



Activos ante la
INMOVILIDAD.



Coordinadores:

José Manuel Marín Carmona
M^a del Mar Pageo Giménez
Alberto Salinas Barrionuevo

Edita: Sociedad Andaluza de Geriátría y Gerontología, 2013
Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Málaga
Calle Curtidores, 1
29006 Málaga

Imprime: Exma Diputación de Almería

ISBN-10 84-695-7817-0

ISBN-13 978-84-695-7817-9

Nº REG. 201338609

NOTA EDITORIAL:

Las opiniones y contenidos de los textos publicados en el libro "Activos ante la INMOVILIDAD", son responsabilidad exclusiva de los autores; así mismo, éstos se responsabilizarán de obtener el permiso correspondiente para incluir el material publicado en otro lugar.

No está permitida la reproducción total o parcial de esta obra, ni su tratamiento informático, ni la transmisión de ninguna forma o por ningún medio, ya sea electrónico, mecánico, por fotocopia, u otros medios, sin el permiso previo y por escrito de los titulares del Copyright.

| | |
|---|----|
| PRÓLOGO | 9 |
| 1. INMOVILISMO Y REHABILITACIÓN | |
| ANCIANOS CON SÍNDROME DE INMOVILIDAD ATENDIDOS POR LA UNIDAD MÓVIL DE REHABILITACIÓN Y FISIOTERAPIA | 12 |
| S. Gómez García, A.C. Arrebola López, M.M. Guardia Pérez | |
| SÍNDROME DE INMOVILIDAD EN ANCIANOS PLURIPATOLÓGICOS CON DETERIORO COGNITIVO | 17 |
| F.J. Serrano Aguilar, S. Gomez García, D.J. Gomez García | |
| PERFIL DEL ANCIANO CON FRACTURA DE CADERA | 21 |
| M.D.M. Miras Ramón, L. Carnerero Córdoba, L. Marina Zufía | |
| PERFIL DEL PACIENTE INMOVILIZADO DE UNA ZONA RURAL | 25 |
| A. Parrado Garcia, M.C. Recio Campos, Á. Del Pino Ibañez, D. Ortega Castaño | |
| INMOVILIDAD: "UN PROBLEMA DE TODOS" | 30 |
| A. Rubio Hernandez, P. Cuevas Morales, C.M. Arcos Garcia | |
| ATENCIÓN URGENTE DE CAÍDAS EN EL PACIENTE ANCIANO: PRIORIZAR, TRATAR Y ESTABLECER COBERTURA AL ALTA | 33 |
| M.C. Moreno López, M.A. Esteban Moreno, M.I. Poveda García, M.F. García López, M.C. Lozano Mengibar | |
| MANEJO MULTIDISCIPLINAR DE SÍNDROMES GERIÁTRICOS ASOCIADOS A FRACTURA DE CADERA | 37 |
| S. Gomez García, A.M. Bernabeu Pageo, J.M. Portal Tocino, Z. Viejo Maya | |
| BENEFICIOS Y PROTOCOLO DE LA REHABILITACIÓN RESPIRATORIA EN ANCIANOS CON EPOC | 41 |
| M.D.M. Miras Ramón, M. Guardia Pérez, E.M. López Lirola | |
| EL BLOQUEO SUPRAESCAPULAR MEJORA EL DOLOR DE HOMBRO PLÉJICO, FAVORECIENDO LA RECUPERACIÓN DE LA MOVILIDAD EN SOBREVIVIENTES DE ACIDENTE CEREBROVASCULAR | 48 |
| I. Crisan, J.R. Pineda Guillén, M.D.M. Miras Ramón | |
| SÍNDROME DE INMOVILIDAD INTRAHOSPITALARIA EN EL PACIENTE ANCIANO | 51 |
| M.D.M. Miras Ramón, L. Carnerero Córdoba, L. Marina Zufía | |
| DEGENERACIÓN MOTORA | 54 |
| A. Peinado Cano, M. Ricart Asensi, A.M. Rivera Moya, A. Fernández Leyva, M.V. Rabell Iñigo, L. Sebastian Chapman | |
| PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS DE UNA ESCALA OBSERVACIONAL EN PACIENTES ESPAÑOLES NO COMUNICATIVOS | 61 |
| P. Chamorro Garcia, E. Lopez Lirola, E. Puche Cañas | |
| REHABILITACIÓN VESTIBULAR EN ANCIANA CON INESTABILIDAD CRÓNICA POR ENFERMEDAD DE MÉNIÈRE | 67 |
| S. Gómez García F.J. Serrano Aguilar, M.E. Santandreu Jiménez | |
| 2. DISPOSITIVOS ASISTENCIALES | |
| CENTRO DE ENVEJECIMIENTO SALUDABLE: TRAS EL RETO DEL ENVEJECIMIENTO ACTIVO | 72 |
| M. León Fernández, N.I. Páez Casado, M. Ruiz Muñoz, M. González Luque, F. Ramos Montero, J.M. Marín Carmona, A.M. López Puertas | |
| CAPACIDAD DE RESOLUCIÓN EN MAYORES DE 65 AÑOS EN EL DISPOSITIVO DE URGENCIAS EXTRAHOSPITALARIAS DE SAN FERNANDO A LO LARGO DE CINCO MESES | 77 |
| F.R. Egea Aldana, G. Fernandez Garcia, P. Bellanco Esteban | |
| PERFIL DEL PACIENTE GERIÁTRICO EN URGENCIAS HOSPITALARIAS | 80 |
| F.J. Serrano Aguilar, S. Gomez García, D.J. Gomez García | |
| INFLUENCIA DE LA INSTITUCIONALIZACION EN PACIENTES GERIATRICOS | 85 |
| A. Rubio Hernandez, P. Morales Cuevas, C.M. Arcos Garcia | |

| | |
|---|-----|
| ESTUDIO DE LAS CAUSAS DE LA MORTALIDAD DE NONAGENARIOS EN HOSPITAL DE GERIATRÍA..... | 89 |
| A.M. Lazo Torres, M.J. Martínez Soriano, C. Maldonado, J. Romero Leon, P.V. Hidalgo, C.M. Martínez | |
| ESTUDIO DE LAS CAUSAS DE MORTALIDAD DE NONAGENARIOS EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA..... | 91 |
| A.M. Lazo Torres, M.A. Esteban Moreno, B. Hernández Sierra, A. García Peña, G. López Lloret, S. Domingo Roa | |
| ESTUDIO SOBRE EL NIVEL FUNCIONAL DEL ANCIANO INSTITUCIONALIZADO EN RESIDENCIAS GERIÁTRICAS..... | 93 |
| S. Orge Quesada, L. Jimenez Muñoz, M.L. Quesada Gallego, F.J. Martínez Pastor, C. Serrano Guzmán | |
| ESTUDIO DE FACTORES RELACIONADOS CON RIESGO ELEVADO DE CAIDAS EN ANCIANOS INSTITUCIONALIZADOS..... | 99 |
| S. Orge Quesada, L. Jimenez Muñoz, C. Serrano Guzmán, M.L. Quesada Gallego, F.J. Martínez Pastor | |
| ¿SON DIFERENTES LOS PACIENTES NONAGENARIOS QUE FALLECEN EN MEDICINA INTERNA Y GERIATRÍA?..... | 104 |
| A.M. Lazo Torres, G. López Lloret, J.M. Romero León, M.Á. Esteban Moreno, S. Domingo Roa, M.J. Martínez Soriano | |
| CAUSA MÁS FRECUENTE DE ACTIVACIÓN DE LA UVI MÓVIL EN PACIENTE ANCIANO..... | 106 |
| S. Muñoz De La Casa, E. Montoya Giéenez, E. González Villafranca, L. Copado Campos, F. García García, J. Mir Ruiz, C.R. García García | |
| CAUSA MÁS FRECUENTES DE ASISTENCIA A ANCIANOS POR UVI MOVIL..... | 108 |
| S. Muñoz De La Casa, E. Montoya Giménez, E. Gonzalez Villafranca, L. Copado Campos, J. Mir Ruiz, C.R. García García, F. García García | |
| RECURSO ASIGNADO POR LA LEY DE DEPENDENCIA EN EL PACIENTE INMOVILIZADO DE UNA ZONA RURAL..... | 110 |
| A. Parrado García, Á. Del Pino Ibañez, D. Ortega Castaño, M.C. Recio Campos | |
| 3. FARMACOLOGÍA Y NUTRICIÓN | |
| MEDICACIÓN POTENCIALMENTE INADECUADA EN EL ANCIANO AL ALTA DE UNIDAD HOSPITALARIA ESPECIALIZADA..... | 114 |
| J.C. Sánchez Berenguel R. Reyes Aguilar, A.I. Reche Padilla, M. Sánchez Castro | |
| POLIMEDICACIÓN Y GASTOS DE FARMACIA EN EL ANCIANO..... | 122 |
| M.D.M. Martínez Lopez, M.D.M. Miras Ramon, E.M. Lopez Lirola | |
| TRASTORNOS DEL SUEÑO EN EL ANCIANO Y EL USO DE HIPNÓTICOS..... | 129 |
| R. Nieto Alcaraz | |
| PRESCRIPCIÓN FARMACOLÓGICA EN PACIENTES CON DEMENCIA EN DISTRITO ALMERÍA..... | 132 |
| V. Carreño Jose, P. Torres Alegre, D. Cueto Saavedra, E. Lirola García, M.D.C. Gonzalez Lopez, M.D.M. Morales Jimenez | |
| ¿ESTAN BIEN NUTRIDOS LOS ANCIANOS QUE INGRESAN EN MEDICINA INTERNA?..... | 134 |
| A.M. Lazo Torres, S. Domingo Roa, M.Á. Esteban Moreno, P. Sánchez López, G. López Lloret, M.J. Martínez Soriano | |
| PREVALENCIA DE DISFAGIA Y MALNUTRICION EN UNA UNIDAD HOSPITALARIA DE PACIENTE FRÁGIL..... | 136 |
| Muñoz de Escalona Martínez J.T., Uroz Zurita A.M., Batlles Muñoz de Escalona J., Garrido Fernández P. | |
| CIRCUNFERENCIA DE PANTORRILLA, UN MARCADOR DE DESNUTRICIÓN..... | 138 |
| E.M. López Lirola, M.D.M. Martínez López, P. Chamorro García, M.A. Losilla Maldonado | |
| 4. PATOLOGÍA VASCULAR | |
| DETERIORO COGNITIVO VASCULAR..... | 148 |
| A. Peinado Cano, M. Ricart Asensi, A.M. Rivera Moya, A. Fernández Leyva, M.V. Rabell Iñigo L. Sebastian Chapman | |
| PREVALENCIA DE FRCV Y PREDICION DE LA ENFERMEDAD ,CON LOS MODELOS SCORE Y DORICA ,EN PACIENTE DE ATENCION PRIMARIA DE UNA ZONA DE LA COSTA DE GRANADA..... | 155 |
| M.J. Sanchez Caravaca, R.M. Ruiz Fernandez, A.M. Blanquez Gea, F. Rios Rodriguez, P. Martin Perez, M. Lijo Cruz, N. Ortega Torres | |

| | |
|---|-----|
| ANTICOAGULACIÓN EN EL PACIENTE ANCIANO: ESTUDIO DE RIESGO/BENEFICIO EN PACIENTES INGRESADOS EN MEDICINA INTERNA CON DIAGNÓSTICO DE FIBRILACIÓN AURICULAR..... | 165 |
| M.A. Esteban Moreno, A.M. Lazo Torres, C. Maldonado Úbeda, M.J. Martínez Soriano, S. Domingo Roa, B. Hernández Sierra, A. García Peña | |
| INSUFICIENCIA CARDIACA EN EL PACIENTE ANCIANO INGRESADO EN MEDICINA INTERNA DE UN HOSPITAL GENERAL: IMPORTANCIA DE LA VISIÓN GLOBAL | 169 |
| M.A. Esteban Moreno, A.M. Lazo Torres, M.J. Martínez Soriano, C. Maldonado Ubeda, A. García Peña, B. Hernandez Sierra, G. Lopez Lloret | |
| PERFIL DEL PACIENTE ANCIANO CON ENDOCARDITIS INFECCIOSA EN MEDICINA INTERNA | 172 |
| M.A. Esteban Moreno, A.M. Lazo Torres, S. Domingo Roa, C. Maldonado Ubeda, B. Hernandez Sierra, A.García Peña, M.J. Martínez Soriano | |
| REVISIÓN BIBLIOGRAFICA SOBRE ACCIDENTE CEREBROVASCULAR EN EL PACIENTE ANCIANO | 175 |
| C.R. García García, M. Gonzalez Sanchez, C. Maldonado Úbeda, S. Muñoz De La Casa, M.F. Garcia Lopez, M.D.C. Moreno Lopez | |
| 5. PATOLOGÍA NEFROUROLÓGICA | |
| ENFERMEDAD RENAL OCULTA . CONSENSO DE SOCIEDADES MÉDICAS..... | 184 |
| W. Portorreal Guerrero, M.J. Sánchez Caravaca, G. Magaña Ruiz, V. Girela López, F. Villena Martin, R. Oloriz Sáez, J. García Valdecasas | |
| CARACTERÍSTICAS CLINICO-MICROBIOLÓGICAS DE LA INFECCIÓN URINARIA NOSOCOMIAL EN ANCIANOS EN NUESTRO MEDIO..... | 189 |
| A.M. Lazo Torres, S. Domingo Roa, M.Á. Esteban Moreno, C. Maldonado Úbeda, G. López Lloret, B. Hernández Sierra | |
| ¿GESTIONAN CORRECTAMENTE LOS CENTROS RESIDENCIALES LA INCONTINENCIA URINARIA? | 192 |
| M.D. Rubio Aguilera, M.D.L.P. Bermudez Pérez, E. Martínez Moreno, M.D. Ruiz Fernandez | |
| ANÁLISIS EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES DE EDAD AVAN ZADA CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN PROGRAMA DE HEMODIÁLISIS | 199 |
| M.I. Poveda García, M. Alfaro Tejada, M.D. Del Pino Y Pino | |
| ESTUDIO DEL GRADO DE DEPENDENCIA EN UNA POBLACIÓN DE EDAD AVAN ZADA EN PROGRAMA DE HEMODIÁLISIS | 203 |
| M.I. Poveda García, M.Á. Esteban Moreno, M.D. Del Pino Y Pino | |
| PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DEL PROLAPSO UTERINO TRAS LA MENOPAUSIA: MANTENTE ACTIVA | 206 |
| M.D.M. Ruiz Carmona, M. Camacho Ávila, S. García Duarte | |
| 6. ÓRGANOS DE LOS SENTIDOS | |
| LAS DRUSAS RETINIANAS, ¿FACTOR DE PROTECCIÓN QUE EVITARÍA EL DETERIORO COGNITIVO? | 210 |
| C. Navarro Moreno, J. Lavid De Los Mozos, M.A. Gallardo Blanco, I. Zaruzeña Yañez, J.L. GarcíaMadroña | |
| PATOLOGIA OCULAR EN EL ANCIANO..... | 213 |
| L.M. Moreno Fernández, S. Aguirre Martínez, L. Sebastián Chapman, A. Peinado Cano, M. Ricart Asensi | |
| REHABILITACIÓN DEL DÉFICIT AUDITIVO EN PACIENTE GERIÁTRICA CON IMPLANTE COCLEAR..... | 219 |
| M.D.M. Miras Ramón, S. Gómez García, M.E. Martínez Miralles. | |
| 7. ENVEJECIMIENTO SALUDABLE Y ACTIVO | |
| LUCHA CONTRA LA DEPENDENCIA : ENVEJECIMIENTO ACTIVO | 224 |
| A. López Castaño | |
| CAPACIDAD FUNCIONAL Y PLASTICIDAD COGNITIVA: FACTORES CLAVES EN LA PREVENCIÓN DE LA DEPENDENCIA..... | 228 |
| E. Martínez Moreno, M.D. Ruiz Fernandez, M.D. Rubio Aguilera, M.P. Bermudez Perez, M.C. PerezFuentes, C. Gomez Martínez | |

| | |
|--|-----|
| ATENCIÓN AL CLIMATERIO COMO MEDIDA DE PREVENCIÓN DE LA INMOVILIDAD..... | 234 |
| S. García Duarte, M. Camacho Ávila, M.D.M. Ruiz Carmona | |
| PREVENCIÓN DE LAS OSTEOPOROSIS EN EL CLIMATERIO COMO MEDIDA PARA EVITAR LA INMOVILIDAD..... | 237 |
| S. García Duarte, M. Camacho Ávila, M.D.M. Ruiz Carmona | |
| FACTORES Y VARIABLES SOCIALES DEL ENVEJECIMIENTO : REPERCUSIONES SOBRE LA SALUD FÍSICA Y MENTAL..... | 240 |
| M.D.L.P. Bermúdez-Pérez, E. Martínez Moreno, M.D. Ruiz Fernández, M.D. Rubio Aguilera, M.D.C.Pérez-Fuentes | |
| UNA UNIDAD DE ESTANCIAS DIURNAS, SOBREVIVIENDO A LA CRISIS. #APAGUEMOSLOSTELEVISORES. ENVEJECIMIENTO SALUDABLE EN MAYUSCULAS..... | 246 |
| G. Guerrero Ramos, R. Perez Hamilton, F. Gonzalez Gonzalez, A. Ramos Rodriguez, J. Reina | |
| ANÁLISIS DE LA MEMORIA COTIDIANA Y EL OPTIMISMO VITAL EN ADULTOS MAYORES SEGÚN EL GÉNERO..... | 248 |
| M.D.M. Molero Jurado, M.D.C. Pérez-Fuentes, J.J. Gázquez Linares | |
| 8. CUIDADORES | |
| PROFESIONALES ACTIVOS ANTE LA OPINIÓN DE LOS CUIDADORES FAMILIARES EN EL HOSPITAL | 256 |
| E. Ibáñez Gil, M.A. Salido Campos, M.D.C. Ibáñez Gil | |
| EVALUACIÓN DEL ESTRÉS PERCIBIDO EN LOS CUIDADORES FAMILIARES DE ALZHEIMER | 258 |
| M.D. Ruiz Fernández, M.D. Rubio Aguilera, M.D.L.P. Bermúdez Pérez, E. Martínez Moreno, J.J.Gázquez Linares, M.D.C. Pérez Fuentes | |
| 9. MISCELÁNEA | |
| CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LOS PACIENTES ANCIANOS CON INFECCIÓN VERTEBRAL EN MEDICINA INTERNA..... | 264 |
| A.M. Lazo Torres, M.A. Esteban Moreno, S. Domingo Roa, A. García Peña, C. Maldonado Ubeda, J.M. Romero Leon | |
| CANCER DE PULMÓN EN ANCIANOS Y SU TERAPÉUTICA..... | 267 |
| V.E. Castellón Rubio, A.M. Lazo Torres, J. Carrillo, F. Rosillo, B. Medina, L. Canosa Ruiz | |
| CARACTERÍSTICAS CLINICAS DE LA NEUMONÍA EN PACIENTES ANCIANOS EN MEDICINA INTERNA..... | 271 |
| A.M. Lazo Torres, M.Á. Esteban Moreno, A. García Peña, S. Domingo Roa, C. Maldonado Ubeda, B. Hernández Sierra | |
| EL RETO DEL DOLOR ABDOMINAL EN EL ANCIANO..... | 274 |
| L.M. Moreno Fernández, S. Aguirre Martínez, L. Sebastian Chapman | |
| DISFUNCIONES SEXUALES FEMENINAS EN LA SENECTUD..... | 278 |
| M. Camacho Ávila, S. García Duarte, M.D.M. Ruiz Carmona, E. Hernández Sánchez | |
| ONCOLOGÍA GINECOLÓGICA EN LA VEJEZ : INCIDENCIA , PREVALENCIA Y FACTORES DE RIESGO, ÚLTIMA EVIDENCIA EN ESPAÑA..... | 281 |
| M. Camacho Ávila, S. García Duarte, M.D.M. Ruiz Carmona, E. Hernández Sanchez | |
| TRATAMIENTO DE HERIDAS CRÓNICAS CON MIEL..... | 285 |
| M. Díaz Goicoechea, A. Díaz Goicoechea, M. Díaz Goicoechea, J.A. Gil Campoy | |
| 10. ¿AMENAZA DE IMOVILIDAD?. UN RETO PARA EL PROFESIONAL SANTARIO..... | 289 |
| 11. APOYOS SOCIALES. AYUDANDO A UN ENVEJECIMIENTO SALUDABLE | 292 |
| 12. ACTIVOS ANTE LA INMOVILIDAD | 299 |
| 13. EL DOLOR COMO ELEMENTO PRECIPITANTE DE INCAPACIDAD EN EL ANCIANO | 312 |

| | |
|--|-----|
| 14. LA DEPRESIÓN EN EL ANCIANO COMO FACTOR DE INVALIDEZ..... | 324 |
| 15. MANEJO DEL ANCIANO DIABÉTICO EN RESIDENCIAS. ESTUDIO DIAGERCA..... | 328 |
| 16. ¿QUÉ APORTAN LAS PERSONAS MAYORES EN MOMENTOS DE CRISIS?..... | 333 |

Tenemos el honor de presentarles, en nombre de la Sociedad Andaluza de Geriatría y Gerontología (SAGG), la presente publicación que recoge las comunicaciones científicas más destacadas presentadas la XXXIV Congreso de la SAGG desarrollado en la ciudad de Almería los días 18 y 19 de octubre de 2013.

Varios son los mensajes claves que encontrarán en sus páginas, derivados de nuestra actividad como sociedad científica dedicada a la Geriatría y la Gerontología. Por un lado, la prioridad por el manejo de los llamados síndromes geriátricos, la inmovilidad en este caso. A pesar de su frecuencia y graves repercusiones, con frecuencia es infradiagnosticada e infratratada. La inmovilidad comparte características con otros grandes síndromes, como su prevalencia ligada al envejecimiento (tanto por los cambios que el paso del tiempo ocasiona en los seres vivos, como por factores sociales, familiares, etc.), su relación con la fragilidad, especial incidencia en pacientes geriátricos (pluripatología, polifarmacia, dependencia, etc.), etiología multifactorial, grave repercusión funcional, y la necesidad de un abordaje integral que priorice los aspectos preventivos, la identificación precoz y la intervención multidisciplinar. Precisamente es este aspecto, la multidisciplinariedad, otro de los valores que encontrarán en esta publicación. Podrán observar los puntos de vista y experiencias de profesionales de diferentes disciplinas implicadas (medicina, enfermería, fisioterapia, etc) y desde diferentes niveles asistenciales (hospital, atención primaria, residencias, etc.). Encontrarán, asimismo, trabajos sobre otros síndromes geriátricos relacionados (polifarmacia, malnutrición) y patologías de alta prevalencia en la población mayor (vascular, renal, etc.). Como no podría ser de otra manera, la problemática de los cuidadores (familiares y profesionales), se encuentra también representada.

Quisiéramos finalizar esta somera introducción agradeciendo a todos los autores su participación en esta obra. Como es lógico en una publicación de estas características, existe una amplia variabilidad en los diferentes capítulos que, en todo caso, traducen la experiencia y visión de los diferentes grupos de trabajo comunicantes en el Congreso.

Desde la SAGG les animamos a seguir colaborando con iniciativas similares que tiendan a mejorar nuestra formación y cualificación profesional.

José Manuel Marín Carmona
M^a del Mar Pageo Jiménez
Alberto Salinas barrionuevo

1. Inmovilismo y Rehabilitación

ANCIANOS CON SÍNDROME DE INMOVILIDAD ATENDIDOS POR LA UNIDAD MÓVIL DE REHABILITACIÓN Y FISIOTERAPIA

S. Gómez García ⁽¹⁾, A.C. Arrebola López ⁽²⁾, M.M. Guardia Pérez ⁽¹⁾.

⁽¹⁾ Complejo Hospitalario Torrecárdenas, Almería; ⁽²⁾ Complejo Hospitalario Torrecárdenas, Almería .

INTRODUCCIÓN

La rehabilitación geriátrica ha ido adquiriendo con el paso del tiempo mayor importancia, generando cada vez mayor demanda en los servicios de rehabilitación y precisando del uso de ámbitos alternativos de atención, como es la atención domiciliaria¹. Las **unidades móviles de rehabilitación y fisioterapia** (UMRF) son un dispositivo asistencial que atiende a pacientes con déficits funcionales y discapacitados físicos, que son cuidados en su domicilio, ofreciendo apoyo y orientación a sus cuidadores².

Un 50% de los mayores de 75 años tienen problemas para salir de su domicilio³, observándose un aumento progresivo tanto de pacientes dependientes, como de cuidadores, que requieren asistencia domiciliaria por las UMRF de forma eficaz y temprana⁴.

En el Plan de Apoyo a las Familias Andaluzas, ha sido un gran avance la creación de las UMRF, mejorando la atención a los pacientes dependientes y sus familias, facilitando la accesibilidad de los mismos al tratamiento rehabilitador y ofertando tratamiento domiciliario a estos pacientes⁵⁻⁷.

La discapacidad del anciano puede ser debida a diversas patologías como son accidentes cerebrovasculares, patología osteoarticular, secuelas derivadas de hospitalización prolongada, enfermedad cardiovascular o pulmonar crónica, déficit sensorial o patología neurodegenerativa como el parkinson o la demencia^{8,9}. Esta dependencia se une a la pérdida de movilidad imprescindible para mantener un nivel de funcionalidad adecuado para el desarrollo de las actividades básicas de la vida diaria (ABVD)².

Para evaluar la funcionalidad del paciente dependiente y con **Síndrome de Inmovilidad**, una de las escalas más utilizadas es el Índice de Barthel, que cuantifica de forma objetiva el grado de discapacidad de los pacientes, monitorizando los cambios que se van consiguiendo con el tratamiento⁸. El Índice de Barthel (IB) es un instrumento ampliamente utilizado para este propósito y mide la capacidad de realización de diez ABVD (incluyendo transferencias y deambulación), obteniéndose una estimación cuantitativa del grado de dependencia del sujeto, por lo que podría ser considerada como la escala clave en la Valoración Geriátrica Integral al paciente anciano¹⁰. El rango de valores del IB está entre 0 (más dependencia) y 100 (más independencia), con intervalos de 5 puntos para la versión original¹². La versión modificada por Shah¹³, ha mejorado la sensibilidad a los pequeños cambios, por lo que es de aplicación recomendada para ver mejor la evolución durante cualquier tipo de proceso rehabilitador¹⁰.

Por todo ello el objetivo de nuestro trabajo fue describir las patologías que causan síndrome de inmovilidad (SI) en los ancianos atendidos por la UMRF y valorar su recuperación funcional.

MÉTODO

Se llevó a cabo un estudio descriptivo transversal en el cual los sujetos estudiados fueron los pacientes ancianos con SI, derivados a la UMRF del Distrito Sanitario de Almería, desde el 1 de enero al 30 de junio de 2013.

Criterios de inclusión: pacientes ≥ 65 años con SI, derivados por alguna enfermedad incluida en el listado de los procesos asistenciales susceptibles de tratamiento fisioterápico domiciliario, que tuviesen barreras arquitectónicas en el domicilio o que el desplazamiento a una sala de fisioterapia incrementase su comorbilidad en el caso de pacientes pluripatológicos⁵.

Criterios de exclusión: edad < 65 años, no cumplir los criterios de inclusión anteriores, no aceptación del tratamiento por parte del paciente o la familia, no haber terminado el tratamiento fisioterápico en el momento de la realización de este estudio (por continuar realizando tratamiento o por ser exitus durante el mismo).

Variables registradas:

- Edad.
- Sexo.
- Procedencia de la derivación: Atención Especializada o Atención Primaria.
- Tipo de paciente^{4,11}:
 - o Grupo 1 (G1): pacientes con déficits susceptibles de reversión total o parcial que necesitan tratamiento fisioterapéutico y pacientes discapacitados con déficits establecidos, susceptibles de incrementar su capacidad funcional con tratamiento fisioterapéutico.
 - o Grupo 2 (G2): pacientes discapacitados con gran limitación funcional y necesidad de tratamiento postural o movilizaciones para el mantenimiento de su estado físico y calidad de vida.
- Patología discapacitante general.
- Motivo que originó la demanda de valoración por UMRF.
- Procedimiento quirúrgico realizado.
- Tiempo de demora hasta la primera visita (valoración).
- Capacidad funcional mediante Índice de Barthel¹³:
 - o 0-20: Dependencia total.
 - o 21-60: Dependencia severa.
 - o 61-90: Dependencia moderada.
 - o 91-99: Dependencia leve.
 - o 100: Independencia.
- Prescripción de ayudas técnicas.
- Número de sesiones de tratamiento fisioterápico realizadas.
- Motivo de alta de UMRF: mejoría, empeoramiento, fin de tratamiento, ausencia de posibilidad de recuperación, no colaboración y cambio de domicilio.

Análisis estadístico: se realizó un análisis descriptivo de las variables. Las variables cualitativas se expresan como proporciones. Las variables cuantitativas como media \pm desviación estándar (DE). Posteriormente se realizó un análisis bivalente para identificar las posibles asociaciones significativas, utilizando el test de la χ^2 entre variables cualitativas y el test de la *t* de Student para muestras relacionadas (IB inicial e IB final). Se utilizó el paquete estadístico SPSS versión 15.0 y Rsigma (para el cálculo de diferencia de proporciones). En todos los casos se utilizó como nivel de significación estadística el valor $p=0,05$. Todos los intervalos de confianza (IC) se calcularon con un nivel de confianza del 95%.

RESULTADOS

De los 132 pacientes ≥ 65 años con SI incluidos en el estudio, 95 eran mujeres y 37 eran hombres, encontrándose un predominio del sexo femenino (72,0%; IC_{95%} 63,4-79,3). Su edad media fue 80,5 \pm 7,7 años (rango comprendido entre 65 y 94).

El 33,3% de los pacientes procedían de Atención Primaria y el 66,7% de Atención Especializada. La mayor parte de los pacientes de nuestra muestra fueron G1 (86,4%), frente a una minoría de pacientes G2 (13,6%). La mayoría de G1 (95,5%) procedían de Atención Especializada, la mayor parte de G2 (77,8%) de Atención Primaria, siendo esta diferencia estadísticamente significativa ($p<0,001$).

Las patologías discapacitantes más prevalentes fueron osteoarticulares en un 34,8% (incluyendo en este grupo enfermedades que cursan con dolor y rigidez, reumatológicas y fracturas) y neurológicas en un 28% (incluyendo accidentes cerebrovasculares, parkinson, tumores cerebrales y demencias entre otros, destacando que el mayor porcentaje de discapacidad por enfermedad neurológica correspondía a pacientes con demencia en un 20,5%). La variedad de enfermedades que provocaba discapacidad en nuestros ancianos pueden apreciarse en la tabla 1.

Los motivos más frecuentes que originaron la demanda de valoración por la UMRF fueron fracturas (34,8%), deterioro motor (31,8%), algias y artrosis (14,4%) sobre todo tras intervención quirúrgica para protézis. El resto de motivos que originaron la demanda aparecen reflejados de forma global en la tabla 2, siendo los procedimientos quirúrgicos realizados más prevalentes el clavo femoral proximal (25,2%) para fracturas proximales de fémur y la prótesis de rodilla para la gonartrosis (11,2%). Otros procedimientos quirúrgicos se muestran en la tabla 3.

El tiempo medio de demora hasta la primera visita fue de $5,0 \pm 4,6$ días. Al 13,6% de los pacientes se le prescribieron ayudas técnicas (andadores, sillas de ruedas, bastones multipodales, alzas y prótesis). El número medio de sesiones de tratamiento fisioterápico realizadas fue de $10,5 \pm 7,9$ (especificado por cada una de las patologías tratadas en la tabla 4).

La capacidad funcional inicial y final se midió con el IB, mostrando de forma global la mejoría tras el tratamiento de nuestros ancianos con SI, con diferencias estadísticamente significativas, presentando un IB inicial de $43,1 \pm 25,1$ y final $59,7 \pm 33,0$ ($t = -12,7$; $p < 0,001$). La mayor ganancia funcional en el IB tras el tratamiento realizado fue en fracturas ($p < 0,001$), donde se pasó de una dependencia severa a moderada y en artrosis ($p < 0,001$), pasando de una dependencia moderada a leve. También observamos ganancia funcional en deterioros motores ($p < 0,001$) y hemiparesias ($p = 0,033$). La menor ganancia funcional tras el tratamiento realizado se obtuvo en pacientes con deterioros motores y con alteraciones de la marcha. En la tabla 4 se muestran las diferencias apreciadas entre la media del IB inicial y final, y su significación estadística para cada uno de los grupos de patologías tratadas por la UMRF.

El grado de dependencia encontrado previo al inicio del tratamiento fue dependencia total en un 24,2%, dependencia severa en un 50,8% y dependencia moderada en un 25%. Tras la finalización del tratamiento nos encontramos con dependencia total en un 18,2%, dependencia severa en un 27,3%, dependencia moderada en un 35,6%, dependencia leve en un 3,8% e independencia en un 15,2%.

Fueron alta por mejoría 59,8%, alta por fin de tratamiento 27,3% y alta por empeoramiento 7,6%.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES

Hay varias limitaciones que deben tenerse en cuenta a la hora de interpretar los resultados de este estudio. En primer lugar, es que los datos corresponden a un tamaño muestral pequeño, lo cual puede influir en las relaciones descritas. En segundo lugar, es que existe una alta variabilidad clínica de diagnósticos, lo que puede introducir sesgos a la hora de codificar la información relativa a la patología discapacitante general que presentaban los pacientes y al motivo de consulta que originaba la demanda de intervención de la UMRF, por lo que tuvo que reagruparse y limitarse el número de categorizaciones dentro de dichas variables.

Al igual que en otros estudios^{3,7,14} nuestros resultados apoyan la necesidad de incrementar los dispositivos asistenciales de UMRF que abarquen a una mayor población, llegando a aquellas zonas de distribución geográfica más alejada, donde aún no existen dichos dispositivos, y alcanzando todo tipo de patología que genere dependencia.

Hemos podido comprobar que es escasa la bibliografía existente hasta el momento destinada a valorar las características de las UMRF y las características de los pacientes a quien está dirigida, por lo que consideramos necesario la realización de más estudios en este campo con el objetivo de conocer mejor la población a quien está dirigida y adaptar los recursos existentes a las necesidades de cada paciente^{2,9}.

Con los resultados obtenidos se obtiene información valiosa de las características de los pacientes atendidos por la UMRF de nuestro área y la importancia de la existencia de este dispositivo asistencial dando una respuesta eficaz ante el aumento progresivo de demanda asistencial de pacientes dependientes con limitación funcional.

Al igual que en estudios similares publicados^{2,9,14}, queda demostrado como tras terminar el tratamiento el IB final de nuestros pacientes varía de forma positiva con respecto al inicial, llegando a conseguir una menor dependencia funcional, e incluso en algunos casos, alcanzando la independencia.

En conclusión, se confirma una ganancia funcional en los pacientes con SI atendidos por nuestra UMRF, siendo la rehabilitación domiciliaria un buen recurso para pacientes que no pueden recibir tratamiento ambulatorio demostrando ser eficiente en ancianos con pérdida de autonomía por SI.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ward D, Severs M, Dean T, Brooks N. Ámbitos de atención domiciliaria versus hospitalaria y del propio domicilio para la rehabilitación de ancianos (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
2. López-Liria R, Padilla-Góngora D, Catalán-Matamoros D, Arrebola-López C, Garrido-Fernández P, Martínez-Cortés MC, Zurita-Ortega F. Análisis de la actividad en las unidades móviles de rehabilitación-fisioterapia en atención primaria. *Aten Primaria* 2010; 42(5): 278-283.
3. Torres-Haba R, Nieto-Haro MD. Inmovilidad. En: *Tratado de geriatría para residentes*. (Sociedad Española de Geriatría y Gerontología. Ed.). Madrid 2006. Pp: 211-216.
4. Martín-Sánchez M, Mesa-Ruiz AM, Romero-Pérez MC, Barroso-García P, Peinado-Nievas MJ. Fisioterapia en atención domiciliaria en una zona rural de la provincia de Almería. *Med fam Andal* 2008; 2: 99-109.
5. Documento de trabajo del Servicio Andaluz de Salud (Agosto 2002). Estrategias de mejora para la atención rehabilitadora y fisioterapéutica en Andalucía. Equipos móviles. Plan de Atención a la Familia. Dirección General de Asistencia Sanitaria. Sevilla: Consejería de Salud, Junta de Andalucía: 2002.
6. Decreto 137/2002 de 30 de abril sobre el Plan de Apoyo a las Familias Andaluzas. Boletín Oficial de la Junta de Andalucía 2002; 52:7127-34.
7. López-Liria R, Padilla-Góngora D, Catalán-Matamoros DJ, Sousa-Coutinho MIMP, da Silva-Miranda AM, Correia-Brito AC. Los servicios de fisioterapia domiciliaria en el sistema sanitario público de la Península Ibérica. *Rev Iberoam Fisioter Kinesiol* 2009; 12(1): 46-57.
8. **Álvarez-Nebreda L, Rada-Martínez S, Marañón-Fernández E.** Principios básicos de la rehabilitación geriátrica. En: *Tratado de Geriatría para residentes*. (Sociedad Española de Geriatría y Gerontología. Ed.). Madrid 2006. Pp: 107-114.
9. López-Liria R, Padilla-Góngora D, Catalán-Matamoros DJ, Rocamora-Pérez P, Martínez-Cortés MC, Rodríguez-Martín CR. Análisis de las patologías con mayor prevalencia en las Unidades Móviles de Rehabilitación y Fisioterapia de la provincia de Almería. *Gac Sanit* 2012; 26(3): 284-287.
10. Cid-Ruzafa J, Damián-Moreno J. Valoración de la discapacidad física: el Índice de Barthel. *Rev Esp Salud Pública* 1997; 71: 127-137.
11. Rehabilitación y fisioterapia en Atención Primaria. Guía de procedimientos. Sevilla: Servicio Andaluz de Salud; 2003.
12. Mahoney F, Barthel D. Functional evaluation: the Barthel Index. *Maryland State Med J* 1965; 14: 61-5.
13. Shah S, Vanclay F, Cooper B. Improving the sensitivity of the Barthel Index for stroke rehabilitation. *J Clin Epidemiol* 1989; 42: 703-709.
14. López-Liria R, Ferre-Salmerón R, Arrebola-López C, Granados-Valverde R, Gobernado-Cabero MA, Padilla-Góngora D. Rehabilitación domiciliaria en la recuperación funcional de los pacientes con enfermedad cerebrovascular. *Rev Neurol* 2013; 56: 601-607.

TABLA 1.

| Patologías discapacitantes | Nº de sujetos (%) |
|-----------------------------------|--------------------------|
| Reumatológicas/osteoarticulares | 46 (34,8) |
| Neurológicas | 37 (28,0) |
| Pluripatología | 18 (13,6) |
| Respiratorias | 7 (5,3) |
| Cardiovasculares | 6 (4,5) |
| Déficits sensoriales | 3 (2,3) |
| Oncológicas | 3 (2,3) |
| Psiquiátricas/psicológicas | 2 (1,5) |
| Ninguna | 10 (7,6) |

TABLA 2.

| Motivos origen de la demanda de UMRF | Nº de sujetos (%) |
|---|--------------------------|
| Fracturas | 46 (34,8) |
| Deterioros motores | 42 (31,8) |
| Artrosis/Algias | 19 (14,4) |
| Hemiparesias | 12 (9,1) |
| Alteraciones de la marcha | 10 (7,6) |
| Cardiorrespiratorias | 3 (2,3) |

TABLA 3.

| Procedimientos quirúrgicos | Nº de sujetos (%) |
|---------------------------------------|--------------------------|
| Clavo femoral proximal | 36 (27,3) |
| Prótesis de rodilla | 14 (10,628,0) |
| Prótesis parcial de cadera | 8 (6,1) |
| Prótesis total de cadera | 3 (2,3) |
| Prótesis total de cadera más cerclaje | 1 (0,8) |
| Bypass femoropopliteo | 1 (0,8) |
| Amputación supracondílea | 1 (0,8) |
| Sustitución protésica rodilla | 1 (0,8) |
| Ninguno | 67 (50,8) |

TABLA 4.

Ganancia funcional por patologías mediante Índice de Barthel

| Patologías derivadas a UMRF | Índice de Barthel | | Media | Desviación típica | IC 95% para la diferencia de proporciones | | t | gl | Significación (p) | Nº sesiones de tratamiento (media±DE) |
|------------------------------------|--------------------------|--------------|--------------|--------------------------|--|-------|----------|-----------|--------------------------|--|
| | Inicial | Final | | | | | | | | |
| Fracturas | 46,2 | 68,5 | -22,3 | 11,8 | -25,8 | -18,7 | -12,7 | 45 | 0,000 | 12,1±7,9 |
| Deterioros motores | 27,8 | 37,6 | -9,8 | 15,3 | -14,5 | -5,0 | -4,1 | 41 | 0,000 | 9,3±9,0 |
| Artrosis Algias | 68,7 | 94,5 | -25,8 | 9,3 | -30,3 | -21,3 | -12,1 | 18 | 0,000 | 9,1±3,7 |
| Hemiparesias | 30,8 | 43,7 | -12,9 | 18,4 | -24,6 | -1,2 | -2,4 | 11 | 0,033 | 12,9±8,9 |
| Alteraciones de la marcha | 56,5 | 65,0 | -8,5 | 13,9 | -18,5 | 1,5 | -1,9 | 9 | 0,086 | 8,5±7,1 |

SÍNDROME DE INMOVILIDAD EN ANCIANOS PLURIPATOLÓGICOS CON DETERIORO COGNITIVO

F.J. Serrano Aguilar ⁽¹⁾, S. Gomez Garcia ⁽²⁾, D.J. Gomez Garcia ⁽³⁾.

⁽¹⁾ Hospital la Inmaculada del Servicio Andaluz de Salud, Huerca Overa; ⁽²⁾ Complejo Hospitalario Torrecardenas, Almería; ⁽³⁾ Clínica Mediterraneo, Almería.

INTRODUCCIÓN

Alrededor del 18% de las personas mayores de 65 años tienen alguna dificultad para movilizarse sin ayuda¹.

Se define **Síndrome de Inmovilidad** (SI) como “el descenso de la capacidad para desempeñar las actividades de la vida diaria por deterioro de las funciones motoras”². Se caracteriza por la dificultad o la imposibilidad para poder caminar, subir escaleras y/o realizar transferencias cama-silla-bipedestación³.

Múltiples causas o factores de riesgo conducen a un mayor grado de inmovilidad en el anciano. Dentro de los más incapacitantes se encuentra el **deterioro cognitivo** (DC), sobre todo en fases avanzadas, ocasionando a veces gran problemática social.

Principales causas de inmovilidad:

- Enfermedades musculoesqueléticas que cursan con dolor, deformidad articular y rigidez: artrosis, osteoporosis, fracturas, aplastamientos vertebrales, artritis, polimialgia reumática, problemas podológicos, etc.
- Enfermedades neurológicas: accidente cerebrovascular agudo, enfermedad de Parkinson, vértigo, deterioro cognitivo o demencia en estadio avanzado, depresión, etc.
- Enfermedades cardiovasculares: insuficiencia cardíaca, arteriopatía periférica, cardiopatía isquémica, angina, etc.
- Enfermedades pulmonares: enfermedad pulmonar obstructiva crónica, fibrosis pulmonar, etc.
- Enfermedades endocrinas: diabetes mellitus, hipotiroidismo, malnutrición, etc.
- Déficit sensorial visual y auditivo.
- Enfermedades psiquiátricas y psicológicas: delirium, ansiedad, falta de motivación o depresión, negativismo para la movilización, etc.
- Enfermedades que cursan con debilidad generalizada: hematológicas, infecciosas, hepáticas, renales, deshidratación, neoplasias en estadio terminal, etc.
- Otras causas: obesidad mórbida, síndrome postcaída, inestabilidad de la marcha, fármacos (psicofármacos e hipotensores), hospitalización prolongada, inmovilización inadecuada, etc.
- Factores socioambientales: barreras arquitectónicas, aislamiento social, apoyo social insuficiente, falta de ayudas técnicas adecuadas, etc¹⁻³.

Fisiopatología y consecuencias de la inmovilidad:

Con la inmovilidad se produce un mayor descenso de la actividad metabólica y depósito de colágeno e infiltración fibrosa de las articulaciones, que conduce a deformidades articulares, atrofia y acortamiento de fibras, pérdida de fuerza y de resistencia muscular, con las consiguientes contracturas y disminución del rango de movilidad. Todo esto lleva a un aumento del dolor, aumento del riesgo de úlceras, limitación de las actividades, osteoporosis por desuso y mayor enfermedad articular degenerativa. A nivel del sistema cardiovascular disminuye el gasto cardíaco, la fracción de eyección y la distensibilidad del ventrículo izquierdo, produciéndose mayor hipotensión postural. A nivel respiratorio disminuye la capacidad ventilatoria, se altera el reflejo tusígeno y la función ciliar. A nivel del sistema nervioso destacan el deterioro cognitivo, la alteración del sistema propioceptivo y los reflejos de corrección. A nivel gastrointestinal y genitourinario aparece anorexia, estreñimiento, vaciado vesical incompleto, etc¹⁻⁴.

Por otro lado, la prevalencia mundial de **demencia** en los mayores de 64 años se ha estimado en un 1,1% y en los mayores de 79 años en un 6,4%⁵. Es bien sabido que el ejercicio físico regular tiene múltiples efectos beneficiosos para la salud de nuestros ancianos. Sabemos que mejora entre muchos otros, la función cognitiva, reduciendo el riesgo de padecer DC y demencia. Sabemos también que los beneficios psicosociales

del ejercicio adquieren mayor protagonismo en el anciano, combatiendo el aislamiento, la depresión y la ansiedad y favoreciendo la autoestima y cohesión social^{6,7}.

Ante todo esto nos parece imprescindible conocer cuáles son las causas o factores de riesgo más frecuentes de SI en nuestros ancianos con alteración de la función cognitiva con el fin de intentar prevenir la aparición de los mismos. Los objetivos del estudio fueron determinar la prevalencia de inmovilidad en ancianos pluripatológicos con DC, valorar el grado de inmovilidad y describir las características de dichos pacientes.

MÉTODO

Se llevó a cabo un estudio de tipo transversal en el cual los sujetos estudiados fueron los pacientes con DC y SI mayores de 65 años, incluidos en el registro informatizado del Proceso Asistencial Integrado de Atención al paciente pluripatológico, durante 3 meses consecutivos, del Servicio de Medicina Interna del Hospital La Inmaculada, del Área Sanitaria Norte de Almería.

Este registro recoge una serie de datos de aquellos pacientes con dos o más enfermedades crónicas y síntomas continuados o agudizaciones frecuentes que repercuten en su situación funcional y que genera una frecuente demanda no programable de atención en distintos niveles asistenciales.

Esto permitió identificar los casos de SI con alteración de la función cognitiva de entre los 215 pacientes pluripatológicos de la población que se hallaban registrados durante el periodo de estudio.

El grado de inmovilidad se valoró considerando los siguientes grupos: andador/muletas (necesita ayuda de andador o muletas), silla de ruedas (SR) (cierto grado de movilidad para espacios pequeños pero necesita ayuda de SR para realizar trayectos largos), cama-sillón (vida limitada a cama-sillón con poca movilidad y necesita ayuda de terceros para poder desplazarse), cama-cama (vida limitada cama-cama, dependiente para actividades de la vida diaria, sin ningún tipo de movilidad).

El DC se valoró con el test de Pfeiffer y el de Folstein. El test de Pfeiffer⁸ es un cuestionario que consta de 10 ítems. El punto de corte está en 3 o más errores, en el caso de personas que al menos sepan leer y escribir y de 4 o más para los que no. A partir de esa puntuación existe la sospecha de deterioro cognitivo. El test Minimal de Folstein⁹ es muy usado como test de cribado de las funciones cognitivas. El punto de corte que presume ausencia de patología varía con la edad y la educación, de manera que se toma 27 para el rango de 50-79 años y 26 para el rango de 80-89 años.

Las variables registradas fueron edad (años), sexo, antecedentes de accidente cerebrovascular (ACV), diabetes mellitus (DM), hipertensión arterial (HTA), dislipemia, obesidad (de forma global mediante el índice de masa corporal y dicotómica por el médico o el personal de enfermería en el momento en el que se introdujo al paciente en el registro de pluripatológicos), antecedentes de patología cardíaca (insuficiencia cardíaca congestiva, arritmias y/o cardiopatía isquémica), parkinson, riesgo social y depresión. Dichas variables se registraron en el proceso de pluripatológicos según su presencia o ausencia en el momento del registro.

El riesgo social se valoró mediante la Escala de Valoración Sociofamiliar de Gijón¹⁰. Se trata de una escala de valoración de riesgo sociofamiliar que consta de 5 ítems dirigida a la población mayor de 65 años; el punto de corte para la detección de riesgo social es igual o mayor a 16; si el resultado es < 10 puntos, se considera riesgo normal o riesgo social bajo; si es de 10-16 puntos, riesgo social intermedio, y si es > 17 puntos, riesgo social elevado (problema social). Además la depresión se valoró mediante el la Escala de Depresión Geriátrica o Test de Yesavage¹¹ que es un cuestionario de 15 ítems utilizado para el cribado de la depresión en personas mayores de 65 años. Los puntos de corte son: 0-5 normal, 6-10 depresión moderada y >10 depresión severa.

Los datos obtenidos se analizaron mediante el programa estadístico SPSS versión 15. Para el análisis estadístico se realizó un análisis descriptivo de las variables. Las variables cualitativas se expresan como proporciones. Las variables cuantitativas se expresan como media \pm desviación estándar (DE). Para el cálculo del intervalo de confianza (IC) de proporciones o de diferencia de proporciones se utilizó Rsigma. Los IC se calcularon con un nivel de confianza del 95% (IC_{95%}).

RESULTADOS

Se incluyeron 63 sujetos mayores de 65 años con DC y SI, de los 215 pacientes pluripatológicos incluidos en el registro durante el periodo de estudio. La prevalencia de inmovilidad fue de 29,3% (IC 95%: 23,4-35,9).

Su edad media fue de 82,8±7,6 años, con predominio del sexo femenino (mujeres: 66,7%, varones: 33,3%).

El grado de inmovilidad de los sujetos del estudio se describe en la tabla 1, destacando que el 84,1% eran pacientes con importante limitación funcional e inmovilidad con vida limitada a cama-sillón y vida cama-cama.

Los antecedentes personales que pudieron influir en la inmovilidad de nuestros pacientes se muestran en la tabla 2, destacando la coexistencia de varios factores de riesgo cardiovascular, la presencia de ACV en la mitad de los pacientes (31 casos; 49,2%), y la presencia de patología cardiaca en un porcentaje considerable de los mismos (33,3%).

El riesgo social que presentaban estos ancianos fue normal o bajo en un 84,1%, presentaban riesgo social intermedio un 1,6% y riesgo social elevado un 14,3%, por lo que en total observamos que un 15,9% de sujetos que podrían estar en situación de riesgo social o problema social. De estos pacientes con problema social, el 6,3% presentaban gran inmovilidad con vida limitada a cama-cama, otro 6,3% vida limitada a cama-sillón y el 1,6% precisaba silla de ruedas.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES

Dentro de las limitaciones que deben de considerarse en la interpretación de los resultados de este estudio, es que los datos presentados corresponden a un tamaño muestral pequeño y no extraído aleatoriamente de la población, lo cual puede influir en su extrapolación a nivel poblacional. Cabe mencionar que el uso de dos tests para la valoración de la presencia de deterioro cognitivo podría plantear un sesgo de clasificación, aunque esto es poco probable ya que se ha demostrado que existe una alta correlación entre dichos tests¹².

Diversos estudios nos muestran como la inactividad física, y por consiguiente la inmovilidad, es considerada factor de riesgo de deterioro cognitivo, por lo que se debe intentar disminuir ésta desde el punto de vista preventivo y conseguir un adecuado manejo de las posibles complicaciones una vez instaurada^{4,13,14}. Se ha descrito en la bibliografía la gran diversidad de causas o factores de riesgo que conducen a SI¹⁻³, muchas de las cuales pueden verse presentes en nuestros pacientes estudiados.

En conclusión, en nuestro estudio la prevalencia de inmovilidad en ancianos pluripatológicos con DC es casi del 30%. Un elevado porcentaje presenta alto grado de inmovilidad con vida limitada a cama-sillón y cama-cama, junto a diversas patologías concomitantes, por lo que es de suma importancia analizar las posibles causas para poder realizar un manejo lo más adecuado posible. En estos pacientes es fundamental planificar terapias de mejora de la capacidad funcional, siempre adaptadas al grado de inmovilidad e incapacidad funcional que presenten. Es conveniente detectar las minorías de pacientes que puedan suponer un problema social, para realizar medidas preventivas que mejoren su autonomía funcional, su capacidad de afrontamiento y sus relaciones sociales.

BIBLIOGRAFÍA

1. Torres-Haba R, Nieto-Haro MD. Inmovilidad. En: *Tratado de geriatría para residentes*. (Sociedad española de Geriatría y Gerontología. Ed.). Madrid 2006. Pp: 211-216.
2. Valero A. Síndrome de inmovilidad: fisioterapia en el domicilio. *JANO* 2006; 1611: 43-46.
3. Martín-Graczyk AI. Síndrome de inmovilidad. En: *Geriatría en Atención Primaria (4ª edición)*. (Ribera-Casado JM, Cruz-Jentoft AJ. Ed.). Madrid 2008. Pp: 273-283.
4. Rousseau P. Immobility in the aged. *Arch Fam Med* 1993; 2: 169-178.
5. Rovio S, Kåreholt I, Helkala E, et al. Leisure-time physical activity at midlife and the risk of dementia and Alzheimer's disease. *Lancet Neurology* 2005; 4: 705-711.

6. Aparicio-García-Molina VA, Carbonell-Baeza A, Delgado-Fernández M. Beneficios de la actividad física en personas mayores. *Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y el Deporte* 2010; 10 (40): 556-576.
7. Bermejo-Pareja F. La demencia del anciano se puede prevenir. *Rev Neurol* 2010; 51: 257-258.
8. Pfeiffer E. A short portable mental status questionnaire for the assessment of organic brain deficit in elderly patients. *J Am Geriatr Soc* 1975; 23: 433-441.
9. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. Mini mental state, a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinicians. *J Psychiatr Res* 1975; 12: 189-198.
10. García-González JV, Díaz-Palacios E, Salamea A, et al. Evaluación de la fiabilidad y validez de una escala de valoración social en el anciano. *Aten Primaria* 1999; 23: 434-440.
11. Martí D, Miralles R, Llorach I, et al. Trastornos depresivos en una unidad de convalecencia: experiencia y validación de una versión española de 15 preguntas de la escala de depresión geriátrica de Yesavage. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2000; 35: 7-14.
12. Escolar JL, Mencharah I. Demencia, apoproteína E y factores de riesgo Cardiovascular. *Rev Mult Gerontol* 2000; 10: 210-214.
13. Baldelli MV, Toschi A, Motta M, et al. Cognitive assessment of the elderly patients – The choice of suitable assessment tools. *Arch Gerontol Geriatr* 1991; Sup 2 (1/2 p): 91-94.
14. Rosendorff C, Beerl MS, Silverman JM. Cardiovascular risk factors for Alzheimer,s disease. *Am J Geriatr Cardiol* 2007; 16(3): 143-149.
15. Varo-Cenarruzabeitia JJ, Martínez -Hernandez JA, Martínez-Gonzalez MA. Benefits of physical activity and harms of inactivity. *Med Clin (Barc)* 2003; 121(17): 665-672.

