexo, tipo de fractura, episodios previos de fractura, patologías y farmacología previas, déficit sensorial y cognitivo, Barthel previo a la fractura.

**Resultados:** 1. Todas las fracturas se presentan con mayor frecuencia en mujeres que en hombres, siendo el tipo de fractura más prevalente la de cadera. 2. La puntuación media del Barthel refleja una dependencia leve previa a la fractura. 3. La edad media de presentación fue de 81 años. 4. La patología neurológica fue la más frecuente, seguida de la respiratoria y de la HTA. 5. El 38% de los pacientes presentaba más de un episodio de fractura previo. 6. Los neurolépticos, seguidos de hipnóticos y diuréticos eran los fármacos más consumidos previamente a la fractura.

#### P-213. DETERIORO COGNITIVO LEVE Y DETERIORO COGNITIVO VASCULAR: RENDIMIENTO NEUROPSICOLÓGICO Y FUNCIONAL EN EL MOMENTO DEL DIAGNÓSTICO Y AL AÑO

C. Masegú Serra, C. Ilioudi, A. Viloria Jiménez, R. Yubero Pancorbo,

P. Gil Gregorio y J. Ribera Casado

*Hospital Clínico San Carlos. Madrid.*

**Objetivos:** Comparar el rendimiento funcional y cognitivo, en el momento diagnóstico y un año después, en un grupo de pacientes diagnosticados de Deterioro Cognitivo Leve (DCL) y Deterioro Cognitivo Vascular (DCV).

**Material y método:** Estudio observacional de grupos: DCL (N = 71) y DCV (N = 69) diagnosticados en la Unidad de Memoria del Servicio de Geriátría del Hospital Clínico San Carlos de Madrid. Se recogieron variables demográficas, funcionales, conductuales y cognitivas. Se utilizaron los tests no paramétricos U de Mann Whitney (comparaciones entre dos muestras independientes) y el Test de Wilcoxon (datos apareados). Para la escala Neuropsychiatric Inventory (NPI) realizamos test de  $\chi^2$ . El nivel de significación exigido fue de 0,05.

**Resultados:** No se hallaron diferencias entre los grupos respecto al género, edad o nivel educativo. En la comparación entre grupos, obtuvimos diferencias significativas en la Escala de Lawton, tanto en el momento diagnóstico ( $p < 0,001$ ) como al año ( $p = 0,038$ ) y una mayor puntuación al año en Irritabilidad (NPI) en el grupo DCV ( $p = 0,006$ ). En lo cognitivo, obtuvimos diferencias significativas en la fluidez semántica al año ( $p = 0,015$ ). Dentro de cada grupo, se detectaron diferencias en la fluidez fonética en el momento diagnóstico y al año ( $p = 0,006$ ) y un menor beneficio en el uso de claves semánticas por parte del grupo DCL al año.

**Conclusiones:** El grupo DCV es menos funcional, en ambos momentos, y sus familiares refieren más Irritabilidad transcurrido un año. En lo cognitivo, comparando ambos grupos, el grupo DCL obtuvo mejor puntuación en fluidez semántica tanto en el momento basal como al año. Al comparar la evolución del rendimiento cognitivo dentro de cada grupo, no se hallaron diferencias significativas en el grupo DCV. Sin embargo, el grupo DCL se benefició menos de claves semánticas al año en tareas de acceso al léxico y a la vez experimentó una leve mejoría en tareas de fluidez fonética. Estos resultados sugieren una mayor estabilidad cognitiva en el grupo DCV e indican que al año la afectación más significativa en el grupo DCL se observa en las tareas de denominación.

#### P-214. DEMENCIA FRONTOTEMPORAL Y VARIANTE FRONTAL DE LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER: CARACTERÍSTICAS COGNITIVAS Y FUNCIONALES EN UNA MUESTRA DE PACIENTES

C. Masegú Serra, C. Ilioudi, F. Soria Perdomo, L. Donis Barber,

P. Gil Gregorio y J. Ribera Casado

*Unidad de Memoria del Servicio de Geriátría del Hospital Clínico San Carlos de Madrid. Madrid.*

**Objetivos:** 1. Comparar el rendimiento funcional, en el momento diagnóstico, de un grupo de pacientes diagnosticados de Demencia Frontotemporal (DFT) y de la variante frontal de la Enfermedad de

Alzheimer (EAF). 2. Comparar el rendimiento cognitivo, en el momento del diagnóstico y un año después, de un grupo de pacientes diagnosticados de DFT y EAF.

**Material y método:** Estudio descriptivo de una muestra de 16 pacientes diagnosticados de DFT (N = 8) y EAF (N = 8) en la Unidad de Memoria del Servicio de Geriátría del Hospital Clínico San Carlos de Madrid. Se recogieron variables demográficas, funcionales (escalas Lawton y Katz) conductuales (Neuropsychiatric Inventory [NPI]) y cognitivas (batería neuropsicológica). Análisis realizado mediante tests no paramétricos U de Mann Whitney (comparaciones entre dos muestras independientes) y el Test de Wilcoxon (análisis comparativo entre momento diagnóstico y al año). El nivel de significación exigido para cada contraste fue de 0,05. Paquete estadístico utilizado: SPSS versión 15.0.

**Resultados:** La edad media del grupo DFT fue de  $76,75 \pm 6,58$  y en EAF fue de  $78,25 \pm 4,77$  años. El 56,3% fueron hombres y el 43,8% mujeres. No hallamos diferencias significativas respecto al género, edad o nivel educativo. Al comparar los dos grupos en el momento diagnóstico, no se detectaron diferencias significativas en la Escala de Lawton, Katz ni en el NPI. En la evaluación inicial, se hallaron diferencias estadísticamente significativas sólo en la puntuación total del Mini Mental State Examination (MMSE) ( $p = 0,026$ ). El análisis de los resultados entre los grupos un año después, reveló diferencias en el Test del Reloj ( $p = 0,008$ ) e Imitación de Posturas ( $p = 0,045$ ). No hallamos diferencias significativas en las variables cognitivas al año en cada grupo por separado.

**Conclusiones:** 1. En nuestra muestra, no se aprecia diferencia alguna en el nivel funcional y conductual entre el grupo DFT y el grupo EAF. 2. Cognitivamente, los resultados revelando un mejor rendimiento global del grupo DFT frente al grupo EAF sólo siendo estadísticamente significativos los resultados en el MMSE. Al año se detecta un peor rendimiento en el grupo EAF en tareas que evalúan funciones ejecutivas, habilidades visuoespaciales y Praxias.

#### P-215. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DEL DOLOR CRÓNICO EN PACIENTES INSTITUCIONALIZADOS

A. Marval, M. Gauthier, J. Villar, L. Santana, D. Aldecoa, L. Guillén y P. Gil

Asistencia a Personas Mayores.

**Objetivos:** Conocer las características clínicas del dolor crónico en pacientes ancianos institucionalizados en residencias de ancianos.

**Metodología:** Estudio prospectivo observacional realizado en cinco residencias de ancianos (n = 175), período de recogida de datos de un mes, sobre las características de dolor crónico definido como aquel de presencia superior a 3 meses. *Se recogen las siguientes variables:* edad, género, valoración cognitiva (MMSE), funcional (Barthel), comorbilidad (Charlson), tipología y localización e intensidad de dolor (escala EVA y/o Abbey) y manejo farmacológico del mismo. Estudio estadístico mediante paquete SPSS17.0.

**Resultados:** Muestra 175, edad media  $83,2 \pm 7,5$ , mujeres: 81%. *Valoración cognitiva:* MMSE:  $16,5 \pm 7,2$ . *Valoración funcional:* Barthel:  $52,9 \pm 21,3$ . *Comorbilidad Charlson:*  $3,5 \pm 1,6$ . *Numero enfermedades media:*  $4,8 \pm 2,6$ . *Numero fármacos:*  $7,8 \pm 2,6$ . *Análisis del dolor:* Localización Miembro inferiores 51,1%. Espalda: 24,5. *Tipología:* Nociceptivo: 61,7. Neuropático: 21,3. *Severidad dolor EVA:*  $4,9 \pm 1,7$ . *Abbey:*  $7,3 \pm 2,8$ . *Control del dolor (según el médico):* Muy bueno/Bueno (46,9%). Aceptable/Regular/Malo: 53,2. *Fármacos analgésicos:* Paracetamol (63,8%), Paracetamol + Tramadol (14,9%) Metamizol (12,7%). El 19,1% estaban con dos fármacos para control del dolor.

**Conclusiones:** 1. El dolor de tipo nociceptivo y de localización en miembros inferiores es la tipología más frecuente. 2. Los pacientes presentan dolor severidad media y con buen control en menos de la mitad. 3. La polifarmacia y la pluripatología se presentan como una norma.

#### P-216. TIPIFICACIÓN CLÍNICA Y MANEJO DEL SÍNDROME CONFUSIONAL AGUDO EN PACIENTES ANCIANOS

C. Terán, J. Jaramillo, L. Donis y P. Gil

Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

**Objetivos:** Tipificar el síndrome confusional agudo, en sus vertientes etiológicas, deterioro funcional, manejo terapéutico y mortalidad, en pacientes ancianos ingresados en el hospital.

**Metodología:** Estudio descriptivo, retrospectivo a partir de los informes de alta de paciente con el diagnóstico de síndrome confusional agudo. *Período de recogida de datos:* 1999-2009 y período de análisis 2008-2009. *Se recogen las siguientes variables:* edad, género, situación funcional al ingreso y al alta, etiología, tratamiento de las manifestaciones conductuales y mortalidad. Análisis estadístico SPSS 17.0, variables cualitativas mediante chi cuadrado y asociación entre variable cualitativas y cuantitativas mediante U de Mann Whitney.

**Resultados:** Durante el período de 10 años se estableció en diagnóstico de SCA en 2.525 pacientes (3%) de todos los ingresos. Período analizado (12 meses): 210 pacientes. Edad media  $87,1 \pm 5,5$ . Mujeres 65%. *Etiología del SCA:* Infección respiratoria: 34,3. Infección urinaria: 19%. Origen cardiológico: 11,7. Presentaban deterioro cognitivo el 28,5% de la muestra. *Terapia conductual basal:* No preciso tratamiento: 33,7. Antipsicóticos típicos: Risperidona: 25,8. Antipsicóticos típicos: Haloperidol: 23,5. Tiaprizal: 16,7. *Tratamiento de rescate:* No preciso: 38,7. Antipsicóticos atípicos: 0,7. Antipsicóticos típicos: 54%. *Mortalidad hospitalaria:* 13,5%.

**Conclusiones:** 1. El síndrome confusional sigue siendo motivo de ingreso en población con edades más avanzadas. 2. Los procesos infecciosos son la causa más frecuente. 3. El manejo se realiza básicamente con antipsicóticos típicos.

#### P-217. EL DOLOR EN LAS UNIDADES HOSPITALARIAS DE UN SERVICIO DE GERIATRÍA: PREVALENCIA Y ABORDAJE TERAPÉUTICO

J. Gavidia Banegas, J. Gómez-Pavón, A. Franco Salinas,

L. Mercedes Guzmán, L. Cáceres Minaya, I. Ruipérez Cantera

y J. Gómez Orellana

Hospital Central Cruz Roja.

**Objetivo:** Conocer la prevalencia y el abordaje terapéutico del dolor en las unidades hospitalarias de un Servicio de Geriátría.

**Material y métodos:** Estudio transversal de todos los pacientes ingresados en la Unidad Geriátrica de Agudos (UGA) y Unidad de Media Estancia-Hospital de Día (UME-HD) de un Servicio de Geriátría, en un día de junio de 2009. Se excluyeron aquellos con problemas de comprensión (5 pacientes con demencia moderada-severa y 2 con síndrome confusional agudo). N: 66 (54 mujeres, edad media  $83,45 \pm 6,48$  años). Se analiza a través de historia clínica, prescripción electrónica y entrevista directa con el paciente, la presencia de dolor y tratamiento antiálgico de forma global y por unidades. Análisis de proporciones con  $\chi^2$  y exacta de Fisher y cuantitativo con T de Student o U de Mann-Whitney. Análisis de regresión logística en el estudio de factores asociados a la presencia de dolor hospitalario.

**Resultados:** La prevalencia del dolor fue del 50% (42,9% en UGA y 58% en UME-HD), del 33,3% considerando sólo el dolor candidato a tratamiento (intensidad > 2 en la escala visual analógica) y del 30,3% considerando el dolor moderado-intenso. Se pautaron más analgésicos que lo previamente pautados (69,7% vs 48,5%,  $p < 0,001$ ). El grado de instauración de analgesia fue del 93,8%, y la efectividad analgésica se consiguió en un 58,6%. La mayoría de las pautas de analgesia fueron fijas (67,4%), los opioides fueron prescritos en un 45,6%. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre las unidades estudiadas, excepto en una mayor eficacia analgésica en la UGA (68% vs 50%,  $p = 0,01$ ). No se encontró ningún factor de los estudiados asociado al dolor hospitalario.

**Conclusiones:** En las unidades de nuestro Servicio de Geriátrica, la prevalencia del dolor es alta, con un grado de instauración analgésica casi completo y una elevada efectividad analgésica.

#### P-218. FIABILIDAD INTEROBSERVADOR DE ÍNDICES DE COMORBILIDAD EN PACIENTES ANCIANOS INGRESADOS POR PATOLOGÍA MÉDICA AGUDA

M. Zelada, P. Sorando Fernández, A. Sorando Fernández, L. Mercedes Guzmán, L. Cáceres Minaya, J. Gómez-Pavón, J. Baztán e I. Ruipérez Cantera  
*Hospital Central Cruz Roja.*

**Objetivo:** Conocer la fiabilidad interobservador de cuatro índices de comorbilidad habitualmente utilizados en geriatría (índice de Charlson, Cumulative Illness Rating Scale for Geriatrics (CIRS-G), índice de Kaplan-Feinstein, índice de coexistencia de enfermedad).

**Material y métodos:** 4 médicos (1 geriatra, 2 MIR de cuarto año y 1 MIR de 3 año de geriatría), entrenados y formados, con revisión conjunta de 5 historias de la Unidad Geriátrica de Agudos (UGA). Posteriormente cada observador revisó de forma individual las mismas 49 historias de pacientes ingresados en la UGA. Se analizó el coeficiente de correlación intraclass para los índices cuantitativos (Charlson y CIRS-G) y el coeficiente Kappa para índices cualitativos (Kaplan-Feinstein y coexistencia de enfermedad). Se consideró < 0,4 como concordancia deficiente, 0-4-0,75 concordancia aceptable y > 0,75 concordancia excelente.

**Resultados:** N = 33 mujeres, edad media  $84,59 \pm 6,12$  años, datos basales: índice de barthel:  $61,81 \pm 36,34$ , Índice de Cruz Roja Funcional:  $2,28 \pm 1,76$ , Índice de Incapacidad Psíquica de Cruz Roja:  $1,34 \pm 1,67$ , proceden de domicilio: 37 (75%), n.º de fármacos:  $6,53 \pm 3,6$ . Estancia media:  $7,89 \pm 4,36$ . El principal motivo de ingreso fue infección (51%) seguido de insuficiencia cardiaca (22,4%). Coeficientes de correlación intraclass: Índice de Charlson de 0,83 (0,75-0,89), Índice de CIRS-G (score): 0,85 (0,78-0,90), Índice de CIRS-G (categorías): 0,78 (0,69-0,86), Índice de CIRS-G (índice de severidad): 0,67 (0,55-0,78), Índice CIRS-G (n.º categorías 3): 0,69 (0,57-0,79), Índice CIRS-G (n.º categorías 4): 0,63 (0,50-0,74). Coeficientes Kappa: Índice de Kaplan-Feinstein: 0,68-0,82, índice de coexistencia de enfermedad: 0,69-0,86.

**Conclusiones:** En nuestro estudio, los índices de comorbilidad que mostraron una excelente concordancia interobservador fueron el índice de Charlson y el CIRS-G (score), mientras que el resto mostraron una concordancia aceptable.

#### P-219. HIPOVITAMINOSIS D EN LAS DIFERENTES UNIDADES HOSPITALARIAS DE UN SERVICIO DE GERIATRÍA

E. Fernández de la Puente, R. Aguado, A. Socorro, J. Gavidia, J. Gómez-Pavón e I. Ruipérez Cantera  
*Hospital Central Cruz Roja.*

**Objetivos:** Conocer la frecuencia de hipovitaminosis D en las diferentes unidades hospitalarias de un Servicio de Geriatria.

**Material y métodos:** Estudio retrospectivo de todos los pacientes a los que se les ha realizado niveles séricos de vitamina D3 en cualquiera de las unidades de un Servicio de Geriatria (consultas externas, Unidad Geriátrica de Agudos [UGA], Unidad de Media Estancia [UME], hospital de Día [HD]) desde el 1-1-2008 al 1-1-2010. Se excluyen aquellos pacientes con filtración glomerular según la ecuación MDRD-4 menor de 30 ml/min/1,73 m<sup>2</sup>. N = 1,124 (819 mujeres, edad media  $85,25 \pm 6,59$  años). Se analizan los niveles de vitamina D3 con unidades asistenciales, edad, sexo, albúmina, hemoglobina, filtración glomerular y estación del año. Análisis de proporciones con  $\chi^2$  cuantitativo con T de Student y correlación lineal. Regresión logística método condicional con variables independientes en el análisis bivalente. Intervalo confianza y nivel significación del 95%.

**Resultados:** El nivel sérico medio de vitamina D3 fue de  $12,47 \pm 10$  ng/ml. Valores > 30: 50 (4,9%), entre 30-20: 127 (12,5%), entre 10-20: 170 (16,7%) y < 10: 673 (66%), de los cuales 53 (7,87%) son valores inferiores a 4 ng/ml. La UGA presenta de forma significativa los niveles de vitamina D más bajos con respecto a los demás niveles asistenciales: UGA ( $8,39 \pm 6,08$ ), HD ( $10,53 \pm 7,81$ ), UME ( $13,20 \pm 9,0$ ), consultas externas ( $14,32 \pm 11,33$ ),  $p < 0,001$  respectivamente. No se relacionaron los niveles de vitamina D con ninguna de las oras variables analizadas.

**Conclusiones:** Dada la frecuente hipovitaminosis D3 durante todo el año en los diferentes niveles asistenciales de Geriatria, ésta debería ser considerada como una determinación habitual especialmente en los pacientes ingresados en la UGA.

#### P-312. PLAN DE INTERVENCIÓN GERIÁTRICA INTEGRAL EN LA FRACTURA DE CADERA

F. Prado, E. Ridriguejo, M. Guerrero, M. Macias, A. Muñoz y E. Rodríguez  
*Hospital General de Segovia.*

**Objetivo:** Analizar la situación funcional al alta de los pacientes intervenidos de fractura de cadera y su relación con el tiempo de espera para la intervención. Estudiar la comorbilidad y complicaciones durante el ingreso y la mortalidad intrahospitalaria.

**Material y métodos:** Pacientes > 75 años que sufrieron fractura de cadera. Estudio prospectivo de 14 meses de duración.

**Resultados:** Se atendió a 224 pacientes, 48 varones, 176 mujeres con una edad media de 86 años. Los de fractura más prevalente fueron: pertrocanterea 49% y subcapital 40%. El tipo de cirugía: TFN 36,6%, Thompson 28%, DHS 13,4%, Bipolar Exeter 8,5%. Las patologías más prevalentes fueron: HTA 68%, demencia 38%, DM 28,4%, osteoporosis 33%, disminución de la visión 40% y audición 23%. El tiempo medio desde el ingreso a la cirugía fue de 3 días, de la intervención al alta 7, y la estancia 13, y la media de vistas realizadas por el geriatra fue de 10 por paciente. Complicaciones: I. cardiaca el 34% S. confusional el 32%, anemia y transfusión el 80%, neumonía el 25%, infección urinaria el 17%. No fueron intervenidos 16 pacientes (7,1%). Fallecieron 7 pacientes (3,1%). Al alta presentaba marcha independiente el 20,5%, dependencia moderada-andador el 61,6% y no deambulaba el 17,8%.

**Conclusiones:** 1. No encontramos relación significativa entre el tiempo hasta la cirugía y la situación funcional al alta. Sí entre la situación funcional previa y la posterior a la cirugía. 2. A pesar de la edad y las comorbilidades, la situación funcional al alta fue buena en casi 2/3 de los pacientes. 3. La atención continuada de los geriatras es beneficiosa para estos pacientes tan frágiles porque previene complicaciones y disminuye la mortalidad.

## Sesión Social

#### P-220. ESTUDIO COMPARATIVO DE CALIDAD DE VIDA EN PERSONAS CON DEMENCIA TIPO ALZHEIMER: INSTITUCIONALIZADAS VS NO INSTITUCIONALIZADAS

B. León Salas<sup>1</sup>, J. Olazarán Rodríguez<sup>1</sup>, R. Muñiz Schwochert<sup>2</sup>, M.T. González Salvador<sup>3</sup>, P. Martínez-Martín<sup>1</sup> y G. Uma-Uipa<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Fundación CIEN. <sup>2</sup>ISCIII. <sup>3</sup>Fundación Maria Wolff. <sup>3</sup>Hospital Gómez Ulla. Madrid.

**Objetivo:** Describir la calidad de vida (CV) de personas con enfermedad de Alzheimer (EA), institucionalizadas vs. no institucionalizadas, percibida por el cuidador profesional y no profesional, respectivamente.

**Sujetos y métodos:** Se estudiaron 200 personas con EA (74% mujeres; edad media  $79 \pm 8$  años). El grado de deterioro, según la Escala de Deterioro Global (GDS), fue GDS 3 (deterioro cognitivo leve) 7,5%, GDS 4 (deterioro cognitivo moderado) 20%, GDS 5 (deterioro cognitivo moderado-grave) 20,5%, GDS 6 (deterioro cognitivo grave) 38% y GDS 7 (deterioro cognitivo muy grave) 14%; 54% vivían en una residencia; y 46% vivían en su propia casa. *Se recogieron las siguientes variables sociodemográficas:* sexo, edad, ingresos y nivel de estudios. La CV fue medida utilizando la Alzheimer's Disease Related Quality of Life Scale (ADRQL) que evalúa los siguientes dominios (de 0 a 100): interacción social; autopercepción; sentimientos y humor; actividades; e interacción con el medio. Se utilizaron estadísticos descriptivos y tests chi-cuadrado y Mann-Whitney.

**Resultados:** El grupo de institucionalizados, en comparación con los no institucionalizados, incluyó más mujeres (87% vs. 58,7%  $p = 0,00$ ), menores ingresos ( $< 600 \text{ €}$  50,9% vs. 13%  $p = 0,00$ ), mayor edad media (84 vs. 74  $p = 0,00$ ), mayor deterioro cognitivo (GDS  $> 5$  79,6% vs. 19,6%  $p = 0,00$ ). El índice de CV de los pacientes no institucionalizados ( $72,6 \pm 19,9$ ) fue mayor que el de los pacientes institucionalizados ( $64,8 \pm 18,2$ ) ( $p = 0,00$ ). Se encontraron mayores diferencias en los dominios interacción social, autopercepción y actividades ( $p < 0,05$ ).

**Conclusiones:** Las personas con EA institucionalizados tuvieron peor CV que los pacientes no institucionalizados.

#### P-221. EL DUELO EN LAS PERSONAS MAYORES

J. Portuondo Jiménez, R. García Alegre, M. Larrinaga Llaguno, N. Larrinaga Llaguno y S. de Luis Álvarez  
Residencia Fundación Elorduy. Vizcaya.

**Introducción:** El duelo es un proceso de adaptación que permite restablecer el equilibrio personal y familiar roto con la muerte de un ser querido. Los procesos de duelo tienen una serie de factores comunes independientes de la edad y, por ello no se debe ignorar el duelo de una persona anciana.

**Objetivos:** Enfermería ayude a las personas ancianas, que han perdido un ser querido y están en el proceso del duelo.

**Material y métodos:** Los problemas de adaptación de la persona, son áreas de interés para la enfermería (Callista Roy, 1966), ya que son situaciones de respuesta inadecuada ante necesidades que sobrepasan las capacidades de las personas. Cuando la capacidad de autocuidado del individuo es menor que la demanda de autocuidado terapéutico que se genera durante el proceso de duelo, la enfermera debe intervenir para compensar ese déficit de autocuidado. Para ello, debe tener en cuenta: 1. *Acompañarles:* Probablemente lleven una serie de duelos vividos que les facilite entender la intensidad y cuál será su proceso. Pero por otra parte, pueden tener un mayor sentimiento de soledad. 2. *Darle la importancia que el proceso del duelo precisa:* Se considera, que el duelo es menor en aquellos casos en los que una persona mayor sufre la pérdida de un familiar cercano, por la pérdida paulatina de familiares y/o amigos, sin embargo no es así. 3. *Ser comprensivo:* Es necesario entender y comprender la situación de aquellos ancianos que están en proceso de duelo y demostrarles nuestro cariño.

**Resultados:** En la sociedad actual, difícilmente se les autoriza a los dolientes a expresar su pena. Los familiares, amigos y conocidos pueden escuchar e intentar consolar a la persona que está en duelo al principio, pero poco a poco van volviendo a la rutina, exigiendo al doliente un cambio en su comportamiento. Para los ancianos en proceso del duelo, el personal de enfermería les puede resultar de gran apoyo.

**Conclusión:** Ayudar a los ancianos, en aquellas situaciones en las que por la sociedad actual se sienten solos en el proceso del duelo, a superar de una forma eficaz eficiente y efectiva los este proceso.

#### P-222. NIVELES DE ACTIVIDAD ANTES Y DESPUÉS DE LA JUBILACIÓN EN HOMBRES Y MUJERES

I. Lizaso Elgarresta y A. Aizpurua Sanz  
Universidad del País Vasco. Donostia.

**Introducción:** Tradicionalmente se ha investigado la jubilación centrada en los varones, pero como consecuencia de la incorporación de la mujer al mercado laboral, actualmente la perspectiva de género ha cobrado más importancia. El objetivo del presente estudio es analizar las posibles diferencias entre hombres y mujeres en las actividades realizadas antes y después de la jubilación.

**Método y materiales:** Participaron 139 (55% mujeres) personas jubiladas mayores de 55 años ( $M = 63,69$  años,  $SD = 4,85$ ), 24 de ellas con su pareja. Los datos se recogieron a través de un autoinforme presentado con escalas Likert.

**Resultados:** Edad media de jubilación 58,40 años ( $SD = 6,55$ ); media de años que lleva jubilado 4,71 ( $SD = 4,25$ ); media de años de antigüedad en el mercado laboral 37,24 ( $SD = 8,41$ ). La mayoría de los participantes eran personas casadas, con formación profesional o estudios universitarios, habían ejercido como empleados administrativos, se habían prejubilado o anticipado a su salida del mercado laboral y percibían unos ingresos superiores a 1.400 €. Se detectaron diferencias estadísticamente significativas en función del género de los participantes. Así, las mujeres dedicaban más tiempo a ayudar a sus hijos antes y después de la jubilación. Analizadas las actividades de cada miembro de la pareja, las mujeres dedicaban más tiempo que sus maridos al cuidado de familiares y a las actividades domésticas, tanto antes como después de la jubilación. Los varones y las mujeres manifestaron realizar más actividad física después de la jubilación que antes.

**Conclusiones:** En general, hombres y mujeres dedican más tiempo a diversas actividades después de la jubilación. Si bien, las mujeres perpetúan los roles que tradicionalmente han desempeñado de cuidado y ayuda, los hombres empiezan a colaborar más en tareas domésticas después de la jubilación.

#### P-223. ACOMPAÑAMIENTO EN LA DEPENDENCIA: EXPERIENCIA PILOTO DE COLABORACIÓN ENTRE PERSONAS JUBILADAS Y PERSONAS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL

A. Aizpurua Sanz e I. Lizaso Elgarresta  
Universidad del País Vasco. Donostia.

**Justificación:** El acompañamiento a personas mayores es uno de los ámbitos sociales necesitados de apoyo desinteresado y solidario de personas voluntarias. Con frecuencia, hemos comprobado que las personas con discapacidad son capaces de aportar apoyo, ánimo y comprensión a otras personas que lo necesitan.

**Objetivos:** El objetivo es describir una experiencia piloto con personas con discapacidad intelectual de la asociación Gureak como voluntarios de acompañamiento a personas mayores dependientes, con la colaboración de Nagusilan, una asociación de personas mayores jubiladas voluntarias. Entre los objetivos específicos de la experiencia destacarían la exploración del interés y las potencialidades de las personas con discapacidad para el apoyo, la capacitación para el desempeño de actividades de voluntariado en el acompañamiento, participar en experiencias controladas de apoyo a personas mayores, y el diseño y validación de un módulo formativo adaptado a personas con discapacidad sobre voluntariado que posteriormente pudiera exportarse a otros servicios de atención.

**Metodología:** Tras el contacto con los centros e individuos implicados en la experiencia, las personas con discapacidad recibirán un curso de formación sobre personas mayores, que incide en los aspectos psicosociales y en las habilidades sociales y de comunicación. Las personas voluntarias de Nagusilan recibirán un curso de orientación para el trabajo con personas con discapacidad. El curso se compone de una parte de formación teórico-práctica de para Gureak y para

Nagusilan, y una parte de experimentación práctica en el propio centro gerontológico. Este curso de formación ha sido diseñado en la Facultad de Psicología de la Universidad de País Vasco. Después se seleccionarán 2/3 personas de Gureak y 2/3 personas de Nagusilan para la experiencia piloto, que tendrá una duración aproximada de 8 meses. El desarrollo de la experiencia en el centro será apoyado por personal técnico de Gureak, de manera que el propio voluntario de Nagusilan pueda contar con esta persona a la hora de orientar a la persona con discapacidad, y ésta siga teniendo también una referencia. Finalizada la experiencia en el centro, se realizará una valoración de la experiencia y su viabilidad en el futuro.

#### P-224. ESTUDIO DE CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON DEMENCIA: COMPARACIÓN DE LA PERCEPCIÓN DE PACIENTE Y CUIDADOR, FACTORES ASOCIADOS Y DETERMINANTES

B. León Salas, J. Olazarán Rodríguez, J.L. Dobato Ayuso, M. Valentí Soler, P. Martínez Martín y G. Uma-Uipa  
Fundación CIEN. ISCIH.

**Objetivo:** Describir y comparar las valoraciones de calidad de vida realizadas por pacientes con demencia y sus cuidadores familiares. Identificar concordancias/discrepancias, factores asociados y determinantes.

**Sujetos y métodos:** Estudio transversal de 120 pacientes con demencia institucionalizados (83,3% enfermedad de Alzheimer) y sus cuidadores familiares. Se utilizó el instrumento Quality of Life-Alzheimer's Disease (QoL-AD) (versión paciente y cuidador), datos sociodemográficos (paciente y cuidador) y medidas clínicas (paciente) relacionadas con intensidad de la demencia, situación cognitiva, estado de salud actual, conducta, apatía, depresión y estado funcional. *Se emplearon:* test de Mann-Whitney y Kruskal-Wallis; coeficiente de correlación de Spearman; índice Kappa (concordancia inter-observador) y regresión lineal multivariante.

