

Comunicaciones pósters

Comunicaciones pósters

Comunicaciones pósters

Comunicaciones pósters

Comunicaciones pósters

P1. Cuando las piernas fallan... ¿Qué viene tras la fractura de cadera?

C. Garzón Rodríguez, P. Gutiérrez Pinilla, M.J. Carles Rossell, C. Gamez Montoro, C. Valero Ubierna, R. Oller Capmany.
Corporación de Salut del Maresme y la Selva. Hospital Comarcal de Blanes.

Justificación: las fracturas de fémur en la población anciana representan un problema de gran importancia sanitaria y socioeconómica, tanto por su elevada frecuencia y el gasto que generan, como por la morbimortalidad y carga social que ocasionan.

Las características propias de las fracturas en este grupo etario, conllevan a que la curación de la fractura, es decir, la consolidación en posición anatómica aceptable, no se traduzca en resultado funcional óptimo con deambulación autónoma e independencia en AVD en la mayoría de los casos.

Por todo ello nos parecía interesante plantear un estudio en el que se analizaran las características de los pacientes afectados por esta patología durante un periodo de tiempo determinado y completarlo con un cuestionario de calidad de vida pasados al menos 12 meses desde el proceso hospitalario.

Objetivo:

1. Describir las características de los pacientes >65 años ingresados durante el año 2003 en el Hospital Comarcal de Blanes con diagnóstico de fractura de cadera; valorando la situación funcional, cognitiva y social al ingreso y al alta, antecedentes médicos, tratamientos, características de la cirugía, días de estancia hospitalaria y complicaciones así como destino al alta.
2. Mortalidad al año de la intervención.
3. Evaluar el impacto de esta patología sobre la percepción del estado de salud para el paciente y familiares cumplimentando

el cuestionario de calidad de vida tras fractura de cadera de Doherty *et al* (*Ann Rheum Dis* 1992;51:1165-1169).

Método: la primera parte del estudio es descriptiva, recopilando las historias clínicas de los pacientes mayores de 65 años que habían sido intervenidos de fractura de cadera durante el año 2003 en el Hospital Comarcal de Blanes. Se recogen antecedentes médicos, situación funcional, cognitiva y social, tipo de cirugía traumatológica, estancia hospitalaria, complicaciones durante el postoperatorio y destino al alta. El estudio se completa con una segunda fase de entrevistas telefónicas al año de la intervención, que recogen: ubicación actual del paciente y cuestionario de calidad de vida tras fractura de cadera de Doherty *et al* (*Ann Rheum Dis* 1992;51:1165-1169).

Resultados: El número fue de 65 pacientes, con proporción mujer/hombre 3.8/1. La edad media fue de 81.58 años y la duración media del ingreso de 16.82 días. En los meses de verano fue cuando se detectó un mayor índice de ingresos, concentrándose en los meses de junio y julio un número de 20 casos. La mortalidad al año fue del 16.7%. La cirugía se demoró una media de 2.6 días siendo la intervención mediante osteosíntesis DHS la más frecuente. El 97% consumía algún tipo de fármacos siendo los antihipertensivos, diuréticos y psicofármacos los más consumidos. Las complicaciones más frecuentes fueron las relacionadas con anemia posquirúrgica, impactación fecal y SCA. Tras el alta hospitalaria, el deterioro funcional secundario obliga a incrementar el porcentaje de pacientes que ingresa en institución, siendo el 1.6/1 en relación al alta a domicilio. Las respuestas al cuestionario de Doherty muestran un porcentaje del 50% que presentan al año de la intervención dolor, una dependencia para AVD como baño y vestido del 60%, sólo un 30% estaban satisfechos con el estado de salud actual y la mayoría de ellos si salía a la calle tenía que hacerlo acompañado (40%).

Conclusiones: La fractura de fémur es una patología prevalente en nuestros mayores, que provoca gran impacto en la calidad de vida y funcionalidad que hace necesaria la colaboración multidisciplinar de los equipos. Es primordial optimizar esfuerzos en estrategias preventivas.

P2. Tratamiento anticoagulante oral en los enfermos nonagenarios con fibrilación auricular

F. Formiga¹, A. Ferrer², I. Lombarte², M. Marques², A. Vidaller¹, R. Pujol¹. ¹UFISS Geriatria-Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitari de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat. Barcelona. ²ABS. Sant Feliu de Llobregat (Rambla, El Prat). Barcelona.

Introducción: El tratamiento antitrombótico con anticoagulación oral ha demostrado ser uno de los pilares fundamentales en el manejo de la fibrilación auricular (FA) para evitar accidentes vasculares cerebrales. La avanzada edad se ha asociado con una baja tasa de tratamiento.

Objetivo: Comprobar el porcentaje de enfermos > 89 años con el diagnóstico de FA crónica que recibían tratamiento con anticoagulación oral.

Enfermos y métodos: se recogieron del censo del municipio de Sant Feliu de Llobregat (Barcelona), que comprende alrededor de 45.000 habitantes, los 305 enfermos con edad > 89 años. No se pudieron evaluar 119 enfermos: 30 enfermos por tener domicilio itinerante con diferentes hijos, 70 por presentar datos incompletos y no poder ser localizados, 10 por morir antes de hacer la entrevista y 9 por rehusar a contestar el cuestionario. Se recogió el diagnóstico de FA crónica, no se incluyó ningún enfermo de diagnóstico reciente (<72 horas) o con FA paroxística. Se registró la edad, el género, la comorbilidad (Índice de Charlson) o la funcionalidad por las actividades básicas de la vida diaria (Índice de Barthel). También se detectó si existía alguna contraindicación para la anticoagulación (diagnóstico de demencia previa, sangrante activo, hipertensión mal controlada o caídas en el último año)

En todos los enfermos se analizó el tratamiento habitual. Se evaluó si recibían anticoagulación oral o tratamiento antiagregante.

Resultados: Se incluyeron 186 nonagenarios, 143 mujeres (77%) y 43 hombres (23%) con una media de edad de 92,2 años. Todos los enfermos eran de las dos áreas básicas de Sant Feliu de Llobregat. La mayoría 137 (74%) vivían en la comunidad y 49 (26%) en residencias. Existía el diagnóstico comprobado de FA crónica en 33 enfermos (17,7%). De ellos solo 2 enfermos (6%) estaban en tratamiento con anticoagulantes orales, y 16 enfermos (48%) estaban antiagregados. En el grupo de enfermos con FA ninguno de los 18 enfermos (54%) con caídas en el último año o de los 8 enfermos (24%) con demencia estaban anticoagulados, ninguno tenía hipertensión mal controlada o sangrante activo. En total, en 23 enfermos (70%) existía algún factor de riesgo que podría contraindicar la anticoagulación oral. Al comparar los enfermos que estaban diagnosticados de FA y los que no, solo existían diferencias significativas en el número de fármacos previos ($p=0,001$) y en la prisa de tratamiento antiagregante ($p=0,04$).

Conclusiones: En conclusión, aunque en un porcentaje importante de nonagenarios con FA existan evidentes contraindicaciones para la anticoagulación oral, el porcentaje de tratamiento es demasiado

bajo, tener en cuenta que en dosis adecuadas ha demostrado su eficacia y seguridad.

P3. Apolipoproteína E en enfermos nonagenarios. Asociación entre el genotipo y enfermedades prevalentes

F. Formiga¹, P. Alia², MA. Navarro², JM. Ramon³, C. Olmedo¹, R. Pujol¹. ¹UFISS Geriatria-Servicio de Medicina Interna. ²Unidad de Hormonas. ³Servicio de Medicina Preventiva y Epidemiología. L'Hospitalet de Llobregat. Barcelona.

Introducción: Un candidato para evaluar la longevidad es el gen de la apolipoproteína E (Apo E) que se ha vinculado con diferentes patologías. Los portadores de los alel E2 parece que tiene menor riesgo de enfermedad cardiovascular y enfermedad del Alzheimer (MA), mientras que los alel E4 parece conferir riesgo de MA, así como también un aumento de riesgo de enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares.

Objetivo: El objetivo de nuestro estudio fue evaluar el polimorfismo del Apo E en los enfermos nonagenarios y ver si existen diferencias respecto a un grupo control de edades comprendidas entre los 20-60 años. Un segundo objetivo era ver si existían diferencias entre el genotipo y la prevalencia, cardiopatía isquémica o accidente vascular cerebral previo.

Enfermos y métodos: El estudio incluyó 63 enfermos consecutivos > de 89 años evaluados durante el segundo semestre del año 2003 y el primero del 2004. Se recogió un grupo control ($n=30$; media de edad 41.4 años) de personal sanitario. Se extrajo ADN y se genotipificó el ApoE.

Resultados: Se incluyeron 43 mujeres (68%) y 20 hombres con una edad media de 92,8 (2,5) años. No se observaron diferencias al comprar las frecuencias genotípicas ($p=0,6263$) ni las frecuencias de los alelos ($p=0,6811$). Tampoco había diferencias entre nonagenarios y el grupo control para tener por lo menos un alelo E2 (14% vs 20% ; $p=0,69$); ser homocigoto por E3 (72% vs 64%; $p=0,98$) ni por tener por lo menos un alelo E4 (14% vs 16%; $p=0,76$). Respecto al genotipo tampoco existen diferencias entre nonagenarios y el grupo control: E2/E3 (14% vs 20% ; $p=0,69$); E3/E3 (71% vs 63%; $p=0,58$), para E3/E4 (13% vs 16%; $p=0,085$) ni para E4/E4 (1,6% vs 0%; $p=0,99$). No se comprobó ninguna asociación entre el genotipo del Apo E y las enfermedades evaluadas.

Conclusiones: No existen diferencias significativas entre los nonagenarios y el grupo control al comprar los diferentes alelos y genotipos del Apo E, tampoco se comprobó asociación en los enfermos nonagenarios entre los diferentes genotipos del Apo E y las enfermedades evaluadas.

Probablemente el Apo E ejerce sus efectos sobre la longevidad en personas más jóvenes.

P4. Síndrome confusional agudo en enfermos mayores hospitalizados

E. Marcos, F. Formiga, A. Solé, E. Valencia, J. Lora-Tamayo, R. Pujol. *UFISS Geriatria-Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitari de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat. Barcelona*

Introducción: El delirium o síndrome confusional agudo es un problema frecuente durante el ingreso hospitalario en los enfermos de edad avanzada.

Objetivo: Estudiar la aparición de delirium en los enfermos ingresados en un servicio de medicina interna para cualquier motivo.

Enfermos y métodos: Se evalúan 231 enfermos de manera prospectiva ingresados en el servicio de medicina interna del Hospital Universitari de Bellvitge durante el año 2003. Se excluyeron los enfermos que ingresaron en pauta de agonía o en coma (n=27), los enfermos incapaces de contestar a la entrevista por ausencia de un cuidador calificado (n=18), los enfermos con problemas de idioma (n=4).

También se excluyeron los enfermos ingresados previamente en una unidad de curas intensivas o coronaria (n=10), los enfermos que necesitaban aislamiento por una enfermedad infecciosa (n=4), y los enfermos que recibían el alta durante las primeras 48 horas (n=16). También se excluyeron 3 enfermos con delirium tremens secundario a la abstinencia de alcohol. Se cuantificó la funcionalidad con el Índice de Barthel (IB) y la comorbilidad con el Índice de Charlson (IC). Para diagnosticar delirium se utilizó el Confusional Assessment Method.

Resultados: Se incluyeron 148 enfermos, 77 mujeres (52%) y 71 hombres con una media de edad de 78.5 años (rango 65-98 años), un 22% tenían demencia previa. La estancia media hospitalaria fue de 10,6 días (rango 3-78 días). La media del IB previo al ingreso era de 82.3 (rango 5-100). La media del IC fue del 2.2 (rango 0-9). 12 enfermos (8%) murieron durante el ingreso. 63 enfermos presentaron delirium (42.5%). En 20 casos era prevalente y en 43 casos era incidente (68%) con una duración media del delirium de 3 días.

El delirium era hiperactivo con un 68%, hipoactivo en un 16% y mixta en otro 16%. La presentación fue por la mañana en un 38% y por la tarde-noche en un 62%. No se encontraron diferencias entre la prevalencia de delirium, entre los enfermos que se mueren y los que no (p=0.36). El delirium era más frecuente en la gente mayor (p<0,001). No había diferencias respecto a la comorbilidad (p=0,21), demencia previa (p=0,12), género (p=0,06) o IB previo (p=0,19).

Conclusiones: La aparición de síndrome confusional agudo es frecuente en los enfermos mayores ingresados en un hospital de agudos. Tenemos que mejorar las medidas para prevenir el síndrome confusional en estos enfermos.

P5. Vacunación antigripal en enfermos nonagenarios

F. Formiga¹, A. Ferrer², I. Lombarte², M. Marques², J. Mascaró¹, R. Pujol¹. ¹UFISS Geriatria-Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitari de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat. Barcelona. ²ABS. Sant Feliu de Llobregat (Rambla, El Prat). Barcelona.

Introducción: Los enfermos nonagenarios son enfermos frágiles por el criterio de edad en sí mismos.

Previamente se había descrito un bajo porcentaje (28%) de vacunación antigripal con enfermos nonagenarios (Formiga F, López-Soto A, Masanés F, Pujol R. Escasa cumplimentación de la vacunación antigripal en pacientes nonagenarios. *Med Clin* (Barc) 2003; 121: 117-8), en enfermos ingresados durante el año 2000 en dos hospitales universitarios de tercer nivel (Hospital Universitari de Bellvitge y Hospital Clínic de Barcelona).

Objetivo: Comprobar la posible mejora en la cumplimentación de la vacunación antigripal, después de una campaña de vacunación, en un área básica, en la que ya en el conocimiento de la posible problemática de conseguir correctos porcentajes de vacunación en este grupo poblacional, se realizó además de la divulgación universal, un estrecho seguimiento de los enfermos nonagenarios y de sus cuidadores insistiendo en las ventajas de la vacunación.

Enfermos y métodos: Se recogió del censo del municipio de Sant Feliu de Llobregat (Barcelona), que comprende alrededor de 45.000 habitantes, los 305 enfermos con edad > 89 años.

No se pudo evaluar 119 enfermos, 30 enfermos por tener domicilio itinerante con varios hijos, 70 por presentar datos incompletos y no poder ser localizados, 10 por morir antes de realizarse la entrevista y 9 por rechazar responder al cuestionario. No existen diferencias significativas respecto a la edad y el género de los enfermos incluidos o excluidos.

Durante el período Octubre-Noviembre de 2003 se realizó la campaña de vacunación antigripal anual. Se tuvo en cuenta la baja incidencia descrita previamente de vacunación antigripal en nonagenarios y se estimuló especialmente a este colectivo, tanto a los mismos enfermos como a sus cuidadores por parte del personal médico y de enfermería del centro. Durante el período Febrero-Abril de 2004, acabada la campaña de vacunación se preguntó al enfermo y se confirmó con el cuidador principal y los registros sanitarios si el enfermo había recibido la vacunación antigripal durante el último período de vacunación.

Resultados: Se incluyeron 186 nonagenarios, 143 mujeres (77%) y 43 hombres (23%) con una edad media de 92,9 años. Todos los enfermos provenían de las dos áreas básicas de Sant Feliu de Llobregat. La mayoría (137, 74%) vivían en la comunidad y 49 (26%) en residencias.

166 pacientes (89%) habían recibido vacunación antigripal en la última campaña. No existían diferencias estadísticamente significa-

tivas respecto al porcentaje de vacunación según la edad ($p=0,9$) o el género ($p=0,8$) del enfermo.

El porcentaje de vacunación antigripal en los 49 enfermos institucionalizados era del 100%, existiendo diferencias estadísticamente significativas con respecto al porcentaje de vacunación de los enfermos no institucionalizados (85%; $p=0,001$).