TABLA 1. Grado de inmovilidad*

| | |
|-----------------|-----------|
| Andador/Muletas | 5 (7,9) |
| Silla ruedas | 5 (7,9) |
| Cama-sillón | 31 (49,2) |
| Cama-cama | 22 (34,9) |

*N.º de sujetos (%)

TABLA 2. Antecedentes personales*

| | |
|--------------------|-----------|
| DM | 25 (39,7) |
| HTA | 33 (52,4) |
| Dislipemia | 21 (33,3) |
| Obesidad | 2 (3,2) |
| ACV | 31 (49,2) |
| Parkinson | 8 (12,7) |
| Patología cardiaca | 21 (33,3) |
| Depresión | 9 (14,3) |

*N.º de sujetos (%)

PERFIL DEL ANCIANO CON FRACTURA DE CADERA

M.D.M. Miras Ramón, L. Carnerero Córdoba, L. Marina Zufia.

Hospital Torrecárdenas, Almería

INTRODUCCIÓN

En España, la población mayor de 65 años, se ha incrementado considerablemente en los últimos años, pasando de un 14,92% en 1997 a un 16,62% en 2008₁. La fractura de cadera es una patología muy frecuente en el paciente mayor. En nuestro país se producen anualmente unos 30.000 casos de fractura de cadera. Esta patología afecta, sobre todo, a la población, con una edad media de 81,4 ± 8,1 años, un 70% de ellas, mujeres₂.

La incidencia para 2008 fue de 103,76 casos por 100.000 habitantes, un 17,77% más que la misma tasa registrada para 1997₁. Los afectados tienen una elevada comorbilidad, con una media de 3,7 enfermedades por paciente, y un 40% de estos también tiene afección cognitiva₃.

Las causas de las caídas son múltiples y se dividen en 2 grupos:

- Intrínsecas: como los trastornos sensoriales (sobre todo falta de visión), alteraciones del equilibrio y la marcha, las alteraciones cardiovasculares, alteraciones musculoesqueléticas como la osteoporosis, la patología neuropsiquiatría y la polifarmacia.
- Extrínsecos: suelos o escaleras en mal estado, barreras arquitectónicas, mala iluminación, baños de difícil acceso, calzado mal sujeto...₄

La frecuente coexistencia en los ancianos de factores que favorecen las caídas y de comorbilidad médica asociada confiere a este grupo de pacientes una especial predisposición a presentar complicaciones médicas graves relacionadas con la fractura. Las complicaciones de cadera más frecuentes son:

- Complicaciones locales: Infección de la herida, subluxación de la prótesis, movimiento del clavo/placa, necrosis de la cabeza femoral, osteomielitis.
- Complicaciones generales: Síndrome confusional agudo, neumonía, trastornos hidroelectrolíticos, trombosis venosa profunda o embolismo pulmonar, úlceras por presión e infección urinaria₅.

La mortalidad intrahospitalaria en nuestro país se sitúa entre el 4 y el 8%, alcanzando al 30% de los pacientes a los 12 meses de la fractura.

Los pacientes que sobreviven al episodio sufren un deterioro funcional importante, de forma que sólo el 40-50% recupera su situación funcional previa a la fractura y hasta un 30% puede quedar encamado de forma permanente₆.

Por tanto, la fractura de cadera en nuestros ancianos Españoles, es un importante problema de salud pública.

La estancia media hospitalaria de los fracturados de cadera durante los años 1997 al 2008, fue disminuyendo de manera progresiva. Así en el año 1997 el promedio de estancia fue de 16,05 días, mientras que en 2008 la estancia media fue de tan solo 13,34 días₁.

Las fracturas de cadera proximales, generalmente denominadas “fractura de cadera”, son la pérdida de solución de continuidad del tejido óseo del fémur a nivel de la articulación proximal y pueden dividirse en intracapsulares (que incluyen las de cabeza y cuello femorales) y extracapsulares (que incluyen las pertrocantéreas y subtrocantéreas). Las más frecuentes suelen ser las pertrocantéreas, seguidas de las intracapsulares subcapitales.

El tipo de cirugía de corrección de la fractura se seleccionará por el traumatólogo en función de las características de la fractura y del propio paciente. El pronóstico general depende más de la comorbilidad del paciente. Los

tipos de intervención más utilizados son:

- En fracturas intracapsulares: una artroplastia parcial de cadera (sustitución de la cabeza femoral).
- En las fracturas extracapsulares: osteosíntesis o fijación interna con enclavados intramedulares como el PFN (Proximal Femoral Nail),

La demora entre el ingreso hospitalario y la cirugía aumenta la estancia media, la morbilidad y mortalidad; por ende, se recomienda la intervención en las primeras 24 horas, siempre que no exista contraindicación clínica ni asistencial. Normalmente las contraindicaciones clínicas suelen ser que el paciente este en tratamiento con anticoagulantes o antiagregantes que precisaran un tiempo de espera entre su retirada y la cirugía; otra contraindicación posible es la inestabilidad por un problema crónico reagudizado o una enfermedad aguda.

Los objetivos del tratamiento Rehabilitador tras la cirugía de reducción de la fractura, consiste en devolver al paciente su situación funcional previa a la fractura. Esto, unido a la prevención y tratamiento de las complicaciones asociadas a la cirugía y a la inmovilización prolongada. Por todo ello, es frecuente la intervención de múltiples servicios en la atención de estos pacientes durante el ingreso hospitalario (Traumatología, Anestesiología, Geriátrica, Medicina Interna, Rehabilitación, servicios sociales, etc.), e incluso al alta hospitalaria (Unidades móviles de Rehabilitación, tratamiento ambulatorio de fisioterapia, Residencias, Hospitales de Día...) lo que hace de esta patología una candidata ideal para realizar un abordaje integral, coordinado y multidisciplinar.

En general, el tratamiento de fisioterapia debiera comenzarse en la misma habitación del paciente, si las condiciones generales del mismo lo permiten, en las primeras 48 horas posteriores a la intervención una vez retirados los tubos de drenaje, teniendo en cuenta que las osteosíntesis mediante fijaciones clavo-placa y la artroplastia permiten la carga sobre la articulación prácticamente a las 24 horas de la intervención quirúrgica, tras control radiológico.,

Mientras el paciente esté encamado, es necesario realizar ejercicios de contracción muscular de las piernas para favorecer el retorno venoso y minimizar el riesgo de trombosis venosa profunda. También es recomendable la fisioterapia respiratoria con incentivadores que disminuye el riesgo de infecciones respiratorias. En cuanto a la fisioterapia específica tras fractura de cadera, las distintas fases son: Mantener e incrementar la movilidad articular posible de la pierna intervenida, fortalecer la musculatura del miembro afecto insistiendo en el cuádriceps, isquiotibiales y en el glúteo medio mediante ejercicios isométricos, también ejercicios de fortalecimiento de extremidades superiores y tronco con el objetivo de potenciar la musculatura que se emplea para realizar la marcha con ayudas técnicas (andador/ bastón ingles) , iniciar sedestación y bipedestación con apoyo inicialmente en cuanto sea posible, y por último reeducación de la marcha en superficie lisa lo más pronto posible, se utilizará un andador; luego 2 bastones ingleses, después un bastón, y finalmente, se probará a prescindir del último bastón si el paciente está suficientemente seguro. En el caso de que el paciente presente en su domicilio barreras arquitectónicas y su estado funcional lo permita, también se reeducara la marcha en rampa y escaleras. Es muy importante enseñar al paciente y a sus cuidadores los ejercicios de fisioterapia y recomendaciones, ya que tras el alta hospitalaria deberá seguir realizándolas en su propio domicilio para poder alcanzar su máxima capacidad funcional.,

OBJETIVO

Descripción de variables clínico-epidemiológicas en mayores de 65 años intervenidos de fractura de cadera por caída y valorados por el Servicio de Rehabilitación del CH.Torrecardenas durante un periodo de 6 meses.

MÉTODOS

Estudio descriptivo transversal. Se incluyeron todos los pacientes mayores de 65 años con fractura de cadera tras caída en el periodo de Enero a Junio de 2013, resultando una muestra de 117 pacientes. Variables recogidas mediante Historia en Diraya: edad, sexo, tipo de fractura, lateralidad, días de ingreso hospitalario, deambulacion previa, independencia previa para actividades básica de la vida diaria (ABVD) según el Índice de Barthel, polifarmacia (toma de más de 4 fármacos), comorbilidades (definida como presencia de más de

una patología), deterioro cognitivo según escala de Pfeiffer, fisioterapia intrahospitalaria, deambulaci3n al alta y destino al alta hospitalaria. El an3lisis de datos se realiz3 con el programa estadístico SPSS v.17 para Windows .Para el estudio descriptivo de variables cuantitativas se han usado las medidas de tendencia central y de dispersi3n y para el estudio de variables cualitativas se han usado medidas de frecuencia.

RESULTADOS

De los 117 pacientes, el 70.9% eran mujeres, la edad media de 83.08 a3os, siendo el rango de edad m3s frecuente entre 67 – 98 a3os. Las fracturas m3s frecuente fueron las pertrocant3reas derechas.

Respecto a la deambulaci3n previa, el 53.0 % eran independientes, el 43.5 % precisaban ayudas t3cnicas, de estos un 30.8 % precisaban de bast3n y un 12.7 % de andador, el 2.6% ayuda de 2ª persona y un 0.9 % no deambulaban.

El 65.0 % eran independientes para ABVD, el 29.0 % eran parcialmente dependientes y el 6.0 % eran totalmente dependientes.

El 88.9 % presentaban comorbilidades, un 30.8 % deterioro cognitivo y un 74.4 % tomaban m3s de 4 f3rmacos.

La estancia media de ingreso fue de 11 d3as con una desviaci3n est3andar de +/- de 5 d3as.

Durante el ingreso hospitalario el porcentaje de fallecimientos fue de un 2.5 % (3 pacientes). Todos los pacientes, excepto uno de ellos, debido a su mal estado general, realizaron tratamiento de fisioterapia durante su estancia hospitalaria.

Al alta hospitalaria, un 41.9 % realizaban marcha con andador y ayuda de 2ª persona, un 40.2 % marcha con andador y un 14.5 % no deambulaban.

Los destinos al alta hospitalaria fueron: un 42.7 % derivados a la Unidad M3vil de Rehabilitaci3n, que en ocasiones fue por tener barreras arquitect3nicas y en la gran mayor3a para continuar fisioterapia con el objetivo de adaptar su nueva situaci3n funcional a sus ABVD dentro de su domicilio, un 9.4 % continuaron tratamiento de fisioterapia de forma ambulatoria, otro 13.7 % continuaron con fisioterapia en su residencia donde estaban institucionalizados, un 11.1 % derivados a su Hospital de Referencia, en nuestra muestra estos pacientes pertenec3an al Hospital de Toyo, un 12 % de pacientes fue alta definitiva por parte del Servicio de Rehabilitaci3n y un 8.5% precisaron solo de revisiones/seguimiento en la consulta Rehabilitaci3n Traumatol3gica.

DISCUSI3N

La clave del 3xito de un programa de Rehabilitaci3n en un paciente geri3trico debe ser una prescripci3n basada en el an3lisis cuidadoso de la situaci3n funcional del paciente en situaci3n basal, previa al trauma, ya que este punto nos va a marcar el objetivo terap3utico a conseguir. As3 como las limitaciones funcionales actuales del paciente y en realizarle propuestas de objetivos realistas. Por ello, la importancia de conocer la colaboraci3n por parte del paciente y cuidadores, as3 como si padece deterioro cognitivo. No obstante, no debe definirse s3lo como un programa de mejora de sus funciones que le permita reincorporarse a su vida cotidiana con la mayor independencia posible, sino, en ocasiones con una prevenci3n de mayor discapacidad.

CONCLUSIONES

Entre las caracter3sticas cl3nicas de nuestra muestra, el perfil de paciente es, mujer, en su octava d3cada de la vida, pluripatol3gica y polimedicada y que previamente era independiente para ABVD y para la deambulaci3n.

Al alta hospitalaria la mayor3a deambulaban con andador y/o ayuda de 2ª persona. Por lo que la gran mayor3a continuaron tratamiento fisioter3pico tras el alta, s3lo el 12.0 % fueron altas definitivas por parte del Servicio de Rehabilitaci3n.

En los pacientes geri3tricos tras fractura de cadera, la Rehabilitaci3n debe de tener en cuenta una serie de requisitos como: una valoraci3n previa de las limitaciones f3sicas- ps3quicas- sociales que presente el paciente, plantear unos objetivos realistas y con implicaci3n del paciente y de sus cuidadores, con programas de tratamiento basados en la recuperaci3n de ABVD.

Es importante continuar investigando acerca de la epidemiología de este grupo poblacional, ya que al ser un grupo numeroso por el envejecimiento de nuestra actual sociedad, nos sirve para posteriormente planear programas de tratamiento y de atención, disminuir gastos y mejorar la calidad de vida de nuestros mayores.

BIBLIOGRAFÍA

1. Instituto de Información Sanitaria. Estadísticas comentadas: La Atención a la Fractura de Cadera en los Hospitales del SNS [Publicación en Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2010. Disponible en: <https://estadEstudios/estadisticas/cmbdhome.htm>
2. Herrera A, Martínez AA, Ferrándiz L, Gil E, Moreno A. Epidemiología of osteoporosis hip Fractures in Spain. In *Orthop* 2005; 18:1-4.
3. Grupo de Estudio de la Osteoporosis. Estudio AFOE. Madrid: Medical Marketing Communication; 2003.
4. Manual SERMEF de Rehabilitación y Medicina Física. Sociedad Española de Rehabilitación y Medicina Física. Autores: Sánchez y colaboradores. Capítulo 74, 828-829.
5. Geriátría en Atención primaria (4ª Edición).Editores: José Manuel Rivera Casado, Alfonso J.Cruz-Jentoft. Capítulo 23: Fractura de cadera. 255- 261
6. Alegre-López J, Cordero-Guevara J, Alonso-Valdivieso JL, Fernandez-Melon J. Factors associated with mortality and functional disability after hip fracture: an inception cohort study. *Osteoporosis Int.* 2005; 16:729-3.
7. Prevention and management of hip fracture in older people. A national clinical guideline. Scottish Intercollegiate guidelines network 2002.<http://www.sign.ac.uk/guidelines/fulltext/56/index.htm>.Enero 2005.
8. Guía de buena práctica clínica en Geriátría. Anciano afecto de fractura de cadera. ELSEVIER 2007. Recuperación funcional y continuidad de los cuidados en la fractura de cadera.

PERFIL DEL PACIENTE INMOVILIZADO DE UNA ZONA RURAL

A. Parrado García ⁽¹⁾, M.C. Recio Campos ⁽²⁾, Á. Del Pino Ibañez ⁽³⁾, D. Ortega Castaño ⁽⁴⁾.

⁽¹⁾ Hospital de Antequera, Antequera; ⁽²⁾ Hospital de la Merced, Osuna; ⁽³⁾ Teba/ZBS Campillos; ⁽⁴⁾ Teba ZBS Campillos.

INTRODUCCIÓN

La dependencia se está convirtiendo en un problema sanitario importante de nuestra sociedad. Se caracteriza por afectar seriamente a la habilidad de una persona para llevar a cabo sus actividades diarias. Las principales causas son las patologías crónicas, invalidantes y de larga evolución.

Un fenómeno notable en los países desarrollados es el envejecimiento de la población. Vivimos más años y en mejor estado de salud es mayor el número de personas con edades en las se acumulan las enfermedades crónicas con la consiguiente dependencia, aunque también se va alargando el tiempo que vivimos sin discapacidad (la esperanza de vida sin discapacidad, según los últimos datos de 2010, es de 64,3 años, situándonos entre los primeros de Europa). Nos enfrentamos como hemos comentado el fenómeno llamado 'envejecimiento del envejecimiento' mayor número de mayores de 80 años, con el consiguiente aumento de personas discapacitadas que van a necesitar cuidados de larga duración.

La dependencia es causa de preocupación, de sufrimiento y de baja calidad de vida en las personas mayores. Su prevalencia aumenta con la edad, pero es la enfermedad, y no la edad, la principal causa de dependencia. La dependencia es el resultado de la combinación de cambios fisiológicos relacionados con la edad, las enfermedades crónicas y los procesos agudos o intercurrentes, todo ello, además, influido por el entorno psicosocial y ambiental. Entre las enfermedades crónicas destacan las osteoarticulares (artrosis y artritis), las cardiovasculares asociadas a hipertensión y dislipemias (con las secuelas de los procesos agudos relacionados como el infarto de miocardio y el ictus), la diabetes, los problemas de visión y, con importancia creciente, las enfermedades mentales degenerativas. La dependencia puede entenderse, por tanto, como el resultado de un proceso que se inicia con la aparición de un déficit en el funcionamiento corporal como consecuencia de una enfermedad o accidente. Este déficit comporta una limitación en la actividad. Cuando esta limitación no puede compensarse mediante la adaptación del entorno, provoca una restricción en la participación que se concreta en la dependencia de la ayuda de otras personas para realizar las actividades de la vida cotidiana. Aquí cabe señalar que dentro de estos pacientes dependientes se encuentran los pacientes inmovilizados. Definidos en la Cartera de Servicios de Atención Primaria de Salud dirigida a personas que se ven obligadas a pasar la mayor parte de su tiempo en la cama y que sólo pueden abandonarla con la ayuda de otras personas, además de personas con una dificultad importante para desplazarse, que les impide salir de su domicilio, salvo casos excepcionales. De esta forma los pacientes inmovilizados son personas afectadas por procesos crónicos invalidantes (patologías osteoarticulares, vasculares, obstrucción crónica del flujo aéreo, pacientes neurológicos, estado cognitivo alterado permanentemente...) con graves dificultades para el autocuidado, muy dependientes, y que necesitan suplencias para las actividades de cuidado personal, actividades instrumentales, manejo y control de los síntomas, del régimen terapéutico, etc.

Estos pacientes dependientes como hemos señalado pueden necesitar ayuda o suplencia en las Actividades básicas de la vida diaria (ABVD) y Actividades Instrumentales de la Vida diaria (AIVD). Se definen las ABVD: Son las actividades imprescindibles para poder subsistir de forma independiente. Entre ellas se incluyen las actividades de autocuidado (asearse, vestirse y desnudarse, poder ir solo al servicio, poder quedarse solo durante la noche, comer...) y de funcionamiento básico físico (desplazarse dentro del hogar) y mental (reconocer personas y objetos, orientarse, entender y ejecutar instrucciones y/o tareas sencillas).

Más aún, según los datos de la última Encuesta sobre Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia (EDAD) en 2008, el 8,5 % de la población española (3.847.854 personas) declara algún tipo de discapacidad o limitación para actividades de la vida diaria y viven en un hogar familiar. De ellas, un 56% (2.148.548 personas) son dependientes, entendiéndose como tales a aquellas personas que necesitan la ayuda de otras para realizar alguna de estas actividades. En el caso de nuestro país, según un estudio elaborado a partir de los datos de la Encuesta Nacional de Salud (ENS) correspondientes a 2001, el 36,2% de los españoles mayores de 65 años necesita de la ayuda de otras personas para realizar alguna de

las actividades mencionadas con anterioridad. Asimismo, respecto a la intensidad de la falta de autonomía padecida en cada caso, se observa que un 19,2% de las personas mayores dependientes únicamente necesitan ayuda para realizar actividades de carácter instrumental, siendo totalmente autónomas en la realización de actividades relacionadas con el cuidado personal. Por su parte, aquellos individuos con problemas de falta de autonomía para realizar actividades tanto instrumentales como básicas, que lógicamente constituyen el colectivo con mayores necesidades de atención, representan cerca del 17% del total de mayores de 65 años que hay actualmente en España.

Interesa resaltar que de las diferentes discapacidades tienen gran relevancia las que afectan a las ABVD, que están relacionadas con la dependencia. El número de personas con estas limitaciones alcanza los 2,8 millones y supone el 6,7% de la población. La mitad de ellas no puede realizar la actividad si no recibe algún tipo de ayudas; el 81,7% de las mismas las recibe, lo que les permite rebajar sensiblemente la severidad de sus limitaciones y reducir el porcentaje de las que tienen un grado total de discapacidad en las ABVD. Más de dos millones de personas con discapacidad reciben cuidados personales o supervisión. Estas tareas son prestadas por personas de su entorno o contratadas para tal fin.

La “Encuesta de condiciones de vida de los mayores” 2004, ponen de manifiesto varios elementos. En primer lugar, como de hecho ocurre en todos los países de nuestro entorno, la inmensa mayoría de personas mayores dependientes (casi el 90%) sigue viviendo en la comunidad. En segundo lugar, y directamente relacionado con lo anterior, el apoyo informal constituye la fuente de ayuda utilizada por un mayor número de personas; de hecho, aunque un 11% de los ancianos recibe tales cuidados informales en combinación con otras fuentes de ayuda de carácter formal, lo más llamativo es que casi un 75% de las personas mayores dependientes satisface sus necesidades de atención a través del apoyo informal exclusivamente. En tercer lugar, la utilización de servicios formales, sean éstos de carácter comunitario o residencial, viene marcada por un claro predominio de aquellas alternativas en las no existe financiación pública de ningún tipo: así, en el caso de la atención domiciliaria, el 67% de quienes utilizan este tipo de asistencia recurre a proveedores cuya remuneración es íntegramente asumida por el usuario.

Todo ello hace de la dependencia una carga que es a la vez social y familiar, y al mismo tiempo abre un nuevo campo de intervención social que pone a prueba la capacidad de la sociedad y de sus instituciones para adaptarse a las nuevas realidades de fragilidad social. Las personas dependientes requieren una intervención continuada, aunque no necesariamente permanente, basada en el apoyo y los cuidados. La atención de la dependencia se enmarca, por tanto, en el ámbito de los servicios sociales. Existe una clarísima interrelación entre la salud y las situaciones de dependencia. En concreto, se tiene constancia de la eficacia de las intervenciones sanitarias en edades medianas de la vida para prevenir la aparición de la dependencia en las edades más avanzadas, y se ha demostrado, asimismo, que la mejora de los hábitos de vida de la población contribuye significativamente a mejorar la esperanza de vida sin discapacidad. Esto confiere a las intervenciones sanitarias un importante papel, al atrasar la aparición de la dependencia. La demanda de cuidados para personas dependientes se ha venido incrementando de forma notable en los últimos años y va a seguir aumentando a un fuerte ritmo durante las próximas décadas, como consecuencia de la combinación de factores de carácter demográfico, médico y social, entre los que podemos citar el envejecimiento de la población, las mayores tasas de supervivencia de las personas afectadas por alteraciones congénitas, enfermedades y accidentes graves, y la creciente incidencia de los accidentes laborales y de tráfico. De tal forma que la principal característica de nuestro actual modelo de atención a la dependencia sigue siendo, por tanto, el papel central desempeñado por las familias.

OBJETIVOS

Objetivo principal

1. Identificar las características principales de los pacientes incluidos en el programa de inmovilizados en Atención Primaria.

Objetivo secundarios

2. Conocer la dependencia (medida por el Índice de Barthel) su nivel de deterioro cognitivo (medido por el Test de Peiffer) y el riesgo de úlceras por presión (medida por el Norton) de los pacientes inmovilizados de una zona rural.

METODOLOGÍA

Diseño del estudio es observacional descriptivo de corte transversal sobre los Pacientes Inmovilizados de una zona rural.

El ámbito de estudio es el Área de Gestión Sanitaria de Norte de Málaga. En concreto el Consultorio local de la localidad de Teba perteneciente a la Zona Básica de Campillos, Málaga. Cabe mencionar que se trata de un área rural con amplia dispersión geográfica, donde se mantiene costumbres propias de la zona.

La población objeto de este estudio corresponde a los pacientes incluidos en el Programa de Inmovilizados de la Cartera de Servicios de Atención Primaria.

Tras la aleatorización de la muestra del listado de paciente incluidos en Programa de Inmovilizados se procedió a la recogida de información ya descrita en el proyecto de investigación de las hojas de datos sociodemográficos de la cuidadora y del paciente, junto con las variables principales del estudio. La muestra global del estudio está constituida por 72 pacientes inmovilizados.

Las variables del Paciente Inmovilizado se dividen en dos bloques, variables sociodemográficas y mediciones para el nivel de dependencia, deterioro cognitivo y el riesgo de Ulceras por Presión. Como variables sociodemográficas del paciente inmovilizado se han recogido: edad, sexo, estado civil, nivel de estudios. Para características clínicas: patologías diagnosticadas. Como mediciones para el nivel de dependencia el Índice de Barthel, para el nivel de deterioro cognitivo el Test de Peiffer y para la valoración del riesgo del riesgo de úlceras por presión la escala de Norton.

Para la realización del estudio y utilizar los recursos materiales e informáticos (historia de salud y configuración de historia de Diraya) se solicitó permiso al Área de Gestión Sanitaria Norte de Málaga, siendo concedido. Asimismo, el protocolo de investigación fue visado por el Comité de Ética de la Investigación (CEI) Nordeste de Málaga. Tras las dos autorizaciones del Área de Gestión Sanitaria Norte de Málaga y el CEI Nordeste de Málaga se procedió a la recogida de datos.

La recogida de datos se realizaba desplazándose al domicilio del paciente. Una vez en el domicilio se entregaba la hoja informativa y consentimiento informado. Después, tras aclaración de dudas, preguntas de la cuidadora y/o paciente se recogía la firma del Consentimiento Informado del paciente, en el caso que el paciente no pudiera firmar lo hacía su representante legal. Cabe señalar que los test se identificaron mediante un código y solo la investigadora principal podrá relacionar dichos datos con la persona participante, a ello se añade que serán tratados según Ley orgánica 15/1999, de 13 de diciembre.

RESULTADOS

Según quedo recogido en la investigación en relación a las variables sociodemográficas de los Pacientes Inmovilizados entrevistados, destacar que existen un predominio del sexo femenino (83,3 %) con una media de 82,71 años y una desviación típica de 9,468. Respecto al estado civil destaca que están viudos (62,5 %), seguidos de los casados en 29,2 %. En relación al nivel de estudios hay un predominio de los que tienen estudios básicos 54,2 %, seguido de sin estudios 44,4 % respecto a los que tienen estudios primarios 1,4 % y ninguno tiene estudios secundarios ni superiores.

Como características clínicas del paciente inmovilizado podemos apreciar que el 100 % de los pacientes tienen patologías diagnosticadas. Estas patologías diagnosticadas suponen expresadas en porcentaje descendente: enfermedades del Sistema Osteomuscular y tejido conectivo un 81,9; enfermedades del Sistema Circulatorio un 79,2; enfermedades del Aparato Genitourinario 65,3; enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas un 62,5; enfermedades del Sistema Nervioso 55,6; enfermedades del Oído 27,8; enfermedades Aparato Digestivo un 23,6; Trastornos mentales y del comportamiento 20,8; enfermedades Sistema Respiratorio 19,4; enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y otros trastornos que afectan al mecanismo de la inmunidad 13,9; Neoplasias 11,1 y enfermedades de la piel y el tejido subcutáneo un 8,3.

A continuación expondremos los resultados de los instrumentos de medida utilizados para valorar el grado de dependencia, funcionamiento intelectual y el riesgo de Ulceras por Presión (UPP) de los pacientes inmovilizados de la muestra.

Según los datos reflejados el nivel de dependencia de los pacientes inmovilizados con un grado de dependencia total es del 29,2%, dependencia severa (55,6%), en menor medida dependencia moderada (15,3%), no encontrándose ningún paciente en dependencia leve ni en independencia.

Los niveles de deterioro cognitivo medidos por el Índice de Peiffer nos indican que un 29,2 % de los pacientes tienen un déficit intelectual severo, junto con nivel de funcionamiento intelectual deficitario del 41,7 % y solo el 29,2 % su funcionamiento intelectual es normal.

Por otro lado los resultados muestran tras la valoración de la escala de Norton, que un 27,8 % se encuentran en riesgo alto de tener Ulceras por Presión seguido de un 19,4 % con riesgo evidente y un 52,8 % con riesgo mínimo.

CONCLUSIONES

El perfil del paciente inmovilizado de nuestro estudio corresponde a mujer, octogenaria de bajo nivel educativo que presenta pluripatología con deterioro cognitivo y riesgo de padecer úlceras por presión lo que conlleva a un nivel de elevado dependencia.

En referencia al patrón de enfermedad presente en los pacientes dependientes del estudio esta relacionado con la presencia de enfermedades crónicas, asociado a niveles de dependencia para las actividades de la vida diaria elevados y niveles de funcionamiento cognitivo muy deteriorados que causan gran necesidad de cuidados complejos y de larga duración. Es decir, a medida que aumenta la discapacidad del paciente, aumenta la carga de trabajo para el cuidador produciéndole por tanto un desgaste físico.

Teniendo en consideración lo expuesto se sugiere la necesidad que se siga fomentando la atención al cuidador como centro de asistencia cada vez más importante, situándolo como cliente para los profesionales sanitarios y no sólo como un recurso para el cuidado de la persona dependiente. Así como, continuar con los programas de mejora en la atención al cuidador con aumento de su atención sociosanitaria y domiciliaria. Esto implicaría la actualización y renovación de protocolos de actuación domiciliaria para el paciente inmovilizado y su cuidador.

En resumen, los datos sugieren la necesidad de promover actuaciones multidisciplinares encaminadas a apoyar a los cuidadores dada el gran nivel de dependencia y de necesidad de cuidados que presentan los Pacientes Inmovilizados de una zona rural. Dichas actuaciones serían recomendables tanto de forma preventiva como de soporte, máxime cuando las revisiones realizadas sobre el tema muestran el beneficio potencial de las mismas.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) Imsero. Las personas mayores en España: Informe 2006.
- (2) Cotta RMM, Suárez-Varela MM, González AL, Cotta Filho JS, Real ER, Ricós JAD. La hospitalización domiciliaria: antecedentes, situación actual y perspectivas. Rev Panam Salud Pública 2001; 10(1):45-55.
- (3) González-Valentín A, Gálvez-Romero C. Características sociodemográficas, de salud y utilización de recursos sanitarios de cuidadores de ancianos atendidos en domicilio. Gerokomos 2009; 20(1):15-21.
- (4) Casado Marín D, I Casanovas L. G. (2001) Vejez, dependencia y cuidados de larga duración. Situación actual y perspectivas de futuro. Colección Estudios Sociales; 6.
- (5) Santos M, Javier F, Asencio M, Miguel J. Estrategias de mejora de la atención domiciliaria en Andalucía. Servicio Andaluz de Salud. Junta de Andalucía 2003.
- (6) Fernández Cordón JA, Tobío C. Andalucía. Dependencia y solidaridad en las redes familiares. 2007.
- (7) López Gil MJ, Orueta Sánchez R, Gómez-Caro S, Sánchez Oropesa A, Carmona de la Morena, Javier, Alonso Moreno FJ. El rol de cuidador de personas dependientes y sus repercusiones sobre su calidad de vida y su salud. Revista Clínica de Medicina de Familia 2009; 2(7):332-339.
- (8) Pérez Perdomo M, Llibre Rodríguez, Juan de Jesús. Características sociodemográficas y nivel de sobrecarga de cuidadores de ancianos con Enfermedad de Alzheimer. Revista Cubana de Enfermería 2010; 26(3):110-122.
- (9) Álvarez M, Castiello MS, Rodríguez PR. Cuidados a las personas mayores en los hogares españoles: El entorno familiar: Imsero; 2005.
- (10) Rogero García J. Los tiempos del cuidado. El impacto de la dependencia de los mayores en la vida cotidiana de sus cuidadores. Colección: Estudios 2010.
- (11) de Salud SA. Plan estratégico. Cartera de servicios de Atención Primaria 2000; 2.

- (12) Jiménez-Martín S. Aspectos económicos de la dependencia y el cuidado informal en España. : Universitat Pompeu Fabra; 2008.
- (13) Rodríguez Castedo A. Atención a las personas en situación de dependencia en España: Libro blanco. Atención a las personas en situación de dependencia en España: Libro blanco 2004.
- (14) Encuesta de Discapacidad. Autonomía personal y situaciones de Dependencia (EDAD) 2008.
- (15) Oliva J, Vilaplana C, Osuna R. El valor social de los cuidados informales provistos a personas mayores en situación de dependencia en España. Gaceta Sanitaria 2011; 25:108-114.
- (16) Jiménez Buñuales MT, González Diego P, Martín Moreno JM. La Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF) 2001. 2002; 76(4).
- (17) De España, Juan Carlos I Rey. Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia. (Boe, 15-12. 2006.
- (18) Do Muño Joga M, Fernández F, González Rodríguez C, Iglesias Cerqueiro RM. Sobrecarga del cuidador principal de pacientes inmovilizados en atención primaria. Cuadernos Atención Primaria 2010; 17:10-14.
- (19) Segura Domínguez N, Gómez Caballo R, López Quintana R, Gil Paredes E, Saiz Cantero C, Cordero Guevara J. El anciano dependiente y el desgaste físico y psíquico de su cuidador. Revista Española de Geriátrica y Gerontología 2006; 41:15-20.
- (20) Cid-Ruzafa J, Damián-Moreno J. Valoración de la discapacidad física: el Índice de Barthel. Revista Española de Salud Pública 1997; 71(2):127-137.
- (21) Solís CLB, Arrioja SG, Manzano AO. Índice de Barthel (IB): Un instrumento esencial para la evaluación funcional y la rehabilitación. Plasticidad y Restauración neurológica 2005; 4(1-2):81-85.
- (22) Villarejo A, Puertas-Martín V. Utilidad de los test breves en el cribado de demencia. Neurología 2011; 26(7):425-433.
- (23) de la Iglesia, J Martínez, Herrero RD, Vilches MO, Taberné CA, Colomer CA, Luque RL. Adaptación y validación al castellano del cuestionario de Pfeiffer (SPMSQ) para detectar la existencia de deterioro cognitivo en personas mayores de 65 años. Med Clin 2001; 117(4):129-134.
- (24) García Fernández FP, Pancorbo Hidalgo PL, Soldevilla Ágredda JJ, Blasco García C. Escalas de valoración del riesgo de desarrollar úlceras por presión. Gerokomos 2008; 19(3):136-144.
- (25) Pancorbo-Hidalgo PL, García-Fernández FP, Soldevilla-Agredda JJ, Martínez-Cuervo F. Valoración del riesgo de desarrollar úlceras por presión: uso clínico en España y metaanálisis de la efectividad de las escalas. Gerokomos 2008; 19(2):40-54.
- (26) Amaro Chelala JR, González Revuelta ME. El consentimiento informado en la realización de ensayos clínicos. Revista Cubana de Medicina Militar 1998; 27(1):54-61.
- (27) Orgánica L. Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal. BOE de 1999; 14.
- (28) Laporte J, Vallvé C. Principios básicos de investigación clínica. AstraZeneca Barcelona; 2001.
- (29) García Ortega C, Cózar Murillo V, Almenara Barrios J. La autonomía del paciente y los derechos en materia de información y documentación clínica en el contexto de la Ley 41/2002. Revista española de salud pública 2004; 78(4):469-479.
- (30) Mundial AM. Declaración de Helsinki. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. Ferney-Voltaire, Francia: AMM; 2004. Acceso 2009:26-25.
- (31) Food U. Drug Administration (FDA). Normas de buenas prácticas clínicas (BPC). Conferencia Internacional de Armonización sobre requerimientos técnicos para el registro de productos farmacéuticos para uso en humanos. Guía tripartita armonizada de la Conferencia Internacional de armonización lineamientos para la buena práctica clínica. Washington, DC. 1996.
- (32) Mencera J, Berrobianco E, Sacristán E, Fernández C, Rojo J, Paniagua F. Utilización de los servicios programados de enfermería por pacientes inmovilizados en un Centro de Salud. Medicina de Familia (And) 2003; 3:162-166.

INMOVILIDAD: “UN PROBLEMA DE TODOS”

A. Rubio Hernandez ⁽¹⁾, P. Cuevas Morales ⁽¹⁾, C.M. Arcos Garcia ⁽²⁾.

⁽¹⁾ *El Zapillo*; ⁽²⁾ *Virgen La Esperanza*.

INTRODUCCIÓN

La inmovilidad puede definirse como la disminución de la capacidad para desempeñar actividades de la vida diaria por deterioro de las funciones motoras. El inmovilismo produce una pérdida de la autonomía y de la calidad de vida del anciano, y repercute también en la familia¹

La capacidad de movilización es un indicador del nivel de salud del anciano y de su calidad de vida, ya que determina el grado de independencia. La mayoría de los ancianos mantienen una vida activa normal hasta los 75 años, hasta entonces sólo un 3% ingresa en una residencia asistida y un 10% precisa ayuda¹

El anciano inmovilizado es un paciente de alto riesgo para la aparición de complicaciones médicas, dependiente de las actividades básicas de la vida diaria y candidato a la institucionalización²

La inmovilidad resulta en un proceso de degeneración que afecta casi todos los órganos y sistemas como resultado de la disminución o alteración de las fuerzas de gravedad y de la reducción de la función motora. Además de los cambios fisiológicos por la inmovilidad debemos considerar los cambios que se presentan asociados al proceso de envejecimiento y la honorabilidad de los ancianos³

Las repercusiones se dan de forma temprana a la inmovilidad; la masa muscular y en consecuencia la musculatura esqueléticas son las más evidentes y pronunciadas, aparecen fuerza muscular disminuyen con la inmovilidad asociándose a una disminución de la capacidad aeróbica (captación máxima de O₂ (VO₂max); siendo esto resultado de la disminución del uso periférico de O₂ por la disminución de masa y fuerza muscular y de la capacidad para responder al ejercicio³

La formación ósea se encuentra directamente establecida por las fuerzas aplicadas o el estrés al que se encuentra sometido el hueso por lo que durante la inmovilidad existe pérdida de masa ósea; las vertebras son más susceptibles a la depleción de calcio por inmovilidad, se ha observado que de después periodos de inmovilidad existe una desorganización de la infraestructura del hueso^{4,5}

Existe incremento en el recambio de colágeno durante la inmovilidad, y el colágeno nuevo muestra desorganización de sus fibras; así como disminución del contenido de agua por lo que las fuerzas de tensión del tejido después de la inmovilidad disminuyen y existe debilidad de la estructura de soporte de las articulaciones.

Inicialmente con la inmovilidad se presenta incremento en el retorno venoso con repercusión en contractilidad cardiaca, y disminución en frecuencia cardiaca; horas después se presenta redistribución de líquido que condiciona reducción de líquido plasmático y extracelular. Los cambios que se presentan en la sensibilidad de los baroreceptores y la disminución de la respuesta del sistema nervioso simpático incrementan el riesgo de síncope, hipotensión postural y de trombosis venosa profunda.

Hay calcificación costochondral lo que acompañado de la disminución de fuerza muscular, disminuye la expansión de la caja torácica, en consecuencia se modifican los volúmenes respiratorios, disminuye capacidad vital e incrementa el volumen residual. El movimiento mucociliar disminuye lo que facilita la acumulación de secreciones y el riesgo de atelectasias

Este problema se incrementa debido a varios factores entre estos se encuentra la dificultad que acompaña la inmovilidad en implementar las estrategias habituales que evitan la incontinencia, los cambios ambientales asociados a la inmovilidad (cama con barandales, sujeciones, etc.) así como la utilización de psicofármacos; la presencia de delirium asociada a comorbilidad o a la propia inmovilización, la retención urinaria, la aparición de infecciones constituye otro factor que contribuye a la presencia de incontinencia urinaria

Los cambios en la piel asociados al envejecimiento, condicionan mayor susceptibilidad a desarrollar problemas como necrosis cutánea; la presión continua que se ejerce sobre la piel mayor al riesgo capilar de 32 mmHg por más de 2 horas favorece el desarrollo de úlceras por presión en los pacientes que se encuentran en inmovilidad. Asociado a la inmovilidad se encuentra mayor riesgo de humedad, cizallamiento, fricción, problemas de desnutrición, hipoxemia lo que hace mas susceptible al anciano a desarrollar úlceras por presión.

OBJETIVO

Conocer las causas de inmovilidad en pacientes ancianos institucionalizados.

METODOLOGÍA

Revisión bibliográfica en las bases de datos Cuiden, Cochrane, Scielo, BVSPA, lilacS sobre estudios acerca del síndrome de inmovilidad en pacientes geriátricos en el medio institucionalizado.

- **Criterios de inclusión:** Relación directa enfermera-paciente, derechos del paciente, ética, aumento de la satisfacción.
- **Criterios de exclusión:** Estudios anteriores al 2008

RESULTADOS

Fractura de cadera en un anciano puede resolverse sin complicaciones, sin embargo en un anciano puede ser el inicio de complicaciones si presenta deterioro cognitivo, enfermedades crónico degenerativas, se agrega infecciones, delirium, recuperación al nivel previo antes de la fractura disminuirá. La fractura de cadera en un anciano puede ser la punta de iceberg de una serie de problemas no identificados hasta ese momento^{4,5,6}

Por tal motivo la importancia de realizar un valoración geriátrica integral, la valoración del estado mental, funcional, nutricional, marcha y equilibrio, estado de ánimo debe anotarse en el expediente, y es fundamental informar al paciente y familiares, ya que ellos solo identifican la caída y desconocen que los problemas del estado mental, nutricional y los previamente mencionados intervienen en la recuperación del anciano.

Insuficiencia cardiaca al inicio solo puede presentar discapacidad por disnea de grandes esfuerzos manifestándose en las actividades de la vida diaria, con el tiempo la insuficiencia cardiaca evoluciona a disnea de reposo es en este caso las complicaciones de inmovilidad, por lo que se deberán implementar medidas de ahorro de energía, prevenir tromboembolia, y otras.

El ahorro energético integral se caracteriza en organización y simplificación de las AVD, el aseo personal requiere organización y ayuda para baño, ropa fácil de poner y quitar, fraccionar las comidas, considerar siempre que el entorno facilita su desplazamiento.

Dolor agudo secundario a herpes, cefaleas, compresión lumbar, cervical al no recibir un tratamiento adecuado, evolucionara a un dolor crónico, los dos tipos de dolor son de diferente abordaje medico y psicológico. En un anciano con demencia y dolor crónico puede llevar a inmovilidad y la manifestación puede ser solamente cambio de conducta como agresividad, rechazo a la alimentación, movilización, el cuidador primario sensible, interesado es fundamental para identificar los motivos que lo llevo a la inmovilidad.

Enfermedad de Parkinson lleva al anciano a inmovilidad en las fases finales; si se inicia un abordaje integral desde el punto de vista médico y de rehabilitación, la intervención en las diferentes etapas, se podra mejorar movimiento, función respiratoria, estado de ánimo, alimentación en las fases avanzadas.

Accidente vascular cerebral las complicaciones dependerán del sitio de trombosis o hemorragia cerebral, las complicaciones agudas de inmovilidad pueden llevar a la muerte del anciano. Las fase aguda las posturas anormales en periodos prolongados aumenta el riesgo de complicaciones, problemas en la alimentación, hidratación; deben recibir tratamiento al iniciar apoyo con sonda en forma transitoria, en caso de presentar

problemas en la deglución, para evitar complicaciones.

Síndrome poscaída es el miedo, ansiedad, a volverse a caer, con repercusión a pérdida de confianza para realizar actividades de la vida diaria y instrumentales, se requiere una valoración integral, para descartar causas físicas, psicológicas, el abordaje se realiza dependiendo de la causa. El apoyo psicológico ante la inmovilidad autoprotectora del síndrome poscaída es parte fundamental para el éxito del tratamiento.

CONCLUSIONES

- La inmovilidad producida por la presencia de enfermedades crónicas es muy frecuente en nuestra población⁷
- El síndrome de inmovilidad es más frecuente en las personas de 75 años y más.
- Las enfermedades más frecuentes que lo producen son las neurológicas, las reumatológicas, las psicológicas y sociales y la neoplasias en estado terminal.
- Es importante la prevención, el diagnóstico temprano de estas enfermedades así como la rehabilitación oportuna para evitar este estado que constituye uno de los grandes síndromes geriátricos

El abordaje de la inmovilidad debe ser proactivo, y no reactivo; un equipo que solo reacciona a los problemas que va presentando el anciano es muy diferente al equipo que informa al paciente y los familiares las complicaciones que pueden presentarse con la inmovilidad largo plazo. Esta perspectiva evita que los profesionales tengan una visión nihilista sobre las fases de la inmovilidad. En cualquier fase de inmovilidad es importante, y da soluciones para que estos no se presenten, o se retrasen el mayor tiempo posible⁷ Equipo interdisciplinario la necesidad del trabajo en equipo, requiere coordinación, organización, jerarquizar los problemas, debido a la complejidad de la inmovilidad.

Es un campo abierto para futuras líneas de investigación ya que hay muy poco publicado y tan importante y necesario en nuestro día a día.

BIBLIOGRAFIA

1. Álvarez Sintés Roberto. Medicina General Integral. Editorial Ciencias Médicas. Segunda edición. Volumen II. Parte XIV. Capítulo 67.
- 2.- Rafael González Guzmán, Juan Manuel E. Castro Albarrán. Promoción de la Salud en el ciclo de vida. Mc. Graw.Hill. Marzo 2011.
- 3.- Pilar Durante Molina. Pilar Pedro Tarrés. Terapia ocupacional en Geriatria. Elsevier. Masson. Tercera edición 2010.
- 4.- Maria Stokes. Rehabilitación Neurológica. Ediciones Harcourt. 2000 Edición en Español.
5. - L. Anderson, N. Cutter. Immobility En: Hazzard. Principles of Geriatric Medicine and Gerontology. . 4a edición. 1565-1575.
6. - G. Millán, P. Morales. Síndrome de inmovilidad. En: Trujillo Z. Latinoamerica Envejece. Visión gerontológica/ geriátrica. 2007. 279- 282.
7. - Creditor MC. Peligros de la Hospitalización de Personas de Edad Avanzada. Ann. Intern Med. 1993; 1:76-81.

ATENCIÓN URGENTE DE CAÍDAS EN EL PACIENTE ANCIANO: PRIORIZAR, TRATAR Y ESTABLECER COBERTURA AL ALTA.

M.C. Moreno López, M.A. Esteban Moreno, M.I. Poveda García, M.F. García López, M.C. Lozano Mengibar.

Hospital Torrecárdenas, Almería

RIESGO DE CAIDAS EN EL ANCIANO

Las caídas en el paciente anciano constituyen una de las principales causas de lesiones, incapacidad y limitación de la actividad diaria habitual e incluso de muerte, en este grupo poblacional. El riesgo de caídas es además uno de los factores a tener en cuenta para la identificación del “mayor frágil”. Constituye sin duda uno de los grandes síndromes geriátricos, de ahí la importancia de realizar un abordaje integral del mismo y enfatizar en la prevención primaria. Realizando un abordaje multifactorial identificando tanto factores intrínsecos como extrínsecos que puedan constituir un riesgo potencial de caídas.

La identificación de estos factores de riesgo es uno de los retos del personal sanitario que trabaja día a día con el paciente anciano. Estos factores pueden depender directamente del propio paciente y de la patología asociada que tenga, factores intrínsecos o de la actividad y las condiciones del entorno que lo rodea, factores extrínsecos.

Dentro de los factores intrínsecos se encuentran aquellos que impiden de una forma u otra un adecuado control postural. Éste va a depender de la integración de la información que obtenemos tanto del sistema visual, como somatosensorial y vestibular y de la ejecución del sistema motor. Cualquier circunstancia que influya en alguno de estos factores va a aumentar el riesgo de caídas. Destacamos:

- Factores que dependen de cambios fisiológicos propios del anciano: pérdida de agudeza visual y capacidad de acomodación, alteraciones del sistema vestibular, angioesclerosis del oído, disminución de la sensibilidad propioceptiva, disminución de reflejos, degeneración ósea, atrofia muscular y partes blandas.
- Patologías cuyas manifestaciones y fisiopatología van a aumentar el riesgo de caídas: patología cardiovascular (síncope, arritmias, cardiopatía isquémica, valvulopatías, hipotensión ortoestática, insuficiencia cardíaca), patología neurológica (deterioro cognitivo, accidentes cerebrovasculares, trastornos del movimiento, epilepsia, depresión, ansiedad), patología del sistema locomotor (artrosis, osteoporosis, mialgias), patología sensorial, del sistema ocular, propioceptivo o del equilibrio, patología endocrino-metabólica (hipoglucemias, alteraciones equilibrio ácido-base) y trastornos hematológicos.
- Fármacos que contribuyen a la pérdida de estabilidad de los pacientes: destacamos dos grandes grupos responsables de un gran porcentaje de caídas como son los antihipertensivos y los psicofármacos, destacan calcio-antagonistas, b-bloqueantes, diuréticos, IECAS, ARA II, neurolépticos, antidepressivos, hipnóticos, mórnicos,...

Para realizar una correcta evaluación de los factores extrínsecos, debemos conocer tanto el ambiente, como el entorno y las circunstancias que rodean a nuestro paciente; así como su actividad diaria y grado de autonomía en su actividad básica diaria. Conocer la vivienda y las características de ésta, el entorno de su domicilio y en que consiste el día a día del paciente mayor va a permitir poder realizar maniobras de prevención ante factores de riesgo potenciales. Habitualmente no se trata de una única causa sino de una consecuencia de múltiples factores.

Una vez producida la caída, hay que analizar algunos aspectos importantes para evitar una recurrencia: valorar las consecuencias de las caídas y que factores de riesgo identificamos, valorar el riesgo de presentar una nueva caída y el riesgo de sufrir una lesión severa tras una de ellas.

En una primera valoración inicial una vez identificados las consecuencias inmediatas de la caída y la administración del tratamiento adecuado, es fundamental la realización de una anamnesis exhaustiva en la que se identifiquen características tanto actuales como de otras caídas previas: número de caídas en los últimos meses, lugar de la última caída y características de esta, actividad que estaba realizando cuando se produjo,

sintomatología que acompañó a la caída y secuelas o consecuencias de los accidentes previos. En segundo lugar nos centraremos en la identificación de los factores de riesgo causantes del incidente, para ello nos centraremos:

- ✓ Valoración geriátrica global desde el punto de vista funcional, mental, social y biomédico.
 - Funcional: a través de la escala de Barthel y/o índice de Katz evaluamos la aptitud para las actividades básicas de la vida diaria y a través del índice de Lawton la capacidad para las actividades instrumentales de la vida diaria.
 - Mental: para evaluar el deterioro cognitivo o estados de depresión utilizaremos el Mini Mental State y la escala de Yessavage.
 - Social: analizando el entorno familiar y la cobertura social que presenta, identificando al cuidador principal y características de su vivienda.
 - Biomédico: debemos registrar toda la patología del paciente, realizando especial hincapié en patología cardiovascular y aquella que afecta al sistema músculo esquelético, el estado nutricional (factor que influye directamente en la masa y fuerza muscular) y el tratamiento habitual completo, sobretodo dosis de hipnóticos y benzodiacepinas de uso en creciente aumento y productoras de un mayor efecto sedante en el paciente mayor.
- ✓ Valoración física global: especialmente auscultación cardiorespiratoria, exploración neurológica y del aparato locomotor. La valoración de la fuerza muscular sobretodo en miembros inferiores va a ser de especial interés en la exploración física, para ello nos apoyaremos en varios en tests:
 - Test de los flexores plantares: valora la capacidad de mantenerse sobre una pierna y ponerse de puntillas varias veces.
 - Test de los flexores de cadera: decúbito prono intentamos que el paciente eleve la pierna contra gravedad.
- ✓ Valoración de órganos de los sentidos: sistema visual y auditivo.
- ✓ Valoración del equilibrio y la marcha: recurriremos a unos test sencillos que se pueden realizar de manera simplificada en cualquier consulta para valorar de forma rápida y sencilla el estado de equilibrio en el paciente con edad avanzada:
 - Test de Romberg: con el paciente en bipedestación indicamos que cierre los ojos y valoramos la caída hacia un lado u otro. Tiempo máximo de duración 30 segundos.
 - Evaluación cronometrada de la estación unipolar: se valora la capacidad de mantenerse en pie sobre una pierna, sin apoyo. Tiempo máximo de duración 30 segundos.
 - Test de Tinetti del equilibrio y de la marcha: este test nos permite examinar tanto el equilibrio estático como dinámico. La puntuación máxima de la marcha es de 12 puntos y la del equilibrio 16 puntos. Una puntuación por debajo de 18 puntos nos indica riesgo elevado de presentar una caída.
 - Test get up and go: observamos al paciente tras indicarle que se levante de la silla, camine tres metros y vuelva a sentarse.
 - Test timed get up and go: este test es una modificación del anterior, va a consistir en cronometrar el tiempo que tarda nuestro paciente en realizar el test anterior. Por debajo de 10 segundos se considera el tiempo óptimo de realización, entre 10 y 20 segundos se considera normal, pero comienza a indicar fragilidad en el individuo. Más de 29 puntos supone un riesgo muy elevado de caídas.
- ✓ Por último, solicitaremos las pruebas complementarias necesarias en función de la sospecha clínica u orientación diagnóstica que tengamos. No deben realizarse de forma rutinaria sino como apoyo y complemento de una orientación diagnóstica previa.

Tanta importancia presenta para la prevención de recurrencias, conocer todas las circunstancias y condiciones en las que se ha producido la caída, factores de riesgo y la situación previa del anciano como conocer que probabilidad de que exista un nuevo episodio y valorar el riesgo de secuelas importantes si ésta se produce. Para ello existen una serie de test que nos permiten valorar el riesgo de que se produzca una nueva caída:

- Test timed and go: los pacientes cuya duración del test se encuentre entre 20 y 29 segundos presentan riesgo de caídas, por encima de 29 segundos este riesgo se multiplica.
- Evaluación cronometrada de la estación unipodal: una duración menor de 5 segundos indica riesgo de caída.
- Test de Tinetti: una puntuación oscilante entre 19 y 24 supone un elevado riesgo de caída.

En las maniobras de prevención el fin es minimizar el riesgo de caídas sin comprometer la movilidad y la independencia del mayor. Las actividades preventivas incluyen intervenciones primarias, secundarias y terciarias.

La prevención primaria engloba medidas destinadas a evitar la caída, entre ellas se encuentran: campañas sanitarias, promoción de salud y hábitos saludables, intervención en fomento de medidas de seguridad en el entorno y detección precoz de factores de riesgo.

La prevención secundaria precisa un estudio individualizado más detallado para identificar y reducir los factores de riesgo que pueden propiciar nuevas caídas.

En último lugar la finalidad de la prevención a nivel terciario consiste en disminuir la presencia de incapacidades producidas tanto por secuelas físicas como psicológicas. Tras una caída debemos siempre: enseñar al paciente mayor a levantarse adecuadamente, rehabilitar los trastornos del equilibrio y la estabilidad, reeducar la marcha y tratar el síndrome postcaída.

En general las intervenciones para las maniobras de prevención a cualquier nivel se agrupan en: evaluación multifactorial del riesgo de caída, programas de ejercicios rehabilitadores, evaluación y modificación del entorno e intervenciones multifactoriales.

Numerosos estudios recientes, demuestran que las estrategias más eficaces son la evaluación multifactorial e individualizada a través de recomendaciones de pautas de ejercicio más personalizado a las circunstancias de cada paciente.