**Resultados:** Edad media de los pacientes  $83 \pm 6$  (rango: 56-98), 86,7% mujeres. Media en MiniMental State Examination de  $7 \pm 6$  (rango: 0-26),  $7 \pm 3$  (rango: 0-18) años de evolución de la enfermedad. Se encontraron discrepancias estadísticamente significativas entre las puntuaciones medias de pacientes y cuidadores en QoL-AD total (33,7 vs. 28,6) y en los ítems salud (2,6 vs. 2,3), energía (2,6 vs. 2,1), estado de ánimo (2,7 vs. 2,2), memoria (2,4 vs. 1,3), vida social (2,7 vs. 1,9) y capacidad de realización de tareas (2,5 vs. 1,6) (todos,  $p < 0,05$ ). Se hallaron correlaciones significativas ( $r \geq 0,35$ ;  $p < 0,05$ ) entre QoL-AD versión cuidador y los siguientes constructos: intensidad de la demencia ( $r = -0,42$ ), estado de salud actual ( $r = 0,61$ ), estado cognitivo ( $r = 0,40$ ), actividades básicas de la vida diaria ( $r = 0,55$ ) y apatía ( $r = -0,43$ ). También se observó asociación entre la valoración del cuidador y el sexo del paciente (mujeres peor calidad de vida;  $p = 0,021$ ). En el modelo de regresión el sexo del paciente, su estado de salud actual, los signos de apatía y la dependencia en las actividades básicas fueron los factores de mayor peso en la valoración de los cuidadores ( $R^2$  corregida = 55%;  $p = 0,000$ ).

**Conclusiones:** Los pacientes tuvieron mejor percepción que los cuidadores respecto a su calidad de vida. Los principales determinantes de la valoración de los cuidadores fueron el sexo del paciente, su estado de salud actual, la dependencia en las actividades básicas de la vida diaria y la apatía.

#### P-225. TERAPIA ASISTIDA CON ANIMALES EN POBLACIÓN GERIÁTRICA INSTITUCIONALIZADA

M.D. Rodrigo Claverol<sup>1</sup>, B. Manuel Martí<sup>1</sup>, M.C. Marquilles Bonet<sup>1</sup>, B. Malla Clua<sup>1</sup>, S. Plana Trullols<sup>2</sup> y M.C. Urgelés Castillón<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>ABS Bordeta (ICS) Lleida. Lleida. <sup>2</sup>Fundació Adesma.

El deterioro cognitivo se asocia a problemas de comunicación, relación social y trastornos psicomotrices; aumentando el riesgo de caí-

das y dificultando las actividades diarias. La terapia asistida con animales (TAA) es una intervención complementaria donde un animal forma parte integral del programa terapéutico.

**Objetivos:** Evaluar la eficacia de un programa de TAA en población geriátrica institucionalizada con deterioro cognitivo. Determinar la variación en el nivel de comunicación. Valorar los cambios en la marcha y/o equilibrio.

**Metodología:** Ensayo clínico controlado. *Población:* muestra se obtiene de dos residencias geriátricas. *Criterios inclusión:* > 65 años, deterioro cognitivo según Escala Reisberg(GDS)  $\leq 6$ , residentes o que asistan al centro de día. *Criterios exclusión:* deterioro cognitivo muy grave (GDS 7), alergia o miedo al animal. Se separan en 2 grupos: Intervención (GI) donde se aplica el programa de TAA, Control (GC) donde se realiza misma terapia pero sin el animal. Se realizaron 12 sesiones de 60 minutos, semanales y de tipo grupal. La intervención se llevó a cabo de diciembre 2008 a junio 2009. Animal: perro. *Variables:* Escala Comunicación Holden y Escala Tinetti, se pasaron antes y después del programa. Edad. Sexo. GDS.

**Resultados:** Muestra de 46 pacientes (GI 23/GC 23). *Edad media total:* 84 (DS  $\pm 7,23$ ) años; por grupos: GI 83,26 ( $\pm 7,82$ ), GC 84,74 ( $\pm 6,67$ ). El 76% mujeres. GDS: = 6 un 42%, = 5 un 24%, = 4 un 10%, = 3 un 16% y = 2 un 8%. Diferencia entre antes y después de la intervención: Holden GI 3,87 ( $\pm 2,88$ )/GC 0,96 ( $\pm 1,19$ ),  $p < 0,05$ ; Tinetti equilibrio: GI 2,17 ( $\pm 1,19$ )/GC 2 ( $\pm 1,88$ ),  $p > 0,05$ ; Tinetti marcha: GI 0,61 ( $\pm 0,78$ )/GC 0,3 ( $\pm 0,56$ ),  $p > 0,05$ ; Tinetti total: GI 2,78 ( $\pm 1,48$ )/GC 2,3 ( $\pm 2,2$ ),  $p > 0,05$ .

**Conclusiones:** Se ha objetivado una mejoría en ambos grupos, siendo superior y estadísticamente significativa en el GI en la escala de Holden. Esto se puede atribuir a que se ha generado mayor interés por la actividad, aumentando la motivación para realizar los ejercicios, ya que el perro resultaba un elemento novedoso, dinamizador y facilitador de la terapia. Consideramos que la TAA contribuye a mejorar la función física, social, emocional y cognitiva de la población anciana con deterioro cognitivo.

#### P-226. PERCEPCIÓN DEL ENVEJECIMIENTO EN MUJERES MAYORES DE LA REGIÓN DE MURCIA

J.A. Salmeron Aroca<sup>1</sup>, J.D. Aviles Hernández<sup>1</sup>, S. Martínez de Miguel López<sup>2</sup> y D. Balas<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Hospital Vega del Rio Segura. Murcia. <sup>2</sup>Universidad de Murcia. Murcia.

**Objetivos:** Con el fin de profundizar en nuestro conocimiento sobre mujeres mayores y partiendo de que actualmente este grupo presenta un alto riesgo de exclusión social, nos planteamos como objetivo de la investigación conocer cómo afronta dicho grupo la etapa de la vejez, cómo la percibe, qué papel representa mantenerse activo y realizar actividades socioeducativas en los contextos asociativos.

**Método:** Presentamos un estudio de corte cualitativo, a través de la técnica de "grupo de discusión". La muestra de informantes viene representada por un total de 49 mujeres mayores, con edades comprendidas entre 60 y 85 años usuarias de centros sociales de la Región de Murcia. Participaron un total de 5 centros, procurando recoger sin ánimo de exhaustividad contextos asociativos diversos. El trabajo de campo se realizó durante los meses de febrero a octubre de 2009.

**Resultados:** El análisis y discusión de la matriz de resultados y categorías obtenidas, evidencian que la percepción que poseen en términos generales a cerca de la vejez es negativa, pero matizable en función de variables tales como la capacidad funcional o el estado afectivo. Paradójicamente vivencian y perciben su propio proceso de envejecimiento de manera satisfactoria y positiva. Todo parece indicar que el grado de satisfacción con sus relaciones familiares es alto, configurándose como modulador de su estado anímico. El ámbito sociocultural a través de su participación en los centros sociales es concebido como la experiencia cotidiana que mayor grado de satisfacción les genera.



**Conclusiones:** El asociacionismo se configura como uno de los entornos de socialización más importantes, posibilitando y favoreciendo la sociabilidad de las mujeres mayores, tanto en sus relaciones personales como en los lazos que le vinculan a la sociedad. En este contexto es necesario intervenir desde la perspectiva de género, con un programa de envejecimiento activo para dejar de lado la concepción negativa basada en los déficits y deterioros ocasionados por la edad avanzada y apostar por una visión positiva, que de valor a la experiencia y a la sabiduría de los años vividos y que considera la vejez como una etapa llena de posibilidades para la plena realización personal.

#### P-227. EXPLORACIÓN NEUROPSICOLÓGICA EN PACIENTES CON DETERIORO COGNOSCITIVO Y DÉFICIT VISUAL

G. Torrijos Barbero, R. López de la Torre Martín, J.M. López Arrieta y P. Bartolomé Martínez

*Hospital Universitario La Paz-Cantoblanco. Madrid.*

**Objetivos:** Evaluar el grado de interferencia del déficit visual sobre el rendimiento cognitivo en sujetos mayores. Elaborar una versión del MMSE (vMMSE) para la exploración cognoscitiva de personas con déficit visual. Determinar la correlación entre la puntuación total del MMSE y la del vMMSE en sujetos controles, sin déficit sensorial.

**Metodología:** En estudio piloto, n = 41, 29 controles (sin déficit sensorial) y 12 sujetos con déficit sensorial evaluados en la unidad de Memoria y demencia. La capacidad visual se graduó mediante entrevista estructurada atendiendo a la siguiente escala: Visión normal con gafas o sin ellas; Déficit visual leve (puede leer con mucho esfuerzo y los titulares sin esfuerzo); Déficit visual moderado (puede distinguir objetos y leer con lupa); Déficit visual intenso (ceguera completa o parcial: sólo distingue sombras o es capaz de distinguir la luz de la oscuridad). A los controles se les administró el MMSE y a los sujetos con déficit visual la versión adaptada vMMSE. Para interpretar los resultados del vMMSE se hizo la transformación lineal consistente en multiplicar la puntuación total por 1,36, constante que proviene del cociente 30/22 (puntuación máxima del MMSE/puntuación máxima del vMMSE).

**Resultados:** En el estudio piloto, el 55,26% eran mujeres. La mayor parte de los sujetos tenían estudios primarios. La mayoría del déficit visual era de grado leve. El rendimiento cognoscitivo fue similar en los sujetos con déficit visual y en los controles. La correlación entre las puntuaciones totales MMSE y MMSE modificado fue muy buena.

**Conclusiones:** Los sujetos con déficit visual atendidos en la Unidad de Memoria mostraron una función mental similar a los sujetos sin déficit según la puntuación en el vMMSE. La versión vMMSE es un buen instrumento para evaluar el rendimiento cognoscitivo de sujetos con déficit visual al correlacionar bien ambas puntuaciones en pacientes controles.

#### P-228. LOS ESTEREOTIPOS SOBRE LA VEJEZ Y LA INFLUENCIA DE LA CARGA DEL CUIDADOR SOBRE LOS MISMOS

G. Torrijos Barbero, R. López de la Torre Martín, R. Araujo Ros, A.M. Barco Martínez, J.M. López Arrieta y P. Bartolomé Martínez  
*Hospital Universitario la Paz-Cantoblanco. Madrid.*

Los estereotipos sobre la vejez son ideas preconcebidas sobre la misma, de manera que involuntariamente sesgan nuestro juicio e influyen en nuestra conducta. Es importante estudiar los estereotipos hacia la vejez para saber qué efectos provocan en el estado del cuidador y por tanto en la persona dependiente, y ver si dichos estereotipos varían en función de la experiencia.

**Objetivo:** 1. Reflexionar y analizar las ideas que la gente que cuida y que no cuida a personas mayores dependientes con demencia tipo Alzheimer (EA) o Deterioro Cognitivo Leve (DCL), tienen sobre la vejez. 2. Buscar relaciones entre el grado de carga del cuidador y el nivel de creencias en estereotipos negativos.

**Hipotesis:** 1. Las personas al interactuar estrechamente con enfermos de Alzheimer o con DCL, obtienen un mayor número de estereotipos con valencia afectiva negativa sobre la vejez, que las personas que no están en contacto directo con dichos pacientes. 2. A mayor carga del cuidador, los estereotipos sobre la vejez tendrán una mayor carga afectiva negativa.

**Participantes, material y método:** Estudio descriptivo de una muestra de 20 sujetos de edades comprendidas entre los 40 y los 60, de los cuales 10 deberán ser cuidadores de personas con DCL o EA y los otros 10 personas no cuidadoras de pacientes con DCL o EA. **Material:** los instrumentos de evaluación que se utilizarán serán: *Cuestionario de conocimiento sobre la vejez (Facts on Aging Quizzes)* y *la Entrevista sobre carga del cuidador (Zarit, Reever, Bach-Perston, 1980)*.

**Método:** Se utilizará como variable independiente el cuidado o no de personas mayores con Alzheimer o DCL. La variable dependiente es el nivel de estereotipos de las personas.

**Resultados:** Al analizar la primera hipótesis, se espera encontrar que los cuidadores tengan puntuaciones más altas en los estereotipos negativos hacia la vejez, que las personas no cuidadoras. Con respecto a la segunda hipótesis se espera obtener una relación lineal entre el nivel de carga del cuidador y el nivel de estereotipos de manera que a más carga del cuidador, aumente el nivel de estereotipos negativos.

#### P-229. ANÁLISIS SOBRE EN QUÉ MOMENTO Y LAS RAZONES POR LAS CUALES PERSONAS CON Y SIN DETERIORO COGNITIVO DEJAN DE CONDUCIR

G. Torrijos Barbero, R. López de la Torre Martín, C. Díaz Henche, P. Palacios Ventas, J.M. López Arrieta y P. Bartolomé Martínez  
*Hospital Universitario la Paz-Cantoblanco. Madrid.*

**Objetivo:** Nuestro objetivo es conocer qué proporción de personas mayores de 65 años con y sin deterioro cognitivo han dejado de conducir y analizar las razones por las que han dejado dicha práctica.

**Metodología:** Estudio descriptivo en el que se administra una entrevista estructurada a los participantes mediante la cual se obtiene información sobre si los participantes siguen conduciendo y en el caso de que lo hayan dejado conocer cuáles son las razones, con una muestra (n = 80), dividida en 2 grupos, uno de ellos compuesto por 40 personas mayores de 65 años sin deterioro cognitivo y otro grupo compuesto por 40 personas mayores de 65 con deterioro cognitivo. **Variable de Estudio Cognitiva:** deterioro cognitivo global mediante la prueba CAMCOG, puntuaciones inferiores al punto de corte, 69/104.

**Resultados:** Después de administrar la entrevista estructurada y una vez realizado un análisis estadístico se observa que el grupo con deterioro cognitivo ha dejado de conducir en mayor porcentaje que el grupo sin deterioro. En cuanto a las respuestas subjetivas del grupo con deterioro cognitivo se observa que las razones por las que han dejado de conducir concuerdan con los déficits reflejados en la prueba CAMCOG.

**Conclusiones:** Los mayores de 65 años con deterioro cognitivo, dejan de conducir en un porcentaje mayor que los mayores sin deterioro. Además, las razones por las que dejan esta actividad los mayores con deterioro cognitivo concuerdan, en un porcentaje significativo, con los efectos que provoca a nivel cognitivo dicho deterioro.

#### P-230. ¿AFECTA LA DEPRESIÓN EN LA MEMORIA DE LOS ENFERMOS DE ALZHEIMER?

G. Torrijos Barbero, R. López de la Torre Martín, J.M. López Arrieta y P. Bartolomé Martínez  
*Hospital Universitario La Paz-Cantoblanco. Madrid.*

**Objetivo:** Analizar si los síntomas depresivos aumentan el deterioro cognitivo en la memoria verbal y no verbal en pacientes diagnosticados de Enfermedad de Alzheimer (EA).

**Metodología:** Estudio piloto comparativo de 20 pacientes: 5 pacientes diagnosticados de EA con y sin depresión, 5 pacientes sin deterioro cognitivo con depresión (D) y 5 sujetos control sanos (CS) en tareas de memoria (recuerdo y reconocimiento) verbal y visual y sin síntomas depresivos. *Variables de Estudio:* Estado cognitivo: Test Cognitivo de Cambridge (CAMCOG) en los ítems de Memoria Visual, Reconocimiento Visual, Recuerdo Verbal, Memoria Episódica Reciente y Memoria episódica Remota y Cuestionario de Depresión (YESAVAGE).

**Resultados:** Los pacientes con EA rindieron significativamente peor que los grupos de controles y con depresión en todas las pruebas. Los sujetos con EA sin depresión rindieron significativamente mejor en las tareas de memoria visual y reconocimiento visual, sin embargo ni fue así en memoria verbal y memoria episódica reciente y remota.

**Conclusiones:** La depresión está asociada con un deterioro de la memoria visual en pacientes sin demencia. La presencia de depresión no agrava el deterioro de la memoria en pacientes con EA.

### P-231. ¿ARRIBA LOS CORAZONES! GERONTOMOTRICIDAD EN USUARIOS DE CENTRO DE DÍA CON DETERIORO COGNITIVO

E. Fernández Espinar, R. Gallego Mazarías, E. Martín Asenjo, S. Lores Torres y S. Martín Martín  
Residencia PPM Parque Coimbra.

**Objetivos:** 1. Implementar un programa de Gerontomotricidad en usuarios de Centro de Día con deterioro cognitivo. 2. Diseñar y proponer estrategias de intervención psicomotriz adecuadas a las necesidades reales de este tipo de usuarios. 3. Favorecer las relaciones interpersonales entre los participantes del programa y profesionales. 4. Demostrar su eficacia en un período de tiempo establecido.

**Método:** 1. Se procede a elaborar un programa de actividades eminentemente lúdicas, llevando a cabo una estructuración y selección de contenidos. Se establecen aspectos a trabajar, parámetros de duración, frecuencia, criterios de inclusión y se habilita un espacio para ello. 2. Se lleva a cabo una valoración psicomotriz del individuo con el fin de establecer sus capacidades y las necesidades del grupo de trabajo. 3. Se evalúa la eficacia del programa realizando un doble análisis: a) análisis de los cambios observados en el ámbito motor de los usuarios; b) análisis del proceso de implementación del programa.

**Resultados:** Se está realizando la recogida de datos y actualmente se están procesando. Pendiente de señalar las variaciones en los parámetros valorados a nivel de individuo y grupo, así como qué tipo de actividades son aquellas que más inciden en los logros observados. Pendientes también las variaciones en la reconducción del programa.

**Conclusiones:** 1. A través de la Fisioterapia, se pueden crear los instrumentos y los ejercicios necesarios para que la actividad motriz del individuo se normalice y de este modo, pueda interactuar mejor con el medio. 2. Destacar la importancia de esta actividad como recurso terapéutico. 3. Se logra un equilibrio entre trabajo, descanso y juego. 4. Supone una intervención integral a través del cuerpo y el movimiento, orientada al mantenimiento de la competencia psicomotora. 5. Se favorece el trabajo en grupo.

### P-232. PATRÓN DE DETERIORO EN UN CENTRO DE DÍA PARA PACIENTES DE ALZHEIMER

E. Arrieta Antón<sup>1</sup> y L. García Alonso<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Centro de Salud Segovia Rural. Segovia. <sup>2</sup>UCM.

**Objetivos:** 1. Revisar la evolución de la población que ha acudido al centro de Día para enfermos de Alzheimer: en un período de 5 años. 2. Describir las puntuaciones medias en pruebas cognitivas, afectivas

y funcionales para cada grupo de sujetos y año estudiado. 3. Hacer una descripción del patrón de deterioro grupal e individual inter e intrasujeto.

**Métodología:** Estudio observacional retrospectivo (longitudinal). Población: los pacientes admitidos en el Centro de Día de la Asociación de Familiares de Enfermos de Alzheimer de Segovia durante su primer año de funcionamiento, hasta que abandonaron el Centro (20 pacientes). Las variables recogidas incluyen datos sociodemográficos, evaluación cognitiva, afectiva y funcional de los pacientes mediante pruebas psicométricas y motivo de abandono del centro.

**Resultados:** Se observa un deterioro a lo largo del tiempo en la valoración cognitiva y en la autonomía de los sujetos. El paralelismo entre pérdida cognitiva y pérdida funcional solo se da en el análisis intrasujetos. La pérdida de puntuación en MEC no va necesariamente acompañada de una pérdida funcional y cuando no hay pérdida en las puntuaciones de valoración cognitiva, apenas hay deterioro funcional. No hay relación entre pérdida de puntuación de MEC y motivo de baja (domicilio, residencia, centro de servicios sociales o fallecimiento), sin embargo, una baja puntuación en Barthel sí condiciona la permanencia del paciente en el centro y supone mayor riesgo de fallecimiento.

**Conclusiones:** La división de los sujetos en grupos (deterioro leve, moderado, grave), es pertinente con el fin de optimizar los recursos del centro de día y que se apliquen a los pacientes que más se pueden beneficiar de ellos. El mayor porcentaje de admisiones corresponde a moderados y graves, ralentizando la ejecución del grupo leve. Una posible opción sería propiciar la estimulación cognitiva de pacientes leves en centros comunitarios, con revisiones periódicas en centros específicos. Se sugiere mantener el protocolo de actuación (evaluación anual mínimo, e intervención protocolizada) de forma ambulatoria para los pacientes derivados desde el centro de día a otras instituciones, con el fin de maximizar recursos y proporcionar un itinerario flexible en función de la evolución de cada caso.

### P-233. AUTONOMÍA Y ALIMENTACIÓN. ESTUDIO DE CASO

D. Carrera Martínez<sup>1</sup> y B. Braña Marcos<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Residencia El Cristo. Oviedo. <sup>2</sup>Fundación Hospital de Jove. Gijón.

La alimentación constituye una de las necesidades básicas a satisfacer para conseguir el desarrollo de una vida plena. Es, quizá, la última de las actividades de la vida diaria que desarrolla por sí misma una persona afectada de gran dependencia.

**Objetivo:** Valoración de los problemas que impiden la independencia de la Sra. X para la realización de las comidas. Como objetivo secundario, modificar estos problemas para aumentar dicha independencia.

**Método:** Estudio de caso mediante observación participante, a través de una nueva usuaria de centro residencial. Padece parálisis cerebral desde los 5 años, y depende para las actividades de la vida diaria (incluyendo la alimentación) de su madre o el personal auxiliar.

**Resultados:** Problemas detectados y soluciones aplicadas: 1. Dificultad en los movimientos de mano y brazo para llevar la comida del plato a la boca: elaboración de un cubierto adaptado a las necesidades personales. Mejora la sujeción que reduce los incidentes por movimientos involuntarios. Educación en los movimientos necesarios. 2. Nerviosismo ante el reto y ansiedad por la preocupación de mancharse: refuerzo positivo y estimulación de la actividad (se destacan los logros obtenidos en cada comida y se pone énfasis en las mejoras pendientes). El uso de baberos más largos reduce la ansiedad ante la posibilidad de manchar la ropa. 3. Sobreprotección por parte de su madre y también del personal auxiliar: reducción de la ayuda externa que se le brinda, incluso para mover los platos y vaso dentro de la bandeja, al mínimo indispensable. 4. Déficit de autonomía y autoestima que impide la realización de su potencial: fomento de la sensación de logro y reconocimiento por una labor bien hecha.

**Conclusiones:** Debemos ser capaces de analizar objetivamente las capacidades que conserva cada persona para, con su mejora y la educación necesaria, aumentar la autonomía e independencia. Paralelamente, conseguiríamos mejorar su autoestima y autorrealización a través del placer y orgullo personal por los logros obtenidos.

**P-234. INDICADORES DE ESTRÉS LABORAL EN EL CENTRO MARÍA ZAYAS**

M.D.LO. Hita Galiano, E. Sánchez Seibert, N. Sáez Sanz, M. Rodríguez Bailón y M.J. Alberto Cantizano  
Centro María Zayas.

**Objetivos:** 1. Conocer los indicadores de estrés laboral que presentan los trabajadores. 2. Examinar las relaciones existentes entre diferentes variables sociolaborales y el estrés en el trabajo. 3. Aumentar la satisfacción en su trabajo mejorando la calidad de vida asistencial del los mayores.

**Metodología:** Hemos aplicado la escala estandarizada de Maslach Burnout Inventory (MBI) de Maslach y Jackson (1981). La población objeto de estudio se ha seleccionado distinguiendo entre las siguientes categorías profesionales: Gerocultores, recepcionistas, supervisores y técnicos (29 participantes). Partiendo de las subescalas propuestas de Maslach y Jackson, se ha analizado el alfa de Cronbach de los ítems constituyentes de cada una de ellas.

**Resultados:** *Fiabilidad de la Escala:* a) Subescala de agotamiento emocional (Alfa de Cronbach: 0,652); b) Subescala de Personalización (Alfa de Cronbach: 0,645), y c) Subescala de realización personal en el trabajo (Alfa de Cronbach: 0,733). *Para los trabajadores del centro se han obtenido las siguientes puntuaciones:* a) En la subescala de agotamiento emocional la media es de 2,04 en un rango de 1 a 5, sabiendo que a menor puntuación menor agotamiento emocional; b) En la subescala de despersonalización la media es de 1,83 en un rango de 1 a 5, sabiendo que a menor puntuación menor despersonalización, y c) En la subescala de realización personal la media es de 4,04 en un rango de 1 a 5, sabiendo que a menor puntuación mayores son los sentimientos de competencia y realización. *Realizando correlaciones de Pearson entre los datos sociolaborales de los trabajadores y las subescalas de Maslach y Jackson podemos mencionar que:* a) La edad y el agotamiento emocional correlacionan de manera inversa, y b) Obtenemos una correlación marginal positiva entre las cargas familiares y el agotamiento emocional.

**Conclusiones:** 1. Hemos comprobado la fiabilidad de la escala mediante el análisis de las subescalas propuestas por Maslach y Jackson. 2. Las medias de las subescalas nos indican que se experimenta un bajo agotamiento emocional, baja despersonalización y altos sentimientos de competencia y realización en el centro en el que se ha realizado en el estudio. 3. En la muestra del estudio los trabajadores con mayor edad experimentan menor agotamiento emocional y las cargas familiares parecen aumentar dicho agotamiento.

**P-235. ¿QUÉ VARIABLES PREDICEN LOS NIVELES DE APOYO DADO Y RECIBIDO POR LAS PERSONAS MAYORES?**

M.M. Sánchez Rodríguez y J. Buz Delgado  
Facultad de Psicología. Universidad de Salamanca. Salamanca.

**Objetivo:** El apoyo social que las personas mayores dan y reciben se relaciona con los recursos y las necesidades de los individuos en un momento dado. Se ha demostrado que en la vejez avanzada las personas mayores comienzan a recibir más apoyo del que proporcionan a otros (Wagner, Schütze, y Lang, 1999). También se ha encontrado que las mujeres dan más apoyo social que los hombres (Antonucci y cols, 2002). Sin embargo, no está claro el efecto de otras variables en los niveles de apoyo, emocional e instrumental, que las personas mayores españolas dan y reciben de los miembros de su red social.

**Método:** N = 646 personas residentes en la comunidad de ambos sexos, con edades comprendidas entre los 60 y 95 años. Se recogió información sobre variables socio-demográficas, de salud y de la red social utilizando el método jerárquico propuesto por Antonucci (1986). Se calcularon los valores para los niveles de apoyo (emocional e instrumental) que las personas mayores daban y recibían de su red social. Los efectos de las variables socio-demográficas, de salud y de la red social en los niveles de apoyo se evaluaron mediante cuatro ecuaciones de regresión múltiple.

**Resultados:** Las personas mayores españolas intercambian una gran cantidad de apoyo con los miembros más cercanos de su red social. Las variables que determinan el apoyo recibido son la disponibilidad de los hijos en la red social y una mayor edad, que se asocia con mayores necesidades de recibir apoyo instrumental. Las mujeres, más jóvenes y que tienen un mejor estado de salud, dan más apoyo. Los resultados también sugieren que se da un mayor apoyo instrumental a los hijos, mientras que el apoyo emocional se proporciona a los amigos.

**Conclusiones:** Los niveles de apoyo emocional e instrumental que las personas mayores dan y reciben de su red social están determinados por sus recursos y necesidades (edad, estado de salud), por las personas disponibles (hijos y amigos), así como por los roles tradicionales de género (ser mujer). Los resultados son coherentes con estudios previos realizados en este campo (Antonucci y cols, 2002).

**P-236. FACTORES SOCIALES Y DE SALUD ASOCIADOS A LA SOLEDAD EN LA VEJEZ: UNA COMPARACIÓN ENTRE POBLACIÓN INSTITUCIONALIZADA Y NO INSTITUCIONALIZADA**

M.E. Prieto-Flores<sup>1</sup>, M.J. Forjaz<sup>1</sup>, G. Fernández-Mayoralas<sup>2</sup>, F. Rojo-Pérez<sup>2</sup>, S. Martín García<sup>3</sup> y P. Martínez-Martín<sup>4</sup>  
<sup>1</sup>Instituto de Salud Carlos III. <sup>2</sup>Consejo Superior de Investigaciones Científicas. <sup>3</sup>Eulen Servicios Sociosanitarios. <sup>4</sup>Unidad de Investigación del Centro Alzheimer-Fundación Reina Sofía y CIBERNED. Instituto de Salud Carlos III.

**Objetivos:** Analizar la influencia de factores sociales y de salud en el sentimiento de soledad en la vejez, mediante un estudio comparativo entre personas que habitan en residencias para mayores y quienes viven en casa.

**Métodos:** Las fuentes de datos utilizadas fueron dos encuestas sobre calidad de vida realizadas en España en 2008: la primera cuenta con una muestra representativa de 1.106 personas no institucionalizadas de 60 y más años (MICINN, ref. SEJ2006-15122-C02-00) de las cuales se seleccionó aleatoriamente una submuestra de 234 individuos para este estudio; la segunda contiene información de 234 mayores institucionalizados en el mismo rango de edad (proyecto colaborativo autofinanciado ISCIII-CSIC-EULEN Servicios Sociosanitarios). Con el fin de comparar y detectar diferencias entre ambos grupos poblacionales, se generó una base de datos única sumando un total de 468 casos. Se aplicó un modelo de regresión logística binomial para explicar el sentimiento de soledad emocional y social, medido a través de la escala de De Jong Gierveld. Como variables independientes se introdujeron en el modelo características sociodemográficas, frecuencia de contactos sociales con la familia, amigos y vecinos, escala visual analógica de salud percibida (EQ-VAS), índice de estado de salud (EQ-5D), índice de Barthel de capacidad funcional en las actividades de la vida diaria, número de enfermedades, subescala de depresión HADS-D, y lugar de residencia (en institución o en casa).

**Resultados y conclusiones:** Las variables asociadas al sentimiento de soledad fueron el estado de salud percibido (OR: 0,99, CI: 0,98-1,00), la depresión (OR: 1,20, CI: 1,12-1,27) y la institucionalización (OR: 2,09, CI: 1,35-3,24). De acuerdo con estos resultados, los factores más fuertemente relacionados con la soledad fueron la institucionalización y la depresión. Las personas que viven en residencias para mayores tendrían más probabilidades de sentirse solas, lo que podría ser

el reflejo de una reducción de la proximidad y los lazos sociales más íntimos como los de la familia, vecinos y amigos. En este contexto de especial vulnerabilidad resulta fundamental incidir en el apoyo social y emocional a las personas mayores, con el propósito de contribuir a evitar situaciones de aislamiento en la vejez.

### P-237. LAS PRESTACIONES ECONÓMICAS AL FAMILIAR: ANÁLISIS DE SU DESARROLLO POR CCAA EN ESPAÑA

M.A. Tortosa<sup>1</sup> y G. Sundstrom<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Facultad de Economía. Universidad de Valencia. Valencia.

<sup>2</sup>JONKOPING UNIVERSITY.

**Objetivos:** Buscar explicación a la evolución mostrada por las prestaciones económicas al familiar en las CCAA españolas a lo largo del 2009 y determinar aquellas variables que mayormente inciden en su evolución.

**Método:** En el presente trabajo se han revisado los informes de expertos y artículos más recientes que tratan sobre las prestaciones del SAAD. Además, se han usado datos de las estadísticas del SAAD y de algunas encuestas nacionales del INE e IMSERSO sobre condiciones económicas y laborales, demográficas, de estado de discapacidad y de condiciones de vida a nivel estatal y autonómico durante 2008 y 2009.