Conclusiones: En conclusión, siguiendo una correcta campaña educativa con individualización de los casos, si es necesario, se consigue un aceptable porcentaje de vacunación antigripal en los enfermos nonagenarios.

P6. Accidentes vasculares cerebrales en enfermos mayores con demencia tratados o no con risperidona

F. Formiga¹, I. Fort², JM Pérez- Castejón³, D. Ruiz⁴, E. Duaso⁵, S. Riu⁶, Grupo de trabajo GIECAM^{1,3,4,5}. ¹Hospital Universitari de Bellvitge, ²Centro Sociosanitario el Carme. ³Clínica Barceloneta. ⁴Hospital de San Pau. ⁵Mútua de Terrassa. ⁶Llars Mundet

Introducción: En los enfermos con demencia a menudo es necesario la introducción de medicamentos antipsicóticos para el buen control de los síntomas conductuales. Recientemente se ha descrito la asociación de algún neuroléptico con una prevalencia más grande de accidentes vasculares cerebrales, ya sea estos establecidos (AVC) o transitorios (TIA).

Objetivo: Estudiar los enfermos diagnosticados de demencia que llevan tratamiento, o no, con risperidona por tal de analizar si puede haber algún tipo de asociación entre el tratamiento neuroléptico con risperidona, uno de los neurolépticos más utilizados, y una frecuencia más grande de AVC o TIA.

Enfermos y métodos: El estudio incluyó 320 enfermos > 64 años evaluados por demencia de forma consecutiva en 6 Centros durante el segundo trimestre del año 2004. Se evaluaron el tipo de demencia; el estadio evolutivo con la escala GDS de Reisberg, los factores de riesgo cardiovascular como hipertensión, diabetes mellitus o hipercolesterolemia en tratamiento, la presencia, o no de fibrilación auricular, el tratamiento que tenían por la demencia, si tomaban o no neurolépticos (al menos durante 15 días consecutivos) y el porcentaje de nuevos AVC o TIA durante el tratamiento.

Resultados: Se incluyeron 214 (67%) mujeres y 106 (33%) hombres, con una edad media de 81,1 años (rango 65-99). Respecto al tipo de demencia: 155 (48%) fueron Alzheimer, 69 (22%) vasculares, 71 (22%) mixtas, 9 (3%) cuerpos de Lewy y 21 (5%) diferentes tipos. Los valores medios del Reisberg fueron de 5,3 (rango 3-7). El tiempo medio desde el inicio del seguimiento por demencia era de 31,1 meses (rango 1-108). Entre los factores de riesgo cardiovascular, el 52% eran hipertensos, el 22% eran diabéticos, el 13% eran hipercolesterolemicos y el 12% tenían fibrilación auricular. El 41% estaban antiagregados y el 5% descoagulados.

Tenían un AVC previo un 24% de los enfermos. Habían tomado tratamiento neuroléptico 191 enfermos (60%): risperidona 168 enfermos, olanzapina 4, haloperidol 10 y otros 9. Las dosis de risperidona eran variables pero estaban entre 0,5mg-3mg/24h. El tiempo medio de tratamiento con risperidona fue de 10,1 meses. No había en el grupo de la risperidona significativamente más AVC (3 vs 3; $p=1$), ni TIA (1 vs 3; $p=0,34$) respecto a los enfermos que no la tomaban.

Conclusiones: Un gran porcentaje de los enfermos mayores con demencia toman neurolépticos, y de estos en el 88% de los casos es la risperidona. Con las limitaciones de todos los estudios retrospectivos, el uso de risperidona en algún momento de la enfermedad con enfermos con demencia no parece dar más riesgo de AVC o TIA.

P7. Perfil de los ancianos derivados desde el hospital de agudos a CSS de Larga estancia. Factores predictores

D. Ruiz, R. Prats, G. Fuster, MT. Barceló, O. Torres, E. Francia. UFISS Geriatria. Unidad Geriatria. Servicio Medicina Interna. Hospital de Sant Pau

Objetivo: Evaluar las características diferenciales de los ancianos derivados a CSS de Larga Estancia e identificar los factores predictores.

Pacientes y metodología: Se trata de un estudio de cohortes prospectivos de base hospitalaria sobre 703 ancianos ingresados durante el año 2003 a los que se les ha hecho una planificación de alta por la UFISS de Geriatria. A todos los pacientes se les ha hecho una Valoración Geriátrica Integral. Las variables analizadas han estado el diagnóstico principal, la comorbilidad, la fragilidad, el consumo de fármacos, la función física, la función cognitiva, la depresión, variables sociales y la estancia hospitalaria. Se han comparado el grupo de larga estancia (52) con el resto. Se ha hecho una regresión logística condicional y se ha calculado el área bajo la curva.

Resultados: Las variables significativas del grupo de larga estancia frente al resto han sido: Edad 78,8 vs 73,79 (0,007), Mujer 55,8% vs 69,4% (0,043), Día de estancia 71,41 vs 26,78 (0,0001), Días de espera CSS 12,75 vs 5,63 (0,04), Nº fármacos al alta 5,21 vs 6,19 (0,033), I Barthel ingreso 69,67 vs 84,19 (0,008), I Barthel alta 15,76 vs 31,91 (0,0001), Demencia 35,3 vs 14,5% (0,0001), Reisberg 2,89 vs 2,08 (0,038), Caídas 33,3% vs 57,8% (0,002), Nº caídas previas 1,13 vs 2,24 (0,007), Condición ortopédica 20% vs 49,2% (0,0001) y Condición Neurológica 55,1% vs 22,8% (0,0001). Las variables independientes han sido edad OR 0,947 (IC 95% 0,908-0,988 $p=0,011$), Ausencia de Demencia OR 0,395 (IC 95% 0,156-1 $p=0,05$), Ausencia de condición neurológica OR 0,326 (IC 95% 0,145-0,731 $p=0,007$) e Índice de Barthel ≤ 20 OR 4,802 (IC 95% 2-11,51 $p=0,0001$). El área bajo la curva es

de 0,929 (IC 95% 0,897-0,962 $p=0,0001$). La sensibilidad es del 94%, la especificidad del 78,26%, el valor predictivo positivo es del 37,5% y el valor predictivo negativo es del 98,95%.

Conclusiones: Los ancianos que son derivados a CSS de Larga Estancia desde el hospital son más mayores, tienen dependencia absoluta por las AVDs y suelen tener una condición neurológica irreversible. No encontramos diferencia respecto al nivel de convivencia, soporte familiar ni los ingresos económicos. Aquellos ancianos que no tienen demencia, no tienen ninguna condición neurológica irreversible y el índice de Barthel no es inferior a 20 puntos seguramente no irán a un CSS de Larga Estancia desde el hospital.

P8. Características y evolución de los ancianos que viven solos e ingresan en el hospital de agudos

G. Fuster, M. Gelpí, R. Prats, M. Barceló, O. Torres, E. Francia, D. Ruiz. *UFISS Geriatria. Servicio Medicina Interna. Hospital de Sant Pau*

Objetivos:

1. Describir las características de los ancianos que viven solos e ingresan en el hospital y
2. analizar las diferencias funcionales y en el uso de recursos sociosanitarios.

Pacientes y metodología: Se han evaluado de forma prospectiva 703 ancianos ingresados en el hospital de agudos durante el año 2003 y que fueron consultados en el Equipo de Valoración Geriátrica para la planificación del alta hospitalaria. A todos se les hizo Valoración Geriátrica Integral previamente consensuada por médico, enfermera y trabajador social. Se definieron 2 grupos (los que vivían solos y los que vivían acompañados). Las variables cuantitativas fueron comparadas con la *t* de Student y las variables cualitativas mediante la *U* Mann Whitney. Se consideró significación estadística una $p<0,05$.

Resultados: El 39% de los ancianos vivían solos. La edad media era de 79,28 años, el 29,5% eran mujeres, el principal motivo de ingreso fue condición ortopédica (21%), el índice de Charlson (1,20), el índice de fragilidad (1,76), el número de fármacos en el alta (6,04), el índice de Barthel previo al ingreso (90) y al alta (34,78) y número de caídas previas (1,79). La demencia se dio en el 4,4%, la depresión en el 5% y el delirium en el 5,9%. El déficit auditivo en el 3,8% y el visual en el 29,7%. Las úlceras por presión se dieron en el 5,4% y las caídas en el 24,3%. La pobreza se dio en el 35%. La derivación a larga estancia representaba el 28,3% y a residencia el 2,3%.

Las diferencias significativas entre los 2 grupos se dio más mujeres vivían acompañadas 32,55% $p=0,009$, más comorbilidad vivían acompañados (1,68 $p=0,0001$), más fragilidad (2,27 $p=0,0001$),

mejor índice de Barthel previo al ingreso ($p=0,001$) y al alta en los que vivían solos ($p=0,0001$) y más traslados a residencias en los que vivían solos ($p=0,009$)

Conclusiones:

1. Los ancianos que viven solos tienen mejor nivel de salud que los que viven acompañados.
2. Si bien todos los ancianos tienen una mejor dependencia al alta que la previa al ingreso, el porcentaje de declinación es similar en todos. Pero, aquellos que viven solos no les permite volver a su domicilio, lo cual motiva un incremento del ingreso en residencias.

P9. Protocolo de actuación frente al maltrato en la gente mayor

M. Garreta Burrel, M. Arellano Perez, AM. Cervera Alemany, Comisión Técnica del IMAS en la atención a malos tratos. *UFISS Geriatria. Hospital del Mar. Institut d'Atenció Geriàtrica i Sociosanitària (IAGS). Institut Municipal d'Assistència Sanitària (IMAS). Barcelona*

Introducción: Según la definición del Consejo de Europa, el maltrato contempla toda violencia, acto u omisión hecho por una persona que atenta contra la vida, la integridad corporal o psíquica, la libertad de otra persona o compromete gravemente el desarrollo de su personalidad y/o disminuye su seguridad financiera. Entre los grupos de personas particularmente vulnerables a sufrir maltratos, lo que menos atención atrae es el de la gente mayor. Es difícil conocer con exactitud la incidencia y prevalencia de este fenómeno, por un lado por las características de este grupo (dependencia, deterioro cognitivo, protección frente a la familia...) y por otro lado por la dificultad para diferenciar entre incapacidad para cuidar y negligencia.

Objetivo: Presentación del Protocolo y algoritmo de actuación frente a la sospecha de maltrato a la persona mayor elaborado por la Comisión Técnica de Atención a Maltratos en los centros del IMAS de Barcelona

Material y métodos: En octubre de 2002 se creó una comisión técnica de atención a los maltratos, formada por un grupo interdisciplinar de profesionales asistenciales y no asistenciales. El objetivo general de la citada comisión es la elaboración de protocolos y algoritmos de detección y actuación frente al maltrato, así como su difusión, implantación y sensibilización de los diferentes profesionales.

Resultados: Se realizó un protocolo específico de actuación frente al maltrato de la persona mayor. Se elaboró un mapa anatómico de lesiones y/o signos sugestivos de maltratos ya sea en forma de abuso o negligencia. Con la finalidad de sensibilizar y de informar a todos los profesionales, se llevó a cabo diversas sesiones. El algoritmo de detección, en forma de póster, se distribuyó por las áreas de trabajo de

los diferentes centros del IMAS. En la actualidad se realiza un seguimiento de los casos detectados por parte de la comisión.

Conclusiones: La implantación de estos recursos lleva a, por un lado, la detección y abordaje del problema y, por otra, nos permite coordinar las acciones necesarias para conseguir que el maltrato a los mayores deje de ser una realidad que pasa desapercibida.

P10. ¿Cuánto les costaría comer equilibrado a los ancianos de Cataluña?

A. Balet, D. Ruiz, R. Prats, M. Gelpí. *Servicio Farmacia Hospital Espirit Sant Santa Coloma Gramenet y UFISS Geriátrica. Hospital Sant Pau*

Objetivo: Diseñar un menú adecuado para los ancianos que viven en la comunidad que cumpla todos los requisitos y evaluar el gasto económico que les supondría.

Metodología: Los supósitos de los que se ha partido para la elaboración del menú han sido: 1) Productos de amplia distribución, fáciles de preparar, de fácil masticación y económicos 5) Menú estándar de...Kcal 6) Contenidos de principios inmediatos, fibra, calcio, vitaminas y elementos traza que siguen las raciones dietéticas recomendadas, los requisitos medios estimados o la ingesta adecuada en mayores de 70 años (*Dietary Reference Intakes*. <http://www.nationalacademies.org>). Los precios se han estimado en base a la media de diferentes supermercados distribuidos por toda Cataluña. Posteriormente se ha hecho una encuesta (tipo Likert) de aceptabilidad de los menús en una muestra de 50 ancianos.

Resultados: El menú es de 1500 Kcal con la siguiente distribución: Carbohidratos (60%), Grasas (25%), Proteínas (15%), Calcio (675 mg), Colecalciferol (400 UI) y fibra (16,42 g). El menú diseñado fue el siguiente: desayuno (250 ml de leche semidescremada, 2 rebanadas de pan -40g- con mermelada-20g- o 4 galletas -10g-), media mañana (una pieza de fruta), comida (60 g de arroz o puré de legumbres o pasta, 4 sardinas -60g- o barato o 2 mairas), merienda (250 ml de leche semidescremada) y cena (Puré de verduras -½ calabacín -100g-, ½ patata-75g-, 1 zanahoria -50g-, ½ cebolla -25g-, 50 ml leche semidescremada, 1 clara de huevo), 1 pata de pollo o 2 trozos de lomo o 50g de jamón dulce, 1 pieza de fruta, 30g de pan y 1 yogurt.

El precio del menú oscila entre 1,7-2,5 €/día (51-69 €/mes) que significa el 20,23 al 27,38% de una pensión no contributiva y el 12,14 al 16,43% del SMI. La aceptabilidad fue buena o muy buena (85%) y mala o muy mala (5%).

Conclusión: Es posible hacer una dieta equilibrada y barata para los ancianos que pueda seguir la gran mayoría de ellos. Es necesario diseñar y distribuir menús a los ancianos que viven en la comunidad teniendo en cuenta los recursos económicos y la accesibilidad para poder reducir la elevada desnutrición y deficiencias nutricionales actuales.

P11. Concordancia entre la valoración del dolor hecha por el propio paciente y la valoración hecha por el equipo, en ancianos ingresados en una unidad de convalecencia

Y. Raja, A. Herrerías, M. Luna, E. De Jaime, C. Roqueta, R. Miralles, A. Esperanza, I. Llorach, P. Gili, AM. Cervera. *Servicio de Geriátria IMAS. Hospital de la Esperanza, Centro Geriátrico Municipal, Hospital del Mar. Instituto de Atención Geriátrica y Sociosanitaria (IAGS), Barcelona.*

Introducción: Las personas mayores debido a la alta prevalencia de enfermedades que padecen, pueden tener dolor. El dolor es una sensación subjetiva, desagradable y por ello no deberíamos olvidar que depende de quien lo padece.

Objetivo: Evaluar la concordancia que existe entre la valoración que realiza el enfermo de su dolor y la que realiza el equipo interdisciplinar.

Pacientes y método: Se realizaron simultáneamente dos valoraciones, una por el paciente utilizando una Escala Visual Analógica (EVA) longitudinal graduada del 0 al 10 y con imágenes faciales (Wong). Los enfermos cumplieron esta EVA en presencia de un médico y/o una enfermera que no participaron en la valoración del equipo. La otra valoración fue hecha por el equipo (médicos y enfermeras encargados del paciente), utilizando una EVA longitudinal con puntuaciones del 0 al 10, que evaluaba la percepción del equipo sobre el control del dolor, el nivel de quejas durante el día y la limitación en las AVD causada por el dolor. De los 44 enfermos ingresados, 38 (88,3%) se autoevaluaron su dolor utilizando la EVA, los 6 restantes no pudieron (2 afásicos, 2 déficit visual, 1 sordomudo, 1 situación terminal). Otras variables: edad, sexo, índices Barthel y Norton.