Las caídas representan uno de los problemas más importantes del paciente anciano y son uno de los principales motivos de consulta en el servicio de Urgencias así como causantes de lesiones, deterioro funcional y mortalidad en este grupo de población.

En el ámbito de la urgencia hospitalaria nuestro deber es establecer la gravedad y repercusión de las mismas. Nuestro objetivo fue analizar, en una cohorte de pacientes que consultan a urgencias por caídas, los factores predisponentes así como la repercusión clínica de las mismas.

Se trata de un estudio observacional retrospectivo desde enero a junio de 2013 de pacientes mayores de 65 años que consultan por caída en el área de urgencias del hospital Torrecárdenas (Almería) mediante el análisis de historias clínicas del programa Diraya. Los datos se analizaron mediante el programa estadístico SPSS 19.0.

Como resultado obtuvimos:

164 pacientes mayores de 65 años consultaron por caída, con una edad media de 78±6 años. De ellos 75 hombres (45%) y 89 mujeres (55%). El 78% (127 pacientes) procedían de residencia asistida y el 22% de la comunidad (37 pacientes).

En el 2% (3 pacientes) se detectaron problemas de conducción cardíaca y en el 18% (29 pacientes) accidentes cerebro-vasculares como causa de la caída.

Revisando el tratamiento farmacológico previo: el 90% (147 pacientes) se encontraban con benzodiazepinas y de ellos el 26% (42 pacientes) con 2 ó más fármacos hipnóticos.

Precisar ingreso hospitalario el 65% (106 pacientes). De ellos fallecieron 8 pacientes durante el ingreso (4.8%).

Como conclusión obtenemos:

- El riesgo de caída debe de ser evaluado por todo profesional sanitario que aborde al paciente anciano.
- En alto porcentaje de casos la revisión del paciente polimedcado con dosis elevadas de hipnóticos u otro tipo de fármaco que aumenta el riesgo de caída evitaría un número importante de caídas y por tanto de secuelas.
- En los servicios de urgencias nuestro deber es detectar la causa desencadenante valorando sobretodo factores de riesgo intrínsecos, optimizar el tratamiento farmacológico y establecer tratamientos rehabilitadores de la marcha y el equilibrio al alta para evitar nuevas caídas. Con ello, podemos minimizar la pérdida de capacidad psíquica y física del paciente anciano y las secuelas importantes tras una caída.

BIBLIOGRAFÍA

1. Salvá A, Bolívar I, Pera G, Arias C: Incidencia y consecuencias de las caídas en la población anciana viviendo en comunidad.
2. Lázaro del Nogal M: Evaluación del paciente anciano con caídas de repetición. Madrid. Fundación Mapfre Medicina, 2001.
3. Lázaro del Nogal M, González A, Palomo A: Evaluación del riesgo de caídas. Protocolos de valoración clínica. Rev. Española Geriátria y Gerontología, 2005; 40 Suppl 2:54-63.
4. Tinetti ME: Clinical Practice. Preventing falls in elderly persons. New England J. Med 2003; 348:42-9.
5. Sgaravatti A: Factores de riesgo y valoración de caídas en el adulto mayor. Madrid. Fundación Mapfre Medicina, 2011; 4(1): 1-36.
6. Rivera Casado JM, Cruz-Jentoft AJ: Geriátria en Atención Primaria. Madrid. Biblioteca Aula Médica, 2008.
7. Pujiula Blanch M, Quesada Sabaté M. Prevalencia de caídas en ancianos que viven en la comunidad. Atención Primaria, 32:86-91.

MANEJO MULTIDISCIPLINAR DE SÍNDROMES GERIÁTRICOS ASOCIADOS A FRACTURA DE CADERA

S. Gomez Garcia ⁽¹⁾, A.M. Bernabeu Pageo ⁽²⁾, J.M. Portal Tocino ⁽³⁾, Z. Viejo Maya ⁽²⁾.

⁽¹⁾ Complejo Hospitalario Torrecárdenas, Almería; ⁽²⁾ Universidad de Salamanca; ⁽³⁾ Hospital Universitario Gregorio Marañón, Madrid.

INTRODUCCIÓN

Los síndromes geriátricos se definen como “un conjunto de cuadros originados por la conjunción de una serie de enfermedades que alcanzan una enorme prevalencia en el anciano y que son el origen de incapacidad funcional y social”¹. Inicialmente se describieron cuatro síndromes, que son inmovilidad, inestabilidad-caídas, incontinencia y deterioro cognitivo. Posteriormente este listado ha ido aumentando y se han añadido otros como malnutrición, úlceras por presión, deshidratación, insomnio, yatrogenia, privación sensorial, etc².

Entre los pacientes ancianos con un proceso agudo ingresados en un hospital estos síndromes son muy frecuentes, porque son el modo de presentación de la enfermedad que padecen o bien porque aparecen en la evolución como una complicación del proceso. Generalmente cuando hacen acto de presencia no lo hacen de modo aislado, sino que aparecen varios síndromes que se interrelacionan dando lugar a una cascada de acontecimientos que puede resultar catastrófica para el paciente en cuanto a morbilidad y mortalidad.

Hay que destacar que una de las características de estos síndromes es que se puede intervenir para prevenir su aparición o para tratarlos de modo precoz y así evitar sus graves consecuencias. Para ello se dispone de una herramienta, la Valoración Geriátrica Integral (VGI), que es un proceso diagnóstico dinámico y estructurado que permite detectar y cuantificar los problemas, necesidades y capacidades del anciano en las esferas clínica, funcional, mental y social para elaborar basada en ellos una estrategia interdisciplinar de intervención, tratamiento y seguimiento a largo plazo con el fin de optimizar los recursos y de lograr el mayor grado de independencia y, en definitiva, calidad de vida, por lo que queremos resaltar la importancia de que sea una “estrategia multidisciplinar”^{3,4}.

Por otro lado decir que cada año se producen en España 33.000 fracturas de cadera de etiología osteoporótica, la mayoría en pacientes ancianos⁵, mayores de 74 años⁶, y siendo un tercio de la mujeres mayores de 80 años las que van a presentar fractura de cadera⁷. Teniendo en cuenta estos datos, es evidente que con el envejecimiento que se está produciendo en la población el número de fracturas de cadera entre los mayores va a aumentar de modo considerable. Muchos estudios han puesto de manifiesto la elevada morbilidad y mortalidad que tienen a corto y largo plazo, dando lugar a un empeoramiento de su capacidad funcional, calidad de vida y como consecuencia a un aumento de sus necesidades sociosanitarias⁸.

El objetivo de nuestro trabajo es describir mediante un caso clínico, como la VGI y la intervención multidisciplinar, mejoran la evolución de una paciente con fractura de cadera intervenida que se complica con varios síndromes geriátricos.

MÉTODO

Presentamos el caso de una mujer de 87 años con antecedentes de hipertensión arterial, dislipemia, cardiopatía isquémica, colecistectomía, histerectomía y anexectomía. Sin alergias medicamentosas conocidas y buen control de su patología de base. Sin incapacidad física o psíquica, caminaba con ayuda de un bastón “porque se sentía más segura” y vivía con su hija.

Sufrió caída casual con imposibilidad para la deambulación secundaria, por lo que es llevada al Servicio de Urgencias donde se diagnosticó de fractura peritrocantérea de fémur izquierdo. A las 24 horas fue intervenida por el Servicio de Traumatología, realizándose osteosíntesis con clavo PFN (Proximal Femoral Nail). En el postoperatorio inmediato se detectó anemia en rango de transfusión por lo que se le administraron dos bolsas de concentrados de hemáties.

Se inicia tratamiento fisioterápico por el Servicio de Rehabilitación con indicación de inicio de carga progresiva precoz con ayuda de andador. Posteriormente comenzó con desorientación, disminución del

nivel de conciencia y episodios de agitación nocturna acompañados de alucinaciones visuales que precisaron control farmacológico e inicio de cuadro febril, suspendiéndose tratamiento fisioterápico de forma temporal. Ante esta evolución se decidió diferir alta y se trasladó a planta de geriatría para control clínico y continuar con tratamiento rehabilitador.

Es valorada por Servicio de Geriatría, realizándose una VGI y estudio de fiebre de origen desconocido. Se detectan los siguientes problemas:

- Cuadro confusional agudo con negativa a colaborar en el tratamiento rehabilitador.
- Disfagia.
- Alteración ritmo sueño-vigilia.
- Inmovilidad.
- Incontinencia urinaria.
- Estreñimiento.
- Cuadro febril secundario a infecciones nosocomiales (urinaria por *Pseudomona Aeruginosa* e infección de herida quirúrgica por *Pseudomona Aeruginosa* y *Citrobacter Koseri*).
- Riesgo de úlcera por decúbito.
- Anemia.

RESULTADOS

A partir de aquí se elabora un plan de actuación con visita diaria del geriatra y reunión periódica del equipo multidisciplinar. Se inició tratamiento antibiótico según antibiograma y se solicitó nueva valoración por médico rehabilitador que indicó retomar tratamiento fisioterápico consistente inicialmente en ejercicios posturales, potenciación de extremidades superiores y extremidad inferior contralateral en la medida de lo posible, ejercicios activos del tobillo-pie, contracciones isométricas de cuádriceps, movilizaciones activo-asistidas de flexo-extensión de rodilla y cadera, y de abducción-aducción de cadera, evitando las rotaciones externas.

En todo momento estuvo acompañada de su familia, a la que se le explicó la importancia de su presencia para el tratamiento del delirium y el personal de enfermería que se implicó en sus cuidados.

Aunque en principio la paciente mejoró, de nuevo comienza con disminución del nivel de conciencia siendo la exploración anodina, y detectándose en la analítica fallo de la función renal asociado a oliguria, de probable origen yatrógeno en relación con tratamiento antibiótico, tomándose las medidas oportunas en cuanto a tratamiento farmacológico y manejo de líquidos.

En todo momento se mantuvo la idea de movilización precoz de la paciente siempre que su situación clínica lo permitía bajo las indicaciones y supervisión del equipo de rehabilitación. En ocasiones precisó control del dolor que le impedía descansar durante la noche y realizar la rehabilitación.

La paciente mejoró de modo progresivo, normalizándose su función renal, remitiendo el cuadro febril, la infección urinaria y de herida quirúrgica. Se controló el dolor, se normalizó el nivel de conciencia, y aunque mantenía cierto grado de desorientación se mantuvo colaboradora, recuperó ritmo sueño-vigilia, remitió disfagia aunque con poco apetito, recuperó la continencia, donde el papel de la familia fue fundamental y consiguió mantener sedestación con buen control de tronco, verticalización progresiva e inicio de apoyo y carga de ambas extremidades inferiores.

Dada la estabilidad clínica se decidió alta hospitalaria, volvió a casa de su hija, para continuar rehabilitación por parte de los Equipos Móviles de Rehabilitación y Fisioterapia, que realizaron 15 sesiones en domicilio de la paciente, adiestrando a la familia en el manejo y ejercicios que debía realizar. Consiguió caminar con ayuda de andador y supervisión de 2ª persona.

En la actualidad, tras un año de la fractura, camina con andador de modo independiente, no presenta deterioro cognitivo, es continente, come sin problemas y con buen apetito, herida quirúrgica cicatrizada, mantiene buena función renal, se normalizaron cifras de hematocrito, presentando un Índice de Barthel de 90 puntos porque precisa ayuda para aseo completo.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES

El paciente geriátrico presenta alto riesgo de presentar múltiples complicaciones, cuando presenta patología aguda si además está asociada a inmovilidad^{9,10}. Un claro ejemplo de esto es el paciente mayor con fractura de cadera, donde en numerosas ocasiones, se centra el tratamiento en la intervención quirúrgica sin tener en cuenta todas las peculiaridades de estos pacientes en cuanto al modo de enfermar que tienen, los condicionantes como la pluripatología, polifarmacia, capacidad funcional y mental previa, situación social, etc. Incluso, a veces, el simple hecho de la edad condiciona a muchos compañeros en el momento de plantear la estrategia de tratamiento, sin valorar sus condiciones previas o las posibilidades de intervención precoz para evitar la morbilidad y mortalidad.

Por todo ello es muy importante la intervención del equipo de geriatría que con la VGI continuada consigue una prevención y manejo adecuado de los grandes síndromes geriátricos. El caso que presentamos pone de manifiesto, como ya se refiere en la bibliografía, que es necesario actuar de modo simultáneo sobre varios síndromes geriátricos^{11,12}, realizar un seguimiento clínico estrecho que dé lugar a actuaciones que eviten su progresión y graves consecuencias¹³ y el manejo multidisciplinar donde diferentes profesionales (traumatólogo, geriatra, rehabilitador, enfermero, fisioterapeuta, trabajador social) dirigen su trabajo hacia un plan de cuidados elaborado de modo conjunto con objetivos comunes que se prolongue tras el alta hospitalaria¹⁴.

Hay estudios donde se pone de manifiesto que la colaboración entre traumatólogo y geriatra es más efectiva para el tratamiento de pacientes mayores con fractura de cadera; esta actuación conjunta disminuye la probabilidad de infradiagnosticar complicaciones¹⁵. La atención multidisciplinar protocolizada en el paciente con fractura de cadera reduce el tiempo de espera de la cirugía, la estancia media y la mortalidad al mes¹⁶. La intervención del geriatra disminuye la mortalidad y las complicaciones médicas¹⁷.

Queremos resaltar la importancia del control del dolor de cadera en pacientes intervenidos de fractura donde frecuentemente no se le da la importancia que tiene en cuanto a sufrimiento que supone para el paciente, empeoramiento del cuadro confusional, limitación de la recuperación funcional, limitación de la velocidad de la marcha, etc¹⁸.

Además se ha visto que la no aparición de síndrome confusional o delirium tras la fractura es también predictor de buen pronóstico funcional¹⁹.

Iniciar la sedestación a las 24 h de la intervención previene úlceras por presión, enfermedad tromboembólica e inmovilidad secundaria, permitiendo iniciar la deambulacion de forma inmediata²⁰.

En nuestra paciente intervenida de fractura de cadera tras VGI e intervención multidisciplinar, se trataron los diferentes síndromes geriátricos que aparecieron como complicaciones, que fueron inmovilidad, deterioro cognitivo tipo delirium, incontinencia, iatrogenia y estreñimiento, y se previnieron los que tenía riesgo de padecer como son úlceras por presión, deshidratación, desnutrición e inestabilidad y riesgo de caídas al alta. Se dio protagonismo en el tratamiento a la movilización precoz. La evolución fue favorable, hasta conseguir independencia para actividades básicas de la vida diaria y marcha autónoma independiente con ayuda de andador.

BIBLIOGRAFÍA

1. Guillén-Llera F, Bravo-Fernández de Araoz G. Patología del envejecimiento. Indicadores de salud. En: *Manual de Geriatría*. (Salgado A, Guillén F, Ruipérez I. Ed.). Barcelona 2002. Pp: 77-88.
2. González JI, Alarcón MT. Grandes síndromes geriátricos. Concepto y prevención de los más importantes. *Medicine* 2003; 8 (108): 5778-5785.
3. Rubenstein LZ. Geriatric assesment. *Clin Geriatr Med* 1987; 3: 1-15.
4. Kane RA, Bayer AJ. Assessment of functional status. In: *Principles and practice of geriatric medicine* 2nd ed. (Pathy MSJ. Ed.). Chichester 1991. Pp: 265-271.
5. Serra JA, Garrido G, Vidán M, Maraño E, Brañas F, Ortiz J. Epidemiología de la fractura de cadera en ancianos en España. *An Med Int* 2002; 19: 389-395.
6. Cabasés JM, Carmona G, Hernández R. Incidencia, riesgo y evolución de las fracturas osteoporóticas de cuello en las mujeres en España, a partir de un modelo de Markov. *Med Clin (Barc)* 2000; 114 Supl 2:63-67.

7. Zuckerman JD, Skovron ML, Koval KJ, Aharonoff GB, Frankel VH. Postoperative complications and mortality associated with operative delay in older patients who have a fracture of the hip. *J Bone Joint Surg* 1995; 77: 1551-1556.
8. Alarcón-Alarcón T, González-Montalvo JI. Fractura osteoporótica de cadera. Factores predictivos de recuperación funcional a corto y largo plazo. *An Med Interna (Madrid)* 2004; 21: 87-96.
9. Cobbs EL, Duthie EH, Murphy JB. Geriatrics Review Syllabus. En: *American Geriatrics Society y Medical Trends*. Barcelona 2001.
10. Pascual-Bueno J, García-Gollarte JF, Alfonso-Gil R. Estudio sobre la utilidad de la valoración geriátrica en las residencias de ancianos. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 1995; 30: 246-252.
11. Inouye SK, Bogardus ST, Charpentier PA, Leo-Summers L, Acampora D, Holford TR, Cooney LM. A multicomponent intervention to prevent delirium in hospitalized patients. *N Engl J Med* 1999; 340: 669-676.
12. Tinetti ME, Baker DI, McAvay G, Claus EB, Garret P, Gottschalk M, et al. A multifactorial intervention to reduce the risk of falling among elderly people living in the community. *N Engl J Med* 1994; 331: 821-827.
13. Sáez P, González-Montalvo JI, Alarcón-Alarcón MT, Madruga F, Bárcena A. Optimización del tratamiento médico en pacientes geriátricos con fractura de cadera. Influencia del equipo consultor geriátrico. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2006; 41: 87-93.
14. Ortiz-Alonso FJ, Vidán-Astiz M, Marañón-Fernández E, Alvarez-Nebreda L, García-Alambra MA, Alonso-Armesto M, Toledano-Iglesias M, Serra-Rexach JA. Evolución prospectiva de un programa de intervención geriátrica interdisciplinaria y secuencial en la recuperación funcional del anciano con fractura de cadera. *Trauma Fund MAPFRE* 2008; 19 (1): 13-21.
15. Sáez-López P, Madruga-Galán F, Rubio-Caballero JA. Detección de problemas en pacientes geriátricos con fractura de cadera. Importancia de la colaboración entre traumatólogo y geriatra. *Rev Orthop Traumatol* 2007; 51: 144-151.
16. Gholve PA, Kosygan KP, Sturdee SW, Faraj AA. Multidisciplinary integrated care pathway for fractured neck of femur. A prospective trial with improved outcome. *Injury* 2005; 36:9.
17. Vidán M, Serra JA, Moreno C, Riquelme G, Ortiz J. Efficacy of a comprehensive geriatric intervention in older patients hospitalized for hip fracture: a randomized, controlled trial. *J Am Geriatr Soc* 2005; 53: 1476-1482.
18. Lamb SE, Morse RE, Grimley J. Mobility after proximal femoral fracture: the relevance of leg extensor power, postural sway and other factors. *Age Ageing* 1995; 24: 308-314.
19. Marcantonio ER, Flacker JM, Michaels M, Resnick NM. Delirium is independently associated with poor functional recovery after hip fracture. *J Am Geriatr Soc* 2000; 48: 618-624.
20. Zuckerman JD. Hip fracture. *New England Baptist Hospital* 2004; 334(23): 1519-1525.

BENEFICIOS Y PROTOCOLO DE LA REHABILITACIÓN RESPIRATORIA EN ANCIANOS CON EPOC

M.D.M. Miras Ramón, M. Guardia Pérez, E.M. López Lirola.

Hospital Torrecárdenas, Almería

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) constituye un problema de salud en pacientes de la tercera edad, afecta las actividades diarias de quienes la padecen, e interfiere con el rendimiento físico y psicosocial; y en su fase avanzada provoca incapacidad. A nivel mundial, los datos sobre prevalencia y morbilidad subestiman de forma considerable el impacto de la EPOC, debido a que generalmente la enfermedad no se diagnostica hasta que no resulta clínicamente evidente y moderadamente avanzada. Los estudios realizados muestran una extraordinaria variación, dada por la diferencia entre, estudios epidemiológicos, criterios diagnósticos, y enfoque analítico.

La EPOC se define como una enfermedad prevenible y tratable caracterizada por una limitación crónica y poco reversible al flujo aéreo. Esta limitación del flujo aéreo es por lo general progresiva y está asociada a una reacción inflamatoria anómala a partículas nocivas o gases, principalmente al humo de tabaco, con la aparición de importantes manifestaciones sistémicas capaces de condicionar el pronóstico. Esta definición es reconocida por la American Thoracic Society (ATS), la European Respiratory Society (ERS) y también por la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR). Existe una disminución del volumen espiratorio forzado en el primer segundo VEF_1 , y de la relación VEF_1 / capacidad vital forzada (FVC)

^{2,3}

La limitación al flujo aéreo es un concepto que se define por la espirometría forzada, cuando el cociente que resulta de dividir el volumen espiratorio forzado en 1 segundo (FEV_1) entre la capacidad vital forzada (FVC) posbroncodilatación es menor de 0,7. El valor del FEV_1 es el mejor indicador de la gravedad de la obstrucción y se utiliza como primer parámetro para clasificar la enfermedad, pero el impacto del EPOC sobre un paciente mayor depende no sólo del grado de limitación al flujo de aire, por ello la clasificación más difundida es la propuesta por GOLD (the Global initiative for chronic Obstructive Lung Disease), que también es la utilizada por la ATS, la ERS y la SEPAR. En esta clasificación se definen cuatro estadios de gravedad (leve, moderada, grave y muy grave) no solo en función del valor del FEV_1 , sino también de la gravedad de los síntomas (disnea según la escala m MRC) y las complicaciones de la enfermedad (exacerbaciones y hospitalizaciones en el último año). El estadio grave también incluye: necesidades de oxigenoterapia crónica, clínica de hipertensión pulmonar y/o cor pulmonare e insuficiencia respiratoria crónica hipercápnic.

| Estratificación de la gravedad de la EPOC | | | | |
|---|---------------|---------------------------|------------------------|--------------------|
| | Leve | Moderado | Grave | |
| Disnea (escala mMRC) mMRC: Medical Research Council modificada | 0-2 | 3 | 4 | |
| Exacerbaciones en el año anterior | 0 | 1-2 | 3 o más | |
| Hospitalizaciones por exacerbaciones en el año anterior | 0 | 1 | 2 o más | |
| Estratificación de la gravedad de la obstrucción (VEF_1 % del esperado) | Leve ≥ 80% | Moderada < 80% y ≥ 50% | Grave < 50% y ≥ 30% | Muy grave < 30% |

La presencia de cualquiera de estos factores es indicación de Enfermedad Grave:

- Hipoxemia y necesidad de oxigenoterapia crónica
- Clínica de hipertensión pulmonar y/o cor pulmonale
- Insuficiencia respiratoria crónica hipercápnic

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica es un problema de salud pública, debido a su alta prevalencia, su condición progresiva, el deterioro de la calidad de vida y el gran impacto económico. El último estudio EPISCAN (2007) en España, habla de una prevalencia de 10.2% en la población general, alrededor del 20% en mayores de 65 años. Según estimaciones de OMS en 2020 se habrá duplicado el número EPOC; llegando a ser la 5ª causa en cuanto a la invalidez medida por Años Vida Ajustados por Calidad (AVAC) y la 3ª causa de muerte, después del infarto de miocardio y alteraciones cerebrovasculares.

Un programa de Rehabilitación Respiratoria (RR), es un programa multidisciplinario de cuidados para pacientes con enfermedad respiratoria crónica, diseñado y adaptado de forma individualizada y de manera óptima, para alcanzar el mayor grado de independencia dentro de su comunidad. El equipo debe de estar formado por:

- El médico de familia, el neumólogo y por el médico rehabilitador que se encargaran de la valoración, prescripción y evaluación del tratamiento.
- El enfermero, terapeuta ocupacional, nutricionista, psicólogo y trabajadora social encargados de los cambios en el estilo de vida.
- El fisioterapeuta encargado de la monitorización del tratamiento.

Los programas de RR se pueden adaptar a cualquier persona con enfermedad respiratoria crónica, tradicionalmente y de lo que más estudios hay es en EPOC. En general la RR está indicada en:

- ❖ Enfermedades Obstructivas: EPOC, asma, bronquiectasias, fibrosis quística...
- ❖ Enfermedades restrictivas: Fibrosis pulmonar, deformidades de la caja torácica como la cifoescoliosis, enfermedades neuromusculares como la Esclerosis Lateral Amiotrófica...
- ❖ Procesos Agudos:
 - Tras cirugía por derrame pleural, atelectasia, paresia diafragmática...
 - Complicaciones por inmovilización prolongada: retención de secreciones.

Las contraindicaciones de la RR son:

- ❖ Contraindicaciones absolutas: En el caso de que el paciente no colabore, o cuando exista una situación inestable tanto a nivel respiratorio y/o hemodinámico.
- ❖ Contraindicaciones relativas: cuando exista una patología del aparato locomotor, neurológica o cardiovascular que dificulte la realización del ejercicio. En este caso, estas patologías deben de ser valoradas por el médico Rehabilitador para conocer si se podría readaptar el programa de RR a la situación individual del paciente.

La evaluación del paciente EPOC en la consulta del especialista en Medicina Física y Rehabilitación tiene como objetivo: conocer si el paciente es candidato para realizar un programa de RR y en el caso de que sea candidato, diseñarle el programa más individualizado adecuado a su situación. Para ello se debe de valorar: la historia clínica del paciente, sus pruebas complementarias y su capacidad al esfuerzo. Para la Historia clínica del paciente, tener en cuenta en la anamnesis, si es fumador activo, las patologías osteomusculares y neurológicas que presenta, intervenciones quirúrgicas previas, su situación funcional actual, su hábito de ejercicio y el tratamiento farmacológico actual. Y respecto a los síntomas respiratorios: valorar el grado de disnea habitual según la escala MRC, el número de reagudizaciones tanto hospitalarias como ambulatorias, y si en el momento actual presenta síntomas como disnea, tos y expectoración. En exploración física: hacer hincapié en la auscultación cardiorrespiratoria, la valoración del aparato locomotor y neurológico. También será el médico Rehabilitador el encargado de valorar la necesidad de ayudas técnicas para la realización de las AVD.

Tabla 4.1. Escala de valoración de la disnea MRC

| Grado | Dificultad respiratoria |
|-------|--|
| 0 | Ausencia de disnea, excepto al realizar ejercicio intenso |
| 1 | Disnea al andar deprisa o al subir una cuesta poco pronunciada |
| 2 | Incapacidad de mantener el paso de otras personas de la misma edad, debido a la dificultad respiratoria o la necesidad de pararse a descansar al andar en llano siguiendo el propio paso |
| 3 | Necesidad de pararse a descansar al andar unos 100 metros o a los pocos minutos de andar en llano |
| 4 | La disnea impide al paciente salir de casa o aparece con actividades como vestirse o desvestirse |

MRC: Medical Research Council.

Fuente: British Medical Research Council⁶⁸.

El médico Rehabilitador tendrá que tener en cuenta/valorar todas las pruebas complementarias que tenga el paciente antes de incluirlo en un programa de RR:

- ECG: para descartar patología cardíaca que condicione el programa.
- Analítica: El hemograma no suele afectarse, a menos que se presenten complicaciones. La leucocitosis con neutrofilia aparece en las exacerbaciones de causa infecciosa. Una leucocitosis leve puede ser debida al tabaquismo activo o al tratamiento con corticoides. La poliglobulia es proporcional a la gravedad y a la antigüedad de la insuficiencia respiratoria. En pacientes graves puede apreciarse una anemia de trastornos crónicos, como reflejo de la afectación sistémica de la enfermedad.

- Gasometría arterial: En estos pacientes es importante el conocimiento de su gasometría previa en situación basal estable, con objeto de conocer el grado de repercusión en las reagudizaciones. Se debe realizar también cuando se plantea oxigenoterapia domiciliaria.

- Radiografía anteroposterior y lateral de tórax: para descartar otras patologías o un proceso de reagudización. En EPOC se podrán observar alteraciones compatibles con enfisema como: aplanamiento diafragmático, hiperinsuflación, dilatación de cavidades derechas...

- Espirometría: además de ser la prueba de referencia para el diagnóstico de la enfermedad, nos sirve para el seguimiento de su progresión y en la monitorización del tratamiento. En el paciente mayor supone una prueba difícil de realizar con resultados en ocasiones no concluyentes, por falta de colaboración ante la existencia de privación sensorial, deterioro cognitivo y debilidad general.

- Medición de la función de los músculos respiratorios: Presión inspiratoria máxima (Pimax), la presión espiratoria máxima (Pemax).

- Para valorar la capacidad de esfuerzo del paciente, se realiza el test de marcha de 6 minutos. Se trata de una prueba de capacidad submáxima, cuya utilidad es la de evaluar la tolerancia al ejercicio, medir el efecto del entrenamiento tras un programa de RR, valorar prescribir oxígeno durante el ejercicio y estimar pronóstico. Durante la prueba habrá que recoger si aparece alguna sintomatología, la saturación de oxígeno, la frecuencia cardíaca, la frecuencia respiratoria, y los valores de tensión arterial antes de la prueba y tras finalizar esta. También quedará registrado si el paciente realizó la prueba con o sin oxígeno, la distancia recorrida en metros y el número de paradas y tiempo de cada una de ellas. Tras finalizar la prueba es muy importante pasar la Escala Börg, cuya utilidad es valorar el nivel de esfuerzo que realiza el enfermo desde su punto de vista y la evolución del mismo. Lo ideal para realizar el ejercicio físico en estos pacientes es trabajar al 75% de su frecuencia cardíaca máxima, que corresponde a una percepción del esfuerzo entre los 11 y 13 puntos en la Escala de Börg. Mientras el enfermo esté realizando el programa de marchas o bicicleta estática, se debe evaluar diariamente, bien el propio paciente, o supervisado por enfermería/fisioterapia mediante la escala de Börg. El empeoramiento en la puntuación, es un signo de alarma, que debe ser valorado por el médico de atención primaria o neumólogo. No podemos olvidar que el paciente mayor con EPOC presenta una menor tolerancia al ejercicio.

ESCALA DE BÖRG

| ESFUERZO | DIFICULTAD PARA RESPIRAR | CANSANCIO DE LAS PIERNAS |
|------------------|--------------------------|--------------------------|
| 6 | 0 Nada | 0 Nada |
| 7 Muy, muy suave | 0,5 Empieza a notar | 0, 5 Empieza a notar |
| 8 | 1 Muy poca | 1 Muy poco |
| 9 Muy poco | 2 Poca | 2 Poco |
| 10 | 3 Moderada | 3 Moderada |
| 11 Poco | 4 Algo más severa | 4 Algo más severo |
| 12 | 5 Severa | 5 Severa |
| 13 Algo duro | 6 | 6 |
| 14 | 7 Muy severa | 7 Muy severo |
| 15 Duro | 8 | 8 |
| 16 | 9 | 9 |
| 17 Muy duro | 10 Muy, muy severa | 10 Muy, muy severo |
| 18 | | |
| 19 Muy, muy duro | | |
| 20 | ? Insoportable | ? Insoportable |

El programa de marchas y/o bicicleta estática se trata de un entrenamiento al esfuerzo con ejercicio aeróbico que se le explicará al paciente para que lo realice en su domicilio, de forma suave y progresiva, junto con una serie de recomendaciones como por ejemplo: no realizar ejercicio en las 3 horas siguientes a una comida, descansar 30 minutos al finalizar, los primeros 15 días caminar en llano. El ritmo dependerá de la capacidad de la persona. Se recomienda un paso ligero, sin correr. No se debe avanzar en la distancia a recorrer si no tolera la fase previa. En el caso de que el paciente este tan incapacitado que no pueda realizar este tipo de ejercicio, se le recomendará el uso del pedaliar domiciliario para la movilización de sus miembros superiores e inferiores a un ritmo y durante un tiempo que el paciente tolere.

PROGRAMA DE MARCHAS

Semana nº 1 2 3 4 5 6 7 8

Distancia

diaria 1 km 2 km 3 km 4 km 5 km 6 km 7 km 8 km

BICICLETA ESTÁTICA

Semana nº 1 2 3 4 5 6 7 8

Distancia

diaria 2 km 3 km 4 km 5 km 6 km 8 km 10 km 12km

Debido a los recursos existentes y a la gravedad de la patología, en Atención Primaria se tratarán los pacientes con EPOC leve y moderado.

El EPOC leve después de ser valorado por su médico de atención primaria, será el enfermero del centro de salud el encargado de estimular al paciente para reeducar el hábito de ejercicio mediante el programa de marchas domiciliario y su control y seguimiento por la Escala de Börg. Si existiera alguna patología de aparato locomotor que dificulte dicho programa, debe ponerse en contacto con el médico rehabilitador para valoración y adaptación del tratamiento.

El **EPOC moderado** realizara un tratamiento grupal fisioterápico de 5 -6 pacientes en centro de salud con 2-3 sesiones semanales de 30 minutos de duración durante 4 semanas. Durante la sesión se realizara ejercicios respiratorios y fortalecimiento de miembros superiores y de miembros inferiores. El entrenamiento al esfuerzo, lo realizaran en el domicilio con un programa de marchas. El seguimiento lo realizara durante el primer mes el fisioterapeuta junto con enfermería que realizará un control al mes de finalizar el tratamiento de fisioterapia y posteriormente cada 3 meses, con la Escala de Börg. El médico rehabilitador revisará al paciente al mes de finalizar el tratamiento fisioterápico y a los 6 meses con el Test de marcha de 6 minutos posterior al programa y con las escalas de calidad de vida.

El candidato ideal para un programa de RR hospitalario sería un paciente con EPOC severo en fase estable y que a pesar de tratamiento farmacológico adecuado sigue presentando: síntomas respiratorios importantes, reiteradas visitas a urgencias o ingresos hospitalarios frecuentes y limitación AVD (actividades de la vida diaria). Si el paciente tras la evaluación consideramos que se puede beneficiar de un programa de RR: se informara del programa, y si acepta firmara un consentimiento informado para realizar el programa, se entregara un test de calidad de vida general (SF-36), un test específico de respiratorio (CRQ) y un manual sobre Rehabilitación Respiratoria donde esta explicado el programa de marchas domiciliario/ programa en bicicleta junto con una serie de recomendaciones. Al paciente se le revisará en 3 meses con un test de marcha de 6 minutos realizado tras finalizar el programa de RR, lo que nos servirá para compararlo con el test de marcha de 6 minutos inicial.

El programa completo de RR incluye: educación del paciente y la familia, incorporar estrategias para respirar más confortablemente (fisioterapia), ahorrar energía en actividades de la vida diaria, ejercicios de entrenamiento supervisados, apoyo emocional y social y modificaciones de conducta.

- ❖ La educación del paciente y su familia con un nivel de recomendación B incluye:
 - Enseñanza de las características de la enfermedad: causas, síntomas, limitaciones y las expectativas que ofrece la rehabilitación.
 - Consejos higiénicos dietéticos y medidas profilácticas: deshabituación tabáquica y campañas de vacunación.
 - Explicación de las modalidades del tratamiento y la importancia de su cumplimiento con dedicación especial al manejo de inhaladores, realización de técnicas de fisioterapia y utilización adecuada de oxigenoterapia si fuese necesaria.
 - Reconocimiento precoz de los síntomas y signos de empeoramiento.

- ❖ La fisioterapia respiratoria con un nivel de recomendación B, son todo el conjunto de técnicas que pretenden mejorar la función respiratoria para adaptarla a los esfuerzos de la vida diaria mediante la reeducación respiratoria y la higiene bronquial.
 - Reeducación respiratoria: Proceso de enseñar al paciente el control ventilatorio en actividades de la vida diaria:
 - Respiración abdómino- diafragmática: ventilación de baja frecuencia y gran amplitud, disminuye el espacio muerto y aumenta la capacidad vital.
 - Respiración con labios fruncidos: el freno labial produce una presión positiva en la boca que se trasmite a los bronquios evitando el colapso precoz de la vía aérea.
 - Movilizaciones torácicas: potencian la musculatura intercostal externa e interna.

 - Higiene bronquial: Conjunto de maniobras para “limpiar” los bronquios de secreciones:
 - Drenaje postural: está contraindicado en insuficiencia cardiaca descompensada, hemoptisis, situación hemodinámica inestable, hipertensión intracraneal, derrames pleurales masivos.
 - Tos y expectoración ayudada y dirigida
 - Percusiones/vibraciones torácicas: están contraindicadas en hemoptisis, neumotórax espontáneo, osteoporosis grave, fracturas costales, derrame pleural, Tuberculosis pulmonar activa.

- ❖ El entrenamiento muscular: Es considerado la piedra angular de la RR con un nivel de evidencia A. Se trata de:
 - Un entrenamiento de la resistencia muscular con ejercicio aeróbico: Tanto de miembros superiores como de los inferiores de forma suave y progresiva, adaptado a cada individuo, según las pruebas funcionales respiratorias y test de marcha. En función de cada paciente se realizará en cinta rodante o en cicloergómetro (más utilizado en pacientes con afectación de caderas y/o rodillas).
 - Entrenamiento interválico: Es una alternativa al ejercicio continuo, parece que tiene mejor tolerancia en pacientes severos.
 - Entrenamiento de la fuerza de los miembros superiores, con ejercicios isotónicos activos e isométricos, con una resistencia que no supere el 60% de 1 RM (resistencia máxima con la que el paciente puede realizar un ejercicio concreto). Se ha demostrado que son necesarios para la realización de las AVD. Todos los ejercicios deben realizarse con control respiratorio evitando el valsalva.

- ❖ Entrenamiento musculatura respiratoria con un dispositivo de umbral que haga necesario el desarrollo de una presión inspiratoria equivalente a 30-40% de P_{imax}. El paciente sentado efectuará 2 sesiones de entrenamiento diarias de 15 minutos de duración. Realizará inspiraciones de intensidad suficiente para disparar el dispositivo de umbral. Nivel de recomendación B. Existen diferentes dispositivos, un ejemplo de estos es el respiflo 5000.

- ❖ El apoyo psicoemocional: Los principales síntomas emocionales en pacientes EPOC son: sentimientos de inutilidad, dependencia, baja autoestima. El abordaje debe realizarse con medidas de tratamiento no farmacológico mediante técnicas de relajación, desensibilización de la disnea, adaptación maniobras respiratorias,... y en algunos casos habrá que valorar la utilización de fármacos ansiolíticos y antidepressivos.

- ❖ Atención Nutricional: Los déficits nutricionales en estos sujetos condicionan una alteración de la motilidad de la musculatura respiratoria. El control de los iones: P, Ca, K y Mg se hace imprescindible por la directa relación que tienen con el funcionamiento de la musculatura respiratoria.

- ❖ Terapia ocupacional: Dirigida a la mejoría de las actividades de la vida diaria:
 - ❖ Técnicas de ahorro de energía:
 - Inspirar a capacidad pulmonar total.
 - Caminar o subir escaleras mientras se espira con labios fruncidos y pararse al final de la espiración.
 - ❖ Técnicas de simplificación del trabajo:
 - No planificar demasiadas actividades al mismo tiempo.
 - Descansar con frecuencia.
 - Evitar comidas copiosas y flatulentas,⁷⁻⁸⁻⁹.

Protocolo de ejercicio en EPOC severo: Se realizará mediante cicloergómetro o cinta rodante en sala de fisioterapia combinado con el programa de marchas que lo realizará el paciente en su domicilio. Con una frecuencia de 3 sesiones por semana, con una duración de 20 a 60 minutos. El paciente precisará de oxigenoterapia portátil si desatura durante el ejercicio. Todas las sesiones de ejercicio se realizarán con control respiratorio, manteniendo la saturación de oxígeno igual o mayor de 92%.

La 1ª semana: No bicicleta. Sólo ejercicios respiratorios más isotónicos suaves.

La 2ª semana: Añadir 5 minutos de bicicleta o cinta rodante sin resistencia.

La 3ª semana: Añadir 10 minutos de bicicleta o cinta rodante sin resistencia.

La 4ª semana: Añadir 15 minutos de bicicleta o cinta rodante sin resistencia.

La 5ª semana: Añadir 20 minutos de bicicleta o cinta rodante sin resistencia.

La 6ª semana: Añadir 25 o 20 minutos de bicicleta más 5 minutos de cinta rodante.

La 7ª y 8ª semana: Añadir 30 minutos o 20 minutos de bicicleta más 10 minutos de cinta rodante.

La intensidad se aplicará según evolución de la escala de Börg, saturación de oxígeno durante el ejercicio y manteniendo la frecuencia cardíaca máxima de cada paciente entre el 50-85% de su frecuencia cardíaca máxima teórica o en función de la frecuencia cardíaca máxima alcanzada en la ergometría, si es que se le ha realizado al paciente.

Según la evidencia científica respecto al EPOC, aporta una serie de beneficios clínicos por mejoría de la capacidad de ejercicio funcional, reducción de la disnea, mejoría en la calidad de vida. También aporta beneficios económicos-sanitarios por disminución del nº de ingresos hospitalarios, disminución de días ingresados, disminución del número de reagudizaciones, menor demanda asistencial y uso de broncodilatadores,.

La RR tanto a nivel hospitalario como ambulatorio, ha demostrado con la evidencia científica que disminuye la disnea y, por tanto, mejora la calidad de vida del anciano con EPOC. Por ello, el tratamiento del anciano con EPOC debe ser integral y multidisciplinar, incluyendo medidas de educación sanitaria, fisioterapia, terapia ocupacional, apoyo psicoemocional, nutricional y estrecho control farmacológico.

BIBLIOGRAFÍA

1. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. Global Strategy for the diagnosis, management and prevention of COPD. Updated 2010. Disponible en: <http://www.goldcopd.com>
2. Agustí AG. La EPOC como enfermedad sistémica. En: De Lucas Ramos P, Peces-Barba Romero G, editores. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Madrid: Editor S.A.; 2001. p. 53-72.
3. Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease. NHLBI/WHO Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD). Updated 2003. Disponible en: <http://www.goldcopd.com> de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR).
4. Atención integral al paciente con enfermedad pulmonar obstructiva crónica 2010, Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC) y Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR)
5. Archivos de Bronconeumología: SEPAR, ISSN 0300-2896, VOL. 45 N° 2009:41-47. ESTUDIO EPISCAN. Arcochea J, Badiola C y otros.
6. American Thoracic Society. Pulmonary Rehabilitation. Am J Respir Crit Care Med 1999; 159:1666-1682.
7. ACCP/AACVPV Evidence Bases Guidelines CHEST 2007:131.
8. Guía de la Práctica clínica. Diagnóstico y tratamiento de la enfermedad obstructiva crónica. IMSS 037-08.
9. I.Sánchez y colaboradores. Rehabilitación Respiratoria. Manual SERMEF de Rehabilitación y Medicina Física. Editorial Panamericana. p.741-757.

EL BLOQUEO SUPRAESCAPULAR MEJORA EL DOLOR DE HOMBRO PLÉJICO, FAVORECIENDO LA RECUPERACIÓN DE LA MOVILIDAD EN SOBREVIVIENTES DE ACCIDENTE CEREBROVASCULAR

I. Crisan, J.R. Pineda Guillén, M.D.M. Miras Ramón.

Hospital Torrecárdenas

INTRODUCCIÓN

El hombro doloroso hemipléjico (HDH) es una secuela clínica frecuente tras sufrir un ictus. Este problema conlleva una gran incapacidad funcional, reducción en la calidad de vida, así como limitación para la participación en programas específicos de neurorrehabilitación. Es importante prevenir y tratar adecuadamente esta complicación para mejorar el pronóstico funcional de estos pacientes.

El HDH se asocia con una menor puntuación en la escala de Barthel tras el alta hospitalaria, predice una escasa recuperación funcional del brazo y una mayor duración del ingreso.

La etiología del HDH es controvertida. Los principales factores que intervienen son la debilidad de la musculatura periarticular, malposiciones, parálisis flácida inicial, subluxación de la cabeza humeral, heminegligencia y espasticidad de los músculos rotadores internos y aductores del hombro.

El dolor aparece normalmente a los 2-3 meses tras sufrir el ictus, coincidiendo con el periodo de aparición de la espasticidad. Es por esto por lo que se piensa que pueda estar implicada en el dolor, además la probabilidad de aparición del HDH aumenta en los pacientes que presentan mayor grado de espasticidad en el miembro superior parético (1). La espasticidad afecta a los músculos pectoral mayor y subescapular principalmente. Estos intervienen en la aducción y la rotación interna del hombro, quedando así limitada la rotación externa de éste.

Tras el ACV se producen alteraciones en la biomecánica de la articulación del hombro que producen un empeoramiento de las patologías degenerativas articulares, más frecuentes con el aumento de la edad, como calcificaciones y tendinitis en el manguito de los rotadores, desgarros tendinosos, alteraciones capsulares y síndrome subacromial.

En la prevención es fundamental la movilización pasiva precoz y el apoyo y protección del hombro en la etapa flácida. Es importante mantener una postura adecuada de la extremidad superior, siendo la más recomendada en abducción, rotación externa y flexión del hombro. Existe evidencia limitada de que los cabestrillos previenen la subluxación asociada con el dolor del hombro hemipléjico.

El enfoque del tratamiento óptimo no está establecido debido al desconocimiento de la etiología del dolor.

La fisioterapia debe consistir en la realización de ejercicios de movimiento en un rango restringido, de forma suave, ya que un enfoque excesivamente agresivo puede dar lugar a una mayor incidencia de HDH. Son preferibles los ejercicios activos asistidos frente a los pasivos si es posible.

Otros tratamientos descritos son la estimulación eléctrica funcional, infiltraciones intraarticulares de esteroides, intramusculares de toxina botulínica, bloqueo del nervio supraescapular o la cirugía.

El bloqueo del nervio supraescapular (BNSE) guiado con ecografía es una técnica relativamente sencilla y segura de realizar que incorporada al arsenal terapéutico del médico rehabilitador es una herramienta más para el tratamiento del hombro doloroso de distinta etiología cuando han fracasado otros tratamientos (analgésicos, AINEs, fisioterapia, etc.)

El nervio supraescapular suministra muchas fibras nerviosas simpáticas a la articulación del hombro. El BNSE impide la transmisión nerviosa entre el hombro y la médula espinal. Esta técnica puede ser realizada de forma repetida, aunque no existen estudios sobre el número de bloqueos necesarios ni del intervalo de tiempo entre ellos.

El nervio supraescapular es un nervio mixto que tiene fibras motoras, sensitivas y simpáticas. Se origina de las raíces nerviosas de C5 y C6 del tronco superior del plexo braquial y a veces también contiene fibras de C4. Cruza el triángulo posterior profundo del cuello, por debajo del músculo omohioideo y el trapecio, pasa por la escotadura supraescapular, bajo el ligamento transversal de la escápula. La arteria y la vena supraescapular pasan por encima de ese ligamento. Entra en la fosa supraespinosa y proporciona ramas motoras para el músculo supraespinoso y ramas sensitivas para la articulación acromioclavicular y glenohumeral, y continúa su trayecto oblicuo descendente.

Las fibras sensitivas recogen la sensibilidad de la parte superior y posterior de la cápsula del hombro, además de las articulaciones glenohumeral y acromioclavicular, bursa subacromial, ligamento coracoclavicular, periostio y tendones. Estas fibras proporcionan aproximadamente el 70% de la sensibilidad de la articulación del hombro (región posterior y superior de la articulación) pero no inerva las regiones anterior o inferior del hombro ni la piel. Estas regiones son inervadas por el nervio axilar y los nervios subescapular superior e inferior.

Para la técnica del bloqueo del nervio supraescapular guiado con ecografía el paciente en sedestación coloca la mano del lado afectado sobre el hombro contralateral. El especialista permanece detrás del paciente. Se desinfecta la piel con clorexidina y se coloca el transductor paralelo a la espina de la escápula. Se mueve el transductor por la fosa supraescapular hasta observar la escotadura de la escápula bajo el músculo supraespinoso. El nervio supraescapular aparece como una estructura hiperecótica a 4 cm de profundidad aproximadamente, debajo del ligamento transverso de la escotadura escapular. Una vez localizado el paquete vasculo- nervioso con ayuda de eco-doppler, se introduce una aguja de calibre 21 y 40 mm en el eje largo del transductor de medial a lateral hasta quedar cerca del nervio y se introducen 2 ml de mepivacaína y 1 ml de acetónido de triamcinolona (2-7).

CASO CLÍNICO

Paciente varón de 75 años, que sufrió un accidente cerebrovascular isquémico en territorio de la arteria cerebral media derecha hace 3 meses, presenta hemiparesia izquierda de predominio braquial.

Antecedentes personales de hipertensión arterial, dislipemia e intervenido quirúrgicamente de cataratas y prótesis de ambas rodillas.

Vive con su esposa, está jubilado y era independiente para las actividades básicas de la vida diaria y marcha.

Exploración física (tras 3 días de sufrir el ictus):

Consciente, orientado, colaborador parcial debido a su regular estado general, afasia motora.

Balance articular y balance muscular de hemicuerpo derecho dentro de la normalidad.

Miembro superior izquierdo:

Balance articular pasivo dentro de la normalidad. Balance muscular: deltoides 0/5; bíceps braquial 0/5, flexores de dedos 0/5. Escala de Brunnstrom 1/6 (ausencia total de movimiento). Reflejos osteo- tendinosos abolidos. Hoffman negativo. Sensibilidad conservada.

Miembro inferior izquierdo:

Balance articular pasivo completo. Balance muscular: psoas 3/5; cuádriceps 4/5; dorsiflexión de pie 4/5. Hiporreflexia. Reflejo cutáneooplantar indiferente. Sensibilidad conservada.

Tras ser valorado por el médico rehabilitador se prescribe fisioterapia durante 3 meses hasta la revisión en consulta.

La primera fase de la fisioterapia consistió básicamente en movilizar pasivamente las articulaciones del miembro parético y en reeducar la marcha una vez que el paciente estaba clínicamente estable y con buen estado general.

Tras 2 semanas de tratamiento fisioterápico comenzó a aparecer actividad muscular del miembro superior izquierdo. A partir de este momento se insistió en la realización de ejercicios activos asistidos.

A los 3 meses de tratamiento fisioterápico, el paciente es reevaluado por el médico rehabilitador. Refiere dolor en hombro izquierdo de características mecánicas y de un mes de evolución, que no mejora con analgésicos ni antiinflamatorios. Indica que no ha podido asistir a fisioterapia en la última semana debido al intenso dolor (EVA 8/10).

El paciente está consciente, orientado, con buen estado general, colaborador.

Miembros inferiores dentro de la normalidad con buen patrón de marcha sin ayudas técnicas.

Miembro superior derecho dentro de la normalidad.

Miembro superior izquierdo con balance articular activo: flexión de 90°; abducción de 80°; rotación externa con manos a nuca y codos adelantados al plano escapular; rotación interna con primer dedo a vértebra L4. Balance articular pasivo: dentro de la normalidad pero acompañado de intenso dolor. Balance muscular: deltoides 3/5; bíceps 4/5; flexores de dedos 4/5. Escala de Ashworth 2/5. Reflejos osteotendinosos exaltados. Hoffman positivo. Sensibilidad propioceptiva dentro de la normalidad.

Tras firmar el consentimiento informado, se procede a realizar el bloqueo del nervio supraescapular con anestésico (mepivacaína 2 ml) y glucocorticoides (acetónido de triamcinolona 1 ml)

Transcurrido un mes el paciente es reevaluado. Refiere continuar con omalgia de leve intensidad (3/5) que no le impide realizar las actividades básicas de la vida diaria. En la exploración física presenta el miembro superior izquierdo con balance articular activo: flexión 110°; abducción 120°; rotación externa con manos a nuca y codos en plano escapular; rotación interna con primer dedo a vértebra L1. Balance articular pasivo completo con leve dolor al final del arco de movimientos.

DISCUSIÓN

El bloqueo del nervio supraescapular (BNSE) es una medida terapéutica usada cada vez más en el dolor crónico de hombro, como capsulitis adhesiva, hombro pléjico, tendinitis calcificante, artritis reumatoide, etc. (7), (8). Son especialmente beneficiados los pacientes de avanzada edad que no pueden someterse a cirugía (9) y tienen contraindicadas las infiltraciones intraarticulares con corticoides y los fármacos antiinflamatorios por sus comorbilidades y los efectos adversos de esta medicación (10), (11).

Los resultados satisfactorios de nuestro caso clínico muestran que el bloqueo del nervio supraescapular podría reducir los síntomas de dolor en pacientes con dolor mecánico de hombro pléjico y proporcionar una mejora en la función del miembro superior pléjico. Es un tratamiento relativamente sencillo de realizar, seguro y barato que puede ser una alternativa terapéutica en estos pacientes.

Se necesitan más estudios y con mayor número de pacientes para valorar las opciones de tratamiento y desarrollar guías clínicas claras para el manejo del hombro hemipléjico doloroso.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Murie-Fernandez M, Carmona Iragui M, Gnanakumar V, et all. Hombro doloroso hemipléjico en pacientes con ictus: causas y manejo. *Neurología* 2012; 27(4):234-244.
- 2.- Marhofer P, Chan VW. Ultrasound-guided regional anesthesia: Xurrent concepts and future trends. *Anesth Analg* 2007; 104: 1265-1269.
3. Marcos Rassi Fernandes, Maria Alves Barbosa, Ana Luiza Lima Sousa, Gilson Cassem Ramos. Bloqueo del Nervio Supraescapular: Procedimiento Importante en la Práctica Clínica. *Rev Bras Anestesiol.* 2012; 62: 1: 96-104.
4. Shanahan E M, Ahern M, Smith M, Wetherall M, Bresnihan B, Fitzgerald O. Suprascapular nerve block (using bupivacaine and methylprednisolone acetate) in chronic shoulder pain. *Ann Rheum Dis* 2003;62:400–406.
5. Dominic Harmon, Conor Hearty. Ultrasound-guided Suprascapular Nerve Block Technique. *Pain Physician* 2007; 10:743-746.
6. Félix M Francisco Hernández. Bloqueo del nervio supraescapular. *Semin Fund Esp Reumatol.* 2006; 7: 27-37.
7. Karatas GK, Meray J. Suprascapular Nerve Block for Pain Relief in Adhesive Capsulitis: Comparison of 2 Different Techniques. *Arch Phys Med Rehabil* 2002. 83: 593-7.
8. Adey-Wakeling Z, Crotty M, Shanahan EM. Suprascapular Nerve Block for Shoulder Pain in the First Year After Stroke: A Randomized Controlled Trial. *Stroke.* 2013 Aug 22.
9. Marcos Rassi Fernandes; Maria Alves Barbosa; Ana Luiza Lima Sousa; Gilson Cassem Ramos. Suprascapular nerve block: important procedure in clinical practice. Part II. *Rev. Bras. Reumatol.* vol.52 no.4 São Paulo July/Aug. 2012.
10. Viana R, Pereira S, Mehta S, Miller T, Teasell R. Evidence for therapeutic interventions for hemiplegic shoulder pain during the chronic stage of stroke: a review. *Top Rehabil Stroke.* 2012 Nov-Dec, 19 (6): 514-22.
11. Mehmet Ali Taskaynatan, Bilge Yilmaz, Ahmet Ozgul, Kamil Yazicioglu, Tunc Alp Kalyon. Supraescapular Nerve Block versus Steroid Injection for Non-Specific Shoulder Pain. *Tohoku J. Exp. Med.*, 2005, 205, 19-25.

SÍNDROME DE INMOVILIDAD INTRAHOSPITALARIA EN EL PACIENTE ANCIANO

M.D.M. Miras Ramón ⁽¹⁾, L. Carnerero Córdoba ⁽²⁾, L. Marina Zufía ⁽²⁾.

⁽¹⁾ Hospital Torrecárdenas; ⁽²⁾ Hospital Torrecárdenas.