**Resultados:** Tras efectuar los correspondientes análisis comparativos y estadísticos se muestra una gran disparidad en el comportamiento de las prestaciones económicas al familiar entre las diversas CCAA. No obstante, se obtiene que las CCAA que más conceden prestaciones económicas al familiar están más correlacionadas con ciertas variables como: una oferta de plazas residencias por debajo de la media estatal, una tasa actividad de las mujeres por debajo de la media nacional y un alto índice de discapacidad de la población total y de la población mayor de 65 años.

**Conclusiones:** A pesar del amplio conjunto de variables seleccionadas, nuestro análisis no consigue delimitar un claro modelo de comportamiento de las prestaciones económicas al familiar de las CCAA en España durante 2008-9. Sólo se muestran como factores explicativos relevantes la oferta de plazas residencias, grado de necesidad y tasa actividad de la mujer. Hay que contar con que el SAAD está en la mitad de proceso de su consolidación y que ha habido durante estos años problemas en la elaboración de las estadísticas SAAD que pueden haber afectado a los datos sobre estas prestaciones. En el futuro se recomienda incluir otras variables en este estudio tales como las preferencias de los ciudadanos por los diferentes servicios del SAAD.

### P-238. ¿A QUÉ DEDICAS EL TIEMPO LIBRE?

M.D. Rodrigo Claverol, M. Juanós Lanuza, V. Martín Miguel,

M.A. Lafarga Giribets, L. García Esteve e Y. Fadyeyeva

CAP Bordeta-Magraners. Lérida.

**Objetivos:** 1. Conocer los antecedentes patológicos de pacientes jubilados y la percepción sobre su salud. 2. Describir el entorno social y actividades en el tiempo libre.

**Material y métodos:** Encuesta realizada en consultas de atención primaria de centro de salud urbano a usuarios jubilados durante febrero 2010. *Variables:* edad, sexo, edad de jubilación, profesión anterior, nivel de estudios, antecedentes patológicos, nietos, tiempo dedicado a ayudar a familia y cuidar nietos, tiempo libre (minutos), actividades de tiempo libre, lugar y entidad organizadora de éstas, percepción de salud.

**Resultados:** Muestra = 77. Sexo 55,1 % hombres. Edad 77,66 ± 6,24 años. Edad jubilación 62,62 ± 5,49 a. Profesión anterior: autónomo 11,7%; cuenta ajena 54,5%; ama de casa 29,9% (hombres 0%/mujeres 46%); agricultor 3,9%. Existen diferencias en la profesión según sexo (p < 0,001). *Nivel de estudios:* sin estudios: 23,4; estudios elementales

66,2%; medios 91%; diplomatura 1,3%. *Antecedentes patológicos:* cardiaca 32,5%; respiratoria 14,3%; metabólica 40,3%; osteoarticular 33,8%; psiquiátrica 14,3%; hombres 4% (IC 95 0-12)/mujeres 20% (IC 9-31), p = 0,058; otros 31,2%. *Tiene nietos:* 84%. *Ayuda a la familia:* hombres 56%/mujeres 62%. *Tiempo dedicado a cuidar nietos:* hombres 110 ± 130,5 minutos/mujeres 172,45 ± 245,25. *Tiempo libre:* hombres 600 ± 368,29 mn/día, mujeres 446 ± 317,04, p = 0,057. *Actividades en tiempo libre:* ver TV 63,6%; manualidades 9,1%; lectura: hombres 41% (IC21-61)/mujeres 18% (IC7-29), p < 0,03; deportes: 9,1%; pasear 62,3%; jugar a cartas 14,3%; coser (hombres 0%/mujeres 52% (IC38-66), p < 0,0001); bailar 15,6%; huerto: hombres 41 (IC21-61), mujeres 2% (IC0-6) p < 0,0001. *Lugar donde realiza actividades:* club de jubilados 14,3%; gimnasio 9,1%; casa: hombres 59% (IC39-79)/mujeres 80% (IC69-91), p = 0,051; centro cívico: 14,3%; calle: 53,2%. *Entidad organizadora:* ayuntamiento: 14,3%; asociación vecinal: 14,3%; entidad privada: 6,5%; el mismo 85,7%. *Percepción de salud:* buena 58,4%, regular 29,9%, mala 11,7%.

**Conclusiones:** 1. Destacar la pronta edad de jubilación, así como la no existencia de diferencias entre sexos en estudios, profesión y patología. 2. Sin ser estadísticamente significativo, las mujeres declaran ayudar más a la familia y dedicar más tiempo al cuidado de los nietos. Como consecuencia disponen de menos tiempo libre. Las mujeres mayoritariamente se dedican a costura, mientras que los hombres leen más y cuidan del huerto. Curiosamente, los hombres acuden más al club de jubilados y las mujeres al centro cívico. 3. Destacar que más de la mitad declaran tener buena salud.

### P-239. ATENCIÓN VISUAL SELECTIVA, RECONOCIMIENTO VISUAL A CORTO PLAZO Y APRENDIZAJE VISUAL DE PARES ASOCIADOS EN EL DETERIORO COGNITIVO LIGERO (DCL)

O. Juncos-Rabadán, A. Reboredo, N. Rodríguez, D. Facal, J. Cuba y A.X. Pereiro

Facultade de Psicología.

**Objetivos:** El objetivo del presente trabajo es estudiar la relación entre DCL y tres dimensiones de la memoria visual que implican procesos de familiaridad o recolección.

**Método:** Se evaluaron los problemas de memoria de 96 participantes voluntarios que acuden a los centros de atención primaria con quejas subjetivas de memoria con edades comprendidas entre 50 y 87 años de edad (M = 66,38, D.T. = 9,54) y nivel educativo de 1 a 25 años (M = 9,34, D.T. = 4,7), utilizando el TAVEC, la escala de memoria WSM-R, y los subtests de memoria visual PAL, DMS y PRM del CAMTAB. 43 participantes fueron clasificados como DCL amnésicos, y 53 como controles sin problemas objetivos de memoria. Se realizó un análisis factorial sobre los valores estandarizados de las medidas para comprobar las dimensiones de la memoria implicadas en ellas. Se realizó un ANCOVA sobre los valores factoriales, considerando el grupo como factor intersujetos y la edad y el nivel educativo como covariables.

**Resultados:** Las medidas se agruparon en cuatro factores que explicaban el 77,3% de la varianza: 1. aprendizaje visual de pares asociados (31%) con siete medidas del CAMTAB-PAL; 2. atención selectiva visual (21,42%) con cinco medidas del CAMTAB-DMS. 3. memoria verbal a corto plazo (17,81%) con las medidas Recuerdo libre a corto plazo y Recuerdo libre a corto plazo con claves del TAVEC, y por Recuerdo de textos I y Recuerdo de Textos II del WMS-R; y 4. reconocimiento visual a corto plazo, con dos medidas del CAMTAB-PRM. Se encontraron diferencias significativas entre el grupo DCL amnésico y control en Aprendizaje visual de pares asociados y Reconocimiento visual a corto plazo, pero no en Atención selectiva visual.

**Conclusiones:** El DCL afecta a dos dimensiones de la memoria visual, el reconocimiento a corto plazo que implica familiaridad, y al aprendizaje de pares asociados que implica recolección. El estudio debe ser completado en el futuro con análisis longitudinales que nos indiquen cómo evolucionan estas dimensiones en el progreso del DCL a la EA.

#### P-240. TRASTORNOS SOCIALES Y DEL LENGUAJE EN EL PACIENTE GERIÁTRICO INSTITUCIONALIZADO

M.A. Núñez Sánchez<sup>1</sup>, T. Pulido Cid<sup>2</sup>, F. Madruga Galán<sup>1</sup>, A. Blanco Orenes<sup>1</sup> y A. Estrada Sánchez<sup>1</sup>

<sup>1</sup>SESCAM. <sup>2</sup>AstraZeneca.

**Introducción:** Entre los múltiples cambios que acontecen con el envejecimiento, una de las más frecuentes y poco estudiadas es el lenguaje, limitando una de las "herramientas" más importantes para el ser humano: la comunicación.

**Objetivo:** Observar los cambios en la capacidad para nombrar objetos y la causa de institucionalización en residentes geriátricos institucionalizados etiquetados de "envejecimiento normal", sin causa médica aparente que haya motivado el ingreso.

**Método:** A los ancianos válidos institucionalizados se les ha realizado el test de nominación de Boston y el test de encontrar las palabras para Adolescentes/Adultos. Asimismo se les interrogó por el principal motivo de institucionalización. Se han recogido datos de 127 ancianos durante tres meses, con edades comprendidas entre 70 y 85 años, examinando la incidencia y el patrón de déficit de encontrar las palabras.

**Resultados:** El 26% de los adultos entre 70 y 77 años tuvieron puntuaciones anormales en las pruebas estándar, mientras que en el subgrupo de edad entre 77 y 85, las puntuaciones anormales ascendieron al 53%. Los perfiles para encontrar las palabras fueron: 1. Resultados psicométricos normales y rendimiento normal en la recuperación normal de las palabras en todas las sub-test. 2. Rendimiento psicométrico normal con deficiencia selectiva en nombrar los objetos de una foto. 3. Puntuaciones estándar en encontrar la palabra anormal con desempeño alterado en más de un subtest, que incluye nombrar los objetos en una foto tan bien como en al nombrar categorías. 4. El tipo de error más frecuente en nombrar las palabras en la foto, fueron producciones que son semánticamente relacionadas con la tarjeta. 5. En lo referente a la causa de institucionalización las principales han sido la incapacidad autopercibida de valerse de modo autónomo en su domicilio (57%) seguida de dificultades reconocidas de pasar a vivir-depender de sus hijos (31%).

**Conclusiones:** 1. La disminución significativa en la habilidad en localizar nombres específicos y verbos, son trastornos asociados a la edad, siendo ésta de mayor intensidad en los pacientes de mayor edad. 2. La principal causa de institucionalización ha sido la pérdida de autonomía autopercibida.

#### P-241. PREVALENCIA DE LA SOSPECHA DE MALTRATO HACIA PERSONAS MAYORES EN EL ÁMBITO COMUNITARIO

G. Pérez-Rojo<sup>1</sup>, M. Iza<sup>2</sup> e I. Montorio<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Universidad San Pablo Ceu. Madrid. <sup>2</sup>Universidad Autónoma de Madrid. Madrid.

**Introducción:** Aunque el maltrato hacia las personas mayores no es un fenómeno nuevo, continúa estando oculto ya que acontece en el ámbito de lo privado principalmente y es difícil de detectar. A pesar de que se han realizado diversos estudios para conocer la de prevalencia de maltrato hacia las personas mayores en diferentes países, los resultados de éstos sólo pueden ser utilizados como datos orientativos, y no como una estimación precisa del maltrato pues ésta todavía se desconoce.

**Objetivo:** Estimar la sospecha de maltrato entre personas mayores que acuden a centros de Atención Primaria y/o de Servicios Sociales a través de un instrumento breve de cribado para la sospecha de maltrato hacia las personas mayores (Índice de Sospecha de Maltrato hacia las Personas Mayores, EASI).

**Método y procedimiento:** Se ha realizado un estudio transversal y multicéntrico en Madrid, Málaga y San Sebastián compuesto por dos fases. En la primera fase, profesionales de Atención Primaria (médicos o enfermeras) o de Servicios Sociales (psicólogas) descartaron la presencia de deterioro cognitivo a través de la aplicación del MEC (crite-

rio de exclusión). Posteriormente, estos mismos profesionales aplicaron, el EASI en formato de entrevista individual. Para el desarrollo de esta fase participaron 396 personas mayores. Tras la aplicación del EASI en la primera fase, se solicitó a los participantes su colaboración en la segunda fase. En esta fase, psicólogas o trabajadoras sociales aplicaron el FETS a 340 de los participantes de la primera fase. Estas profesionales desconocían el resultado de la aplicación del EASI.

**Resultados y conclusiones:** Se ha encontrado una prevalencia de sospecha de maltrato del 12,1%, siendo el tipo más frecuente de sospecha el psicológico y siendo frecuente la presencia simultánea de diferentes tipos, especialmente maltrato psicológico y maltrato físico y sexual. La sospecha de maltrato psicológico está presente en un 82,9% del total de los casos de sospecha de maltrato. En este sentido, la presencia de maltrato psicológico puede actuar como señal de alarma, de forma que su detección es prioritaria. La sospecha de maltrato es más frecuente en mujeres que en hombres y los responsables de la sospecha de maltrato son con mayor frecuencia los cónyuges.

#### P-242. EXPERIENCIA DE UNA RESIDENCIA ASISTIDA CON CENTRO DE DÍA: 5 AÑOS DE EVOLUCIÓN

J.A. Ezquerro Iribarren, C. Arenas Aguirregoitia, E. González Gerrikaetxebarria, N. Mardaras Barrenechea, E. García García y G. Rodríguez Ansedo

AITA MENNI.

La Residencia con Centro de Día Joxe Miel Barandiarán de Durango, de titularidad foral, abrió sus puertas el 20 de Junio de 2005. En la presente comunicación se describen los aspectos relacionados con la identidad, misión y valores de Aita Menni, entidad que gestiona el citado centro, así como el desarrollo asistencial realizado en el mismo, haciendo especial énfasis en el modelo asistencial desarrollado; un modelo basado en la rehabilitación psicosocial y sustentado por un equipo multidisciplinar formado por médico de cabecera, médico psiquiatra, psicóloga, trabajadora social, monitores de rehabilitación, equipo de enfermería y personal auxiliar.

Asimismo, se detalla la implantación de un modelo de calidad que alcanza su punto álgido en Junio de 2008, con la certificación, a través de AENOR, en ISO 9001.

Igualmente, se describe la evolución del perfil poblacional atendiendo a criterios diagnósticos, de funcionamiento cognitivo, capacidad funcional y alteraciones de conducta, datos obtenidos mediante el protocolo de evaluación multidisciplinar, en el que se incluye la entrevista diagnóstica, e instrumentos de evaluación como la Índice de Barthel, Índice de Lawton & Brody, Mini-Examen Cognoscitivo (MEC) de Lobo, Escala de Deterioro Global de Reisberg (GDS-Fast) Short Portable Mental State Questionnaire (SPMSQ) de Pfeiffer, Inventario Neuropsiquiátrico de Cummings (NPI), y Escala de Depresión Geriátrica (GDS).

#### P-243. CUIDADORES INFORMALES EN PERSONAS CON DEMENCIA: EL ALZHEIMER

O. Nasser Laaoula, C. Rodríguez López, F.A. Vega Ramírez, E. Corcobado Chapinal y M.D.M. Quero Fuentes

UED Vivaldi.

**Objetivo:** Análisis crítico sobre el manejo de la información y la formación de las cuidadoras y cuidadores informales de pacientes mayores con demencia tipo Alzheimer.

**Método:** Se ha realizado una revisión bibliográfica en bases de datos como son LILCAS, CUIDEN u otras, y se han consultado 25 revistas en línea, 10 en soporte papel y 5 libros de texto; Recogiendo información sobre nuestro tema de estudio para su posterior análisis crítico.

**Resultados:** Tras la revisión de más de cuarenta artículos de revistas y libros de texto, datados con fecha superior al 2005 y en lengua castellana, podemos afirmar que la mayoría de los cuidadores informales encuentran mucha información pero poca utilidad de la misma,

para abarcar los complejos problemas que acarrea la demencia y que afectan a las personas mayores dependientes de sus cuidados; por otro lado se han encontrado escasos datos sobre cuidadores informales formados, solamente se detallan programas de educación o de apoyo a familiares, que se quedan en el papel como algo informativo sin madurar en un proceso formativo. Un resultado de interés que no es el objeto de nuestro estudio, pero que puede darnos indicios sobre la posible relación entre la sobrecarga del cuidador/a y la falta de formación, aunque no se ha profundizado en este tema.

**Conclusiones:** La información, adquirida por los cuidadores informales es de baja calidad y resulta insuficiente para los cuidados que ellos llevan a cabo. Por lo que se ha llegado a la conclusión de que un equipo multidisciplinar formado por médicos, enfermeros, terapias ocupacionales, fisioterapeutas, psicólogos y trabajadores sociales, forman una plataforma imprescindible para atender a los cuidadores informales, mejorando la salud física y emocional de estos, y proporcionando información y estrategias al cuidador, para que proporcionen cuidados de mayor calidad a la persona dependiente.

#### P-244. VALORACIÓN GERIÁTRICA MULTIDISCIPLINAR EN MAYORES INSTITUCIONALIZADOS

O.N.L. Nasser Laaola, F.A. Vega Ramírez, M.D.M. Quero Fuentes, E. Corcobado Chapinal y C. Rodríguez López  
*UED Vivaldi.*

**Objetivo:** Diseñar un plan individualizado de intervención preventiva y terapéutica con el fin de lograr el mayor grado de independencia y en definitiva calidad de vida, desde la multidisciplinariedad y para personas mayores institucionalizadas.

**Método:** Se ha seleccionado una muestra de pacientes de forma aleatoria realizando esta Valoración Geriátrica, evaluándolos siguiendo un protocolo de valoración clínica en primer lugar, valoración funcional, mental y social, utilizando los test más frecuentes y recomendados en este tipo de institución sanitaria. Conocida la situación de sus diferentes áreas y su conjunto.

**Resultados:** Se ha probado que la intervención multidisciplinar tiene una elevada eficacia a la hora de detectar con mayor rapidez los problemas, y mejora la visión holística del paciente, pudiendo tratar sus problemas más eficazmente.

**Conclusiones:** La eficacia de esta Valoración Geriátrica Multidisciplinar se debe a la especial atención que se presta a los "problemas geriátricos específicos" y a las incapacidades del anciano; a la realización de un proceso diagnóstico y terapéutico más coherente y adecuado; a una rehabilitación más intensiva, y al establecimiento con la familia y el paciente de un plan en el que el objetivo final sea el conseguir devolver al anciano las mejores condiciones posibles y un estado óptimo.

#### P-245. LAS UNIDADES DE ESTANCIA DIURNAS: AGENTE DE PREVENCIÓN EN CAÍDAS

E. Corcobado Chapinal<sup>1</sup>, G. Cardenal Felix<sup>2</sup>, E. Verdura Martorell<sup>1</sup>, O. Nasser Laaoula<sup>1</sup>, I.M. Morales Bru<sup>3</sup> y M. Pérez Bolívar<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>UED Vivaldi. <sup>2</sup>Hospital Comarcal de Inca. <sup>3</sup>SAS.

**Introducción:** Este trabajo quiere mostrar la relevancia que tienen las unidades de estancia diurnas (UED) con equipo multidisciplinar en la prevención de caídas.

**Objetivo:** Demostrar que los usuarios que asisten a las unidades de estancia diurnas disminuyen su riesgo de caídas.

**Método:** Se ha realizado una evaluación del riesgo de caídas de 20 usuarios al ingreso en la Unidad, utilizando la escala estandarizada de A.M Tromp y colaboradores, obteniendo una media de 9,75 de un máximo de 15 puntos. Y se ha sistematizado un registro de caídas desde el momento que ingresan en la unidad, quedando registradas tanto las caídas domiciliarias como las que ocurren en la UED.

**Resultados:** Los usuarios asisten a la UED una media de 33,44 horas semanales en las cuales reciben tratamiento de Terapia Ocupacional (44,85% del total), de Enfermería (17,94%), de Fisioterapia (17,94%) y de Psicología (14,95%), desde el área de Trabajo Social se realiza una intervención enfocada a la familia, por ello no se cuantifican las horas de tratamiento. Se ha realizado la media de las caídas que acontecieron en el semestre anterior al ingreso en UED, obteniéndose una puntuación de 2,3 caídas por persona y período, y se ha registrado la media de las caídas ocurridas en el último semestre obteniéndose una puntuación de 0,45 caídas por persona y período.

**Conclusiones:** Tras el ingreso en UED los usuarios reciben tratamiento desde Terapia Ocupacional (44,85% de las horas de asistencia), Enfermería y Fisioterapia (17,94% respectivamente), Psicología (14,95%), lo que repercute en una disminución de la frecuencia y cantidad de las caídas por período y persona. Por ello consideramos a la UED como un agente preventivo en salud.

#### P-246. ESTRUCTURA FACTORIAL DEL TAVEC EN UNA MUESTRA DE ADULTOS DE MEDIANA EDAD Y MAYORES CON Y SIN DETERIORO COGNITIVO: DIFERENCIAS EN HABILIDADES DE APRENDIZAJE Y MEMORIA VERBAL

A.X. Pereiro Rozas, N. Rodríguez, J. Cuba, D. Facal y O. Juncos-Rabadán  
*Universidade de Santiago de Compostela. Santiago de Compostela.*

**Objetivos:** El TAVEC, adaptación española del CVLT, fue desarrollado para evaluar la memoria verbal en población general. Varios estudios han comprobado su estructura factorial en poblaciones específicas. Nos proponemos analizar su estructura subyacente en una muestra de adultos con y sin deterioro cognitivo.

**Método:** La muestra estaba formada por 170 adultos mayores de 60 años con quejas subjetivas de memoria y con diferentes niveles de rendimiento cognitivo. Los participantes se clasifican en tres grupos, control, Deterioro cognitivo ligero (DCL) y Deterioro cognitivo moderado (DCM) a partir de las puntuaciones obtenidas en el MEC y de los criterios establecidos por Petersen (2004). El grupo DCM presentaba mayor edad y menor nivel educativo que los grupos Control y DCL.

**Resultados:** El análisis factorial exploratorio realizado por el método de extracción de componentes principales permitió obtener 4 factores que explicaron más de un 73% de la varianza: "Aprendizaje verbal general", "Habilidad discriminativa", "Efectos primacía-recencia" y "Reconocimiento". El ANCOVA de medidas repetidas realizado sobre los 4 factores obtenidos en el análisis factorial y covariado con la edad permite observar que: a) existen diferencias entre todos los grupos de estatus cognitivo únicamente en los dos primeros factores, Aprendizaje verbal general y Habilidad discriminativa; y b) las habilidades de aprendizaje y memoria que subyacen al TAVEC muestran variaciones significativas con la edad y nivel de deterioro.

**Conclusiones:** Las diferencias en memoria verbal entre los grupos control, DCL y DCM afectan especialmente al aprendizaje de palabras y a la habilidad para discriminar entre las palabras objetivo y otras palabras que actúan como intrusiones o falsos positivos.

#### P-247. EL PAPEL DEL TERAPEUTA OCUPACIONAL EN LA VALORACIÓN, INTERVENCIÓN Y PREVENCIÓN DE RIESGOS EN EL SERVICIO DE AYUDA A DOMICILIO

J.C. Sacedo Gómez<sup>1</sup>, I. García Rosa<sup>2</sup>, A. García González<sup>2</sup>, P. Recuenco Cotillas<sup>2</sup>, M. López Torralba<sup>2</sup> y S. Cantero Rueda<sup>2</sup>  
<sup>1</sup>MAPFRE QUAVITAE Servicios Centrales. <sup>2</sup>MAPFRE QUAVITAE.

**Objetivos:** 1. Describir las principales funciones del Terapeuta ocupacional (TO) en el Servicio de Ayuda a Domicilio (SAD), realizando especial incidencia en la prevención de riesgos. 2. Definir los tipos de riesgo sobre los que se interviene y canal por el que se deriva al De-

partamento de (TO). 3. Describir la Metodología de trabajo y protocolos de actuación. 4. Analizar el tipo y número de valoraciones domiciliarias realizadas por profesionales para intervenir sobre los riesgos detectados. 5. Analizar los datos sobre la demanda actual de valoraciones domiciliarias y arrojar conclusiones sobre el valor añadido de la figura del TO en el SAD.

**Método:** 1. Estudio de corte transversal. Muestra compuesta por los usuarios del SAD que MAPFRE QUAVITAE gestiona para el Ayuntamiento de Madrid, colectivo Mayores. N marzo 2010 = 17289. 2. Datos obtenidos de la herramienta informática de apoyo a la gestión del Servicio, GESAD, para la descripción de población total (edad, sexo, unidad de convivencia), así como de la explotación y análisis de datos registrados en los registros específicos del Departamento TO (octubre 2008-abril 2010).

**Resultados:** Total de valoraciones domiciliarias realizadas por el equipo de profesionales de TO del SAD para intervenir sobre los riesgos detectados. Análisis Canales detección del riesgo. Distribución del tipo de intervenciones que se realizan desde TO (Prevención de riesgos, Valoración de Ayudas Técnicas y Modificaciones ambientales, Formación profesionales y cuidadores). Análisis cuantitativo de ayudas técnicas instaladas y tipo. Análisis de datos sobre la evolución en la demanda de intervenciones solicitadas al Dep. de TO del SAD.

**Conclusiones:** 1. Perfil de usuario del SAD. Análisis de la evidencia de fragilidad y riesgo de la población atendida. 2. Desarrollo de intervenciones de los profesionales de TO en todas las poblaciones implicadas en SAD: personas mayores, familiares y cuidadores, otros profesionales del SAD. 3. Concluir sobre la pertinencia del tipo de intervenciones desarrolladas y los protocolos puestos en marcha para ello (formación, instalación de ayudas técnicas y tipo). 4. Concluir sobre la aportación de la figura del TO en los Servicios de Atención domiciliaria y valor añadido de las intervenciones de este profesional en la prevención de riesgos de la población de personas mayores.

#### P-248. AMPLITUD DE MEMORIA DE TRABAJO EN EL DETERIORO COGNITIVO LIGERO (DCL)

D. Facal<sup>1</sup>, A.X. Pereiro Rozas<sup>2</sup>, N. Rodríguez<sup>2</sup>, J.M. Caamaño<sup>3</sup>, J. Sueiro<sup>3</sup> y O. Juncos-Rabadán<sup>2</sup>

<sup>1</sup>INGEMA. <sup>2</sup>USC. <sup>3</sup>SERGAS.

**Objetivos:** El DCL se caracteriza esencialmente por el deterioro de la memoria episódica pero se han encontrado diferencias significativas en otros tipos de memoria como la memoria de trabajo (MT). Los resultados no son concluyentes debido a la diversidad de pruebas utilizadas. El objetivo del presente trabajo es comprobar si el DCL amnésico se asocia a diferencias de rendimiento en tareas de amplitud de MT de tipo verbal, numérico y espacial.

**Método:** Se estudiaron 94 participantes entre 50 y 87 años de edad (M = 65,7, D.T. = 8,7) y nivel educativo de 1 a 25 años (M = 9,34, D.T. = 4,7). Se clasificaron en 4 grupos: DCL amnésico multi-dominio (n = 19), DCL amnésico simple (n = 22), grupo control con altas quejas de memoria (n = 25) y grupo control con bajas quejas (n = 28). Se aplicaron tres tareas de amplitud de MT, amplitud para contar, amplitud de escucha y amplitud espacial. Se utilizó un modelo lineal general de medidas repetidas introduciendo como covariables la edad y el nivel educativo.

**Resultados:** Se encontraron diferencias significativas entre los grupos después de controlar los efectos de la edad y nivel educativo, pero no entre las medidas de MT, ni tampoco en la interacción grupo y medidas de MT. Las comparaciones dos a dos muestran diferencias entre el grupo de DCL multi-dominio y el resto de grupos. Las mayores diferencias se producen en la tarea de amplitud de MT verbal, luego en la numérica y, por último, espacial.

**Conclusiones:** La MT, medida a través de pruebas de amplitud, representa capacidad o recursos de procesamiento general y se encuentra comprometida en el DCL amnésico multidominio. La disminución de

los recursos de procesamiento afecta a las distintas modalidades verbal, numérica y espacial. El presente trabajo añade conocimiento sobre las diferencias entre distintos subtipos de DCL, sugiriendo que el DCL amnésico no afecta a la capacidad general de recursos de la MT. El estudio debe ser completado en el futuro incluyendo otras variables de control de recursos de procesamiento como la velocidad de respuesta.

#### P-249. PROYECTO I2HOME: USO DE UN TENSÍOMETRO SIGUIENDO LAS INSTRUCCIONES DE UN AVATAR A TRAVÉS DE LA TV EN PERSONAS CON ENFERMEDAD DE ALZHEIMER LEVE A MODERADA

J.J. Yanguas Lezáun<sup>1</sup>, U. Díaz Orueta<sup>1</sup>, P. Llaveró de Villalta<sup>1</sup>, C. Rodríguez<sup>2</sup>, A. Orbegozo<sup>3</sup> y E. Urdaneta<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Fundación Instituto Gerontológico Matia-INGEMA. <sup>2</sup>Centro de Día Bermingham. <sup>3</sup>Centro de Atención Residencial Especializada-Iza.

**Objetivo:** El objetivo principal de este proyecto ha sido desarrollar interfaces basados en el "Diseño Para Todos" que ayuden a que las personas mayores permanezcan viviendo en su hogar. En esta fase del proyecto el propósito fue evaluar si personas diagnosticadas de enfermedad de Alzheimer (EA) leve o moderada (GDS 3-5), eran capaces de ejecutar tareas con un tensiómetro siguiendo las instrucciones dadas por un avatar que aparecía en un televisor, acompañado de un vídeo ilustrativo de cada tarea.

**Método:** En el estudio participaron 8 sujetos, 5 mujeres y 3 hombres, de entre 65 y 90 años, diagnosticados de EA. A través de la observación se evaluó la habilidad para manejar el tensiómetro tras realizar un entrenamiento previo de las tareas con ayuda del evaluador. En la fase de prueba, en la que las instrucciones eran dadas por el avatar a través de la TV, se registró el grado de ayuda necesario que precisaban los sujetos para llevar a cabo las siguientes tareas: a) subirse la manga, b) coger el tensiómetro, c) subirlo hasta el codo y apretarlo y d) pulsar el botón. Las respuestas se registraron bajo las categorías: "no necesita ayuda", "tiene dificultades" o "necesita ayuda".

**Resultados:** En la fase de prueba, en la 1.ª tarea sólo 4 sujetos tomaron el tensiómetro sin ayuda, mientras que los otros 4 necesitaron ayuda. En la 2.ª y 3.ª tarea, la mitad de la muestra necesitó ayuda para moverlo a la parte superior del brazo y apretarlo. En la 4.ª tarea 7 de los 8 sujetos presionaron el botón sin ayuda, mientras que un único sujeto necesitó ayuda. Sin embargo, las dificultades mostradas no parecen un problema de comprensión, sino un problema de usabilidad por las características del tensiómetro, debido a que el cable era demasiado corto.

**Conclusiones:** Sujetos con EA leve o moderada pueden atender y seguir instrucciones simples dadas por un avatar, tanto cuando éste aparece sólo o con el apoyo del vídeo ilustrativo de la tarea a realizar, siempre y cuando ambas instrucciones se presenten de modo secuencial, sin que esto produzca una sobrecarga de la memoria.