Resultados: Hombres 21 (47,7%), mujeres 23 (52,2%). La media de la edad fue 72,8±13,9 años; la del Barthel 50,4±28,3 y la del Norton 15,4±2,4. De los 38 pacientes que evaluaron su dolor con la EVA, hubo 26 (68,4%) que tenían poco dolor o nada (0-3,5 puntos); 10 (26,3%) tenían un dolor medio (3,6-7,0 puntos) y 2 (5,2%) tenían mucho dolor (7,1-10 puntos). En relación a la percepción del control del dolor; de los 26 pacientes que decían tener poco o nada de dolor, hubo 25 (96,1%), en los que el equipo consideró que el dolor estaba bien controlado, de los 10 que tenían dolor medio, hubo 7 (70%) y de los 2 que tenían mucho dolor, se consideró en conos (100%), que el control era regular ($p<0,001$). Sobre las quejas durante el día; de los 26 pacientes que decían tener poco o nada de dolor, en 25 (96,1%) el equipo consideró que no se quejaban; de los 10 pacientes que tenían dolor medio, en 6 (60%) el nivel de queja era regular; en los 2 que tenían mucho dolor, el equipo opinaba que en 1 (50%) había una queja regular y en el otro (50%) había queja durante todo el día ($p<0,005$). Finalmente, de los 26 pacientes que decían tener poco o nada de dolor, en 25 (96,1%) el equipo opinaba que el dolor no limitaba las AVD; de los 10 pacientes que tenían dolor medio, en 8 (80%) no limitaba

las AVD y en 2 (20%) limitaba regularmente; en los 2 restantes que tenían mucho dolor, en uno limitaba regularmente (50%) y en el otro limitaba mucho (50%) ($p < 0,001$).

Conclusión: Existió una buena concordancia entre la valoración del dolor que hizo el enfermo y la valoración que hizo el equipo, con una relación estadísticamente significativa.

P12. Relación entre la polifarmacia y las características del enfermo geriátrico en una unidad de convalecencia

C. Farriols, L. Bajo, C. Roqueta, R. Miralles, AM. Cervera. *Servicio de Geriatria del Institut Municipal d'Assistència Sanitària (IMAS). Hospital de l'Esperança, Hospital del Mar, Centre Geriàtric Municipal. Institut d'Atenció Geriàtrica i Sociosanitària (IAGS). Barcelona.*

Introducción: La polifarmacia constituye un problema frecuente en el manejo del enfermo geriátrico. Durante el ingreso en una unidad de convalecencia (UCO) se realiza una valoración geriátrica integral que incluye la revisión del tratamiento del paciente. Las decisiones referentes a la indicación de los fármacos dependerán en muchos casos de la edad, la comorbilidad y la situación cognitiva y funcional del paciente.

Objetivo: Evaluar la relación entre el número de fármacos en el alta de una UCO y las características del paciente geriátrico.

Material y método: Se analizaron 91 pacientes, 32 hombres y 59 mujeres. La edad media fue de $76,2 \pm 12,7$ años. Se relacionó el número de fármacos en el alta (NFA) con la edad, el Índice de comorbilidad de Charlson (ICCh), el Minimental de Folstein (MMSE) y el Índice de Barthel en el alta (IBA).

Resultados: El 54,9% de los pacientes eran de edad ≤ 80 años, y el 45,1% eran de edad > 80 años. La media del NFA en los pacientes de menor edad fue de $6,4 \pm 2,9$, mientras que en los de mayor edad fue de $4,7 \pm 2,6$ ($p < 0,01$). El 41,8% de los pacientes tenían baja comorbilidad ($ICCh \leq 1$), y el 58,2% tenían alta comorbilidad ($ICCh \geq 2$). La media del NFA en los pacientes con menor comorbilidad fue de $4,3 \pm 2,7$, mientras que en los de mayor comorbilidad fue de $6,6 \pm 2,6$ ($p < 0,01$). El 69,0% de los pacientes tenían el estado mental conservado ($MMSE \geq 21$), mientras que el 31,0% tenían deterioro del estado mental ($MMSE < 21$). La media del NFA en los pacientes con estado mental conservado fue de $6,0 \pm 2,9$, mientras que en los otros fue de $4,9 \pm 2,5$ ($p = ns$). El 83,5% tenían una dependencia leve o moderada en el alta ($IBA > 40$), mientras que el 16,5% de los pacientes tenían una dependencia severa o total ($IBA \leq 40$). La media del NFA en los pacientes con menor dependencia fue de $5,7 \pm 2,9$, mientras que en los otros fue de $5,0 \pm 2,9$ ($p = ns$).

Conclusiones: El número de fármacos en el alta de una UCO fue menor en pacientes con edad > 80 años, con menor comorbilidad,

con estado mental deteriorado y con mayor dependencia. Esta relación fue estadísticamente significativa en los dos primeros casos.

P13. Programa de continuidad asistencial

M. Garreta Burrel, MJ. Robles Raya, M. Forner Bscheid, AM. Cervera Alemany. *UFIS Geriatria. Hospital del Mar. Institut d'Atenció Geriàtrica i Sociosanitària (IAGS). Institut Municipal d'Assistència Sanitària (IMAS). Barcelona.*

Introducción: El programa de preparación del alta hospitalaria es el punto de referencia para coordinar y garantizar la continuidad asistencial de los pacientes dados de alta del Hospital y que necesitan seguimiento por parte de la atención primaria (AP). Desde la UFIS de Geriatria, se planifica el alta de los pacientes candidatos y se comunica con antelación a los equipos de AP la situación y necesidades de cada paciente. Son tributarios de inclusión en el programa aquellos pacientes ingresados en el hospital y que en el momento del alta necesitan un seguimiento ya sea por su grado de dependencia, presencia de síndromes geriátricos, pluripatología, necesidad de curas o por su fragilidad.

Objetivo: Garantiza una atención integral y continuada a los pacientes donantes de alta del hospital que necesitan atención sanitaria en su domicilio.

Comunicar vía telefónica a los referentes de primaria la situación sanitaria y funcional del paciente durante el ingreso, así como la previsión del alta mediante llamada telefónica y/o envío del informe las 24/48 horas previas al alta.

Material y método: A los pacientes valorados por la UFIS y que cumplan criterios de inclusión se les recogen los siguientes datos: situación funcional previa mediante Índice de Barthel e Índice de Lawton, presencia de deterioro cognitivo, antecedentes patológicos y motivo del ingreso. Previamente al alta se valora el Índice de Barthel, Norton, presencia de curador y las necesidades sanitarias del paciente. Estos datos junto con el proceso durante el ingreso se registran en un informe prealta que se transmite al equipo de salud.

Resultados: Del total de 941 pacientes valorados por la UFIS de Geriatria el año 2003, 134 (14.2%) casos cumplen criterios de inclusión en el programa.

La media de edad es de 74,3 años. Por sexo 66 hombres y 68 mujeres.

La demanda por servicios es: M. Interna 32 (23,8%), Cirugía 19 (14,1%), C. Vascular 34 (25,3%), Urgencias 24 (17,9%), Otros 25 (18,6%).

La situación funcional previa al ingreso: I. de Barthel 76/100. I. de Lawton 3.48.

Al alta: I. de Barthel 49/100, Escala de Norton 15/30 (22.3%) 30 pacientes (22.3%) presentan alteración cognitiva.

Disponen de curador al alta 93 (69,4%) pacientes.

En todos los casos, 134 (100%) se envía informe prealta vía fax a la oficina de enlace las 24 horas previas al alta. A 115 casos (85%) se realiza contacto telefónico durante el ingreso.

Conclusiones: Se garantiza la continuidad asistencial en los pacientes que se consideran tributarios de inclusión en el programa.

Esta continuidad se lleva a cabo mediante la comunicación e intercambio de información de los diferentes profesionales que atienden al paciente en el ámbito hospitalario comunitario.

El alta hospitalaria es menos traumática para el paciente que continúa recibiendo las curas necesarias en su domicilio por parte de su equipo de AP.

P14. Cambio de ubicación de una unidad de convalecencia desde un centro sociosanitario a un hospital de agudos: comparación de la prevalencia de infección nosocomial antes y después

E. De Jaime, I. Llorach, C. Roqueta, L. Bajo, R. Miralles, AM. Cervera. *Servicio de Geriátria del IMAS. Hospital del Mar, Hospital de l'Esperança, Centre Geriàtric Municipal. Institut d'Atenció Geriàtrica i Sociosanitària (IAGS). Barcelona.*

Introducción: La infección nosocomial es aquella que se relaciona con el ingreso hospitalario. Se conocen diferentes factores que pueden influir en su aparición: factores intrínsecos del paciente y extrínsecos, observándose mayor prevalencia de infección nosocomial en aquellos servicios donde el paciente está más inmunodeprimido o bien se realiza más tratamientos invasivos. La unidad de convalecencia de nuestra institución estaba ubicada en un entorno sociosanitario (Centre Geriàtric Municipal) hasta el año 2002, que se trasladó a un entorno hospitalario (Hospital de l'Esperança).

Objetivo: Conocer la prevalencia de infección nosocomial en nuestra unidad de convalecencia en su actual ubicación y compararla con la prevalencia de infección nosocomial registrada cuando estaba ubicada en el centro sociosanitario.

Material y método: Durante los años 1997, 1998 y 1999 se realizaron tres estudios transversales de prevalencia de infección nosocomial en la unidad de convalecencia (60 camas), mientras estaba ubicada dentro del centro sociosanitario (prevalencia de un día). Se realizó la recogida de datos mediante una hoja adaptada a partir de la historia clínica del enfermo y de la información facilitada por el equipo médico y enfermera responsable (EPINGER-98). Se consideró infección nosocomial aquella adquirida después de 48-72 horas de estar ingresado, que dado el perfil de los pacientes, era cualquier infección presente en el momento del estudio. Los criterios fueron básicamente clínicos y no exigían la confirmación

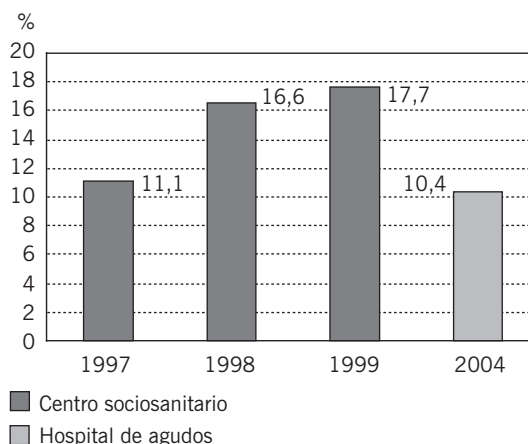


Figura 1. Prevalencia de infección nosocomial según ubicación

microbiológica (dadas las dificultades para realizar exploraciones complementarias en el entorno sociosanitario).

Actualmente, se realizó un nuevo estudio transversal de prevalencia en la unidad de convalecencia en la nova ubicación (hospital de agudos). Se utilizó la misma hoja de recogida de datos, para poder obtener datos comparativos (prevalencia de un día).

Resultados: Los diferentes resultados de prevalencia se pueden observar en la Figura 1. En el presente estudio de prevalencia se recogieron 5 infecciones: 2 de orina, 1 de cavidad oral, 1 de herida quirúrgica y 1 infección ocular.

Conclusiones:

1. El cambio de la unidad de convalecencia desde un centro sociosanitario a un hospital de agudos no ha supuesto, de momento, un incremento significativo en la prevalencia de infección nosocomial.
2. La infección urinaria ha sido la más frecuente en el estudio actual, igual que en los anteriores.
3. Hace falta continuar haciendo cortes de prevalencia de infección nosocomial en la unidad, para valorar la evolución de estos datos en el futuro.

P15. Atención integral al residente nonagenario

E. Miñana Bolívar, E. Parra Aresté, E. Marquès Casasola, I. González Sánchez, M. Ballber Fernández, MI. de Aysa Nieto, R. Ordeig Griera, MD. Castillo Paramio, W. Jamaledine El-Ejeh. *Hospital Sociosanitario Sant Jaume de Blanes*

Introducción:

- El porcentaje de residentes nonagenarios en los centros residenciales es altamente significativo y creciente.

- La atención integral a sus necesidades se plantea como un gran reto de las próximas décadas.
- Para aportar datos que puedan facilitar la elaboración de modelos de atención para esta población, nos proponemos estudiar el perfil de los nonagenarios ingresados en centros residenciales.

Material y método:

- Se ha realizado un estudio descriptivo, multicéntrico, observacional y transversal, haciendo un corte de recogida de datos durante el mes de junio de 2003.
- La muestra incluye 136 pacientes de 90 años o más, ingresados en once residencias de diferentes lugares de Cataluña. Se recogen datos de identificación, variables clínicas, funcionales, farmacológicas y sociales.

Resultados:

- Los nonagenarios representan el 24,86% del total de usuarios de las residencias estudiadas.
- Encontramos un 85% de mujeres y un 15% de hombres en nuestra muestra.
- Más del 50% habían ingresado por problemática social. Y sólo uno de cada 5 por voluntad propia.
- Más de 50% presenten como diagnóstico principal algún tipo de demencia.
- Hay una alta comorbilidad asociada a la enfermedad principal. Las patologías más frecuentes son: insuficiencia cardíaca y enfermedad cerebrovascular.
- El 97% presentan uno o más síndromes geriátricos. El 70% tiene cuatro o más.
- El 56% tienen criterios de polifarmacia.
- El 17,6% requirieron algún ingreso en el hospital de agudos durante el último año.
- En el análisis de los síndromes geriátricos:
 - Se ha encontrado un factor explicativo entre las variables inmovilidad, incontinencia fecal, disfagia, incontinencia urinaria, depresión y úlceras por presión, que hemos llamado *grado complementario de deterioro* (GCD).
 - Comparando el GCD con el deterioro funcional medido con el índice de Barthel, se demuestra la correlación entre las dos variables.
 - A mayor puntuación en el índice de Barthel, mayor dispersión en el GCD, que demuestra discriminar mejor la situación funcional de los pacientes muy dependientes de nuestra muestra.

Conclusiones:

- Los esfuerzos de cada centro en particular y de las administraciones en general tendrían que ir encaminados a ofrecer una atención integral a los pacientes de edad muy avanzada, con demencia y con insuficiente soporte social.
- A partir de las variables del GCD se podría desarrollar una escala validada que a través del estudio de los síndromes geriátricos

hiciera posible profundizar en la valoración integral de los pacientes geriátricos con mayor deterioro funcional.

- Las medidas preventivas de la aparición de los síndromes geriátricos y aquellos encaminados a minimizar las complicaciones que se derivan han de ser uno de los pilares de la atención integral a la fragilidad de los pacientes nonagenarios.

P16. Utilización de fármacos analgésicos en una unidad de convalecencia y evaluación del dolor por parte del paciente y del equipo

E. De Jaime, C. Roqueta, I. Llorach, Y. Raja, A. Herrerías, M. Luna, A. Esperanza, R. Miralles, AM. Cervera. *Servicio de Geriatria del IMAS. Hospital del Mar, Hospital de l'Esperança, Centre Geriàtric Municipal. Institut d'Atenció Geriàtrica i Sociosanitària (IAGS). Barcelona.*

Objetivo: Analizar la relación entre la utilización de analgesia en una unidad de convalecencia y la percepción del dolor que tiene el paciente y el equipo multidisciplinar.

Material y método: Se recogió el grado de analgesia que recibía cada paciente, según la clasificación de la OMS (grado I -no opiáceos (coadyuvantes-, grado II - opiáceos débiles (grado I-, grado III - opiáceos potentes \pm grado I). Se evaluó la percepción del dolor del paciente mediante una Escala Visual Analógica (EVA) longitudinal (0-10 puntos) con imágenes faciales (Wong). Simultáneamente, se recogió la percepción que tenía el equipo sobre el dolor del paciente, utilizando tres EVAs longitudinales que analizaban si el dolor estaba controlado, limitaba las AVDs o provocaba quejas.