INTRODUCCIÓN

La movilidad, o capacidad de desplazamiento en el medio que rodea al individuo, es un indicador del nivel de salud del anciano y de su calidad de vida.

Llamamos inmovilismo a la disminución de la capacidad para desempeñar actividades de autocuidado y de la vida diaria por deterioro de las funciones motoras.

El síndrome de inmovilidad o desacondicionamiento es un problema geriátrico caracterizado por una reducción marcada de la tolerancia al ejercicio (respuesta taquicardizante, hipertensión arterial, disnea), progresiva debilidad muscular y, en casos extremos, pérdida de los automatismos y reflejos posturales que imposibilitan la deambulación.

Se puede distinguir una inmovilidad relativa, en la que el anciano lleva una vida sedentaria pero es capaz de moverse con menor o mayor independencia, de una inmovilidad absoluta, que implica el encamamiento crónico (estando muy limitada la variabilidad postural).

Otra forma de clasificar la inmovilidad es en base a la rapidez con la que se instaura, denominándose inmovilidad aguda aquella pérdida de independencia que ocurre durante un mínimo de 3 días, y progresiva cuando ocurre de forma paulatina.

La inmovilidad aumenta con la edad. El 18% de los mayores de 65 años tiene problemas para moverse sin ayudas. El 50% de los mayores de 75 años tiene problemas para salir de su domicilio (y un 20% están confinados permanentemente en el mismo).

Los orígenes de la inmovilidad en personas mayores pueden ser debidos a muy diversas causas, tanto debidas a la pérdida de las capacidades físicas (disminución de la capacidad de respiración, dolor y rigidez en las articulaciones, disminución del equilibrio, alteración de la visión o la audición), como al deterioro cognitivo secundario a enfermedades neurológicas (Demencia, Parkinson), a la falta de estímulo social, a la existencia de síntomas depresivos, a la presencia de barreras arquitectónicas dentro y fuera del domicilio o al uso de fármacos sedantes o hipnóticos.

Estos factores condicionan una disminución paulatina de la movilidad y del ejercicio físico, lo que conlleva una serie de complicaciones orgánicas (atrofia de la musculatura, contracturas y anquilosis articulares, úlceras por decúbito, trombosis venosa profunda, tromboembolismo pulmonar, estreñimiento e impactación fecal, incontinencia esfinteriana, privación sensorial), psicológicas (trastornos depresivos, delirium, miedo a las caídas) o sociales (aislamiento social, incapacidad en el autocuidado e incluso institucionalización).

Esta disminución de la movilidad es especialmente importante en los momentos de presencia de patología aguda, sobre todo si precisa de hospitalización. Pudiendo producirse lo que se conoce como “cascada de acontecimientos”, por ejemplo, un paciente ingresado por una reagudización del EPOC, puede presentar durante la hospitalización un síndrome confusional agudo, dificultando los cuidados habituales, lo que lleva a la aparición de úlceras por presión en talones que limitan la marcha y la bipedestación, lo que termina repercutiendo en la pérdida de la musculatura y la disminución del equilibrio del paciente, aumentando por tanto el riesgo de caída.

Considerando que el 33% de los pacientes ancianos que quedan en inmovilidad por un proceso agudo fallecen en un plazo de 3 meses y más del 50% a los 12 meses, y que el 59% de los ancianos ingresados

en unidades de agudos inician dependencia en una nueva actividad de la vida diaria, se puede afirmar que esta “cascada de acontecimientos” complica de forma extraordinaria el pronóstico de cualquier episodio patológico agudo en las personas mayores

Por tanto, desde el punto de vista rehabilitador, la importancia de este síndrome de inmovilidad, especialmente el secundario a un proceso agudo, radica en su potencial reversibilidad y en nuestra capacidad de prevenirlo, poniendo un marcha un plan precoz de movilización y recuperación funcional.

OBJETIVO

Describir las características del paciente geriátrico con síndrome de inmovilidad durante la estancia hospitalaria.

DISEÑO

Estudio descriptivo transversal. Pacientes geriátricos con síndrome de inmovilidad en el Hospital de Torrecárdenas de Almería. Durante un período de 6 meses, comprendido entre el 1 de Enero al 30 de Junio del 2013.

MATERIAL Y MÉTODOS

Pacientes geriátricos que han requerido valoración por el Servicio de Rehabilitación por cuadro de deterioro motor secundario a ingreso hospitalario durante el período indicado. La muestra corresponde a un total de 67 pacientes. Variables recogidas de la historia clínica (Diraya): datos biométricos, motivo de ingreso, tiempo de ingreso, tiempo desde el ingreso hasta la consulta al Servicio de Rehabilitación, comorbilidad, polifarmacia, presencia de alteración cognitiva, estado funcional previo, capacidad de deambulación previa y al alta, prescripción de tratamiento fisioterápico durante el ingreso y destino al alta hospitalaria.

Análisis estadístico con el SPSS v.20.

RESULTADOS

De los 67 pacientes, 44% eran mujeres y 55% eran hombres, con una media de edad de 78,7 años.

El principal motivo de ingreso fueron las patologías respiratorias en un 38,8% de los casos, seguido del 20,9% por causas variadas (excluyendo ingreso tras cirugía en un 17,9%, causa cardiovascular en un 16,4% y digestiva en un 6%).

En el 61,2% de los pacientes eran independientes para la deambulación y para las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) previamente al ingreso, requiriendo sólo un 11,9% ayuda de otra persona para caminar y siendo dependientes para las ABVD en un 38,8% (de los que sólo un 6% eran totalmente dependientes).

El 76.1% de los pacientes estaban polimedicados (por lo que reciben más de 4 fármacos diariamente) y el 86.6 % presentaban uno o más trastornos además del trastorno primario que originó el ingreso hospitalario. Además, el 19,4% presentaban enfermedad cognitiva diagnosticada.

Al alta hospitalaria el 58,1% de los pacientes realizaban algún tipo de marcha (11,9 % de forma independientes, 31,3% con alguna ayuda técnica y 14,9% con ayuda de otra persona) y 29,9% no.

De los pacientes valorados se indicó fisioterapia intrahospitalaria en el 91% de los casos, no realizándose en aquellos pacientes con buena capacidad motora a nuestra valoración o pacientes con inestabilidad clínica.

El tiempo medio de ingreso de estos pacientes fue de 24,2 días (con un mínimo de 3 días y un máximo de 62), siendo valorados por el Servicio de Rehabilitación a los 15,1 días de media tras el ingreso hospitalario (con un mínimo de 1 día y un máximo de 43).

Al alta hospitalaria el 31,3% de los pacientes fueron dados de alta del Servicio de Rehabilitación al presentar una buena evolución motora, mientras que un 37,3% continuaron tratamiento (3% de forma ambulatoria y 34,3% en la unidad móvil). Y en un 9% de los pacientes el resultado fue de éxitos.

DISCUSIÓN

Según los resultados de nuestro estudio el perfil del paciente geriátrico con deterioro motor tras ingreso hospitalario es el de un paciente hombre o mujer, con patología respiratoria (EPOC en la mayoría de los casos), polimedcado y pluripatológico.

En relación a la independencia previa al deterioro motor, algo más de la mitad de los pacientes de la muestra caminaban previamente al ingreso sin ningún tipo de ayuda (61%), siendo dependientes para las ABVDs en un porcentaje moderado (38%).

Con respecto al tratamiento a pesar de llevarse a cabo en la mayoría de los pacientes consultados al servicio de rehabilitación (91%) éste quizá tardó en iniciarse (15 días tras el ingreso).

Los resultados muestran que al alta algo más de la mitad de los pacientes realizaban algún tipo de marcha (58%), aunque sólo una pequeña proporción fueran totalmente independientes (20%), precisando la continuidad del tratamiento fisioterápico tras el alta en un 37% de los casos.

Los resultados nos indican que la disminución de la movilidad secundaria a un proceso agudo que requiere hospitalización conlleva generalmente la pérdida de la capacidad de desplazamiento al alta hospitalaria, lo que repercute de forma importante en la calidad de vida del anciano.

CONCLUSIONES

Debido a la importante repercusión que este síndrome conlleva en relación a la capacidad de deambulación del paciente geriátrico, y por tanto en su calidad de vida, sería adecuado realizar una valoración funcional precoz del paciente geriátrico ingresado con síndrome de inmovilidad para así determinar un tratamiento específico lo antes posible.

Desarrollar un protocolo de rehabilitación en estos pacientes desde su ingreso hospitalario sería lo más indicado.

Son necesarios estudios más amplios, tanto en el tiempo, para valorar la evolución de estos pacientes a largo plazo, como en las variables a considerar al alta, no sólo ya la capacidad de deambulación si no también variables de calidad de vida e independencia funcional a corto y largo plazo, para poder conocer la repercusión real de este síndrome de inmovilidad e implementar las medidas necesarias para prevenirlo.

BIBLIOGRAFÍA

- Carbonell A, editor. Síndrome de inmovilidad. Monografías de Geriátria y Gerontología. Madrid: Aula Médica; 1999. 1(1), p. 1-67
- Cruz AJ. Síndromes geriátricos específicos. Madrid: Editores Médicos, S.A., 1995.
- González JI, Alarcón MT. Grandes síndromes geriátricos. Concepto y prevención de los más importantes. *Medicine*. 2003; 8(108):5778-85.
- Gómez Ayala, Adela-Emilia. Grandes síndrome geriátricos. *Farmacia Profesional*. 2005; 19:70-4.
- C. Jiménez y B. Carrillo. Manual de Geriátria Salgado Alba, Masson, 3º Edición, Barcelona 2002

DEGENERACIÓN MOTORA

A. Peinado Cano ⁽¹⁾, M. Ricart Asensi ⁽²⁾, A.M. Rivera Moya ⁽³⁾, A. Fernández Leyva ⁽⁴⁾, M.V. Rabell Iñigo ⁽¹⁾, L. Sebastian Chapman ⁽⁵⁾.

⁽¹⁾ C.S Plaza de Toros; ⁽²⁾ Anestesiología y Reanimación-Comlejo Hospitalario Torrecárdenas; ⁽³⁾ CS Plaza de Toros; ⁽⁴⁾ U.G.C Plaza De Toros.; ⁽⁵⁾ Oftalología-Comlejo Hospitalario Torrecárdenas

OBJETIVOS / MÉTODOS

Abordaje de un caso de esclerosis lateral amiotrófica en Atención Primaria.

La Esclerosis Lateral Amiotrófica (ELA) pertenece a a los síndromes de las neuronas motoras superiores e inferiores (Enfermedad de la Motoneurona del Adulto) que comprende: Esclerosis Lateral Amiotrófica, Parálisis Bulbar Progresiva, Amiotrofia Muscular Progresiva y Esclerosis Lateral Primaria. Siendo la ELA la forma más frecuente de enfermedad progresiva de la neurona motora, prototipo de enfermedad neuronal y probablemente el más devastador de los trastornos neurodegenerativos(1).

Son numerosos los factores involucrados en estos síndromes:

1.No genéticos:

- Envejecimiento, virus, intoxicaciones por metales o Síndromes Paraneoplásicos(2).
- En el caso de ELA de un 90 a 95 por ciento de los casos, la enfermedad ocurre aparentemente sin ningún factor de riesgo claramente asociado. Los pacientes no tienen una historia familiar de la enfermedad y no se considera que los miembros de la familia tengan mayor riesgo de desarrollar la enfermedad(1)(2).
- Recientemente además de las líneas de investigación genética sobre los casos hereditarios de ELA, la comunidad científica también se ha concentrado en el papel del Glutamato en la degeneración de las neuronas motoras. El Glutamato es uno de los mensajeros químicos o neurotransmisores en el cerebro. Los científicos han descubierto que, comparándose con personas saludables, los pacientes con ELA tienen niveles más altos del Glutamato en el suero y en el líquido cefalorraquídeo (alrededor de la médula espinal). Los estudios de laboratorio han demostrado que las neuronas comienzan a morir cuando están expuestas por largos períodos a cantidades excesivas de Glutamato. Ahora, los científicos están tratando de comprender qué mecanismos llevan a una acumulación innecesaria del Glutamato en el líquido cefalorraquídeo y cómo este desequilibrio puede contribuir al desarrollo de la ELA(3).

2. Genéticos:

- El 10% de los casos de ELA son formas familiares autosómicas dominantes o recesivas, siendo la base genética heterogénea con predominio de las formas autosómicas dominantes. Se han descrito 14 loci con ocho genes clonados.(2)
- La mutación más frecuente es la del gen SOD 1 (ALS1): Codifica para la Superóxido Dismutasa tipo 1, enzima involucrada en los mecanismos de protección celular frente a la oxidación por radicales libres, quienes desempeñan un papel de liderazgo en enfermedades neurodegenerativas(2). Los estudios recientes demostraron que DJ-1 y SOD1 están fuertemente relacionadas con la proteína Nrf2, factor de transcripción y el regulador maestro de la expresión de muchos genes antioxidantes / desintoxicación. Nrf2 está emergiendo como una proteína neuroprotectora clave en las enfermedades neurodegenerativas, ya que ayuda a las células neuronales para hacer frente a los insultos tóxicos y el sistema operativo. proporciona una imagen detallada de la eficacia terapéutica prometedora de Nrf2 inductores naturales y sintéticos como modificadores de la enfermedad moléculas para el tratamiento de enfermedades neurodegenerativas(4).
- Delección o mutación de SMN1 combinado con la incapacidad de SMN2 para compensar la pérdida de SMN1 en la Atrofia Muscular Espinal, causa genética principal de mortalidad infantil(5).
- El gen ALSINA (ALS 2): Codifica la proteína intercambiadora de Guanina implicada en los procesos de señalización celular, tráfico de membranas y organización del citoesqueleto, las mutaciones del gen causan degeneración de todos los tipos de motoneuronas y se correlacionan con un tipo de ELA muy variable(2)(6).

- Mutaciones heterocigotas de Senataxina (ALS4) codifica para una Helicasa DNA/RNA, se asocia con un fenotipo quiescente de con predominio de la amiotrofia. Mutaciones heterocigotas del gen causan AOA2 (apraxia con atrofia oculomotora de tipo 2).(2).
- Mutaciones de VAPB (synaptobrevin-associated protein B), proteína relacionada con tráfico de vesículas causan ELA típica o atípica.
- El gen TARDBP que codifica para la proteína TDP-43 (TAR DNA-binding protein 43), participa en los procesos de transcripción, regulación de splicing y estabilización del mRNA. Las mutaciones en este gen son responsables del 4% de los casos familiares de ELA y alrededor del 1,5% de los esporádicos. Los mecanismos patogénicos de las mutaciones TARDBP, presumiblemente factoriales aún no han sido esclarecidos, aunque hasta la fecha se han descrito 38 mutaciones diferentes, la mayoría missense, en unas 80 familias. El fenotipo asociado a mutaciones en TARDBP es el de la ELA clásica. Con afectación bulbar, de extremidades o respiratorias, con inicio de edad variable aunque de predominio adulto. La proteína TDP también se encuentra en las inclusiones de pacientes con demencia frontotemporal (DFT), sin embargo, las mutaciones en TARDBP son una causa muy rara de DFT(1)(2).
- La proteína FUS (fused in sarcoma protein) es estructural y funcionalmente muy similar a TDP-43. Las mutaciones en este gen son aproximadamente responsables de aproximadamente el 4% de los casos familiares de ELA y menos del 1% de los esporádicos(7)(8).
- Se ha descrito una penetrancia incompleta en algunas familias. En escasos casos autopsiados la prot FUS aparece depositada en las inclusiones citoplasmáticas de los pacientes con mutaciones en este gen. También FUS aparece en las inclusiones de un subgrupo de pacientes de con DFT, si bien no se han identificado mutaciones en el gen de FUS en estos pacientes(2)(7).
- Se han descrito raras mutaciones en los genes Angiogenina (ANG) y Dinactina (DCTN1). La proteína Dinactina participa en el transporte axoplásmico y su mutación originó en una única familia un trastorno de segunda motoneurona de herencia AD con paresia de cuerdas vocales y debilidad de respiratoria(1)(2).
- Los genes responsables de de los loci ALS 3, 5-7 aún no se han sido identificados.
- Variaciones de otros genes como NEFH, APOE, SMNI Y VEGF se han relacionado en algunos estudios con una mayor susceptibilidad para desarrollar la enfermedad(2).

Hasta la fecha se han descrito 35 mutaciones patogénicas diferentes, la mayoría missense en casos de ELA en los cinco continentes. El cuadro clínico habitual es una ELA clásica, aunque algunos pacientes pueden no presentar signos de afección de motoneurona superior(2).

En definitiva no se conoce la causa exacta de ELA y los científicos aún no saben por qué ataca a algunas personas y a otras no. Las investigaciones futuras pueden demostrar que muchos factores, incluyendo una predisposición genética, pueden estar involucrados en el desarrollo de la ELA(8).

En la ELA hay pérdida neuronal en la corteza motora, el asta anterior de la médula y los núcleos motores del tronco cerebral, excepto oculomotores. La atrofia neuronal se acompaña de gliosis, imágenes de neuronofagia, esferoides axonales en las raíces motoras, pérdida de axones motores en los nervios y desmielinización de la vía piramidal que predomina distalmente (fenómeno de dying back). El núcleo de Onuf, que inerva el esfínter externo de la vejiga y del ano está preservado. En el músculo hay atrofia neurogéna(2).

Las lesiones quedan circunscritas a las neuronas motoras inferiores en la Amiotrofia Muscular Progresiva y a la vía corticoespinal en la Esclerosis Lateral Primaria(9).

Tanto en las motoneuronas espinales como en las neuronas frontales es frecuente encontrar inclusiones reactivas para Ubiquitina y TDP43(2)

En casos de ELA familiar asociada a mutaciones de los genes SOD1 o FUS, pueden verse inclusiones reactivas para las proteínas por ellos codificadas, pero no para TDP43(4).

Mujer de 64 años con dolores, molestias en MMII y debilidad progresiva desde 2006 en seguimiento por MAP que llevó a cabo tratamiento sintomático y derivación a neurología para estudio, siendo diagnosticada de Estenosis Foraminal L4-L5, Radiculopatía L4-L5, Pie Equino Bilateral, HTA, Asma Bronquial e Hipotiroidismo.

Tras continuar con empeoramiento del cuadro durante cinco años se empezó a sospechar otra patología, la paciente sufría ahora amiotrofia extensa y asimétrica, fasciculaciones, debilidad, exaltación

de reflejos miotáticos, disminución de la sensibilidad termoanalgésica ipsilateral facial, cefalea en la parte superior y posterior del cuello, hipoalgesia e hipoestesia de tronco y extremidades y espasticidad. Conservando la continencia de esfínteres y la motilidad ocular.

Se decidió derivar a Servicio de Neurología para estudio con sospecha de Síndrome de las neuronas motoras superiores e inferiores En Neurología se realizó diagnóstico diferencial clínico entre:

- Parálisis Bulbar Progresiva: Dónde la sintomatología bulbar sería la semiología dominante.
- Amiotrofia Muscular Progresiva: Curso con amiotrofia y fasciculaciones sin síntomas piramidales, además en un tercio de los casos puede aparecer un trastorno cognitivo de las funciones frontotemporales.
- Esclerosis Lateral Primaria: El cuadro clínico está constituido por un Síndrome Piramidal Bilateral Progresivo que incluye cuadriparesia, disartria, disfagia, risa y llanto espasmódico, hiperreflexia y signo de Babinsky; no hay amiotrofia ni demencia, y los trastornos de esfínteres son inconstantes y tardíos.
- Esclerosis Lateral Amiotrófica: Afecta a las motoneuronas superiores que se localizan en el cerebro y ejercen un control sobre las inferiores, que están situadas en el tronco cerebral y en la médula, y son las encargadas de transmitir las órdenes a los músculos para que funcionen. La alteración de estas células nerviosas motoras puede evolucionar hacia la rigidez y la atrofia gradual de los músculos.

La enfermedad puede comenzar por:

- Un Síndrome Bulbar-Pseudobulbar (*parálisis bulbar progresiva*).
- Un Síndrome de Motoneurona Superior (*esclerosis lateral primaria*).
- Un Síndrome de Motoneurona Inferior (*atrofia muscular progresiva*).

Si comienza con afectación de motoneurona superior los síntomas característicos serán rigidez o espasticidad de los músculos, más acentuado en miembros inferiores, aumento de los reflejos, pérdida de destreza, debilidad muscular breve, atrofia muscular leve (volumen y tamaño de músculos afectados), puede aparecer mano en garra si se afectan la musculatura extensora de los dedos.

Si comienza con afectación de motoneurona inferior la sintomatología característica será debilidad muscular acentuada, importante atrofia muscular, pérdida de reflejos, contracciones musculares involuntarias, fasciculaciones arrítmicas e indoloras, hipotonía o flacidez y calambres musculares.

Si por el contrario comienza con afectación bulbar nos encontraremos con disfagia, sialorrea, disartria, voz nasal y risa y llanto espasmódicos(9).

Además de cual sea el inicio de la sintomatología también se ha de tener en cuenta que puede predominar alguna afectación sobre otra, por lo tanto si predomina la motoneurona superior nos encontraremos una parálisis bulbar espástica o parálisis pseudobulbar(10) como síntoma más llamativo y el paciente presentará llanto y risa espasmódica además de lentificación de movimientos linguales y ausencia de elevación del paladar. Por el contrario si predomina la afectación de la motoneurona inferior aparecerá una parálisis bulbar flácida o parálisis bulbar progresiva, caracterizada por dificultad para tragar, masticar y para la fonación; pueden aparecer complicaciones desnutrición o Neumonía por aspiración(1)(2)(9).

No están afectadas las facultades intelectuales ni los órganos de los sentidos, así como tampoco se alteran los esfínteres ni la función sexual. (2)(9).

Conforme se desarrolla el caso que nos compete irán apareciendo los diferentes signos y síntomas.

Neurología se basó en el cumplimiento de los criterios de El Escorial, establecidos por la Federación Mundial de Neurología, quién se basa en clínica, pruebas electrofisiológicas y de imagen:

- Signos clínicos, neurofisiológicos o neuropatológicos de afectación de motoneurona inferior.
- Signos clínicos de afectación de motoneurona superior.
- Carácter progresivo y afectación sucesiva de distintas regiones anatómicas.

- Demostración mediante estudios de neuroimagen ausencia de otras lesiones que justifiquen síntomas y hallazgos electrofisiológicos.
- Ausencia de signos electrofisiológicos o patológicos de otras enfermedades que puedan explicar la afectación de motoneurona superior e inferior.

Dada la clínica de afectación de primera y segunda motoneurona, Síndrome bulbar y Pseudobulbar, la realización de EMG que confirmó la afectación neurógena en los músculos clínicamente implicados y permitió la afectación subclínica de otros, informándose como pérdida de unidades motoras, gran incremento del territorio de unidad motora con potenciales polifásicos y actividad espontánea de desnervación (ondas positivas, fibrilaciones y fasciculaciones), con velocidad de conducción nerviosa normal y afectación de musculatura paravertebral (a diferencia de Radiculopatía) se diagnosticó de degeneración axonal motor axonotmesis grado II y desmielinización de MMII y la ausencia de lesiones en RM sin despreciar que la paciente se encontraba en el intervalo de edad más frecuente para ELA (entre los 60 y los 90 años)(2) el Servicio de Neurología concluyó con el fatídico diagnóstico de ELA en 2011.

En éste momento la paciente presentaba un índice de Bartel de 70, que valora la capacidad de una persona para realizar de forma independiente o dependiente las diez ABVD :Comer, bañarse, vestirse, arreglarse, deposición, micción, ir al servicio, traslado cama/sillón, deambulación y subir escaleras. Otorgando una puntuación de 0, 5, 10 y 15 en función del tiempo empleado en la realización y la necesidad de ayuda para llevarla a cabo, obteniéndose una puntuación final que varía de 0 a 100. Considerando independiente un valor de 100 ó 95 si el paciente está en silla de ruedas; dependiente leve entre 91 y 99; dependiente moderado entre 61 y 90; dependiente grave entre 21 y 60 y dependiente total entre 0 y 20.(11).

El tratamiento consiste en dos grandes vertientes:

- Tratamiento Sintomático: es crucial y se basa en una actuación multidisciplinar llevada a cabo por:

1. Atención Primaria: Encargados de controlar la evolución del paciente, resolver situaciones sintomáticas y derivar en caso de necesidad. Tras comprobar que el cuadro de la paciente empeoraba de su supuesta Radiculopatía la derivaron para estudio por Neurología.

2. Servicio de Neurología: Tras estudiar el caso como anteriormente hemos comentado la diagnosticaron de ELA. **Siete meses** más tarde del diagnóstico nuestra paciente presentó atrofia de MMII distales, de eminencia tenar bilateral, marcha parética con aumento de la base de sustentación, deterioro de la deambulación y riesgo de caídas. En todo el proceso realizaron analíticas de control con parámetros dentro de la normalidad.

3. Enfermera Gestora de Casos, quien fue la encargada de desarrollar un proceso de colaboración de recursos, servicios y entre profesionales en diferentes niveles asistenciales; para dar respuesta a las necesidades de la paciente y cuidador familiar en un contexto de complejidad clínica creciente. Inicialmente elaboró un plan de cuidados desde una perspectiva biopsicosocial en colaboración con su Enfermera de referencia. Se incluyó la atención en el final de la vida dentro del marco de la Ley 2/2012 de Derechos y Garantías de la Dignidad de la Persona en el Proceso de Muerte(12); finalizando con el registro de Voluntades Vitales Anticipadas(13).

Dicho testamento consiste en un documento de voluntades anticipadas, expresar la voluntad sobre las atenciones médicas que se desean o no se desean recibir si se padece una enfermedad terminal o irreversible. Cada comunidad autónoma cuenta con su modelo de declaración de voluntad anticipada. Es una manifestación que consta por escrito y que realiza un apersona de forma consciente y sin coacción alguna respecto a las opciones e instrucciones que desea que se respeten en una asistencia sanitaria futura en la cual, llegado el caso, no pudiera expresar por si misma su voluntad. Además de las opciones e instrucciones, permite a su autor nombrar a un representante para que si fuera necesario, tome decisiones u otorgue el consentimiento informado en su nombre, de acuerdo con la voluntad declarada y con sus valores morales, tradiciones culturales y creencias.

Gestionó la solicitud de material ortoprotésico necesario para la atención domiciliaria: cama articulada eléctrica, dos barandillas, colchón de manejo de presiones, grúa eléctrica, aspirador de secreciones y para aerosolterapia. Facilitó el acceso a los diferentes servicios y consultas gracias a la colaboración con la unidad de geriatría del usuario mediante el acto único asistencial; haciendo coincidir en el mismo día diferentes citas., además facilitó al cuidador familiar la tarjeta de cuidador para asegurar medidas de discriminación positiva en la atención sanitaria profesional a paciente y cuidador.

Derivó a la paciente a Trabajadora Social y la coordinó con la Terapeuta Ocupacional y el equipo de Rehabilitación domiciliaria(14)(15)

4. Trabajadora Social del centro: Llevó a cabo la tarea de información sobre recursos comunitarios, formas de acceso y profesionales de contacto como: voluntariado, servicio de comidas a domicilio y de ayuda domiciliaria, asociación de enfermos con ELA. Se le explicó trámites y procedimientos a seguir para solicitar recursos a través de la Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de Dependencia.

5. Terapeuta Ocupacional: Facilitó readaptaciones funcionales de la paciente y cuidador junto al entrenamiento en las actividades cotidianas según su estado de salud. Informó sobre adaptaciones en el hogar necesarias como la sustitución de bañera por plato de ducha, elevador de WC, asideros, suelos antideslizantes, etc.

6. Equipo de Rehabilitación domiciliaria: Permitió a la paciente recibir en su domicilio una gran cantidad de técnicas de fisioterapia para mantenerla en las mejores condiciones físicas en cada fase de la enfermedad y que se llevaron a cabo lo más precozmente posible. Además se prescribió material técnico específico para la paciente como férula antiequino, silla de ruedas de calle y finalmente silla de ruedas eléctrica(15).

Tras este tratamiento la paciente mantenía la bipedestación pero no una marcha autónoma. Presentando **seis meses** más tarde dependencia severa, disnea a mínimo esfuerzo y disfagia con hipersalivación, recomendándose para eliminar las secreciones evitar ambientes secos, aumentar la toma de líquidos y toser eficazmente. Fue necesario individualizar la dieta y terminó necesitando un inspirómetro. Se instruyó al cuidador sobre técnicas de percusión, drenaje postural y en la maniobra de Heimlich.

Un mes más tarde presentó abdomen globuloso por debilidad de la musculatura de pared abdominal y estreñimiento recibiendo enemas de limpieza.

7. Cuidador Psicólogo: **Tres meses** más tarde recibió apoyo psicológico en domicilio por encontrarse comenzando el proceso de duelo descrito por la Dra. E. Ross(16).

- Fase de negación y aislamiento: Con dicha fase comienza el proceso y permite amortiguar el dolor, es una defensa provisoria.
- Fase de ira: Especialmente difícil de afrontar por el cuidador y la paciente presentaba culpabilidad.
- Fase de pacto o negociación: Con el objetivo de superar la situación de duelo, pero sin aceptar las circunstancias.
- Fase de depresión: La paciente se encontraba abatida a pesar del apoyo familiar e interdisciplinar que recibía.
- Fase de aceptación: Última fase del proceso en donde la paciente aceptó su duelo.

Dos meses después la paciente conocía el progreso que llevaría su enfermedad y debido al estrés que esto supuso debutó con un cuadro ansioso-depresivo, presentando palpitaciones, sudoración, mareo, dolor precordial, insomnio e irritabilidad, para el cual necesitó tratamiento. Además comenzó a presentar dificultad para abrir la boca, respirar, toser y hablar.

8. Logopeda: Instruyó a la paciente en técnicas para una mejor fonación.

9. Servicio de Neurología: **Un mes** más tarde la paciente era dependiente total, sufrió un cuadro de infección respiratoria posiblemente por una aspiración producida por la inmovilidad. Apneas nocturnas e insuficiencia respiratoria global, se retiró Riluzol.

Se controló la función respiratoria con determinaciones periódicas de la capacidad vital, comenzando con fisioterapia respiratoria siendo la afectación de su CV moderada, prescribiéndosele oxígeno domiciliario. **Tres meses** más tarde tras fracasar la fisioterapia respiratoria la paciente necesitó soporte ventilatorio no invasivo con BPAP, antes se informó y asesoró a la paciente y al cuidador. Con dicha ventilación consiguió mejor la oxigenación en la sangre, disminuir el trabajo respiratorio, la fatiga muscular y mejorar la calidad de sueño. En ningún momento fue necesaria la ventilación mecánica(17).

10. Nutricionista: **Dos meses** más tarde la paciente fue derivada al Servicio de Nutrición para suplementos nutricionales y espesantes por aumento de disfagia.

Actualmente nuestra paciente aún no ha necesitado vías de acceso para nutrición enteral. Seguramente las necesite en un futuro no muy lejano.

➤ Tratamiento Etiológico:

No existe tratamiento etiológico, sólo Riluzol (Rilutek) a dosis de 100 mg/día que se cree que reduce el daño a las neuronas motoras al disminuir la liberación del Glutamato Produciendo una respuesta

clínica modesta y alargando la supervivencia unos dos meses o hasta la instauración de sintomatología respiratoria acusada. Se ha de tener especial precaución en la prescripción en pacientes con insuficiencia renal, antecedentes de función hepática anormal, siendo necesario determinar las Transaminasas séricas antes y durante el tratamiento(2)(18)(19). Varios ensayos clínicos se han llevado a cabo sobre antiglutaminérgicos, antioxidantes, agentes anti-apoptóticos y los factores de crecimiento de células, pero no han demostrado eficacia en la supervivencia o calidad de vida. Por lo tanto, los ensayos clínicos con terapias innovadoras y las células madre están en curso y ofrecen una esperanza más distante(19).

La literatura reciente proporciona una imagen detallada de la eficacia terapéutica prometedora de Nrf2l (factor de transcripción que regula la expresión inducible de numerosos genes de enzimas detoxificantes y antioxidantes con capacidades modificadoras de la enfermedad(4).

Para el tratamiento de la espasticidad lingual puede ser útil Baclofeno (80mg/día)(2).

En casos de disfgia se plantea la Miotomía del músculo Cricofaríngeo o PEG(2).

La sialorrea puede tratarse con aspiración intermitente, antagonistas del calcio o amitriptilina,. Siendo la neurotoxina botulínica (NTBo) un tratamiento de segunda línea seguro y con pocos efectos adversos, pero que según la comunidad científica se debe personalizar y tomar precauciones especiales cuando los pacientes no cuentan con un ventilador y una sonda nasogástrica.

Los remedios herbarios ofrecen buenas perspectivas de la prevención y el tratamiento ELA, con ventajas tales como múltiples objetivos, múltiples enlaces y pocos efectos secundarios. Estudios in vitro e in vivo han demostrado que las hierbas tienen un gran potencial para el tratamiento de la ELA, con efectos terapéuticos contra el estrés oxidativo, la toxicidad de aminoácidos excitadores como Glutamato, neuroinflamación, y la citotoxicidad de Calcio. Monómeros o ingredientes activos extraídos de hierbas se consideran candidatos prometedores: Madecassoides, Epigallocatechin Gallate, Diallyl Trisulfide, Pricoside II, Morroniside, Ampelopsin, Astragaloside IV entre otros(19).

La evidencia sobre el uso terapéutico de los cannabinoides en la ELA está limitado, sin embargo un reto para la investigación futura es el desarrollo de nuevos compuestos con mayor selectividad para diferentes componentes del Sistema Endocannabinoide, ya que se sabe que un importante modulador de diversos procesos del SNC(22).

Siendo la ELA un trastorno degenerativo de las células de las motoneuronas con desenlace fatal, la esperanza de vida suele ser de tres a cinco años(2)(23).

Actualmente se recomienda el diagnóstico molecular de las formas familiares en laboratorios de referencia(2)(23).

RUSLTADO/CONCLUSION

Actualmente la paciente se encuentra en seguimiento domiciliario, principalmente por ECG y MAP dependiente total para las ABVD y con aceptación por completo de su proceso.

BIBLIOGRAFÍA

1. Robert H. Brown, Jr. Esclerosis Lateral Amiotrófica, En: Harrison, Principios de Medicina Interna. XVII ed. Mc Graw-Hill de España 2008. Vol 2, 369: 2572-2576.
2. J.Á Berciano Blanco. Síndromes espinocerebelosos y enfermedades de la motoneurona. En: Ferreras/Rozman, Medicina Interna. XVII ed. Barcelona Elsevier 2012. Vol 2, 174: 1379-1382.
3. Willard SS, Koochekpour S. Glutamate signaling in benign and malignant disorders: current status, future perspectives, and therapeutic implications. IntJ Biol Sci. 2013 Aug 9;9(7):728-42. PubMed.
4. Milani P, Ambrosi G, Gammoh O, Blandini F, Cereda C. SOD1 and DJ-1 Converge at Nrf2 Pathway: A Clue for Antioxidant Therapeutic Potential in Neurodegeneration. Oxid Med Cell Longev. Epub 2013 Jul. Pubmed.
5. Seo J, Howell MD, Singh NN, Singh RN. Spinal muscular atrophy: An update on therapeutic progress. Biochim Biophys Acta. 2013 Aug 27.
6. Limpert AS, Mattmann ME, Cosford ND. Recent progress in the discovery of small molecules for the treatment of amyotrophic lateral sclerosis (ALS). Beilstein J Org Chem. 2013 Apr. PubMed.

7. Sreedharan J, Brown RH Jr. Amyotrophic lateral sclerosis: Problems and prospects. *Ann Neurol*. 2013 Aug 22. PubMed.
8. Boyd JD, Lee-Armandt JP, Feiler MS, Zaur N, Liu M, Kraemer B, Concannon JB, Ebata A, Wolozin B, Glicksman MA. A High-Content Screen Identifies Novel Compounds That Inhibit Stress-Induced TDP-43 Cellular Aggregation and Associated Cytotoxicity. *J Biomol Screen*. 2013 Sep 9. PubMed.
9. P. Gotor Perez, M^a L. Martínez Martín, P. Parrilla Novo, M. Astillero Ballesteros, E. Grande García, N. Ordeñoñez Banegas, R. Rivas Jaramillo. Manual de Cuidados Para Personas Afectadas de Esclerosis Lateral Amiotrófica, En adelaweb.com.
10. Brooks BR, Crumacker D, Fellus J, Kantor D, Kaye RE. PRISM: A Novel Research Tool to Assess the Prevalence of Pseudobulbar Affect Symptoms across Neurological Conditions. *PLoS One*. 2013 Aug 21. PubMed.
11. [Http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/395/1/Escala-de-Barthel-Test-delta-Dependencia-deficiencia-fisica-deficiencia-psiquica-Enfermeria-medica-Apuntes-de-enfermeria.html](http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/395/1/Escala-de-Barthel-Test-delta-Dependencia-deficiencia-fisica-deficiencia-psiquica-Enfermeria-medica-Apuntes-de-enfermeria.html).
12. Ley 2/2012 de Derechos y Garantías de la Dignidad de la Persona en el Proceso de Muerte.
13. Guía para hacer la Voluntad Vital Anticipada. En. [Http://www.juntaandalucia.es](http://www.juntaandalucia.es).
14. Case Management Society of America: Gestión de Casos: Estrategia de Mejora de la Atención Sanitaria en Andalucía.
15. Normas de la Gestión de Casos en Andalucía 2006.
16. [Http://psicologia.laguia2000.com/la-depresion/etapas-del-duelo](http://psicologia.laguia2000.com/la-depresion/etapas-del-duelo).
17. Skoczyński S, Tazbirek M, Pierzchała W. [Non-invasive ventilation in treatment of adults with chronic respiratory failure]. *Pneumonol Alergol Pol*. 2013. PubMed.
18. Otros medicamentos para el SNC. Guía de terapia farmacológica. *Medimecum*. 2008. 786.
19. Ayach L, Curti C, Montana M, Pisano P, Vanelle P. [Amyotrophic lateral sclerosis: update on etiological treatment]. *Therapie*. 2013 Mar-Apr;68(2):93-106. PubMed.
20. Stokholm MG, Bisgård C, Vilholm OJ. Safety and administration of treatment with botulinum neurotoxin for sialorrhoea in ALS patients: Review of the literature and a proposal for tailored treatment. *Amyotroph Lateral Scler Frontotemporal Degener*. 2013 Aug 28. PubMed.
21. Zhang X, Hong YL, Xu DS, Feng Y, Zhao LJ, Ruan KF, Yang XJ. A Review of Experimental Research on Herbal Compounds in Amyotrophic Lateral Sclerosis. *Phytother Res*. 2013 Mar 21. PubMed.
22. Velayudhan L, Van Diepen E, Marudkar M, Hands O, Suribhatla S, Prettyman R, Murray J, Baillon S, Bhattacharyya S. Therapeutic Potential of Cannabinoids in Neurodegenerative Disorders: A Selective Review. *Curr Pharm Des*. 2013 Jun 14. PubMed.
23. Olney RK, Murphy J, Forshe D, et al. The effects of executive and behavioral dysfunction on the course of ALS. *NEUROLOGY* 2005; 65:1774.

PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS DE UNA ESCALA OBSERVACIONAL EN PACIENTES ESPAÑOLES NO COMUNICATIVOS.

P. Chamorro García ⁽¹⁾, E. Lopez Lirola ⁽²⁾, E. Puche Cañas ⁽³⁾.

⁽¹⁾ Complejo hospitalario torrecardenas; ⁽²⁾ Complejo hospitalario torrecardenas; ⁽³⁾ Universidad de Medicina.

INTRODUCCIÓN

La prevalencia de dolor crónico en la población general Española empleando la encuesta telefónica como método de detección del dolor obtuvo una prevalencia del 23,4% pasando al 41,7% en mayores de 65 años¹, otro estudio en nuestra población realizado mediante entrevista encontró que el 71,4% de los participantes experimentaban algún tipo de dolor crónico². En ambos estudios la prevalencia fue mayor en mujeres siendo el paciente no comunicativo sistemáticamente excluido. Los datos referentes a la prevalencia de dolor crónico en pacientes no comunicativos son escasos en nuestro país.

La Sociedad Americana de Geriátrica (SAG) < Panel on Persistent Pain in Older Persons > estimó que un 45- 80% de personas mayores que viven en residencias de larga estancia tienen un dolor considerable y un 25% de residentes que presentaban dolor a diario no recibieron tratamiento ni farmacológico ni no farmacológico para aliviar su dolor.³

Las consecuencias de un tratamiento analgésico inapropiado en el seno de un dolor crónico incluyen, privación del sueño, anorexia, depresión, ansiedad, agitación y menor función física que dificulta la relación social resultando todo en un empeoramiento importante de la calidad de vida^{4,5}. El patrón <oro> en cuanto a la existencia de dolor es la propia referencia del paciente, pero que ocurre con el paciente no comunicativo.

El dolor en pacientes no comunicativos a menudo es infra valorado por el personal sanitario y sobre estimado por los familiares ^{6,7}. No existen guías específicas ni puntos de corte que nos orienten a cuando no es fiable lo que relata una persona con demencia acerca de su dolor y los pacientes con un MMSE de 15 presentan una merma importante de su habilidad para comprender y responder a las escalas unidimensionales ^{8,9}.

Diversos estudios ponen de manifiesto que la detección del dolor mediante escalas observacionales comparado con la propia referencia del paciente es menor, por lo que se recomienda comenzar la evaluación siempre preguntando primero al paciente acerca de su dolor^{6,9,10,11}.

El dolor en pacientes no comunicativos se define como un síntoma multifactorial expresado por diferentes signos pero formando un solo constructo¹². lo que implica que la observación de la conducta y los signos son la base de la evaluación del dolor en este grupo de pacientes.

En un intento de paliar esta situación clínica aun sin resolver en este grupo de población, la sociedad americana de geriatría (SAG) en el año 2002 en su publicación de <Persistent pain in the older adult> describen una serie de indicadores conductuales que podrían orientarnos acerca de la existencia de dolor en estos pacientes. A raíz de esta publicación nacieron varias escalas diseñadas para evaluar el dolor en pacientes con demencia avanzada³.

Aquí evaluamos la escala Abbey ¹³ diseñada para detectar el dolor en pacientes con demencia avanzada ya que ha sido previamente validada al castellano y valorada sus propiedades psicométricas en personas mayores de la población española ¹⁴. Decidimos valorar su utilidad clínica en pacientes no comunicativos de cualquier edad con o sin demencia.

PACIENTES Y MÉTODOS

Se evaluaron a todos los pacientes no comunicativos que ingresaron en la unidad geriátrica de un hospital general, una vez estabilizada la fase aguda de la enfermedad que motivó el ingreso, excluimos aquellos pacientes con disnea importante, en la fase aguda de su enfermedad o disminución del nivel de conciencia por cualquier causa.

A todos los pacientes incluidos en el estudio se les aplicó las escalas mini-mental (MMSE), escala de reisburg (GDS) y la escala Abbey. Se recogieron las variables siguientes: edad, sexo, procedencia, demencia y subtipo, dolor, localización, puntuación de las escalas, co-morbilidad, motivo de ingreso y tratamiento administrado en el momento de la evaluación. En aquellos pacientes en los que se detectó dolor administramos un tratamiento analgésico con un seguimiento cada 24 horas hasta control del mismo.

ESCALA ABBEY

Es una herramienta australiana creada por Jennifer Abbey, para medir el dolor en pacientes con demencia en fases terminales que no pueden verbalizar.

Esta escala Intenta medir el dolor sea agudo o crónico. Incluye seis ítems:

Vocalización, Expresión Facial, Cambios en el lenguaje corporal,

Alteraciones conductuales, Cambios Fisiológicos y Cambios Físicos.

Aquí puntualizar que la mayoría de autores reconocen los cambios fisiológicos como inespecíficos, que pueden aparecer con un dolor agudo, pero no suelen acompañar al dolor crónico.

Cada ítem de la escala Abbey puntúa de 0-4, según la severidad,

Donde 0= ausente, 1= leve, 2= moderado, 3= severo.

Con un rango en la puntuación de 0-18

0= sin dolor: 3-7= dolor leve: 8-13= dolor moderado: > 14= .dolor severo

TRATAMIENTO ESTADÍSTICO DE LOS DATOS

Para el análisis estadístico se utilizó el programa SPSS para Windows en su versión 17. Las variables cuantitativas se describen usando la media, la desviación típica y el rango. Para las variables cualitativas se obtendrán las frecuencias absolutas y relativas expresadas en porcentajes.

Para la comparación de las variables cualitativas se utilizará la prueba Chi-cuadrado de Pearson o la prueba exacta de Fisher según corresponda. Se midieron las diferencias de las variables cuantitativas por grupo (Demencia si/no, Dolor si/no) para cada uno por separado mediante la prueba T de Student para muestras independientes en el caso paramétrico y U de Mann Whitney en el caso no paramétrico para las variables ordinales y continuas, considerando significativa una p inferior a 0,05, con un intervalo de confianza del 95%. Propiedades Psicométricas

Para medir la fiabilidad de la escala utilizamos tres parámetros, la consistencia interna que se mide con alpha-cronbach, la estabilidad temporal de la escala (coeficiente de correlacion intraclase) y la fiabilidad intraobservador utilizando el índice Kappa para evaluar la medida de acuerdo entre dos observadores.

En la evaluación de la validez medimos la sensibilidad al cambio de la puntuación de la escala antes y después del tratamiento (Prueba de rangos de Wilcoxon), así como la sensibilidad, especificidad, el valor predictivo positivo y negativo de la escala.

Analisis Factorial

Para valorar la relación entre las subescalas y evaluar si se justifica proceder a un análisis factorial de los datos realizamos la prueba de Kaiser Meier Oklin (KMO) y si el resultado sugiere una relación fuerte importante entre las subescalas haremos el análisis factorial. A demás mediremos otro indicador de la intensidad de relación entre las subescalas, la prueba de esfericidad de Bartlett que según el resultado rechazará o no la hipótesis nula de que las subescalas no están relacionadas.

RESULTADOS

Se incluyeron un total de 96 pacientes de ambos sexos con edad media de 77,8 años y casi un 70% presentaba una demencia diagnosticada (véase Tabla 1).

Tabla 1. Descripción de variables cualitativas en la muestra

| | | |
|--------------------|----|--------|
| Mujer | 53 | 55,2% |
| Hombre | 43 | 44,8% |
| Dolor detectado | 38 | 39,6% |
| Institucionalizado | 41 | 42,75% |
| Demencia SI | 67 | 69,8% |
| Alzheimer | 44 | 45,8% |
| Vascular | 19 | 19,8% |
| Demencia NO | 29 | 30,2% |

Variables Frecuencia %

Los tres motivos de ingreso mas frecuentes por orden de frecuencia fueron, ACV Hemorrágico (20,8%), Infección respiratoria (18,8%) y ACV Isquémico (16,7%). La causa mas frecuente de la imposibilidad de comunicación fue la demencia. El subtipo de demencia mas frecuente fue la demencia alzhéimer. Se localizó el dolor en veintidós pacientes (22,9%) siendo el origen osteomuscular el más frecuente. Treinta y cinco pacientes (36,4%) tenían prescritos analgésicos y detectamos dolor en diez de estos pacientes.

Comparamos las variables en el grupo con dolor y otro grupo sin dolor. El grupo con dolor estaba formado por veinte mujeres y dieciocho varones representando un 39% de la muestra, no encontramos relación entre dolor y sexo ($\chi^2= 0,19$ $p=0,68$) tampoco hallamos relación entre dolor y procedencia ya que quince vivían con el cónyuge y quince estaban institucionalizados ($\chi^2= 0,55$ $p= 0,759$). Veinticuatro (63,2%) de los pacientes en los que se detectó dolor presentaron un diagnostico de demencia Alzheimer comparado con cuatro (10,5%) con diagnostico de demencia vascular y nueve (23,7%) sin demencia ($\chi^2=11,225$ $p=0,08$). La edad media en el grupo con dolor fue de $78,74 \pm 14,10$ (DS) con un rango de 42-95 años comparado con $77,31 \pm 10,66$ (DS) cuyo rango fue de 46-95 años, estos datos no fueron significativos.

Cuando dividimos la muestra en los grupos (Demencia si, Demencia No) (Tabla 2), observamos que todos los pacientes cuyo motivo de ingreso fue una infección respiratoria o un síndrome febril pertenecían al grupo con demencia. No hallamos diferencias en cuanto al sexo en ambos grupos ($\chi^2= 0,808$ $p=0,50$).

Tabla 2: Descripción de variables cualitativas en el grupo con y sin demencia.

| VARIABLES | Demencia SI | Demencia NO |
|--------------------|-------------|-------------|
| Mujer | 39 (58,2%) | 14 (48,3%) |
| Hombre | 28 (41,8%) | 15 (51,7%) |
| Dolor detectado | 29 (43,3%) | 9 (31%) |
| Institucionalizado | 37 (55,2%) | 4 (13,8%) |

Encontramos una relación entre demencia y tener mas edad (Prueba de Levine $F=8,89$ $p=0,004$ y T.de Student $p=0,08$) y también con el estar institucionalizado (χ^2 de Pearson= $23,22$ $p=0,001$).

Tabla 3. Variables cuantitativas en pacientes con y sin demencia.

| Variables | Media ± DT | |
|-----------|---------------|--------------|
| | Demencia SI | Demencia NO |
| GDS | 6,76 ± 0,421 | 6,78± 0,392 |
| MMSE | inviabile | inviabile |
| Abbey 1 | 2,27 ± 1,822 | 1,59 ± 1,4 |
| Edad | 82,61 ± 8,172 | 66,93 ± 12,6 |

Las puntuaciones mayores de la escala se hallaron en el grupo con demencia. Abbey1 es el momento 0 es decir la primera evaluación de la muestra en noventa y seis pacientes, Abbey 2 es la segunda evaluación que realizamos en aquellos que presentaron dolor en la primera evaluación y ya tratados con analgésicos (treinta y ocho) y Abbey 3 sería la tercera evaluación de aquellos pacientes que en la segunda evaluación presentaban dolor que eran siete y todos tenían diagnóstico de demencia (Tabla 4).

Tabla 4. Variables cuantitativas en la muestra

| Variables | Media ± DT | Min | Max | Rango |
|-----------|----------------|-----|-----|-------|
| Edad | 77,88 ± 12,094 | 42 | 95 | 53 |
| Abbey 1 | 2,06 ± 1,740 | 0 | 8 | 8 |
| Abbey 2 | 2,03 ± 0,932 | 1 | 5 | 5 |
| Abbey 3 | 1,29 ± 0,756 | 0 | 2 | 2 |

El grupo de edad menor de 65 años (Rango 42-64años) estaba formado por trece pacientes (siete varones y seis mujeres) con una edad media de 53,54 años. Detectamos dolor en seis pacientes (46,15%), tres mujeres y tres varones. Cinco pacientes de los trece en este grupo tomaban analgésicos (tres tomaban baclofeno y dos tomaban paracetamol) y en dos de estos pacientes con tratamiento analgésico detectamos dolor. Solo un paciente de este grupo estaba institucionalizado. El motivo de ingreso más frecuente fue la hemorragia cerebral en nueve pacientes (69,2%) seguido del Accidente cerebral vascular isquémico en cuatro pacientes, solo un paciente tenía diagnóstico de demencia.

La subescala más puntuada en ambos grupos de edad fue la de expresión facial

Propiedades Psicométricas

Fiabilidad: La consistencia interna de la escala (α -cronbach) fue de 0,68), la estabilidad temporal (ICC= 0,78) medido en treinta pacientes y la fiabilidad intra observador medido en diez **pacientes fue de DEA**.

En cuanto a la validez, la escala demostró una buena sensibilidad al cambio Prueba de Rangos de Wilcoxon ($Z=-4,60$ $p=0,00$) comparando las puntuaciones antes y después del tratamiento. La sensibilidad fue del 75% y la especificidad del 99,06% con un área debajo la curva de 0,89 (intervalo de confianza del 95%), el valor predictivo positivo 94,29 y el valor predictivo negativo fue de 81,97 con un Índice de Youden del 0,71.

Análisis Factorial

La prueba KMO=0,60 y la prueba de esfericidad de Bartlett ($\chi^2=160,450$ con $p<0,000$) nos indican que hay una correlación fuerte entre las subescalas, en el análisis factorial dos factores explican más del 50% de la varianza.

DISCUSIÓN

La causa mas frecuente de la dificultad para la comunicación en el grupo mayor de 65 años fue la demencia y en el grupo de menor edad la hemorragia cerebral. No hallamos diferencias en cuanto al sexo en ningún grupo pero el de menor edad solo lo formaban trece personas.

La evaluación del dolor en el paciente no comunicativo es una tarea tremendamente compleja y su diagnóstico está sujeto a la subjetividad, experiencia, empatía y conocimientos previos del observador, a demás

la expresión del dolor esta sujeta a factores socio-culturales por lo que se precisaría conocer los indicadores conductuales más característicos de cada cultura o poblacion siendo la literatura al respecto muy escasa^{15,16}. (kunz,2007;2009)

Anteriormente a la existencia de las escalas observacionales diseñadas con este fin, el clínico valoraba y aún sigue valorando el dolor en este grupo de población de una forma totalmente intuitiva o basándose en signos y síntomas escasamente valorables y de interpretación subjetiva, sobre todo si no está familiarizado o no conoce la existencia de estas escalas o indicadores conductuales.

El mero hecho de padecer una demencia implica tres veces más riesgo de recibir una analgesia insuficiente¹⁷ y como un estudio anterior en nuestro medio¹⁴ sugiere que podría existir una relación entre dolor y demencia Alzheimer avanzada, la necesidad de disponer de una herramienta para evaluar el dolor y su utilización en esta población tan vulnerable es algo imperativo en nuestro país.

De los resultados obtenidos en nuestro estudio podemos inferir que el paciente no comunicativo que ingresa en una unidad geriátrica hospitalaria, tiene más probabilidad de padecer una demencia tipo Alzheimer como causa de su incapacidad para comunicarse, siendo un cuadro infeccioso el motivo de ingreso más probable; además presentaría una mayor probabilidad de estar institucionalizado, ser mujer, y tener un cuadro doloroso generalmente infra-tratado.

La escala Abbey es una escala corta que mide los indicadores mas obvios de dolor y no precisa de terceros (información aportada por la familia) para su realización tardando dos minutos en su aplicación, por lo que se adapta mejor al ámbito hospitalario¹⁸. Si bien los resultados de sus propiedades psicométricas son moderados como la mayoría de escalas observacionales actuales y probablemente precise una revisión de las subescalas y que la subescala referente a lesiones previas (cambios físicos) no es un indicador conductual de dolor sino que se refiere a la etiología del dolor y la subescala referente a los cambios fisiológicos es mas específica de un dolor agudo y no crónico que es la modalidad de dolor mas frecuente en esta poblacion. Si bien la subescala de cambios físicos no es como hemos mencionado un indicador conductual de dolor si ayuda a atraer la atención del clínico hacia diagnósticos potencialmente dolorosos a tener en cuenta.