#### P-250. LA INTELIGENCIA EMOCIONAL Y OTRAS VARIABLES PSICOLÓGICAS COMO PREDICTORES DE LA SATISFACCIÓN CON LA VIDA

N. Galdona, C. Martínez-Taboada, E. Aldaz, I. Etxeberria, J.J. Yanguas y E. Urdaneta

Fundación Instituto Gerontológico Matia (INGEMA)

Existen estudios que indican que la inteligencia emocional (Schutte, Malouff, Simunes, Hollander & McKenley, 2002), el apoyo social y las estrategias utilizadas para afrontar los problemas son aspectos importantes que influyen en el bienestar y en un envejecimiento exitoso y saludable (Gayoso, 2004). Con el fin de aumentar el conocimiento sobre los procesos y constructos psicológicos asociados al bienestar en el envejecimiento, se plantea el siguiente estudio que tiene como ob-

jetivo específico analizar el valor predictivo de la Inteligencia Emocional (IE) y otras variables psicológicas en la Satisfacción con la Vida. La muestra de este estudio está constituida por 204 personas (60% mujeres y 40% hombres), cuyo rango de edad oscila entre los 50 y los 80 años, siendo la media de edad de 65 años. La IE se evaluó mediante el cuestionario TMMS-24, la Satisfacción con la Vida mediante la escala de Satisfacción con la Vida (Diener 1985), los Estilos de Afrontamiento a través del BRIEF-Cope Inventory, el Apoyo Social se evaluó mediante el cuestionario Duke-UNC-11 y finalmente los Rasgos de Personalidad se valoraron a través del NEO-FFI.

A la hora de analizar las variables que predicen la Satisfacción con la Vida se realizó una regresión lineal con el método de pasos sucesivos. Los resultados obtenidos indican una asociación significativa ( $F(4, 184) = 10,86, p < 0,01$ ) cuando  $R^2 = 0,19$  entre las variables. Las variables que mejor predicen la Satisfacción con la Vida son el Apoyo Social ( $b = 0,25, p = 0,01$ ), la Extroversión ( $b = 0,18, p = 0,01$ ), la Claridad Emocional ( $b = 0,20, p = 0,01$ ) y los Estilos de Afrontamiento activos ( $b = 0,29, p = 0,01$ ). De los resultados obtenidos se concluye el valor de los aspectos tanto sociales como emocionales a la hora de predecir la Satisfacción con la Vida de los adultos-mayores.

#### P-251. EVOLUCIÓN DE LAS SOLICITUDES DE DEPENDENCIA EN IBIZA

J. Marí Marí<sup>1</sup>, M. Llull Sarralde<sup>2</sup>, E. Pérez Ramón<sup>2</sup> y B. Roig Roselló<sup>2</sup>  
<sup>1</sup>Consell d'Eivissa. Ibiza. <sup>2</sup>Fundació d'Atenció i Suport a la Dependència. Ibiza.

**Objetivo:** Ver la evolución de las valoraciones de dependencia llevadas a cabo en la isla de Ibiza desde abril de 2007 a diciembre de 2009.

**Materiales y métodos:** Tenemos un registro de 1908 solicitudes de dependencia recibidas a lo largo de este período; vemos la evolución por meses y el total acumulado. Hemos hecho un análisis comparativo de estas solicitudes de dependencia con las 426 solicitudes de ingreso en residencia recibidas en la unidad de valoración del Consell d'Eivissa. También hemos hecho una comparación del total de solicitudes de Baleares ofrecidos por el IMSERSO.

**Resultados:** Se comprueba que en los primeros meses hubo una avalancha de solicitudes tanto de valoración de la dependencia como de ingreso en residencia (ya se veía la necesidad de puerta única). Asimismo en 2008 hubo un aumento significativo al querer normalizar la situación de dependencia de todos los usuarios de residencias en la isla. Vemos que las valoraciones de dependencia están normalizadas.

**Conclusiones:** Las solicitudes de dependencia y las valoraciones es una constante y están al día. Hay un cúmulo de solicitudes: pese a que usamos el mismo método de valoración la puerta única de registro de solicitudes aún no es totalmente operativa.

#### P-252. INFLUENCIA DE LOS RASGOS DE PERSONALIDAD, EN LA SALUD AUTOINFORMADA, CONSUMO DE MEDICAMENTOS Y REALIZACIÓN DE EJERCICIO FÍSICO EN PERSONAS MAYORES

N. Galdona<sup>1</sup>, E. Urdaneta<sup>1</sup>, C. Martínez-Taboada<sup>2</sup>, E. Aldaz<sup>1</sup>, G. Zamora<sup>1</sup> y J.J. Yanguas<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Fundación Institut Gerontològic Matia (INGEMA). <sup>2</sup>Universidad del País Vasco.

Existen diferentes estudios que afirman que las altas puntuaciones en Extraversión y Responsabilidad junto a una baja puntuación en Neuroticismo, constituyen uno de los mejores predictores del bienestar y la salud de las personas mayores (Friedman 2000). En este sentido, el trabajo que presentamos tiene como objetivo analizar la influencia de los factores de personalidad en la salud autoinformada, en el consumo de medicamentos y en la realización del ejercicio físico en una muestra constituida por 102 personas (40 hombres y 62 mujeres), cuyo rango de edad oscila entre los 66 y los 80 años, siendo la media

de edad de 71 años. La salud percibida, se evaluó mediante el SF-36 Health Survey (Ware, Kosinski y Dewey, 2000), la información sobre el número de medicamentos y la realización de ejercicio físico se recopiló mediante una escala creada al efecto. Finalmente los rasgos de personalidad se evaluaron mediante NEO-FFI (Costa, 1997). Los resultados obtenidos indican que existe una relación estadísticamente significativa y positiva entre las puntuaciones relativas al *Neuroticismo* y el *número de medicamentos* ( $p < 0,05$ ), mientras que la relación entre este rasgo y la *Dimensión Física* ( $p < 0,05$ ) y la *Dimensión Mental* ( $p < 0,01$ ) es significativa pero negativa. El rasgo de *Extraversión*, se correlaciona positivamente de forma significativa con la *Dimensión Mental* ( $p < 0,01$ ) y el rasgo de *Apertura* se correlaciona positivamente de forma significativa con la *Dimensión Física* ( $p < 0,05$ ). Respecto a la relación entre los rasgos de personalidad y la realización de ejercicio físico, los resultados indican que existen diferencias significativas en los rasgos de *Extraversión* ( $p < 0,01$ ) y *Apertura* ( $p < 0,04$ ) dependiendo de la *realización del ejercicio físico*. Los resultados de este estudio indican la importancia que tienen los rasgos de personalidad en la salud tanto física como mental, a través de su influencia en la salud percibida en los estilos de vida.

#### P-253. PROGRAMA PARA LA PREVENCIÓN Y MEJORA DE LA CALIDAD DE VIDA EN PERSONAS MAYORES EN CUATRO CENTROS MUNICIPALES DE MAYORES DEL AYUNTAMIENTO DE MADRID

J.C. Sacedo Gómez, M. Corral Hernández, S.S. Granado Riobos, J.L. Gayoso Pardo, M. López Torralba y P. Recuenco Cotillas  
 MAPFRE QUAVITAE.

**Objetivos:** 1. Presentar el Programa para la Mejora de la Calidad de Vida de las Personas Mayores que MAPFRE QUAVITAE gestiona en cuatro Centros de personas mayores del distrito de Latina del Ayuntamiento de Madrid. Objetivos del Programa y población beneficiaria. 2. Describir el perfil de usuarios participantes en el Programa, concluyendo sobre el envejecimiento y dependencia que presenta esta población: deterioro en actividades básicas e instrumentales de la vida diaria; deterioro cognitivo y Calidad de vida percibida. 3. Describir las Intervenciones tipo desarrolladas desde el Programa. 4. Concluir sobre la eficacia de las intervenciones en la Calidad de vida percibida de los participantes.

**Método:** Estudio de corte transversal. Tres grupos distintos de usuarios participantes en el Programa, desde el año 2007 (comienzo gestión MAPFRE QUAVITAE). Descripción de Protocolos, Escalas y Registros empleados. Análisis de datos recogidos en registros específicos: Historia del usuario, Escalas Barthel, Lawton, MEC, y COOP/Wonca. Análisis de datos sobre satisfacción subjetiva de los usuarios por su participación en el Programa.

**Resultados:** Evolución del perfil de usuarios en los tres últimos años: sexo, edad, nivel socioeducativo, unidad de convivencia y apoyo en otros recursos domiciliarios. Evolución estado funcional y cognitivo. N de la muestra diciembre 2009 = 300 personas mayores: 53,33% 71-80 años. 81% Mujeres. 52,33% casadas, viudos 36,67%. 75,33% no cuentan con formación reglada. Aprox. 90% de la muestra independ. en activ. instrumentales y sin deterioro cognitivo. Diferencias obtenidas tras la aplicación post de la Escala COOP/Wonca en cada una de sus dimensiones.

**Conclusiones:** La calidad de vida de las mujeres es significativamente inferior a la de los hombres en todas las dimensiones que analiza el cuestionario COOP-WONCA, dándose la mayor diferencia en percepción del dolor (Estudio de Salud de la Ciudad de Madrid, Ayunt. Madrid, 2008). Buscamos concluir sobre la eficacia de este Programa preventivo en la salud percibida de las personas mayores medida con esta Escala. El objetivo de las actividades preventivas es lograr incrementar los años de vida libres de discapacidad, prevenir el deterioro funcional y/o recuperar el nivel de función previo, favoreciendo la permanencia en el domicilio en las mejores condiciones.



### P-254. PERFIL DE LA POBLACIÓN CENTENARIA EN RESIDENCIAS DE PERSONAS MAYORES

J.R. Campos Dompedro<sup>1</sup>, L. Carbonero de la Llave<sup>1</sup>, J.L. Gayoso Pardo<sup>1</sup>, M.V. Valverde Moya<sup>2</sup>, J.C. Sacedo Gómez<sup>1</sup> y M. Arroyo Zárate<sup>1</sup>

<sup>1</sup>MAPFRE QUAVITAE. <sup>2</sup>Residencia Gastón Baquero.

**Objetivos:** 1. Estimar la prevalencia de la población centenaria de personas mayores institucionalizadas en los centros MAPFRE QUAVITAE. 2. Describir la prevalencia de la población centenaria en la muestra en relación con el sexo, estado cognitivo y estado funcional. 3. Describir la relación de la población centenaria con la comorbilidad, síndromes geriátricos y dieta.

**Método:** Estudio de corte transversal. Muestra compuesta por los usuarios institucionalizados en 12 de los centros residenciales geriátricos de MAPFRE QUAVITAE. Fecha del estudio febrero de 2010. *Recogida de datos:* Obtenidos de la herramienta de gestión residencial, MQ-GIA (variables sociodemográficas, Escalas Barthel y MEC, Diagnósticos, Síndromes Geriátricos, dieta y Tratamientos farmacológicos) y de la recogida de datos obtenida de protocolo diseñado ad hoc para el Estudio). *Análisis de datos:* codificación de variables y análisis en paquete estadístico SPSS.

**Resultados:** El total de las personas mayores de 100 años representa el 0,93% (n = 16) del total de la muestra estudiada (1,712) en los 12 centros residenciales, de los cuales un 18,75% son varones y un 81,25% mujeres. Únicamente en 2 centros no se encuentran personas de más de 100 años, siendo la Residencia en Palma de Mallorca la que tiene un mayor número (3). A nivel funcional, medido con el índice de Barthel, sólo 1 persona es independiente, otra presenta dependencia leve, otra moderada siendo el resto severa (6) o total (7). A nivel cognitivo, MEC de Lobo, 6 personas presentan deterioro cognitivo moderado y 10 presentan deterioro cognitivo severo. Los diagnósticos más frecuentes son: demencia, alteración de la vista y oído, patología cardiovascular y osteoarticular.

**Conclusiones:** 1. La prevalencia de centenarios en centros institucionalizados es 100 veces mayor que la que actualmente existe en España (INE: 0,01%). 2. Destaca la presencia de deterioro cognitivo en todos los centenarios, lo que también se considera destacado su estudio para valorar presentación, evolución, factores predisponentes o protectores, etc. 3. Se considera el medio institucional como idóneo para desarrollar estudios que orienten sobre las enfermedades en población centenaria.

### P-255. PERFIL COGNITIVO EN FUNCIÓN DE LA EDAD Y DEL GÉNERO EN UNA MUESTRA DE ANCIANOS RESIDENTES EN RESIDENCIAS

M.D. Calero-García<sup>1</sup>, E. Navarro-González<sup>1</sup>, P. Galiano-Cruz<sup>1</sup> y M.J. Calero-García<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Facultad Psicología. Jaén. <sup>2</sup>Facultad CC Salud. Universidad Jaén. Jaén.

**Introducción:** El incremento en la expectativa de vida ha motivado –entre otros aspectos– que la etapa de la vejez sea actualmente un período de la vida que puede superar los 30 años lo cual hace que sean necesarios estudios que analicen la misma no como un todo sino como una fase del ciclo vital con importantes diferencias interindividuales que en parte de los casos dependen de variables como la edad del sujeto (Baltes y Smith, 2003), del estatus cognitivo (Twamley et al, 2006), o del género (Leach et al, 2008).

**Objetivo:** El objetivo del presente estudio ha sido analizar la influencia de las variables edad y género sobre el funcionamiento cognitivo de una muestra de ancianos residentes en Residencias de ancianos para determinar las diferencias en habilidades cognitivas que existen en función de las mismas en la población estudiada.

**Método:** En la investigación han participado un total de 220 ancianos de los cuales 88 han sido hombres (40%) y 132 mujeres (60%) con una edad media de 80,75 años. Todos los participantes han sido eva-

luados con una prueba de screening cognitivo (MEC, Lobo et al, 1979), diversas pruebas para evaluar la memoria verbal, la memoria a largo plazo, la memoria de trabajo, la plasticidad cognitiva, la atención sostenida y la fluidez verbal.

**Resultados y conclusiones:** Los resultados serán presentados y debatidos en el Congreso en donde se analizarán las variables en las que se han encontrado diferencias entre hombres y mujeres y las posibles implicaciones de las mismas.

### P-256. DIFERENCIAS EN CALIDAD DE VIDA Y EN NIVEL DE DEPENDENCIA EN FUNCIÓN DE LA EDAD Y DEL GÉNERO EN UNA MUESTRA DE ANCIANOS RESIDENTES EN RESIDENCIAS

M.D. Calero-García, E. Navarro-González, L. Gómez-Caballero y A. López-Pérez-Díaz

Facultad Psicología.

**Introducción:** Un dato que encontramos de manera sistemática en la literatura especializada es el hecho de que conforme avanza la edad se incrementan los niveles de dependencia (Townsend, 2008). Esta mayor necesidad de cuidado y de apoyo de otros que se da en la vejez puede afectar a diversas facetas de la vida del anciano entre las que se encuentran su calidad de vida y su estado de ánimo. No obstante, dichos aspectos parecen estar influidos por diversas variables entre las que se encuentran la edad del anciano y el género (Townsend, 2008; Leach et al, 2008).

**Objetivo:** El objetivo del presente estudio ha sido analizar las diferencias en calidad de vida, nivel de dependencia y estado de ánimo en una muestra de ancianos andaluces teniendo en cuenta el rango de edad (menores y mayores de 80 años) y el género de los participantes. *Método:* en este estudio han participado un total de 220 ancianos de los cuales 88 han sido hombres (40%) y 132 mujeres (60%) con una edad media de 80,75 años. Todos los participantes han sido evaluados con el cuestionario de calidad de vida CUBRECAVI (Fernández-Ballesteros y Zamarrón, 2007), con el Baremo de Valoración de la Dependencia del Ministerio de Asuntos Sociales (2007) y con la escala de depresión geriátrica Yesavage (Yesavage, 1988).

**Resultados y conclusiones:** Los resultados serán presentados y debatidos en el Congreso en donde se analizarán las variables en las que se han encontrado diferencias entre hombres y mujeres y las posibles implicaciones de las mismas.

### P-257. APOYO SOCIAL A LOS CUIDADORES PRINCIPALES: SU RELACIÓN CON LA CALIDAD DE VIDA Y LA SALUD MENTAL

E. Rodríguez Sánchez<sup>1</sup>, A. Pérez Peñaranda<sup>1</sup>, S. Mora Simón<sup>1</sup>, C.M. Becerro Muñoz<sup>2</sup>, M.P. Muriel Díaz<sup>2</sup> e I. Santolino Pereña<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Unidad de Investigación la Alamedilla. Fundación Infosalud.

<sup>2</sup>Centro de Salud Miguel Armijo. Salamanca.

**Introducción:** Las redes informales de apoyo (amigos, familia, compañeros de trabajo, etc.) se configuran de forma natural en torno al sujeto y pueden amortiguar el estrés que se produce en la salud del cuidador principal, pero también pueden ser fuente de estrés y de ansiedad.

**Objetivos:** Analizar las características del apoyo social que perciben los cuidadores principales de familiares dependientes.

**Métodos:** Estudio observacional descriptivo transversal. Emplazamiento: dos centros de Atención Primaria urbanos. Participantes 153 (111 mujeres y 42 varones) cuidadores principales de familiares dependientes.

**Mediciones de cuidadores:** Datos sociodemográficos, apoyo social percibido (Duke-UNC), salud mental (Goldberg12) y calidad de vida (Ruiz-Baca). *De los dependientes:* grado de dependencia (I, Barthel), deterioro cognitivo (T. Pfeiffer) del paciente e intensidad de cuidados que reciben.

**Resultados:** El 67,3% de los cuidadores perciben elevados niveles de apoyo social, tanto de su red familiar inmediata, como de la red social y de servicios sin diferencias por sexos. El *apoyo confidencial* (disponer de amistadas para compartir aspectos personales) es la dimensión que está más fortalecida (Media = 3,35; DT = 0,82), mientras que el *apoyo social afectivo* alcanzó la puntuación inferior (Media = 3,09; DT = 0,8). El 30% presentaban alto deterioro de la salud mental, sobre todo en las *funciones intelectuales y fisiológicas*. El 3,9% la perciben como *muy mala calidad de vida* y el 34% como *regular*. El mayor apoyo social se asocia con mejor calidad de vida ( $R^2 = 0,655$ ;  $p < 0,05$ ) y mejor salud mental ( $R^2 = 0,477$ ;  $p < 0,05$ ).

**Conclusión:** El apoyo social de los cuidadores se asocia con mejor calidad de vida y mejor salud mental.

#### P-258. DETERIORO COGNITIVO: PREVALENCIA SEGÚN EDAD Y SEXO EN UNA POBLACIÓN URBANA DE MAYORES DE 65 AÑOS

S. Mora Simón<sup>1</sup>, E. Rodríguez Sánchez<sup>1</sup>, R. García García<sup>2</sup>, D. Pérez Arechaederra<sup>1</sup>, J.I. Recio Rodríguez<sup>1</sup> y C. Patino<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Unidad de Investigación la Alamedilla. Fundación Infosalud.

<sup>2</sup>Centro de Salud Miguel Armijo. Salamanca.

**Objetivo:** Determinar la prevalencia de deterioro cognitivo (DC), leve (DCL) y moderado-grave (DCM-G), en diferentes grupos de edad y sexo en una población de personas mayores de 65 años de la ciudad de Salamanca.

**Método:** Estudio observacional descriptivo transversal. Emplazamiento: Municipio de Salamanca. Participantes: Se realizó un muestreo aleatorio simple, estratificado por zonas de salud, siendo un total de 300 personas mayores de 65 años. De ellos, 278 (101 varones y 177 mujeres) pudieron ser evaluados mediante una encuesta semiestructurada realizada en su domicilio y que incluía datos sociodemográficos (edad, sexo, estado civil), Mini Examen Cognoscitivo (MEC), siendo una puntuación menor a 13 DCM-G y entre 14 y 23, DCL; también si estaban diagnosticados previamente de demencia.

**Resultados:** La media de edad de varones (76,57) y de mujeres (76,97) de la muestra es similar. Referente al estado civil, el 57,7% está casado, el 28% viudo, el 12,7% soltero y el 0,7% divorciado/separado. Del total de las personas que presentan DC, sólo 4,33% está diagnosticado previamente de demencia. En los resultados proporcionados por el MEC, se observa que el 17,99% de la muestra presenta DC. Tanto en el grupo de 65 a 70 como de 71 a 75 años se presenta un 11,76% de DC, en ambos casos de DCL. En el grupo de 76 a 80 años el 14,03% tiene DC, siendo un 8,77% DCL y un 5,26% DCM-G. Entre 81 y 85 años, el 21,57% tiene DC (15,69% DCL y 5,88% DCM-G). Del grupo de 86 a 90 años, el 42,3% presenta DC (34,62% DCL y 8,7% DCM-G). El 37,5% sufre DC en el grupo de 91 a 95 años (25% DCL y 12,5% DCM-G). Finalmente, el grupo de 96 a 100 años tiene un 50% de DC, siendo DCL. Los resultados muestran que las mujeres presentan mayor prevalencia de DC, con un 20,9% frente al 12,87% de hombres.

**Conclusión:** La población de Salamanca muestra que la prevalencia de DC aumenta según la edad. El DCL se incrementa progresivamente y el DCM-G es más frecuente entre los 76 y 95 años. Por otra parte, las mujeres tienen mayor prevalencia de DC.

#### P-259. PREVALENCIA DE DEMENCIA EN UNA POBLACIÓN URBANA MAYOR DE 65 AÑOS

E. Rodríguez Sánchez<sup>1</sup>, S. Mora Simón<sup>1</sup>, F.L. Chinchilla Hernández<sup>1</sup>, J. Unzueta Arce<sup>1</sup>, R. García García<sup>2</sup> y C. Patino<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Unidad de Investigación la Alamedilla. Fundación Infosalud. <sup>2</sup>Centro de Salud Miguel Armijo. Salamanca.

**Introducción:** La demencia es considerada actualmente como un síndrome que se caracteriza por el deterioro progresivo y selectivo de

las funciones cognitivas superiores. Se estima que afecta a 5-7% de la población española y su prevalencia aumenta con la edad duplicándose aproximadamente cada cinco años a partir de los 60 años.

**Objetivos:** Determinar la prevalencia de demencia en una población urbana, por grupos de edad y sexo, en una población mayor de 65 años.

**Método:** Estudio observacional descriptivo transversal. Emplazamiento: ciudad de Salamanca. Participantes: A partir de la base de datos de tarjeta sanitaria individual, se seleccionaron los pacientes mediante un muestreo aleatorio estratificado por zona de salud. De la muestra obtenida, tras descartar errores en la dirección o fallecidos, se consiguió una muestra de 300 usuarios (192 mujeres y 108 varones) con una edad comprendida entre los 65 y 98 años. Instrumentos: datos sociodemográficos y la Escala de Comorbilidad de Charlson.

**Resultados:** El 4,33% de los usuarios evaluados refiere estar diagnosticado con demencia. Conocían tener enfermedad coronaria 2,70%, enfermedad cerebro-vascular 3,30% y diabetes mellitus 3,70%. Se pudo observar que la prevalencia de demencia es mayor en las mujeres con un 4,69%, frente a un 3,70% de los varones. Por edades comprendidas entre 65-75 años el 0,70% fue diagnosticado con demencia, entre 76-86 años el 7,83% y con más de 86 años el 6,98% de las personas.

**Conclusión:** En la población mayor de 65 años de la ciudad de Salamanca, la prevalencia de demencia es más frecuente en las edades comprendidas entre 76 y 90 años y mayor en mujeres que en varones. Destaca que sea inferior a la estimada para la población española, por lo que es probable que existan muchos casos no diagnosticados.

#### P-260. CONSIDERACIÓN DE LA DIMENSIÓN ESPIRITUAL EN LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA

J.M. Romero Sánchez<sup>1</sup>, S.M. Pastor Montero<sup>2</sup>, A. Martínez Sabater<sup>3</sup>, D. Sancho Cantus<sup>4</sup>, B. Sánchez Esteban<sup>5</sup> y V. Coello Barrajón<sup>6</sup>

<sup>1</sup>Grupo de Investigación del Plan Andaluz de Investigación. Desarrollo e Innovación CTS-391. <sup>2</sup>Hospital de Montilla. Montilla. <sup>3</sup>Universidad de Valencia. Valencia. <sup>4</sup>Fremap. <sup>5</sup>Hospital La Zarzuela Sanitas. Madrid. <sup>6</sup>Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz.

**Objetivos:** 1. Determinar la consideración de la dimensión espiritual (DE) en las diferentes fases del proceso enfermero, así como el conocimiento y las percepciones sobre ésta en la muestra de enfermeras estudiada. 2. Conocer los factores que originan los resultados obtenidos.

**Método:** Estudio multimétodo en 2 fases (F1-F2): 1. F1: Estudio descriptivo transversal utilizando un cuestionario autoadministrado diseñado sobre literatura específica y validado mediante juicio de expertos. Población: Profesionales de enfermería de 6 hospitales de Andalucía y la Comunidad Valenciana. N = 345. Muestreo: Intencional por la voluntariedad de participación, n = 147. Análisis de datos: Estadístico descriptivo con SPSS 17.0. Variables: Sociodemográficas; Conocimiento: Concepto de DE; Aplicación de conocimientos: Diagnóstico NANDA "Sufrimiento Espiritual"; Creencias: Responsabilidad del cuidado de la DE, Influencia de ésta en la salud y enfermedad; Consideración en Plan de Cuidados. 2. F2: Estudio cualitativo mediante grupos focales para determinar los factores que generan los resultados obtenidos en la F1. Muestreo por el principio de saturación siendo necesarios 3 grupos focales de 10 personas. Análisis de datos: Método de Giorgi.

**Resultados:** 1. F1: n = 147; Edad: X = 35,99 ± 7,94; Experiencia profesional: X = 12,4 ± 7,23 años. Conocimiento adecuado del concepto: 76,1%. Aplicación apropiada del diagnóstico NANDA Sufrimiento Espiritual: 61,1%. Creen que: la responsabilidad de la atención a la DE es de enfermería: 64,1%, la DE influye sobre salud: 83,2%, y sobre enfermedad: 90,2%; Valoran la DE: 38,7%. Establecen diagnósticos,

planifican y ejecutan cuidados: 31,6%. 2. F2: Factores: Escasez de tiempo, dificultad de valoración e intervención.

**Discusión:** Los participantes tienen un conocimiento óptimo de la DE, contrastando con la bibliografía que afirma que se suele asociar únicamente a la religiosidad. Consideran que la DE de los pacientes influye sobre su salud y proceso de enfermar y que, de los profesionales de la salud, las enfermeras son las responsables de la atención ésta. Únicamente un tercio de la muestra refiere tener en consideración la DE en las diferentes fases del proceso enfermero. Los principales factores que originan esto son la dificultad en la valoración e intervención, por su subjetividad y carencia de cuestionarios de valoración específicos en español y el escaso tiempo de estancia hospitalaria y atención disponible, lo que hace que se priorice en otras necesidades.

#### P-261. TERAPIA OCUPACIONAL Y PSICOLOGÍA: MANEJO DE UN CASO DE DEMENCIA SENIL

I.M. Camero Castañeda<sup>1</sup>, E. Corcobado Chapinal<sup>1</sup>, O. Nasser Laaoula<sup>1</sup>, M. Pérez Bolívar<sup>1</sup>, I.M. Morales Bru<sup>2</sup> y G. Cardenal Félix<sup>3</sup>

<sup>1</sup>UED Vivaldi. <sup>2</sup>SAS. <sup>3</sup>Hospital Comarcal de Inca. Inca.

**Introducción:** Dentro de la Unidad de Estancia Diurna (UED) existe una población diana con deterioro cognitivo en diferentes grados, la cual necesita un tratamiento especializado para frenar el deterioro y maximizar la autonomía. Se ha realizado el estudio de un caso de mujer de 92 años con deterioro cognitivo diagnosticado en 2009 sin tratamiento farmacológico y con agitación, siendo una usuaria con dependencia leve en actividades básicas de la vida diaria (ABVD), deterioro cognitivo grave y dependencia grave en actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD).

**Objetivos:** Demostrar que el tratamiento conjunto de Terapia Ocupacional (TO) y Psicología mejoran las relaciones familiares, el desempeño de la usuaria y la calidad de vida de la misma y su entorno social.

**Método:** Se realiza valoración inicial al ingreso utilizando un registro de conductas de agitación y de asistencia y las siguientes pruebas estandarizadas: MEC (5/35), LAWTON Y BRODY (1/8) y BARTHEL (60). Se plantea el tratamiento y los objetivos a conseguir son: mantener el nivel de autonomía existente, capacidades cognitivas residuales, capacidades físicas, disminuir demandas de atención hacia el cuidador, disminuir conductas de agitación, aumentar la tolerancia a la actividad, conseguir la adquisición de habilidades de control de estrés, adquisición de destrezas para el manejo del caso, etc. Se realiza evaluación a los 6 meses del ingreso obteniendo MEC (5/35), LAWTON Y BRODY (1/8) y BARTHEL (75). Los objetivos se consiguen en un 100% aunque es necesario consolidarlos.

**Conclusiones:** Después de realizar los resultados obtenidos se puede concluir que el tratamiento conjunto de Psicología y TO mejoran las relaciones familiares, el desempeño ocupacional y la calidad de vida de la usuaria y su cuidador, a la par que se consigue el enlentecimiento del deterioro cognitivo y la maximización de la autonomía en AVBD.

#### P-262. EL RINCÓN DEL NIETO EN UNA RESIDENCIA DE MAYORES

A. Moreno González, V. Torija Sánchez, R. Tardío Martínez, A. Blázquez López e I. Sánchez  
Residencia de Mayores Benquerencia. Toledo.

La Residencia de Mayores Benquerencia (Toledo) realiza el proyecto del rincón del nieto. El centro posee 140 plazas. El perfil de residente cumple las siguientes características: > 80 años, 50% grandes dependientes, pluripatológicos y con síndromes geriátricos diversos. En la

gran mayoría con buen apoyo familiar. Las familias acuden durante toda la semana, en horario de mañana y tarde.

**Objetivos:** *En nietos o niños:* Fomentar una actitud positiva hacia la vejez o –cuando menos– una idea no distorsionada de esta etapa de la vida. Aprender de la experiencia y sabiduría de los mayores. Estimular los sentimientos, las emociones y la empatía entre generaciones. Conocer los cambios que se producen en las personas con la edad. Cambiar la forma de ver las residencias de mayores por parte de los niños. *En mayores:* Incrementar las relaciones personales. Fomentar sentimientos de utilidad y reconocimiento social en la vejez. Crear oportunidades de compartir actividades con los más jóvenes. Estimulación cognitiva (evocar recuerdos, vivencias, etc...) y psicoafectiva. *En el centro:* Aprovechar el capital humano de todas las generaciones. Optimizar los recursos, actividades, servicios de ocio del centro. Realizar la importancia y el sentimiento de pertenecer a la residencia. Ofrecer nuevos roles y oportunidades como centro abierto a la comunidad, con actividades intergeneracionales.

**Material y métodos:** El “Rincón del nieto” es un espacio creado para el disfrute de residentes, nietos y familiares, está ubicado en el salón polivalente, con material cedido por una ludoteca. También está a disposición material de pintura, rotuladores, juegos, puzzles, cuentos, para realizar actividades entre nietos y residentes. Existen unas normas básicas de funcionamiento.

**Resultados:** El Rincón del nieto lo usan el 14% de residentes con sus correspondientes nietos. La afluencia diaria es de dos nietos por la tarde. Durante el fin de semana acuden siete nietos en horario de mañana y tarde. Todos los nietos están satisfechos con participar en actividades acompañados de sus abuelos. Los residentes están satisfechos con el rincón del nieto.

**Conclusiones:** Actividades intergeneracionales entre abuelos y nietos benefician a las personas mayores de la Residencia de Mayores de manera integral.

#### P-263. ANÁLISIS CUALITATIVO DE LA EXPERIENCIA DE VIVIR DESCARGAS EN ANCIANOS CON UN DESFIBRILADOR AUTOMÁTICO

D. Palacios Ceña, C. Alonso Blanco, E. Pileño Martínez, I. Corral Liria, J. Morillo Rodríguez y C. Gómez Calero  
Universidad Rey Juan Carlos. Madrid.