Resultados: Se analizaron 44 pacientes (edad media 72,8 \pm 13,9). Treinta y ocho (88,3%) rellenaron la EVA. De los 26 que tenían poco dolor (0-3,5 puntos), hubieron 15 (57,6%) que no recibían analgesia y 11 (42,3%) que recibían analgesia grado I; de los 10 que manifestaron dolor moderado (3,6-7,0 puntos), 7 (70,0%) recibían analgesia grado I y 3 (30,0%) no recibían; de los 2 que referían tener mucho dolor (7,1-10 puntos), 1 (50,0%) recibía analgesia grado I y el otro grado III (50,0%) ($p<0,01$). Respecto a la percepción del equipo, hubieron 37 de los 44 pacientes, que el equipo consideraba que tenían el dolor controlado, de los cuales 20 (54,0%) no recibían analgesia y 17 (45,9%) recibían analgesia grado I; de los 6 que el equipo consideraba que presentaban control regular, 5 (83,3%) recibían analgesia grado I y 1 (16,6%) grado III; mientras que solo un paciente presentaba mal control y recibía analgesia grado I ($p<0,05$). De los 35 pacientes que el equipo consideraba que no se quejaban, 20 (57,1%) no recibían analgesia y 15 (42,8%) recibían analgesia grado I; de los 6 que se quejaban de forma regular, 5 (83,3%) recibían analgesia grado I y 1 (16,6%) grado III y solo un paciente que se quejaba a menudo, recibía analgesia grado I ($p<0,05$). De los 37 pacientes que el equipo consideró que no presentaban limitación en los AVDs, 19 (51,35%) no recibían analgesia y 18 (48,6%) recibían grado I; de los 6 que

presentaban una limitación regular, 1 (16,6%) no recibía analgesia, 4 (66,6%) recibían grado I y 1 (16,6) grado III; finalmente un paciente tenía limitación severa en las AVDs y recibía analgesia grado I ($p=0,06$).

Conclusiones: Hay una relación significativa entre la utilización de analgésicos y la intensidad del dolor referida por el paciente y percibida por el equipo, por tanto parece que la utilización de analgésicos en la unidad es adecuada.

P17. Evaluación del cumplimiento del registro de caídas en un hospital de agudos

M. Guzmán, S. Murciano, A. Vilà, R. Cot, N. Mimó. *SCIAS. Hospital de Barcelona. Grup Assistència*

Introducción: Las caídas constituyen uno de los grandes síndromes geriátricos y su incidencia real en el medio hospitalario ha sido poco estudiada.

La declaración de las caídas está considerada un estándar de calidad asistencial en los hospitales.

Objetivo: Analizar la adecuación del registro de caídas de un hospital de agudos antes, durante y después de la realización de una campaña informativa.

Material y método: Se evalúa la hoja de declaración de las caídas detectadas en tres períodos de tiempo:

- I. 1998-1999. Declaración voluntaria de caídas, no evaluación del riesgo de caídas en el ingreso ni medidas correctoras.
- II. 2000-2001. Campaña informativa hospitalaria, modificación de la hoja de declaración obligatoria de caídas, evaluación diaria del riesgo de caídas y medidas correctoras.
- III. 2002-2003. Declaración de las caídas sin ninguna campaña informativa adicional

Tabla 1.

		Grupo I Estancias: 154.152 N=214 (1,38 o/oo)	Grupo II Estancias: 186.216 N=358 (1,92 o/oo)	Grupo III Estancias: 186.950 N=416 (2,22o/oo)
Riesgo en el ingreso	No registrado	261	73%	284 68%
Riesgo en la caída	No registrado	300	84%	324 78%
Sexo	Masculino	112	52%	208 58%
	Femenino	102	48%	150 42%
Nivel severidad	I	106	49%	263 73%
	II	96	45%	85 24%
	III	12	6%	10 3%
Registro informe alta	No registrado	30	8,4%	31 7,5%

Se evalúan las siguientes variables: Riesgo en el ingreso, riesgo en el momento de la caída, sexo, nivel de severidad (1,2,3) y registro de la caída en el informe de alta.

Resultados: (Tabla 1)

Conclusiones: El número de caídas declaradas en el período se mantiene, indicando un grado adecuado de cumplimiento de la hoja de declaración que ha quedado incorporada a las tareas asistenciales habituales del personal de enfermería.

Las caídas con severidad alta han disminuido del período I al II, reflejando la eficacia del efecto de las medidas correctoras aplicadas y el mantenimiento posterior.

A pesar del porcentaje de casos registrados al informe de alta se mantiene entre los períodos II y III, ha de considerarse muy baja respecto al óptimo.

P18. La osteoporosis en el anciano frágil

C. Charlez, J. Carbassé, C. Ganigué. *Residència Gent Gran ICASS REUS.*

Introducción: La osteoporosis es la enfermedad metabólica ósea más frecuente en pacientes ancianos.

La osteoporosis y su principal consecuencia, la fractura, es lo que le da importancia a nivel personal, económico y social.

Objetivos: Evaluar las medidas de prevención de la osteoporosis.

Evitar las fracturas a consecuencia de la osteoporosis.

Material y método: Utilizaremos un diseño longitudinal prospectivo durante un año con un grupo de 54 abuelos de la Residencia de gente mayor de ICASS Reus. Basándose en la medida de la densidad ósea falángica en la mano no dominante.

- Criterios de inclusión:
 - Antecedentes de osteoporosis y/o artrosis
 - Sexo hombres y mujeres
 - Edad >65 años
- Criterios de exclusión:
 - Enfermedades en fase avanzada.
- Registro de las medidas en estudio:
 - Ficha personalizada que incluye edad, enfermedades activas, tratamiento farmacológico crónico.
 - Medidas preventivas en estudio: ejercicio físico, fármacos específicos para el tratamiento de la osteoporosis, dieta, Protocolo de seguridad (evitar riesgos de caídas).
 - Consecuencias de las caídas: registro de caídas.
 - Medida al año del nivel de densidad ósea.

Muestra: La edad de los pacientes oscila entre 64 y 96 años con una media de 80 años.

Referente al sexo 44 son mujeres y 10 son hombres.

Dentro del grupo 10 no presentan signos de osteopenia, 17 presentan osteopenia y 27 osteoporosis

De la muestra están en tratamiento farmacológico preventivo previo al estudio 14 de los 27 diagnosticados de osteoporosis y 10 de los 17 diagnosticados de osteopenia. 4 de los pacientes se desplazan en silla de ruedas.

P19. Utilidad de un cribado para actuar los equipos de soporte de geriatría (UFISS)

M. Colom, C. Pladevall, J. Espauella. *UFISS Geriatria Hospital General Vic-Hospital Santa Creu. Hospital General Vic*

Es bien conocido el incremento de ingresos de personas mayores de 75 años en los hospitales de agudos. Es importante detectar de forma precoz los pacientes que pueden beneficiarse de la intervención del equipo de soporte de geriatría (UFISS). La metodología de trabajo de actuar sobre grupos de riesgo es habitual en nuestra UFISS, y llevamos muchos años valorando a todos los pacientes con fractura de fémur, accidente vascular cerebral y amputaciones.

El objetivo de esta comunicación es describir la utilidad de evaluar todos los pacientes mayores de 75 años que ingresan en el Hospital General de Vic y que cumplen uno o más de los siguientes criterios: edad mayor de 90 años, diagnóstico de demencia en el informe de ingreso o proceder de una residencia.

Cada mañana de los días laborables la trabajadora social o la enfermera de la UFISS revisaban los informes de ingreso del día anterior mediante el sistema de información del Hospital General de Vic, de todos los pacientes mayores de 75 años, para ver los que cumplen algunos de los criterios descritos.

Durante un período de 6 semanas se ingresaron 285 pacientes mayores de 75 años, lo que suponía 9,5 casos por día laborable. El tiempo aproximado para realizar el cribado fue de 15-20 minutos. Se detectaron 56 pacientes que cumplían uno o más de los criterios comentados (edad mayor de 90 años 21, demencia 34, procedencia de residencia 20 casos). El 59% eran mujeres y la edad media era de 87 años.

La mortalidad hospitalaria fue del 12,5%. De los pacientes vivos el destino al alta fue: 40,8 domicilio, 44,8% centro sociosanitario, 4% otro hospital y 2% nueva residencia. La UFISS intervino en el 61% de los pacientes dados de alta.

La frecuencia tan elevada de intervención que hemos hecho en este subgrupo de personas más mayores o igual de 75 años, cribadas por un método tan sencillo, nos hizo plantear introducirlo a la práctica clínica habitual.

P20. Índice de Charlson como pronóstico de vida en una unidad sociosanitaria de media estancia polivalente y larga estancia

JL. Guillén, G. Lluch. *CSS Policlínica Comarcal Vendrell*

Introducción: La muerte es un proceso natural e inevitable fin de la vida. La toma de decisiones de inicio de tratamientos más o menos agresivos en el paciente anciano es complicado, en ocasiones, incluso rozando el encarnizamiento terapéutico.

Una herramienta pronóstica nos puede ayudar en la toma de decisiones sobre cual puede ser la actitud más correcta ante nuestros pacientes y familiares, sin que por ello sea determinante de su adopción.

Objetivos: Evaluar el Índice de Comorbilidad de Charlson como herramienta pronóstica en la población geriátrica de un centro sociosanitario de media estancia polivalente (MEP) y de larga estancia (LE).

Muestra: Todos los pacientes que ingresaron en la unidad de MEP y LE desde el 01.01.01 hasta el 31.12.02.

- Criterios de inclusión
 - Mayores de 65 años ingresados en el CSS Policlínica Comarcal de El Vendrell.
 - Diagnósticos y antecedentes patológicos documentados
- Criterios de exclusión
 - Diag. principal: Descanso familiar
 - No localización del paciente después del alta.

Tabla 1. Índice de Charlson

Charlson

- Infarto miocardio
- Insuficiencia cardiaca
- Enf. arterial periférica
- Enf. cerebrovascular
- Demencia
- Enf. respiratoria crónica
- Enf. del tejido conectivo
- Úlcera gastroduodenal
- Hepatopatía crónica leve
- Diabetes
- Hemiplegia
- Insuf. renal crónica M / S
- DM con lesión órg. diana
- Tumor o neoplasia sólida
- Leucemia
- Limfoma
- Hepatopatía crónica M / S
- Neo sólida con M1
- Sida definido

TOTAL: _____ puntos

I	II	III	IV
0	1-2	3-4	5 ó >

Resultados: Del total de 244 pacientes que ingresaron en nuestro centro en el periodo indicado, cumplieron con los criterios establecidos un total de 180 pacientes.

Variables:

- Principal:
 - Índice de Comorbilidad de Charlson (Tabla 1)
 - Diagnóstico de ingreso (Tabla 2)
- Secundarios:
 - Procedencia
 - Mortalidad

Tabla 2. Diagnóstico de ingreso

	N	%
AVC	32	17,8
Fract. fémur prox.	25	13,9
Neoplasia	25	13,9
UPP	12	6,7
Alt. marcha	7	3,9
Demencia senil	7	3,9
Enf. alzheimer	7	3,9
Sociopatía	7	3,9
Demencia arteriosc.	6	3,3
EPOC	5	2,8
Otras fracturas	5	2,8
Cuadriplegia-paresia	4	2,2
Artrosis	4	2,2
Úlceras vasculares	4	2,2
Gangrena	3	1,7
Amputación EEII	3	1,7
Insuf. cardiaca	2	1,1
Colecistitis	2	1,1
Asma	2	1,1

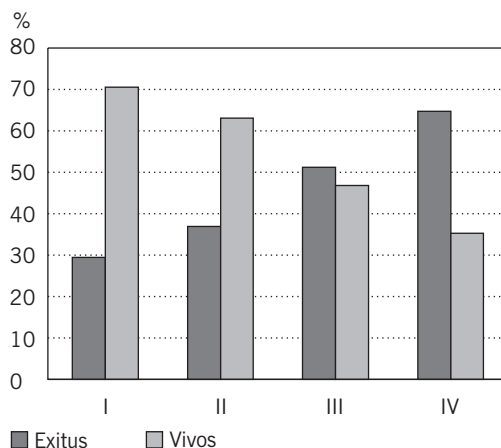


Figura 2. Índice de Charlson

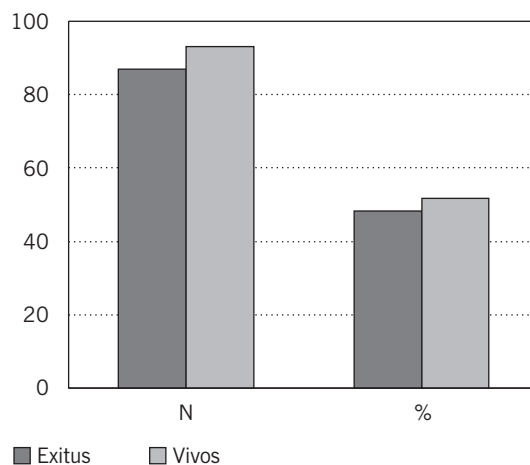


Figura 3. Edad

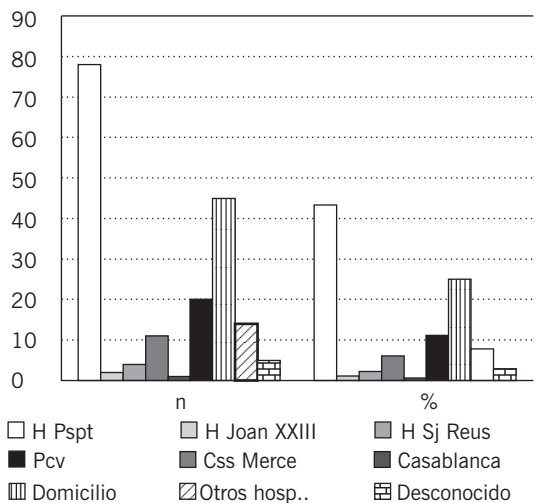


Figura 1. Procedencia

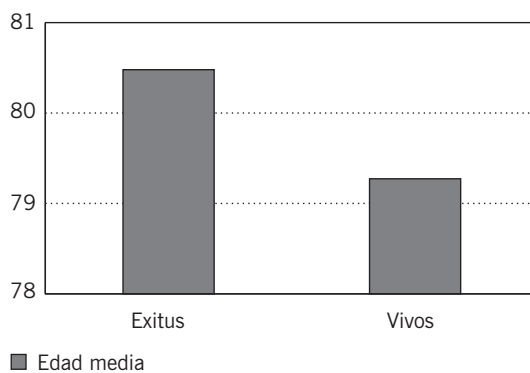


Figura 4. Edad

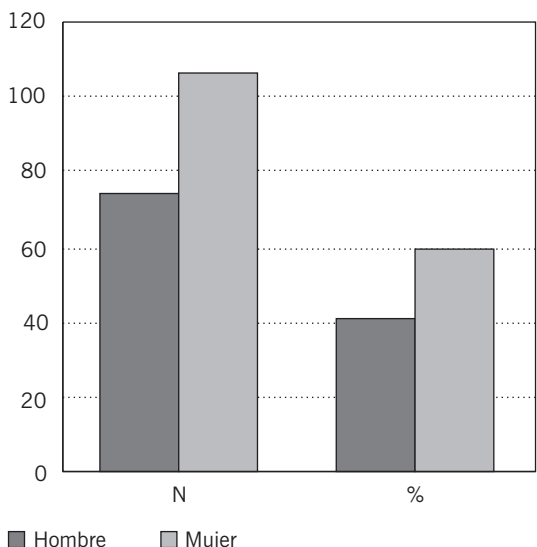


Figura 5. Mortalidad por sexo

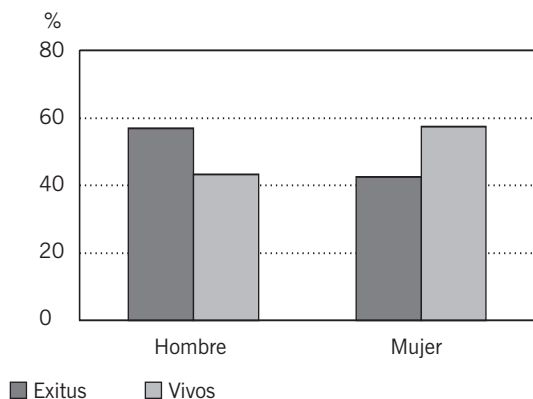


Figura 6. Mortalidad por sexo

- Edad
- Sexo
- Diagnósticos secundarios

Conclusiones: El Índice de Charlson es una excelente herramienta pronóstica de vida en nuestro centro sociosanitario.