Creemos que la escala Abbey es una herramienta objetiva que ha demostrado tener una fiabilidad y validez aceptable y puede asistir a los clínicos que trabajan con este grupo de población no solo para detectar el dolor sino para evaluar el efecto del tratamiento analgésico ya que ha presentado una buena sensibilidad al cambio discerniendo entre el estado doloroso del que no lo es. A demás probablemente sea útil en pacientes no comunicativos sin demencia y en una poblacion no comunicativa mas joven pero se precisan mas estudios con muestras mayores a la nuestra para poder llegar a una conclusión, sobre todo teniendo en cuenta que detectamos en casi el 50% de pacientes en el grupo joven un dolor potencial. La muestra de pacientes de edad menor de sesenta y cinco años fue demasiado pequeña para evaluar las propiedades psicométricas de la escala en ambos grupos de edad ya que por regla general se acepta cinco pacientes por ítem de la escala¹⁹.

Concluimos que se precisan mas estudios valorando los indicadores conductuales de dolor en la poblacion española no comunicativa y que la evaluación de todo paciente no comunicativo ha de incluir de forma sistemática una escala observacional para evaluar el dolor en este grupo de poblacion tan vulnerable.

BIBLIOGRAFÍA

1. **Catala, E., E. Reig, et al.** (2002). "Prevalence of pain in the Spanish population: telephone survey in 5000 homes." *Eur J Pain*; 6(2): 133-140.
2. **Miró J, Paredes S, Rull M, Queral R, Nieto R, Miralles,R, Nieto, R** et al. (2007). Pain in older adults: A prevalence study in the Mediterranean region of Catalonia. *Eur J Pain*; 11 (1): 83-92.
3. **Sociedad Americana de Geriatria.** (2002). Panel of persistent pain in older persons. Management of persistent pain in older persons. *JAGS.* 50(6): Suppl S205-S224.

4. **Herr, K.** (2002). Chronic pain: Challenges and assessment strategies. *Journal of gerontological nursing*, 28 (1), 20-27; quiz 54-25.
5. **Teno JM, Kabumoto G, Wetle T, Roy J, Mor V.** (2004). Daily pain that was excruciating at some time in the previous week: prevalence, characteristics, and outcomes in nursing home residents. *J Am Geriatr Soc* 52:762--767.
6. **Kappesser J, Williams AC** (2010): Pain estimation: Asking the right questions. *Pain* 148: 184-187.
7. **Van Herk R, van Dijk M, Biemold N, Tibboel D, Baar FP, de Wit R** (2009). Assessment of pain: Can caregivers or relatives rate pain in nursing home residents? *J Clin Nurs* 18: 2478-2485.
8. **Weiner, D. Peterson, B. Ladd, K. McConnell, E. Keefe, F.** (1999). Pain in nursing home residents : An exploration of prevalence, staff perspectives, and practical aspects of management. *Clinical Journal of Pain*; 15(2):92-101.
9. **Scherder E, van Manen F** (2005). Pain in Alzheimer's Disease: Nursing assistants and patients evaluation. *J Adv Nurs* 52: 151-158.
10. **Pautex S, Michon A, Guedira M, et al.** Pain in severe dementia: Self-assessment or observation- al scales? *J Am Geriatr Soc.* 2006;54:1040-1045.
11. **Jones KR, Fink R, Hutt E, Vojir C, Pepper GA, Scott- Cawiezell J, Mellis BK** (2005). Measuring pain intensity in nursing home residents. *J Pain Symptom Manage* 30: 519-527,
12. **Warden, V., Hurley, A. C., & Volicer, L** (2003). Development and psychometric evaluation of the Pain Assessment in Advanced Dementia (PAINAD) scale. *J Am Med Direct Assoc.* 4(1): 9-15.
13. **Abbey J, Piller N, De Bellis A** (2004). The Abbey Pain Scale : A 1-minute numerical indicator for people with end stage dementia. *Int J Palliat Nurs* 10:6-13,.
14. **Chamorro P y Puche E** (2013). Traducción al castellano y validación de la escala Abbey para la detección del dolor en pacientes no comunicativos. *Rev Soc Esp Dolor.* 20 (1): 3-7.
15. **Kunz, M., Mylius, V., Scharmann, S., Schepelman, K., & Lautenbacher, S.** (2009). Influence of dementia on multiple components of pain. *European Journal of Pain* (London, England), 13(3), 317-325.
16. **Kunz, M., Scharmann, S., Hemmeter, U., Schepelmann, K., & Lautenbacher, S.** (2007). The facial expression of pain in patients with dementia. *Pain*, 133(1-3), 221-228.
17. **Shega Joseph, Deon Cox-Hayley.** Management of non cancer pain in Community dwelling Persons. *JAGS* 2006;54: 1892-1897.
18. **Bjoro Karen & Keela Herr:** Assessment of pain in the nonverbal or cognitively Impaired older adult: *Clin Geriatr Med* 24 (2008) 237-262.
19. **Hatcher Larry,** 1994. A step by step approach to using SAS for factor analysis and structural equation modeling. Cary, NC: SAS Institute Inc.

ISBN 1-55544-643-4.

REHABILITACIÓN VESTIBULAR EN ANCIANA CON INESTABILIDAD CRÓNICA POR ENFERMEDAD DE MÉNIÈRE

S. Gómez García ⁽¹⁾, F.J. Serrano Aguilar ⁽²⁾, M.E. Santandreu Jiménez ⁽³⁾.

⁽¹⁾ Complejo Hospitalario Torrecárdenas, Almería; ⁽²⁾ Hospital La Inmaculada, Huércal Overa; ⁽³⁾ Complejo Insular Materno-Infantil Las Palmas de Gran Canaria.

INTRODUCCIÓN

Los déficits sensoriales aumentan con la edad, repercutiendo en el campo funcional, psicológico y social. Con el envejecimiento, puede aparecer presbiacusia, observándose déficit auditivo en alrededor del 25% de las personas entre 65-74 años y hasta en el 50% de los mayores de 75 años, junto a una disminución de la agudeza visual, que se manifiesta en problemas visuales, en el 4% de las personas entre 65-74 años y en el 20% de los mayores de 75 años. En el caso de pacientes geriátricos con pluripatología, estas deficiencias pueden empeorar la situación clínica y el pronóstico¹.

En ancianos con inestabilidad crónica la Rehabilitación Vestibular (RV) puede ser una de las opciones terapéuticas más importantes. Se basa en el fenómeno fisiológico de compensación vestibular con el objetivo de maximizar la función vestibular remanente. La RV es una opción de tratamiento en alteraciones del equilibrio que intenta conseguir una mejora del mismo y la prevención de caídas.

Una de las patologías que pueden cursar con inestabilidad crónica en ancianos puede ser la fase terminal de la Enfermedad de Ménière (EM)². Aunque es una enfermedad más prevalente en pacientes de edad media, debido a su evolución y a su cronicidad, podemos encontrarlos con mayor frecuencia de lo que esperamos, con esta enfermedad en pacientes de edad avanzada³, siendo en muchas ocasiones infradiagnosticada.

La EM es una afectación del oído interno de evolución progresiva que cursa con crisis de vértigo espontáneas y recurrentes de entre 20 minutos y 24 horas, hipoacusia perceptiva fluctuante, acúfenos, y sensación de plenitud o presión ótica. Estas crisis suelen ir seguidas de un periodo de tiempo variable en el que el paciente presenta inestabilidad. De etiología idiopática, se produce por un hydrops endolinfático secundario a la alteración de la homeostasis de los líquidos laberínticos⁴.

La prevalencia en nuestro país es desconocida, al no haber estudios suficientes realizados en este sentido. A nivel mundial la prevalencia es variable de 2 a 7,5 por mil⁵.

Una de las indicaciones de la RV es en casos de vértigo episódico con inestabilidad importante en las intercrisis, como ocurre en la EM, estando indicada solamente si las crisis están distanciadas el tiempo suficiente que permita su compensación. Está indicado también tras ablación quirúrgica o química (gentamicina intratimpánica). La RV no es de utilidad durante las crisis^{2,4,6-8}.

El Dizziness Handicap Inventory (DHI) es la escala más usada a nivel mundial para valorar la discapacidad producida por vértigo. El DHI está compuesto por 25 preguntas que pertenecen a tres subescalas (emocional, funcional y física) divididas en 9 preguntas de tipo emocional, 9 de tipo funcional y 7 de tipo físico. Cada pregunta permite elegir entre tres opciones de respuestas, responder siempre es equivalente a 4 puntos, responder la opción algunas veces 2 puntos y responder nunca corresponde a 0 puntos. Si la puntuación total es de 0-30, el paciente presentara una discapacidad leve, de 30-60 moderada y >60 presenta riesgo de caídas^{9,10}.

Nuestro objetivo es exponer un caso clínico de inestabilidad crónica por enfermedad de Ménière (EM) en paciente geriátrica tratada con RV y describir su importancia en este tipo de pacientes.

MÉTODO

Presentamos el caso de una mujer de 73 años diagnosticada de EM en oído izquierdo hace más de 30 años, con hipoacusia y crisis de vértigo que llevaron a una importante limitación funcional y de su calidad de vida, hasta el punto de no salir sola a la calle desde hace unos 7-8 años, cuando comenzó con episodios de vértigo más intensos, dos veces al día, que se repetían casi a diario, síntomas vegetativos e hipoacusia importante. Como antecedentes personales destacar una prótesis de cadera derecha con ligera dismetría en miembros inferiores.

Se realizó ablación química con gentamicina intratimpánica, con lo que desaparecieron las crisis de vértigo pero continuó manteniendo inestabilidad intensa. Se derivó a consulta de RV para valoración.

El índice de discapacidad según la escala “Dizziness Handicap Inventory” (DHI) fue 56 (emocional 18, funcional 24, físico 14).

Se exploró equilibrio mediante:

- Reflejo vestibulo-espinal (RVE):
 - o Marcha:
 - o Estándar: con pasos cortos, aumento de base de sustentación, moderada cojera a expensas de MID (prótesis cadera), Trendelenburg derecho, sin precisar ayudas técnicas.
 - o Giros: en 3 pasos con desequilibrio.
 - o Marcha con fijación foveal y flexoextensión cefálica algo inestable, con rotación cefálica hay tendencia a caída hacia la izquierda.
 - o Test clínico de organización sensorial modificado (TCOS modificado):
 - Romberg con ojos abiertos (-).
 - Romberg ojos cerrados (-).
 - Romberg con gomaespuma y ojos abiertos (-).
 - Romberg con gomaespuma y ojos cerrados con caída.
 - o Estancia monopodal: no se consigue mantener en ninguno de ellos.
 - o Tándem:
 - Con ojos abiertos (-).
 - Con ojos cerrados con ligera inestabilidad.
- Reflejo vestibulo-ocular (RVO):
 - o Fijación foveal con flexoextensión cefálica en sedestación: asintomático y sin oscilopsia; con rotación cefálica con síntomas.
- Seguimiento vertical y horizontal en sedestación con fondo visual neutro asintomático y sin oscilopsia.
- Pruebas cerebelosas sin dismetría ni adiadococinesias, salvo marcha en tándem imposible de realizar.
- Maniobras de Norré negativas.

Se realizó test de organización sensorial mediante posturografía dinámica computerizada (PDC) que demostró un patrón de disfunción mixto vestibular y visual.

RESULTADOS

Se planificó un programa de RV individualizado domiciliario con el objetivo de mejorar síntomas e inestabilidad, adaptándolo quincenalmente.

El programa consistió en:

- Ejercicios para incrementar la ganancia del RVO y estabilizar la mirada.
- Ejercicios de anulación del RVO con fondo visual complejo.
- Ejercicios de equilibrio (RVO+RVE) con imagen foveal fija y fondo visual controlado.
- Ejercicios en espacio natural con entorno visual complejo.
- No se prescribieron ejercicios de habituación ante maniobras de Norré negativas.

Tras 6 semanas de RV domiciliaria, se normalizaron el DHI (12), la PDC y consiguió realizar su actividad independiente.

CONCLUSIONES

Los pacientes con inestabilidad crónica se presentan con gran sensación de enfermedad y con alteración importante de su calidad de vida¹¹. El tratamiento rehabilitador debe abordar la multisensorialidad del control del equilibrio. Es fundamental hacer una valoración global del impacto que la enfermedad ocasiona en el paciente.

Siempre deben de conocerse las patologías de base de nuestros pacientes que puedan ocasionar una mayor inestabilidad¹. Muchas veces éstos presentan múltiples factores y comorbilidades que conducen a

un déficit vestibular mal compensado. Hay que recordar que la RV es complementaria y nunca excluyente de otros tratamientos².

La inclusión de pacientes con EM en un programa de RV tiene valor en fases avanzadas de la enfermedad y en los que se le ha realizado previamente una terapia vestibular destructiva⁶.

Los objetivos de la RV deben ir encaminados a disminuir o eliminar los síntomas, mejorando la estabilidad de la mirada, el control postural y la sensibilidad al movimiento, intentando conseguir que el paciente se incorpore a sus actividades previas al problema vestibular. Es necesaria la educación del paciente y la instrucción en los ejercicios que debe de realizar de forma correcta^{3,8}.

En pacientes geriátricos siempre deben valorarse los déficits sensoriales. Ante quejas subjetivas de inestabilidad debe explorarse equilibrio y marcha. La planificación de RV se basa en una exhaustiva exploración, que identifique el grado de participación de los sistemas que intervienen en el mantenimiento del equilibrio (vestibular, visual y propioceptivo), en función de cuyos déficits se aplicará un programa de ejercicios individualizado específico para maximizar las capacidades del paciente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ródenas-Iruela I, García-Moreno M, Bordas-Guijarro J, Flores-Carmona MA, Martínez-Manzanares C. Deprivación sensorial. En: *Tratado de Geriátria para Residentes*. (Sociedad española de Geriátria y Gerontología. Ed.). Madrid 2006. Pp: 251-256.
2. Alemán-López A, Pérez-Fernández N, Sánchez N. Rehabilitación Vestibular. *Rev Med Univ Navarra* 2003; 47 (4): 72-76.
3. Sanz-Fernández R. Trastornos de la audición. En: *Geriátria en Atención Primaria*. (Ribera-Casado JM, Cruz-Jentoft AJ. Ed.). Madrid 2008. Pp: 621-628.
4. Dinces EA, Rauch SD. Meniere disease. In: Deschler DG, Lin FH (Ed), *UpToDate*, 2013.
5. Casper L, Anthony-Fauci S, Longo LD, Braunwald E, Hauser L, Stephen JL. *Harrison Principios de Medicina Interna* 16ª ed. Mexico: Mc Graw Hill International 2006. Pp: 205-210.
6. Pullens B, van Benthem PP. Intratympanic gentamicin for Ménière disease or syndrome. *Cochrane Database Syst Rev* 2011;:CD008234.
7. Gottshall KR, Hoffer ME, Moore RJ, Balough BJ. The role of vestibular rehabilitation in treatment of Meniere's disease. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2005; 133:326.
8. Barona-de Guzmán R, García-Alsina J. Vértigo y rehabilitación. *Encyclopédie Médico-Chirurgicale-E- 26-451-B-10*.
9. Jacobson G, Newman C. The development of the Dizziness Handicap Inventory. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 1990; 116: 424-427.
10. Perez N, Garmendia I, Martín E, García-Tapia R. Adaptación cultural de dos cuestionarios de medida de la salud en pacientes con vértigo. *Acta Otorrinolaring Esp* 2000; 51: 572-80.
11. Neuhauser HK, Lempert T. Vertigo: Epidemiologic Aspects. *Semin Neurol* 2009; 29(5): 473-481.

2. Dispositivos Asistenciales

CENTRO DE ENVEJECIMIENTO SALUDABLE: TRAS EL RETO DEL ENVEJECIMIENTO ACTIVO

M. León Fernández, N.I. Páez Casado, M. Ruiz Muñoz, M. González Luque, F. Ramos Montero, J.M. Marín Carmona, A.M. López Puertas.

Ayuntamiento Málaga

INTRODUCCIÓN: AYUNTAMIENTO DE MÁLAGA, POLÍTICA MUNICIPAL CON RESPECTO A LAS PERSONAS MAYORES

La ciudad de Málaga tiene una población de 576.938 habitantes (Padrón Municipal a 1/1/2011), el 52% de ellos mujeres. Las personas mayores de 65 años (86.763) representan el 15% de la población. Como es característico en la población mayor, predominan las mujeres (el 60% de las personas mayores).

De forma pionera entre los Ayuntamientos de nuestro entorno, los sucesivos Planes Municipales de Bienestar Social del Ayto. de Málaga han venido recogiendo políticas dirigidas a las personas mayores de la ciudad, fundamentadas en los principios del denominado Envejecimiento Activo.

Las políticas de fomento de la participación de las personas mayores, iniciadas a través de la Comisión Sectorial del Mayor allá por el año 1995, se han desarrollado hasta el Consejo Sectorial actual, la Comisión Permanente del Consejo, la creación de la red de Centros Sociales, metodología participativa de diseño y gestión de proyectos, etc.

Los Programas de Esparcimiento y Promoción y el de Prevención recogen las diversas actividades de ocio y tiempo libre, auspiciadas desde el Área de Derechos Sociales y que se han constituido en referentes para los mayores asociados y, en algunos casos, para toda la ciudad.

El Programa de Prevención incluye el Proyecto de Memoria y Demencias, iniciado en el año 1998, que se fundamenta en las evidencias de la validez de la estimulación cognitiva en la mejora de la salud cognitiva, prevención del deterioro cognitivo y demencia, o mejora del paciente con demencia. En la mejora de la calidad de vida del mayor y su familia, en resumen.

Desde esa fecha, el Ayuntamiento de Málaga viene desarrollando un Programa de Entrenamiento en Habilidades de Memoria dirigido a personas mayores de 60 años con problemas de memoria sin otra alteración cognitiva. De dicho Programa, en función de las necesidades detectadas, han derivado los Programas de Repaso y de Intervención Integral con Pacientes Mayores con Demencia y sus cuidadores.

El Programa forma parte de las actividades de la Sección de Mayores del Área de Derechos Sociales y es realizado por personal del sector en colaboración con la Asociación Jábega de actividades psicológicas., y a lo largo de este tiempo más de 6000 personas mayores malagueñas se han beneficiado del mismo, con una media anual de participación de 500 personas en los Programas de Entrenamiento de Memoria, 45 en los de Estimulación Cognitiva en demencias, y otros tantos cuidadores familiares en los talleres diseñados para ellos.

El Programa goza de un amplio reconocimiento profesional y social (según la Encuesta de Satisfacción de Usuario de los Servicios de Bienestar Social, realizada por el Servicio de Calidad a través del canal telefónico 010, arroja un grado de satisfacción alto, rondando valores entre 8.5 y 9 en una escala del 1 al 10).

El Programa de Entrenamiento en Habilidades de Memoria tiene como objetivos concienciar a la opinión pública de la importancia de la memoria en la calidad de vida, potenciar una actitud activa frente a los fallos de memoria, detectar problemas de memoria y descartar otros en la población mayor estudiada, y desarrollar estrategias que ayuden a solucionar las quejas cotidianas de los mayores.

El Programa de Demencia se dirige a pacientes y cuidadores familiares, intentando dar una respuesta global (psicológica, médica, familiar y social).

El Programa Municipal de Memoria y Demencias cuenta con un amplio reconocimiento profesional en nuestro entorno, habiendo recibido diferentes Premios y distinciones en Congresos y Reuniones científicas andaluzas y nacionales.

Para el presente año 2013, está previsto realizar un número de Talleres de memoria de 35, repartidos por los once distritos municipales. Asimismo se realizarán 4 dirigidos a pacientes con Demencia y familiares.

El Programa es difundido en los Centros de Servicios Sociales Comunitarios, y en el movimiento asociativo de mayores.

Asimismo, desde los Programas de Prevención y Esparcimiento y Promoción Social, programados por el sector de Mayores del Área de Derechos Sociales se desarrollan numerosos proyectos que promueven el Envejecimiento Activo (Consejo Sectorial de Mayores, Centros de Mayores, Talleres de ocio y tiempo libre, Ejercicio físico, Actividades de Ocio, etc.).

En el año 2012, en el marco del año Europeo del Envejecimiento Activo, el Área de Derechos Sociales el Ayuntamiento de Málaga puso en marcha un nuevo, y entendemos que innovador, recurso el Centro de Envejecimiento Saludable, cuyos aspectos principales resumimos.

CENTRO MUNICIPAL DE ENVEJECIMIENTO SALUDABLE (CES)

OBJETIVO GENERAL

Con el objeto de reforzar la estructura del Proyecto Municipal de Memoria y Demencias, así como ampliar la oferta de recursos dirigidos a promover el envejecimiento saludable de la población malagueña, en el año 2012 se estimó la oportunidad de crear un Centro específico que denominamos Centro de Envejecimiento Saludable.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- **Mejora de la eficiencia**

La centralización de determinadas actividades del Programa (demandas, evaluaciones, base de datos, etc.) permitirían rentabilizar recursos humanos y materiales.

- **Aumento de la visibilidad**

Aún cuando el Programa de Memoria y Demencias está ampliamente enraizado en la población mayor malagueña, a través de su difusión entre las Asociaciones de Mayores fundamentalmente, contar con un Centro de referencia aumentaría su visibilidad entre las personas mayores, así como en el resto de estructuras sociales y sanitarias de la ciudad.

- **Perfil innovador**

Apuesta por la promoción cognitiva, física y social, con abordaje individual, familiar y a través del movimiento asociativo. Uso de Nuevas tecnologías.

- **Liderazgo sociosanitario**

Abordaje integral de la problemática del envejecimiento. Interfaz entre estructuras sanitarias y sociales.

- **Formación continuada y docencia**

Dirigida a mejorar las competencias profesionales de los miembros del equipo, de los profesionales sanitarios y sociales del entorno, así como difundir nuevos enfoques profesionales.

- **Aumento del impacto social**

Esperado, en función de las ventajas anteriores.

- **Colaboración Institución Pública- Movimiento Asociativo**

Colaboración con la Asociación Jábega de Psicólogos, a través de un convenio de colaboración, así como las diferentes Asociaciones de Personas Mayores.

METODOLOGÍA- ACTIVIDADES

- **Centralización de la demanda**

La recepción de demandas para participar en el Programa de Memoria y Demencias se realizaba ha ta ahora de forma descentralizada en los Centros de Servicios Sociales Comunitarios de los 11 Distritos Municipales y Centros Sociales del movimiento asociativo de personas mayores. Todas esas demandas, junto a las que se realizan directamente al Centro de Envejecimiento Saludable, se centralizan en el CES, permitiendo una mejor organización y gestión de las mismas.

- **Centralización administrativa (documentación clínica, materiales, etc.)**

Fundamental, tanto en aspectos administrativos (burocracia, materiales de estimulación cognitiva, etc.) como en el proyecto de elaboración de una base de datos en el que trabajamos.

- **Valoración geriátrica de usuarios susceptibles de ser incluidos en Talleres de Memoria y Demencias**

Disponemos de un espacio adecuado para la realización de la valoración geriátrica pertinente (médica, psicológica, funcional, socio-familiar) previa a la inclusión de los candidatos a los talleres de Estimulación Cognitiva para pacientes con Demencia.

- **Evaluación Psicológica**

Consulta psicológica donde se realizan chequeos de memoria y evaluación neuropsicológica para candidatos a los talleres de memoria o demencia.

- **Chequeo de Memoria a personas mayores**

Se oferta a la población general, a las personas mayores en particular, con quejas subjetivas de memoria la posibilidad de un screening breve de memoria.

- **Diagnóstico precoz de la enfermedad de Alzheimer y otras demencias**

Basado en evaluación neuropsicológica y valoración geriátrica, con el apoyo de las unidades sanitarias (geriátricas, neurológicas) del entorno para el protocolo analítico y de neuroimagen.

- **Taller de Entrenamiento de Memoria, Inicio y Repaso**

Aún cuando el grueso de los talleres se desarrollan de forma descentralizada en los Centros de Servicios Sociales Comunitarios y Centros Sociales del movimiento asociativo de personas mayores, en el CES se ofertan de forma continuada.

- ✓ *Colectivo objeto de la atención*

Personas mayores de 60 años con quejas subjetivas de memoria

- ✓ *Objetivo general del Proyecto*

Mejorar la calidad de vida de personas mayores con quejas subjetivas de memoria

- ✓ *Objetivos específicos*

- Objetivar quejas de memoria
- Detectar deterioro cognitivo incipiente
- Informar sobre la importancia de la memoria en la vida cotidiana
- Entrenar estrategias de manejo de fallos de memoria

- Mejora de la autoestima
 - Coordinación sociosanitaria
- ✓ *Actividades realizadas*
 - Evaluación neuropsicológica de los demandantes (Test Conductual de Rivermead, screening de deterioro cognitivo)
 - 35 Talleres de Entrenamiento en Habilidades de memoria (inicio y repaso). 90 minutos por sesión, 2 sesiones semanales, 20 sesiones cada taller.
 - Evaluación neuropsicológica tras finalización del taller
 - ✓ *Número de personas participantes, año 2012*
 - Talleres de Memoria: 455 personas, 390 mujeres y 65 hombres
 - Talleres de Demencia : 45 personas, 28 mujeres y 17 hombres.
 - 50 cuidadores familiares (40 mujeres, 10 hombres)
 - ✓ *Material elaborado*
 - Dípticos informativos (incluyen boletín de preinscripción)
 - Cuadernos de trabajo, de Curso de inicio y Curso de repaso

✓ *Evaluación*

Se han conseguido los objetivos marcados, tanto cuantitativos como cualitativos. El nº de personas atendidas es el estipulado en función del número de Talleres programados.

Los participantes en los talleres de memoria mejoran su función cognitiva, según la evaluación pos-taller utilizando el Test conductual de Rivermead. Esta mejora perdura en el tiempo, y es capaz de ser reforzado en los Talleres de repaso. Junto a la mejora cognitiva, los participantes comunican mejoras de ánimo, funcionalidad y sociabilidad.

• **Taller de Demencia, paciente y familiares**

Dirigidos a pacientes con Enf. De Alzheimer u otras demencias, en estadios leves o moderados, con apoyo y compromiso familiar de acudir al programa. Se realiza una aproximación integral, multicomponente (médica , psicológica, sociofamiliar), primando los aspectos de estimulación cognitiva, asesoramiento familiar (información, formación, autoayuda) y seguimiento médico de intercurrencias, a medio camino de la atención hospitalaria y la atención primaria.

En la actualidad funcionan 4 talleres, con una media de 40 pacientes y familiares de referencia.

• **Aula Informática de estimulación cognitiva**

Puesta en funcionamiento a inicios de 2013, sigue el Programa Gradior para la Estimulación Cognitiva de Enfermos de Alzheimer. Es un sistema de rehabilitación neuropsicológica a través de ordenador que permite realizar programas de entrenamiento y rehabilitación de funciones cerebrales superiores (atención, memoria, orientación...) en personas aquejadas de diversos grados de deterioro cognitivo. Disponemos de seis equipos, con pantalla táctil que permite la interacción directa y lo hace intuitivo y accesible. El Programa permite un diseño individualizado y adaptado a las capacidades y déficits de las diferentes funciones cognitivas. Para ello se realiza una valoración previa de cada usuario, así como se van almacenado los datos de las diferentes sesiones, de forma que se pueda disponer de una información actualizada de cada paciente.

Los miembros del equipo multidisciplinar realizaron un curso de capacitación en Programa Gradior de 20 horas de duración en Diciembre de 2012.

En la actualidad 25 pacientes han iniciado este programa de estimulación cognitiva

- **Cursos de Formación de Cuidadores Familiares**

En fase de diseño e implementación, se dirige a cuidadores familiares de personas mayores con altos grados de dependencia. Sus objetivos se dirigen tanto a la mejora de la calidad de los cuidados prestados (formación estrategias de cuidados, afrontamiento de situaciones, etc.), como a preservar la labor del cuidador a través de estrategias de “cuidado del cuidador”

- **Oferta de Formación en Hábitos Saludables dirigida al movimiento asociativo de personas mayores**

Talleres sobre hábitos saludables (alimentación, ejercicio físico, prevención de caídas, polifarmacia, etc.) a demanda de las Asociaciones de Personas Mayores (más de 60 agrupadas en el Consejo Sectorial del Mayor)

- **Actividades de Formación y Docencia a profesionales (sociales, sanitarios)**

Participación en Foros Profesionales (Congresos, Jornadas, Cursos,..) y publicaciones en el Campo del Deterioro Cognitivo y el Envejecimiento saludable

- **Colaboración con Organismos y Entidades en Proyectos de Investigación en relación a la memoria y demencia**

- **Incorporación Red Neuro-Cog**

Recursos humanos:

Equipo Multidisciplinar compuesto por personal municipal adscrito al CES:

1 Médico Geriatra, Coordinador del Proyecto, Sector de Mayores, Área de Derechos Sociales, Ayuntamiento de Málaga

1 Diplomada en Enfermería Sector de Mayores, Área de Derechos Sociales, Ayuntamiento de Málaga

Apoyo de los técnicos del Sector de Mayores, y Centros de Servicios Sociales Comunitarios.

Personal vinculado al convenio de colaboración con la Asociación Jábega: 7 psicólogos

Recursos materiales :

LOCAL MUNICIPAL

C/ Donoso Cortés, nº 4. (parte de la remodelación del antiguo Centro de Acogida de Mayores a cargo de los fondos FEELS 2010).

Zona de acogida, recepción y espera

2 salas de taller multiusos

Consulta de Geriátría

Consulta de Psicología

Consulta de Enfermería

Archivo

CAPACIDAD DE RESOLUCIÓN EN MAYORES DE 65 AÑOS EN EL DISPOSITIVO DE URGENCIAS EXTRAHOSPITALARIAS DE SAN FERNANDO A LO LARGO DE CINCO MESES

F.R. Egea Aldana ⁽¹⁾, G. Fernandez Garcia ⁽¹⁾, P. Bellanco Esteban ⁽²⁾.

⁽¹⁾ UCCU San Fernando; ⁽²⁾ SAS/ CS La Laguna

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Dado que la población en San Fernando (Cádiz) asciende a más de 96.894 personas, según los datos del censo de 2.011, siendo hombres 47.750 y mujeres 49.144, de los que 17.888 son mayores de 65 años y de estos 2.941 son mayores de 80 años, lo que nos lleva a un Índice de Envejecimiento ($I_e = P > 65 / P_t \times 100$) de un 107,79, muy similar al de España que se cifra en un 108,34, y a una Tasa de Envejecimiento ($T_e = P > 65 / P_0 - 15 \times 100$) del 18,46 y viendo los registros del Servicio de Urgencias (UCCU), único punto en toda la población, nos propusimos conocer la **Capacidad de Resolución** de dicho servicio, entendiendo como tal al **resultado de la atención al paciente en referencia a las derivaciones, fijándonos, sobre todo, en la derivación a su domicilio y/o M.A.P.**

En la búsqueda bibliográfica sobre este punto, tanto en Cochrane, Medline, etc., no hemos encontrado ninguna referencia, y si aproximaciones en algunas revistas especializadas en Geriatria, pero no de la capacidad de resolución, sino derivaciones con resultado de ingreso hospitalario, consumo de recursos en servicios de urgencias por parte de mayores o de la patología vista en urgencias en personas mayores de 65 años, por lo que nos decidimos a realizar este estudio, que creemos es importante para el conocimiento y mejora de los servicios de urgencias extrahospitalarios y que, como consecuencia, se podrán reducir las derivaciones al Hospital de referencia, en nuestro caso el H.U. Puerta del Mar de Cádiz, evitando, en lo posible, el colapso de las Urgencia Hospitalarias y el gasto del transporte sanitario a dicho hospital.

El Servicio de Urgencias (UCCU) en San Fernando funciona de 20:00 a 8:00 de lunes a viernes, abriendo las 24 horas los sábados, domingos y festivos, atendiendo a una población aproximada de unos 115.000 habitantes, dado el crecimiento poblacional, al ser una ciudad semi-dormitorio de la capital(Cádiz) y no estar censados en esta población, ya que los datos estadísticos se refieren al año 2.011. El Servicio está compuesto por una plantilla de 6 Médicos, 5 Enfermeros y 3 Celadores, de forma que por turno se encontraría un equipo de 1 Médico de refuerzo y 1 de cadencia, 1 Enfermero de refuerzo y 1 de cadencia y 1 celador.

MATERIAL Y MÉTODO

Se trata de un estudio lineal retrospectivo, cuya fuente procede de la recogida de datos de todas las personas asistidas en este Servicio de Urgencias a lo largo de los meses de enero a mayo, ambos inclusive, del año 2013. Dicha recogida de datos ha sido a través del Sistema DIRAYA, en su variante de urgencias, que es el implantado por el Sistema de Salud de la Junta de Andalucía y utilizada tanto por centros de salud como por las unidades UCCU (Unidad de Cuidados Críticos Urgente).

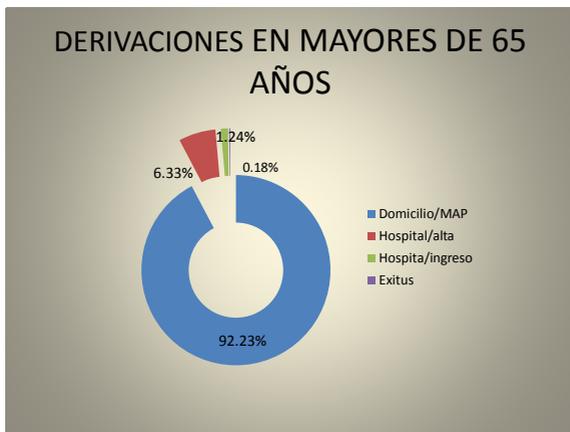
Los datos obtenidos es de 14.294 asistidos durante los cinco meses. De estos aislamos un grupo de mayores entre 65 y 80 años y otro grupo de mayores de 80 años.

Para poder definir y calcular la capacidad de resolución de este servicio, determinamos como variables las derivaciones a domicilio y control y seguimiento por su Médico de Atención Primaria (MAP), las derivaciones a hospital de referencia, y de estas, las que tuvieron como consecuencia el alta inmediata o el ingreso y las que tuvieron como resultado exitus.

RESULTADOS

Una vez segregados en dos grupos, el primero entre 65 a 79 años y el segundo de mayores de 80 años, el número de hombres vistos en el primer grupo fue de 479 mientras que mujeres fueron 758, coincidiendo con todos los estudios de asistencia en servicios de urgencias en un mayor número de mujeres que de hombres. Lo mismo ocurre en el segundo grupo de mayores de 80 años, en el que de 372 personas asistidas, 265 fueron mujeres y 107 hombres, diferencia de cifras por la mayor supervivencia de la mujer sobre el hombre.

Respecto a las derivaciones globales de los dos grupos en conjunto, el **92,23 %** fue redirigido a sus domicilios, con un control y revisión por su MAP, el **7,57%** fue derivado al Hospital de referencia de los que el **6,33%** fue dado de alta tras las pruebas pertinentes y el **1,24%** quedó ingresado. Tan solo un **0,18%** tuvo como resultado exitus en el Hospital.



De estas derivaciones, 120 en total, hacia el Hospital y teniendo en cuenta las patologías por las que se redirigen al mismo, el 38,33% corresponden a Neumología, el 31,66% a Cardiología, el 8,33% a Traumatología y sistema osteoarticular, el 7,5% a Digestivo, el 5,83% a Neurología, el 2,5% a Urología, el 1,66% a Psiquiatría, el 1,66% a Toxicología, el 0,83% a ORL, el 0,83% a Vascular y el 0,83% a Endocrinología, valores que coinciden, aproximadamente, con estudios de derivaciones desde Atención Primaria.

Los valores de estas derivaciones en la franja etaria de mayores de 80 años es que, de 372 asistidos en consulta, volvieron a sus domicilios con control por su MAP 335 personas, es decir, el **90,5%**, mientras fueron derivados al Hospital de referencia 37 personas, el **9,5%**. Del número de derivados tan solo quedaron ingresados 10 individuos.

CONCLUSIONES

Dado que la carga asistencial de mayores de 65 años en estos cinco meses, ha sido de 1.609 usuarios, es decir, el 11,26% del total de las consultas, de los que 1.237, el 76%, corresponden a la franja etaria de 65-79 años y el resto (372) a mayores de 80 años, el 24%, consideramos que la **capacidad de resolución de este servicio es muy alta**, ya que el **91,13%** de los asistidos fueron derivados de nuevo a sus domicilios con el consejo de control por parte de su MAP, el **6,33%** fue derivada al Hospital de referencia y tan solo el **1,24%** quedaron ingresados, dando el alta al resto tras la realización de las pruebas pertinentes.

Al haber un punto móvil de asistencia en domicilio ó vía pública, no podemos calcular la patología más frecuente que aparece en otros estudios realizados a nivel de atención primaria, que es la osteomuscular, ya que estos pacientes son llevados directamente al hospital y no figuran en nuestro registro.

No podemos comparar estos datos con otros equipos de urgencias ya que no existen estudios publicados para poder hacerlo, no encontrándolos en ningún sistema de búsqueda habitual, por lo que creemos que este tipo de estudio puede ser de interés para la mejora en los servicios de urgencias, ya que supondría un factor a tener en cuenta en los mismos y sería un revulsivo para los equipos evitando, fundamentalmente, traslados en ambulancias al hospital de referencia, con el ahorro consiguiente para el Sistema Sanitario Público.

BIBLIOGRAFÍA

.-1- **Diagnostico de ingreso hospitalario en pacientes mayores.** Revista Española de Geriatria y Gerontología, vol. 48, pag. 57, Junio de 2.013,. M.I. Porras Guerra y E. Martin Pérez.

.-2- **Patología de urgencia en la población envejeciente de extramuros de Cádiz.** Geriatryka vol. 7(4) 164-169, 1.991. Benítez Rivero, J. et all.

.-3- **Consumo de recursos de urgencia por la población mayor de 65 años de Sanlúcar de Barrameda (Cádiz).** Geriatryka vol. 8 (6), 265-273, 1992. Benítez Rivero, J, et all.

.-4- **Urgencias en mayores de 65 años en Atención Primaria.** Órgano oficial de la Sociedad Española de Médicos de Residencias SEMER, vol. II, nº 12, 24-31. ISSN: 1989-9211, Bellanco Esteban; Benítez Rivero, J. et all.

.-5- **Derivaciones a hospital y ancianos.** Atención Primaria 1.999 ; 24: 497-8. J. de las Heras Gómez, J.C. Sanz Ruiz, A. Ramos Arroyo

.-6- **Análisis de las derivaciones hospitalarias desde un servicio de urgencias de Atención Primaria durante un año.** Semergen 2.007 ;33:341-8. A, Pérez Martin, J.R. López Lanza, T. Dierssen Sotos, M. Villa Puente, S. Raba Oruña, J.A. del Rio Madrazo.

PERFIL DEL PACIENTE GERIÁTRICO EN URGENCIAS HOSPITALARIAS.

F.J. Serrano Aguilar ⁽¹⁾, S. Gomez Garcia ⁽²⁾, D.J. Gomez Garcia ⁽³⁾.

⁽¹⁾ Hospital la Inmaculada del Servicio Andaluz de Salud, Huerca Overa; ⁽²⁾ Hospital Torrecárdenas, Almería;

⁽³⁾ Clínica Mediterraneo, Almería.

INTRODUCCIÓN

Como consecuencia del envejecimiento progresivo de la población y del aumento de la esperanza de vida, se ha visto un incremento del número de pacientes ancianos atendidos en los servicios de urgencias¹.

El paciente geriátrico es aquel paciente de edad avanzada, pluripatológico, con uso de polifarmacia y cierta dependencia para las actividades básicas de la vida diaria⁵.

Los servicios de urgencias hospitalarios suelen ser en muchas ocasiones la puerta de entrada al sistema sanitario público, por su fácil accesibilidad, generando una gran presión asistencial sobre dichos servicios^{2,3}. En los últimos años se ha visto un incremento progresivo de las visitas a los servicios de urgencias, aumentando aún más la demanda generada por pacientes ancianos. Alrededor del 25% del total de las consultas son realizadas por población mayor de 65 años^{1,2,4}. Las personas mayores con bajos ingresos económicos, bajo nivel educativo y que viven en soledad son las personas que más demandan asistencia sanitaria urgente⁴.

La asistencia de estos pacientes en urgencias no suele estar adaptada a los requerimientos y necesidades que precisan, atendiendo sólo a la causa por la que acuden al servicio de urgencias y no se realiza una valoración de forma integral al paciente mayor⁶. Dicha Valoración Geriátrica Integral debe intentar conseguir la asistencia al paciente geriátrico, abarcando diferentes niveles como son preventivos, asistenciales, rehabilitadores y sociales, con el objetivo de mantener al anciano en su domicilio en buenas condiciones físicas, psíquicas y sociales⁴.

Podemos ver que existen ciertas dificultades a la hora del manejo de estos pacientes en el servicio de urgencias por diferentes motivos¹:

- a) La anamnesis a la hora de realizar la historia clínica se puede ver dificultada por la escasa colaboración y movilidad del paciente, por deterioro cognitivo o por hipoacusia, entre otros, provocadas por las patologías de base del paciente.
- b) La existencia de varias enfermedades crónicas, con sintomatología similar, nos pueden confundir a la hora de diagnosticar el proceso agudo por el que acuden en ese momento, ya que muchas veces se presenta de forma atípica.
- c) La polimedicación habitual en muchos de estos pacientes por su enfermedad de base, puede interaccionar con la nueva medicación prescrita para tratar la patología aguda, provocando mayores efectos secundarios, mayores complicaciones y alterando la respuesta del organismo.
- d) En pacientes en situación terminal, o con alto grado de dependencia e incapacitaciones nos podemos encontrar con problemas éticos al tomar determinadas decisiones y es nuestra obligación informar a los familiares de forma clara para que tomen la decisión más oportuna.

La formación del personal de urgencias en materia geriátrica es muy limitada¹ y provoca más consultas de derivación a especialistas de área específicos, la realización de más pruebas complementarias y una mayor estancia en los servicios de urgencias^{2,7}. El funcionamiento en las urgencias de las consultas geriátricas dirigidas por personal sanitario con formación apropiada está obteniendo muy buenos resultados⁴.

El objetivo de nuestro trabajo fue estimar la prevalencia de pacientes geriátricos que acuden a un servicio de urgencias hospitalarias y describir las características de los mismos.

MÉTODO

Se realizó un estudio descriptivo transversal en el que se incluyeron 545 sujetos ≥ 65 años, de una muestra de 1930 pacientes atendidos en el Servicio de Urgencias del Hospital la Inmaculada, del Área Sanitaria Norte de Almería, durante un periodo de 2 semanas.

Población de referencia: es la que comprende dicho área sanitaria, abarcando una población total de 145.259 habitantes con 34 municipios⁸. Las urgencias atendidas por el servicio de nuestro hospital registran un total de 54.761 usuarios al año con una media de 150 urgencias diarias aproximadamente⁹.

Criterios de inclusión: sujetos ≥ 65 años que acudieron a nuestro servicio para recibir asistencia sanitaria urgente.

Variables recogidas (consulta de triage):

- Variables sociodemográficas:
 - o Sexo.
 - o Edad (años).
 - o Nacionalidad: española o no española.
- Procedencia del paciente: derivado desde Atención Primaria, desde consultas externas o por iniciativa propia.
- Nivel de triage: asignado por el personal sanitario de la consulta de triage dependiendo de la gravedad que presentase el paciente, utilizando un triage estructurado¹⁰⁻¹² con cinco niveles de prioridad y categorizado en:
 - o **Nivel I:** (color rojo) prioridad absoluta con atención inmediata y sin demora.
 - o **Nivel II:** (color naranja) situaciones muy urgentes de riesgo vital, inestabilidad o dolor muy intenso con una demora de asistencia médica de no más de 10 minutos.
 - o **Nivel III:** (color amarillo) es urgente pero estable hemodinámicamente, con riesgo potencial vital, con una demora máxima de 60 minutos.
 - o **Nivel IV:** (color verde) es una urgencia menor, potencialmente sin riesgo vital para el paciente, con una demora máxima de 120 minutos.
 - o **Nivel V:** (color azul) no es una urgencia. Poca complejidad en la patología o síntomas banales, problemas administrativos, etc., con una demora de hasta 240 minutos.
- Motivo de consulta por el que solicitaban valoración en el servicio de urgencias.
- Demanda de valoración por facultativo de área específico.
- Consultó más de una vez por el mismo motivo.

Análisis estadístico:

Se realizó un análisis descriptivo de las variables. Las variables cualitativas se expresan como proporciones. Las variables cuantitativas se expresan como media \pm desviación estándar. Para identificar posibles asociaciones significativas (test de la χ^2 para variables cualitativas y t de Student para cuantitativas). Se utilizó como nivel de significación estadística el valor $p=0,05$. Todos los datos se analizaron mediante la aplicación del paquete estadístico SPSS versión 15. Para el cálculo del intervalo de confianza (IC) de proporciones o de diferencia de proporciones se utilizó Rsigma. Todos los IC se calcularon con un nivel de confianza del 95% (IC_{95%}).

RESULTADOS

De los 1930 sujetos atendidos en nuestro servicio de urgencias, 545 pacientes fueron ≥ 65 años de edad, por lo que la prevalencia de pacientes geriátricos atendidos fue de 28,2% (IC_{95%}: 26,2-30,3). Su edad media fue 75,7 \pm 7,1 años. En cuanto al sexo, no hubo diferencias destacables, ya que los pacientes varones fueron un 46,1% (251), frente al 53,9% (294) mujeres.

Acudieron al servicio de urgencias por iniciativa propia el 58,5% (319 casos), derivados desde Atención Primaria el 40,7% (222 casos) y desde consultas externas el 0,7% (4 casos).

Predominaron los pacientes de nacionalidad española (88,6%; IC_{95%}: 85,6-91,1), frente a los no nacionales 11,4% (62 casos). La edad media de los pacientes de nacionalidad española fue 76,2 \pm 7,1 años, mientras que la edad media de los pacientes de nacionalidad no española fue 71,2 \pm 6,1 años. Existen diferencias estadísticamente significativa entre ambos grupos ($t = -4,7$; $p < 0,001$), siendo de entre 3 a 6 años (IC_{95%}) superior la edad en los sujetos nacionales.

Los motivos de consulta más prevalentes fueron patología del aparato locomotor en un 16% (87 casos), respiratoria en un 15,8% (86 casos), digestiva en un 13,9% (76 casos), seguido de sintomatología muy general e inespecífica en un 11,2% (61 casos), cardiocirculatoria en un 9,7% (53 casos) y neurológica en un 9,9% (54 casos). Todos los motivos de consulta se encuentran agrupados por sistemas y aparatos en la tabla 1.

Registramos una elevada variedad de sintomatología predominando disnea, infección respiratoria, bronquitis, EPOC, asma y hemoptisis en patología del aparato respiratorio. Dolor torácico, taquicardia, bradicardia, hipertensión arterial (HTA), trombosis venosa profunda (TVP) y edemas en miembros inferiores en patología del aparato cardiocirculatorio y multitud de algias en el aparato locomotor (tabla 2).

Con respecto al nivel de triage de las urgencias registradas predominó el nivel III (34,3%), seguido del nivel V (28,8%), nivel IV (21,3%), nivel I (10,1%) y por último nivel II (5,5%). Dentro del nivel V de triage (consultas más banales) predominó la patología del aparato locomotor (10,6%), dentro del nivel III predominó la patología respiratoria (7,9%), patología digestiva (6,1%), general y específicos (4,8%) y dentro del nivel I (urgencias inmediatas), patología respiratoria (3,3%), cardiocirculatoria (2,8%) y neurológica (1,8%).

Solicitaron valoración por facultativo especialista de área específico sólo un 3,3% y consultó más de una vez por el mismo motivo en nuestro servicio de urgencias el 8,4%. Un 25,1% (137 casos) de los pacientes refirieron dolor en el momento de su registro. El origen más prevalente de este dolor procedía de patologías del aparato locomotor (8,3%), digestiva (7,5%) y cardiocirculatorio (5,3%).

No se aprecian grandes diferencias en los motivos de consulta con respecto al sexo de los pacientes, sólo cabe diferenciar que las mujeres consultan más por patología del aparato locomotor (9,5%) frente a los hombres (6,4%), al igual que ocurre con la patología digestiva (mujeres 8,1% versus hombres 5,9%). En cambio los hombres consultan más por problemas urinarios (3,3%) frente a las mujeres (1,5%).

El principal motivo por el que acudieron los pacientes por iniciativa propia fue por patología del aparato locomotor (9,9%), respiratorio (8,6%), digestivo (7,7%) y general e inespecíficos (7,2%). El principal motivo por el que acudieron los pacientes derivados de Atención Primaria fue por patología respiratoria (7,0%), digestiva (6,1%), locomotor (6,1%), neurológica (4,8%) y cardiocirculatoria (4,6%).

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES

La prevalencia de pacientes geriátricos que acuden a nuestro servicio de urgencias se sitúa alrededor del 30%. Es un porcentaje algo superior al que podemos observar en otros trabajos publicados, siendo en éstos en torno a un 25%^{1,3,4}.

El 40% de nuestros mayores acude al servicio de urgencias derivado de los centros de Atención Primaria, frente a casi un 60% que acuden por iniciativa propia, al igual que en otras series¹³ donde el porcentaje de pacientes derivado desde Atención Primaria es similar al nuestro.

Hemos encontrado una amplia diversidad de patologías por las que consultan nuestros pacientes, siendo las más consultadas sobre todo osteomusculares, respiratorias, digestivas y síntomas generales e inespecíficos. Según la literatura revisada, los motivos más frecuentes por los que la persona mayor consulta son los síntomas generales, los problemas digestivos, respiratorios y músculo-esqueléticos¹⁴, resultados muy similares a los nuestros.

Hay varias limitaciones que deben tenerse en cuenta a la hora de interpretar los resultados de este estudio. En primer lugar, es que a la hora de registrar el motivo por el cual el paciente geriátrico acude a urgencias puede no coincidir con el diagnóstico médico final. En segundo lugar, es que existe una gran diversidad de motivos de consulta, lo que puede introducir sesgos⁴ a la hora de codificar la información relativa a al motivo de consulta que llevó a nuestros pacientes a urgencias, por lo que dichos motivos tuvieron que reagruparse y limitarse el número de categorizaciones dentro de dichas variables.

Es recomendable registrar el motivo de consulta utilizando alguna clasificación para estandarizar los motivos de asistencia. Podemos utilizar la clasificación internacional de enfermedades (CIE) o la Clasificación Internacional de la Atención Primaria (CIAP-2), aunque ninguna está diseñada específicamente para el servicio de urgencias pueden ser de gran ayuda¹⁵. Sería conveniente poder clasificar los motivos de consulta adaptados a una clasificación más idónea y más completa, estandarizando la recogida de datos en los servicios de urgencias y sobre todo, dirigida a las urgencias geriátricas, cuyos motivos de consulta pueden discrepar bastante de los motivos de consulta del adulto joven.

Hemos podido comprobar que es escasa la bibliografía existente hasta el momento sobre el manejo y las características del paciente geriátrico en los servicios de urgencias hospitalarias, por lo que consideramos

necesario la realización de más estudios que nos sirvan de referencia y nos aporten nuevos datos, para conocer mejor a esta población mayor y así adaptar los recursos existentes a sus necesidades y conseguir una mejor orientación en la organización de nuestro trabajo diario.

En conclusión el perfil de dichos pacientes corresponde al de un paciente de unos 75 años de edad, de nacionalidad española, que acude al servicio de urgencias por iniciativa propia, demandando asistencia sanitaria por diversas patologías, sobre todo osteomusculares y respiratorias. Cabe destacar que la edad media de los pacientes de nacionalidad española fue entre 3 y 6 años superior a la edad media de los pacientes no nacionales.

Sería recomendable ante la demanda creciente de atención urgente a los enfermos de edad avanzada una formación específica del personal sanitario en conocimientos geriátricos, coordinación entre los servicios de urgencias, unidad geriátrica, atención primaria, residencias, familia y cuidadores.

Es fundamental desarrollar protocolos de actuación en urgencias para solventar la diversidad de problemas que puede plantear la asistencia del paciente geriátrico en estos servicios, así como una educación sanitaria adecuada a la población geriátrica que disminuyese el número de consultas por patología no urgente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Moya-Mir MS. La formación geriátrica en urgencias. *Emergencias* 2006; 18:1-4.
2. Martín-Sánchez FJ, Fernández-Alonso C, Merino C. El paciente geriátrico en urgencias. *An. Sist. Sanit. Navar.* 2010; 33, Sup 1.
3. Fernandez-Fernandez M, Solano Jaurrieta. Niveles Asistenciales en Geriatria. En: *Tratado de Geriatria para Residentes*. (Sociedad española de Geriatria y Gerontología. Ed.). Madrid 2006. Pp: 83-87.
4. García-Velázquez MC, Pérez-Galán RJ, Poley-Guerra AJ. Identificación de las causas por las que acuden al servicio de urgencias las personas mayores. *Rev. Soc Esp de Enf de Urgencias y Emergencias*. Segunda Época nº 11; Enero – Febrero 2010.
5. Robles-Raya MJ, Miralles-Bassedá R, Llorach Gaspar I, Cervera Alemany AM. Definición y objetivos de la especialidad de geriatría. tipología de ancianos y población diana. En: *Tratado de Geriatria para Residentes*. (Sociedad española de Geriatria y Gerontología. Ed.). Madrid 2006. Pp: 25-32.
6. Ula Hwang, MD, MPH; R. Sean Morrison, MD. The geriatric emergency department. *J Am Geriatr Soc* 2007; 55: 1873-1876.
7. Llorente S, Arcos PJ, Alonso M. Factores que influyen en la demora del enfermo en un servicio de urgencias hospitalarias. *Emergencias* 2000; 12: 164-171.
8. Instituto Nacional de Estadística. Inebase: cifras de población. URL: <http://www.ine.es/inebase>. [10.12.2012].
9. Redacción Médica. Salud ha invertido 20,8 millones en atención hospitalaria para Almería. Redacción URL: <http://www.redaccionmedica.com/autonomias/andalucia/salud-ha-invertido-208-millones-en-atencion-hospitalaria-para-almeria-3861>. [28.08.2013].
10. Soler W, Gómez-Muñoz M, Bragulat E, Álvarez A. El triaje: herramienta fundamental en urgencias y emergencias. *An. Sist. Sanit. Navar.* 2010; 33, Sup 1.
11. Cornejo-Marroquín C, Arnáiz-Arnáiz M, De los Santos-Izquierdo JM. Triage en un servicio de urgencias hospitalarias. *Rev. sociedad española de enfermería de urgencias y emergencias* segunda época. Nº 0 Julio y Agosto de 2008.
12. Martín-García M. Estudio del triaje en un servicio de urgencias hospitalario. *Rev. Enferm. Cast. y León* (2013); Vol 5 - Nº 1.
13. Navarro-Gutiérrez S, González-Martínez F, Pulido-Morillo F, Lema-Bartolomé J, Mayor-Toranzo F, Montero-López L. La urgencia geriátrica en la provincia de Cuenca. *Rev. Emergencias* 2002; 14:163-170.
14. Kahn JH, Magauran B. Trends in geriatric emergency medicine. *Emerg Med Clin N Am* 2006; 24: 243-260.
15. Clasificación Internacional de la Atención Primaria. CIAP-2. Comité Internacional de Clasificación de la WONCA. Barcelona, Masson 1999.