En la actualidad hay un aumento progresivo de la implantación de desfibriladores (DA) en ancianos. Pero ¿cómo viven los portadores mayores los episodios de descargas tras la implantación del DA?

**Objetivos:** Conocer la experiencia vivida de los ancianos españoles portadores de un DA, que han sufrido descargas.

**Métodos:** Estudio cualitativo fenomenológico. *Participantes:* Ancianos portadores de DA, sin deterioro cognitivo, con capacidad de comunicarse verbalmente o por otros mecanismos. *Muestreo:* Por propósito y técnica de bola de nieve. *Recogida de datos:* Entrevistas no estructuradas y relatos personales de los portadores. La recogida finalizó al saturarse los datos. *Análisis* mediante la propuesta de Giorgi. *Triangulación:* a) entre miembros del equipo de investigación, b) auditoría por un investigador externo, c) verificación con los participantes, d) comparación de fuentes. *Consideraciones éticas:* Se mantuvo la confidencialidad y se obtuvo el consentimiento informado y el permiso del comité ético de la Universidad Rey Juan Carlos, y del Hospital Universitario de Fuenlabrada.

**Resultados:** 9 participantes cumplían criterios de inclusión. 7 hombres y 2 mujeres. Edad media 64,82 años. Se realizaron 13 entrevistas, y se grabaron 21 horas de entrevistas y se analizaron 2 relatos personales y extractos de un diario. Se presentan los temas identificados: Auto percepción de vulnerabilidad, pérdida de control de su vida, desarrollando estrategias, vivir acompañado, “precio que hay que pagar”. Los portadores/as perciben una mayor vulnerabilidad ante una situación de gran incertidumbre como las descargas. En ocasiones definen una pérdida de control debido a no conocer el

cuando, ni el como ni el donde podrá aparecer la descarga. Las estrategias aparecen en todos los portadores mayores como una respuesta a los cambios. Llegan a "aferrarse" a costumbres, ya que definen su utilidad dentro de su contexto social. La pareja en los portadores mayores aparece como un elemento con gran significado y las descargas son vividas de manera ambivalente como el precio que hay que pagar para seguir vivir a pesar de no aceptarlas y vivirlas negativamente.

**Conclusiones:** Las descargas en los portadores/as mayores con DA son percibidas negativamente pero con el paso del tiempo son aceptadas como inherente al propio tratamiento del DA.

**P-264. ¿ES UN INSTRUMENTO ÚTIL EL BAREMO DE VALORACIÓN DE LA DEPENDENCIA (BVD) PARA DEFINIR LA CARGA DE TRABAJO Y NECESIDAD DE CUIDADOS EN EL MEDIO RESIDENCIAL?**

J.C. Sacedo Gómez, M. Arroyo Zárate, J.R. Campos Dompredo, L. Carbonero de la Llave, I. Saez Izquierdo y J.L. Gayoso Pardo  
*MAPFRE QUAVITAE.*

**Objetivos:** 1. Identificar una muestra de usuarios de centros residenciales que hayan sido valorados con el BVD y cuenten con dictamen de Grado y Nivel. 2. Analizar si el BVD se correlaciona con las Escalas de valoración de la dependencia funcional y cognitiva utilizadas en el medio residencial. 3. Conocer la situación funcional y cognitiva, carga de cuidados de enfermería, necesidad de supervisión, ayuda en traslados, comunicación, trastornos conductuales asociados, etc. Para poder definir carga de trabajo de usuarios dependiente. 4. Concluir sobre si el BVD puede configurarse como criterio definitivo en la valoración de la dependencia en residencias y su correlación con la financiación de las plazas.

**Método:** Contamos con una muestra de 60 casos, usuarios de Centros residenciales de personas mayores gestionados por MAPFRE QUAVITAE, que hayan sido valorados con el BVD en distintos grados y niveles: Grado III y Grado II (niveles 1 y 2). Para cada uno de los usuarios de la muestra se recogerán los siguientes datos: a) Estado funcional del usuario: Barthel; b) Funcionamiento cognitivo: Minimental de Lobo; c) Presencia de problemas del comportamiento asociado a patología de base; d) Necesidad de cuidados específicos de Enfermería (UPP, nutrición enteral, oxigenoterapia, encamado, paliativos, medicación específica) y otros cuidados específicos continuados (cambios posturales, uso de grúa, medidas de contención, incontinencia urinaria).

**Resultados:** El proceso de valoración y los pasos posteriores no se están desarrollando a la misma velocidad en todas las Comunidades Autónomas. Existen iguales dictámenes en grado y nivel para usuarios que cuentan con muy distinta carga de cuidados, tanto en la misma Comunidad Autónoma como entre Comunidades.

**Conclusiones:** La financiación de las plazas residenciales concertadas comienza a diferenciarse en función de la clasificación en Grado y Nivel que arroje el BVD sobre la persona en situación de dependencia. Desde la experiencia de trabajo en el ámbito residencial, estimamos que el baremo no recoge todos los cuidados que puede recibir una persona en residencia y sin embargo determinadas atenciones (utilización de grúas, contenciones, vigilancia, trastornos de conducta, etc.) pueden condicionar una mayor carga de trabajo.

**P-265. DEMENCIA FRONTOTEMPORAL. ANÁLISIS DEL DETERIORO FUNCIONAL**

F.J. Soria Perdomo, J. Velasco García-Cuevas, C. Masegú Serra, C. Ilioudi, P. Gil Gregorio y J.M. Ribera Casado  
*Hospital Clínico San Carlos. Madrid.*

**Objetivo:** Conocer las manifestaciones en el dominio funcional de la demencia frontotemporal en población que acude a una Unidad de Memoria.

**Materiales y métodos:** Estudio descriptivo retrospectivo en el que se revisaron las historias de 16 pacientes de 75 años o más (entre 75 y 99 años), desde enero del 2006 hasta la actualidad (promedio de tiempo seguimiento: 16 meses).

**Resultados:** 9 mujeres y 7 hombres. El 87,5% (14 pacientes) tenían diagnóstico de demencia frontotemporal y 2 pacientes de afasia progresiva primaria no fluente. Todos los pacientes presentaban comorbilidad, con un valor promedio del índice de Charlson de 3. El 62,5% (10 pacientes) presentaban polifarmacia (5 o más fármacos). El 43,8% (7 de 16), presentaban dependencia para tres o más actividades básicas al momento de la primera visita, y el sólo el 18,8% (3 de 16) permanecen independientes al primer año de seguimiento. A pesar de ello, sólo la mitad de los pacientes requerían recursos de asistencia domiciliar pública o privados, y después de un año sólo 3 permanecerán sin ayudas. Los pacientes tenían un promedio de puntaje en la escala de Lawton de 3,1 al inicio y de 2,8 al año siguiente. La mayoría de los pacientes (75%) presentan síntomas conductuales y en sólo un paciente no se observaban dichos síntomas tras un año de observación.

**Conclusiones:** 1. Los pacientes con demencia frontotemporal experimentan un deterioro funcional considerable, con aumento de los requerimientos de ayuda en el domicilio, en tan solo un año. 2. Es importante el seguimiento de los pacientes en unidades de memoria, que permitan las correctas recomendaciones y prevención de riesgos.

**P-266. IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA DE TRABAJO PARA LA INTERVENCIÓN DE LOS SÍNTOMAS PSIQUIÁTRICOS Y CONDUCTUALES DE DEMENCIA**

M.J. Garate Olazabal<sup>1</sup>, A. Zulaica<sup>1</sup>, V. Olivan<sup>1</sup>, I. Iturrioz<sup>1</sup>, E. Arriola<sup>1</sup> y C. Buiza<sup>2</sup>  
<sup>1</sup>Fundación MATIA. <sup>2</sup>INGEMA.

**Objetivo:** Implantar un sistema homogéneo de trabajo para garantizar el adecuado abordaje no farmacológico de los trastornos conductuales.

**Método:** Diseño de un sistema de recogida de datos y registro en 10 personas con trastorno de comportamiento ubicados en una unidad psicogeriátrica del centro Julián Rezola de Fundación Matia; formación a los profesionales de atención directa sobre el sistema; elaboración del procedimiento de actuación; e implantación del mismo.

**Resultados:** Tras la implantación del nuevo sistema de trabajo y la aplicación de pautas individualizadas de manejo de los distintos trastornos de comportamiento en los usuarios seleccionados, se observa una disminución en la frecuencia y/o severidad de dichos trastornos y una mejora en la capacidad de manejo e intervención por parte de los distintos profesionales de atención directa.

**Conclusiones:** la implantación de un sistema de trabajo homogéneo para la intervención en los síntomas psiquiátricos y conductuales en los usuarios de las Unidades Psicogeriátricas garantiza un adecuado abordaje de dichos trastornos conductuales, y en consecuencia una mejora en la satisfacción y calidad de vida de los usuarios y sus cuidadores, por lo tanto, se plantea la elaboración de un manual de consulta con pautas de actuación ante los mismos.

**P-267. EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA DE PERSONAS MAYORES EN EL MEDIO RESIDENCIAL A TRAVÉS DE LA ESCALA FUMAT**

M.J. Garate Olazabal<sup>1</sup>, A.R. Barriga<sup>1</sup>, B. Martínez<sup>1</sup>, N. Etxaniz<sup>2</sup> y C. Hernández<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Fundación MATIA. <sup>2</sup>MATIA INNOVA.

**Objetivo:** Evaluación objetiva de la calidad de vida de los usuarios de los centros de Matia Fundazioa para la posterior realización de planes de atención individualizados de apoyo y proporcionar una medida para el seguimiento de resultados.

**Método:** Administración de la escala de calidad de vida Fumat, diseñada por el INICO específicamente para Fundación Matia a través de una beca. Se obtiene la información a través de un observador externo y la escala consta de 57 ítems distribuidos en 8 dimensiones básicas: bienestar emocional, bienestar físico, bienestar material, relaciones interpersonales, inclusión social, desarrollo personal, autodeterminación y derechos. Todos los ítems se responden por medio de 4 opciones: nunca o casi nunca, a veces, frecuentemente y siempre o casi siempre. El estudio se ha realizado sobre una muestra de 297 usuarios, 245 pertenecientes al recurso de unidad residencial y a 52 pertenecientes a la Unidad Psicogeriátrica (UPSI). *Las variables sociodemográficas utilizadas han sido:* sexo, estado civil, nivel de estudios, idioma materno, edad, rango de edad, profesión y otras variables relacionadas con la valoración cognitiva y situación legal como nivel de incapacitación y screening de deterioro cognitivo.

**Resultados:** El índice de calidad de vida en general es alto (siendo el máximo 123, el 50% de la muestra supera 101) y los perfiles obtenidos por los usuarios de la unidad residencial y los de las unidades psicogeriátricas es muy diferente, ya que se ha detectado que la variable que más influye en las dimensiones y por lo tanto en la calidad de vida es el deterioro cognitivo.

**Conclusiones:** La escala Fumat para la valoración de la calidad de vida nos da una amplia información sobre la situación y el estado de la persona en todas las dimensiones analizadas, lo cual nos sirve de base para el diseño del plan de atención individualizado de cada usuario y para su posterior seguimiento. Por este motivo se plantea como reto de futuro la validación de dicha escala.

#### P-268. TERAPIA OCUPACIONAL Y ORIENTACIÓN EN EL DETERIORO COGNITIVO

E. Corcobado Chapinal<sup>1</sup>, I.M. Camero Castañeda<sup>1</sup>, O. Nasser Laaoula<sup>1</sup>, M. Pérez Bolívar<sup>1</sup>, I.M. Morales Bru<sup>2</sup> y G. Cardenal Felix<sup>3</sup>  
<sup>1</sup>UED Vivaldi. <sup>2</sup>SAS. <sup>3</sup>Hospital Comarcal de Inca. Inca.

**Introducción:** La orientación temporal, espacial y personal resulta alterada en personas que sufren deterioro cognitivo, creando una mayor dependencia y genera agitación, que se manifiesta hacia el cuidador o el entorno. La Terapia Ocupacional (TO) es la disciplina que a través de actividades significativas favorece a la orientación de dichas personas repercutiendo en un desempeño ocupacional de manera positiva.

**Objetivo:** Demostrar que la asistencia regular a TO favorece una mayor orientación y disminuye la frecuencia de situaciones con agitación en personas con deterioro cognitivo.

**Método:** Se han valorado a 15 pacientes de los cuales el 46,66% tienen deterioro cognitivo moderado-grave y el 53,33% tiene deterioro leve. Existiendo alteraciones conductuales acompañadas de agitación en un 53,33% de los casos totales. Con una media de edad de 79,53 años, el 66,66% mujeres y el 33,33% hombres. *La media obtenida en las escalas:* Barthel es de 62,3/100, y en Lawton y Brody es de 1,8/8. La media de asistencia es de 38,7 horas semanales, el 38,75% de dichas horas corresponde a tratamiento de TO. La media en conductas de agitación durante las sesiones de TO es de 1,53 diarias. Para el registro en los fallos de orientación se crea un registro específico en el cual se refleja: tipo de orientación afectada, número de errores, momento en el cual aparece y si se acompaña de agitación. Se realiza evaluación del tratamiento pasados 6 meses desde el ingreso obteniéndose los siguientes datos: Media de Barthel 63,3/100, Lawton y Brody 1,8/8, media de conductas de agitación en TO 0,8 diarias, media de asistencia 38,7 horas semanales de las cuales el 38,75% corresponde a TO. Del registro de fallos en orientación se obtiene una disminución de la frecuencia de un 30% especialmente en los pacientes con deterioro leve-moderado.

**Conclusiones:** La asistencia de personas con deterioro cognitivo a TO disminuye la desorientación, temporal, espacial y personal en un 30%. A la par que la frecuencia de conductas de agitación disminuye durante la asistencia a TO en un 52,28%.

#### P-269. DIFERENCIAS EN FUNCIÓN DEL GÉNERO EN DIFERENTES PATOLOGÍAS EN UNA MUESTRA RURAL GALLEGA

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

**Objetivo:** Envejecer conlleva una serie de cambios, tanto físicos y psicológicos como sociales, que hay que tener en cuenta a la hora de estudiar este tipo de población. Envejecimiento y enfermedad son dos conceptos muy relacionados ya que el incremento de la edad se asocia con una frecuencia elevada de ciertas enfermedades (sobre todo degenerativas), aun cuando no significa que todas las personas mayores se vean afectadas por ellas. El objetivo de este estudio es analizar diferentes patologías y observar así la prevalencia de las mismas en función del género en una población rural de un municipio de A Coruña.

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

**Resultados:** De las 20 patologías analizadas se encontró relación estadísticamente significativa entre el género y dos de ellas, la EPOC (Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica) y la osteoporosis. En cuanto a la EPOC, el 66,7% de los varones presentaban dicha enfermedad, de los cuales el 50% eran ex-fumadores y el 6% fumadores; mientras que en relación a la osteoporosis, la presentaban el 100% de las mujeres.

**Conclusión:** En las últimas décadas la EPOC ha aumentado, siendo más frecuente en hombres que en mujeres debido a la mayor prevalencia de tabaquismo en los hombres, aunque esto se espera que cambie en los próximos años ya que el consumo de tabaco en mujeres jóvenes es significativamente mayor al de los hombres jóvenes. En cuanto a la osteoporosis la sufren en su mayor medida las mujeres debido a condiciones genéticas, aunque estos datos de prevalencia pueden verse modificados en los próximos años debido a los cambios que se están produciendo tanto en hábitos saludables (dieta, ejercicio) como no saludables (tabaco, alcohol).

#### P-270. CREENCIAS Y ACTITUDES DEL PERSONAL CUIDADOR DE UN CENTRO RESIDENCIAL SOBRE LOS COMPORTAMIENTOS SEXUALES DE LAS PERSONAS MAYORES INGRESADAS

S. Cano Cruz y A. Martín Pérez  
*SAR Sierra de las Nieves. Guaro.*

**Introducción:** Se analizan las actitudes, mitos y prejuicios de la sociedad en general sobre la sexualidad de las personas mayores. En concreto se analizan las del personal cuidador de un centro residencial sobre la sexualidad de los mayores ingresados en él.

**Objetivos:** Conocer las actitudes del personal cuidador (auxiliares de enfermería) sobre los comportamientos sexuales de los residentes y cómo influyen estas actitudes en la atención prestada y en el comportamiento del residente.

**Metodología:** A través de un cuestionario se pregunta al personal cuidador sobre diferentes aspectos de la sexualidad humana, posteriormente se pregunta por aspectos de la sexualidad en personas mayores, y por último se estudian los comportamientos del personal cuando presencian actos sexuales de los mayores en el centro.

**Resultados-Conclusiones:** Se valora la importancia de las creencias y actitudes del personal auxiliar de enfermería sobre la sexualidad de los residentes, sus reacciones, sus comportamientos, etc. y cómo influye esto en la atención que prestan. Así mismo se demuestra que

las reacciones, actitudes etc. del personal influyen en la libertad del residente para vivir una sexualidad plena en su vida diaria, como parte importante en la satisfacción de sus necesidades y por tanto en su calidad de vida.

#### P-271. PROGRAMA DE COLABORACIÓN DEL HOSPITAL DE DÍA CSS MUTUAM-GÜELL CON UNA ONG

L. Xamani Pala, A. Escolà Fuster, E. López Luna, M.J. García Ferré, D. Quera Ayma y J. Prieto García  
Centre Sociosanitari Mutuam Güell. Barcelona.

**Introducción:** El Hospital de Día es un recurso sanitario que consta de 25 plazas cuyo principal objetivo es estimular a personas afectadas por la Enfermedad de Alzheimer y otras demencias en estadios iniciales y/o moderados, para frenar la progresión de la enfermedad y mantener el máximo de tiempo posible, sus capacidades cognitivas preservadas. Dentro del modelo de intervención psicosocial se ha desarrollado este programa piloto de colaboración con la ONG.

**Objetivos:** Implicar a los pacientes en la toma de decisiones y reforzar su autoestima. Establecer vínculos con el entorno, incluyéndolos en la vida activa de la comunidad. Potenciar el sentimiento de pertenencia a un grupo de iguales.

**Metodología:** Estudio descriptivo con recogida de información mediante auto-informes (cuestionario).

**Resultados:** El perfil medio de los usuarios que han participado en el proyecto es de 80 años de edad, de sexo femenino, el 80% son mujeres, y con diagnóstico principal de Enfermedad de Alzheimer en el 84% de los casos. Son pacientes autónomos con un índice de Barthel medio superior a 85. A nivel cognitivo el 88% presentan moderado (MEC 15-24), y el 12% presentan deterioro cognitivo leve (MEC 24-28). Durante 4 meses los 25 pacientes de Hospital de Día de psicogeriatría realizaron los talleres de terapia creativa, aprovechando las experiencias previas de los pacientes con habilidades conservadas y la ayuda de los profesionales del centro. El 92% expresaron un elevado grado de satisfacción, asociando sentimientos de gratitud y bienestar a la tarea. La totalidad de los pacientes repetirían la experiencia y el 85% de los encuestados destacaban haberse sentido realizado y orgulloso de colaborar con la ONG.

**Conclusiones:** 1. La iniciativa ha servido para abrir el centro al barrio. 2. Durante la actividad expresaron sentimientos y emociones positivas que reforzaron su sentimiento de pertinencia social. 3. Ha sido una experiencia vivencial positiva tanto para los pacientes como para el equipo del Hospital de Día.

#### P-272. ESTUDIO DE LA APLICACIÓN DE UN PROTOCOLO DE ATENCIÓN PLENA EN PSICOGERIATRÍA

C.F. Salgado Pascual, J.A. Aguado Mañas, R.M. San Miguel Cuella, M.C. Bombin Puyo, P.M. Álvarez Manzanares y P.J. del Pozo Tagarro  
Centro Hospitalario Benito Menni. Valladolid.

El presente trabajo tiene como objetivo estudiar la eficacia de un protocolo de atención plena en pacientes de la unidad de psicogeriatría del Hospital Benito Menni de Valladolid. La Atención Plena es la traducción que se ha realizado en castellano de la palabra Mindfulness que significa prestar atención de un modo particular, con un propósito, en el momento presente y sin establecer juicios de valor (Jon Kabat-Zinn, 2004).

Por lo tanto en la práctica de la Atención Plena destacan dos elementos fundamentales que son la focalización en el momento presente y la ausencia de valoraciones de lo que en ese momento está ocurriendo, añadiendo una actitud de aceptación y cuidado.

La aplicación del Mindfulness ya ha mostrado su utilidad en el abordaje de la depresión, reducción de estrés, pacientes oncológicos, dolor crónico, etc y se considera de utilidad también en el caso de los

pacientes de mayor edad y en la mejora de la calidad de vida en la etapa del envejecimiento. (Langer, 2007).

Se presenta la aplicación de un protocolo grupal de entrenamiento en Atención Plena, con un grupo de 6 pacientes de la unidad de Psicogeriatría del Hospital Benito Menni de Valladolid y su efectividad tanto en mediciones en las pruebas específicas de Mindfulness (KIMS) como a nivel subjetivo, respecto a la valoración de los participantes sobre la utilidad del protocolo.

#### P-273. POSIBILIDADES DE APLICACIÓN DE LA ATENCIÓN PLENA EN GERONTOLOGÍA

C.F. Salgado Pascual, J.A. Aguado Mañas, R. San Miguel Cuellar, M.C. Bombin Puyo, P.J. del Pozo Tagarro y P.M. Álvarez Manzanares  
Centro Hospitalario Benito Menni. Valladolid.

El presente trabajo tiene como objetivo exponer las diferentes posibilidades de aplicación de las técnicas de Atención Plena en la mejora de la calidad de vida en la etapa de la vejez o envejecimiento.

La Atención Plena o Atención Plena se define como una forma de conciencia en la que la atención se focaliza en el momento presente, sin juzgar lo que se percibe y con una actitud de aceptación y cuidado (Jon Kabat-Zinn, 2004).

Los dos componentes de la práctica de la atención plena es por una parte la *atención mantenida* en la experiencia inmediata, observando lo que está pasando en el momento presente, aparezca lo que aparezca en la mente observándolo. Y por otra parte está la actitud de adoptar una orientación definida por la curiosidad, *aceptación* y apertura. En el trabajo, se hace referencia a los aspectos básicos de la técnica de Atención Plena, las actitudes fundamentales con las que hay que acercarse a la práctica, se explica lo que es y no es la Atención Plena y se hace un repaso de las posibilidades de aplicación y las bonanzas potenciales en la calidad de vida de las personas que se encuentran en la etapa de envejecimiento, así como las posibilidades de aplicación a cuidadores con elevado nivel de sobrecarga emocional.

#### P-274. EJERCICIO FÍSICO AL AIRE LIBRE ¿QUÉ PREFIEREN LOS MAYORES?

M. Rodríguez Hernández<sup>1</sup>, A.I. Corregidor Sánchez<sup>2</sup>, D. Moreno Ramos<sup>3</sup>, B.P. Moro Peralta<sup>4</sup> y M.C. Valbuena Boiza<sup>3</sup>  
<sup>1</sup>Instituto Ciencias de la Salud. <sup>2</sup>Universidad de Castilla la Mancha. <sup>3</sup>Centro Talmogar. <sup>4</sup>Universidad Castilla La Mancha.

**Objetivos:** Conocer las preferencias y el patrón de uso de las personas mayores al realizar ejercicio físico utilizando los módulos instalados en parques saludables.

**Material y método:** Estudio observacional desarrollado en cuatro parques saludables de Castilla la Mancha. El estudio fue realizado en días laborables y festivos y en distintas franjas horarias. Se entrevistó a un total de 80 personas mayores de 60 años, que en el mismo momento de la entrevista se encontraban utilizando los módulos de ejercicio físico instalados en el parque. Se utilizó en un cuestionario realizando *ad hoc* con opción de respuesta abierta y cerrada tipo sí-no. El cuestionario incluye ítems como el tiempo de uso del parque, frecuencia de asistencia semanal, número de repeticiones/tiempo y tipología de ejercicio (timón, bicicleta estática, bicicleta elíptica, escalera de dedos, volante, rueda de hombro, barras, ascensor, giro de cintura, corredor aéreo, etc.).

**Resultados:** Se valoraron 80 usuarios de parques saludables. *Edad media:* 69,7 años. 70% hombres y 30% mujeres. El nivel de satisfacción con la instalación de los módulos de ejercicio físico es muy alto (92,7%). La mitad de los usuarios realizan ejercicio físico acompañados por amigos, pareja o cuidador. Utilizan ayuda técnica para caminar un 16% de los entrevistados. El 20% asiste al parque saludable todos los días, un 60% asiste entre 1 y 4 días a la semana. La duración

del ejercicio físico realizado es de media hora en el 50% de los casos. Un 75% de los usuarios realiza 10 repeticiones o menos de cada módulo de ejercicio. Los módulos de ejercicio más utilizados por las personas mayores son rueda de hombro (87,5%), volante miembros superiores (80%), bicicleta estática (71,3%), bicicleta elíptica (61,3%) y elevador de hombros (58,8%).

**Conclusión:** La instalación de parques saludables en los espacios públicos urbanos al aire libre promueve la realización de ejercicio físico en las personas mayores. Los ejercicios que no requieren coordinación de miembros superiores e inferiores son elegidos en mayor medida que los ejercicios que requieren una doble coordinación motora.

#### P-275. IMPORTANCIA DEL CONOCIMIENTO Y SENSIBILIZACIÓN DEL USO DE RESTRICCIONES FÍSICAS EN CENTROS GERONTOLÓGICOS

A. Urbizu, A. Olaizola, M.I. Genua, I. Carrasco y T. Cestau  
*Fundación Matia.*

**Objetivos:** 1. Conocer la utilización que de las restricciones físicas se realiza en 3 centros gerontológicos. 2. Identificar organizaciones excelentes en este tema que nos puedan ayudar a minimizar el uso de restricciones, organizando con ellas una acción formativa/sensibilizadora a los equipos interdisciplinares. 3. Establecer un modelo de atención que prime el no uso restricciones. 4. Evaluar el impacto en dichas organizaciones de las acciones realizadas.

**Metodología:** 1. Identificación de las organizaciones centradas en esta línea de trabajo. 2. Realización de diagnóstico de situación en tres centros gerontológicos gestionados por Matia. 3. Formación y sensibilización de los equipos. 4. Evaluación del impacto de esta primera medida.

**Resultados:** Se identifica el centro Torre Zurri de Gernika como centro libre de restricciones. Se realiza un plan conjunto para la sensibilización y formación de los equipos. En Diciembre 2009 se realiza el diagnóstico de uso de restricciones en 3 centros de Fundación Matia. En Enero 2010, se realiza, para todos los equipos interdisciplinares de los centros implicados una acción formativa y sensibilizadora. Durante el corte realizado en 2009 el porcentaje de utilización de restricción física en los centros fue de 33,09% en el centro R, 48,27% en el centro B y 22,09% en el centro F. Tras la capacitación, en 2010 los resultados fueron de 33,33%, 44,06% y 19,27%, respectivamente obteniéndose una mejora del 10%, 8,7% y 12,8%. Relacionados los resultados con la situación de los usuarios, se observa que en el centro B, los usuarios presentan un mayor deterioro funcional y cognitivo (74% con Barthel < 40 frente a 54% y 44% en R y F respectivamente, 65% MEC < 20 frente a 60% y 62% en R y F respectivamente) lo que explicaría en parte el elevado número de restricciones a aplicar.

**Conclusiones:** 1. Importancia de la sensibilización y formación de los profesionales a la hora de considerar las medidas de restricción como No terapéuticas y disminuir su utilización. Importancia de su medición y evaluación de la necesidad. 2. Importancia de la implicación de todo el equipo en este objetivo. 3. Necesidad de abordar un proyecto estratégico que permita minimizar el uso de estas medidas y contribuir mejor a lograr calidad de vida en los residentes.

#### P-276. IMPORTANCIA DEL PERSONAL DE ATENCIÓN DIRECTA EN CENTRO DE DÍA

M. Ochoa Oyarbide, C. García, A. Zubeldia, E. Macho, E. Aguado y N. Valor  
*Fundación Matia.*

**Objetivos:** Hacer seguimiento cercano de los usuarios de centro de día de forma que se garantice la mejor atención y permita una adecuada y precisa comunicación con las familias.

**Metodología:** 1. Identificar las áreas principales a monitorizar diariamente en las personas usuarias de 4 centros de día, todos ellos gestionados por Fundación Matia a través de la puesta en marcha de grupos de discusión. 2. Establecer la responsabilidad de su cumplimiento entre los distintos profesionales del equipo. 3. Facilitar este proceso con una herramienta informática elaborada especialmente para ello. 4. Puesta en marcha de la mejora enlazandola con la información a compartir con la familia. 5. Evaluación del resultado a los 6 meses.

**Resultados:** Las áreas que se han definido a través de grupos de discusión formados por trabajadores de los distintos centros de día como esenciales han sido: referidos a aspectos relacionados con la atención de la persona –alimentación, asistencia a programas, deposición, etc.– así como aspectos relacionados con su participación en el centro –calidad de su implicación, su interrelación con los demás, su humor. La responsabilidad ha recaído en los profesionales de atención directa dado que son los profesionales más cercanos a los usuarios. Dentro del Sistema de información utilizado, SIGECA centro de día, se ha creado una herramienta que de forma sencilla e intuitiva permite el registro diario de la evaluación de las áreas identificadas. La información así recogida constituye la base para la Hoja de información que semanalmente se envía a la familia, independientemente de aquellos contactos que por incidencias, etc... requieran contacto diario. Tras la formación correspondiente, se puso en marcha el proceso y se evaluó el resultado a los 6 meses, sustituyéndose el seguimiento de la asistencia a programas por el de la Evaluación de la movilidad, dada la importancia a este ítem por parte del equipo y las familias.

**Conclusión:** 1. Este sistema aporta beneficios directos para las personas usuarias pero también mejora las relaciones con las familias. 2. Importancia de la implicación del personal de atención directa en el seguimiento de los usuarios de centro de día, lo que contribuye a su motivación y satisfacción.

#### P-277. ADAPTACIÓN ESPAÑOLA DEL RIVERMEAD MEMORY TEST (RBMT-3) EN POBLACIÓN MAYOR

M.L. Delgado Losada, S. Fernández Guinea y J. González Marqués  
*Universidad Complutense de Madrid. Madrid.*

**Objetivos:** El objetivo principal de este estudio ha sido la traducción, adaptación y obtención de normas de interpretación del RBMT-3 adaptadas a población mayor española. El RBMT-3 es una nueva versión actualizada de la prueba de evaluación neuropsicológica de la memoria centrado en actividades similares a las de la vida cotidiana, ampliamente utilizada y considerada de gran utilidad tanto a nivel mundial como en nuestro país.

**Método:** La muestra del estudio estuvo compuesta por 106 personas mayores de 65 años, de ambos sexos, de distintas comunidades autónomas españolas. A todos los participantes se les administró las dos formas del Test de Memoria Conductual Rivermead-3 (Wilson y cols, 2008), con un intervalo de 15 días entre la aplicación de la forma A y la forma B. Se contrabalanceó la presentación de ambas formas.