Asociado a otras herramientas funcionales (Barthel, Karnofsky, etc.) y cognitivas (MEC, Pfeifer) ayudan al profesional a conferir una idea global del paciente.

No obstante, la toma de decisiones diaria no depende exclusivamente de ellas, si bien resultan de gran utilidad como herramientas coadyuvantes para el profesional que debe tomar la mejor decisión en la situación clínica en la que se encuentre.

Bibliografía:

1. Charlson ME, Pompei P, Ales KL, MacKenzie CR. A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: development and validation.
2. Walter LC, Brand RJ, Counsell SR, Palmer RM, Landefeld CS, Fortinsky RH *et al.* Development and validation of prognostic index for 1-year mortality in older adults after hospitalization.
3. Inouye SK, Peduzzi PN, Robinson JT, Hughes JS, Horwitz RI, Concat. Importance Of functional measures in predicting mortality among older hospitalized patients.
4. Covinsky KE, Justice AC, Rosenthal GE, Palmer RM, Landefeld CS. Measuring prognosis and case mix in hospitalized elders. The importance of functional status.

P21. Influencia de la función cognitiva y la depresión en la evaluación del dolor en pacientes ancianos mediante una Escala Visual analógica (EVA)

C. Roqueta, E. de Jaime, I. Llorach, Y. Raja, A. Herrerías, M. Luna, A. Esperanza, R. Miralles, AM. Cervera. Servicio de Geriatria del IMAS. Hospital del Mar, Hospital de l'Esperança, Centre Geriàtric Municipal. Institut d'Atenció Geriàtrica i Sociosanitària (IAGS). Barcelona.

Introducción: El dolor es un problema muy común en ancianos y la evaluación de estos es difícil debido a que es subjetiva. Por otro lado, la EVA puede ser difícil de entender por las pacientes mayores por problemas de visión, oído o mentales.

Objetivo: Evaluar la viabilidad del uso de una EVA en pacientes ancianos ingresados en la Unidad de Convalecencia (UCO). Ver la relación entre la evaluación del dolor, la función cognitiva y la existencia de depresión.

Material y método: Se aplicó una EVA longitudinal, graduada de 0-10 puntos y con imágenes faciales (Wong), a 44 pacientes (23 mujeres/21 hombres), a los que se les realizó una evaluación geriátrica: índice de Barthel (IB), Mini-Mental de Folstein (MMSE), escala de depresión geriátrica de Yesavage (GDS) e índice de comorbilidad de Charlson (ICCh).

Resultados: La edad media fue 72,8±13,9 años. La media del IB 50,4±28,3, del MMSE 20,6±7,1, del GDS 3,5±3,4 y del ICCh 2,0±1,9. Los diagnósticos principales por grupos eran: 3 (6,8%) cardiorrespiratorio, 10 (22,7%) neurológico, 2 (4,6%) oncológico, 17 (38,6%) fractura-lesión, 9 (20,4%) circulatorio, 1 (2,3%) locomotor y 2 (4,6%) otros. La EVA se pudo aplicar a 38 pacientes de los 44 (86,3%). En 6 no fue aplicable por problemas de visión (2), afasia (2), sordera (1) y por situación terminal (1). De los 38 pacientes, 26 (68,4%) referían tener poco dolor (0-3,5 puntos), 10 (26,3%) dolor medio (3,6-7,0 puntos) y 2 (5,2%) mucho dolor (7,1-10 puntos). Se pudo aplicar el MMSE en 36 pacientes. De los

24 que referían tener poco dolor, 12 (50%) tenían deterioro cognitivo (MMSE < 21); de los 10 que tenían un dolor medio, 3 (30%) tenían deterioro cognitivo; de los 2 que referían tener mucho dolor, ninguno de ellos tenía deterioro cognitivo (0%) ($p=ns$). La GDS pudo aplicarse en 36 pacientes. De los 24 que tenían poco dolor, 7 (29,1%) tenían depresión (GDS ≥ 5); de los 10 con dolor medio, 6 (60%) tenían depresión; de los 2 pacientes que referían tener mucho dolor, solo 1 de ellos estaba deprimido (50%) ($p=ns$).

Conclusión:

1. La EVA pudo aplicarse en un elevado porcentaje de pacientes (86,3%).
2. En el presente estudio no se ha podido demostrar una relación significativa entre la intensidad del dolor descrita por el paciente y la existencia de deterioro cognitivo y/o depresión.

P22. Tinetti versus timed get up and go para evaluar el riesgo de caídas en pacientes ingresados en una unidad de convalecencia

C. Roqueta, E. de Jaime, C. Farriols, R. Miralles, O. Vázquez, AM. Cervera. Servicio de Geriátria del IMAS. Hospital del Mar, Hospital de l'Esperança, Centre Geriàtric Municipal. Institut d'Atenció Geriàtrica i Sociosanitària (IAGS). Barcelona.

Introducción: La caída es un problema muy común en la gente mayor. Una tercera parte de los pacientes >65 años se caen cada año (se caen en un año el 33% de los ancianos de la comunidad y 50% de los institucionalizados). La causa es multifactorial. Entre los tests utilizados para evaluar el riesgo de caídas destacan, por ser los más habituales, el de Tinetti y el Timed Get up and Go.

Objetivo: Comparar la evaluación de riesgo de caídas mediante 2 tests: el test de Tinetti y el test de Timed Get up and Go. Analizar la correlación de resultados de los dos tests.

Material y método: Se realizó el test de Tinetti y de Timed Get up and Go (TGUG) en 22 pacientes (13 mujeres/ 9 hombres) de los 44 ingresados en una unidad de convalecencia, (los 22 restantes no toleraban bipedestación) a los que se les efectuó una evaluación geriátrica: índice de Barthel (IB), Mini-Mental de Folstein (MMSE), y el índice de comorbilidad de Charlson (ICCh). Se llevó a cabo la determinación del tiempo utilizado en la realización de cada uno de los tests.

Resultados: La edad media fue $70,4 \pm 15,6$ años. La media del IB $77,4 \pm 14,9$, del MMSE $22,6 \pm 5,1$, del ICCh $1,4 \pm 1,3$ y del IMC $25,0 \pm 4,6$. Los diagnósticos principales para grupos fueron: 4 (18,2%) neurológico, 1 (4,5%) oncológico, 12 (54,6%) fractura-lesión, 4 (18,2%) circulatorio, y 1 (4,5%) otros. La media de la puntuación total del test de Tinetti $20,5 \pm 5,0$, de la puntuación de la marcha $8,9 \pm 2,5$, y la del equilibrio $11,6 \pm 3,0$. La media del TGUG fue $29,7 \pm 21,4$ segundos. De los 22 pacientes evaluados, 12 (54,5%)

tenían riesgo de caídas alto (>20 segundos en TGUG), 8 (36,4%) riesgo moderado (10-20 segundos) y 2 (9,1%) no tenían riesgo (<10 segundos). Las puntuaciones medias de Tinetti de cada uno de estos grupos fue respectivamente: 17,4; 23,6; 27,5 ($p < 0,01$). Existió una buena correlación entre los dos tests ($r = 0,81$) ($p < 0,001$). La media del tiempo en la realización del test de Tinetti fue $212,5 \pm 58,4$ segundos, versus $71,3 \pm 32,5$ en el TGUG.

Conclusión:

1. Existe buena correlación entre el test de Tinetti y TGUP.
2. La realización del TGUP requiere claramente menos tiempo que el Tinetti, por tanto puede ser un buen test de cribado del riesgo de caídas.
3. El test de Tinetti aporta más información sobre la exploración del aparato locomotor y del sistema nervioso.

P23. Institucionalización y fracturas de cadera

JM. Navarro Martínez. Hospital de la Santa Creu

Con la inquietud de conocer la evolución de los pacientes con diagnóstico de fractura de tercio proximal del fémur dados de alta en la unidad de convalecencia en nuestro hospital, hemos hecho un estudio retrospectivo con seguimiento durante 36 meses.

De un total de 795 altas hemos seleccionado 154 pacientes con fractura de cadera (19,4%). Se ha tenido en cuenta las distribuciones de variables demográficas, situación funcional y evolución, aspectos sociales, psicoemocionales y la sobrecarga de atención en complicaciones clínicas y su instrumentalización. En el estudio estadístico se describe la muestra con comparaciones de medias y proporciones y análisis multivariante de regresión logística con probabilidad de entrada del 95% para riesgo de institucionalización.

Resultados: El perfil de paciente se da (74%) de 82,5 años ($\pm 7,9$) con un Barthel previo de 90 y unas pérdidas de 60% después del traumatismo y ganancia funcional de 85% con Barthel al alta de 66 pts. En el área psicoemocional presentan trastornos el 58% (depresión 7,8% y el resto deterioro cognitivo). En la valoración social se ha utilizado la escala de alarma social propia, que se describe, con un punto de corte de 6/10 pts que no superan las altas a LLE.

Son variables estadísticamente significativas en la institucionalización el índice de Barthel al alta, los días de estancia, los reingresos, la puntuación en la escala de alarma social en el ingreso y en el alta y el sondeo vesical.

Son altas a domicilio el 56% con IB >80pts. El 25,3% que son alta de la unidad con destino a larga estancia de nuestro centro con IB <40. A estos se les hace un seguimiento con un 10% de altas a domicilio (IB superior a 75 pts), el 23% restante a LLE (IB >40) y

alta complejidad médica. La mortalidad final es de 17% con tasa bruta de mortalidad intrahospitalaria de 8,4% y una tasa de institucionalización final del 20%.

Conclusiones:

- El riesgo de institucionalización es proporción inversa a la dependencia funcional y a la puntuación obtenida en la escala social (E.A.S.), en aspectos como implicación familiar y colaboración en el programa de recuperación funcional.
- Hemos valorado como a buen resultado a largo término las altas a domicilio y Residencia Social (RASS), con un 68,8% (106 pac.), y con situación funcional al alta y ganancias que justifican el ingreso.
- En el seguimiento de los pacientes residentes en el Centro en el momento de la conclusión del estudio, solo se encuentran ingresados el 41% de los trasladados inicialmente, y de estos el 43% en régimen social con bajo nivel de dependencia que justifica el plan de fisioterapia de mantenimiento de nuestro programa.

P24. Uso de psicofármacos en los servicios de larga estancia

E. Miñana Bolívar, MLI. Rocas Minella, N. Allué Fantova.
Corporació de Salut del Maresme y la Selva

Objetivo:

- Conocer la prevalencia de pacientes tratados con psicofármacos en los Servicios de Larga Estancia de Lloret y Blanes, de la Corporació de Salut del Maresme y La Selva.
- Revisar si es correcta la utilización de los psicofármacos en los citados servicios.
- Constatar si hay diferencias entre los dos centros en la prescripción de psicofármacos.
- Ver la evolución en la prescripción de psicofármacos después de que la Agencia Española del Medicamento haya dado a conocer nuevos datos de seguridad sobre los fármacos antipsicóticos olanzapina y risperidona, en pacientes de edad avanzada con demencia.

Material y método:

- Se han hecho tres cortes transversales, revisando las órdenes médicas de los pacientes de los Servicios de Larga estancia de los sociosanitarios de Lloret y Blanes. El primer corte durante el segundo semestre de 2003, el segundo corte durante el primer semestre de 2004 y el tercero, el segundo semestre de 2004.
- Se han registrado todos los tratamientos activos con psicotrópicos y antipsicóticos.

Tabla 1.

	Sociosanitario Lloret			Sociosanitario St. Jaume de Blanes		
	Agosto 03	Febrero 04	Octubre 04	Diciembre 03	Mayo 04	Octubre 04
Total	44	44	44	23	23	23
... con NL	15(34%)	15(34%)		10(44%)	8(35%)	
... con PS	22(50%)	21(48%)		12(52%)	14(61%)	
... con PS y NL	7(15%)	9(20%)		6(26%)	6(26%)	
... sin PS ni NL	14(32%)	17(39%)		7(30%)	7(30%)	
...con risperidona	9/15(60%)	11/15(73%)		8/10(80%)	5/8(62%)	
... con olanzapina	4/15(27%)	3/15(20%)		0(0%)	0(0%)	

PS: psicotrópicos; NL: neurolépticos; LL.E.: pacientes de Larga estancia

Tabla 2.

	Sociosanitario Lloret	Sociosanitario Blanes
Riesgo de interacción farmacológica PS	0 (0%)	0 (0%)
Riesgo de interacción farmacológica NL	0 (0%)	0 (0%)
Dosis NL formalmente incorrectas	3/15 (20%) (2 dosis baja + 1 dosis alta)	0 (0%)
Dosis PS formalmente incorrectas	0 (0%)	4/12 (33%) (dosis demasiado baja)
Indicación formalmente incorrecta PS	0 (0%)	0 (0%)
Indicación formalmente incorrecta NL	4/15 (27%) (olanzapina)	0 (0%)

- Con los datos del primer corte, se ha evaluado: si la dosis era correcta o no, si la indicación era correcta o no y si existía o no riesgo de interacción farmacológica.

Resultados: Tablas 1 y 2.

Conclusiones preliminares:

- Entre el 34 y el 44% de pacientes de LL.E. reciben tratamiento neuroléptico y entre el 48 y el 61% de pacientes de LL.E. reciben tratamiento con psicotrópicos, datos en consonancia con la literatura revisada.
- Evaluado el riesgo de interacción farmacológica, no se han encontrado casos en que la relevancia clínica aconsejase un cambio de pauta.
- Las dosis y las indicaciones se han considerado correctas en la mayoría de pacientes.
- Pendiente estudio estadístico de comparación entre centros.

P25. Infección por el virus de la inmunodeficiencia humana en personas mayores de 60 años

G. Vallecillo, H. Knobel, A. Guelar, M.J. Robles¹, JL. López-Colomé. Servicio de Medicina Infecciosa, Hospital del Mar. ¹UFIS Geriatria. Hospital del Mar. Institut d'Atenció Geriàtrica i Socisanitària (IAGS). Institut Municipal d'Assistència Sanitària (IMAS). Barcelona

Objetivo: Analizar la situación clínica y la respuesta al tratamiento antirretroviral en una cohort de enfermos mayores de 60 años afectados por el virus de la inmunodeficiencia humana.

Diseño: Se incluyen enfermos más mayores de 60 años que siguen control médico debido a la infección por el VIH.

Resultados: Se incluyeron 71 enfermos, 60 hombres (84.5%) con una media de edad de 65 años. El factor de riesgo por la adquisición de la infección es la vía sexual en el 95,7% de los casos (57,7% heterosexual y 38% homosexual). En el momento del diagnóstico los enfermos presentan una media de edad de 59 años, CD4 195 céls./mm³, carga viral de 7.000 copias RNA /ml y el 60.6% presentaban síntomas asociados con el VIH, con diagnóstico de SIDA en el 26,8%. Actualmente los enfermos se encuentran asintomáticos con el tratamiento antirretroviral, y los CD4 se sitúan en una media de 449 céls/mm³ y con carga viral indetectable en el 71,8% de los casos. Un 53,5% han desarrollado efectos adversos asociados a la terapia antirretroviral, siendo el más frecuente la intolerancia gastrointestinal.