Tabla 1. Motivo de consulta.

| | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|---------------------------|------------|------------|
| REPIRATORIO | 86 | 15,8% |
| CARDIOCIRCULATORIO | 53 | 9,7% |
| NEUROLOGICO | 54 | 9,9% |
| LOCOMOTOR | 87 | 16,0% |
| HEMATOLOGICOS | 16 | 2,9% |
| ENDOCRINO | 8 | 1,5% |
| PSIQ/PSICOLOGICO | 7 | 1,3% |
| OFTAMOLOGIA | 28 | 5,1% |
| DIGESTIVO | 76 | 13,9% |
| DERMATOLOGIA | 14 | 2,6% |
| OTORRINOLOGIA | 5 | 0,9% |
| ONCOLOGIA | 4 | 0,7% |
| ACCIDENTES/INTOXICACIONES | 17 | 3,1% |
| UROLOGIA | 26 | 4,8% |
| GINECOLOGIA | 3 | 0,6% |
| GENERAL E INESPECIFICOS | 61 | 11,2% |

Tabla 2. Sintomatología por aparatos.

| | | |
|-------------------------|---------------------------------|--------------------------|
| REPIRATORIO | DISNEA | EPOC |
| | INFECCION RESPIRATORIA | BRONQUITIS |
| | ASMA | HEMOPTISIS |
| CARDIOCIRCULATORIO | DOLOR TORACICO | TAQUICARDIA |
| | BRADICARDIA | HTA, TVP |
| NEUROLOGICO | CEFALEA | ACV, AIT |
| | MAREO, SINCOPE | CONFUSION, |
| | AFASIA | DESORIENTACIÓN |
| LOCOMOTOR | ALGIAS EN MIEMBROS SUPERIORES E | CERVICALGIAS, LUMBALGIAS |
| | INFERIORES | COXALGIAS |
| HEMATOLOGICOS | ANEMIA | TROMBOPENIA |
| | | CONTROL DE SINTROM |
| ENDOCRINO | HIPO/HIPERGLUCEMIA | DEBUT DIABETICO |
| PSIQ/PSICOLOGICO | ANSIEDAD, DEPRESION | AGRESIVIDAD |
| OFTAMOLOGIA | CONJUNTIVITIS | VISION BORROSA |
| | MOLESTIA OCULAR | CUERPO EXTRAÑO |
| DIGESTIVO | DOLOR ABDOMINAL | DIARREA |
| | MELENAS, RECTORRAGIA | ESTREÑIMIENTO |
| DERMATOLOGIA | HERIDAS, ULCERAS | CELULITIS |
| OTORRINOLOGIA | OTALGIA, ODINOFAGIA | EPIXTASIS |
| ONCOLOGIA | TUMOR TORAX | RETIRADA DE BOMBA |
| | SANGRADO POR OSTOMIA | DE INFUSION |
| ACCIDENTES/ | POLITRAUMATIZADOS | TCE |
| INTOXICACIONES | CAIDAS | ACCIDENTES DE TRAFICO |
| UROLOGIA | ITU | DISURIA |
| | HEMATURIA | CAMBIO DE SONDA |
| GINECOLOGIA | METRRORRAGIA | MOLESTIAS GINECOLOGICAS |
| GENERAL E INESPECIFICOS | MALESTAR GENERAL | DECAIMIENTO |
| | FIEBRE | REVISION |

INFLUENCIA DE LA INSTITUCIONALIZACIÓN EN PACIENTES GERIÁTRICOS

A. Rubio Hernandez ⁽¹⁾, P. Morales Cuevas ⁽¹⁾, C.M. Arcos Garcia ⁽²⁾.

⁽¹⁾ *El Zapillo*; ⁽²⁾ *Virgen De La Esperanza*.

INTRODUCCIÓN

La valoración de la función física es una labor de rutina en los centros y unidades de rehabilitación. Los índices para medir la discapacidad física son cada vez más utilizados en la investigación y en la práctica clínica, especialmente en los ancianos, cuya prevalencia de discapacidad es mayor que la de la población en general. Además la valoración de la función física es una parte importante de los principales instrumentos usados para la valoración genérica de la calidad de vida relacionado con la salud. Actualmente incluir la valoración física es imprescindible en cualquier instrumento destinado a medir el estado de salud. Uno de los instrumentos más ampliamente utilizados para la valoración de la función física es el Índice de Barthel (IB) o también conocido como “Índice de Discapacidad de Maryland”.

Tomando como referente el espacio Europeo como contexto sociogeográfico donde las personas mayores (65 años y más) aumentan de forma significativa y donde los muy mayores son un colectivo en alza, España presenta unas cifras que se sitúan alrededor del 16% de personas que superan los 65 años y donde los más mayores (80 años y más) suponen casi el 25% del total de mayores. Este porcentaje seguirá en aumento si tenemos presente el aumento de la esperanza de vida. Si se mantienen las pautas de mortalidad, este grupo, de los más mayores supondrán a mediados de siglo, cerca del 30% del conjunto de los mayores de 65 años. ¹ Es en este grupo donde se prevé un crecimiento superior al resto, donde el problema es más significativo y donde se pone de manifiesto evidencias del desgaste que sufren las actuales políticas sociales. Tener un buen nivel de salud significa para ellos capacidad para llevar con normalidad la vida cotidiana. Éste es elemento decisivo para sentirse bien, un recurso que les permite acceder a otros recursos.

El ingreso en residencias ha sido denominado con el concepto de institucionalización, para diferenciarlo de la atención comunitaria y denotar su carácter de especialización. Los ancianos válidos al ingreso en un centro dejan de realizar tareas por un mecanismo de ajuste de su conducta a la vez que pueden adoptar una actitud pasiva; efecto generador de dependencia. Todos los ancianos al ingresar por primera vez en un centro geriátrico se someterán a un período de adaptación y observación establecido en 20 días tras el cual será valorado por una comisión técnica²

La institucionalización o no-institucionalización de las personas de edad avanzada ha sido objeto de controversia y ha estado influida por diferentes corrientes de opinión.

Las personas que viven en instituciones de larga estancia tienen mejores cuidados de enfermería y por norma modifican hábitos y modos de vida, que son factores de riesgo incapacitantes. La mayoría de los autores observa, que existe una mayor dependencia funcional en los ancianos institucionalizados que en aquéllos que viven en sus domicilios.

Por ello nos planteamos como hipótesis de trabajo el estudiar la posible influencia de la institucionalización en algunos parámetros específicos de la capacidad funcional de los ancianos.

El envejecimiento poblacional constituye un gran reto para nuestra sociedad y para el conjunto de sociedades instaladas en el estado de bienestar. El objetivo prioritario de las residencias de mayores, es alcanzar la mayor autonomía posible en el mayor, por ello es importante actuar en programas regulares de ejercicio para que los ancianos residentes obtengan mayores niveles de capacidad funcional, una mayor independencia y una mejor calidad de vida³

OBJETIVO

Objetivo general: Evaluar la influencia que ejerce la institucionalización en la autonomía de los residentes en el momento de su ingreso y tras 12 meses de institucionalización.

MÉTODOLOGIA

Diseño: Se ha realizado un estudio cuasiexperimental con evaluación basal y post-intervención de cada institución. Las comparaciones se establecieron intra-grupo. Después se compararon y evaluaron ambas residencias.

Sujetos de estudio: La población diana en nuestro estudio estuvo constituida por sujetos institucionalizados en la Residencia de Mayores “El Zapillo” perteneciente a la Junta de Andalucía (Almería- España), y sujetos institucionalizados en la Residencia “Virgen de la Esperanza” perteneciente al grupo Gerial (Almería-España). Del total de residentes institucionalizados se seleccionaron los sujetos que realizaron su ingreso entre 1 de Enero de 2012 y 30 de Junio de 2012 para desarrollar dicho estudio.

Procedimiento: Se llevo a cabo en primer lugar un estudio previo en el que se midieron el IB y se recogieron datos sociodemograficos de los residentes, esto se realizo en su ingreso en la institución, se realizo en ambas residencias. En un segundo lugar se realizo al año un segundo estudio midiendo el IB a los residentes que ingresaron en ese periodo transcurrido. Se compararon datos de ambas residencias.

Criterios de inclusión: Ser institucionalizados de larga estancia.

Criterios de exclusión: Presentar un estado de dependencia total o grave, un deterioro cognitivo moderado o severo.

Análisis de datos: Los datos han sido analizados con el paquete estadístico SPSS 18.0.

Variable dependiente del estudio: grado de autonomía, medir la capacidad del anciano referente a actividades cotidianas mediante el Índice de Barthel.

Variable independiente del estudio: ingreso del anciano en la institución. Es la variable que pueda modificar o no su grado de autonomía.

Variables sociodemograficas: edad, sexo.

RESULTADOS

| TABLA 1. VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS | | | |
|--------------------------------------|----------|-------------|-------------|
| VARIABLES | | Frecuencias | Porcentajes |
| Edad | <70 años | 3 | 15,8 |
| | 70-74 | 7 | 42,1 |
| | 75-79 | 7 | 42,1 |
| | >80 | 3 | 5,3 |
| Sexo | Hombre | 5 | |
| | Mujer | 15 | |

Tabla 1.- Variables sociodemografcias de Residencia de Mayores “El Zapillo”.

| TABLA 2. VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS | | | |
|--------------------------------------|----------|-------------|-------------|
| VARIABLES | | Frecuencias | Porcentajes |
| Edad | <70 años | 3 | 5,3 |
| | 70-74 | 7 | 34,2 |
| | 75-79 | 7 | 32,1 |
| | >80 | 3 | 7,9 |
| Sexo | Hombre | 5 | |
| | Mujer | 15 | |

Tabla 2.- Variables sociodemograficas de Residencia "Virgen de la Esperanza".

| TABLA 3.- ESTADISTICOS DESCRIPTIVOS DEL IB | | | | | |
|--|----|--------|--------|-------|-------------------|
| | N | MINIMO | MAXIMO | MEDIA | DESVIACION TIPICA |
| BARTHEL (momento 1) | 20 | 85 | 100 | 92,37 | 6,14 |
| BARTHEL (momento 2) | 20 | 65 | 100 | 84,21 | 9,90 |

Tabla 3.- Estadísticos descriptivos del IB de la Residencia de Mayores "El Zapillo".

| TABLA 4.- ESTADISTICOS DESCRIPTIVOS DEL IB | | | | | |
|--|----|--------|--------|-------|-------------------|
| | N | MINIMO | MAXIMO | MEDIA | DESVIACION TIPICA |
| BARTHEL (momento 1) | 20 | 80 | 100 | 93,41 | 6,39 |
| BARTHEL (momento 2) | 20 | 92 | 100 | 97,2 | 7,78 |

Tabla 4.- Estadísticos descriptivos del IB de la Residencia "Virgen de la Esperanza".

CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos en este trabajo no pretenden generalizarse a la población anciana institucionalizada en centros residenciales ya que es necesario asumir las limitaciones que presenta un tamaño muestral reducido como el que hemos tenido que asumir. El criterio de inclusión en el estudio estaba condicionado por los mayores que ingresaron en la residencia durante el período previsto para la recogida de los sujetos de estudio.

Los aspectos organizativos y profesionales hacen que la persona mayor perciba el centro residencial como una alternativa de calidad a su domicilio habitual y puede ser un entorno en el que puede vivir sin sentirse "encorsetado".

Los cambios que supone la institucionalización, suponen una privación, no sólo del modo de vida anterior, sino otras pérdidas significativas, que aumentan su vulnerabilidad. La persona mayor deja su casa, su hogar, los objetos significativos de toda una vida. Deja los vecinos, lugares espacios y tiene que adaptarse a un nuevo espacio con objetos, personas, rutinas, olores, comidas, residentes. A todo este impacto se le suma el fenómeno de la muerte.

- La capacidad funcional de las personas de edad avanzada depende de múltiples factores y puede ser estudiada mediante diferentes escalas. La mayoría de ellas evalúan la capacidad de autonomía y el nivel de dependencia del sujeto anciano, ofreciendo una puntuación más o menos global del estado funcional de estas personas al realizar diferentes A.V.D.
- La dependencia del anciano institucionalizado aumenta por diversos factores como la edad, el sexo, un mayor tiempo de institucionalización y una mala percepción del propio estado de salud.
- También se han observado diferencias en la capacidad funcional entre hombres y mujeres en los dos grupos de residentes estudiados confirmándose, al igual que otros autores, que los hombres son significativamente menos dependientes que las mujeres. Así mismo, las mujeres presentan mayores problemas de movilidad. También se ha observado, que el ser mujer es un factor asociado a una mayor institucionalización de los ancianos.
- Dentro de una institución el programa de adaptación del anciano debería tener como prioridad la adaptación organizativa del centro a las verdaderas necesidades de los usuarios, no al revés, implicando en este proceso siempre a la familia todo en pro de fomentar en todo momento la autonomía tanto física como psicológica del anciano

En los hallazgos encontrados en nuestro estudio, tras una comparación pre-post intervención, observamos que la institucionalización mantiene su nivel de autonomía siempre que no haya una mala percepción del estado de salud.

BIBLIOGRAFIA

1. Gonzalo E, Millán A, Mateo I, Ocaña R, García MM. Informe Global de Resultados de la Encuesta a Personas Mayores Estudio Sobre Condiciones de Vida de las Personas Mayores en Andalucía. Sevilla: Fundación Andaluza de Servicios Sociales. Consejería de Asuntos Sociales; 2004.
- 2.- Clark,D.O.; Stump,T.E.; Hui,S.L. y Wolinski,F.D. (1998). Predictors of mobility and basic ADL difficulty among adults aged 70 years and older. *Journal of Aging and Health*, 10,4:422-40.
3. Cortés Blanco M. Estrategias generales en la atención del anciano institucionalizado. *Med Integral* 1999; 23 (4): 161-3.
- 4.- Leturia FJ. El proceso de adaptación en centros residenciales para personas mayores. *Rev Esp Geriatr Geront* 1999; 34 (2): 105-12.

ESTUDIO DE LAS CAUSAS DE LA MORTALIDAD DE NONAGENARIOS EN HOSPITAL DE GERIATRÍA

A.M. Lazo Torres, M.J. Martínez Soriano, C. Maldonado, J. Romero Leon, P.V. Hidalgo, C.M. Martínez.

Hospital Torrecárdenas, Almería

OBJETIVOS

La población anciana es especialmente vulnerable y en las etapas finales de su vida, asociada a un importante grado de dependencia en la mayoría de los pacientes, son más susceptibles por su especial fisiología y comorbilidades a sufrir procesos que los llevarán a su fallecimiento.

Estudiamos las causas de fallecimiento de pacientes nonagenarios en la Unidad de Medicina Interna-Geriatría del Hospital Cruz Roja de Almería, perteneciente al Complejo Hospitalario Torrecárdenas, durante un periodo de seis meses, para intentar analizar el perfil de este grupo de enfermos y analizar las causas de su defunción y si recibieron o no tratamiento con sedación paliativa.

MÉTODOS

Diseñamos un estudio retrospectivo y descriptivo mediante la revisión de las historias clínicas de todos los pacientes que fallecieron la Unidad de Medicina Interna-Geriatría durante seis meses, analizando variables como:

- Edad
- Sexo
- Estancia media
- Comorbilidades
- Motivo de ingreso
- Sedación paliativa

RESULTADOS

- Durante los seis meses que incluimos en el estudio, fallecieron en nuestro servicio 44 pacientes, de los cuales 12 eran nonagenarios (27.3%).
- Los pacientes fueron en su mayoría mujeres 66.7% (8 pacientes), frente al 33.3% de los varones (4 pacientes).
- La edad media global fue de 91.2 años, en el caso de las mujeres 91.5 años y de los varones 90.5 años.
- El 75% de los pacientes eran pluripatológicos y el 50% eran pacientes grandes dependientes.
- Procedían del Servicio de Urgencias 8 pacientes (66.7%), el resto (33.3%) procedían de otros servicios del Complejo Hospitalario Torrecárdenas.
- Con respecto a las causas de la defunción, la mayoría de los casos tuvo un origen infeccioso (75%), dentro de las cuales destacaron las infecciones de origen respiratorio, con 7 casos (58.3%). Dentro del resto de causas, destacar las de origen digestivo (16.7%).
- En nuestra serie, solo recibieron tratamiento con sedación paliativa 2 pacientes (16.7%).

CONCLUSIONES

- En nuestro medio, la principal causa de mortalidad en pacientes nonagenarios fueron los procesos infecciosos, principalmente las neumonías y las infecciones respiratorias de origen broncoaspirativo.
- La mayoría de nuestros pacientes eran personas con una gran dependencia psicofísica y además pluripatológicos y polimedcados.

BIBLIOGRAFÍA

1. Meller I, Fichter M, Schröppel H. Riesgo de mortalidad en octogenarios y nonagenarios en relación con síntomas psíquicos, causa y lugar de fallecimiento: Resultados longitudinales de un estudio epidemiológico de seguimiento en una muestra comunitaria. *Eur. J. Psychiat.* 2004; 18(1): 45-61.
2. Brameld KJ, Hoiman CD, Bass AJ, Codde JP, Rouse IL. Hospitalisation of the elderly during the last year of life: an application of record linkage in Western Australia 1985-1994. *J. Epidemiol. Community Health* 1998; 52: 740-744.
3. Dunlop RJ, Davies RJ, Hockley JM. Preferred versus actual place of death: a hospital palliative care support team experience. *Palliat Med.* 1989; 3:197-201.
4. Cinza Sanjurjo S, Cabarcos Ortiz de Barrón A, Nieto Pol E, Torre Carballada J.A. Análisis de la mortalidad en ancianos en un Servicio de Medicina Interna. *An Med Interna* 2007; 24(2): 67-71.
5. Alonso J, Abinzano M, Martínez C, García M. Morbidity and mortality among the hospitalized aged. Identification of prognostic factors. *An Med Interna* 1995; 12: 420-4.
6. Vega J, Parodi M J, Puebla C. Relación entre el motivo de ingreso y la causa de muerte en pacientes fallecidos en un Servicio de Medicina Interna. *Rev Med Chile* 2004; 132: 707-17.
7. Marín Gámez N, Kessel Sardiñas H, Barnosi Marín AC, Rodríguez Galdeano M, Lazo Torres AM, Collado Romacho A. Cincuenta y seis muertes. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2002; 37:244-8.
8. Marín N, Kessel H, Rodríguez M, Barnosi AC, Lazo A, Amat E. Sedación terminal: el último recurso ante una "mala muerte". *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2003; 38(1):3-9.
9. Emanuel EJ, Emanuel LL. The promise of a good death. *Lancet* 1998; 351(Suppl 2):21-9.

ESTUDIO DE LAS CAUSAS DE MORTALIDAD DE NONAGENARIOS EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

A.M. Lazo Torres, M.A. Esteban Moreno, B. Hernández Sierra, A. García Peña, G. López Lloret, S. Domingo Roa.

Hospital Torrecárdenas, Almería

OBJETIVOS

La población anciana es especialmente vulnerable y en las etapas finales de su vida, asociada a un importante grado de dependencia en la mayoría de los pacientes, son más susceptibles por su especial fisiología y comorbilidades a sufrir procesos que los llevarán a su fallecimiento.

Estudiamos las causas de fallecimiento de pacientes nonagenarios en nuestro Servicio de Medicina Interna durante un periodo de seis meses, para intentar analizar el perfil de este grupo de enfermos y analizar las causas de su defunción y si recibieron o no tratamiento con sedación paliativa.

MÉTODOS

Diseñamos un estudio retrospectivo y descriptivo mediante la revisión de las historias clínicas de todos los pacientes que fallecieron en nuestro Servicio de Medicina Interna del Hospital Torrecárdenas de Almería durante seis meses, analizando variables como:

- Edad
- Sexo
- Estancia media
- Comorbilidades
- Motivo de ingreso
- Sedación paliativa

RESULTADOS

- Durante los seis meses que incluimos en el estudio, fallecieron en nuestro servicio 132 pacientes, de los cuales 31 eran nonagenarios (23.48%).
- Los pacientes fueron en su mayoría mujeres 74.2% (23 pacientes) y varones 25.8% (8 pacientes).
- La edad media global fue de 92.9 años (rango 90-102 años), en el caso de las mujeres 92.8 años y de los varones 93.1 años.
- El 48.4% de los pacientes eran pluripatológicos el 71% estaban polimedicados.
- Con respecto a las causas de la defunción, la mayoría de los casos tuvo un origen infeccioso (51.6%), dentro de las cuales destacaron las infecciones neumonías con 12 casos (38.7%). Dentro del resto de causas, destacar la insuficiencia cardíaca (19.3%), accidente cerebrovascular (12.9%) y los tumores (6.5%).
- Recibieron tratamiento con sedación paliativa consensuada con la familia 10 de los pacientes (32.2%).

CONCLUSIONES

- En nuestro medio, la principal causa de mortalidad en pacientes nonagenarios fueron:
 - Los procesos infecciosos, principalmente las neumonías y las infecciones respiratorias
 - Insuficiencia cardiaca
 - Accidentes cerebrovasculares
- Casi la mitad de los paciente cumplían criterios de pluripatología y un alto porcentaje estaban polimedcados en el momento de su ingreso en nuestro servicio.
- Aproximadamente un tercio de los pacientes recibió sedación paliativa para control de síntomas en la agonía, de forma consensuada en todos los casos con sus familiares.

BIBLIOGRAFÍA

1. Meller I, Fichter M, Schröppel H. Riesgo de mortalidad en octogenarios y nonagenarios en relación con síntomas psíquicos, causa y lugar de fallecimiento: Resultados longitudinales de un estudio epidemiológico de seguimiento en una muestra comunitaria. *Eur. J. Psychiat.* 2004; 18(1): 45-61.
2. Brameld KJ, Hoiman CD, Bass AJ, Codde JP, Rouse IL. Hospitalisation of the elderly during the last year of life: an application of record linkage in Western Australia 1985-1994. *J. Epidemiol. Community Health* 1998; 52: 740-744.
3. Dunlop RJ, Davies RJ, Hockley JM. Preferred versus actual place of death: a hospital palliative care support team experience. *Palliat Med.* 1989; 3:197-201.
4. Cinza Sanjurjo S, Cabarcos Ortiz de Barrón A, Nieto Pol E, Torre Carballada J.A. Análisis de la mortalidad en ancianos en un Servicio de Medicina Interna. *An Med Interna* 2007; 24(2): 67-71.
5. Alonso J, Abinzano M, Martínez C, García M. Morbidity and mortality among the hospitalized aged. Identification of prognostic factors. *An Med Interna* 1995; 12: 420-4.
6. Vega J, Parodi M J, Puebla C. Relación entre el motivo de ingreso y la causa de muerte en pacientes fallecidos en un Servicio de Medicina Interna. *Rev Med Chile* 2004; 132: 707-17.
7. Marín Gámez N, Kessel Sardiñas H, Barnosi Marín AC, Rodríguez Galdeano M, Lazo Torres AM, Collado Romacho A. Cincuenta y seis muertes. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2002; 37:244-8.
8. Marín N, Kessel H, Rodríguez M, Barnosi AC, Lazo A, Amat E. Sedación terminal: el último recurso ante una "mala muerte". *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2003; 38(1):3-9.
9. Emanuel EJ, Emanuel LL. The promise of a good death. *Lancet* 1998; 351(Suppl 2):21-9.

ESTUDIO SOBRE EL NIVEL FUNCIONAL DEL ANCIANO INSTITUCIONALIZADO EN RESIDENCIAS GERIÁTRICAS

S. Orge Quesada ⁽¹⁾, L. Jimenez Muñoz ⁽²⁾, M.L. Quesada Gallego ⁽³⁾, F.J. Martínez Pastor ⁽⁴⁾, C. Serrano Guzmán ⁽²⁾.

⁽¹⁾ Universidad Malaga; ⁽²⁾ Centro Salud; ⁽³⁾ Sanrafael; ⁽⁴⁾ Virgen de la Esperanza

INTRODUCCIÓN

En el momento actual, se prevé que para los próximos 15 años la sociedad española puede llegar a ser la más envejecida del mundo, lo que supondrá el 6% de la población (Instituto Nacional de Estadística, Febrero 2008).

Actualmente España es uno de los países con mayor esperanza de vida, aunque si hablamos de buena salud las cifras empeoran con respecto a otros países, es decir, mas vida pero no de buena calidad. A pesar de ser un gran sector de la población, existen lagunas de conocimiento en relación con los ancianos¹.

El envejecimiento produce una serie de cambios físicos y psicológicos que hacen un tanto difícil esta etapa de la vida, donde la calidad de vida de los ancianos institucionalizados depende de la labor que realice el personal médico y paramédico para ayudar a mantener su nivel de independencia y autonomía, motivo por el cual decidimos realizar este trabajo.

Con el aumento del número de ancianos habrá también un incremento de las necesidades de salud de este sector de la población, así como una mayor prevalencia de uno de los problemas más temidos de la vejez: la dependencia funcional.

La independencia funcional se ha definido como “el desempeño de las tareas de cuidado personal sin supervisión, dirección o asistencia personal activa”².

El progresivo deterioro visto en mayores de 78 años y más intenso a la edad de 85 junto con las diferencias en el deterioro cognitivo en personas de 70 años con respecto a los mayores de 78 sugiere un cambio en el punto de corte a los 70 años que puede servir mejor para definir el comienzo de la 3ª edad.

El anciano sedentario, con enfermedades crónicas, que presenta un problema agudo como caídas, infecciones, descompensación de enfermedades crónicas, accidente vascular cerebral y otros problemas, presentará complicaciones en las primeras horas de inmovilidad³. La edad, sexo femenino, analfabetismo y el estar institucionalizado están asociados con baja puntuación en los test cognitivo.

Nuestro objetivo es realizar una evaluación funcional del adulto mayor institucionalizado, evaluar el nivel de dependencia en las actividades de la vida diaria para poder elevar su nivel de independencia y su calidad de vida en la institución.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó un estudio descriptivo transversal donde se incluyeron, tras la oportuna valoración, todos los internos mayores de 75 años y menores de 85 años con capacidad para la deambulación residentes en dos centros geriátricos, Residencia San Rafael y Residencia Virgen de la Esperanza, pertenecientes a la provincia de Almería que ingresaron entre el 1 de enero del 2012 y el 31 de diciembre del 2012 y que permanecieron 1 año de forma continuada resultando un tamaño muestral de 48 residentes. Previamente se informó a todos los posibles participantes de acuerdo con los principios éticos recogidos de la Declaración de Helsinki para la realización de estudios con personas, y de forma voluntaria e individual se firmó el consentimiento.

Antes de iniciar el estudio se acordó la metodología a utilizar con todos los participantes en el mismo. La definición aceptada de independencia funcional se ha definido como “el desempeño de las tareas de cuidado personal sin supervisión, dirección o asistencia personal activa”.

VARIABLES

Además de las variables sociodemográficas necesarias para la descripción de la muestra (**edad, sexo...**) se consideraron las siguientes:

-**Morbilidad** (pacientes diagnosticados de Alzheimer, Accidente Cerebro Vascular, fractura de cadera o Parkinson)

-**Medicación** (que tomaban los pacientes en el transcurso del año, haciendo especial hincapié en tratamientos hipnóticos, benzodiacepinas, inductores del sueño y antidepresivos)

-**Ingresos hospitalarios** de los ancianos en el transcurso de ese año.

-**Situación funcional** (actividades básicas de la vida diaria). Se consideraron cinco de las seis actividades exploradas por el índice de Barthel para evaluar la capacidad de realizar sin dificultad o ayuda las siguientes funciones básicas: bañarse, vestirse, usar el sanitario, trasladarse dentro del hogar y alimentarse. Se consideró que la pérdida de alguna de estas funciones reflejaba cierto grado de dependencia.

INDICE BARTHEL

Escala que permite valorar la autonomía de la persona para realizar las actividades básicas e imprescindibles de la vida diaria tales como comer, lavarse, vestirse, arreglarse, trasladarse del sillón o silla de ruedas a la cama, subir y bajar escaleras, etc ⁴.

FORMA DE ADMINISTRACIÓN

La recogida de información es a través de la información directa y/o interrogatorio del paciente o, si su capacidad cognitiva no lo permite, de su cuidador o familiares.

| | |
|---|--|
| COMER | |
| 10 | INDEPENDIENTE. Capaz de comer por sí solo y en un tiempo razonable. La comida puede ser cocinada y servida por otra persona. |
| 5 | NECESITA AYUDA para cortar la carne o el pan, pero es capaz de comer solo |
| 0 | DEPENDIENTE. Necesita ser alimentado por otra persona |
| VESTIRSE | |
| 10 | INDEPENDIENTE. Capaz de quitarse y ponerse la ropa sin ayuda |
| 5 | NECESITA AYUDA. Realiza sólo al menos la mitad de las tareas en un tiempo razonable |
| 0 | DEPENDIENTE. |
| ARREGLARSE | |
| 5 | INDEPENDIENTE. Realiza todas las actividades personales sin ninguna ayuda. Los complementos necesarios pueden ser provistos por otra persona. |
| 0 | DEPENDIENTE. Necesita alguna ayuda |
| DEPOSICIÓN | |
| 10 | CONTINENTE. Ningún episodio de incontinencia. |
| 5 | ACCIDENTE OCASIONAL. Menos de una vez por semana o necesita ayuda, enemas o supositorios |
| 0 | INCONTINENTE. |
| MICCIÓN (Valorar la situación en la semana anterior) | |
| 10 | CONTINENTE. Ningún episodio de incontinencia. Capaz de usar cualquier dispositivo por sí sólo. |
| 5 | ACCIDENTE OCASIONAL. Máximo un episodio de incontinencia en 24 horas. Incluye necesitar ayuda en la manipulación de sondas u otros dispositivos. |
| 0 | INCONTINENTE. |
| IR AL RETRETE | |
| 10 | INDEPENDIENTE. Entra y sale sólo y no necesita ayuda de otra persona |
| 5 | NECESITA AYUDA. Capaz de manejarse con una pequeña ayuda, es capaz de usar el cuarto de baño. Puede limpiarse sólo. |
| 0 | DEPENDIENTE. Incapaz de manejarse sin una ayuda mayor. |
| TRASLADO SILLÓN – CAMA (Transferencias) | |
| 15 | INDEPENDIENTE. No precisa ayuda |
| 10 | MINIMA AYUDA. Incluye supervisión verbal o pequeña ayuda física |
| 5 | GRAN AYUDA. Precisa la ayuda de una persona fuerte o entrenada. |
| 0 | DEPENDIENTE. Necesita grúa o alzamiento por dos personas. Incapaz de permanecer sentado. |
| DEAMBULACIÓN | |
| 15 | INDEPENDIENTE. Puede andar 50 metros, o su equivalente en casa, sin ayuda o supervisión de otra persona. Puede usar ayudas instrumentales (bastón, muleta), excepto andador. Si utiliza prótesis, debe ser capaz de ponérsela y quitársela sólo. |
| 10 | NECESITA AYUDA. Necesita supervisión o una pequeña ayuda física por otra persona. Precisa utilizar andador. |
| 5 | INDEPENDIENTE (en silla de ruedas) en 50 metros. No requiere ayuda ni supervisión. |
| 0 | DEPENDIENTE |
| SUBIR Y BAJAR ESCALERAS | |
| 10 | INDEPENDIENTE. Capaz de subir y bajar un piso sin la ayuda ni supervisión de otra persona |
| 5 | NECESITA AYUDA |
| 0 | DEPENDIENTE. Incapaz de salvar escalones. |
| <20: dependencia total; 20-40: dependencia grave; 45-55: moderada; 60 o más: leve | |

Índice de Barthel. Actividades básicas de la vida diaria.

POBLACIÓN DIANA

Puede ser administrado a cualquier persona que requiera de una valoración de su capacidad funcional, pero se recomienda en especial a los pacientes en rehabilitación física y a los pacientes con patología cerebro-vascular aguda.

ARGUMENTOS PARA SU SELECCIÓN

- Escala de valoración ampliamente utilizada por los profesionales.
- Existe una amplia experiencia en la utilización de esta escala tanto en nuestro país como en otros del entorno.
- Es una escala sencilla de administrar.
- Escala validada en nuestro país.
- Es sensible a la detección de cambios pequeños en la situación funcional del paciente, lo que la hace especialmente interesante en el seguimiento de la evolución del estado funcional del mismo.

VALORACIÓN

- Esta escala se debe realizar para valorar dos situaciones:
 - _ La situación actual del paciente.
 - _ La situación basal, es decir, la situación previa al proceso que nos ocupa.
- La valoración se realiza según puntuación en una escala de 0 a 100 (dependencia absoluta e independencia, respectivamente):
 - _ < 20 dependencia total
 - _ 20-35 dependencia grave
 - _ 40-55 dependencia moderada
 - _ 60-90/100 dependencia leve
 - _ 100 independiente (90 si va en silla de ruedas)
- El valor predictivo de los puntos de corte esta basado en el potencial de rehabilitación y capacidad de recuperar la independencia.
- 90 es la puntuación máxima si el paciente va en silla de ruedas.
- También permite puntuaciones parciales de cada actividad, lo que ayuda a conocer las deficiencias específicas de cada persona.

TIEMPO DE ADMINISTRACIÓN

Su administración es rápida ya que tan solo requiere de unos cinco minutos.

VALIDEZ

Ha mostrado que tiene una alta validez concurrente con el índice de Katz y gran validez predictiva de mortalidad, estancia e ingresos hospitalarios, beneficio funcional en unidades de rehabilitación, del resultado funcional final, de la capacidad para seguir viviendo en la comunidad y de la vuelta a la vida laboral. Recientemente se ha comprobado que el índice de Barthel obtenido de un cuestionario cumplimentado por el propio paciente tiene una alta correlación con los datos obtenidos de la entrevista a su cuidador.

-**Estado cognitivo** (estado mental de Pfeiffer). De los dominios cognoscitivos se evaluaron la atención, la memoria primaria, la memoria verbal secundaria y la praxis de construcción. El desempeño de la población se analizó mediante la distribución en percentiles, obtenidos por escalas ascendentes según el nivel de educación. Se consideró que las personas que estaban por debajo del percentil 10 presentaban deterioro cognoscitivo.

QUESTIONARIO DE PFEIFFER

Cuestionario que detecta la existencia y el grado de deterioro cognitivo. Este cuestionario explora la memoria a corto y largo plazo, la orientación, la información sobre los hechos cotidianos y la capacidad de cálculo⁵.

FORMA DE ADMINISTRACIÓN

La recogida de información es a través de un cuestionario heteroadministrado.

POBLACIÓN DIANA

Puede ser administrado a cualquier persona que requiera de una valoración de su capacidad mental.

| CUESTIONARIO DE PFEIFFER (SPMSQ) | | Ingreso | Alta |
|--|--|----------------|-------------|
| 1. ¿Qué día es hoy? Día, mes, año (los tres correctos para puntuar) | | | |
| 2. ¿Qué día de la semana es hoy? | | | |
| 3. ¿Cómo se llama este lugar? Cualquier descripción correcta. | | | |
| 4. ¿Cuál es el número de su teléfono? Si no tiene teléfono, ¿Cuál es la dirección de su casa? | | | |
| 5. ¿Qué edad tiene? | | | |
| 6. ¿Cuándo nació usted? Día, mes, año (los tres correctos para puntuar) | | | |
| 7. ¿Quién es el rey de España? | | | |
| 8. ¿Quién ganó la guerra civil española? O ¿Quién gobernó España durante 40 años? | | | |
| 9. ¿Cuál era el nombre y apellido de su madre? | | | |
| 10. Reste tres de veinte y siga restando tres de cada número nuevo. Para puntuar necesita la serie entera: 20-17-14-11-8-5-2 | | | |

PUNTUACIÓN TOTAL (nº errores)

| | |
|--------------------------------|--|
| No alfabetizado | |
| Menos de 8 años de escolaridad | |
| Más de 8 años de escolaridad | |

ARGUMENTOS PARA SU SELECCIÓN

- Escala validada en nuestro país.
- Escala de valoración ampliamente utilizada por los profesionales.
- Existe una amplia experiencia en la utilización de esta escala tanto en nuestro país como en otros del entorno.
- Es una escala sencilla de administrar.
- Tiene una sensibilidad próxima al 70% y una especificidad muy alta del 95%.

VALORACIÓN

Realice las preguntas 1 a 11 de la siguiente lista y señale con una X las respuestas incorrectas. Puntúan los errores, 1 punto por error. Una puntuación igual o superior a tres indica deterioro cognitivo. En ese caso, deben valorarse criterios de demencia.

- Puntuación máxima: 8 errores
 - 0-2 errores: normal
 - 3-4 errores: leve deterioro cognitivo
 - 5-7 errores: moderado deterioro cognitivo, patológico
 - 8-10 errores: importante deterioro cognitivo
- Si el nivel educativo es bajo (estudios elementales) se admite un error más para cada categoría.
Si el nivel educativo es alto (universitario), se admite un nivel menos.

TIEMPO DE ADMINISTRACIÓN

Su administración es rápida, ya que tan solo requiere de unos cinco minutos.

-Riesgo de úlceras por presión (escala de Norton).

Escala utilizada para valorar el riesgo que tiene una persona de desarrollar úlceras por presión con el objeto de poder determinar un plan de cuidados preventivos. Fue desarrollada por Norton, en 1962, en el ámbito de la geriatría.

Incluye 5 aspectos a valorar: Estado Físico General (Nutrición, Ingesta de líquidos, Temperatura corporal e Hidratación), Estado Mental, Actividad, Movilidad e Incontinencia

INDICE DE NORTON DE RIESGO DE ÚLCERAS POR PRESIÓN

| Estado General | Estado Mental | Actividad | Movilidad | Incontinencia |
|----------------|---------------|--------------|-----------------|------------------------|
| 4. Bueno | 4. Alerta | 4. Caminando | 4. Total | 4. Ninguna |
| 3. Debil | 3. Apático | 3. Con ayuda | 3. Disminuida | 3. Ocasional |
| 2.Malo | 2. Confuso | 2. Sentado | 2. Muy limitada | 2. Urinaria |
| 1. Muy malo | 1. Estuporoso | 1. En cama | 1. Inmovil | 1. Doble Incontinencia |

La puntuación máxima de la escala de Norton es de 20, quedando establecido el riesgo de padecer una úlcera cuando la puntuación total es de 14 o inferior.

Puntuación de 5 a 9 – riesgo muy alto

Puntuación de 10 a 12 – riesgo alto

Puntuación de 13 a 14 – Riesgo medio

Puntuación mayor de 14 – riesgo mínimo/no riesgo

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Las características de los participantes se presentan como la media +/- desviación estándar para las variables continuas y como frecuencia y porcentaje para las variables categóricas. Inicialmente, se identificaron las variables que se asociaron significativamente con la dependencia para realizar ABVD. El análisis de los datos se realizó con ayuda del programa SPSS versión 18.0 Statistics. Se determinaron los intervalos de confianza del 95%. El grado de significación estadística que se consideró fue un valor de $p < 0,05$.

RESULTADOS

De las 48 personas incluidas en este estudio, el promedio de edad fue de 79.2 años (de 75 a 85 años); 42 (87.5%) eran mujeres y 6 (12,5%) eran hombres. El 70.6% eran pluripatológicos siendo la causa de la dependencia en 31 personas el Alzheimer (64,6%), en 9 personas el Accidente Cerebrovascular (18,85%) y en 2 (4,2%) la fractura de cadera. De las 48 personas 27 si tuvieron ingresos hospitalarios y 21 (43,6%) no tuvieron ingresos en el transcurso del año. La media del índice de Barthel fue 4,17 (Desviación típica 8,2) presentando gran dependencia el 79,2% y dependencia grave el 20,8 %. La media del test de Pfeiffer fue 7,5 (desviación típica 2,9), presentando un deterioro cognitivo importante el 56,3% y leve el 8,3%. La media de la escala de Norton fue 6,52 (desviación típica 3,35) con riesgo alto del 70,8.

CONCLUSIONES

En este estudio se muestra la diversidad de factores asociados con el desarrollo de la dependencia funcional en los adultos mayores. La declinación en la función física, cognoscitiva o sensorial que ocurre con el proceso de envejecimiento puede llevar al deterioro de las capacidades funcionales en los ancianos, lo cual repercute en su posibilidad de vivir de forma independiente.

En este trabajo la definición de “dependencia” enfatiza la necesidad de ayuda para desempeñar actividades de la vida diaria, mientras que en muchas publicaciones se asume esa variable como “discapacidad”, es decir, tener dificultad para realizar actividades de la vida diaria, ya sean básicas o instrumentales. De esta forma, al evaluar las condiciones de salud de una persona, se debe considerar la discapacidad como un atributo inseparable de la dependencia, sin olvidar que también pueden existir distintos grados de discapacidad sin que la persona sea necesariamente dependiente⁶.

Los factores sociodemográficos como la edad muestran una fuerte asociación en el estado funcional del adulto mayor, tanto en estudios longitudinales como transversales. Según los resultados alcanzados, la mayor edad de la persona estuvo asociada con la dependencia funcional, esto respalda la afirmación de Guralnik⁶ y colaboradores en el sentido de que la mayor edad es quizá el factor de riesgo más importante del deterioro del estado funcional. En el presente estudio se ha considerado la dependencia como una situación de discapacidad que implica la necesidad de ayuda.

La comorbilidad, frecuente entre los adultos mayores, está también asociada significativamente con la dependencia funcional. Existe una asociación significativa entre el padecer Alzheimer y enfermedad cerebrovascular y la dificultad para realizar actividades de la vida diaria. Con este estudio se demuestra que los pacientes institucionalizados en estas residencias durante el año presentan a nivel funcional una dependencia importante para la realización de actividades de la vida diaria, deterioro cognitivo y úlceras por presión. Se debería establecer un plan de actuación interdisciplinar en la prevención y reversión de situaciones de dependencia⁶.

PALABRAS CLAVE

índice de Barthel, Pfeiffer, escala de Northon, paciente institucionalizado.

BIBLIOGRAFÍA

1. Desarrollo de criterios, indicadores de complejidad y estrategias de manejo en fragilidad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía (AETSA)
2. Jacobs JM, Maaravi Y, Cohen A, Bursztyrn M, Ein-Mor E, Stessman J. Changing profile of health and function from age 70 to 85 years. *Gerontology*. 2012; 58(4):313-21. doi: 10.1159/000335238. Epub 2012 Jan 26. PubMed PMID: 22286330.
3. Inmovilidad en el anciano. Dra. Dolores Patricia Morales Razo . Dra. Irma Erika Durán de la Fuente .Dra. Socorro Adriana Cabello Ponce de León
4. Baztán, J.J., Pérez del Molino, J., Alarcón, T., San Cristobal, E., Izquierdo, G., Manzarbeitia, J. “Índice de Barthel: instrumento válido para la valoración funcional de pacientes con enfermedad cerebrovascular”. *Rev Esp Geriatr Gerontol*, 1993; 28: 32-40.
5. Boada M, Tàrraga L, Monteserín R, Nebot C, Canela J. [Epidemiology of cognitive deterioration in the institutionalized geriatric population of the socio-sanitary centers in the city of Barcelona]. *Rev Neurol*. 1995.
6. Woods B, Aguirre E, Spector A, Orrell M. Estimulación cognitiva para mejorar el funcionamiento cognitivo en pacientes con demencia. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012 Issue 2. Art. No.: CD005562. DOI: 10.1002/14651858.CD005562

ESTUDIO DE FACTORES RELACIONADOS CON RIESGO ELEVADO DE CAIDAS EN ANCIANOS INSTITUCIONALIZADOS

S. Orge Quesada (1), L. Jimenez Muñoz (2), C. Serrano Guzmán (2), M.L. Quesada Gallego (3), F.J. Martínez Pastor (4).

(1) Universidad Malaga; (2) Centro Salud; (3) Sanrafael; (4) Virgen de la Esperanza.

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la caída como "la consecuencia de cualquier acontecimiento que precipite al paciente al suelo en contra de su voluntad".

Las caídas constituyen uno de los grandes síndromes geriátricos, ya que por sí misma no constituye un diagnóstico, sino una forma inespecífica de presentación de otras enfermedades de base. A medida que las personas envejecen la probabilidad de sufrir una caída se incrementa, por lo que terminan siendo una importante fuente de morbimortalidad, además de suponer un importante coste económico, no sólo como costes directos de la atención a los resultados de las caídas sino también como costes indirectos por la pérdida de productividad de los cuidadores y costes de oportunidad asociados con el uso de recursos. La caída suele deberse a una interacción de factores intrínsecos, extrínsecos, ambientales y circunstanciales.

Según Tinetti¹ alrededor del 30% de las personas mayores de 65 años sufren una caída cada año, porcentaje que aumenta con la edad en los ancianos frágiles y en aquellos que residen en instituciones cerradas. En la realidad estas cifras deben ser superiores ya que en la mayoría de los casos si no hay efectos y secuelas llamativas el paciente no suele consultar por caídas. Su incidencia es de un 25-30% entre los 65-70 años hasta un 47% para los de 75 años, aumentando hasta los 80 años.

La importancia de las caídas en el anciano se debe a que generan una alta tasa de morbimortalidad.

La mortalidad por caídas aumenta con carácter exponencial con la edad. Con respecto a la morbilidad podemos decir que, de los ancianos que se caen un 40-60% presentan alguna lesión física, de ellas un 30-50% son de carácter leve y un 5-6% más graves, del tipo fractura, destacando por su gravedad la fractura de cadera. Otras consecuencias asociadas son las relacionadas con la permanencia durante un tiempo prolongado en el suelo después de la caída (hipotermia, deshidratación, rabdomiolisis, infección) y con las secuelas por la inmovilización a largo plazo.

Las caídas conllevan también problemas psicológicos y sociales. El miedo a volver a caerse disminuye el grado de actividad física y social, favoreciendo su aislamiento, la dependencia funcional y pérdida de autoestima. Las caídas y sus consecuencias pueden condicionar tanto la vida del paciente como la de su entorno familiar y con frecuencia, el destino de estas personas es su ingreso en una residencia².

Dado el incremento de la esperanza de vida, la creciente institucionalización de los ancianos, la alta incidencia de caídas y las complicaciones que generan, estamos ante un importante problema de salud pública en crecimiento, sobre el que se debe actuar precozmente y de forma preventiva por parte del médico y paciente³.

OBJETIVO

Conocer e identificar los factores implicados en las caídas de ancianos institucionalizados valorando su relación con el riesgo elevado de caídas.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó un estudio observacional, de corte, transversal, donde se incluyeron todos los ancianos que ingresaron entre Julio 2012 y diciembre 2012 y que permanecieron en el centro al menos 6 meses de forma continuada, cuyas edades están comprendidas entre 75 y 85 años con capacidad para la deambulaci3n residentes en dos centros geriátricos, Residencia San Rafael y Residencia Virgen de la Esperanza pertenecientes a la provincia de Almería.

La muestra conseguida fue de 48 personas. Previamente se informó a todos los posibles participantes de acuerdo con los principios éticos recogidos de la Declaraci3n de Helsinki para la realizaci3n de estudios con personas, y de forma voluntaria e individual se firmó el consentimiento.

Antes de iniciar el estudio se acordó la metodología a utilizar con todos los participantes en el mismo. La definici3n aceptada de caída fue la utilizada en los FICSIT (Frailty and Injury: Cooperative Study of Intervention Techniques) Trials: “Venir a dar en el suelo u otro nivel más bajo de forma no intencionada; no considerándose así caer contra mobiliario, paredes u otras estructuras”⁴.

El análisis de los datos se realizó con ayuda del programa SPSS versi3n 18 Statistics.

VARIABLES

Además de las variables sociodemográficas necesarias para la descripci3n de la muestra (**edad, sexo...**) se consideraron las siguientes:

-**Morbilidad** (pacientes diagnosticados de Alzheimer, Accidente Cerebro Vascular, fractura de cadera o Parkinson)

-**Medicaci3n** (que tomaban los pacientes en el transcurso del ańo, haciendo especial hincapié en tratamientos hipn3ticos, benzodiacepinas, inductores del sueńo y antidepresivos).

- **Déficit sensorial** (pacientes con alteraciones visuales y auditivas).

- **Alteraci3n neurol3gica** (se incluye cualquier alteraci3n neurol3gica que no impida la deambulaci3n excluyendo el Alzheimer)

-**Estado cognitivo** (estado mental de Pfeiffer). De los dominios cognoscitivos se evaluaron la atenci3n, la memoria primaria, la memoria verbal secundaria y la praxis de construcci3n. El desempeńo de la poblaci3n se analizó mediante la distribuci3n en percentiles, obtenidos por escalas ascendentes según el nivel de educaci3n. Se consideró

que las personas que estaban por debajo del percentil 10 presentaban deterioro cognoscitivo.

| CUESTIONARIO DE PFEIFFER (SPMSQ) | | Ingreso | Alta |
|--|--|---------|------|
| 1. ¿Qué día es hoy? Día, mes, año (los tres correctos para puntuar) | | | |
| 2. ¿Qué día de la semana es hoy? | | | |
| 3. ¿Cómo se llama este lugar? Cualquier descripci3n correcta. | | | |
| 4. ¿Cuál es el número de su teléfono? Si no tiene teléfono, ¿Cuál es la direcci3n de su casa? | | | |
| 5. ¿Qué edad tiene? | | | |
| 6. ¿Cuándo nació usted? Día, mes, año (los tres correctos para puntuar) | | | |
| 7. ¿Quién es el rey de España? | | | |
| 8. ¿Quién ganó la guerra civil española? O ¿Quién gobernó España durante 40 años? | | | |
| 9. ¿Cuál era el nombre y apellido de su madre? | | | |
| 10. Reste tres de veinte y siga restando tres de cada número nuevo. Para puntuar necesita la serie entera: 20-17-14-11-8-5-2 | | | |

PUNTUACI3N TOTAL (nº errores)

| | |
|--------------------------------|--|
| No alfabetizado | |
| Menos de 8 años de escolaridad | |
| Más de 8 años de escolaridad | |

CUESTIONARIO DE PFEIFFER

Cuestionario que detecta la existencia y el grado de deterioro cognitivo. Este cuestionario explora la memoria a corto y largo plazo, la orientación, la información sobre los hechos cotidianos y la capacidad de cálculo⁵.

FORMA DE ADMINISTRACIÓN

La recogida de información es a través de un cuestionario heteroadministrado.

POBLACIÓN DIANA

ESCALA DE RIESGO DE CAIDAS (J.H. DOWNTON)

| | | |
|-----------------------------|--------------------------------|-------|
| CAIDAS PREVIAS | NO | 0 |
| | SI | 1 |
| USO DE MEDICAMENTOS | NINGUNO | 0 |
| | TRANQUILIZANTES/SEDANTES | 1 |
| | DIURETICOS | 1 |
| | HIPOSENSORES NO DIURETICOS | 1 |
| | ANTIPARKINSONIANOS | 1 |
| | ANTIDEPRESIVOS | 1 |
| | OTROS MEDICAMENTOS | 1 |
| DEFICIT SENSORIALES | NINGUNO | 0 |
| | VISUALES | 1 |
| | AUDITIVOS | 1 |
| | EXTREMIDADES (ECV, PARESIAS..) | 1 |
| ESTADO MENTAL | ORIENTADO | 0 |
| | CONFUSO | 1 |
| DEAMBULACION | NORMAL | 0 |
| | SEGURA CON AYUDA | 1 |
| | INSEGURA CON AYUDA/SIN AYUDA | 1 |
| | IMPOSIBLE | 1 |
| PUNTAJE | | 0/14 |
| ALTO RIESGO DE CAIDA | | >2/14 |

Puede ser administrado a cualquier persona que requiera de una valoración de su capacidad mental.

ARGUMENTOS PARA SU SELECCIÓN

- Escala validada en nuestro país.
- Escala de valoración ampliamente utilizada por los profesionales.
- Existe una amplia experiencia en la utilización de esta escala tanto en nuestro país como en otros del entorno.
- Es una escala sencilla de administrar.
- Tiene una sensibilidad próxima al 70% y una especificidad muy alta del 95%.

VALORACIÓN

Realice las preguntas 1 a 11 de la siguiente lista y señale con una X las respuestas incorrectas. Puntúan los errores, 1 punto por error. Una puntuación igual o superior a tres indica deterioro cognitivo. En ese caso, deben valorarse criterios de demencia.

- Puntuación máxima: 8 errores
- 0-2 errores: normal
- 3-4 errores: leve deterioro cognitivo
- 5-7 errores: moderado deterioro cognitivo, patológico
- 8-10 errores: importante deterioro cognitivo

Si el nivel educativo es bajo (estudios elementales) se admite un error más para cada categoría.

Si el nivel educativo es alto (universitario), se admite un nivel menos.

TIEMPO DE ADMINISTRACIÓN

Su administración es rápida, ya que tan solo requiere de unos cinco minutos.

- Índice de **Downton**: Valora el riesgo con la intención de reducir aquellos factores de riesgo que pueden contribuir a las caídas. Con una puntuación de 2 o más se considera un riesgo alto; las preguntas incluyen: Caídas previas, consumo de medicamentos, déficits sensoriales, estado mental, deambulación.

Análisis Estadístico: Las variables cuantitativas, como la edad, se describieron como media y desviación estándar (DE) y las variables cualitativas, entre las que se analizaron sexo, alteración neurológica, déficit sensorial, deterioro cognitivo, fractura de cadera, polimedicación, diagnóstico de Alzheimer, ACV y otros, se describieron como porcentajes de frecuencia⁵.

Se determinaron los intervalos de confianza del 95% (IC95), con un grado de libertad. El grado de significación estadística que se consideró fue un valor de $p \leq 0,05$.

Se utilizó en el análisis la prueba chi cuadrado y corrección de Yates. Para identificar la relación de cada una de estas variables con el riesgo elevado de caídas (Índice de Downton) se realizó un contraste de hipótesis. Hipótesis nula (H_0): relación de las variables con riesgo alto de caídas. Hipótesis alternativa (H_1): no relación de las variables con el riesgo alto de caídas.

RESULTADOS

De las 48 personas incluidas en este estudio, el promedio de edad fue de 79.2 años (de 75 a 85 años); 42 (87.5%) eran mujeres y 6 (12,5%) eran hombres. El 70.6% eran pluripatológicos siendo la causa de la dependencia en 31 personas el Alzheimer (64,6%), en 9 personas el Accidente Cerebrovascular (18,85%) y en 2 (4,2%) la fractura de cadera. El 37,5 % eran pacientes polimedicados. Presentaban alteraciones neurológicas el 91,7% y el 95,8 % tenía algún tipo de déficit sensorial. El 56,3 % presentaba deterioro cognitivo importante. En cuanto al riesgo de caídas (Índice de Downton) podemos destacar que el 62,5 % presentaba un riesgo bajo de caídas frente al 37,5 % que presentaba un riesgo alto.

Tras la realización de Chi cuadrado para establecer la relación de cada una de las variables con el riesgo de caídas (con corrección de Yates) encontramos los siguientes resultados:

χ^2 alteración neurológica/ Riesgo de caídas= 0.29 $p=0.5896$

χ^2 déficit sensorial/ Riesgo de caídas= 0.06 $p=0.8071$

χ^2 deterioro Cognitivo/ Riesgo de caídas= 1.56 $p=0.2123$

χ^2 Alzheimer/ Riesgo de caídas= 0.05 $p=0.8152$

χ^2 Fractura de Cadera/ Riesgo de caídas= 0.73 $p=0.3931$

χ^2 Polimedicación/ Riesgo de caídas= 0.02 $p=0.8776$.

CONCLUSIONES

La diferencia entre estas relaciones no es estadísticamente significativa por lo que en cada una de ellas podemos aceptar la H_0 estableciendo relación entre cada variable y el riesgo de caídas.