**Resultados:** La edad media de la muestra fue de 76,67 años (Sx = 7,42), con un rango entre 65 y 93 años, de los que el 82,1% (n = 87) fueron mujeres y el 17,9% (n = 19) fueron hombres. En cuanto a los resultados obtenidos en el RBMT-3, en la primera evaluación se obtuvo una puntuación media de 134,36 (Sx = 19,89), con un rango entre 100 y 176, y en la segunda evaluación se obtuvo una puntuación media de 134,71 (Sx = 20,59), con un rango entre 92 y 180. Así mismo se han obtenido baremos para cada uno de los diez subtest (recuerdo de nombre, apellidos, un objeto escondido y su lugar de ubicación, una cita, reconocimiento de dibujos y caras, recuerdo de un texto inmediato y demorado, recorrido espacial, orientación espacial y temporal, tarea motriz) que componen la prueba. Los resultados obtenidos han mostrado una estructura de la prueba muy semejante a la de la versión original inglesa.

**Conclusiones:** Los baremos establecidos para la interpretación de las puntuaciones obtenidas en el RBMT-3 con la población mayor constituyen, sin duda, un elemento de gran ayuda para el diagnóstico de los problemas de memoria, es una excelente medida de la memoria cotidiana, con una buena especificidad y sensibilidad. Este estudio ha sido posible gracias a la ayuda del Instituto de Mayores y Servicios Sociales, Proyecto 109/07.

#### P-278. EFECTO MODERADOR DE LA INSTITUCIONALIZACIÓN EN EL ENVEJECIMIENTO: ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA Y BIENESTAR

I. Puchau Peris<sup>1</sup>, R. Valera Lloris<sup>1</sup>, E. Gómez González<sup>1</sup>, J.C. Meléndez Moral<sup>2</sup>, J.M. Tomas Miguel<sup>2</sup> y E. Navarro Pardo<sup>2</sup>  
<sup>1</sup>Hospital de Manises. Manises. <sup>2</sup>Universidad de Valencia. Valencia.

**Introducción:** La calidad de vida en el envejecimiento es un concepto multidimensional que se puede evaluar a partir de componentes objetivos y subjetivos como el funcionamiento físico, psicológico y social. El objetivo de este trabajo es comparar el funcionamiento en variables relacionadas con la calidad de vida y envejecimiento exitoso en ancianos institucionalizados y no institucionalizados, y dado que diferentes trabajos han comprobado que la edad es una de las variables determinantes tanto en el nivel de AVD como en las dimensiones de bienestar, se pretende estudiar si estas relaciones son diferentes para ambos grupos.

**Sujetos y métodos:** La muestra está compuesta por dos grupos independientes, institucionalizados (N = 242) y no institucionalizados (N = 607), todos ellos de más de 65 años, que residen en la provincia de Valencia. Se evaluaron sus actividades de la vida diaria (AVD) y el bienestar psicológico.

**Resultados:** El Índice de Barthel, mostró diferencias significativas entre los grupos ( $p < 0,001$ ), siendo inferior la media del grupo de institucionalizados (47,02). En relación a las escalas de bienestar, el MANOVA mostró la existencia de diferencias entre grupos ( $p < 0,000$ ) para todas las escalas, siendo la variable crecimiento personal en la que mayores diferencias se observan. Por lo que respecta a las correlaciones entre la edad y escalas de bienestar e Índice de Barthel, se obtuvieron diferencias significativas ( $p < 0,01$ ) sólo para las siguientes escalas de bienestar: autoaceptación, relaciones positivas con otros, dominio del ambiente y propósito en la vida.

**Conclusiones:** La calidad de vida del grupo de institucionalizados muestra una significativa disminución de las puntuaciones por lo que esta es una variable moderadora, que puede empeorar su situación. Todo ello incide en la necesidad de un replanteamiento de la atención a las personas mayores, ya que el gasto sanitario y social ofrecen unas perspectivas de incremento constante que podría minimizarse si permanecieran en sus entornos habituales e integrados en su comunidad, lo cual aumentaría su calidad de vida.

#### P-279. PERCEPCIÓN SUBJETIVA DE LOS PROBLEMAS DE MEMORIA EN PERSONAS MAYORES Y CON DETERIORO COGNITIVO LEVE

M.L. Delgado Losada, S. Fernández Guinea y J. González Marqués  
 Universidad Complutense de Madrid. Madrid.

**Objetivos:** Es frecuente que las personas mayores se quejen de tener problemas de memoria (pe., no recuerdan dónde han dejado las llaves, las gafas, los recados, etc.), pero, en ocasiones, los resultados en las pruebas de memoria no coinciden exactamente con su percepción. Sin embargo, los pacientes con deterioro cognitivo leve no tienden a quejarse de sus dificultades pero sí presentan un pobre rendimiento en los tests de memoria. Se podría entonces hipotetizar que el deterioro cognitivo y mnésico progresivo afectan a la capacidad del individuo para darse cuenta y valorar sus propias dificultades cotidianas.

**Método:** En el estudio participaron voluntariamente un total de 70 personas mayores de 65 años, de ambos sexos, 35 con envejecimiento normal (EN) y 35 con diagnóstico de deterioro cognitivo leve (DCL). El grupo de personas con EN tenía una media de edad de 78,69 años, el 54,3% son mujeres y el 45,7% son hombres. El grupo con DCL tenía una media de edad de 80,71 años, el 54,3% son mujeres y el 45,7% son hombres. Se aplicaron en sesiones individuales las siguientes pruebas: el Mini mental (MEC) de Lobo y cols. (1987), Cuestionario de quejas subjetivas de memoria de la vida cotidiana (MFE) de Sunderland y cols. (1984), y el Test de Memoria Conductual Rivermead 3 (Wilson y cols, 2008).

**Resultados:** En cuanto a los resultados obtenidos en el MFE, el grupo con EN ( $X = 12$ ;  $Sx = 8,12$ ) obtiene puntuaciones más elevadas que el grupo con DCL ( $X = 10,2$ ). Respecto a los resultados en el MEC, el grupo EN ( $X = 32,38$ ) y el grupo DCL ( $X = 30,06$ ). Y en el RBMT-III, el grupo EN ( $X = 134,36$ ) y el grupo DCL ( $X = 80,06$ ).

**Conclusiones:** Los resultados muestran que, a pesar de que el rendimiento cognitivo y de memoria en los pacientes con DCL es significativamente inferior al que muestran las personas mayores sanas, sin embargo, se perciben con menos problemas. Se podría confirmar entonces la hipótesis planteada. Este estudio ha sido posible gracias a la ayuda del Instituto de Mayores y Servicios Sociales, Proyecto 109/07.

#### P-280. ANÁLISIS DE LAS INTERFERENCIAS EN EL PROCESO DE APRENDIZAJE DE MAYORES CON QUEJAS SUBJETIVAS DE MEMORIA, PACIENTES CON DETERIORO COGNITIVO LEVE Y ENFERMEDAD DE ALZHEIMER INICIAL

S. Fernández Guinea<sup>1</sup>, M.L. Delgado Losada<sup>1</sup>, A. Frank<sup>2</sup>, S. Mestre<sup>1</sup>, S. López<sup>1</sup> y M. Laorden<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universidad Complutense de Madrid. Madrid. <sup>2</sup>Hospital Universitario La Paz. Madrid.

**Objetivos:** Es bien conocido que los problemas de aprendizaje son un rasgo distintivo del inicio de la enfermedad de Alzheimer. Sin embargo, estas dificultades pueden deberse a problemas de atención, la no utilización de estrategias de codificación, la alteración de la memoria de trabajo, etc. Una posible explicación de estas dificultades podría encontrarse en la sensibilidad a la interferencia de información nueva para recordar la ya aprendida (retroactiva) o de la información antigua para aprender lo nuevo (proactiva). Dada la hipótesis del continuo entre envejecimiento normal, deterioro cognitivo leve y enfermedad de Alzheimer, planteamos estudiar la interferencia en el aprendizaje verbal como predictor cognitivo del proceso neurodegenerativo.

**Método:** En el estudio participaron voluntariamente un total de 60 personas mayores de 65 años, de ambos géneros, clasificados en 3 grupos: 30 mayores sanos, 30 con DCL y 30 con EA inicial. Se aplicaron las siguientes pruebas: Mini Examen Cognoscitivo (MEC), cuestionario de quejas subjetivas de memoria de la vida cotidiana (MFE), test de aprendizaje verbal España-Complutense (TAVEC).

**Resultados:** Los análisis estadísticos realizados (ANOVA) muestran que no existen diferencias significativas entre los tres grupos en el efecto de primacía ni en la interferencia proactiva. Sin embargo, sí hay diferencias significativas entre los tres grupos en el efecto de recencia ( $F = 17,380$ ;  $p < 0,0001$ ) y en la interferencia retroactiva ( $F = 13,647$ ;  $p < 0,001$ ). En ambos casos no se observan diferencias significativas entre el grupo de personas mayores y con DCL, pero sí entre estos dos grupos y los pacientes con EA inicial.

**Conclusiones:** Las personas mayores con quejas subjetivas de memoria, los pacientes con deterioro cognitivo leve y con enfermedad de Alzheimer muestran problemas en su capacidad de aprendizaje. Sin embargo, los factores que podrían explicar estas dificultades son distintos en cada caso. El análisis de la capacidad de aprendizaje en estos grupos de personas parecen indicar que la interferencia retroactiva podría ser un predictor cognitivo del proceso neurodegenerativo característico de la enfermedad de Alzheimer.



### P-281. SOLICITUD DE RECONOCIMIENTO DE SITUACIÓN DE DEPENDENCIA TRAS EL INGRESO EN UNA UNIDAD HOSPITALARIA DE GERIATRÍA EN MADRID

S. García Almarza, C. Merino Cáceres, M.Á. Benito García, J. Mora Fernández y J.M. Ribera Casado  
Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

**Objetivos:** 1. Conocer el perfil de enfermos atendidos en Unidad de Trabajo Social (UTS) de Geriátría en cuanto a la solicitud previa del Reconocimiento de situación de Dependencia (RD), relacionándolo con nivel de dependencia y recurso social (previo y al alta). 2. Conocer el efecto que el paso por el Hospital tiene sobre la solicitud del RD.

**Metodología:** Estudio descriptivo de pacientes ingresados en el Servicio de Geriátría y atendidos por la UTS: año 2009. **Variables:** edad, sexo, convivencia, cuantía de pensión, recurso social previo y al alta, destino al alta, situación de dependencia basal y al alta (grados según Ley de Dependencia). **Análisis estadístico:** comparación de proporciones con nivel de confianza 95%. SPSS 17.0.

**Resultados:** N = 224, edad media 86,1 años (DE 6,6), mujeres 62,5%; pensión media 699,52 €/mes (DE 400,15). **Convivencia:** con cuidador mayor 34,4%, solos 17,9%. El 54,9% está en situación de dependencia (grados 2 o 3. al ingreso hospitalario, sin diferencias por sexo y edad, pero sí por tener algún recurso previo de atención ( $p = 0,002$ ). **Previo al ingreso** habían solicitado RD el 28,6%, siendo los < 85 años ( $p = 0,027$ ), los que se encuentran en situación de dependencia basal ( $p = 0,03$ ) y los que tenían recurso previo ( $p < 0,000$ ) quienes lo solicitaron en mayor proporción; pero sin encontrar diferencias significativas por sexo o situación de convivencia. **Tras el alta** solamente el 16,1% no disponía de recursos sociales, frente al 42,4% que carecía de ellos antes del ingreso. Asimismo, el 57,8% es dependiente, regresando a domicilio el 65,3%, y se ha solicitado RD en un 88,9% de los casos.

**Conclusiones:** 1. A pesar de ser en su mayoría dependientes antes del ingreso hospitalario, sólo una mínima parte de los enfermos había tramitado RD tras más de dos años de la promulgación de la Ley. 2. El paso por el Hospital y su atención por la UTS de Geriátría sirve para conseguir los recursos y decidir la ubicación de los enfermos más acorde con sus necesidades de atención. 3. Además, durante el ingreso estos son informados de sus derechos y se les ayuda en la tramitación del RD.

### P-282. PERFIL DEL PACIENTE NO GERIÁTRICO EN UNA UNIDAD DE CONVALECENCIA GERIÁTRICA

M. Pedret Gómez, R. Miralles Bassada, S. González Melero, L. Domene Simón y M. Riera Cañadell  
Hospital de la Esperanza. Barcelona.

**Introducción:** Hay pacientes que debido a sus necesidades, sanitarias y sociales, pueden beneficiarse del ingreso en una unidad de convalecencia, independiente de su edad. Ésta está integrada en el Instituto de Geriátría y tiene como finalidad ofrecer tratamiento multidisciplinar orientado, en gran parte, a la rehabilitación de la capacidad funcional.

**Objetivo:** Describir perfil sanitario y social de los pacientes menores de 65 años que ingresan en una unidad de convalecencia (UCO).

**Método:** Se analizaron 26 pacientes ingresados en 2009. **Variables:** edad; sexo; capacidad funcional para AVD Básicas (I. de Barthel al ingreso y alta) e instrumentales previas (I. Lawton); diagnósticos enfermería y médico principales; técnicas sanitarias (ingreso y alta); núcleo convivencia; intervención social; recursos sociales al alta y destino alta.

**Resultados:** Hombres 18 (69,23%), mujeres 8 (30,77%); edad media:  $54,61 \pm 1,45$ ; Lawton previo:  $6,9 \pm 0,44$ . Barthel ingreso:  $48,53 \pm 4,27$ ; Barthel alta  $68,61 \pm 4,97$  ( $p < 0,001$ ). **Diagnóstico enfermería:** 21 pacientes (80,77%) deterioro de la movilidad física y 5 (19,23%) déficit

de autocuidado. **Grupo diagnóstico médico:** 8 pacientes neurológicos (30,77%); 6 locomotor no fractura (23,08%); 5 circulatorio/amputación (19,23%); 4 respiratorio (15,38%); 2 locomotor fractura (7,69%) y 1 otros (3,85%) Al ingreso 15 pacientes precisaban técnicas sanitarias (57,69%) y al alta 6 (23,08%) ( $p < 0,02$ ). **Núcleo de convivencia:** 17 con familia (65,39%); 7 viven solos (26,92%); 2 institucionalizados (7,69%) Precisaron intervención social 18 pacientes (69,24%); de los que 9 recibieron valoración, información y asesoramiento (34,62%); 9 además, se les tramitó recurso social (34,62%); y en 8 pacientes no se requirió intervención social (30,77%). **Recurso social al alta:** 18 ninguno (69,23%), 4 valoración del grado de dependencia (15,38%), 3 público (11,54%) y 1 privado (3,85%). **Destino al alta:** 17 domicilio (65,38%); 3 larga estancia (11,54%); 2 residencia (7,69%) y 4 fueron éxitos o trasladados al hospital de agudos (15,38%).

**Conclusiones:** 1. Al alta la mayoría habían ganado capacidad funcional de forma significativa, no precisaban de técnicas sanitarias y se fueron a domicilio. 2. El deterioro de la movilidad física fue el diagnóstico de enfermería más frecuente y el diagnóstico neurológico, el médico. 3. Casi el 70% de los pacientes, precisaron de intervención social.

### P-283. ENVEJECIMIENTO CON ÉXITO: VARIABLES RELACIONADAS

M.D. Nagore Gallego<sup>1</sup>, R. Valera Lloris<sup>1</sup>, E. Navarro Pardo<sup>2</sup>, J.C. Melendez Moral<sup>2</sup>, J.M. Tomas Miguel<sup>2</sup> e I. Puchau Peris<sup>3</sup>  
<sup>1</sup>Hospital Manises. Manises. <sup>2</sup>Universidad de Valencia. Valencia. <sup>3</sup>Conselleria de Sanidad. Valencia.

**Introducción:** El envejecimiento con éxito implica la coexistencia de diferentes aspectos con un enfoque multicriterial, que comprende componentes tanto objetivos como subjetivos y otorga un peso específico diferente a los distintos aspectos. El objetivo de este trabajo es analizar si existe relación entre las dimensiones del bienestar psicológico y las ABVD, planteándose como la hipótesis de trabajo que debería existir una relación positiva entre ambos.

**Sujetos y métodos:** Los participantes fueron 566 personas de la Comunidad Valenciana de 65 años o más, no institucionalizados. Como instrumentos de medida se seleccionaron el Índice de Barthel para el análisis de las ABVD y las Escalas de Bienestar Psicológico de Ryff.

**Resultados:** Se calcularon correlaciones de Pearson de la valoración funcional con las dimensiones de bienestar. Los resultados mostraron una relación positiva y estadísticamente significativa ( $p < 0,01$ ) con: autoaceptación ( $r = 0,184$ ), dominio del ambiente ( $r = 0,335$ ), relaciones positivas ( $r = 0,165$ ), autonomía ( $r = 0,139$ ), crecimiento personal ( $r = 0,208$ ) y propósito en la vida ( $r = 0,294$ ). Para profundizar en las relaciones se empleó la medida de ABVD en categorías, con resultados significativos (Traza de Pillai = 0,159,  $F = 8,06$ ,  $p < 0,001$ ). Tras la realización de los ANOVA's de continuación, se observaron en las pruebas post-hoc, diferencias entre los grupos de ligera y los de severa o grave para las dimensiones de autonomía, crecimiento personal, relaciones positivas con otros y propósito en la vida, mientras que en el caso de autoaceptación y dominio del ambiente se observaron diferencias entre los tres grupos.

**Conclusiones:** Las dimensiones de bienestar estudiadas mantienen relaciones positivas con la medida de valoración funcional, datos que parecen corroborar los planteamientos sobre el envejecimiento con éxito y muestran la importancia del bienestar como una variable relacionada con la salud y una adecuada capacidad funcional. De este modo, se debe tener en cuenta que, a la hora de evaluar la salud de los ancianos, no sólo se deben priorizar los indicadores más propios de ésta, sino que también deben tenerse en cuenta indicadores de carácter psicológico, que tienen que ver con la propia autopercepción, como es el caso del bienestar.

#### P-284. EL TEST DE POSICIONES (TP/PA) Y SU UTILIDAD EN LA DIAGNOSIS DE DEMENCIA

E. Cabras, M.D. Zamarrón Cassinello, M.A. Molina Martínez, R. Schettini del Moral, L. Tarraga Mestre y R. Fernández-Ballesteros  
*Universidad Autónoma de Madrid. Madrid.*

**Objetivos:** El *approach* tradicional de diagnóstico de demencia utiliza pruebas psicométricas de carácter estático mientras que el enfoque de la evaluación dinámica ha sido se basa en el paradigma test-entrenamiento-postest. Hay evidencias que indican que la evaluación dinámica podría ser útil si utilizada para examinar las diferencias de plasticidad cognitiva entre los individuos y para utilizar dichas diferencias en la clasificación diagnóstica temprana de los trastornos de memoria.

**Metodo:** Los participantes personas mayores de 65 años agrupados como sigue: 1. diagnosticados de Mild Cognitive Impairment (MCI) según los criterios de Petersen (N = 57, MMSE  $\geq$  24, GDS  $\leq$  3), y 2. con diagnóstico de probable Enfermedad de Alzheimer (EA) en fase leve según los criterios NINCDS-ADRDA (N = 98, MMSE  $\geq$  18, GDS  $\leq$  4). Todos los participantes fueron reclutados en la "Unidad de Diagnostico" de la *Fundació ACE* (Barcelona). Durante el 2007, los sujetos fueron evaluados con el "Test de Posiciones" (TP/PA). El TP/PA forma parte de la batería BEPAD (Batería de Evaluación del Potencial de Aprendizaje en el Deterioro, Fernández-Ballesteros y cols., 2005). El BEPAD arroja una puntuación basal y una puntuación "post" obtenida después de un entrenamiento cognitivo. Dos años más tarde, se revisaron los diagnósticos de MCI, y se dividieron los pacientes en dos categorías: conversión/no conversión a demencia.

**Resultados:** Realizando una comparación de medias entre los grupos MCI/EA, no se pusieron en evidencia diferencias en la línea base del TP/PA, mientras que en la puntuación post de la prueba se evidenció una diferencia significativa a favor de los MCI (t = 5,29; p = 0,00). Ello indica que la puntuación de ganancia tras el entrenamiento es superior en los MCI. Además, se realizó una regresión logística que puso de relieve que el post del TP/PA es un predictor de la conversión en demencia (gl = 1, p = 0,04) de los MCI en dos años, mientras no se encontraron efectos significativos en la línea base.

**Conclusiones:** Podemos concluir que el TP/PA es una prueba con valor predictivo para predecir el curso de deterioro cognitivo; en futuro, nos proponemos analizar sus implicaciones respecto a las diferentes tipologías clínicas y etiológicas de los MCI.

#### P-285. GUÍA DE BUENAS PRÁCTICAS DEL GRUPO SAR

I. Ancizu, D. Fontanals y M.V. Aranda  
*Fundación SAR.*

**Objetivos:** Crear un documento dirigido a los profesionales del ámbito asistencial, que ofrezca criterios de orientación en la toma de decisiones complejas, y difunda valores y propuestas útiles para conseguir los máximos estándares de calidad en el cuidado de las personas mayores.

**Método:** Se elabora un instrumento dirigido a alentar las buenas prácticas en el trabajo asistencial, identificando procesos y situaciones que suscitan dilemas éticos y que se reiteran en diferentes ámbitos de la organización. La elaboración de la Guía de Buenas Prácticas es desarrollada desde el Comité de Ética del Grupo SAR, dirigido por el Doctor Francesc Torralba, que tiene la finalidad de asesorar a los profesionales, potenciar su formación y autonomía responsable, ofreciendo soporte y orientación para la toma de decisiones de los profesionales asistenciales.

**Resultados:** La Guía de Buenas Prácticas orienta a los profesionales en la toma de decisiones sobre 3 temas complejos de la práctica asis-

tencial: riesgo de caídas y de fuga, uso de sujeciones, y gestión de Voluntades Anticipadas. El documento propone los procedimientos a seguir, la responsabilidad de los profesionales y la participación del entorno afectivo del usuario. En relación a las consideraciones éticas sobre riesgos de caídas y de fuga, y las medidas de sujeción, la Guía incluye definiciones, efectos adversos, factores intrínsecos, formas de detección, medidas preventivas y las actuaciones profesionales correspondientes. En el caso de las Voluntades Anticipadas, la Guía aporta información útil para facilitar su gestión, describiendo los contenidos de este tipo de documentos, procedimientos de validación y formas de registro. Este documento se está utilizando actualmente en 25 centros residenciales y sociosanitarios del Grupo SAR.  
**Conclusiones:** La calidad de una organización depende directamente de la calidad de los procesos de deliberación para la toma de decisiones. La Guía de Buenas Prácticas es una aplicación práctica de orientaciones que hacen más fluida y responsable la actividad profesional.

#### P-286. LA CONQUISTA DEL OCIO EN LA VEJEZ: DE LA TEORÍA DE LA DESVINCULACIÓN AL PARADIGMA DEL ENVEJECIMIENTO ACTIVO

E. del Barrio Truchado, M. Sancho Castiello, J. Yanguas Lezáun, E. Urdaneta Artola y G. Zamora  
*Fundación INGEMA.*

**Objetivos:** 1. Constatar la existencia de cambios en las rutinas de tiempo libre de las personas mayores en la última década. 2. Analizar y detallar las variaciones en los hábitos de ocio según género y edad. 3. Conocer las variables determinantes en los hábitos de ocio en la actualidad.

**Método:** *Análisis estadístico multivariable de los microdatos de las encuestas:* Apoyo Informal a las personas mayores con una muestra de 2.497 entrevistas (IMSERSO-CIS, 1993) y Condiciones de Vida de las personas mayores con una muestra de 3.507 entrevistas (IMSERSO-CIS, 2006).

**Resultados:** Los hábitos de ocio y tiempo libre han cambiado de manera considerable en los últimos años. Las actividades semanales que se han generalizado entre la población mayor son las relacionadas con actividades de ocio social y extradoméstico. Continúan existiendo importantes diferencias de género en la realización de este tipo de actividades; un mayor porcentaje de mujeres se sitúa en las actividades desempeñadas en el ámbito doméstico y familiar, mientras que los hombres permanecen en la esfera de lo público. Aún así, la tendencia muestra como las mujeres, en estos últimos años, han ido saliendo del ámbito doméstico y participando de manera paulatina en actividades de ocio y tiempo libre fuera del hogar, de manera especial destaca el aumento en el porcentaje de mujeres que van al bar o a la cafetería (del 7,9% al 23,2%) y que pasean de manera asidua (del 43,3% al 60,6%). Un elemento clave en los hábitos de tiempo libre es el estado de salud.

**Conclusiones:** El ocio ha alcanzado a colectivos sociales cada vez más amplios, incluyendo de manera gradual a la población de más edad. En estos últimos trece años el incremento en la participación en actividades de ocio entre las personas mayores evidencia una tendencia emergente hacia la autonomía. Existen diferentes teorías relativas a los cambios de actividad producidos en el proceso de envejecimiento (Cummings, 1961; Neugarten, Harvigth u Tobin, 1961; o Atchley, 1989), cada una de ellas argumenta puntos de vistas opuestos en la relación existente entre envejecimiento y actividad, pero también contienen evidencias que se mantienen en el tiempo.

**P-287. RELACIÓN DEL PAL (APRENDIZAJE DE PARES ASOCIADOS) CON EL RENDIMIENTO COGNITIVO GENERAL Y DE MEMORIA EN ADULTOS MAYORES CON QUEJAS SUBJETIVAS DE MEMORIA**

A.M. Reboredo Liste<sup>1</sup>, N. Rodríguez Rodríguez<sup>1</sup>, D. Facal Mayo<sup>2</sup>, A.X. Pereiro Rozas<sup>1</sup> y O. Juncos-Rabadán<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universidad de Santiago de Compostela. Santiago de Compostela.

<sup>2</sup>Fundación Matia-Ingema. San Sebastián.

**Objetivos:** El objetivo del presente trabajo es estudiar el valor de las medidas del PAL para el diagnóstico del Deterioro cognitivo leve (DCL).

**Método:** Participaron 182 que acuden a los centros de atención primaria con quejas subjetivas de memoria con edades comprendidas entre 50 y 87 años de edad (M = 66,48, D.T. = 9,48) y nivel educativo de 1 a 25 años (M = 9,39, D.T. = 4,64). Se valoró su rendimiento cognitivo general, con el CAMCOG, y su memoria con el TAVEC. Se les aplicó la prueba de aprendizaje de pares asociados PAL del CAMTAB. Se realizaron análisis de regresión para comprobar el valor predictivo de las variables independientes, edad, nivel educativo, rendimiento cognitivo general en el CAMCOG y rendimiento de memoria en la medida Recuerdo libre a corto plazo del TAVEC sobre cada una de las medidas de rendimiento en la tarea de aprendizaje de pares asociados.

**Resultados:** El recuerdo libre a corto plazo es el mejor predictor del rendimiento en las siguientes medidas del PAL: errores en 6 figuras totales y ajustados y total de intentos en 6 figuras; la puntuación total en el CAMCOG es el mejor predictor del rendimiento en las siguientes medidas del PAL: promedio de errores hasta el éxito, promedio de intentos hasta el éxito, intentos en 1 figura, aciertos en el primer intento, número de intentos total y ajustado.

**Conclusiones:** Se discuten los resultados en cuanto la utilidad de las distintas medidas del PAL para el diagnóstico del Deterioro cognitivo ligero (DCL) multidominio y amnésico. El aprendizaje visual de pares asociados con 6 figuras podría ser un indicador del DCL amnésico.

**P-288. PERSONAS MAYORES INSTITUCIONALIZADAS E INTERESES OCUPACIONALES DE OCIO ¿QUÉ ACTIVIDADES SON SIGNIFICATIVAS?**

A.I. Corregidor Sánchez<sup>1</sup>, T. Artalejo Serrano<sup>1</sup>, A. Blázquez<sup>1</sup>, V. Gaitan Mejías<sup>1</sup>, V. Torija Sánchez<sup>2</sup> y A. Moreno González<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Universidad Castilla la Mancha. <sup>2</sup>Residencia Benquerencia.

**Introducción:** La propia dinámica residencial genera grandes cantidades de tiempo libre que las personas mayores ocupan a través de actividades de ocio. Conocer que actividades de ocio y tiempo libre son preferidas por las personas mayores institucionalizadas contribuiría a dinamizar y planificar programas de ocio que ofrecieran actividades significativas para la persona.

**Objetivos:** Analizar los intereses ocupacionales de ocio de personas mayores institucionalizadas en una residencia de mayores y su relación con la situación funcional.

**Material y método:** Se seleccionaron aleatoriamente 40 pacientes que asistían al departamento de Terapia Ocupacional de la Residencia de Mayores Benquerencia-Toledo. 23 mujeres (62%) y 14 varones (38%), con una edad comprendida entre 65-94 años. Se utilizó el Índice de Barthel Modificado para registrar la situación funcional y el Inventario de Intereses Ocupacionales de Ocio (*Leisure Occupations Interest Inventory*, LOII) para conocer las preferencias por actividades de ocio. El LOII se administró realizando una entrevista personal a cada residente y contabilizando el interés alto, medio y bajo para cada actividad de ocio propuesta.

**Resultados:** La muestra estuvo compuesta por 37 pacientes con una edad media de 83,2 años. La puntuación media del Índice de Barthel

Modificado fue de 82,7/100, con afectación principalmente en las actividades básicas de baño, vestido e incontinencia urinaria. Las actividades de ocio que más interés despertaron en los residentes fueron las actividades relacionadas con la jardinería (62%), actividades culinarias (53%), espectáculos (35%) y actividades creativas (30%). Intereses relacionados con informática, lectura, práctica de deportes y juegos de mesa fueron identificados con interés bajo. Los residentes con mayor independencia identifican más intereses ocupacionales de ocio que los residentes más dependientes. Los residentes más autónomos se inclinan por actividades como jardinería y espectáculos, mientras que residentes con menor autonomía se decantan por actividades creativas. Para las actividades culinarias no se han encontrado diferencias significativas en relación a la situación funcional.

**Conclusión:** La situación funcional parece tener relación con las actividades de ocio que se eligen. Se hace necesario plantearse una nueva forma de realizar actividades de ocio, incrementando las salidas al exterior e incluyendo actividades de jardinería y culinarias.

**P-289. EVALUACIÓN DE LA ESPIRITUALIDAD EN PERSONAS MAYORES ATENDIDAS EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS**

A. Reig-Ferrer<sup>1</sup>, R. Ferrer-Cascales<sup>1</sup>, M.D. Fernández-Pascual<sup>1</sup>, N. Albaladejo-Blázquez<sup>1</sup>, M. Priego-Valladares<sup>2</sup> y J. López-Escudero<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Universidad de Alicante. Alicante. <sup>2</sup>Hospital San Vicente. San Vicente del Raspeig. Alicante.

**Objetivo:** Evaluar, a través del cuestionario Meaning in Life Scale (MiLS), el grado de bienestar espiritual de un grupo de pacientes mayores con graves problemas de salud y atendidos en una unidad de atención paliativa en un hospital público de la provincia de Alicante.

**Método:** Tres médicos especialistas y un psicólogo, todos ellos del propio hospital, han entrevistado con garantía de buen cumplimiento y confidencialidad de los datos a una muestra disponible de pacientes con graves problemas de salud en situación paliativa. El cuestionario MiLS es un instrumento de 21 ítems, que evalúa en la actualidad, y a través de cuatro escalas, el grado de (1) Armonía y Paz que la persona experimenta (2) la Perspectiva, objetivos y propósito en la vida que refiere; (3) la Confusión y pérdida de significado que se reconoce; y (4) los Beneficios de la espiritualidad que siente la persona entrevistada. La muestra estudiada ha sido de 36 pacientes mayores (M = 78; DS = 8,9), de los cuales el 58,3% son mujeres. Todos han dado su consentimiento informado para participar en el estudio.