Conclusiones: En el anciano el diagnóstico de la enfermedad se hace en estadios avanzados, se observa una recuperación del estado inmunológico con el tratamiento, pero presentan una elevada tasa de efectos secundarios en éste. Es por esto que estos enfermos tendrían que ser incluidos en programas de prevención y diagnóstico de la infección por el VIH.

P26. Estado nutricional de un grupo de pacientes con demencias

Ll. Reig. M. Fernández. B. Fontecha. S. García. P. Sanchez-Ferrin. UFISS Geriatria. Sociosanitario. Consorci Sanitari Integral

Introducción: Las demencias se asocian con elevadas prevalencias de alteración del estado nutricional. En las fases iniciales de enfermedad por las dificultades del paciente para asegurar los requerimientos nutricionales mínimos y en fases más avanzadas, por las alteraciones del comportamiento alimentario y finalmente por la disfgaia.

Objetivo: Hemos querido conocer la situación nutricional de un grupo de pacientes que son atendidos en nuestro Dispensario de Trastornos de Memoria.

Material y método: Ha sido revisada una muestra de las historias clínicas registradas en nuestra base de datos. De cada caso ha sido escogido: sexo, edad, diagnóstico principal, estadio GDS, puntuación en las escalas de Blessed, Barthel y Charlson, puntuación Pfeiffer y MMS; como parámetros nutricionales: albúmina (gr/dL), Hemoglobina (Hb) mg/dL, colesterol total (mmol/L), linfocitos totales e IMC (peso kg / talla² cm).

Consideramos como una mala nutrición grave, a los pacientes con IMC menor de 20.

Resultados: Han sido revisados 198 pacientes.

128 mujeres (64,6%), 70 hombres (35,4%).

Edad media 78,52±8,2 (mínimo: 48, máximo: 94). < 65 años: 6,7%. 66 - 75: 22,3%. 76 - 85: 52,9%. >86 años: 10,1%.

Diagnósticos más frecuentes:

- D. Alzheimer (331.0): 88 (44,4%).
- Sde. Demencial (290.0): 54 (27,3%).
- D. Vascular (290.4): 21 (10,6%).
- MCI (794.0): 20 (10,1%).
- Miscelánea: 15 (7,5%)

Estadio GDS:

2: 20 (10,1%); 3: 26 (14%); 4: 33 (17,7%); 5: 45 (24,2%); 6: 43 (23,1%); 7: 19 (10,2%).

Puntuación Blessed: 50,3% superior a 8 puntos.

Puntuación Barthel media: 78,852±24,05. < 40: 10,7%. 41 - 60: 9,7%. 61 - 80: 21,9%. > 81: 57,7%

Puntuación Charlson:

0: 50 (25,4%); 1: 64 (32,5%); 2: 50 (25,4%); 3: 22 (11,2%); 4 o sup: 11 (5,6%)

Puntuación MMS: 77% 26 o inferior.

Puntuación Pfeiffer: 0 - 2 errores: 28,8%; 3 - 5 errores: 20,6%; 6 o más errores: 50,6%.

Valores nutricionales:

- Albúmina: albúmina media: 38,148±5,9; 21 - 30: 11,9%; < 21: 0
- Linfocitos: 800 - 1200: 11,7%; < 800: 1,8%
- IMC: IMC media: 26,25±4,9; < 20: 8,3%
- Colesterol: Colesterol media: 5,05±1,1; 4 - 3: 17,2%; < 3: 2%
- Hemoglobina: Hb media: 12,79±1,7; < 11: 14,6%

Conclusiones: Al grupo estudiado la prevalencia de mala nutrición grave es escasa. A pesar de todo se trata de un grupo con una capacidad funcional aceptable y bajos índices de comorbilidad.

P27. Perfil del paciente geriátrico en una unidad de curas paliativas

M. Arellano, MA. Márquez, L. Bajo, O. Bazán, I. Rius, J. Planas. *Unidad de Curas Paliativas. Servicio de Geriatria. Hospital de l'Esperança. Hospital del Mar. IMAS. Barcelona.*

Introducción: El objetivo de las Unidades de Curas Paliativas (UCP) es el control de síntomas de pacientes con enfermedades terminales. La edad no condiciona el criterio de ingreso, pero, podría provocar diferencias en el tipo de enfermo y patología que motiva el ingreso así como a los patrones de comportamiento durante el mismo.

Objetivo: Describir las características generales de los pacientes ingresados en una UCP, así como analizar las diferencias entre pacientes menores y mayores de 75 años.

Material y métodos: Se han estudiado 193 pacientes ingresados consecutivamente en una UCP. Se han analizado antecedentes patológicos, hábitos tóxicos, patología que motiva el ingreso, extensión de la enfermedad neoplásica, tratamiento previo, índice de Karnofsky (IK) al ingreso, exploraciones complementarias realizadas, necesidad de intervención de la trabajadora social, estancia y mortalidad.

Resultados: De los 193 pacientes, 107 (55,44%) eran menores de 75 años y 86 (44,55%) tenían 75 o más años. La presencia de diabetes y cardiopatía fue significativamente superior al grupo de mayores de 75 años (24,71% vs 12,15%; $p < 0,05$ y 34,12% vs 10,28%; $p < 0,01$ respectivamente), no hubo diferencias en el resto de antecedentes estudiados. El consumo de tóxicos fue significativamente inferior en los mayores de 75 años (tabaco 51,19% vs 71,03%; $p < 0,05$ y alcohol 14,29% vs 35,85%; $p < 0,01$). No hubo diferencias en la patología que motivó el ingreso ni en la extensión tumoral.

Los pacientes mayores de 75 años recibieron de manera significativa menos tratamiento previo con quimioterapia (28,57% vs 67%; $p < 0,01$) y con radioterapia (16,88% vs 45%; $p < 0,0001$); no hubo diferencias en el tratamiento quirúrgico y la hormonoterapia. No hubo diferencias en el IK en el ingreso. No hubo diferencias en la necesidad de intervención de la trabajadora social ni en la realización de exploraciones complementarias.

La estancia en la UCP fue significativamente inferior en el grupo de mayores de 75 años ($14,95 \pm 12,85$ días vs $22,78 \pm 26,14$ días; $p < 0,05$) sin diferencias en la mortalidad.

Conclusiones: El paciente geriátrico paliativo presenta diferencias con el no geriátrico en comportamiento y actitudes previas al ingreso en la UCP como es una mayor comorbilidad, menor consumo de tóxicos y menos tratamiento previo con técnicas consideradas como agresivas. Desde su ingreso en la UCP los dos grupos se comportan de manera similar, por lo que podemos asumir que la edad no condiciona el comportamiento del paciente paliativo.

P28. Influencia de la edad en la actitud paliativa

M. Arellano, MA. Márquez, C. Farriols, M. Riera, A. Esperanza, R. Miralles. *Unidad de Curas Paliativas. (Servicio de Geriatria. Hospital de l'Esperança. Hospital del Mar. IMAS. Barcelona.*

Introducción: El objetivo de las Unidades de Curas Paliativas (UCP) es el control de síntomas de pacientes con enfermedades terminales. La edad podría condicionar diferencias en la sintomatología en el ingreso, actitud terapéutica y control sintomático.

Objetivo: Comparar la prevalencia de síntomas, tratamiento y control sintomático en los pacientes mayores de 75 años respecto a los menores de 75 años ingresados en una UCP.

Material y métodos: Se han estudiado 193 pacientes, 124 hombres y 69 mujeres, ingresados consecutivamente en una UCP. Se ha analizado la presencia de síntomas, tratamiento e interconsultas realizadas, control conseguido y necesidad de rotación de opioides y sedación.

Resultados: De los 193 pacientes, 107 (55,44%) eran menores de 75 años (71 hombres y 36 mujeres) y 86 (44,55%) tenían 75 o más años (53 hombres y 33 mujeres). No hubieron diferencias en la presencia de síntomas entre los dos grupos, siendo la astenia el síntoma más prevalente en los dos grupos, seguido de dolor y boca seca en los menores de 75 años y de anorexia y dolor en los mayores de 75 años.

El grupo de mayores de 75 años recibió menos tratamiento con fentanil (20,48% vs 36,54%; $p < 0,05$), corticoides (40,96% vs 61,54%; $p < 0,01$) y nutrición parenteral (3,61% vs 11,54%; $p < 0,05$); no hubo diferencias en la utilización del resto de fármacos así como en la necesidad de realizar toracocentesis, paracentesis o utilización de la vía endovenosa.

Al grupo de mayores de 75 años se les realizó menos interconsultas en rehabilitación (2,41% vs 14,42%; $p < 0,05$) y en anestesia (0 vs 5,71%; $p < 0,05$), no encontrando diferencias en las interconsultas realizadas en otros servicios. No hubo diferencias en el control sintomático a excepción de la parálisis que fue significativamente mejor en el grupo menor de 75 años ($p < 0,05$). No se encontraron diferencias en la necesidad de rotación de opioides o sedación.

Conclusiones: La edad no influye en la sintomatología del paciente paliativo. No existen diferencias en la actitud terapéutica ni en el control sintomático. La mejor evolución de la parálisis en el grupo menor de 75 años podría ser debida a la mayor utilización de corticoides y la mayor indicación de rehabilitación. La presencia de síntomas característicos de la población geriátrica como síndrome confusional, agitación y úlceras es independiente de la edad, lo que indica un comportamiento geriátrico del paciente paliativo. La edad, por tanto, no es un factor determinante en el comportamiento y actitudes en una UCP.

P29. Gastroenteritis por virus Norwalk en una unidad de Media Estancia

B. Fontecha, S. García, I. Benítez, M. González, C. Alonso, P. Sánchez. *Centre Sociosanitario de L'H. Consorci Sanitari Integral*

Introducción y objetivo: Los virus Norwalk, de la familia *Caliciviridae*, son responsables de brotes de gastroenteritis no bacterianas. Con frecuencia se pueden ver afectadas las personas que conviven en ámbitos cerrados (hospitales, escuelas, restaurantes...). Describimos un brote de gastroenteritis por virus Norwalk en una Unidad de Media Estancia Geriátrica.

Descripción del brote: Nuestro Centro Sociosanitario dispone de 123 camas distribuidas en tres plantas de hospitalización. El servicio de cocina está ubicado en el propio edificio y suministra a todo el Centro y al Hospital General de L'Hospitalet, que está en continuidad con el Centro Sociosanitario. El 19 de mayo de 2004 se detectaron 3 casos de gastroenteritis en una única planta del Centro, concretamente en la dedicada a media estancia geriátrica con 40 camas de hospitalización. Del 19 al 21 de mayo aparecieron un total de 8 casos en pacientes y 2 en personal sanitario del Centro. La tasa de ataque fue del 20%.

La clínica de los pacientes fue la de una gastroenteritis leve, con náuseas, vómitos y diarreas. Se instauró tratamiento con hidratación oral y subcutánea en los pacientes ingresados. Todos se recuperaron satisfactoriamente en 2-3 días, sin que en ningún caso se necesitara un traslado al hospital de agudos ni se registrasen incidencias graves. La detección del brote motivó la adopción de medidas preventivas: encuesta epidemiológica, investigación microbiológica, evitar traslados de personal y pacientes, extremar el lavado de manos y declaración a Sanidad.

Se descartó la contaminación de alimentos, dado que no se registró ningún caso fuera de esta planta, orientando como causa de la transmisión el contacto persona-persona, con una rápida finalización del brote probablemente por las medidas de control adoptadas.

En los estudios microbiológicos de las muestras se investigó *Salmonella*, *Shigella*, *Yersinia*, *Campylobacter*, *Vibrio*, *Escherichia coli* O:157, H:7, rotavirus, adenovirus y virus Norwalk (técnica RT-PCR). Todos fueron negativos en todos los pacientes menos en dos, en los que se detectó virus Norwalk. La negatividad del resto de casos puede ser atribuible a que el virus deja de eliminarse rápidamente y no todas las muestras se recogieron en el mismo inicio de la clínica.

Conclusiones:

- Se ha detectado un brote de gastroenteritis por virus Norwalk en una unidad de un centro sociosanitario.
- El tratamiento sintomático con hidratación oral y subcutánea fue suficiente para evitar complicaciones.
- La baja tasa de positivos en las muestras enviadas nos hace aconsejar enviar muestras de todos los enfermos afectados de manera precoz.

P30. Acetato de megestrol en la enfermedad de Alzheimer. Estudio piloto

P. Sánchez Ferrín, S. Altimir, O. Sabartés, R. Cristofol, A. Anguera. *Centre Sociosanitario de L'Hospitalet*

Introducción y objetivo: La enfermedad de Alzheimer se asocia a alteraciones nutricionales con anorexia y pérdida ponderal. El acetato de megestrol se utiliza en el tratamiento de la caquexia en pacientes con sida y en enfermos neoplásicos. El objetivo de este trabajo es comprobar los efectos del megestrol en enfermos de Alzheimer con alteraciones nutricionales.

Material y método: Evaluamos el estado nutricional de 31 pacientes con enfermedad de Alzheimer y comprobamos la respuesta al megestrol durante 6 meses. El estudio incluyó pacientes atendidos en 3 Centros Sociosanitarios.

Los criterios de inclusión eran: más de 65 años, enfermedad de Alzheimer probable o posible (criterios NINCDS/ADRDA), pérdida de peso >5% en los últimos 6 meses y/ malnutrición proteico-calórica, Karnofsky > 40%.

Resultados: De los 31 pacientes incluidos en el estudio, en 8 pacientes no se finalizó el protocolo. A los 6 meses de tratamiento las principales ganancias detectadas eran: hemoglobina 0,81 g/dL ($p < 0,005$), hematócrito 1,93% ($p = 0,005$), proteínas 3,96 g/dL ($p = 0,008$), albúmina 1,62 g/dL ($p < 0,05$), MNA 5,7 ($p < 0,005$), peso 2,9 kg ($p = 0,062$). Las siguientes variables no han presentado cambios significativos: pliegues cutáneos y perímetro del brazo.

Los resultados no son homogéneos en los tres centros, observando diferencias significativas en los diferentes centros en la evolución del peso en el tiempo ($p < 0,005$).

Conclusiones: Los resultados pueden sugerir un efecto positivo del megestrol en los trastornos nutricionales en la enfermedad de Alzheimer, a pesar de que el estudio piloto tiene limitaciones importantes.

Sería necesario confirmar estos resultados con un ensayo clínico controlado y con una muestra mayor de pacientes.

* Este estudio piloto ha sido realizado con la colaboración de laboratorios MADAUS, S.A.

P31. Estudio de los motivos de alta de las residencias geriátricas

M. Barcons Vilaplana. *Residencias del Vallès*

Introducción: El presente estudio surge de la inquietud de los miembros de la Coordinadora de Médicos de Residencias Geriátricas del Vallès y del desconocimiento de la existencia de un estudio fiable de las causas de alta de las residencias geriátricas de la zona.

Objetivos: Conocer los motivos del alta, derivación al alta, tiempo de estancia de los residentes, edad, así como el índice de mortalidad y la causa.

Material y método: Se trata de un estudio observacional multicéntrico, retrospectivo que analiza los motivos del alta de los residentes.

Los datos se han obtenido del libro reglamentario de registre de los residentes

Se han incluido en el estudio todos los residentes de los centros participantes que han sido dados de alta durante el año 2002

El total de residencias ha sido de 24, repartidas por las comarcas del Vallès, Oriental y Occidental y el Maresme sumando un total de 916 plazas residenciales.