Existe gran variabilidad con respecto al número de caídas que sufren los ancianos institucionalizados. Diversos estudios señalan que la incidencia de las personas que sufren caídas en las instituciones está alrededor del 45-50% al año. Nuestros resultados están por debajo de estos porcentajes, con un 37,5 % de los ancianos con riesgo elevado de caídas.

La frecuencia de las caídas en nuestro caso es superior en las mujeres en las cuales la edad también es superior a la de los varones, lo que puede contribuir a explicar la diferencia observada, ya que la edad constituye un importante factor de relación con el riesgo elevado de caídas. En cuanto a los antecedentes patológicos, nuestro estudio nos muestra que más del 90% presentan alteración neurológica, descrita por algunos autores

como factor relacionado con riesgo de caídas repetidas⁶.

Las caídas en los pacientes con demencia suponen un importante problema para la salud pública debido a sus consecuencias médicas, psicológicas, sociales y económicas.

Entre las consecuencias médicas destacamos que los pacientes con demencia tienen peor pronóstico tras una caída que aquellos con alteración cognitiva⁷.

Las consecuencias psicológicas en el anciano que ha sufrido una caída van a ser el miedo a una nueva caída, la pérdida de la autoconfianza y la restricción de la actividad.

En cuanto a las consecuencias socioeconómicas, el coste social de una caída para el paciente y sus cuidadores es elevado. Se produce un incremento de las necesidades de recursos sociosanitarios. Las consecuencias más importantes son: cambio en los hábitos de vida del paciente, aumento de las necesidades de contratar cuidadores, aumento de las necesidades de recibir ayuda profesional debido a las complicaciones agudas o derivadas de la inmovilidad, hospitalización e institucionalización.

De todo ello se deduce la importancia de prevención de caídas en este tipo de colectivo. Es necesario recurrir a una combinación de actuaciones médicas, rehabilitadoras, psicosociales y también sobre el entorno ambiental para realizar una prevención eficaz en los ancianos⁸.

BIBLIOGRAFÍA

1. Tinetti M.E. Clinical practice. Preventing falls in elderly persons *N Engl J Med.* 2003;348:42-49.
2. Sattin R.W. Falls among older persons: A public health perspective *Annu Rev Public Health.* 2002;13:489-508. Medline
3. Salvá A, Bolívar I, Pera G, Arias C. Incidencia y consecuencias de las caídas en población anciana viviendo en la comunidad *Med Clin (Barc).* 2004;122:172-176. Medline
4. Lázaro del Nogal M. Evaluación del anciano con caídas . 2001;
5. Nickens H. Intrinsic factors in falling among the elderly *Arch Intern Med.* 2005;145:1089-1093. Medline
6. Tinetti ME, Inouye SK, Gill TM, Doucette J.T. Shared risk factors for falls, incontinence, and functional dependence *JAMA.* 2005;273:1348-1353. Medline
7. Rubenstein LZ, Josephson K.R. The epidemiology of falls and syncope *Clin Geriatr Med.* 2002;18:141-158. Medline
8. Ganz DA, Bao Y, Shekelle PG, Rubenstein L.Z. Will my patient fall *JAMA.* 2007;297:77-86. Medline

¿SON DIFERENTES LOS PACIENTES NONAGENARIOS QUE FALLECEN EN MEDICINA INTERNA Y GERIATRÍA?

A.M. Lazo Torres, G. López Lloret, J.M. Romero León, M.Á. Esteban Moreno, S. Domingo Roa, M.J. Martínez Soriano.

Hospital Torrecárdenas, Almería

OBJETIVOS

La población anciana es especialmente vulnerable y en las etapas finales de su vida, asociada a un importante grado de dependencia en la mayoría de los pacientes, son más susceptibles por su especial fisiología y comorbilidades a sufrir procesos que los llevarán a su fallecimiento.

Estudiamos las causas de fallecimiento de pacientes nonagenarios en la Unidad de Medicina Interna-Geriatría del Hospital Cruz Roja de Almería, perteneciente al Complejo Hospitalario Torrecárdenas, y las de pacientes nonagenarios en el Servicio de Medicina Interna durante un periodo de seis meses, para intentar analizar el perfil de este grupo de enfermos y analizar las causas de su defunción y si recibieron o no tratamiento con sedación paliativa y comparamos ambos grupos de pacientes, para ver si existen diferencias en las causas de defunción.

MÉTODOS

Diseñamos un estudio retrospectivo y descriptivo mediante la revisión de las historias clínicas de todos los pacientes que fallecieron la Unidad de Medicina Interna-Geriatría durante seis meses y el Servicio de Medicina Interna del Complejo Hospitalario Torrecárdenas, analizando variables como:

- Edad
- Sexo
- Estancia media
- Comorbilidades
- Motivo de ingreso
- Sedación paliativa

Finalmente, comparamos ambos grupos de pacientes para analizar si existían diferencias entre la mortalidad en ambos grupos.

RESULTADOS

- Durante el periodo estudiado, fallecieron 43 pacientes entre ambos servicios, 31 pacientes nonagenarios en Medicina Interna y 12 pacientes en Geriatría.
- En ambas series, mayoritariamente fueron mujeres, pero la edad media fue superior en M. Interna (92.9 años vs. 91.2 años) que en Geriatría.
- La estancia media fue superior en Geriatría (10.75 días vs. 8.2 días).
- Los pacientes de Geriatría eran más pluripatológicos que los de Medicina Interna (75% vs 48.4%).

- Con respecto a las causas de defunción, en ambas series las infecciones fueron el principal motivo del fallecimiento, si bien en la serie de Geriátría el porcentaje era superior al de Medicina Interna (75% vs 51.6%), y en Medicina Interna además había que destacar los fallecimientos por insuficiencia cardíaca y accidente cerebrovascular. En Geriátría, también tuvieron un porcentaje relevante las muertes por procesos digestivos, al contrario que en Medicina Interna.
- Los pacientes de Medicina Interna recibieron tratamiento con sedación paliativa en un porcentaje superior a los de Geriátría (32.2% vs 16.7%).

CONCLUSIONES

- Las causas más importantes de la muerte en ambas series fueron las de origen infeccioso, sobre todo las neumonías, pero en Medicina Interna habría que destacar otras causas de mortalidad como la insuficiencia cardíaca congestiva o el accidente cerebrovascular. En Geriátría, también podríamos destacar los fallecimientos por problemas digestivos.
- Hay que destacar que los pacientes de Medicina Interna eran más mayores, pero menos pluripatológicos que los de Geriátría y que recibieron tratamiento con sedación paliativa consensuada con sus familiares durante la agonía en un mayor porcentaje de los casos los pacientes ingresados en Medicina Interna.

BIBLIOGRAFÍA

1. Meller I, Fichter M, Schröppel H. Riesgo de mortalidad en octogenarios y nonagenarios en relación con síntomas psíquicos, causa y lugar de fallecimiento: Resultados longitudinales de un estudio epidemiológico de seguimiento en una muestra comunitaria. *Eur. J. Psychiat.* 2004; 18(1): 45-61.
2. Brameld KJ, Hoiman CD, Bass AJ, Codde JP, Rouse IL. Hospitalisation of the elderly during the last year of life: an application of record linkage in Western Australia 1985-1994. *J. Epidemiol. Community Health* 1998; 52: 740-744.
3. Dunlop RJ, Davies RJ, Hockley JM. Preferred versus actual place of death: a hospital palliative care support team experience. *Palliat Med.* 1989; 3:197-201.
4. Cinza Sanjurjo S, Cabarcos Ortiz de Barrón A, Nieto Pol E, Torre Carballada J.A. Análisis de la mortalidad en ancianos en un Servicio de Medicina Interna. *An Med Interna* 2007; 24(2): 67-71.
5. Alonso J, Abinzano M, Martínez C, García M. Morbidity and mortality among the hospitalized aged. Identification of prognostic factors. *An Med Interna* 1995; 12: 420-4.
6. Vega J, Parodi M J, Puebla C. Relación entre el motivo de ingreso y la causa de muerte en pacientes fallecidos en un Servicio de Medicina Interna. *Rev Med Chile* 2004; 132: 707-17.
7. Marín Gámez N, Kessel Sardiñas H, Barnosi Marín AC, Rodríguez Galdeano M, Lazo Torres AM, Collado Romacho A. Cincuenta y seis muertes. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2002; 37:244-8.
8. Marín N, Kessel H, Rodríguez M, Barnosi AC, Lazo A, Amat E. Sedación terminal: el último recurso ante una "mala muerte". *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2003; 38(1):3-9.
9. Emanuel EJ, Emanuel LL. The promise of a good death. *Lancet* 1998; 351(Suppl 2):21-9.

CAUSA MÁS FRECUENTE DE ACTIVACIÓN DE LA UVI MÓVIL EN PACIENTE ANCIANO.

S. Muñoz De La Casa ⁽¹⁾, E. Montoya Giéenez ⁽²⁾, E. Gonzáquez Villafranca ⁽³⁾, L. Copado Campos ⁽⁴⁾, F. García García ⁽⁵⁾, J. Mir Ruiz ⁽⁶⁾, C.R. García García ⁽⁷⁾.

⁽¹⁾ Uvi móvil; ⁽²⁾ Distrito almeía y Torrecardenas; ⁽³⁾ Arimaria distrito almeria(vi movil); ⁽⁴⁾ A.primaria distrito almeria; ⁽⁵⁾ Aprimaria distrito almeria; ⁽⁶⁾ Atecion primaria; ⁽⁷⁾ hopital de Linares(urgencia).

INTRODUCCIÓN

Uvi móvil es el término con el que se designa habitualmente en España a las ambulancias de Soporte Vital Avanzado. Se destinan a la atención de pacientes de alto riesgo, riesgo vital y patologías graves. Otros nombres utilizados para referirse a este tipo de recurso son: UCI móvil , Unidad Móvil de Emergencias, Unidad de Soporte Vital Avanzado o Ambulancia Medicalizada.

El Real Decreto 619/1998 que regula los mínimos requisitos que deben cumplir las ambulancias a nivel nacional, se refiere a este tipo de ambulancia como Ambulancia asistencial destinada a proporcionar soporte vital avanzado.

El citado decreto establece el equipamiento que como mínimo debe poseer:

- Instalación fija de oxígeno
- Respirador mecánico
- Ventilador manual
- Equipo de aspiración eléctrico
- Laringoscopio y tubos endotraqueales
- Mascarillas de ventilación
- Material fungible de apoyo a la ventilación
- Maletines de resucitación de adulto y niño
- Monitor- desfibrilador (12 derivaciones)
- Material para punción y canalización venosa
- Esfingomanómetro, fonendoscopio, linterna de exploración
- Material de inmovilización (collarines, inmovilización de MMII, MMSS y columna)
- Material quirúrgico
- Material de cura
- Equipos de sondaje y drenaje
- Recipiente frigorífico
- Medicamentos: analgésicos (incluidos los derivados opiáceos), anestésicos locales, antagonistas del calcio, antagonistas opiáceos (naloxona), antianginosos, antiarrítmicos, anticolinérgicos, antisépticos, benzodiazepinas, bloqueantes betaadrenérgicos, broncodilatadores, corticosteroides, diuréticos, glucosa, insulina de acción rápida, sueros, sustitutos del plasma y vasoactivos (adrenalina)

Además de los mínimos establecidos por el decreto, cada región y cada servicio puede añadir lo que considere necesario.

Dotación de personal

- Médico de Emergencias
- Enfermero de Emergencias
- Conductor/ Técnico de emergenciassanitarias.

RESUMEN

Una de las mayores causas de activación de la Uvi móvil en el distrito Almería es por pacientes entre 70-90 años, las causas de la demanda que se explican posteriormente se repiten a diario, por lo que se quiso investigar el entorno familiar de esos pacientes, patologías de base, centro de salud, ayuda domiciliaria. Evaluando éstos motivos, se podía reducir la demanda con una actitud colaboradora e integral entre los distintos equipos y el médico de atención primaria. Contactando con ellos para explicar demandas repetidas de algunos de sus paciente, para que el investiguen si hay mal cumplimiento del tratamiento, soledad, necesidad de visita de trabajadora social o enfermería.

Un ejemplo suyo fue el de una paciente de 80 años con diabetes mellitus 2 de pocos meses de tratamiento. La cual realizaba mínimo de 2 o 3 llamadas diarias al cero por malestar general. Al llegar a la casa veíamos que el verdadero motivo era miedo a realizarse la prueba de glucemia ella sola. Tras un mes de avisos repetidos por el mismo motivo, nos pusimos en contacto con su médico, que envió a enfermera de enlace. La cual enseñó a una vecina y desde entonces no volvimos a ir a esa casa por ese motivo.

Otro ejemplo: paciente 82 años con EPOC, Hta, DM2, avisa habitualmente por hipotensiones, mal control glucémico. Se investiga el entorno familiar, el médico de familia, la prescripción farmacológica. Observando que el paciente vivía sólo, que el mismo limpia, se cocina, revisa su medicación. Nos ponemos en contacto con su médico que manada trabajadora social, la cual se da cuenta que no come bien, que la acasa está llena de suciedad cosa que le perjudicapa para su EPOC. Se revisa también la medicación, dándose cuenta que el paciente no sigue bien la pauta del médico, encontrando acúmulo de antidiabéticos orales y falta de antihipertensivas. Se solucionó el problema enviando ayuda a domicilio, desde entonces disminuyeron los avisos a ese paciente y el mayor control de su patología.

CONCLUSIÓN

El número de activación de los pacientes entre 70 y 90 años de la Uvi móvil, se podría reducir con una actuación conjunta entre los distintos sistemas: primaria, especializada y urgencias.

BIBLIOGRAFÍA

1. Agencia Navarra de Emergencias. Red de Transporte Sanitario de Urgencias. (2010).
2. Consultado el 14 Julio de 2010. UMES .REAL DECRETO 619/1998, de 17 de abril, por el que se establecen las características técnicas, el equipamiento sanitario y la dotación de personal de los vehículos de transporte sanitario por carretera. (1998).
3. SUMMA 112. Medios: Uvi móvil. (2010). Consultado el 14 Julio de 2010.

CAUSA MÁS FRECUENTES DE ASISTENCIA A ANCIANOS POR UVI MOVIL

S. Muñoz De La Casa ⁽¹⁾, E. Montoya Giménez ⁽²⁾, E. Gonzalez Villafranca ⁽³⁾, L. Copado Campos ⁽⁴⁾, J. Mir Ruiz ⁽⁵⁾, C.R. García García ⁽⁶⁾, F. García García ⁽⁵⁾.

⁽¹⁾ U movil; ⁽²⁾ atencion primaria; ⁽³⁾ Uvi movil; ⁽⁴⁾ Atencion primaria; ⁽⁵⁾ atencion primaria; ⁽⁶⁾ urgencias spital de linares.

INTRODUCCIÓN

La medicina ha avanzado y avanza a un ritmo muy elevado en el arsenal diagnóstico y terapéutico que pone al servicio de la sociedad. Pero para que este arsenal llegue a su totalidad influyen muchos factores: recursos económicos, dispersión geográfica, orografía, servicios sanitarios, etc., y entre ellos el económico es el lastre fundamental. Por ello, con el traslado de los pacientes a los centros de nivel III se pone al alcance de toda la población la totalidad de los recursos sanitarios, independientemente de su lugar de residencia o de donde surja su patología.

El transporte secundario está definido como “aquél en el que el paciente ya ha recibido una atención previa en un centro asistencial de nivel bajo, pero que no es el centro útil por la patología que presenta y debe ser trasladado a otro de mayor nivel para su tratamiento definitivo”. Su finalidad consiste en el traslado de pacientes subsidiarios de la realización de pruebas diagnósticas y/o terapéuticas de las que no dispone el hospital emisor.

OBJETIVO

Conocer las causas más frecuentes de asistencia de la uvi movil a ancianos durante enero a diciembre de 2012 en distrito almería.

METODOLOGÍA

Estudio trasversal de pacientes ancianos asistidos por el dispositivo de la uvi movil de enero de 2012 a diciembre en distrito sanitario almería. Para la realización del estudio, se elaboró una hoja de recogida de datos que se cumplimentó con la historia clínica del paciente, previa al traslado, así como del informe del mismo. Los pacientes se estudiaron diferentes variables: edad, sexo, patología de base, motivo de consulta, entorno familiar, hora de la asistencia, centro de salud al que pertenecen.

Las variables cuantitativas se describieron mediante la media y la desviación estándar (DE) y para la comparación entre ambos hospitales se utilizó el test de la t de Student, mientras que las cualitativas se describieron mediante valores absolutos y porcentajes y para la comparación se usó el test de la ji al cuadrado. El programa estadístico utilizado fue el SPSS 18. Se aceptó que si el valor de p era menor de 0,05 las diferencias eran estadísticamente significativas.

RESULTADOS

De 2000 pacientes asistidos en un año, la franja de edad de mayor asistencia ha sido de 80-89 años un 70% (p menor 0.05), siendo sexo más frecuente varones 60% y 40% en mujeres, pluripatológicos (considerados aquellos con más de dos patologías de base). Siendo la más frecuente la DM 50%, seguida de HTA 25%, EPOC 25%. Otras variables estudiadas son el entorno familiar (saliendo en el 80% de los ancianos con escasa ayuda familiar). Analizando la misma se valoró que el 70% vivían solos, un 30% tenían ley de dependencia y el porcentaje restante vivía con algún familiar, siendo en la mayoría de los casos la hija. El motivo más frecuente de diagnóstico: disnea 40%, hipo e hiperglucemias 20%, hipotensión 10%, caídas 5%, agitación en pacientes demenciados 5%, exitus 20%.

El último parámetro que se estudió fue el centro de salud al que pertenecían. Los centros estudiados fueron: San Leobardo, Alcazaba, Nicolas Salmerón, Ciudad Jardín, Alborán, Palmeral, Mediterraneo, Nueva Andalucía, Virgen del Mar, Puche. De todos ellos, los dos centros de salud repetidos fueron Nicolas Salmerón y Cruz de carvaca con p menor de 0.05.

CONCLUSIÓN

La demanda más frecuentes de la uvi móvil son de pacientes ancianos, varones, con poca ayuda familiar y diagnosticados finalmente de disnea.

BIBLIOGRAFÍA

- 1 Suárez Fernández JM, Del Busto de Prado FM. Asistencia sanitaria en helicóptero medicalizado. Nuestra experiencia. *Emergencias*.1997;9:50-2.
- 2 Silva García L, Muñoz Arteaga D. Tipos de transporte sanitario. En: Eduforma, editorial. Fundamentos del transporte sanitario. Alcalá de Guadaira (Sevilla): MAD s.l.; 2006. pp. 11-20.
- 3 Ferrándiz Santiveri S. Perspectiva histórica de la asistencia de emergencias y del transporte sanitario de enfermos críticos. Recomendaciones sobre transporte sanitario. Madrid: Edicomplet; 2001. pp. 11-23.
- 4 SACYL. Hospitales de Castilla y León. (Consultado 3 Febrero 2010).
- 5 INE. Demografía y población. (Consultado 10 Febrero 2010).
- 6 Boletín Oficial de Castilla y León. BOCYL nº 82, de fecha 28.04.2006. (Consultado 28 Febrero 2010).
- 7 Lubillo Montenegro S, Burillo Putze G, García González S, Minaya García JA, Afonso López F, Herranz Duarte I. Helitransporte sanitario en las Islas Canarias. *Emergencias*. 1997;9:282-8.
- 8 Vázquez Lima M, Álvarez Rodríguez C. Transporte interhospitalario urgente desde los hospitales comarcales. *Emergencias*. 2008;20:245- 50.
- 9 Buisán C, Bertrán F, Toranzo T, Álvarez JM, Cabezón FJ, Conde N, et al. Transporte sanitario terrestre. Características técnicas. Recomendaciones sobre transporte sanitario. Madrid: Edicomplet; 2001. pp. 107-121.
- 10 Guil J, Rodríguez-Martín M, Olle M, Blanco C, Rodellar MT, Pedrol E. Gestión del transporte sanitario desde un servicio de urgencias.*Emergencias*. 2009;21:183-5.
- 11 Villanueva Serrano S, Lancha de la Cruz R, Ruiz Seguí A, Zumaquero Obispo C, Gordaudas Khubani M, et al. Valoración de las medidas terapéuticas durante el transporte secundario en helicóptero medicalizado entre UCIS. *Emergencias*. 1998;10:85-91.
- 12 Encinas Puente RM. Transporte secundario en Zamora. *Emergencias*.1996;8:501-4.

RECURSO ASIGNADO POR LA LEY DE DEPENDENCIA EN EL PACIENTE INMOVILIZADO DE UNA ZONA RURAL.

A. Parrado García ⁽¹⁾, Á. Del Pino Ibañez ⁽¹⁾, D. Ortega Castaño ⁽¹⁾, M.C. Recio Campos ⁽²⁾.

⁽¹⁾ Teba; ⁽²⁾ Área de Gestión Sanitaria Osuna

INTRODUCCIÓN

En España existe un marco normativo bastante desarrollado en apoyo de las personas dependientes y de sus cuidadoras, esto se ve reflejado en la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. BOE num.299, viernes 15 de diciembre, 2006.

La Ley 39/2006 de promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia reconoce la necesidad de atender las necesidades de aquellas personas que, por encontrarse en situación de especial vulnerabilidad, requieren apoyos para desarrollar las actividades de la vida diaria, alcanzar una mayor autonomía personal y poder ejercer plenamente sus derechos de ciudadanía.

La promulgación en 2006 de la Ley de promoción de la Autonomía personal y Atención a las personas en situación de Dependencia (Ley 39/2006), conocida de forma coloquial como “ley de dependencia”, supuso un gran avance en el reconocimiento social de las personas cuidadoras en la atención a la dependencia, aunque no ha estado ajena a la controversia. Uno de los aspectos más debatidos de la ley ha sido la generalización de la prestación económica a personas cuidadoras, a pesar de que en su formulación se contemplaba como una medida de “carácter excepcional”.

Esto nos hace reflexionar también sobre si este hecho es el reflejo de la demanda, es decir, de la manifestación de las personas dependientes y sus familias de cómo quieren ser cuidados, teniendo en cuenta que el aspecto económico de la prestación económica por cuidador, puede tener cierta distorsión y efectos en el seno familiar. Se ha de tener en cuenta que la situación socioeconómica de los años anteriores y sobre todo en estos últimos, condiciona a la hora de elegir esta prestación, que supone una forma de añadir renta familiar en estas situaciones difíciles; además de que el aumento del desempleo posibilita a familiares en esta situación dedicarse al cuidado de la persona dependiente.

En el estudio Del Pozo el 83,7% de la muestra tiene asignada una prestación económica y el 16,3% de servicios. Un 80% recibe cuidado informal además de la prestación de dependencia. Recibir cuidado informal incrementa la probabilidad de que la prestación asignada sea económica, frente a un servicio, en 3239 veces en comparación con no percibir cuidado informal. Como conclusiones establece que las variables que favorecen que se haya recibido una prestación económica frente a un servicio específico son el estado civil casado, las rentas superiores, el lugar de residencia (ámbito rural frente a urbano), el tratamiento higiénico-dietético y disponer de cuidado informal.

OBJETIVOS

Describir el tipo de prestación asignada por la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en situación de Dependencia en los Pacientes Inmovilizados de una zona rural.

METODOLOGÍA

Diseño del estudio es observacional descriptivo de corte transversal sobre los Pacientes Inmovilizados de una zona rural.

El ámbito de estudio es el Área de Gestión Sanitaria de Norte de Málaga. En concreto el Consultorio local de la localidad de Teba perteneciente a la Zona Básica de Campillos, Málaga. Cabe mencionar que se trata de un área rural con amplia dispersión geográfica, donde se mantiene costumbres propias de la zona.

La población objeto de este estudio corresponde a los pacientes incluidos en el Programa de Inmovilizados de la Cartera de Servicios de Atención Primaria.

Tras la aleatorización de la muestra del listado de paciente incluidos en Programa de Inmovilizados se procedió a la recogida de información. La muestra global del estudio está constituida por 72 pacientes inmovilizados.

Las variables del Paciente Inmovilizado se dividen en reflejar el apoyo institucional o formal del cuidado, expresado en los recursos de la Ley 39/2006 y los recursos invertidos en apoyo formal al cuidado.

Para la realización del estudio y utilizar los recursos materiales e informáticos (historia de salud y configuración de historia de Diraya) se solicito permiso al Área de Gestión Sanitaria Norte de Málaga, siendo concedido. Asimismo, el protocolo de investigación fue visado por el Comité de Ética de la Investigación (CEI) Nordeste de Málaga. Tras las dos autorizaciones del Área de Gestión Sanitaria Norte de Málaga y el CEI Nordeste de Málaga se procedió a la recogida de datos.

La recogida de datos se realizaba desplazándose al domicilio del paciente. Una vez en el domicilio se entregaba la hoja informativa y consentimiento informado. Después, tras aclaración de dudas, preguntas de la cuidadora y/o paciente se recogía la firma del Consentimiento Informado del paciente, en el caso que el paciente no pudiera firmar lo hacia su representante legal. Cabe señalar que los test se identificaron mediante un código y solo la investigadora principal podrá relacionar dichos datos con la persona participante, a ello se añade que serán tratados según Ley orgánica 15/1999, de 13 de diciembre.

RESULTADOS

La población estudiada reflejada es el apoyo institucional o formal del cuidado, expresado en los recursos de la Ley 39/2006 y los recursos invertidos en apoyo formal al cuidado. Donde el 97,2 % tienen cursada la solicitud de la Ley de Dependencia, concedido el recurso en un 73,6 %, de los cuales la prestación económica supone el 56,9 %, la ayuda a domicilio un 16,7 % y un 26,4 % no tiene ningún recurso asignado por la ley de dependencia. En este sentido los datos indican que el apoyo formal al cuidado es escaso, el 15,3 % tiene servicio doméstico, persona contratada para limpieza en un 25 % y un 100% no tiene ninguna persona contratada interna para el cuidado.

CONCLUSIONES

El recurso asignado por la Ley 39/2006 en los pacientes inmovilizados de una zona rural tienen cursada su solicitud mayoritariamente. El apoyo institucional acorde a en estos pacientes de gran dependencia mayoritariamente es la prestación económica al cuidado y de forma más limitada el Servicio de Ayuda a Domicilio. Y el apoyo formal al cuidado es escaso, limitándose a persona renumerada para el servicio de doméstico o de limpieza.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) De España, Juan Carlos I Rey. Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia. (Boe, 15-12. 2006.
- (2) Del Pozo Rubio R, Escribano Sotos F, Moya Martínez P. El papel del apoyo informal en las prestaciones del Plan Individualizado de Atención: una elección condicionada para las personas dependientes. Gaceta Sanitaria 2011; 25: 93-99.
- (3) Jiménez-Martín S. Aspectos económicos de la dependencia y el cuidado informal en España. : Universitat Pompeu Fabra; 2008.
- (4) Rodríguez Castedo A. Atención a las personas en situación de dependencia en España: Libro blanco. Atención a las personas en situación de dependencia en España: Libro blanco 2004.
- (5) Rogero-García J. Distribución en España del cuidado formal e informal a las personas de 65 y más años en situación de dependencia. Revista española de salud pública 2009; 83(3):393-405.
- (6) Oliva J, Vilaplana C, Osuna R. El valor social de los cuidados informales provistos a personas mayores en situación de dependencia en España. Gaceta Sanitaria 2011; 25:108-114.
- (7) Instituto Internacional de estudios sobre la familia. La familia como Agente de Salud. La familia como principal red de protección para cubrir las necesidades de las personas en situación de dependencia. 2012.

3. Farmacología y Nutrición

MEDICACIÓN POTENCIALMENTE INADECUADA EN EL ANCIANO AL ALTA DE UNIDAD HOSPITALARIA ESPECIALIZADA

J.C. Sánchez Berenguel ⁽¹⁾, R. Reyes Aguilar ⁽²⁾, A.I. Reche Padilla ⁽²⁾, M. Sánchez Castro ⁽³⁾

⁽¹⁾ Complejo Hospitalario Torrecárdenas. Hospital Cruz Roja; ⁽²⁾ H. Torrecardenas. Servicio Andaluz de Salud;

⁽³⁾ UGR

INTRODUCCIÓN

La polimedicación y medicación potencialmente inadecuada en el paciente anciano.

La media diaria del consumo de medicamentos en el paciente anciano se sitúa entre 4'2 y 8 fármacos por persona y día, con un consumo máximo de 18 fármacos distintos al día. Estimándose que el 97% de los ancianos que viven en residencia y el 61% de los que viven en domicilio consumen un fármaco inapropiado o inadecuado⁽¹⁾.

Consideramos que un fármaco es inadecuado para el paciente anciano a aquel que contiene un principio activo que no debe ser administrado o que se ha prescrito a una dosis excesiva o durante un tiempo superior al adecuado para este grupo de pacientes⁽²⁾. Pero, al margen del principio activo, existen otros factores que pueden hacer que un fármaco no sea adecuado para un paciente anciano por no ajustarse a la pluripatología que presente, a su situación psico-física y/o social.

Se considera polimedicación el consumo de más de cuatro fármacos diarios, lo que supone un factor de riesgo de mortalidad, una mayor probabilidad de interacciones medicamentosas y de reacciones adversas, así como un mayor riesgo de utilización de medicación inadecuada⁽³⁾.

Podemos encontrar en la literatura diversos criterios que nos ayudan a detectar la medicación potencialmente inadecuada en el anciano o seleccionar la medicación más adecuada en función a su patología y sus condiciones psico-físicas y sociales. La IPET (Improved Prescribing in the Elderly Tool, el MAI (Medication Appropriateness Index) y los definidos en el proyecto ACOVE (Assessing Care of Vulnerable Elders) y, muy especialmente, los criterios de Beers, aunque estos últimos son los que han sido con más frecuencia utilizados para determinar la medicación inadecuada en el anciano, pero muchos de los fármacos que incluyen, hasta el 50%, no están presentes en los países europeos o su prescripción es escasa⁽⁴⁾. Esta limitación ha sido parcialmente paliada por su revisión y actualización en 2012^{(5) (6) (7)}.

También contamos con unos criterios asumidos por la Sociedad Europea de Medicina Geriátrica y, por tanto, más adaptados a nuestra forma de prescripción y fármacos utilizados en la Unión Europea. Estos son los criterios STOPP-START (Screening Tools os Older Person's potentially inappropriate- Screening Tool to Alert doctors to Right, i.e. Appropriate indicated Treatment). Los criterios STOPP se usan para la detección de prescripciones potencialmente inapropiadas en personas mayores, mientras que los START se refieren a prescripciones potencialmente omitidas. Estos medicamentos deben ser considerados en personas de 65 o más años, que tengan las enfermedades indicadas, cuando no exista contraindicación para su uso⁽⁸⁾.

Son muchos los trabajos realizados sobre polimedicación y medicación inadecuada en el anciano en la Comunidad que nos indican la trascendencia del problema⁽⁹⁾ (1). También, aunque más escasos, los que analizan el problema de medicación inadecuada en el anciano hospitalizado⁽⁹⁾. Estos estudios están referidos en su mayoría a la prescripción por parte de médicos no especialistas en Geriátrica, tanto médicos de familia como de otras especialidades. Por tanto, parece interesante conocer la presencia de medicación prescrita u omitida de forma potencialmente inadecuada en el paciente geriátrico por profesionales específicamente cualificados en su atención.

OBJETIVOS

Nos proponemos estudiar la presencia de medicación potencialmente inadecuada (criterios de Beers revisión 2012 y STOPP) y prescripciones potencialmente omitidas (criterios START) en pacientes geriátricos dados de alta de una Unidad Especializada y su relación con variables como grado de incapacidad, pluripatología y polimedicación.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo retrospectivo sobre una muestra de informes de alta por mejoría entre el 1 de septiembre 2012 al 31 de marzo de 2013 en Unidad Geriátrica de Agudos. Se excluyeron 6 informes que no correspondían a pacientes geriátricos y 3 por no disponer de datos completos. La muestra final ha sido de 198 informes de alta.

VARIABLES: Las variables consideradas son la edad, sexo, grado de dependencia (según índice de Barthel), nº de diagnósticos al alta, nº de fármacos prescritos al alta, Medicación potencialmente inadecuada en anciano según criterios de Beers 2012 y criterios STOPP-START. Los criterios de inclusión han sido Informe de paciente geriátrico, alta por mejoría y medicación al alta especificada y detallada en informe.

Se realiza estadística descriptiva de cada variable para caracterizar la muestra y se determina el porcentaje de pacientes con medicación potencialmente inadecuada según Beers 2012 y STOPP-START, y número medio de criterios presentes en función de variables recogidas. Los datos se obtienen de informes de alta, se procesan en el programa "Farmadiagnos" y son analizados con Excel.

RESULTADOS

DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA:

- Nº Informes recogidos: 198
- Sexo: 65 hombres (32,83%) y 133 mujeres (67,17%).
- Edad: La muestra presenta una edad media de 84,22 años, con una Moda de 89 años, una edad mínima de 67 y máxima de 98.
- Grado de dependencia (según índice de Barthel):

| | | |
|-------------------------------|-----|--------|
| Incap. Total (<25) | 112 | 56,57% |
| Incap (grave/moderada (25-55) | 44 | 22,22% |
| Incap. Leve/Indep. (>55) | 42 | 21,21% |

Más de la mitad de los informes corresponden a pacientes con un grado de dependencia total, o sea un Barthel con puntuación de 20 o menor.

- Pluripatología: Se recogen los diagnósticos al alta en cada informe y observamos que el número medio de diagnóstico es de 7,31, con una Moda de 7, un mínimo de 2 y un máximo de 18.

Agrupando en 3 intervalos tenemos la siguiente distribución:

| | | |
|------------------|-----|--------|
| < 6 diagnósticos | 57 | 28,79% |
| 6-9 diagnósticos | 100 | 50,51% |
| >9 diagnósticos | 41 | 20,71% |
| | | |

La mayoría de los informes (71,72%) recogen un número superior a los 5 diagnósticos

- Polimedicación: En número medio de fármacos al alta es de 6,60, con una moda de 7 y en un intervalo de 2 de mínimo a 18 de máximo.

Agrupando en tres intervalos la medicación al alta, obtenemos la siguiente distribución:

| | | |
|--------------|-----|--------|
| < 5 fármacos | 52 | 26,26% |
| 5-8 fármacos | 101 | 51,01% |
| > 8 fármacos | 45 | 22,73% |

Vemos como la mayoría de los informes corresponden a paciente polimedicados, es decir con un consumo de fármacos superior a 4 fármacos.

Por tanto nos encontramos ante una muestra con claro predominio femenino, con una edad media muy alta, entorno a los 85 años, mayoritariamente incapacitados totales (Barthel menor de 25), pluripatológicos con más de 5 diagnósticos un 70% y polimedicados (más de 4 fármacos un 73%).

Análisis criterios Beers2012 y STOPP-START

En cuanto a la presencia de Criterios Beers2012 y STOPP-START en la muestra, encontramos los siguiente:

- Informes sin criterios: 10 (5,05%)
- Informes sin criterios Beers2012: 50 (25,25%)
- Informes sin criterios STOPP: 101 (51,01%)
- Informes sin criterios Beers2012 ni STOPP: 31 (15,65%)
- Informes sin criterios START: 30 (15,15%)

Pero al margen de la presencia de criterios, reflejamos ahora el número medio de criterios de Beers (revisión 2012) y STOPP- START presentes en cada uno de estos grupos y obtenemos los siguientes resultados:

Tabla 1.-

| | BEERS 2012 | STOPP | START |
|----------------------|------------|-------|-------|
| Hombre | 1,55 | 0,57 | 2,09 |
| Mujer | 1,54 | 0,71 | 2,46 |
| < 85 años | 1,41 | 0,56 | 2,12 |
| >84 años | 1,66 | 0,76 | 2,52 |
| Incap. Total | 1,56 | 0,6 | 2,38 |
| Incap grave/moderada | 1,89 | 0,84 | 2,3 |
| Incap. Leve/Indep | 1,14 | 0,67 | 2,26 |
| < 6 diagnosticos | 1,64 | 0,4 | 1,36 |
| 6-9 diagnosticos | 1,39 | 0,65 | 2,41 |
| > 9 diagnosticos | 1,78 | 1,1 | 3,54 |
| < 5 fármacos | 0,62 | 0,25 | 2,04 |
| 5-9 fármacos | 1,71 | 0,72 | 2,49 |
| > 9 fármacos | 2,57 | 1,21 | 2,25 |
| Muestra | 1,55 | 0,67 | 2,34 |

También se analiza la distribución porcentual de pacientes que presentan criterios de Beers 2012 y STOPP-START en relación con las variables de incapacidad, nº de diagnóstico y nº de fármacos al alta.

Si distribuimos la muestra en los tres grupos de incapacidad (sin incapacidad o leve, moderada-grave o incapacidad total) y estudiamos la presencia de criterios en estos grupos respecto al total de la muestra, obtenemos los siguientes datos:

Tabla 2.-

| INCAPACIDAD | CRITERIOS BEERS 2012 | | | | TOTAL |
|--------------|----------------------|--------|--------|--------|---------|
| | 0 | 1 | 2 | >2 | |
| INCAP. LEVE | 15 | 14 | 6 | 7 | 42 |
| | 30,00% | 20,90% | 16,67% | 15,56% | 21,21% |
| MODER-GRAVE | 9 | 13 | 9 | 13 | 44 |
| | 18,00% | 19,40% | 25,00% | 28,89% | 22,22% |
| INCAP. TOTAL | 26 | 40 | 21 | 25 | 112 |
| | 52,00% | 59,70% | 58,33% | 55,56% | 56,57% |
| TOTAL | 50 | 67 | 36 | 45 | 198 |
| | 25,25% | 33,84% | 18,18% | 22,73% | 100,00% |

Tabla 3.-

| INCAPACIDAD | CRITERIOS STOPP | | | | TOTAL |
|-------------|-----------------|--------|--------|--------|---------|
| | 0 | 1 | 2 | >2 | |
| INCAP. LEVE | 20 | 17 | 4 | 1 | 42 |
| | 19,80% | 23,29% | 23,53% | 14,29% | 21,21% |
| MODER-GRAVE | 21 | 15 | 6 | 2 | 44 |
| | 20,79% | 20,55% | 35,29% | 28,57% | 22,22% |
| INCA. TOTAL | 60 | 41 | 7 | 4 | 112 |
| | 59,41% | 56,16% | 41,18% | 57,14% | 56,57% |
| TOTAL | 101 | 73 | 17 | 7 | 198 |
| | 51,01% | 36,87% | 8,59% | 3,54% | 100,00% |

Tabla 4.-

| INCAPACIDAD | CRITERIOS START | | | | TOTAL |
|--------------|-----------------|--------|--------|--------|---------|
| | 0 | 1 - 2 | 3 - 4 | >4 | |
| INCAP. LEVE | 8 | 17 | 11 | 6 | 42 |
| | 26,67% | 20,00% | 20,37% | 20,69% | 21,21% |
| MODER-GRAVE | 9 | 16 | 12 | 7 | 44 |
| | 30,00% | 18,82% | 22,22% | 24,14% | 22,22% |
| INCAP. TOTAL | 13 | 52 | 31 | 16 | 112 |
| | 43,33% | 61,18% | 57,41% | 55,17% | 56,57% |
| TOTAL | 30 | 85 | 54 | 29 | 198 |
| | 15,15% | 42,93% | 27,27% | 14,65% | 100,00% |

Aplicamos la misma metodología de estudio respecto al número de diagnósticos, es decir, estudiamos si la presencia de criterios varía en función a número de diagnósticos recogidos.

Tabla 5.-

| DIAGNOSTICOS | CRITERIOS BEERS 2012 | | | | TOTAL |
|--------------|----------------------|--------------|--------------|--------------|----------------|
| | 0 | 1 | 2 | >2 | |
| < 6 | 16 32,00% | 16 23,88% | 11 30,56% | 14 31,11% | 57 28,79% |
| 6 - 9 | 28 56,00% | 34 50,75% | 17 47,22% | 21 46,67% | 100 50,51% |
| > 9 | 6 12,00% | 17 25,37% | 8 22,22% | 10 22,22% | 41 20,71% |
| TOTAL | 50 25,25% | 67 33,84% | 36 18,18% | 45 22,73% | 198 100,00% |

Tabla 6.-

| DIAGNOSTICOS | CRITERIOS STOPP | | | | TOTAL |
|--------------|-----------------|--------------|--------------|-------------|----------------|
| | 0 | 1 | 2 | >2 | |
| < 6 | 39 38,61% | 17 23,29% | 0 0,00% | 1 14,29% | 57 28,79% |
| 6 - 9 | 46 45,54% | 42 57,53% | 11 64,71% | 1 14,29% | 100 50,51% |
| > 9 | 16 15,84% | 14 19,18% | 6 35,29% | 5 71,43% | 41 20,71% |
| TOTAL | 101 51,01% | 73 36,87% | 17 8,59% | 7 3,54% | 198 100,00% |

Tabla 7.-

| DIAGNOSTICOS | CRITERIOS START | | | | TOTAL |
|--------------|-----------------|--------------|--------------|--------------|----------------|
| | 0 | 1 - 2 | 3 - 4 | >4 | |
| < 6 | 20 66,67% | 28 32,94% | 9 16,67% | 0 0,00% | 57 28,79% |
| 6 - 9 | 9 30,00% | 46 54,12% | 29 53,70% | 16 55,17% | 100 50,51% |
| > 9 | 1 3,33% | 11 12,94% | 16 29,63% | 13 44,83% | 41 20,71% |
| TOTAL | 30 15,15% | 85 42,93% | 54 27,27% | 29 14,65% | 198 100,00% |

Considerando el número de fármacos prescritos al alta y su posible variación porcentual en función a la ausencia o presencia en mayor o menor medida de los criterios aplicados. Dividimos la muestra en tres grupos, menos de 5 fármacos, de 5 a 8 y más de 8, para obtener la distribución en función a los criterios manejados.

Respecto a los Beers2012 tenemos la siguiente distribución:

Tabla 8.-

| FÁRMACOS | CRITERIOS BEERS 2012 | | | | TOTAL |
|--------------|----------------------|--------|--------|--------|---------|
| | 0 | 1 | 2 | >2 | |
| < 5 | 28 | 17 | 6 | 1 | 52 |
| | 56,00% | 25,37% | 16,67% | 2,22% | 26,26% |
| 5 - 8 | 18 | 37 | 18 | 28 | 101 |
| | 36,00% | 55,22% | 50,00% | 62,22% | 51,01% |
| > 8 | 4 | 13 | 12 | 16 | 45 |
| | 8,00% | 19,40% | 33,33% | 35,56% | 22,73% |
| TOTAL | 50 | 67 | 36 | 45 | 198 |
| | 25,25% | 33,84% | 18,18% | 22,73% | 100,00% |

En cuanto a los STOPP:

Tabla 9.-

| FÁRMACOS | CRITERIOS STOPP | | | | TOTAL |
|--------------|-----------------|--------|--------|--------|---------|
| | 0 | 1 | 2 | >2 | |
| < 5 | 40 | 11 | 1 | 0 | 52 |
| | 39,60% | 15,07% | 5,88% | 0,00% | 26,26% |
| 5 - 8 | 47 | 43 | 7 | 4 | 101 |
| | 46,53% | 58,90% | 41,18% | 57,14% | 51,01% |
| > 8 | 14 | 19 | 9 | 3 | 45 |
| | 13,86% | 26,03% | 52,94% | 42,86% | 22,73% |
| TOTAL | 101 | 73 | 17 | 7 | 198 |
| | 51,01% | 36,87% | 8,59% | 3,54% | 100,00% |

Por último, al considerar criterios START:

Tabla 10.-

| FÁRMACOS | CRITERIOS START | | | | TOTAL |
|--------------|-----------------|--------|--------|--------|---------|
| | 0 | 1 - 2 | 3 - 4 | >4 | |
| < 5 | 13 | 19 | 13 | 7 | 52 |
| | 43,33% | 22,35% | 24,07% | 24,14% | 26,26% |
| 5 - 8 | 12 | 46 | 27 | 16 | 101 |
| | 40,00% | 54,12% | 50,00% | 55,17% | 51,01% |
| > 8 | 5 | 20 | 14 | 6 | 45 |
| | 16,67% | 23,53% | 25,93% | 20,69% | 22,73% |
| TOTAL | 30 | 85 | 54 | 29 | 198 |
| | 15,15% | 42,93% | 27,27% | 14,65% | 100,00% |

DISCUSIÓN

La proporción de pacientes con criterios de medicación potencialmente inadecuada, en nuestra muestra, oscila entre el 48,99% y el 74,75 % dependiendo de si consideramos criterios STOPP o Beers2012 respectivamente y la proporción de pacientes con prescripción potencialmente omitida (criterios START) en nuestra muestra es de 84,85%. Tan solo 31 informes, es decir un 15,65%, no presentan criterios de medicación potencialmente inadecuada bajo ningún criterio y un 15,15% de prescripciones potencialmente omitidas. Por tanto casi un 85 % de la muestra presenta algún criterio bien de prescripción potencialmente inadecuada o bien de omisión de prescripción de medicación. Tan sólo 10 informes, es decir, en un 5,05%, se encuentran libres de cualquier tipo de criterio. Pero, a pesar de la edad avanzada de la muestra, el alto grado de incapacidad (78,79% de incapacidad moderada-total), la presencia de pluripatología (71,72% con más de 5 diagnósticos) y la alta presencia de polimedición al alta (73,74% más de 4 fármacos), la proporción de pacientes con presencia de criterios es inferior a las publicadas de ancianos no hospitalizados (61% en domicilio y 97% en residencias)⁽¹⁾

Si analizamos el número medio de criterios presentes en la muestra (Tabla 1) y específicamente los criterios de Beers 2012 es de 1,55. Esta cantidad no varía de forma importante en función del sexo, la edad, la dependencia o los diagnósticos, pero si se observa una variación en función al número de fármacos prescritos al alta, siendo muy inferior en los pacientes con menos de 5 fármacos y elevándose en los pacientes con más de 9 fármacos al alta. En cuanto a los criterios STOPP siguen un patrón muy similar a los Beers 2012. El número medio de diagnósticos presentes en la muestra que es de 0,67 (con un mínimo de 0 y un máximo de 6, una moda de 0). no varía de forma importante con las variables excepto con el número de fármacos al alta y, en este caso, si apreciamos diferencias en los informes con más de 9 diagnósticos al alta. Si consideramos los criterios START, tenemos un número medio de 2,34 presentes en nuestra muestra, con un mínimo de 0, un máximo de 7 y una moda de 2. Tampoco observamos diferencias importantes en cuanto a sexo, edad, incapacidad y, en este caso, número de fármacos prescritos al alta, pero si, en cuanto al número de diagnósticos presentes, cumpliendo más criterios START aquellos pacientes con más diagnósticos al alta y viceversa.

En el análisis de la distribución porcentual de pacientes que presentan criterios de Beers 2012 y STOPP-START en relación con las variables de incapacidad, no se observa que la distribución de pacientes que no presentan criterios de Beers 2012 o que presentan 1, 2 o más de 2 varíe de forma importante en función a su grado de incapacidad respecto a la muestra (Tabla 2), característica que se mantiene invariable al analizar los criterios STOPP y START (Tablas 3 y 4).

Respecto al número de diagnósticos, es decir, estudiamos si la presencia de criterios Beers 2012, STOPP y START varía en función a número de diagnósticos recogidos al alta. En el análisis de los criterios de Beers 2012 (Tabla 5) no encontramos tampoco una variación en cuanto a la distribución de la muestra en función a número de diagnósticos. Atendiendo a los criterios STOPP (tabla 6), encontramos que en los grupos de 2 y de más de 2 criterios, si hay mayor peso de la muestra de entre 6 y 9 diagnósticos y de más de 9, por tanto en los grupos con 2 y más de 2 criterios STOPP es mayor el porcentaje de población más de 5 diagnósticos. Considerando los criterios START (Tabla 7), es decir, a prescripciones potencialmente emitidas, destaca como en el grupo de más de 9 diagnósticos al alta, se observa que la distribución de la población con más de 4 criterios START es de un 44,83% frente al 3,33% de aquellos que no presentan ningún criterio START. Por tanto, solo encontramos aumento de porcentaje en los grupos de mayor presencia de criterios STOPP y START en aquellos con mayor número de diagnósticos, lo que no hemos observado en los Beers2012.

Al considerar en número de fármacos, observamos como la población con menos de 5 fármacos al alta es mayoritaria, el 56 %, la no presencia de criterios Beers2012, como contrapunto, los que cumplen más de 2 criterios Beers2012, en este grupo de menos de 5 fármacos, son sólo 2,22%. Pero también se aprecia como aumenta de forma llamativa la proporción de pacientes con más de 5 fármacos y 2 o más criterios de Beers (Tabla 8). Los criterios STOPP siguen una pauta similar a los Beers2012, donde incluso con menos de 5 fármacos no hay ningún paciente que incumpla más de 2 criterios STOPP (Tabla 9). En cuanto a la distribución porcentaje de pacientes de los tres grupos según nº de criterios START, tan solo destacamos del grupo sin criterios START el alto porcentaje de menos de 5 fármacos, mientras que no se aprecia que elevación, sino al contrario, de aquellos que se les ha prescrito más de 8 fármacos (Tabla 10). Por tanto, se encuentra un aumento de criterios de prescripción inadecuada en aquellos con mayor número de fármacos prescritos y no disminuye la omisión de prescripción potencialmente necesaria al aumentar en número de fármacos prescritos.

CONCLUSIONES

- La prescripción de fármacos al alta de una Unidad Especializada en Atención a pacientes geriátricos disminuye la presencia de criterios de medicación inadecuada respecto a los ancianos que viven en su comunidad o en residencias.
- La polimedición es un factor de riesgo más importante de medicación inadecuada, pudiendo establecerse que, por encima de 4 fármacos prescritos al alta, aumenta de forma importante el riesgo de uso de fármacos potencialmente inadecuados.
- El número medio de criterios de prescripción potencialmente omitida en la muestra aumenta en función al aumento en el número de diagnósticos recogidos. Por tanto, la presencia de pluripatología conlleva el riesgo de omitir medicación indicada.
- En nuestra muestra, la prescripción de más de 4 fármacos no disminuye el riesgo de prescripción potencialmente omitida.

BIBLIOGRAFÍA

- (1). Blasco Patiño F, Pérez Maestu R, Martínez López de Letona J, Jiménez A. I., García Navarro M. J. Estudio del consumo de fármacos inadecuados o no indicados en el anciano que ingresa en un Servicio de Medicina Interna. *An. Med. Interna.* 2008 jun v.25 n.6
- (2). Blasco Patiño F, Martínez López de Letona J, Villares P, Jiménez A. I. El paciente anciano polimedcado: efectos sobre su salud y sobre el sistema sanitario. *Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud* 2005; 6: 152-162
- (3). Mendieta M, Guerrero S, Orlandis I. Atención al paciente anciano polimedcado. 2011 Sesión Intercentros. URL disponible en: <http://www.slideshare.net/viletanos/polimedcado>
- (4). Delgado Silveira E, Muñoz García M, Montero Errasquin B, Sánchez Castellano C, Gallagher P F, Cruz-Jentoft A J. Prescripción inapropiada de medicamentos en los pacientes mayores: los criterios STOPP/START. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2009;44(5):273–279
- (5). American Geriatrics Society Updated Beers Criteria for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults. The American Geriatrics Society 2012 Beers Criteria Update Expert Panel
- (6). Barbara Resnick, PhD, CRNP, FAAN, FAANP,* and James T. Pacala, MD, MS, AGSF†. 2012 Beers Criteria
- (7). Marcum ZA, Hanlon JT. Commentary on the New American Geriatric Society Beers Criteria for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults. *American Journal of Geriatric Pharmacotherapy.* 2012; (10):151-9.
- (8). Mera F, Mestre D, Almeda J, Ferrer A, Formiga F, Rojas Farrera S. Paciente anciano y medicación crónica inapropiada en la comunidad ¿somos conscientes de ello? - *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2011;46:125-30
- (9). López-Sáez A, Sáez-López P, Paniagua-Tejo S, Tapia-Galán M.A. *Farm Hosp.* 2012;36:268-74. Prescripción inadecuada de medicamentos en ancianos hospitalizados según criterios de Beers

POLIMEDICACIÓN Y GASTOS DE FARMACIA EN EL ANCIANO.

M.D.M. Martínez Lopez ⁽¹⁾, M.D.M. Miras Ramon ⁽²⁾, E.M. Lopez Lirola ⁽²⁾

⁽¹⁾ Farmacia Plaza C.B.; ⁽²⁾ Hospital Torrecárdenas, Almería

INTRODUCCIÓN

El consumo excesivo de medicamentos afecta en nuestro país a más de un tercio de los mayores de la comunidad, considerando como polimedicación el consumo de más de cuatro fármacos diarios, incluyendo los suplementos alimenticios y las plantas medicinales, lo que supone un factor de riesgo de mortalidad, una mayor probabilidad de interacciones medicamentosas y de reacciones adversas, así como un mayor riesgo de utilización de medicación inadecuada ⁽¹⁾.

En los países desarrollados la polimedicación está considerada como un serio problema de salud pública, no sólo por su elevada prevalencia, que oscila alrededor del 70% en los casos de ancianos frágiles ^{(2), (3)}, sino también por las graves consecuencias clínicas que acarrea: incremento del riesgo de caídas, interacciones farmacológicas, aumento del riesgo de hospitalizaciones, disminución de funcionalidad física, deterioro de la calidad de vida, aumento de la morbilidad e incremento de la mortalidad ⁽⁴⁾.

Así mismo la polimedicación y medicación inadecuada puede acarrear una serie de consecuencias legales, éticas y sociales así como unas consecuencias económicas que inciden tanto a nivel directo en el gasto farmacéutico, incremento en el número de consultas, pruebas complementarias y hospitalizaciones; como a nivel indirecto con adaptaciones domiciliarias por discapacidades y gastos en cuidados y los perjuicios derivados de la disminución calidad vida y deterioro del bienestar.

En las últimas décadas se ha observado un aumento en la proporción de pacientes polimedicados y este hecho parece tener relación con el envejecimiento poblacional y el consecuente aumento de pluripatología entre las personas mayores ^{(5), (6)}.

En el último año, debido fundamentalmente a la crisis económica, hemos asistido en España a importantes cambios encaminados a reducir el gasto público y estas modificaciones han afectado también al sistema de financiación pública de medicamentos y prestaciones farmacéuticas. De tal manera que se ha instaurado un nuevo sistema de copago farmacéutico y han salido bastantes fármacos del sistema de prestación económica y financiación pública.

El nuevo sistema de copago farmacéutico entró en vigor en julio de 2012, con el que a nivel general, los pensionistas pasaron a pagar el 10 por ciento del precio de los fármacos y los trabajadores activos un tanto por ciento dependiendo de sus ingresos. Las nuevas las nuevas formas de copago y aportación económica fueron recogidas en el Real Decreto Ley 16/2012 de 20 de abril ⁽⁷⁾.

Desde el Ministerio de Sanidad explicaron que la medida no iba encaminada a recaudar dinero, sino que era más una medida disuasoria frente al mal uso de las recetas públicas. De tal forma que se concienciara a la población general contra algunos abusos que se hubiesen podido realizar pidiendo recetas que no eran consumidas por el propio paciente o bien para casos en los que no se seguían correctamente los tratamientos y esto derivaba en una "almacenaje" de medicinas en los domicilios. La idea que el gobierno quiso transmitir con esta medida fue la de que no se malgasten medicamentos.