**Resultados:** La muestra estudiada presenta unos niveles de bienestar espiritual aceptables. Al comparar nuestros resultados con los del artículo original de adaptación de este instrumento (Jim et al. 2006), con media muestral alrededor de 50 años y en situación paliativa únicamente de tipo oncológico, encontramos puntuaciones medias similares en la escala de Armonía y Paz (4,44 frente a 4,32), Beneficios de la Espiritualidad (4,03 frente a 4,35) y Perspectiva de vida (3,78 frente a 4,03). Nuestra muestra presenta, sin embargo, una mayor Confusión y menoscabo de significado (3,21 frente a 1,89). En la puntuación global del cuestionario, la puntuación media en nuestra muestra es de 9,05 frente a 10,80 en la original.

**Conclusión:** 1. Esta muestra de ancianos en atención paliativa no oncológica presenta un grado de bienestar espiritual razonable aunque inferior al grupo original de validación, una población sensiblemente más joven. 2. Este trabajo ha sido financiado económicamente por la Conselleria de Sanitat de la Generalitat Valenciana en su convocatoria de ayudas 2009 para la realización de trabajos de investigación en materia de cuidados paliativos.

**P-290. BIENESTAR ESPIRITUAL Y FELICIDAD PERCIBIDA EN UNA MUESTRA DE PACIENTES EN CUIDADOS PALIATIVOS**

R. Ferrer-Cascales<sup>1</sup>, A. Reig-Ferrer<sup>1</sup>, M.D. Fernández-Pascual<sup>1</sup>, N. Albaladejo-Blázquez<sup>1</sup>, M.T. Aparicio-Salvia<sup>2</sup> y J.M. Ruiz-Prados<sup>2</sup>  
<sup>1</sup>Universidad de Alicante. Alicante. <sup>2</sup>Hospital de San Vicente. Sant Vicente del Raspeig, Alicante.

**Objetivo:** Estudiar la relación entre el bienestar espiritual y la felicidad percibida en una muestra de pacientes en cuidados paliativos atendidos en el Hospital Público de San Vicente del Raspeig de la provincia de Alicante.

**Método:** Ha participado voluntariamente en este estudio una muestra disponible y significativa de 45 pacientes (M = 72; DS = 16; 51% mujeres) en situación paliativa, los cuales han otorgado su consentimiento informado como requisito previo de participación. Se ha utilizado el cuestionario Meaning in Life Scale (MiLS). Este cuestionario evalúa a través de 21 ítems, cuatro áreas de interés: (1) Armonía y Paz; (2) Perspectiva, Propósito y Objetivos de Vida; (3) Beneficios de la Espiritualidad; y (4) Confusión y Merma de Significado. Además del cuestionario se han formulado otras cuestiones tanto de identificación sociodemográfica y clínica como otras relacionadas con las creencias en el más allá, religiosidad, felicidad, calidad de vida y estado de salud percibido. La calidad de las respuestas de los pacientes en situación tan crítica ha estado garantizada por el personal sanitario responsable de la administración del instrumento (cinco miembros del equipo, cuatro médicos y un psicólogo).

**Resultados y conclusión:** Las personas participantes en nuestro estudio que creen que existe algo después de la muerte frente a los que niegan su existencia únicamente obtienen puntuaciones significativas en la escala de Beneficios de la espiritualidad (U de Mann-Whitney = 0,000) mientras no aparecen diferencias en las otras tres escalas. Sin embargo, las personas entrevistadas que se declaran felices frente a los poco o nada felices presentan puntuaciones significativamente más altas en Paz y en Perspectiva así como menores en Confusión y no aparecen diferencias significativas en Beneficios de la espiritualidad.

Nota: Este trabajo ha sido financiado económicamente por la Conselleria de Sanitat de la Generalitat Valenciana en su convocatoria de ayudas 2009 para la realización de trabajos de investigación en materia de cuidados paliativos.

**P-291. PERFIL PSICOSOCIAL DE LOS PACIENTES INGRESADOS EN UNA UNIDAD SOCIOSANITARIA**

M. Etxebarria, E. Agirre, E. Elgezua, M. Urkiza e I. Artaza  
 Centro Sociosanitario Igurco Orue.

**Objetivos:** Analizar el perfil psicosocial de los pacientes ingresados en una unidad sociosanitaria al ingreso y alta de dicha unidad.

**Material y metodología:** Se revisaron 124 historias clínicas de los pacientes que ingresaron en la unidad desde el 1 de enero de 2009 al 21 de enero de 2010. *Variables estudiadas:* edad, sexo, perfil al ingreso, destino al alta, estancia media, deterioro cognitivo (MEC), trastorno afectivo (GDS y Cornell), trastornos de conducta (NPI), apoyos sociales (OARS) y riesgo de institucionalización (Escala Socio familiar de Gijón).

**Resultados:** La edad media de los 124 pacientes era de 81 años, siendo el 75,5% mujeres. El 90% de la muestra ingresa con perfil de convalencia siendo su estancia media de 2,5 meses, y el 10% ingresa con perfil de Cuidados al final de la vida, siendo su estancia media de 1,5 meses. El 44% presentaba deterioro cognitivo, el 17% trastorno afectivo, el 10% trastornos de conducta, y un 3% trastornos de conducta y depresión. Al alta, el 56% regresaba a su domicilio, un 23%

ingresaba en una residencia, un 4% era derivado al hospital, y un 17% fallecía. El 19% de la muestra no tiene apoyos sociales formales y/o informales al ingreso. De este grupo el 7% no requiere de apoyos al alta, el 2% requiere de apoyos sociales leves, el 7% es institucionalizado, y el 3% fallece. El 81% de la muestra tiene apoyos sociales formales y/o informales al ingreso. De este grupo el 46% regresa a su domicilio al alta (10% con los mismos apoyos y 38% con más apoyos que al ingreso), el 18% requiere ser institucionalizado (residencia) y el 17% fallece.

**Conclusiones:** 1. La presencia o ausencia de apoyos sociales formales y/o informales pueden ser predictores de institucionalización al alta de una unidad sociosanitaria. 2. La presencia de apoyos sociales formales y/o informales retrasan la institucionalización al alta en los pacientes con deterioro cognitivo. 3. La presencia de apoyos sociales formales e informales no retrasan la institucionalización de los pacientes con trastornos afectivos y de conducta alta.

**P-292. APLICABILIDAD DE LA ESCALA DOWNTON PARA EL RIESGO DE CAÍDAS EN PACIENTES CON DETERIORO COGNITIVO MODERADO-GRAVE A MUY GRAVE EN CENTRO ESPECIALIZADO EN DEMENCIAS**

M. Cabello Herranz<sup>1</sup>, J.M. Cabello Neila<sup>1</sup>, J. Márquez Erce<sup>1</sup> y S. Angulo Díaz-Parreño<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Centro Integrado Municipal para enfermos de Alzheimer "Jazmín".  
<sup>2</sup>Universidad San Pablo CEU.

**Objetivos:** Analizar la aplicabilidad de la escala J.H. Downton como predictor del riesgo de caídas en el marco de un Centro especializado en demencias y sobre pacientes con un GDS de Reisberg entre 5 y 7.

**Método:** Estudio descriptivo de la aplicación de la escala a lo largo de 2 años sobre una muestra de 144 sujetos (32 hombres y 112 mujeres), con una media de 82,18 años, desv. Tip. 8,36. GDS 5 = 13,88%, GDS 6 = 54,16%, GDS 7 = 31,94%. Se evaluaron las variables relacionadas con estadio evolutivo GDS, escala Downton y su categorización, y caídas propias. Se analizaron las relaciones entre las variables con SPSS 15.0.

**Resultados:** 1. *Riesgo de caída (Downton):* SI = 70,85%, NO: 29,15%. 2. *Caídas propias* = 76,99% de un total de 113 caídas. 3. *Relaciones estadísticas 2 a 2:* a) GDS-Downton: no se establece una relación entre variables; b) GDS-caídas totales: hay relación estadísticamente significativa con la aplicación de la Chi cuadrado con p-valor = 0,002 aunque el coeficiente de Spearman muestra relación lineal no muy intensa; c) GDS-caídas propias: relación estadísticamente significativa. Coeficiente de Spearman = -0,275; d) Downton-caídas totales: según coeficiente de Spearman hay una relación lineal e intensa de 0,392; e) Ítems del Downton-Caídas totales: no aparece relación estadísticamente significativa salvo en la relación caídas con caídas previas (coeficiente Spearman = 0,713). 4. *Escala Downton para toda la muestra:* Sensibilidad: 47,57% Especificidad: 90,24%, VPP: 92,45% VPN: 40,65%. 5. *Escala Downton solo para GDS 5 y 6:* Sensibilidad: 63,07% Especificidad: 87,87%, VPP: 91,11% VPN: 54,71%.

**Conclusiones:** 1. No se puede establecer ninguna relación entre las escalas GDS y Downton, aún cuando si hay relación entre GDS y caídas propias. A medida que el GDS aumenta, aumentan las caídas propias, disminuyendo de forma muy notable cuando en paciente entra en GDS 7. 2. Para individuos con GDS 5,6 y 7 de la muestra, la escala Downton no ofrece validez y seguridad suficiente, aún cuando se omite un posible factor de distorsión como pueden ser aquellos individuos con GDS 7. 3. Se hace necesaria mayor profundización y relación con otras escalas que permitan conocer el riesgo de caídas.

### P-311. AUTONOMÍA Y ENTORNO RESIDENCIAL COMO FACTORES DE CALIDAD DE VIDA EN POBLACIÓN ADULTA-MAYOR

F. Rojo-Pérez<sup>1</sup>, G. Fernández-Mayoralas<sup>1</sup>, M. Forjaz<sup>2</sup>, P. Martínez-Martín<sup>3</sup>, R. Lardiés-Bosque<sup>4</sup> y J. Manuel Rojo-Abuín<sup>5</sup>  
<sup>1</sup>Centro de Ciencias Humanas y Sociales-CSIC. <sup>2</sup>Escuela Nacional de Sanidad. Instituto de Salud Carlos III. <sup>3</sup>Fundación Reina Sofía y CIBERNED. Instituto de Salud Carlos III. <sup>4</sup>Facultad de Filosofía y Letras. Universidad de Zaragoza. <sup>5</sup>Centro de Ciencias Humanas y Sociales. Consejo Superior de Investigaciones Científicas.

**Introducción:** Las características del entorno de residencia en la vejez pueden ser factores relevantes para preservar la autonomía en salud y funcionamiento y mantener la calidad de vida. El objetivo de este estudio es examinar la forma de vida y las condiciones del entorno residencial y de salud y funcionamiento (a partir de indicadores objetivos y subjetivos) y sus efectos en la calidad de vida en población adulta-mayor en comunidad. La hipótesis es que mejores condiciones en el entorno físico, del hogar y de salud se asocian con una mayor calidad de vida.

**Fuentes y metodología:** Los datos provienen de una encuesta de calidad de vida realizada en 2008 a 1.106 personas de 60 o más años de edad, que representan a los residentes en vivienda familiar en España (proyecto PN I+D+I MICINN, ref.SEJ2006-15122-C02-00). Para el análisis de datos se han empleado técnicas de análisis multivariante.

**Resultados y conclusiones:** Los análisis factoriales del hogar, del entorno residencial y de la salud y el funcionamiento explicaron entre el 61% y el 79% de la varianza acumulada tras la rotación. Las puntuaciones factoriales fueron utilizadas como variables independientes en la determinación de los factores explicativos de la calidad de vida a partir de un análisis de regresión múltiple; la variable dependiente, satisfacción con la vida, fue cuantificada por el método de escalamiento óptimo. Los resultados mostraron una R2 corregida de 0,30. En el modelo obtenido, los coeficientes significativos para predecir la calidad de vida fueron el autoposicionamiento económico del hogar y la satisfacción con la forma de vivir, la salud objetiva y subjetiva así como la satisfacción residencial como indicador de satisfacción hacia cada uno de los elementos del entorno residencial (vivienda, barrio, vecindario). Estos resultados prueban que los elementos perceptuales de la forma de vivir y del entorno físico así como mejores condiciones de salud están en la base de una mayor calidad de vida en la vejez, de modo que las políticas de actuación para mantener al mayor en su entorno habitual de vida habrían de considerar acciones para la adecuación del entorno y el mantenimiento de la autonomía del mayor.

## Sesión Biológica

### P-293. LA RESPUESTA ANTIOXIDANTE ES INSUFICIENTE EN INDIVIDUOS DE EDAD AVANZADA CON DETERIORO FUNCIONAL SEVERO

D. de Gonzalo-Calvo<sup>1</sup>, F.M. Suárez García<sup>2</sup>, M. García-Macia<sup>1</sup>, J.J. Solano Jaurrieta<sup>2</sup>, M.J. Rodríguez-Colunga<sup>1</sup> y A. Coto-Montes<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Universidad de Oviedo. Oviedo. <sup>2</sup>Hospital Monte Naranco. Oviedo.

**Objetivo:** El envejecimiento se define como el cambio gradual e intrínseco en un organismo que conduce a un riesgo creciente de vulnerabilidad, enfermedad y muerte. Una de las teorías que tratan de explicar este proceso es la Teoría de los Radicales Libres, según la cual, el estrés oxidativo podría estar implicado en el proceso de envejecimiento y enfermedades asociadas a éste. Por ello, con el fin de determinar el nivel de defensa antioxidante asociada al deterioro funcional severo en población anciana, se evaluaron las princi-

pales enzimas antioxidantes en eritrocitos de individuos ancianos frágiles.

**Métodos:** Estudio observacional transversal. Se recogieron muestras sanguíneas de dos grupos de personas mayores clasificados según el Índice de Barthel (IB) como grupo Independiente (IB = 100; edad media 83 años, porcentaje de mujeres 74,19%, N = 29), sin deterioro funcional, utilizado como grupo control; y grupo Dependiente (IB = 0-40, edad media 90 años, porcentaje de mujeres 75,86%, N = 29), grupo con un deterioro funcional grave en el que se valoró la influencia de la fragilidad en la actividad de las enzimas antioxidantes de los hematíes: Superóxido Dismutasa (SOD), Catalasa (CAT), Glutatión Peroxidasa (GPx), así como en el daño de lípidos eritrocitario (DLe).

**Resultados:** El análisis de los resultados muestra un incremento estadísticamente significativo de las actividades de las enzimas SOD ( $p \leq 0,001$ ) y CAT ( $p \leq 0,050$ ) asociado al deterioro funcional en ancianos. Sin embargo, no se encontraron diferencias significativas entre ambos grupos de estudio en la actividad de GPx. Por otro lado, el daño de lípidos mostró un aumento significativo ( $p \leq 0,001$ ) en el grupo frágil respecto al grupo control independiente.

**Conclusiones:** Los resultados de este estudio muestran una cierta capacidad de respuesta antioxidante en los individuos frágiles frente al incremento del estrés oxidativo. El aumento de la actividad de las enzimas antioxidantes SOD y CAT en el grupo funcionalmente dependiente es un claro indicador de ello. Sin embargo, considerando el aumento del daño de lípidos en este grupo, parece que esta respuesta de la defensa antioxidante es aún insuficiente para contrarrestar los efectos negativos que conlleva el incremento del estrés oxidativo asociado a la fragilidad.

### P-294. INFLUENCIA DEL EJERCICIO FÍSICO REGULAR SOBRE BIOMARCADORES DE ENFERMEDAD Y MUERTE EN POBLACIÓN ANCIANA

B. Fernández-García<sup>1</sup>, D. de Gonzalo-Calvo<sup>1</sup>, F.M. Suárez García<sup>2</sup>, M.J. Rodríguez-Colunga<sup>1</sup>, A. Coto-Montes<sup>1</sup> y J.J. Solano Jaurrieta<sup>2</sup>  
<sup>1</sup>Universidad de Oviedo. Oviedo. <sup>2</sup>Hospital Monte Naranco. Oviedo.

**Objetivo:** En los últimos años se han intensificado las investigaciones en el desarrollo de estrategias que permitan contrarrestar los efectos negativos del envejecimiento, siendo el ejercicio físico una de las principales vías de actuación. Así pues, con el fin de valorar los beneficios de la práctica deportiva en edades avanzadas, hemos estudiado la influencia del ejercicio físico sobre algunos de los principales biomarcadores de enfermedad y muerte en población anciana.

**Métodos:** Estudio observacional transversal. Se obtuvieron muestras sanguíneas de dos grupos de voluntarios. Un grupo de personas mayores sedentarias funcionalmente independientes (edad media 77 años, N = 14) y un grupo de personas de edad avanzada que realizaba ejercicio físico moderado regularmente, combinando distintas actividades de fuerza y resistencia (edad media 72 años, N = 14). Determinamos en ambos grupos la concentración plasmática de la citoquina Interleuquina 1 $\beta$  (IL-1 $\beta$ ), el antagonista del receptor de Interleuquina 1 (IL-1ra), así como el valor del índice hematológico RDW-SD.

**Resultados:** Observamos un descenso altamente significativo en la concentración plasmática de IL-1ra ( $p \leq 0,001$ ) y del valor del ratio IL-1ra/IL-1 $\beta$  ( $p \leq 0,001$ ) en el grupo que realizaba actividad física regularmente respecto al grupo control. Sin embargo, parece que el ejercicio no influyó en la concentración plasmática de la citoquina IL-1 $\beta$ . El valor de RDW-SD también mostró un descenso muy significativo ( $p \leq 0,001$ ) en el grupo de personas de edad avanzada que realizaban ejercicio físico.

**Conclusiones:** Los resultados de este estudio muestran una reducción de los indicadores IL-1ra, IL-1ra/IL-1 $\beta$  y RDW-SD asociados a la actividad física. El ejercicio regular y moderado en personas de edad avanzada parece estar implicado con un patrón de biomarcadores de trastorno y muerte mucho más beneficioso. Por ello, la actividad físi-

ca parece una excelente estrategia de actuación para la atenuación de los aspectos negativos del envejecimiento.

#### P-295. ALTERACIÓN DEL PERFIL DE CITOQUINAS INFLAMATORIAS EN POBLACIÓN ANCIANA CON DETERIORO FUNCIONAL SEVERO

D. de Gonzalo-Calvo<sup>1</sup>, M. García-Macia<sup>1</sup>, J.J. Solano Jaurrieta<sup>2</sup>, M.J. Rodríguez-Colunga<sup>1</sup>, A. Coto-Montes<sup>1</sup> y F.M. Suárez García<sup>2</sup>  
<sup>1</sup>Universidad de Oviedo. Oviedo. <sup>2</sup>Hospital Monte Naranco. Oviedo.

**Objetivo:** Fragilidad es un término empleado para describir individuos con un deterioro físico y funcional debido al envejecimiento natural o a la presencia de determinados trastornos. Los mecanismos de origen aún no se conocen con exactitud, por tanto el descubrimiento de los factores que puedan minimizar, retrasar o anular tal deterioro funcional adquiere una importancia capital. Por ello, en este trabajo nos planteamos como objetivo principal el análisis del perfil de citoquinas plasmáticas en personas de edad avanzada que presentaban deterioro funcional severo, con el fin de identificar posibles marcadores bioquímicos de utilidad clínica.

**Métodos:** Estudio observacional transversal. Se recogieron muestras sanguíneas de dos grupos de personas mayores clasificados según el Índice de Barthel (IB) como grupo Independiente (IB = 100; edad media 83 años, porcentaje de mujeres 74,19%, N = 29), sin deterioro funcional, utilizado como grupo control; y grupo Dependiente (IB = 0-40, edad media 90 años, porcentaje de mujeres 75,86%, N = 29), grupo con un deterioro funcional grave en el que se valoró la influencia de la fragilidad en el comportamiento de las distintas citoquinas estudiadas: Interleuquina 1 (IL-1 $\beta$ ), Interleuquina 10 (IL-10), el Factor de Necrosis Tumoral  $\alpha$  (TNF- $\alpha$ ) y el antagonista del receptor de Interleuquina 1 (IL-1ra).

**Resultados:** Los datos mostraron un patrón de citoquinas diferente en el grupo con una dependencia grave respecto al grupo funcionalmente independiente. Se observó un incremento estadísticamente significativo de la concentración plasmática de las citoquinas pro-inflamatorias estudiadas IL-1 $\beta$  ( $p \leq 0,050$ ) y TNF- $\alpha$  ( $p \leq 0,001$ ). Sin embargo, las citoquinas anti-inflamatorias analizadas, IL-10 e IL-1ra, presentaron niveles similares en ambos grupos de estudio.

**Conclusiones:** Estos resultados sugieren que la concentración de citoquinas plasmáticas es un factor importante a tener en cuenta en procesos de fragilidad en ancianos. El desequilibrio entre citoquinas pro- y anti-inflamatorias podría jugar un papel clave en el deterioro funcional severo en la población envejecida, generando un estado pro-inflamatorio crónico con consecuencias dañinas para el organismo. Por ello, los niveles plasmáticos de IL-1 $\beta$  y TNF- $\alpha$  podrían ser considerados buenos indicadores bioquímicos de fragilidad con su consiguiente posible aplicación clínica futura.

#### P-296. EFECTO PROTECTOR DEL AGUA SULFURADA FRENTE AL DAÑO OXIDATIVO INDUCIDO AL ADN EN PERSONAS MAYORES

R. Guzmán Martínez, C. Campos Vaquero, E. López-Fernández y A. Casado Moragón  
Centro de Investigaciones Biológicas (CSIC)

**Objetivos:** 1. Determinar el daño oxidativo basal e inducido al ADN en linfocitos de personas mayores y valorar su respuesta ante un tratamiento con agua sulfurada. 2. Comparar estos resultados con los obtenidos en la respuesta al tratamiento con ácido ascórbico (vitamina C).

**Métodos:** Se utilizó sangre periférica recogida con EDTA de 8 personas mayores aparentemente sanas (media de edad = 70,3 años). Los linfocitos se aislaron mediante gradiente de densidad con Histopaque 1.077 y se comprobó que la viabilidad era superior al 90% con azul de Trypan. El daño oxidativo se indujo añadiendo 100  $\mu$ M de H<sub>2</sub>O<sub>2</sub> a la

suspensión celular. El tratamiento con agua sulfurada se realizó añadiendo 1  $\mu$ L antes de inducir el daño con H<sub>2</sub>O<sub>2</sub>. El tratamiento con ácido ascórbico (vitamina C) se llevó a cabo añadiendo 10  $\mu$ M antes de inducir el daño con H<sub>2</sub>O<sub>2</sub>. El daño al ADN en linfocitos se determinó mediante electroforesis en gel de células individuales (comet assay). Como parámetros de daño al ADN se utilizaron el % ADN de la cola del cometa y el momento de la cola.

**Resultados:** El tratamiento con H<sub>2</sub>O<sub>2</sub> produjo un aumento significativo ( $P < 0,01$ ) del daño oxidativo al ADN, respecto a la condición basal (% ADN: 5,78  $\pm$  0,72 vs. 2,07  $\pm$  0,49 en tanto por ciento; Momento de la cola: 5,63  $\pm$  1,35 vs. 1,18  $\pm$  0,37 en unidades arbitrarias. Resultados expresados como media  $\pm$  EEM.). El tratamiento con agua sulfurada redujo significativamente ( $P < 0,05$ ) el daño inducido al ADN con H<sub>2</sub>O<sub>2</sub> (% ADN: 3,23  $\pm$  0,80 vs. 5,78  $\pm$  0,72 en tanto por ciento; Momento de la cola: 2,34  $\pm$  0,75 vs. 5,63  $\pm$  1,35 en unidades arbitrarias) al igual que el tratamiento con ácido ascórbico (% ADN: 2,68  $\pm$  0,57 vs. 5,78  $\pm$  0,72 en tanto por ciento; Momento de la cola: 1,67  $\pm$  0,57 vs. 5,63  $\pm$  1,35 en unidades arbitrarias). Por otro lado, no se observaron diferencias significativas entre el tratamiento con agua sulfurada y el tratamiento con ácido ascórbico. Tampoco se observaron diferencias entre varones y mujeres.

**Conclusiones:** El agua sulfurada parece tener un efecto protector frente a la inducción de daño oxidativo en el ADN, al igual que lo tiene el ácido ascórbico, reconocido y utilizado antioxidante.

Proyecto financiado por la Fundación Inocente, Inocente.

#### P-297. EFECTO ANTIOXIDANTE DEL AGUA SULFURADA EN LINFOCITOS DE INDIVIDUOS MAYORES DE 70 AÑOS SOMETIDOS A ESTRÉS OXIDATIVO INDUCIDO POR HOMOCISTEÍNA

C. Campos Vaquero, R. Guzmán Martínez, E. López-Hernández y A. Casado Moragón  
Centro de Investigaciones Biológicas (CSIC)

**Introducción:** Estudios recientes confirman la validez del uso de las aguas sulfuradas como remedio terapéutico o preventivo de diversas enfermedades. Se ha visto un efecto protector del H<sub>2</sub>S frente al estrés oxidativo inducido por homocisteína (Hcy), sin embargo, el uso de agua sulfurada para este fin no ha sido estudiado previamente. En este trabajo se compara el efecto del agua sulfurada con el de otros reconocidos antioxidantes (ácido ascórbico y trolox).

**Objetivos:** 1. Investigar el efecto antioxidante del agua sulfurada en linfocitos de personas mayores sometidos a estrés oxidativo inducido por homocisteína. 2. Comparar el efecto protector del agua sulfurada con el de los antioxidantes trolox y ácido ascórbico.

**Material y métodos:** Se analizaron 8 individuos (3 mujeres y 5 varones) con edades entre 60 y 85 años. Los linfocitos se aislaron por gradiente de densidad con Histopaque 1.077 y se confirmó una viabilidad superior al 90% con azul de Trypan en todos los casos. Se valoró supervivencia de linfocitos ( $2 \times 10^5$  células en RPMI) tras tratamientos con 10 mM de Hcy en presencia y ausencia de: agua sulfurada (15  $\mu$ L en 200  $\mu$ L de suspensión celular), trolox 70  $\mu$ M y ácido ascórbico 35  $\mu$ M durante 2 horas a 37°C, mediante ensayo del MTT. Para evitar interferencias, las células fueron lavadas dos veces con RPMI tras los tratamientos. La comparación entre tratamientos se realizó mediante la U de Mann-Whitney. Los resultados se expresan como media  $\pm$  desviación estándar.

**Resultados:** El tratamiento con homocisteína redujo la viabilidad celular en un 17,1% (% viabilidad celular = 82,9  $\pm$  3,2). Se encontraron diferencias significativas entre viabilidad celular (en %) del tratamiento con homocisteína y la del combinado con: agua sulfurada (82,9  $\pm$  3,2 vs. 96,8  $\pm$  12,6;  $P < 0,01$ ), trolox (82,9  $\pm$  3,2 vs. 90,7  $\pm$  6,7;  $P < 0,05$ ) y ácido ascórbico (82,9  $\pm$  3,2 vs. 89,0  $\pm$  4,3;  $P < 0,01$ ). El % de supervivencia es mayor cuando se emplea agua sulfurada, pero sin

diferencias significativas entre los tres tratamientos combinados utilizados.

**Conclusiones:** Nuestros resultados sugieren que el agua sulfurada, el trolax y el ácido ascórbico reducen la muerte celular inducida por homocisteína, siendo el efecto protector del agua sulfurada aparentemente mayor que el del resto de antioxidantes.

*Proyecto financiado por la Fundación Inocente, Inocente.*

#### P-298. ASOCIACIÓN ENTRE ESTADO FUNCIONAL E INMUNOLÓGICO EN INDIVIDUOS DE EDAD AVANZADA

M.A. Moro García<sup>1</sup>, R. Alonso Arias<sup>1</sup>, I. Cuevas Pérez<sup>1</sup>, F.M. Suárez García<sup>2</sup>, J.J. Solano Jaurrieta<sup>3</sup> y C. López Larrea<sup>1</sup>

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

**Objetivos:** El deterioro del sistema inmune se asocia con una menor supervivencia en los individuos de edad avanzada, habiéndose definido incluso un perfil de riesgo inmunológico. La capacidad funcional de los ancianos también se relaciona con su longevidad y existen determinados índices, como el de Barthel (IB), que permiten su clasificación. El objetivo de este trabajo fue estudiar la asociación entre el deterioro funcional e inmunológico en dos grupos de ancianos con distinto IB.

**Método:** Se estudiaron 100 ancianos procedentes de la Residencia Santa Teresa de Oviedo que se dividieron en dos grupos atendiendo a su IB, grupo 1  $\geq 80$  puntos y grupo 2  $< 80$  puntos. El grupo 1 estaba formado por 12 hombres y 39 mujeres con una edad media de  $86,03 \pm 5,5$  años, mientras que el grupo 2 lo formaban 13 hombres y 36 mujeres con una edad media de  $87,51 \pm 5,9$  años. Se realizó caracterización de las subpoblaciones celulares por citometría de flujo, respuesta a la estimulación por anti-CD3 de células T y cuantificación por ELISA de anticuerpos específicos frente al virus de la gripe.

**Resultados:** Los individuos del grupo 2 presentaron niveles significativamente aumentados de células NK (8,5% versus 6,7% [ $p < 0,05$ ]) y disminuidos de linfocitos B (1,3% versus 2,1% [ $p < 0,001$ ]), no encontrándose diferencias en otras poblaciones leucocitarias como polimorfonucleares, monocitos y linfocitos T. Cuando se analizaron las subpoblaciones de linfocitos T CD4 y CD8 se encontró que los ancianos del grupo 2 presentaban menor proporción de CD4 y mayor de CD8 que los del grupo 1 (54% versus 60,8% [ $p < 0,005$ ] y 37,6% versus 32,3% [ $p < 0,05$ ], respectivamente), con un cociente CD4/CD8 significativamente inferior. La capacidad de activación *in vitro* frente a anti-CD3 fue similar en ambos grupos. Sin embargo, la respuesta *in vivo* valorada por el título de anticuerpos generados tras la vacunación frente al virus de la gripe fue significativamente mayor en los individuos con mejor estado funcional (13,9U versus 7,9U [ $p = 0,018$ ]).

**Conclusiones:** Existe una clara asociación entre el deterioro funcional de los individuos de edad avanzada y el envejecimiento de su sistema inmune, tanto a nivel de la distribución de las subpoblaciones celulares como de su capacidad de respuesta a la inmunización.

#### P-300. ESTUDIO RADIOLÓGICO E HISTOMORFOMÉTRICO DE LAS CABEZAS FEMORALES DE PACIENTES ANCIANOS EN LA ENFERMEDAD OSTEOARTRÓSICA Y OSTEOPÉNICA

A. Martín Colmenero, A.D.P. Martín Rodríguez, M.A. Pérez de la Cruz, J.A. de Pedro Moro y A. Cardoso Muñoz Hospital Nuestra Señora de Gracia. Zaragoza.

**Objetivo:** Realizar una correlación radiológica y histomorfométrica estudiando las cabezas femorales extraídas tras implante por artrosis y fracturas.