Los motivos del alta (baja en el registro del centro) se dividieron en 4 posibilidades:

- Alta en otro centro,
- Alta al domicilio,
- Exitus en el centro,
- Exitus en el hospital.

Resultados: El número total de residentes dados de alta durante el año 2002 fue de 321 que representa un 35,04%

91 de los residentes dados de alta fueron hombres (28,35%)

230 de los residentes dados de alta fueron mujeres (71,65%)

El tiempo medio de estancia fue de 1,78 años con una desviación estándar de $\pm 2,98$ años (máximo de 26,51 años en un caso)

Edad media en el ingreso de los residentes dados de alta durante el 2002 fue de 82,26 años.

Edad media en el momento del alta fue de 84,04 años (desv. Estándar de 8,66 años)

Motivo de alta

- 115 Exitus en la residencia (36%)
- 58 Exitus en el hospital (18%)
- 83 Alta a otro centro residencial (25,8%)
- 65 Alta al domicilio familiar (20,2%)

Conclusiones: La rotación de plazas en un año en los centros estudiados es de aproximadamente 35%

El índice de mortalidad en las residencias estudiadas es de 18,88%. Destaca que un 46% de las altas son para ir a otro centro o bien al domicilio. Destaca también que del 100% de exitus, un 66% son en la propia residencia.

Coincidiendo en la mayoría de artículos publicados, es mayor el número de mujeres que de hombres, al igual que la estancia media en los centros.

P32. Fracturas de fémur en enfermos con demencia

M. Machuca, E. Bermúdez, A. Cortiella, MR. Cano, M. Rosich.
Centro Sociosanitario Residència Monterols

Introducción: En nuestro centro dispone de 105 cama distribuidas en Convalecencia, Psicogeriatría y Larga estancia. Estadísticamente se cifra la prevalencia de fractura de fémur en abuelos que llegan a los 90 años en un 32% de las mujeres y un 17% de los hombres.

Objetivos: Debido a la alta prevalencia de fracturas de fémur nos planteamos:

1. Ver las dificultades y las diferencias de tratamiento fisioterapéutico de los pacientes afectados de demencia en relación a los no afectados.
2. Comparar el porcentaje de objetivos terapéuticos conseguidos.

Material y métodos: Se realiza un estudio retrospectivo de junio-02 a junio-04 de los pacientes afectados de fractura de fémur con el objetivo de comparar la metodología del tratamiento y los resultados entre fracturas de fémur en demencias y no demencias.

Resultados:

1. Se contabilizan 49 pacientes con fractura de fémur de un total de 589.
2. Un mayor porcentaje de estos presentan demencia.
3. El tratamiento quirúrgico representó el método más utilizado.
4. La diferencia en el tratamiento de fisioterapia radicó en el abordaje de cada tipo de paciente.
5. El resultado fue más favorable en las no demencias.

Conclusiones:

1. La única diferencia en el tratamiento de fisioterapia radica en el abordaje individual.
2. El grado de autonomía conseguido en las demencias es relativamente inferior al previo respecto a las no demencias.
3. Este estudio no es estadísticamente significativo debido a la pequeña muestra de pacientes.

P33. Estudio de la solicitud de psicogeriatría en un centro sociosanitario

H. Garzón, A. Cortiella, C. Pérez, M. Escuer, R. Roselló, MR. Cano, M. Rosich.
Centre Sociosanitari Residència Monterols

Introducción: El centro Sociosanitario Monterols entró en funcionamiento el año 1998 y es un centro dedicado a la asistencia de las necesidades biopsicosociales de pacientes con dependencia funcional motivada por procesos incapacitantes, la mayor parte en personas de edad avanzada.

El centro cuenta con 100 camas de hospitalización de los cuales 70 son plazas de larga estancia, y 30 plazas que según las necesidades se reparten entre los recursos de convalecencia y psicogeriatría.

La unidad de psicogeriatría se puso en marcha el año 2000 y está destinada a personas con demencia que requieren una intervención puntual tanto para evaluación, diagnóstico y seguimiento; para controlar trastornos de comportamiento; para resolver crisis familiares graves o bien para atender unas atenciones propias derivadas de la enfermedad.

Objetivos:

- Determinar el perfil del usuario que solicita el ingreso a la unidad de Psicogeriatría
- Cuantificar el tiempo de espera del usuario desde la solicitud al ingreso en la unidad de psicogeriatría.
- Conocer la procedencia de las solicitudes de ingreso en la unidad de Psicogeriatría.

Material y métodos: Se realiza un estudio prospectivo desde agosto de 2003 a agosto de 2004 de las solicitudes presentadas en el centro para solicitar plaza de Psicogeriatría.

Desde la llegada de la solicitud se realiza una hoja de registro con los siguientes ítems: datos personales (sexo, edad, número, cuidador principal, residencia), diagnóstico que presenta en el ingreso, fecha de la solicitud, fecha del ingreso y centro que hace la solicitud.

Resultados: El número total de solicitudes de ingreso es de 74 usuarios.

De estas solicitudes 13,6% (10) renunciaron a la plaza por estabilización o por aceptar otro recurso, 1,4%

(1) por ingreso en Larga estancia y 1,4% (1) por ingreso en Residencia Pública.

1. Por sexos: 40,5% son hombres y el 59,5% son mujeres
2. Por edades: 9,46% < de 65 años; el 33,78% entre 66-79a; el 56,76% > de 80a.
3. Cuidador principal: 47,3% hijos; 24,32% mujeres; 6,76% familiar; 6,766% marido 9,46% otros ; 4,05% ninguno. 1,35% madre.
4. Tiempo de espera previo al ingreso: 59,7% máximo una semana; 14,5% Dos semanas; 9,7% Tres semanas; 16,1% más de tres semanas.
5. Por residencias: 56,76% del Baix Camp; 27,03% del Tarragonès; 5,41% del Alt Camp; 2,70% del Priorat ; 2,70 del Baix Ebre; 2,70% Ribera d'Ebre; 2,70% Baix Penedès.
6. Por patología: 51,35% Demencia Senil; 13,51% Demencia presenil; 14,86% Alteraciones de conducta; 5,40 Depresión; 2,70% Deterioro Senil; 2,70% Cuadro confusional; 5,41% No sap; 4,10% Otros.
7. Procedencia de derivación: CIMSS 17 casos; ABS 22 casos; 21 casos UFISS Demencias; CSS Monterols 3 casos; SCS 4

casos; IPM 2 casos; CSM 1 caso; Residencia 2 casos; PADES 2 casos.

Conclusiones:

1. Del total de solicitudes un 83,78% ingresan. El 16,22% no ingresan por renuncia a la plaza o por aceptar otro recurso.
2. El perfil de paciente ingresado en plaza de Psicogeriatría es de mujer de 77 años con Demencia Senil, cuidador principal les hijas de la Comarca del Baix Camp y con demanda feta des del ABS y UFISS Demencias.
3. El 74,2% de los ingresados lo hacen en un plazo de dos semanas. El resto lo hace más tarde por falta de documentación u otros.

P34. Evolución de la actividad asistencial de la Unidad de Media Estancia del Parc Sanitari Pere Virgili

L. Espinosa, C. Martorell, C. Mayordomo, T. Molins, M. Palacio, J. Peret, P. Von Beck. *Parc Sanitari Pere Virgili*

Introducción: El envejecimiento de la población atendida en los hospitales de agudos ha dado lugar a la necesidad de crear Unidades de Media estancia con capacidad para hacer frente a las diferentes necesidades de los pacientes: rehabilitadores, completar tratamientos y curas complejas, con el objetivo de mejorar la funcionalidad, control de les enfermedades crónicas y mejorar la vuelta al domicilio.

Objetivo: Fue ver la actividad que iba generando, con una ampliación constante de camas, profesionales y tipología de pacientes.

Material y métodos: Incluimos todos los pacientes ingresados en nuestra Unidad desde su creación (diciembre de 2000), hasta el 30 de junio de 2004.

Recogimos los datos a través del programa informático OMI - SISS.

Resultados: Durante el año 2001, ingresamos 435 pacientes, el 99,1% provenían del Hospital de la Vall d'Hebró: 58,6% del Hospital General y el 40,5% del Hospital de Traumatología. Por servicios; Traumatología osteoarticular 34%, Cirugía Vasculat un 24,4% y Neurología 23,7%.

El año 2002 fueron 560 pacientes, de los cuales un 98,2% eran del HVH: 61,3% del Hospital General y un 36,7% del Hospital de Traumatología. Por servicios, Traumatología con un 24,8%, Neurología con un 22,6% y Cirugía Vasculat con un 10,7%, continuaban siendo los más importantes.

El año 2003 ingresamos 703 pacientes, el Hospital de la Vall d'Hebró continuaba derivando el 95,8% de los pacientes: 61,6% del Hospital General y 33% del Hospital de Traumatología. Por servicios destaca el importante aumento del servicio de Medicina Interna, con un 19,7% de los ingresos, Traumatología (30,5%), Neurología

(14,9%) y Cirugía Vasculard (11,7%), completaban los 4 servicios más importantes.

Del año 2004 hasta el 30 de junio hemos hecho 354 ingresos, destacar el aumento de los ingresos no procedentes del Hospital de la Vall d'Hebró, básicamente a expensas de la atención primaria y PADES (9,32%).

La estancia media ha ido aumentando: 30 días al año 2001, 34 al año 2002, 41 al año 2003 y 56 en el primer semestre de 2004.

Del destino al alta destacaremos 2 aspectos: el aumento progresivo de la mortalidad (1,1% → 4%) y de las derivaciones al servicio de urgencias de los hospitales de agudos.

Conclusiones: El aumento de la actividad ha comportado un discreto aumento de los ingresos no hospitalarios. También ha aumentado la mortalidad de nuestros pacientes, así como la derivación a urgencias de los hospitales de agudos, pero manteniéndose hasta la normalidad de las unidades de media estancia en Cataluña.

P35. Mosaicos personalizados: sistema de mejora de la calidad asistencial en un centro sociosanitario

C. Garrés Sánchez, E. Coll Cuquerella. *Hospital Sociosanitario de Lloret de Mar*

Introducción: El mosaico personalizado es una herramienta de trabajo para ver de una manera gráfica las atenciones que precisa el residente por parte del auxiliar.

Consiste en un soporte en el corcho de la habitación del paciente con una serie de ítems de colores donde se explica como atender a aquella persona: el idioma que habla, si tiene déficits visuales o auditivos, problemas de comprensión o memoria, nivel de dependencia en las diferentes actividades de la vida diaria, consideraciones especiales o ayudas técnicas...

La justificación de la creación de los mosaicos se da por la presencia en nuestro centro de una alta rotación del personal auxiliar y la observación que esta variabilidad comporta errores y confusión en el manejo de paciente, hay una alta pérdida de información y un estrés de los nuevos cuidadores que se incorporan al trabajo.

Objetivos:

- Unificar y consensuar la información y la atención al paciente.
- Hacer que la transmisión de la información sea rápida y fácil.
- Que todo el personal colabore en la reeducación.
- Facilitar la incorporación al trabajo.

Metodología: Es un trabajo prospectivo, consecutivo, de prevalencia, con un tiempo previsto de 6 meses para poder evaluar.

- **Fase de preparación:** Elaboración de los ítems básicos (categorías: comunicación, movilidad, transferencias, equilibrio, higiene, baño, ropa, comer y wc) y clasificación por colores, dando un color a cada categoría para facilitar la visualización. Impresión en cartulinas de 5 x 5cm y colocación en hojas de diapositivas.

Reuniones informativas al personal: presentación de los mosaicos a todo el equipo unificando los ítems y haciendo demanda de colaboración a los auxiliares de planta, apuntando en su parte las incidencias, sugerencias...

- **Fase de trabajo:** Recopilación de información de cada paciente, unificar los criterios en equipo, confección del mosaico y colocación en la habitación, mediante las reuniones de equipo, valorar posibles problemas y/o cambios en los mosaicos.

- **Fase de valoración:** Mediante la observación en planta de la implicación de los auxiliares en el cumplimiento de los mosaicos, encuesta de satisfacción al personal auxiliar, pasada antes y después del inicio de los mosaicos, valoración de incidencias y caídas en planta y encuesta de satisfacción al residente, pasada antes y después del inicio de los mosaicos.

Recursos: En estos momentos está funcionando en todas las plantas excepto en la unidad de demencias, pero solo podemos evaluar una planta donde ya hace seis meses que está funcionando.

P36. Estudio de las infecciones de orina en enfermos con demencia

A. Cortiella, C. Pérez, R. Roselló, MR. Cano, M. Rosich. *Centre Sociosanitari Residència Monterols*

Introducción: La infección de orina es la infección más frecuente del viejo y el principal foco de bacteriemia. La prevalencia depende del entorno donde viven: en el domicilio afecta a un 20% de mujeres y a un 10% de hombres, en instituciones del 25 y 20% respectivamente y aumenta hasta el 40 y 30% en el medio hospitalario.

Nuestro centro dispone de 30 camas de convalecencia, 70 de larga estancia y 20 de hospital de día. Nos planteamos el realizar un estudio de la prevalencia de infecciones de orina en nuestro centro, diferenciando los enfermos con demencia.

Metodología: Se realiza un estudio retrospectivo de las infecciones de orina a los enfermos ingresados en nuestro centro (convalecencia y larga estancia) entre el 1/01/2003 y el 31/05/2003.

Se registran los datos personales del paciente, el estado funcional del paciente al ingreso y en el alta, el diagnóstico principal de ingreso, los antecedentes personales, el estado cognitivo, el tratamiento prescrito y si sufrió infección de orina. Si sufrió infección de orina se recoge el número de episodios, la fecha, el agente causante, el antibiótico pautado y si hay reinfección.

Resultados:

1. Ingresos del centro entre el 1/01/2003 y el 31/05/2003: 91. Según la edad y el sexo. Edad: <65a.-13(14,3%)/66-85a - 56(61,5%)/>86a-21(23,1%). Sexo: Mujeres 54(59,3%); Hombres 37(40,7%).
2. La prevalencia de infecciones de orina en nuestro centro es de 23 personas (25,3%).
3. De estas pacientes con infección de orina 16 tienen demencia (% del total de las infecciones).
4. Las infecciones de orina repartidas por edades y sexos es el siguiente. <65a 1(%) ; 66-85a 14(%) >86a 7(%). Mujeres 19 (%) y hombres 4 (%).
5. Infecciones de orina según la movilidad: Autónomo 2/ Ayuda mecánica 9/ silla de ruedas 11/ en la cama 1.

Conclusiones:

1. La prevalencia de las infecciones de orina en nuestro centro es igual que el descrito en la literatura por las instituciones.
2. Un porcentaje elevado de las infecciones de orina se dan en enfermos con demencia.
3. El perfil con infección de orina en nuestro centro sería mujer entre 66 y 85 años con demencia y que utiliza silla de ruedas para los traslados.

P37. Perfil usuario del CSS de Lloret de Mar en el 2003

MLI. Rocas Minella, C. Amagat Cubi, E. Coll Cuquerella.
Corporació de Salut del Maresme y la Selva

Paciente de 81,2 años de edad con una estancia media de 549,7 días.

Durante su estancia puede tener:

- Un 43,75% de probabilidades de caerse (1,65 v/año). Si bien en el 58,6% de las veces no hay ninguna consecuencia física, en el 1,72% la consecuencia supone un traslado a urgencias (luxación E-H). El resto son erosiones y/o contusiones que no requieren tratamientos especiales.
- Una probabilidad de tener llagas del 16.25%, el 84.6% de las cuales son de decúbito, la localización predominante es sacra y trocanteros.
- Todos los que presentan llagas tienen un Índice de Norton < 14, excepto los dos que tienen llagas vasculares su es un índice >14. Por lo que se refiere al Índice de Barthel todos ellos son < 35/100.

Es necesario recordar que hablamos de caídas en un año y que la estancia media es de 543 días.

Tabla 1.

	Mujeres	Hombres
Total	44 (55% total ingresos)	36 (45% total ingresos)
Días estancia	599 días	488 días
Edad	84.54 años	77.12 años
<i>Ingresan más mujeres que hombres, son más mayores y están más tiempo.</i>		
Posibilidad de caídas	43.18% (19)	44.44% (16)
Motivo: desequilibrios/transferencias		46.5%
Consecuencias:		
CAP		58.6%
Contusiones y erosiones		39.6%
Posibilidad de llagas:	15.9% (7)	16.6% (6)
Decúbitos	71.4% (5)	100% (6)
Vasculares	28.5% (2)	0% (0)
Índice Norton <14	71.4% (5)	100% (6)
Índice Norton >14	28.5% (2)	0% (0)
Índice Barthel <35	85.7% (6)	100% (6)

Hay dos pacientes que quedan excluidos por las caídas que han sufrido, no contabilizados por no desviar los resultados.

P38. Prácticas domiciliarias de alumnos de fisioterapia en pacientes geriátricos de PADES

F. Fernández-Reche¹, M. Esteban², RM. Boira², ML. Pedrol², G Castells². ¹Profesor asociado de Fisioterapia. Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud de Reus. Universitat Rovira i Virgili. ²Equipo PADES Reus. Grupo SAGESSA

Objetivo: Comunicar los resultados de la experiencia piloto de prácticas de los alumnos de 3er curso de Fisioterapia en pacientes geriátricos domiciliarios atendidos por el equipo PADES.

Métodos:

Participantes: Alumnos universitarios de 3er curso de la asignatura de Fisioterapia en Geriátria.

Actuación: Secuencial de 20 horas mensuales por alumno en pacientes geriátricos en domicilio (6 alumnos por paciente, un mes cada uno, total 6 meses).

Metodología:

1. Presentación del proyecto a paciente y familia para su inclusión.
2. Valoración inicial del caso y propuesta de trabajo por cada alumno.

3. Grupos de trabajo de alumnos que atienden al mismo paciente.
4. Reuniones periódicas con el equipo PADES (visión multidisciplinar y seguimiento del caso).
5. Evaluación global del caso (alumno, profesor y equipo).
6. Coordinación del proyecto y supervisión de las prácticas (profesor responsable).

Resultados: Duración del proyecto: 6 años. Resultan 37 pacientes (6 por año), 24 de 80 o más años, con diagnósticos de: Demencia, 17 casos; AVC, 9; MPOC, 7; ELA, 2; y amputación miembro inferior, 2 casos. Por objetivos de trabajo, se obtiene mejora de la espasticidad en el 71,4% de los casos (15/21), de la autonomía y/o colaboración en las transferencias en el 63% (12/19), de la función respiratoria en el 68,2% (15/22) y del descanso nocturno en el 73% de los casos (19/26).

Conclusiones:

1. Se obtiene una clara mejora y dinamización de los pacientes tratados, y la facilitación del trabajo del cuidador principal.
2. Los alumnos han tomado contacto con la realidad asistencial del paciente geriátrico domiciliario.
3. La aplicación del proyecto domiciliario ha permitido un mayor confort al paciente y a la familia y el ahorro de gastos a la administración.

P39. Perfil cognitivo del paciente mayor de 90 años ingresado en una unidad de psicogeriatría de media estancia (UPME)

F. Amores Guevara, A. Corominas Verdager, MJ. Miñano Valero. *Sagrat Cor, Servicios de Salud Mental. GHSCJ.*

Introducción: El modelo de media estancia psicogeriátrica se caracteriza por la diversidad y la heterogeneidad de los pacientes atendidos, tanto por su procedencia como por su patología y extrema fragilidad. El aumento progresivo de pacientes mayores de 90 años en nuestra Unidad de Media Estancia Psicogeriátrica (UPME), desde que inició su actividad en julio de 2001, nos plantea el reto de conocer de forma pormenorizada el perfil de estos pacientes muy ancianos para poder optimizar y personalizar las actuaciones asistenciales que se llevan a cabo.

Objetivo: detallar el perfil cognitivo de los ancianos mayores de 90 años que han ingresado en una unidad de media estancia psicogeriátrica relacionándolo con su estado funcional.

Método: estudio descriptivo retrospectivo de una serie de pacientes mayores de 90 años ingresados en la UPME durante tres años.

Resultados: de los 224 ingresos que se registraron durante tres años, 36 correspondieron a pacientes mayores de 90 años, con una edad media de 92,86 años y siendo la mayoría de ellos mujeres (72,2%). La mayor parte eran viudos y convivían con sus hijos

(77,8%), siendo derivados a nuestra unidad por los equipamientos de atención primaria. En la totalidad de los usuarios se detectó sobrecarga familiar. La actividad asistencial muestra una estancia media de 37,6 días. La mayoría de pacientes fueron diagnosticados de DSTA (44,4%), con un GDS de Reisberg medio de 6,19. Al ingreso la puntuación media en el MEC de Lobo fue de 10,11 (SD de 8,43), sin que se objetivaran diferencias significativas al alta. La exploración cognitiva objetiva una afectación generalizada de las funciones superiores en la práctica totalidad de los pacientes. Las variaciones en el grado de autonomía, objetivadas mediante el Índice de Barthel al ingreso y al alta, indican que de un aproximadamente 70% de pacientes con una dependencia total al ingreso se pasó a un 50% al alta. Con un NPI medio al ingreso de 30,92, las alteraciones conductuales estaban presentes en un 77,7% de los pacientes, reduciéndose de forma significativa su presencia al alta.

Conclusiones: El perfil cognitivo típico del grupo de pacientes mayores de 90 años de nuestra muestra es de características córtico-subcorticales. Si bien no se objetivan cambios a nivel cognitivo entre el ingreso y al alta, el grado de deterioro funcional y la presencia de alteraciones conductuales mejoran de forma significativa en estos pacientes. Estos datos reafirman la idea de que, a pesar de su elevada edad, las intervenciones asistenciales específicas no son fútiles y permiten mejorar la calidad de vida de los pacientes muy ancianos frágiles y sus cuidadores.

P40. Riesgo de AVC y factores de riesgo en una población de edad avanzada

J. Serra¹, P. Alcalde¹, R. Benavent¹, R. Torres¹, S. Ariño¹, I. García². ¹*Servicio de Geriatria, Hospital General de Granollers.* ²*Médico de Familia, Cap Montmeló*

El accidente cerebrovascular agudo es una importante causa de mortalidad y morbilidad en los países industrializados, generando un grado importante de dependencia funcional con repercusión sobre la calidad de vida y un importante demanda de cuidados.

Basado en el estudio Framingham, D'Agostino *et al.* calcularon la media de riesgo de AVC a 10 años (75-79 18% en varones y 15,5% en mujeres, y en el grupo de 80-84 a: 22,3 y 23,9 respectivamente) y elaboraron unas tablas a partir de la edad, sexo y factores de riesgo que permiten la estratificación del mismo.

Así mismo la intervención sobre los factores de riesgo modificables ha demostrado una reducción del riesgo de AVC tanto en prevención primaria como secundaria,

Objetivo: Conocer los factores de riesgo de una población de edad avanzada, el riesgo a 10 años de sufrir AVC de dicha población y el grado de control de los mismos.

Población a estudio: Pacientes de 75 o más años visitados en la consulta externa de Geriatria, o que siguen intervención en hospi-

tal de día geriátrico y pacientes de una consulta de atención primaria.

Método: Se ha elaborado una hoja de recogida de datos al efecto, registrando los antecedentes del paciente, los resultados de analítica (aceptando la realizada durante el último año) y determinando en la visita la Tensión arterial, Peso, Talla, estado funcional (según Índice de Barthel) y situación cognitiva (recogiendo la existencia de diagnóstico de deterioro y realizando el test de Pfeiffer)

Para la valoración de la HTA se siguen los criterios de JNC-VII y para la dislipemia del ATPIII

Resultados: Se han estudiado 132 pacientes de edad media de 81,9 a (75-95), un 63,6% son mujeres. El 78% presenta un estado funcional aceptable con un I. Barthel de 75 o superior y el 13,7% de pacientes con deterioro cognitivo (valorando el antecedente o un Pfeiffer de 3 ó más errores).

En los antecedentes son hipertensos 53%, diabéticos 31% y dislipémicos 35%. Se detecta cifras de TA elevada no conocida en 35 pacientes y de los pacientes con antecedente de HTA un 63,5% no presenta cifras bien controladas.

De los pacientes de los que se dispone analítica en el último año, y siguiendo los criterios del ATP-III solo un 30% presenta control adecuado de las cifras de colesterol.

En relación al riesgo de AVC calculado según las tablas elaboradas al efecto el grupo de 74 a 79 años presenta un riesgo promedio en varones del 30% y en mujeres de 23,25% y en el grupo de mayor de 80 años en varones un 32,2% y en mujeres 31,6

Se ha valorado la presencia de obesidad según el Índice de masa corporal (IMC) presentando cifras de: ≤ 25 un 30%, sobrepeso (26 a 29) un 33,4% y obesidad (mayor o igual a 30) un 36,4%

Conclusiones:

1. El grupo de pacientes estudiado presenta un riesgo promedio de AVC mayor que el descrito en la literatura
2. Los pacientes diagnosticados de HTA en un 63% presentan un mal control de las cifras de tensión arterial de acuerdo con los criterios del JNC-VII, y que en la visita en la consulta se detectan también cifras de TA elevada en 35 pacientes no conocidos hipertensos.
3. Los pacientes con hipercolesterolemia presentan así mismo un mal control de las cifras de LDL de acuerdo con los criterios de la ATPIII.
4. En relación a la obesidad, un 33,4% de los pacientes presentan sobrepeso y un 26,4% obesidad fraca.
5. Dado el buen estado funcional y cognitivo de la población estudiada, y la morbilidad y el coste personal y social que genera de la aparición de un evento cerebrovascular, creemos necesaria una intervención más agresiva sobre los factores de riesgo cardiovascular, con la finalidad de reducir el riesgo de dichos eventos.

P41. Promoción de la toma de decisiones de las personas mayores en relación a su salud. La visión de los profesionales

P. Loncan, JC Rovira. *Residencia Sta. Susanna de Caldes de Montbui (Vallès Oriental). Fundació Hospital Sant Jaume de Manlleu (Osona)*

Introducción: Muchas veces en las personas mayores se hace necesario el internamiento en instituciones de larga estancia (5%) y las personas de la Comunidad requieren intervenciones en H. Agudos (20-25% anual).

En las personas mayores institucionalizadas, es necesario tomar decisiones que hacen referencia al nivel de intervención y a menudo en relación a la etapa final de la vida.

La toma de decisiones está dificultada por el deterioro cognitivo y falta de familia.

Los profesionales necesitan tener habilidades e instrumentos que faciliten el citado proceso.

Interrogar a profesionales, gente mayor y familias, nos permite conocer sus actitudes y expectativas para hacer realidad el equilibrio entre el respeto a la autonomía del paciente y el deber de beneficencia de los profesionales, desde la justicia que nuestra sociedad demanda.

Aquí se expone el análisis desde la perspectiva de los profesionales.

Objetivos:

- Facilitar la participación activa de las personas mayores en la toma de decisiones que hacen referencia a su salud, favoreciendo la autonomía y dignidad.
- Detectar necesidades de Formación y Elaborar guías de actuación que apoyen la actuación de los profesionales.
- Mejorar la conciencia social del papel activo que han de tener las personas mayores.

Metodología: Se elabora un cuestionario tipo *LIKERT*, donde se proponen unos enunciados y se ha de expresar el grado de acuerdo o desacuerdo.

Dirigido a profesionales asistenciales con responsabilidad en toma de decisiones de los diferentes recursos centros participantes.

Resultados: Los profesionales que han respondido eran en un 56% enfermeras, 21% médicos, 15% T. Social, 3% psicólogos, 3% logopeda.

La respuesta a los enunciados de las siguientes preguntas ha sido:

- P-1** Evito comentar a un enfermo aspectos relacionados con su patología en presencia de visitantes o de otros pacientes. *R* 38% siempre, 57% casi siempre, 5% a veces.
- P-2** Cuando se trata de un paciente geriátrico, consciente, pido su autorización antes de informar a un familiar sobre aspectos

relacionados con su salud. R 15% siempre, 60% casi siempre, 15% a veces, 10% casi nunca.

- P-3** Procuero conocer las opiniones o voluntades expresadas por los enfermos. R 61% siempre, 36% casi siempre, 3% a veces.
- P-4** Procuero evaluar las capacidades de los pacientes respecto a las posibilidades para tomar decisiones. R 61% siempre, 36% casi siempre, 3% a veces.
- P-5** Tiene información sobre el documento aprobado por el Parlament Català sobre las voluntades anticipadas y cómo utilizarlo. R 58% Sí, 21% No, 21% he oído hablar.
- P-6** En vuestro centro, ¿tenéis establecido un circuito informativo sobre la posibilidad de hacer un DVA? R 49% Sí, 51% No
- P-7** En la práctica asistencial, ¿están estandarizadas acciones para a elaborar DVA según las posibilidades evolutivas del enfermo? R 31% Sí 69% No

P42. Estado de salud y calidad de vida en personas mayores, cuidadores/as en relación a no cuidadores/as (Proyecto WHOQOL-OLD)

R. Lucas¹, J.C. Rovira¹, A. Salva¹, R. Vega², M. Aixà², J.M.Pérez-Castejón³. ¹F. Institut Català Envel·liment. ²ARAPDIS. ³Cl.Barceloneta, Barcelona, Spain.

Comparamos dos poblaciones de Personas Mayores (Cuidadores/as y No cuidadores/as) en relación a su Estado de Salud, Estado Funcional, Calidad de Vida y Características Sociodemográficas, como parte del "Proyecto WHOQOL-OLD". Se trata de un proyecto de la Comisión Europea en el que han participado 23 países en colaboración con la OMS.

Metodología: Se reclutaron 205 personas de 60 años y más, entre asistentes a Casals de la Gent Gran, Centros de día y Asociaciones

de Familiares (de pacientes con demencia y de pacientes con Esquizofrenia)

Todos completaron los siguientes cuestionarios: el WHOQOL-BREF (se trata de un cuestionario genérico de medida de Calidad de Vida que contiene dos preguntas generales y cuatro dominios), el módulo WHOQOL-OLD (específico para gente mayor), la Geriatric Depression Scale (GDS-30), el cuestionario SF-12, un listado de Condiciones de Comorbilidad e Información Sociodemográfica que incluye información sobre la percepción de salud.

Los cuidadores cumplieron también la Care Burden Scale (Zarit).

Resultados: El 60% eran mujeres, la media de edad era 70,1 años, 66.3% estaban casados/das, 52% tenían solo estudios primarios, 75,2% estaban sanos. Los problemas de Salud más frecuentemente reportados fueron: pat.osteoarticular, HTA, pat.endocrina

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre Cuidadores I No Cuidadores en relación a las variables sociodemográficas, excepto en el nivel de estudios, donde los cuidadores tenían niveles de estudios más bajos.

Los cuidadores tenían más síntomas depresivos medidos en base a la GDS (.001) Y reportaban más condiciones de salud que alteraban su calidad de vida (.01), así como puntuaciones más bajas en el componente mental del SF-12 (.004)

Además, los cuidadores puntuaban de manera significativamente más baja en todos los dominios del WHOQOL-BREF y en la mayoría de facetas del WHOQOL-OLD, lo cual indica una peor calidad de vida.

Conclusiones: Los cuidadores tienen peores resultados de Salud, Estado funcional y de Calidad de Vida. Se debe tener en cuenta las múltiples necesidades de los cuidadores para influir positivamente en la mejora de su Calidad de Vida.