**Material y métodos:** Se utilizaron noventa y ocho cabezas femorales obtenidas en quirófano previamente a la implantación de prótesis. La

edad media de los pacientes fue de 74,6 años (59-98 años). En estas piezas, se analizaron dos zonas: una zona de alta carga (el núcleo duro de la cabeza) y una zona de baja carga (zona vecina al ligamento redondo). Como grupo control, se utilizaron 6 cabezas femorales (3 mujeres y 3 hombres), procedentes de autopsias, sin antecedentes patológicos. Las muestras fueron incluidas en polimetilmetacrilato, teñidas con las técnicas de Goldner y Von Kossa. Mediante mediciones histomorfométricas, se determinó el volumen de hueso trabecular (TBV) y el volumen de sustancia osteoide (OSV).

**Resultados:** Estadísticamente se encontraron diferencias significativas referidas al volumen de osteoide periférica (zona de baja carga) ( $p = 0,036$ ) y el volumen de hueso trabecular, periférico y central. Ambos volúmenes disminuyeron en las muestras correspondientes a osteoporosis y a mujeres ( $p = 0,000$ ), en comparación con el grupo de control. En cuanto a la relación entre las zonas de alta y baja carga, también se obtuvieron datos significativos. La zona de alta carga tuvo un mayor volumen de hueso trabecular que la zona baja de carga, independientemente de la patología y sexo, pero este aumento fue más pronunciado en las muestras artrósicas y en las de los hombres. Además, este volumen de hueso trabecular en la zona de alta carga disminuye con el aumento de la edad del donante ( $p = 0,037$ ), cuando se compara con el grupo control.

**Conclusiones:** Se observó una reducción en la formación de TBV y OSV en la osteoporosis, y también en la artrosis, en muestras de sujetos de más edad, en mujeres, y en la zona de baja carga de las muestras, cuando se compara con el grupo de control. Estos datos sugieren la coexistencia de ambas patologías, que es más pronunciada en los individuos de más edad y en las mujeres.

#### P-301. EVALUACIÓN DEL GRADO DE ENVEJECIMIENTO DEL SISTEMA CIRCADIANO MEDIANTE EL EMPLEO COMBINADO DE ACTIMETRÍA, POSICIÓN CORPORAL Y TERMOMETRÍA

E. Ortiz Tudela<sup>1</sup>, A. Martínez Nicolás<sup>1</sup>, J. Sarabia<sup>1</sup>, P. Almadia<sup>1</sup>, M.T. Campos<sup>2</sup>, M. Campos<sup>1</sup>, M. Moreno<sup>3</sup>, R. Amillategui<sup>3</sup>, J.A. Madrid Pérez<sup>1</sup> y A. Rol de Lama<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universidad de Murcia. Murcia. <sup>2</sup>INVESTÉN. Instituto de Salud Carlos III. Madrid. <sup>3</sup>Instituto de Salud Carlos III. Madrid.

El sistema circadiano humano envejece como ocurre con el resto de sistemas. Con el envejecimiento, los ritmos circadianos tienden a la pérdida de amplitud y a la desincronización interna entre variables. La disfunción del sistema circadiano se asocia al desarrollo de enfermedades crónicas y al empeoramiento de patologías preexistentes, entre las que se encuentran el cáncer, envejecimiento prematuro, síndrome metabólico, enfermedades cardiovasculares, deterioro cognitivo y trastornos afectivos. Sin embargo, en la actualidad no se dispone de técnicas no invasivas que permitan la evaluación objetiva y precisa del estatus del sistema circadiano en condiciones ambulatorias.

A tal fin, se ha desarrollado una variable (TAP) integrada a partir de los registros simultáneos de la temperatura de la piel en la muñeca (T), la actividad motora (A) y la posición del cuerpo (P), que permite aumentar la precisión de cada una de las variables individuales. Para su registro, se emplearon dos data loggers, un acelerómetro (Hobo®) y un termistor (Ibutton, Thermochron®) que se colocaron en el brazo y en la muñeca de la mano no dominante, respectivamente. En el estudio han participado dos grupos de voluntarios, mayores y jóvenes, de edades comprendidas entre 65-95 años y 19-25 años, respectivamente.

El envejecimiento, en general, se asocia a un aumento de la estabilidad interdiaria, un aumento de la variabilidad intradiaria (fragmentación de los ritmos), una disminución de la amplitud y a la pérdida de la zona de mantenimiento de la vigilia; sin embargo, existe una gran heterogeneidad dentro del grupo de personas mayores, lo que permite diferenciar distintas categorías en función del grado de envejecimiento de su sistema circadiano. Además, la utilización de la variable

TAP ha permitido inferir algunas características del ritmo sueño-vigilia de los voluntarios, como son, tiempo total de sueño, número de despertares nocturnos, siestas y horarios de sueño y despertar.

La utilización de la variable integrada TAP permite la valoración ambulatoria y no invasiva del estado funcional del sistema circadiano de personas mayores mejorando la especificidad y sensibilidad de los actímetros comerciales utilizados hasta el momento.

*El trabajo ha sido financiado mediante los proyectos PI07/90208, RETICEF, RD06/0013/0019, y BFU2007-60658/BFI.*

### **P-302. ESTUDIO DEL CONTROL METABÓLICO DE LOS PACIENTES DIABÉTICOS SEGÚN SU EDAD**

M.A. Lafarga Giribets, V. Martín Miguel, M.D. Rodrigo Claverol, L. García Esteve, Y. Fadyeyeva y E. Peñasal Pujol  
CAP Bordeta-Magraners. Lérida.

**Objetivos:** Describir los diferentes parámetros tensionales analíticos y de exploración física y el tratamiento utilizado en pacientes diabéticos (DM) según su edad.

**Metodología:** Estudio transversal mediante revisión de historias clínicas informatizadas de los pacientes diabéticos de un área básica urbana durante noviembre 2009. Se dividen los diabéticos en mayores o menores de 75 años. *Variables de estudio:* edad, sexo, tratamiento con insulina y metformina, colesterol total, LDL-colesterol, HDL-colesterol, triglicéridos (TG), índice de masa corporal (IMC), perímetro abdominal, tensión arterial sistólica (TAS), diastólica (TAD) y HbA1c.

**Resultados:** N = 683 diabéticos (36,3% edad  $\geq$  75 a.). Edad media: < 75 a: 59,88  $\pm$  9;  $\geq$  75 a: 80,66  $\pm$  4 años. Sexo: en  $\geq$  75 a 36,2% hombres, 63,8% mujeres. En < 75 a: 55,9% hombres, 44,1% mujeres. El porcentaje de mujeres es estadísticamente superior en el grupo de mayor edad ( $p=0,000$ ). Colesterol total < 75 a: 202,09  $\pm$  43,05 mg/dl;  $\geq$  75 a: 188,56  $\pm$  37,24,  $p=0,000$  en ambos sexos. LDL-colesterol < 75 a: 107,55  $\pm$  40,54 mg/dl;  $\geq$  75 a: 103  $\pm$  34,11. HDL-colesterol < 75 a: 58,33  $\pm$  24,93 mg/dl;  $\geq$  75 a: 60,76  $\pm$  24,58. Triglicéridos < 75 a: 188,64  $\pm$  139,72 mg/dl;  $\geq$  75 a: 132,71  $\pm$  62,64,  $p=0,000$  en ambos sexos. IMC < 75 a: 31,21  $\pm$  5,58;  $\geq$  75 a: 29,69  $\pm$  7,38,  $p<0,02$ . Perímetro abdominal < 75 a: 106,55  $\pm$  16,11;  $\geq$  75 a: 104,8  $\pm$  11,47, HbA1c < 75 a: 7,58  $\pm$  1,52;  $\geq$  75 a: 7,18  $\pm$  1,24,  $p=0,003$ , (7,57  $\pm$  1,5 en < 75 a vs 7,33  $\pm$  1,3 en  $\geq$  75 a  $p=0,001$  hombres, 7,59  $\pm$  1,4 en < 75 a vs 6,92  $\pm$  1,04 en  $\geq$  75 a  $p>0,05$  mujeres). TAS < 75 a: 137,65  $\pm$  63,51;  $\geq$  75 a: 134,84  $\pm$  18,31. TAD < 75 a: 76,97  $\pm$  9,99;  $\geq$  75 a: 71,5  $\pm$  9,35,  $p=0,000$ . Tratamiento con insulina < 75 a: 17,2% (IC 95% 13,9-20,6);  $\geq$  75 a: 25,1% (IC 19,1-31,14),  $p=0,018$ . Tratamiento con metformina < 75 a: 63,5% (IC 59-67);  $\geq$  75 a: 54,5% (IC 47-61),  $p=0,03$ .

**Conclusiones:** En el estudio los diabéticos  $\geq$  75 a presentan mejores cifras analíticas y tensionales que los de menor edad. También presentan menor perímetro abdominal e IMC. Estos resultados podrían estar relacionados con que los pacientes de  $\geq$  75 años estén, de manera estadísticamente significativa, más tratados con insulina y esto motive un mejor control. Este estudio avala la estrategia seguida en las consultas con los diabéticos  $\geq$  75 a y anima a seguir en esta misma línea de actuación.

### **P-303. LA RETIRADA DEL AMBIENTE ENRIQUECIDO DETERIORA, ESPECIALMENTE EN LAS HEMBRAS, DIVERSOS BIOMARCADORES INMUNITARIOS DE SALUD Y LONGEVIDAD**

L. Arranz<sup>1</sup>, I. Maté<sup>1</sup>, L. Gimenez-Llort<sup>2</sup> y M. de la Fuente<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Universidad Complutense. Madrid. <sup>2</sup>Autónoma Barcelona. Barcelona.

Nuestro grupo ha demostrado que el enriquecimiento ambiental (EA), sistema que permite llevar a cabo mayor actividad mental y física a los animales de experimentación, produce unas mejores funciones cognitivas, conductuales e inmunitarias en los ratones al envejecer, aumentando así su longevidad. Algunos autores han pro-

puesto que tales efectos a nivel de sistema nervioso se mantienen incluso meses después de retirar el EA. El objetivo del presente trabajo fue comprobar si ello sucede igualmente a nivel del sistema inmunológico. Se estudiaron ratones C57BL/129sv machos y hembras que vivieron desde la etapa adulta (6 meses) y durante 5,5 meses en un ambiente enriquecido (EA). Los controles (C) vivieron ese tiempo en la misma estabulación, pero sin condiciones de enriquecimiento. El EA consistió en colocar en las jaulas diversos objetos de distintas formas y texturas, que fueron intercambiados cada 2 días, y de forma permanente una casa y rueda de ratón. El EA se retiró cuando los animales tenían 11,5 meses y los ratones fueron sacrificados a los 15 meses. En linfocitos de timo y bazo, obtenidos de estos animales, se analizó la quimiotaxis, la proliferación basal e inducida por mitógenos (ConA y LPS) y la actividad NK. También se estudiaron los niveles de IL-2 inducidos por ConA y de TNF- $\alpha$  estimulados con LPS. Además, se valoró el contenido intracelular de glutatión (GSH), y los niveles plasmáticos de corticosterona. Los resultados indican que la retirada del EA conduce al deterioro de algunos de los parámetros inmunitarios estudiados, siendo las hembras más sensibles que los machos. Como ejemplo, la proliferación de los linfocitos esplénicos en respuesta a LPS es menor ( $P<0,05$ ) en las hembras enriquecidas (8.108  $\pm$  316 cpm) que en las control (13.809  $\pm$  1.373 cpm). Los valores de GSH fueron también menores ( $P<0,05$ ) en los linfocitos esplénicos de hembras enriquecidas (4,24  $\pm$  0,67 nmol/mg proteína) que en las controles (9,97  $\pm$  1,99 nmol/mg proteína). Como conclusión, el presente trabajo demuestra la importancia, especialmente para las hembras, de mantener de forma continuada una vida activa para preservar todos los efectos beneficiosos de la misma sobre el sistema inmunológico.

MICIINN (BFU2008-04336), (SAF-2006-13642) Grupo Investigación UCM (910379ENEROINN); RETICEF (RD06/0013/0003).

### **P-304. EL AUMENTO AL ENVEJECER EN LA ACTIVIDAD XANTINA OXIDASA DE PLASMA Y LEUCOCITOS PERITONEALES DE RATÓN NO SUCEDE EN LOS ANIMALES LONGEVOS**

C. Vida, E. González, O. Hernández, N.M. de Castro, S. Rodríguez-Terés y M. de la Fuente  
Universidad Complutense. Madrid.

Los leucocitos utilizan las especies reactivas de oxígeno (ROS) como mecanismo de defensa en la respuesta inmunitaria. Sin embargo, con el envejecimiento, dichas células muestran un aumento en la producción de oxidantes, así como una disminución en sus defensas antioxidantes, generando un estado de estrés oxidativo crónico. Recientemente, se está comprobando que los individuos que alcanzan una elevada longevidad mantienen una repuesta inmunitaria y un estado redox en leucocitos similar al de los adultos. Por otra parte, la xantina oxidasa (XO) ha sido implicada como una de las mayores fuentes endógenas de producción de ROS, jugando un papel importante en diversas patologías asociadas al estrés oxidativo. El objetivo del presente trabajo ha sido estudiar los cambios con el envejecimiento en la actividad XO en leucocitos peritoneales y en plasma de ratones, así como en animales longevos. Se han utilizado ratones ICR-CD1 adultos (7 meses), maduros (13 meses), viejos (18 meses) y longevos (31 meses), de los que se obtuvo el plasma y la suspensión de leucocitos peritoneales. Los macrófagos se aislaron de dicha suspensión por adherencia al plástico durante 2 horas a 37 °C. La actividad XO se evaluó en plasma y sobrenadantes de cultivos de 24 h de leucocitos peritoneales totales, macrófagos y linfocitos, mediante un kit comercial (Invitrogen). Los resultados muestran que la actividad XO en plasma y leucocitos peritoneales aumenta significativamente con la edad, observándose los mayores niveles en los animales viejos ( $p<0,001$ ). Sin embargo, los ratones longevos presentan unos valores similares a los de adultos. En las poblaciones celulares, el mayor porcentaje de activi-



dad XO corresponde a los macrófagos, con niveles significativamente mayores ( $p < 0,05$ ) que los linfocitos en todas las edades estudiadas. Se concluye que la actividad XO es una vía de oxidación que puede contribuir a generar el estrés oxidativo observado en células inmunitarias con el envejecimiento. Se confirma la teoría de la oxidación-inflamación que hemos propuesto, con un papel relevante del sistema inmunitario en la velocidad de envejecimiento y siendo los fagocitos las células más implicadas. Se muestra a la XO como un buen marcador del grado de oxidación que aparece al envejecer.

MICINN(BFU200804336); Grupo de Investigación UCM (910379ENEROINN); RETICEF(RD06/0013/0003).

### P-305. HÁBITOS ALIMENTARIOS DE UN GRUPO DE POBLACIÓN MAYOR URBANA DE VALLADOLID

M.J. Cao Torija y M.J. Castro Alija  
Univer

Existen factores dietéticos implicados en la etiología de enfermedades crónicas que se incrementan con la edad. Por otra parte la alimentación, junto con el estilo de vida, contribuye a modificar las funciones corporales ligadas a la edad, luego los hábitos alimentarios están estrechamente relacionados con el estado de salud de las personas e incluso con su mortalidad prematura.

**Objetivo:** Evaluar el consumo de alimentos en la población anciana objeto de estudio como factor determinante de salud y determinar el aporte de nutrientes para comparar con ingestas recomendadas.

**Material y método:** Estudio transversal descriptivo con muestra al azar proporcional al universo de habitantes, de 200 individuos, 100 mujeres y 100 hombres, con edades comprendidas entre 70 y 98 años, vecinos de la ciudad de Valladolid, no institucionalizados. Se empleó cuestionario de frecuencia de consumo de alimentos cualitativo y semicuantitativo transformando los datos obtenidos en consumo de alimentos expresado en gramos/día a través de la tabla de composición de alimentos y se utilizó base de datos y programas estadísticos SPSS-PC 11.0.

**Resultados:** Consumo medio de alimentos expresado en gramos/día y descriptivo de nutrientes en tablas que se adjuntarán en el texto definitivo.

**Conclusiones:** 1. La población estudiada mantiene una correcta variedad de alimentos estando representados los grupos de alimentos proteicos, energéticos y reguladores además con una diversidad amplia dentro de cada grupo. 2. La cantidad de alimentos consumidos permite cubrir la mayor parte de las necesidades nutricionales del grupo de población. 3. El aporte energético puede considerarse adecuado respecto a las recomendaciones. 4. La distribución porcentual de la energía según los principios inmediatos revela que las proteínas suponen un 16% de la energía total diaria; los lípidos aportan por encima del 40% y los carbohidratos menos del 40%. Estos valores se alejan de las recomendaciones establecidas como referente de una alimentación sana, por su alto aporte proteico y lipídico y bajo en glúcidos. 5. El aporte de micronutrientes constata que existe riesgo de ingesta inadecuada para las vitaminas liposolubles y los minerales zinc, yodo y magnesio para mujeres y hombres.

### P-306. CAMBIOS AL ENVEJECER EN EL RITMO CIRCADIANO DE LAS FUNCIONES DE LOS FAGOCITOS DE RATONES Y DE HUMANOS

I. Maté Otaño<sup>1</sup>, R. Manassra<sup>1</sup>, C. Carpintero Rubio<sup>1</sup>, J.A. Madrid<sup>2</sup> y M. de la Fuente del Rey<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Departamento de Fisiología. Madrid. Facultad de Biología. Madrid. Universidad Complutense de Madrid. Madrid. <sup>2</sup>Laboratorio de Cronobiología. Universidad de Murcia. Murcia.

Cada vez hay más evidencias de la importancia del sistema circadiano en la comunicación neuroinmunoendocrina, y concretamente so-

bre el sistema inmunológico. Sin embargo, son pocos los estudios que tratan sobre los cambios, con el envejecimiento, de los ritmos circadianos en funciones inmunitarias. Por ello, el objetivo del presente trabajo ha sido conocer las variaciones circadianas de una serie de funciones de las células fagocíticas en el envejecimiento del ratón y del ser humano. En ratones hembras ICR-CD1, 6 adultas ( $7 \pm 1$  meses) y 6 viejas ( $18 \pm 1$  meses), se procedió a la extracción de la suspensión peritoneal a las 8:00, 13:00 y 18:00 h de su período de actividad. En los macrófagos se estudió la capacidad de adherencia, la fagocitosis y la producción de anión superóxido intracelular y extracelular, tanto basal como estimulada. Por otro lado, en un total de 16 hombres y mujeres sanos, 7 jóvenes (20-29 años) y 9 maduros (70-79 años), se procedió a la extracción de sangre periférica a las 10:00 y a las 15:00h. Tras la obtención de los neutrófilos se valoraron en estas células las mismas funciones antes indicadas. Los resultados muestran cambios al envejecer en el ritmo circadiano de algunas de las funciones estudiadas, tanto en ratones como en humanos. Como ejemplos, en ratones viejos se observa una disminución de la fagocitosis (número de bolas ingeridas por 100 macrófagos) a las 13 h con respecto a las 8 h ( $696 \pm 46$  vs.  $911 \pm 64$ , respectivamente,  $p < 0,05$ ) que no aparece en los adultos. En humanos, los niveles de anión superóxido basal intracelular disminuyen ( $p < 0,002$ ) a las 15 h con respecto a las 10 h ( $33 \pm 1,9$  vs.  $44 \pm 3,4$  nmol/10<sup>6</sup> células, respectivamente) en jóvenes pero no en los maduros. Se puede concluir que algunas funciones de los fagocitos, células inmunitarias implicadas en el proceso de envejecimiento, muestran ritmos circadianos, tanto en ratones como en humanos, que se modifican al envejecer. Esto podría ser uno de los factores que contribuyen a aumentar la velocidad de envejecimiento de los individuos.

MICINN (BFU2008-04336), Grupo de Investigación de la UCM (910379ENEROINN); RETICEF (RD06/0013/0003; RD06/0013/0019).

### P-307. LA INGESTIÓN DE UNA DIETA SUPLEMENTADA CON N-ACETILCISTEINA Y TIOPROLINA MEJORA LA CAPACIDAD ANTIOXIDANTE Y FUNCIONAL DE LOS LEUCOCITOS DE RATONES VIEJOS FRENTE A UNA INFECCIÓN LETAL, AUMENTANDO LA SUPERVIVENCIA DE LOS ANIMALES

I. Maté Otaño, O. Hernández, N.M. de Castro de Frutos, S. Rodríguez-Terés, C. Vida y M. de la Fuente del Rey  
Departamento de Fisiología. Madrid. Facultad de Biología. Madrid. Universidad Complutense de Madrid. Madrid.

Hemos demostrado en resultados previos que la ingestión durante un mes de una dieta suplementada con dos antioxidantes como son la n-acetilcisteína y la tioprolina, que aumentan los niveles de glutathión (GSH) celular, mejora la capacidad funcional y el estado redox de los leucocitos de ratones, obteniéndose una mayor longevidad de los animales. También hemos comprobado que en un shock séptico letal, con un estrés oxidativo producido por las células inmunitarias, hay un deterioro de la funcionalidad y estado redox de los leucocitos, en animales adultos, similar al que tiene lugar con el envejecimiento. Además, que la susceptibilidad a la infección es mayor al aumentar la edad de los animales. Por todo ello, el objetivo del presente trabajo fue comprobar si animales viejos que ingieren una dieta suplementada con n-acetilcisteína y tioprolina son más resistentes que los controles frente a una infección letal por mantener mejor las defensas antioxidantes y la funcionalidad de sus leucocitos. Se han utilizado ratones ICR-CD1 hembras de  $18 \pm 1$  meses de edad que recibieron una dieta estandar (controles) o una suplementada con 0,1% p/p de n-acetilcisteína y tioprolina (suplementados) durante 4 semanas. Tras finalizar se obtuvieron muestras del peritoneo a tiempo 0 y a las 2, y 24 horas tras la administración de 50 mg/kg de lipopolisacárido (LPS) de *E. coli*. En las células peritoneales se anali-

zó la actividad catalasa (CAT), los niveles de GSH y la función fagocítica de macrófagos. Los resultados muestran que ratones suplementados tienen, especialmente a las 2 horas de la administración de LPS, una actividad de CAT, niveles de GSH y capacidad de fagocitosis mayores ( $p < 0,01$ ) que los controles, (CAT:  $221 \pm 57$  vs  $157 \pm 30$  mU/ $10^6$  leucocitos; GSH:  $2,27 \pm 0,01$  vs  $1,38 \pm 0,01$  nmolles/ $10^6$  leucocitos;  $890 \pm 91$  vs  $751 \pm 72$  partículas fagocitadas por 100 macrófagos). El tiempo de supervivencia tras la administración del shock endotóxico letal fue mayor ( $p < 0,01$ ) en los ratones suplementados ( $93 \pm 25$  horas) que en los controles ( $44 \pm 23$  horas). Concluimos que la suplementación utilizada mejora, en la vejez, la capacidad antioxidante y funcional de los leucocitos frente a una infección letal, permitiendo un mayor tiempo de supervivencia de los individuos.

*Financiación: Fundación Investigación Mutua Madrileña. MICINN (BFU2008-04336), Grupo de Investigación UCM (910379ENEROINN); RETICEF (RD06/0013/0003).*

### P-308. FENOTIPAJE COGNITIVO Y ESTUDIO ELECTROFISIOLÓGICO DE RATOENES SAMP8 COMO MODELO DE ENVEJECIMIENTO ACELERADO

J.C. López-Ramos<sup>1</sup>, C. Sanfeliú<sup>2</sup>, D. Acuña-Castroviejo<sup>3</sup>, A. Gruart<sup>1</sup> y J.M. Delgado-García<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universidad Pablo de Olavide. Sevilla. <sup>2</sup>CSIC-IDIBAPS. <sup>3</sup>Universidad Granada. Granada.

**Objetivos:** El ratón SAMP8 es aceptado como modelo experimental de envejecimiento acelerado para evaluar déficits, como los cognitivos, asociados a la edad avanzada. Este trabajo pretende estudiar estos déficits, en comparación con sus controles SAMR1, de envejecimiento normal, evaluando la capacidad de aprendizaje y memoria, y la actividad, mediante procedimientos electrofisiológicos e inmunocitoquímicos, de áreas cerebrales implicadas.

**Método:** Se utilizaron ratones SAMP8 y SAMR1, de 5 meses de edad al comienzo del experimento, a los que se les implantaron electrodos de estimulación y registro en el músculo orbicularis oculi del párpado, y electrodos intracerebrales de estimulación en el área CA1 del hipocampo, y de registro en la corteza infralímbica. Tras la evaluación de las propiedades sinápticas de la vía CA1-Corteza Infralímbica estudiada, se realizaron pruebas de reconocimiento de objetos y de condicionamiento clásico del reflejo corneal, combinada esta última con el registro de los potenciales excitatorios postsinápticos (en inglés, EPSPs) simultáneamente evocados en la corteza infralímbica, para evaluar correlaciones entre los resultados obtenidos. Finalmente, se indujo artificialmente potenciación a largo plazo (en inglés, LTP) en hipocampo mediante la aplicación de un tren de estímulos de alta frecuencia, para estudiar su evolución y su repercusión en la expresión de c-fos y CAMKII $\alpha$  en distintas áreas cerebrales, que fue estudiada post-mortem mediante la cuantificación de la tinción histoquímica realizada.

**Resultados:** Los resultados mostraron déficits cognitivos en los ratones SAMP8 frente a los SAMR1, que en el caso del condicionamiento clásico del reflejo corneal correlacionaron con la evolución de la amplitud de los EPSPs evocados en la corteza infralímbica. Se observaron déficits similares en la evolución de la LTP inducida, así como en la subsiguiente expresión de c-fos y CAMKII $\alpha$  en las diferentes áreas estudiadas.

**Conclusiones:** Los ratones SAMP8 desarrollan prematuramente problemas cognitivos asociados a déficits en la fisiología sináptica, que a su vez coinciden con cambios moleculares, implicados igualmente en el aprendizaje asociativo.

### P-309. LA ENFERMEDAD DE PICK PRESENTA ALTERACIONES EN LAS VÍAS DE SEÑALIZACIÓN INTRACELULAR ASOCIADAS AL ESTRÉS OXIDATIVO

E.V. Ilieva<sup>1</sup>, A. Naudí<sup>2</sup>, M. Jove<sup>2</sup>, I. Ferrer<sup>2</sup>, M. Portero-Otín<sup>2</sup> y R. Pamplona<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Universidad Lleida. Lleida. <sup>2</sup>Departamento de Medicina Experimental. Universidad de Lleida. Lleida.

**Objetivos:** Tanto el estrés oxidativo como el de retículo endoplasmático (ER) se relacionan con múltiples enfermedades neurodegenerativas asociadas al proceso de envejecimiento. La enfermedad de Pick (PiD, del inglés Pick's disease) es una patología rara que comparte algunos rasgos patológicos con otras enfermedades neurodegenerativas en las cuales puede estar implicado el estrés oxidativo, y el estrés de retículo endoplasmático (RE), están implicados en dicho desorden.

**Métodos:** Las muestras de cerebro humano se han obtenido del Banco de Cerebros del Instituto de Neuropatología del Hospital de Bellvitge. Se han utilizado muestras de córtex frontal morfológicamente afectadas y zonas de córtex occipital aparentemente preservadas patológicamente de pacientes con PiD, y como controles los cortex de humanos sanos de la misma edad. A partir de los homogenizados de las muestras se ha procedido a: 1. la cuantificación mediante inmunodetección por western-blot de las proteínas de estrés de RE, los complejos de la cadena de transporte electrónico mitocondrial y las proteínas relacionadas con la biogénesis mitocondrial; 2. el análisis de la expresión del proteoma, mediante electroforesis bidimensional y posterior identificación por huella peptídica con MALDI-TOF, y 3. los biomarcadores específicos de daño oxidativo proteico mediante GC-MS.

**Resultados:** Las muestras de córtex frontal y occipital de la enfermedad muestran incrementos región-dependientes de las vías del daño oxidativo. Las dianas de oxidación específicas son enzimas antioxidantes, proteasas, proteínas de choque térmico (HSP, del inglés heat shock proteins) y proteínas sinápticas. Estos efectos están asociados con una función proteasomal comprometida y de estrés de RE en las muestras de córtex frontal. Además, se observa una depleción de las chaperonas de RE y diferencias en contenido y distribución según el tejido del factor regulador NRF2, que se requiere para la supervivencia celular durante la respuesta a las proteínas mal plegadas.

**Conclusiones.** Los resultados obtenidos constatan un incremento del daño oxidativo proteico región-específico del cerebro en la enfermedad, con una alteración proteasomal y una respuesta disfuncional de estrés de RE. Se sugiere que esto está causado por una completa y específica depleción de Grp78/Bip, hecho que contribuye a la patofisiología de esta enfermedad neurodegenerativa.

### P-310. LA ENFERMEDAD DE LOS GRANOS ARGIRÓFILOS ESTÁ ASOCIADA A UNA DISFUNCIÓN MITOCONDRIAL QUE INDUCE ESTRÉS OXIDATIVO Y ESTRÉS DE RETÍCULO ENDOPLASMÁTICO

E.V. Ilieva, A. Naudí, V. Ayala, I. Ferrer, M. Portero-Otín y R. Pamplona Universidad Lleida. Lleida.

**Objetivos:** La enfermedad de granos argirófilos (Argyrophilic grain disease, AGD) es una demencia degenerativa cortical secundaria a patología tau descrita recientemente, que muestra una relación directa con la edad, y cuyos mecanismos fisiopatológicos subyacentes se desconocen. El objetivo del presente estudio es evaluar el potencial papel del estrés oxidativo y de retículo endoplasmático (RE) así como las vías implicadas en la regulación de la biogénesis

mitocondrial, en la fisiopatología de esta enfermedad neurodegenerativa.

**Métodos:** Se han analizado muestras de hipocampo de cerebro humanos obtenidos del Banco de Cerebros del Instituto de Neuropatología del Hospital de Bellvitge, siguiendo las normas establecidas por el comité ético local. Se han utilizado 8 pacientes con AGD y 8 controles de la misma edad, obtenidos entre 1-13 h post-mortem. A partir de los homogenados de las muestras se ha procedido a: 1. la cuantificación mediante inmunodetección por western-blot de las proteínas de estrés de RE, los complejos de la cadena de transporte electrónico mitocondrial y las proteínas relacionadas con la biogénesis mitocondrial; 2. el análisis de la expresión del proteoma, mediante electroforesis bidimensional y posterior identificación por huella peptídica con MALDI-TOF, y 3. los biomarcadores específicos de daño oxidativo proteico mediante GC-MS.

**Resultados:** Nuestros resultados muestran una activación de moléculas clave involucradas en la respuesta de las proteínas mal plegadas, es decir, se demuestra un incremento de la ubiquitinización, lo cual provoca un aumento de los niveles de chaperonas del RE. Por otro lado, sugiriendo el estrés oxidativo como causa del estrés del RE, se ha evidenciado un aumento significativo de biomarcadores específicos. Estudios de proteómica revelan cambios de expresión de las proteínas de cerebro en los casos de AGD respecto a los controles, específicamente enzimas glicolíticas. Además también se ha constatado una disfunción mitocondrial caracterizada por variaciones en la expresión de los complejos mitocondriales, así como un incremento de los factores reguladores de la biogénesis mitocondrial.

**Conclusiones:** La enfermedad de los granos argirófilos está asociada a una disfunción mitocondrial que induce estrés oxidativo y estrés de retículo endoplasmático.