El porcentaje que cada usuario debe aportar será variable y de manera general ha quedado establecido según la renta percibida. Así:

- Las personas con rentas iguales o mayores de 100.000 euros anuales y sus beneficiarios, según constancia en su declaración del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas (IRPF), tendrán que abonar el 60% del precio establecido para la venta al público del medicamento (pvp).

- Todos aquellos trabajadores activos y sus beneficiarios que perciban rentas comprendidas entre 18.000 e inferiores a 100.000 euros anuales deberán abonar el 50% del pvp de los medicamentos.
- Los asegurados activos y sus beneficiarios que no se estén incluidos en ninguno de los supuestos anteriores, es decir, aquellos que perciban rentas anuales menores de 18.000 euros deberán pagar el importe correspondiente al 40% del pvp de los medicamentos.
- Todos los pensionistas de la Seguridad Social y sus beneficiarios, excepto aquellos que perciban pensiones o rentas de 100.000 euros o más al año, deberán abonar sólo un 10% del precio de sus medicinas.

Así mismo con este nuevo sistema de copago, se establecieron unos topes máximos de aportación económica, de tal forma que aunque una persona consuma varios medicamentos, nunca tendrá que pagar por encima de unas cantidades ya estipuladas; en otros casos existen algunos medicamentos que el Ministerio de Sanidad ha considerado como de “aportación reducida”, para los cuales también está establecida una cantidad máxima a reintegrar, cueste lo que cueste el envase. De tal forma los topes máximos a aportar serían:

- Medicamentos de aportación reducida: Todos las personas que consuman alguno de los medicamentos de este grupo, con excepción de los colectivos que están exentos de copago, tendrán que pagar el 10% del pvp del medicamento, pero con un máximo o tope establecido en 4,13 euros por envase, independientemente de su precio. Este importe máximo o tope se va actualizando por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, cada mes de enero, según la evolución del Índice de Precios al Consumo (IPC). Este tipo de aportación reducida y con los mismos máximos se aplica en el caso de pacientes con VIH/SIDA para todos los medicamentos que precise y que estén financiados por el Sistema Nacional de Salud, siempre y cuando estén dispensados en receta oficial. Estas recetas llevan un distintivo o identificación especial en el apartado de datos del paciente como Campaña Sanitaria.
- Aportación máxima para los pensionistas y sus beneficiarios:
 - Para los que perciban una renta inferior a 18.000 euros al año está establecido un tope mensual de 8,14 euros al mes.
 - En el caso de rentas entre 18.000 y 100.000 abonará un máximo de 18,32 euros al mes.
 - En el caso de rentas mayores de 100.000 euros al año tendrán que pagar como máximo la cantidad de 61,08 euros mensuales.

Existen algunos supuestos en los que quedan recogidos algunos colectivos y personas que han quedado exentas de aportar cantidad alguna por los medicamentos que consuman, entre estos se encuentran:

- Personas con pensiones no contributivas.
- Todos aquellos individuos que perciban rentas de integración social.
- Todos aquellos parados que ya hayan perdido el derecho al subsidio de desempleo, mientras persista la misma situación.
- La personas que estén recibiendo tratamiento por problemas que hayan sido ocasionados por accidentes de trabajo o bien derivados de alguna enfermedad profesional.
- Las personas afectadas por el síndrome tóxico y con discapacidad, en los supuestos que se contemplan en su normativa específica.

Por otra parte el sistema de copago ha quedado establecido en una aportación del 30% del pvp de los medicamentos, para todos los mutualistas y clases pasivas de la Mutualidad Judicial (MUGEJU), de la Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado (MUFACE), del Instituto Social de las Fuerzas Armadas (ISFAS).

Otra de las medidas de gobierno de España en cuanto a reducción del gasto farmacéutico, ha sido la de excluir determinados medicamentos de ser financiados por el sistema público. Son bastantes los fármacos que recientemente han sido excluidos de la prestación económica y financiación pública. Así, la Dirección General de Cartera Básica de Servicios del Sistema Nacional de Salud y Farmacia procedió mediante la Resolución de 18 de febrero de 2013 ⁽⁹⁾ a actualizar el listado de medicamentos que quedaban fuera de la financiación pública, en esa misma Resolución se recogían también los medicamento pertenecientes a determinados grupos terapéuticos que para su financiación precisaban de un visado especial en el supuesto de determinadas patologías y según indicaciones médicas.

En concreto en el momento actual ya han quedado fuera de financiación un total de 417 medicamentos. No obstante, 97 de estos fármacos mantendrán la financiación pública para determinadas indicaciones, en general se podrán financiar previo visado, para tratar enfermedades graves o crónicas. Los grupos terapéuticos en los que se contemplan excepciones son los siguientes:

- Los fármacos antagonistas del receptor opioide periférico: sólo quedaran financiados, con visado para los pacientes oncológicos.
- Los medicamentos pertenecientes al grupo alcaloides del opio y derivados: sólo mantendrán la financiación en los casos de pacientes oncológicos que tengan tos persistente.
- Los fármacos del grupo terapéutico de otros vasodilatadores periféricos: conservarán la financiación sólo para los casos de pacientes afectos de síndrome de claudicación intermitente.
- Los laxantes osmóticos: se financiarán en los pacientes parapléjicos o en aquellos con encefalopatía portosistémica
- Fármacos formadores de volumen: mantendrán la financiación, previo visado, para los casos de enfermedad inflamatoria intestinal, colon irritable y diverticulosis.
- Los medicamentos pertenecientes al grupo terapéutico de otros oftalmológicos, entre los que se incluyen fundamentalmente los lubricantes oculares: podrán ser financiados en los casos de síndrome de Sjögren.

Según el Ministerio de Sanidad, la gran mayoría de los medicamentos que han dejado de estar financiados y han salido de la prestación farmacéutica, han sido fundamentalmente aquellos que se usan para tratar sintomatología menor o bien por coexistir con otro medicamento con igual principio activo e igual dosis y que se puede vender libremente sin necesidad de receta médica.

La desfinanciación de medicamentos afecta de una forma directa a los pacientes de más edad, al ser estos precisamente los que más fármacos consumen, así en estudios consultados se establece que el consumo medio de medicamentos en el anciano se sitúa entre 4'2 y 8 fármacos al día, y llegan a tener hasta un consumo máximo de 18 medicamentos distintos al día ⁽⁹⁾. El 72% de las recetas que se hicieron en España en el 2010 fueron de pensionistas y nuestro país se situó en el segundo lugar a nivel mundial en consumo de fármacos. Así la carga en cuanto al gasto en medicamentos supera el 70%.

Los medicamentos más prescritos a los mayores pertenecen, por orden de frecuencia, a los grupos farmacológicos de: cardiovasculares 55%, laxantes, vitaminas, antibióticos 21%, psicofármacos 14% y analgésicos y antiinflamatorios 10% ⁽⁹⁾. Con esto nos podemos hacer idea de la importante repercusión, tanto a nivel sanitario como a nivel económico, que produce el elevado consumo de fármacos.

Con las nuevas fórmulas de copago serán precisamente las personas con enfermedades crónicas y en concreto aquellos pacientes pluripatológicos, los que se verán afectados con mayor contundencia. Cuando una persona de edad avanzada se ve afectada por el incremento del coste de un fármaco puede llevar a reducciones en el consumo de medicamentos que pueden ser esenciales para el mantenimiento de su estado de salud; lo que por otra parte unido al aumento de acontecimientos adversos puede acarrear un aumento global del gasto sanitario ⁽¹⁰⁾.

Es absolutamente necesario proteger a las personas con economías más débiles y a los pacientes más

enfermos. Así algunos economistas que exponen planteamientos bastante favorables al sistema de copago, señalan sin embargo, basándose en la evidencia de sus consecuencias, que afecta tanto al consumo de los medicamentos menos necesarios como al de aquellos que son más necesarios y con efectividad probada, por lo que se pueden ocasionar potenciales efectos negativos ^{(11), (12)}.

OBJETIVOS

Por lo expuesto anteriormente nos planteamos iniciar un estudio sobre el consumo de medicamentos en las personas mayores, incluyendo los fármacos excluidos de financiación pública y la repercusión económica que les produce. Así los objetivos del estudio son:

- Determinar la prevalencia de polimedición en el anciano.
- Establecer los grupos farmacológicos más frecuentemente prescritos.
- Objetivar los fármacos excluidos de financiación pública que consumen los ancianos
- Establecer la repercusión económica que les supone el copago farmacéutico y desfinanciación de medicamentos.

METODOLOGÍA

Diseño: Estudio descriptivo transversal.

Muestra: 82 pacientes mayores de 65 años que acudieron a una Oficina de Farmacia de Almería centro para adquirir su medicación en Julio de 2013.

Variables de estudio: Edad, sexo, pensión percibida, convivientes con esa pensión, pluripatología, incapacidad Física y Psíquica (escala Cruz Roja), nº fármacos, grupos farmacológicos y fármacos desfinanciados consumidos, coste medio mensual.

Análisis de datos: Estadística descriptiva para cada variable mediante distribución de frecuencias, medidas de tendencia central y de dispersión.

RESULTADOS

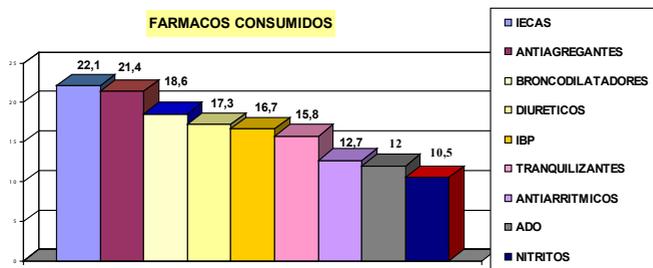
El 57.30 % eran mujeres, la edad media fue de 80.10 años. El 48.8% de la muestra eran pluripatológicos. En cuanto a las pensiones anuales que recibían un 10% de la muestra tenían pensiones no contributivas, la gran mayoría (88%) recibían pensiones anuales inferiores a 18.000 euros y sólo un 2% percibían pensiones superiores a esa cantidad. El 76% de las personas disponían de su pensión para ellos solos y en un 26% convivían dos personas con esa pensión.

El 38% no presentaban incapacidad física, el 31% incapacidad física moderada y el 32% incapacidad física severa. Poco más de la mitad (55%) no presentaban incapacidad psíquica.

El promedio de fármacos consumidos fue de 6.48.

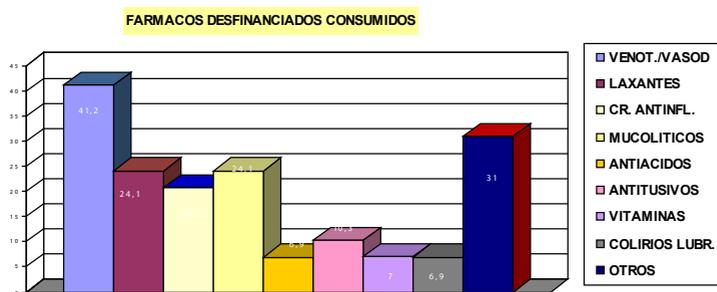
El 82.9% estaban polimedificados (tomaban 4 o más fármacos).

Los fármacos más frecuentemente consumidos fueron IECAS, antiagregantes, broncodilatadores y diuréticos, seguidos de IBP, sedantes, antiarrítmicos y ADO.



Del total de la muestra recogida el 84% continuaban tomando de forma crónica algún o algunos de los fármacos que se habían excluido de la financiación pública. En este grupo encontramos que algo más de la mitad (65,5%) eran mujeres. Los pacientes que previamente tomaban algún fármaco e este grupo y que habían dejado de tomarlos al tener que pagarlos, adujeron fundamentalmente motivos económicos y un pequeño porcentaje respondieron que creían que no les hacía falta ya que así se lo habían explicado en su Centro de Salud.

Los fármacos desfinanciados más consumidos fueron los venotónicos seguidos de laxantes, mucolíticos y cremas antiinflamatorias. En el apartado de otros fármacos con un 31% se encontraban fundamentalmente algunos analgésicos que continuaban adquiriendo por nombre comercial y algunas pomadas cicatrizantes.



De los pacientes que consumían fármacos que habían sido excluidos de financiación un 44,8% tomaban un solo medicamento de ese grupo, mientras que un 34,5% tomaban dos, un 17,2% tomaban 3 y un 3,4% tomaban 4 fármacos excluidos de financiación pública de forma crónica. La media de fármacos desfinanciados consumidos fue de 1.79, con un rango entre 1 y 4 medicamentos.

Esto les suponía un coste mensual medio de 17.59 euros, con un máximo recogido de 48 euros mensuales.

DISCUSIÓN

El primer dato que pone de manifiesto nuestro estudio es la elevada prevalencia de pacientes plurimedcados, dato que concuerda con los resultados de otros estudios realizados en población mayor ^{(2), (3)}.

Otro dato relevante es el que la mayoría de los pensionistas del estudio percibían pensiones inferiores a 18000 euros anuales. Este dato concuerda con los datos por el Ministerio de Empleo y Seguridad Social en 2013 y recogidos en la versión digital del diario 4upress ⁽⁴⁾, en el que se manifiesta que la media de pensiones de jubilación en España se sitúa en la actualidad en 972,15 euros mensuales y la media de todas las pensiones, incluyendo jubilación, incapacidad permanente, viudedad, orfandad y a favor de familiares se encuentra en torno a los 832,46 euros al mes. Con respecto a esto consideramos que resulta evidente que la media de pensiones de nuestra muestra es bastante reducida y por consiguiente la repercusión de un nuevo gasto adicional con la reforma en financiación de medicamentos les pueda resultar gravosa para su economía de por sí mermada.

Los resultados en cuanto a los grupos farmacológicos más frecuentemente prescritos y consumidos por los ancianos tampoco difieren sustancialmente de otras series publicadas ⁽³⁾.

En cuanto a los grupos farmacológicos excluidos de financiación más frecuentemente consumidos por los pensionistas de nuestro estudio, se encuentran los fármacos del grupo venotónicos y vasodilatadores cerebrales, laxantes y mucolíticos. Es cierto que algunos de estos grupos farmacológicos están considerados como medicamentos de Valor intrínseco no elevado (VINEs), considerando como tales a aquellos de los que no se dispone de suficiente evidencia científica que apoye su eficacia clínica y/o cuyo perfil de seguridad refleja una relación coste/beneficio desfavorable. También se consideran como tal a aquellos con más de un principio activo salvo en los que existe una necesidad farmacodinámica evidente o ampliamente reconocidas como asociaciones racionales. Esta concepción de medicamento VINEs hace referencia a especialidades farmacéuticas (marcas) y no a principios activos, ya que un mismo principio activo puede ser de alto o bajo

valor, en función de la dosis, la presencia de determinados excipientes o la vía de administración que pueden llegar a modificar el grado de eficacia y de seguridad del medicamento. Otro elemento que entra a formar parte del valor de un fármaco, es la indicación que se realice, o sea que el fármaco esté correctamente indicado y sea útil para resolver el problema planteado. Precisamente los fármacos del grupo Venotónicos y los vasodilatadores cerebrales, entre los que se encuentran las tan conocidas por nuestros mayores como “gotas para la circulación” y los mucolíticos como la acetil-cisteína, están englobados dentro de estos medicamentos VINES.

Consideramos por tanto trascendental que desde los dispositivos de Atención Primaria se revise periódicamente en cada consulta del paciente mayor la prescripción farmacológica, se les explique la necesidad real de seguir tomando uno de estos fármacos o no; quizás de una forma más exhaustiva en el momento actual en el que la salida de medicamentos de financiación pública pueda dar lugar a un menor control de estos fármacos y a una mayor polimedicación y automedicación del paciente, con las consecuentes mayores posibilidades de interacciones y/o efectos adversos y de medicación inadecuada ⁽⁴⁾. No hay que olvidar nunca que aunque hayan sido desfinanciados, deben continuar dispensándose sólo bajo indicación y prescripción médica. Es esencial que se evalúe la indicación y la necesidad de continuar o no con el tratamiento, aunque esté considerado como VINES, ya sea financiado de forma pública o no.

La evidencia científica y la ética avalan la necesidad de deprescribir fármacos en aquellas personas cuyo consumo de medicamentos puede provocarles más perjuicios que beneficios. Los ancianos frágiles constituyen una población diana donde se debe intervenir de forma prioritaria ya que se pueden beneficiar de la deprescripción de medicamentos si esta se realiza de una manera controlada, razonada, aceptada e integrando la perspectiva del paciente ⁽¹⁴⁾.

Con respecto al elevado consumo del grupo de laxantes reseñamos que si bien es cierto que el estreñimiento representa uno de los grandes Síndromes Geriátricos por su prevalencia, por sus graves complicaciones y por su importante incidencia en la calidad de vida del anciano, esto no justifica tener que tomar un laxante de forma crónica y continuada, sino que se debe incidir más sobre los hábitos de vida saludables, ingesta apropiada de alimentos ricos en fibra y ejercicio físico. Así volvemos a insistir en la evaluación por parte del facultativo de la necesidad de su empleo en casos especiales, en los que sí podrían seguir financiados previo visado. Por otra parte, en muchas ocasiones sí que estaría indicado su uso aunque no de forma continuada; en estos casos si supondría, si no se encuadra en supuestos de visado, un desembolso total para el paciente.

La mayoría de los pacientes participantes en el estudio referían sentirse perjudicados por las medidas de copago y desfinanciación, independientemente de la pensión que tuviesen. Les resultaba gravoso el tener que aportar el 10% del precio de su medicación. Muchos de ellos reciben tratamientos crónicos con más de cuatro fármacos, son pacientes plurimedcados. Su queja fundamental es que ahora tienen que pagar el 10% del precio de sus medicinas y aunque la mayoría tienen establecido un tope máximo en 8,14 euros, referían que les repercutía mucho en su economía, ya que además tenían que comprarse otras medicinas que ya no les financiaba la seguridad social. A este respecto no es fácil determinar si un desembolso medio mensual del 1% de la pensión, que sería aproximadamente la aportación media del 10% es gravoso o no para el anciano. Sin embargo si resulta más claro que si les puede suponer un perjuicio económico si de forma crónica tienen que comprar medicamentos, lo que les puede suponer una media de 17,59 euros al mes, es decir un 2,11% de la pensión, lo que sumado al 1% anterior supondría tener que abonar mensualmente un 3,11% del sueldo en medicamentos.

CONCLUSIONES

- La prevalencia de polimedicación en ancianos es 82,9%
- Considerando que la media de pensión se sitúa en 832,66 euros, el anciano tendrá que desembolsar mensualmente un 1% de su pensión en concepto de copago; además de un 2,11% añadido por comprar los fármacos desfinanciados.
- Dado que la mayoría de los medicamentos excluidos de financiación son fármacos VINES, consideramos la necesidad de implementar las medidas desde Atención Primaria, en cuanto a control de polimedicación, automedicación e indicaciones de tratamiento en el anciano.

BIBLIOGRAFÍA

1. Mendieta, M., Guerrero, S., Orlandis, I. (2011). Atención al paciente anciano polimedicado. Sesión Intercentros. URL disponible en: <http://www.slideshare.net/viletanos/polimedicado>
2. Gavilán Moral E, et al. (2006). Polimedicación y prescripción de fármacos inadecuados en pacientes ancianos inmovilizados que viven en la comunidad. *Aten Primaria*. 2006;38:476–82.
3. Mera, F., Mestre, D., Almeda, J., et al. (2011). Paciente anciano y medicación crónica inapropiada en la comunidad ¿somos conscientes de ello?. *Rev Esp Geriatr Gerontol.*;46:125-30
4. Jyrkkä J, Enlund H, Korhonen MJ, et al. (2009). Polypharmacy status as an indicator of mortality in an elderly population. *Drugs Aging*. 2009;26:1039–48.
5. Hovstadius B, Hovstadius K, Astrand B et al. (2010). Increasing polypharmacy: an individual-based study of the Swedish population 2005-2008. *BMC Clin Pharmacol*. 2010; 2:16.
6. Wong CY, Chaudhry SI, Desai MM, et al.(2011) Trends in comorbidity, disability, and polypharmacy in heart failure. *Am J Med*. 2011;124:136–43
7. Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones. **BOLETÍN OFICIAL DEL ESTADO Núm. 98 Martes 24 de abril de 2012. Sec. I. Pág. 31278**
8. Resolución de 18 de Febrero de 2013 de la Dirección General de Cartera Básica de Servicios del Sistema Nacional de Salud y Farmacia. **BOLETÍN OFICIAL DEL ESTADO Núm. 49 Martes 26 de febrero de 2013 Sec. I. Pág. 15550**
9. Blasco Patiño, F., Pérez Maestu, R., Martínez López de Letona et al. (2008). Estudio del consumo de fármacos inadecuados o no indicados en el anciano que ingresa en un Servicio de Medicina Interna. *An. Med. Interna*. jun v.25 n.6
10. Tamblin R, Laprise R, Hanley JA, et al. (2001). Adverse events associated with prescription drug cost-sharing among poor and elderly persons. *JAMA*;285:421–9.
11. Puig-Junoy J.(2004). La contribución del usuario en la financiación de los medicamentos: elementos para un debate (informado). *Gestión Clínica y Sanitaria.*;6:133–40.
12. Rodríguez M, Puig-Junoy J. (2012). Por qué no hay que temer al copago. *Gac Sanit.*; 26:78–9.
13. 4upress (2013). Según datos del gobierno, la pensión media de jubilación en España...recuperado el martes 26 de febrero de 2013 y disponible en <http://4upress.com/index.php/economia/item/2258-segun-datos-del-gobierno-la-pension-media-de-jubilacion-en-espana-es-de-97215-euros#.UYQb67U9Ldg>
14. Gavilán-Moral E, et al. Ancianos frágiles polimedicados: ¿es la deprescripción de medicamentos la salida? *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2012. doi:10.1016/j.regg. 2012.01.003)

TRASTORNOS DEL SUEÑO EN EL ANCIANO Y EL USO DE HIPNÓTICOS

R. Nieto Alcaraz.

Residencia de Mayores El Zapillo

INTRODUCCIÓN

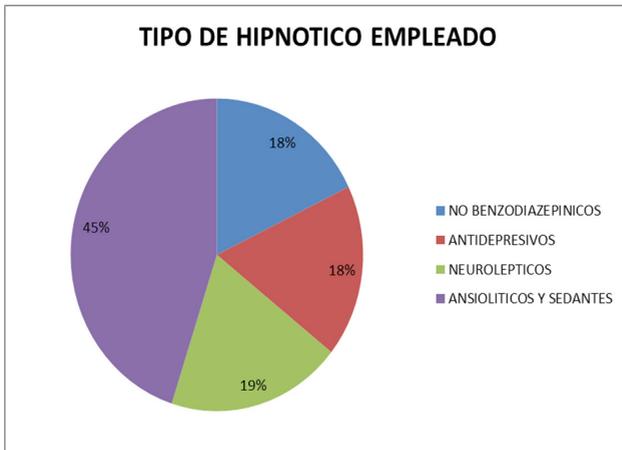
Este es un tema importante tanto por la prevalencia como por su dificultad para tratarlo. Los trastornos del sueño en general son patologías que se dan en la edad adulta debido a los cambios propios en la fisiología del organismo, como por otras patologías que se padezcan y las medicaciones que se tomen para paliar estas enfermedades. En este estudio hablamos del tratamiento de los trastornos del sueño, no incidimos en cada uno de los trastornos. Llamamos hipnóticos a todos los medicamentos que aunque no sean puramente de este grupo se emplean en estos casos para este fin o ayudar al tratamiento de estas patologías del sueño.

OBJETIVOS

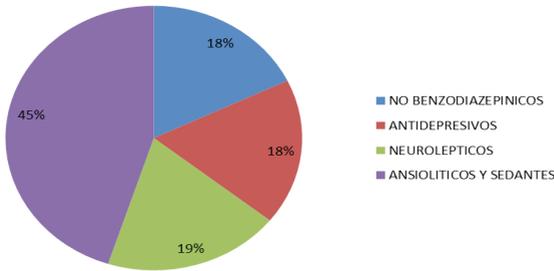
Conocer el número de personas de nuestro centro residencial que tienen alguna alteración en el patrón del sueño y precisan medicación para paliar estos síntomas y con qué tipo de medicación están siendo tratados.

MATERIAL Y MÉTODO

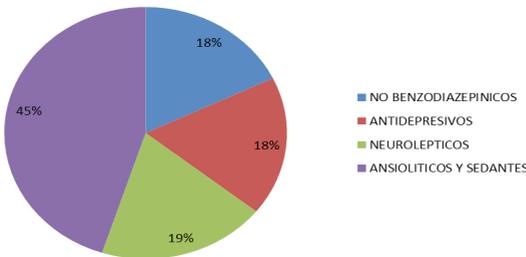
Es un estudio observacional descriptivo. Contamos con un centro residencial con 123 camas, siendo 3 de estancia temporal, no estando ocupadas en largos periodos. Contamos con una población fija de 120 residentes. Obtenemos datos de sus historias clínicas y tratamientos médicos. Nos centramos dentro de todos los trastornos del sueño en el insomnio, definiéndolo como la dificultad o incapacidad para dormir o falta total de sueño. Este trastorno afecta entre el 15-34% de la población, aumentando con la edad. (1)



TIPO DE HIPNOTICO EMPLEADO

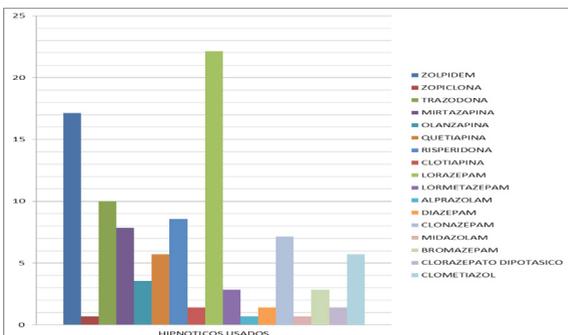


TIPO DE HIPNOTICO EMPLEADO

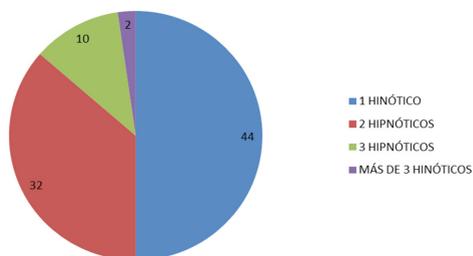


RESULTADOS

Obtenemos que la mayor parte de los residentes tienen tratamiento que les ayuda a dormir mejor; el 73'3% de nuestra población. La mayor parte de ellos toman hipnóticos no benzodiazepínicos, como el zolpidem; antidepresivos, trazodona o mirtazapina; neurolepticos, quetiapina, olanzapina o risperidona y ansiolíticos, lorazepam o diazepam. Los más usados son el zolpidem de 10mg y el lorazepam de 1mg. Observamos que la mitad de los residentes que toman hipnóticos tienen dos o más asociados.



NÚMERO DE HIPNÓTICOS TOMADOS POR PERSONA



CONCLUSIONES

Este estudio es de importancia debido a que en la edad anciana hay mayor prevalencia de alteraciones en el patrón del sueño. Este se pierde en calidad y cantidad conforme se va siendo mayor. Es un problema que en la población en general se da en un 50% de las personas de manera transitoria a lo largo de su vida y que el 10% de la población lo padece de forma crónica. (2)

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Esteban J.M, Zamorano E y Gonçalves F. Guía de buena práctica clínica en patologías del sueño. Editorial: Internacional Marketing & Communication. 2005.
- 2.- Ramírez S.P, Martin A, Aguilar M y otros. Alteraciones psíquicas en personas mayores. Editorial Vértice. 2008.

PRESCRIPCIÓN FARMACOLÓGICA EN PACIENTES CON DEMENCIA EN DISTRITO ALMERÍA

V. Carreño Jose, P. Torres Alegre, D. Cueto Saavedra, E. Lirola Garcia, M.D.C. Gonzalez Lopez, M.D.M. Morales Jimenez.

Distrito Almeria

INTRODUCCIÓN

El aumento de la esperanza de vida en los países desarrollados y envejecimiento progresivo de la población han convertido la demencia como uno de los principales problemas de salud pública en la actualidad. Las enfermedades neurodegenerativas y entre ellas la Enfermedad de Alzheimer es la causa más frecuente dentro del grupo de las demencias. La prevalencia de la Demencia se estima en España en el 10.9%, en la población mayor de 70 años.

En el año 2003 se implantó en el Distrito Sanitario Almería, el Proceso Asistencial Integrado Demencia, que realiza un abordaje integral del paciente con dicha enfermedad, multiprofesional e interniveles. Dicho abordaje no sólo va dirigido al paciente, también cubre las necesidades del entorno familiar y principalmente de aquella persona que se identifica como cuidador principal y que es el encargado y responsable del “cuidado” diario del paciente. Según las cifras de cobertura de dicho proceso, la prevalencia es del 6.68 % de la población mayor de 65 años.

Los pacientes con Demencia se benefician actualmente de tratamientos con diferentes grupos farmacológicos, que si bien no son curativos, ayudan a mejorar la calidad de vida del paciente y del cuidador, retrasando la evolución del deterioro cognitivo y mejorando sintomatología como la alteración del ánimo, los trastornos del sueño o la agitación. La eficacia de éstos se ve beneficiada de tratamiento no farmacológicos, siendo el más efectivo la estimulación cognitiva, pero como terapia complementaria, puesto que la evidencia sobre su efectividad es muy limitada.

Hay dos grandes grupos de fármacos específicos para la Demencia, los fármacos Inhibidores de la acetilcolinesterasa (ACH) y la Memantina, como antagonista del receptor N-metil-D-aspartato (NMDA) del glutamato. Los fármacos inhibidores de la acetilcolinesterasa (ACH), Donepezilo, Rivastigmina y Galantamina, están indicados en los casos sintomáticos de la enfermedad en sus formas leves- moderadas, mejorando la función cognitiva y las actividades de la vida diaria (AVD) en estos pacientes. La Memantina está indicada en los casos moderado- grave, influyendo en las escalas de función cognitiva y global.

Estos fármacos precisan de informe de visado para su aprobación por inspección médica, realizado por el médico especialista y seguimiento conjunto entre atención primaria y Hospitalaria.

OBJETIVOS

Estimación de la prevalencia de pacientes con demencia, que están en tratamiento, en el Distrito Almería en el año 2012

Conocer el perfil de prescripción farmacológica en los pacientes con demencia y combinaciones farmacológicas utilizadas.

MATERIAL Y MÉTODO

Es un estudio descriptivo transversal. La fuente de información utilizada es la Base de Datos del Área de Farmacia de nuestro Distrito. Se ha recogido los datos de dos grupos de fármacos prescritos durante el año 2012, codificados en el programa informático, el primero que recoge las prescripciones de los fármacos anticolinesterásicos (Donepezilo, Rivastigmina y Galantamina) y segundo grupo que registra la Memantina y el Ginkgo Biloba (fármaco no específico, pero incluido en el grupo, lo que tendremos en cuenta en el análisis de datos).

El registro de ésta base de datos asocia Número Único de Historia de Salud de Andalucía (NUSHA) de cada paciente con los fármacos prescritos, e informa de las prescripciones realizadas tanto a nivel hospitalario

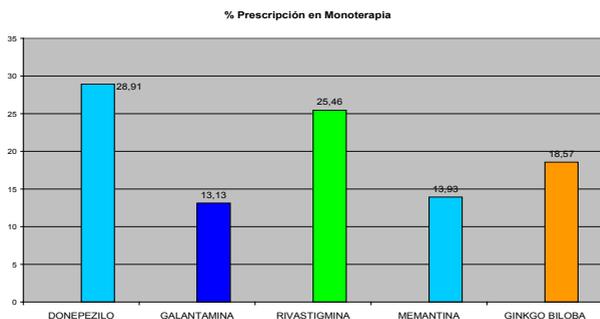
como de Atención Primaria a los pacientes adscritos a nuestro Distrito, por lo que da información muy real del consumo de éstos fármacos.

RESULTADOS

El número de pacientes en tratamiento durante el año 2012, en monoterapia o combinaciones ha sido de 3910, lo que supone el 9.83% de la población mayor de 65 años, frente al 6.68% de pacientes incluidos y registrados en el Proceso Asistencial Demencias. Si excluimos el Ginkgo Biloba por no ser tratamiento específico el número de pacientes en tratamiento con el resto de fármacos, sólo o en combinación ésta cifra desciende 8.58%. Respecto al tipo de tratamiento, el 68.55% de los pacientes están en monoterapia, siendo el más frecuente el Donepezilo Clorhidrato en el 28.91% , seguido del 25.46% con Rivastigmina. La Memantina en monoterapia representa el 13.93% , similar a la Galantamina con el 13.13%. Destacar que el Ginkgo Biloba está prescrito en el 18.57%, dentro de éste grupo.

El 28.18% de los pacientes presenta algún tipo de combinación de 2 o 3 fármacos, el 40% Rivastigmina + Memantina, seguido de 33.23% con Donepezilo + Memantina. Respecto a la unión de tres fármacos aparece la combinación de un anticolinesterásico junto con Memantina y el Ginkgo Biloba, pero ocurre solo en 0.6% de los pacientes.

De forma global, el **fármaco más utilizado solo o en combinación** es la Memantina que lo consume el 34% de los pacientes, seguidos del Donepezilo con el 30,63% y la Rivastigmina en el 29.27%. Cabe destacar que el Ginkgo Biloba supone el 12.73% del total de prescripciones.



CONCLUSIÓN

El consumo de fármacos contra la demencia nos permite estimar, de una forma aproximada la prevalencia de la enfermedad en el Distrito, que según los datos obtenidos es mayor que el número de pacientes que tenemos identificados en la Historia de Salud Digital en el Proceso Demencias. Considerando que hemos analizado los fármacos específicos para la Demencia tipo Enfermedad de Alzheimer, podemos hacer una aproximación de la prevalencia de esta enfermedad en un 8.58%, siempre aceptando que también se usan en otros tipos demencias.

Por el uso y combinaciones de fármacos, podemos estimar que los pacientes que están en monoterapia con el grupo de anticolinesterásicos, que corresponden a casos sintomáticos de estadio leve- moderado suponen el 55.62%. El resto de pacientes (habiendo excluido los que están en tratamiento en monoterapia con Ginkgo Biloba) que están tanto en monoterapia con Memantina o bien en combinación, estarían en un estadio de la enfermedad moderado-grave.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Proceso Asistencial Integrado Demencias. Consejería de Salud. Servicio Andaluz de Salud. 2002.
- 2.- INFAC. Enfermedad de Alzheimer, 2010 18(6).
- 3.- Abordaje Integral de la Demencia. Inf Ter Sist Nac Salud 2011; 35: 39-45

¿ESTAN BIEN NUTRIDOS LOS ANCIANOS QUE INGRESAN EN MEDICINA INTERNA?

A.M. Lazo Torres, S. Domingo Roa, M.Á. Esteban Moreno, P. Sánchez López, G. López Lloret, M.J. Martínez Soriano.

Hospital Torrecárdenas, Almería

OBJETIVOS

El conocimiento del estado nutricional es fundamental tanto en personas sanas como en los enfermos, pero esto es más acusado y relevante si cabe en el paciente anciano y pluripatológico y que se encuentra gravemente enfermo y hospitalizado.

En la malnutrición influyen numerosos factores, en el caso de los ancianos, destacar aquellos derivados de la propia edad, como los digestivos, donde podemos destacar la disfagia, sobre todo en los pacientes que han sufrido un accidente cerebrovascular previamente y también otros factores como pueden ser los problemas de malabsorción y el estreñimiento.

A estos factores, debemos añadir en los últimos tiempos, sobre todo por la crisis económica que ha disminuido el poder adquisitivo sobre todo de los ancianos y vulnerables y que hace que en muchos casos no consuman los alimentos que precisan para tener una dieta equilibrada. A esto, le debemos sumar los problemas familiares, el aislamiento social, problemas psicológicos que impliquen trastornos de la conducta alimentaria y por supuesto todos aquellos factores asociados a la pluripatología y la polimedicación que pueden alterar también en gran medida la alimentación de nuestros pacientes mayores.

Los problemas de malnutrición están fuertemente relacionados con una mayor morbimortalidad y deterioro de las condiciones de vida de nuestros ancianos, aumentan las incapacidades psíquicas y físicas y contribuyen al círculo vicioso de mayor incapacidad, mayor dependencia y aislamiento y posibilidad de ante cualquier descompensación de sus patologías de base, que precisen ingresos hospitalarios.

No obstante, no es demasiado frecuente que se realice un estudio del estado nutricional de nuestros pacientes, a menos que aparezcan datos evidentes de que exista una malnutrición o que el paciente ingrese por negativa a la ingesta y que por ello si se le realicen los estudios complementarios pertinentes y se consulte con los Servicios de Nutrición.

MÉTODO

Nosotros diseñamos un estudio descriptivo retrospectivo mediante la revisión de las historias clínicas y los informes de alta hospitalaria de un grupo de pacientes mayores de 75 años que ingresaron en nuestro Servicio de Medicina Interna del Hospital Torrecárdenas y que al alta hospitalaria tenían como diagnóstico principal o secundario la malnutrición proteico-calórica.

RESULTADOS

- Analizamos las historias clínicas de 61 pacientes, de los cuales el 47.5% fueron varones (29 casos) y el 52.3% fueron mujeres (32 casos).
- La edad media de 80.54 años, siendo la edad media de los varones de 79.9 años y de las mujeres de 81.2 años.
- La estancia media de este grupo de pacientes fue de 12.4 días, superior a la estancia media global del servicio, estimada en 9.9 días durante el año 2012.
- Encontramos en esta serie realizado un estudio nutricional en todos los casos, y observamos que el valor medio de proteínas totales fue de 5.4 g/dl (5.41 g/dl en las mujeres y 5.38 g/dl en los varones).

- Los valores medios de albúmina en los análisis realizados fueron de 2.51 g/dl (2.47 g/dl en el caso mujeres y 2.51 g/dl en los varones).
- Al alta, recibieron suplementos nutricionales tan solo el 34.4% de los pacientes y un 9.8% recibían nutrición enteral por sonda nasogástrica.
- Casi todos los pacientes recibieron recomendaciones nutricionales en el momento del alta hospitalaria (93.45%), aunque tan sólo fueron recomendaciones del tipo:
 - “Dieta pobre en sal y grasas”
 - “Dieta de diabetes mellitus”, etc.

No hay constancia de que se les entregaran dietas personalizadas a los pacientes, salvo en los casos en que fueron valorados por el Servicio de Nutrición y recibieron por tanto nutrición enteral por sonda nasogástrica o suplementos nutricionales.

CONCLUSIONES

- Nosotros pensamos que es fundamental realizar una evaluación del estado nutricional en los pacientes que ingresan en un Servicio de Medicina Interna, sobre todo en los pacientes ancianos, que en muchos casos sufren malnutrición y otros déficits alimentarios.
- En nuestra muestra, menos de la mitad de estos pacientes diagnosticados de malnutrición recibieron tratamiento con suplementos nutricionales, aunque si se les adjuntaron recomendaciones dietéticas.
- Creemos que es fundamental insistir en una adecuada nutrición para nuestros pacientes más mayores y vulnerables.

BIBLIOGRAFÍA

1. García Peris P. Prevalencia y factores asociados a malnutrición en ancianos hospitalizados. *An Med Interna (Madrid)* 2004; 21: 261-262.
2. Ramos Martínez A, Asensio Vegas A, Núñez Palomo S, Millán Santos. I. Prevalencia y factores asociados a malnutrición en ancianos hospitalizados. *An Med Interna (Madrid)* 2004; 21: 263-268.
3. García Peris P, Cuerda Compes C, Cambor Álvarez M, Bretón Lesmes I. Valoración nutricional en el anciano: aspectos prácticos. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2000; 35 (S4): 2-8.
4. Cuesta Triana F, Matía Martín P, Sánchez Rodríguez JL. Valoración nutricional en el anciano. Malnutrición, diagnóstico diferencial y actitud terapéutica. *Medicine* 2003; 8(109):5841-5851.
5. Sánchez Juan CJ, Real Collado JT. Malnutrición. Concepto, clasificación, etiopatogenia. Principales síndromes. Valoración clínica. *Medicine* 2002; 8(87):4669-4674.
6. Gómez Ramos MJ, González Valverde FM. Alta prevalencia de la desnutrición en ancianos españoles ingresados en un hospital general y factores asociados. *ALAN*. 2005; 55(1): 71-76.

PREVALENCIA DE DISFAGIA Y MALNUTRICION EN UNA UNIDAD HOSPITALARIA DE PACIENTE FRÁGIL

Muñoz de Escalona Martínez J.T.¹, Uroz Zurita A.M.², Batlles Muñoz de Escalona J.³, Garrido Fernández P.⁴

¹Unidad de Nutrición (U.G.C. E, N y RV), Complejo Hospitalario Torrecárdenas. Almería, ²Unidad de Paciente Frágil, Complejo Hospitalario Torrecárdenas, Almería, ³Facultad de Medicina, Universidad de Granada, ⁴FIBAO. Almería.

INTRODUCCIÓN

La disfagia orofaríngea es un síntoma cuya prevalencia es alta y poco conocida que puede oscilar entre 30% hasta 84% según distintas patologías^{1,2,3,4,5,6,7}. Está relacionada con mayor incapacidad, mayor malnutrición y mayor estancia hospitalaria y mortalidad^{8,9,10}.

OBJETIVOS

El objetivo de este estudio fue conocer la prevalencia de disfagia y riesgo de desnutrición en una unidad hospitalaria de paciente frágil, donde se atienden pacientes de múltiples patologías, mediante herramientas validadas de evaluación de disfagia EATING ASSEMENT TOOL-10 (EAT-10) y de cribado nutricional NUTRITIONAL RISK SCREENING 2002 (NRS-2002) y establecer acciones correctoras.

MÉTODO

Durante una semana evaluamos 51 pacientes: 26 mujeres (51%) y 25 hombres (49%), de edad media 77,53 años (30 a 98 años), con distintas patologías (ACV, enfermedades degenerativas del SNC, oncológicos y otros).

El grado de disfagia fue medido con EAT-10, cuestionario de 10 preguntas puntuadas de 0-4. Si el resultado de la puntuación era mayor o igual a 3 consideramos que la disfagia estaba presente¹¹.

Se aplicó el NRS 2002, herramienta validada de cribado nutricional para paciente hospitalizado basada en el índice de masa corporal, la pérdida de peso, la disminución de la ingesta y la severidad de la enfermedad, y que evalúa: estado normal, riesgo nutricional leve, moderado y severo. Se consideró paciente en riesgo de desnutrición si la puntuación obtenida en el test era igual o superior a 3^{12,13}.

Además se aplicó el criterio de filtro de alerta nutricional CONUT (CONtrol NUTricional) basado en parámetros analíticos séricos tales como albúmina, colesterol total y linfocitos totales, y que clasifica el estado nutricional en: sin déficit, con déficit leve, moderado y severo¹⁴.

RESULTADOS

La prevalencia de disfagia fue del 70 %, EAT-10 > o = a 3 (media 12.57) intervalo de confianza (8.99 - 16.14).

El 80% de los pacientes con disfagia presentaron grado de riesgo nutricional (NRS-2002), mientras que los pacientes sin disfagia sólo un 26.7% lo presentaron. Esta diferencia es significativa con una p=0.001 obtenida con la prueba Chi-cuadrado con corrección por continuidad de Yates.

Aplicado el cribado CONUT el 100% de los pacientes estudiados tenían deprimidos de 1 a 3 de los parámetros analíticos controlados y presentaban déficit nutricional.

CONCLUSIONES

La prevalencia de disfagia en una Unidad de hospitalización de paciente frágil es elevada, así como el riesgo nutricional y la predicción de complicaciones hospitalarias.

El EAT-10 es una herramienta de detección de disfagia, fácil y rápida de aplicar, que utilizada junto con herramientas de cribado nutricional puede ayudar a corregir la malnutrición hospitalaria y problemas asociados de morbilidad, así como mejorar la estancia hospitalaria de nuestros pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Cook IJ, Kahrillas PJ, AGA technical review on management of oropharyngeal dysphagia. *Gastroenterology* 1999;116(2):455-78.
2. Terre-Boliart R, Orient Lopez F, Guevara Espinosa D, Ramón Rona S, Bernabeu Guitart M, Clavé Civit P. Oropharyngeal dysphagia in patients with multiple sclerosis. *Rev Neurol* 2004;39(8):707-10.
3. Clavé P, Verdaguer A, Arreola V. Oral-pharyngeal dysphagia in the elderly. *Med Clin* 2005;124(19):742-8.
4. García-Peris P, Parón L, Velasco C, de la Cuerda C, Cambor M, Bretón I, et al. Long-term prevalence of oropharyngeal dysphagia in head and neck cancer patients: Impact on quality of life. *Clin Nutr* 2007;26(6):710-7.
5. Logemann JA, Pauloski BR, Rademaker AW, Lazarus CL, Gaziano J, Stachowiak L, et al. Swallowing disorders in the first year after radiation and chemoradiation. *Head Neck* 2008;30(2):148-58.
6. Langdon C, Blacker D. Dysphagia in stroke: a new solution. *Stroke Res Treat* 2010 Jun 30; 2010. pii: 570403.
7. Rofes L, Arreola V, Romea M, Palomera E, Almirall J, Cabré M, et al. Pathophysiology of oropharyngeal dysphagia in the frail elderly. *Neurogastroenterol Motil* 2010;22:851-8, e230.
8. Marik PE, Kaplan D. Aspiration pneumonia and dysphagia in the elderly. *Chest* 2003;124(1):328-36.
9. Cabre M, Serra-Prat M, Palomera E, Almirall J, Pallares R, Clavé P. Prevalence and prognostic implications of dysphagia in elderly patients with pneumonia. *Age Ageing* 2010;39(1):39-45.
10. Clavé P, García P. Guía de diagnóstico y tratamiento nutricional y rehabilitación de la disfagia orofaríngea. Barcelona: Glosa; 2011. p.15-16.
11. Belafsky et al. Validity and reliability of the Eating Assessment Tool (EAT-10). *Annals of Otolaryngology & Laryngology* 2008;117(12):919-24.
12. Kondrup J, Rasmussen HH, Hamberg O, Stanga Z, Ad Hoc ESPEN Working Group. Nutritional risk screening (NRS 2002): a new method based on an analysis of controlled clinical trials. *Clin Nutr* 2003;22:321-36.
13. Velasco C, García E, Rodríguez V, Frías L, Garriga R, Álvarez J et al. Comparison of four nutritional screening tools to detect nutritional risk in hospitalized patients: a multicentre study. *Eur J Clin Nutr* 2011;65:269-74.
14. De Ulíbarri JI, González-Madroño A, GP de Villar N, González P, González B, Mancha A, et al. CONUT: A tool for Controlling Nutritional Status. First validation in a hospital population. *Nutr Hosp* 2005;20:38-45.

CIRCUNFERENCIA DE PANTORRILLA, UN MARCADOR DE DESNUTRICIÓN

E.M. López Lirola ⁽¹⁾, M.D.M. Martínez López ⁽²⁾, P. Chamorro García ⁽³⁾, M.A. Losilla Maldonado ⁽³⁾.

⁽¹⁾ Hospital Cruz Roja. CHT; ⁽²⁾ Farmacia Plaza. C.B.; ⁽³⁾ Hospital Cruz Roja. C.H.T.

INTRODUCCIÓN

La desnutrición hospitalaria. Magnitud del problema.

Sin duda alguna la nutrición tiene un papel importante en el estado de salud de los ancianos, no solo por influir sobre la mortalidad, sino en la prevención de enfermedades e incapacidades frecuentes en este grupo de población. Una buena situación nutricional es fundamental para garantizar una buena calidad de vida a cualquier edad. La malnutrición es una enfermedad mucho más prevalente de lo que se diagnostica, se ha descrito que entre un 3%-5% de ancianos ambulatorios en la población general están desnutridos y estos valores se elevan hasta el 30% de los incapacitados en su domicilio. En cuanto a pacientes institucionalizados las cifras ascienden hasta un 50-80% ^{(1), (2)}.

La desnutrición hospitalaria es un problema universal que actualmente se puede detectar sistemáticamente y, en consecuencia, combatir eficazmente. Sin embargo, a pesar de la creciente sensibilización del colectivo médico hacia este problema, la prevalencia de desnutrición en nuestros hospitales en pacientes de cualquier edad, sigue siendo elevada (30-55%), aumentando a medida que se prolonga la estancia hospitalaria ^{(1), (3)}.

En consecuencia, la valoración del estado nutricional podemos considerarla el primer eslabón del tratamiento nutricional. Su principal objetivo es identificar aquellos pacientes, desnutridos o en riesgo de estarlo, que pueden beneficiarse de soporte y tratamiento nutricional ⁽⁴⁾.

Un estado nutricional deficiente contribuye significativamente a la morbilidad asociada a enfermedades crónicas y empeora el pronóstico en aquellos que sufren patologías agudas ^{(1), (3), (4)}.

Son muchos los factores que se han descrito que influyen en el estado nutricional del anciano como la polifarmacia, la pluripatología añadida, el aislamiento social, la depresión, la disminución del poder adquisitivo, el alcoholismo, patologías y problemas en la cavidad oral, pérdidas de piezas dentarias, disfagia, institucionalización y hospitalización reciente. Un factor de riesgo trascendental es la incapacidad física, que puede ser por sí sola determinante de desnutrición en el anciano, pero además, a su vez puede ser consecuencia de estados nutricionales deficientes ^{(4), (5)}.

Así mismo, la desnutrición en el anciano se ha identificado como Factor de Riesgo para ^{(1), (3), (4), (5)}:

-Neumonía, Absceso, Infección de heridas quirúrgicas, aparición de escaras.

-Mayor riesgo de hospitalización e institucionalización.

-Mayor número de días de estancia hospitalaria y mayor número de complicaciones.

-Por último la desnutrición es un factor de riesgo de muerte.

Se citan cifras de desnutrición según antropometría del 2,8%, que se elevan hasta al 70% cuando la desnutrición se determina además teniendo en cuenta algún o algunos marcadores bioquímicos como la albúmina, transferrina o linfocitos ⁽⁶⁾.

Un paciente hospitalizado está en riesgo desde el punto de vista nutricional; la propia dinámica hospitalaria así lo determina: pacientes en dieta absoluta, ayuno por pruebas diagnósticas, sueroterapia durante largos periodos, etc.^{(7), (8)}. Según resultados publicados por Agradí, un 75% de enfermos hospitalizados cuyos valores de albúmina, linfocitos o hematocrito eran normales, presentaron durante su ingreso en el hospital disminución en alguno de dichos marcadores, indicativo de malnutrición hospitalaria ^{(9), (10)}.

Los pacientes malnutridos son sujetos susceptibles de prolongar su estancia hospitalaria ⁽¹¹⁾, menor resistencia frente a infecciones, al asociarse la hipoproteïnemia al incremento de la incidencia de infecciones postoperatorias ^{(12), (13)}, retraso en la cicatrización de heridas, signos todos ellos que se ven agravados en el anciano, que puede por estos motivos desarrollar el denominado "síndrome de encamamiento", con la consecuente incapacidad derivada, cerrándose el círculo, ya que esta a su vez puede aumentar el grado de desnutrición, aumentar las complicaciones de todo tipo y ser causa no sólo de estancias hospitalarias prolongadas, sino además de aumento en la necesidad de recursos socio-sanitarios e incluso originar la muerte del paciente. Todo ello origina por tanto, un aumento de la morbi-mortalidad y de los costes sanitarios y sociales ^{(14), (15)}.

Resulta paradójico que en una sociedad en constante desarrollo y expansión científica, las tasas de malnutrición sigan siendo tan elevadas, pudiendo paliarse o evitarse con algo tan sencillo como es un diagnóstico precoz y un

adecuado soporte nutricional. Es por tanto trascendental que todos los profesionales de la salud se conciencien y motiven en cuanto a esta problemática con tanta prevalencia y de consecuencias tan fatales.

Evaluación nutricional.

Existen diferentes parámetros destinados a la valoración del estado nutricional y pueden ser de utilidad para valorar el estado nutricional previo al ingreso de los pacientes. No obstante, su aplicación en los pacientes críticos es problemática, debido a que la interpretación de los resultados se encuentra interferida por los cambios originados por la enfermedad aguda y por las medidas de tratamiento. Esto es particularmente cierto en lo que se refiere a las variables antropométricas, que se encuentran muy afectadas por las alteraciones en la distribución hídrica de los pacientes críticos ^{(4), (16)}.

En el caso específico de las personas mayores se dispone de numerosas herramientas validadas para llegar a un diagnóstico correcto del estado nutricional de los pacientes ⁽¹⁷⁾. Entre las mismas es de destacar:

-Mini Nutritional Assessment. Es una herramienta ampliamente validada para personas mayores de 65 años ⁽¹⁸⁾. Se trata de un cuestionario que engloba datos antropométricos, valoración objetiva y subjetiva.

Su aplicación permite detectar de manera rápida y sencilla a los ancianos en riesgo de desnutrición y desnutridos. El MNA tiene 18 ítems y está dividido en 2 partes:

- La primera parte, denominada cribado, de 6 ítems, con los que se determina si la persona está bien nutrida (puntuación igual o mayor de 12), en cuyo caso no hay que continuar con el cuestionario, o en riesgo de desnutrición (puntuación inferior a 12), en cuyo caso se continúa con la evaluación.

- La segunda parte consiste en la evaluación global del estado nutricional.

El test permite concluir si los ancianos poseen un estado nutricional satisfactorio, se encuentran en riesgo de desnutrición o están desnutridos.

Para su realización se requiere conocer el peso y la talla (actuales y habituales), el peso ideal y el porcentaje de pérdida involuntaria de peso en el tiempo (buen indicador de desnutrición siempre que se tenga en cuenta que la pérdida o ganancia de peso puede estar enmascarada por la deshidratación o hiperhidratación de los pacientes).

El peso no es siempre fácil de obtener, sobre todo en ancianos encamados, para lo que será necesario recurrir a sillones báscula o pesos de cama. Existen fórmulas que estiman el peso a partir de otras medidas antropométricas pero, por su complejidad, casi no se utilizan en la práctica habitual. Además requieren más tiempo y esfuerzo, lo que dificulta su realización sistemática en el hospital.

También se encuentran dificultades para obtener la talla cuando existe movilidad limitada, deformidades importantes de la columna vertebral, o pacientes con total inmovilidad. También hay fórmulas para calcularla a través de otras medidas antropométricas (altura de la rodilla).

El MNA incluye en uno de sus ítems la medición de la circunferencia de la pantorrilla (CP), estableciendo como punto de corte para estar desnutrido en 31 cm.

Circunferencia de pantorrilla

Se ha demostrado que la CP en ancianos es una medida más sensible a la pérdida de tejido muscular que la del brazo, especialmente cuando hay disminución de la actividad física ^{(19), (20)}.

Se ha puesto de manifiesto la importancia de utilizar otros perímetros además del brazo, como indicadores de reservas proteicas, por considerar tanto los cambios en su composición por el desplazamiento de la grasa subcutánea con la edad, como por su asociación con los niveles funcionales del individuo. Es así como, la Organización Mundial de la Salud recomienda la utilización de la CP como una medida para valorar el estado nutricional en el anciano, utilizada conjuntamente con la circunferencia de brazo, en virtud de que se mantiene más o menos estable en la edad avanzada y es un indicador indirecto y confiable de los niveles de masa muscular por el bajo contenido grasoso ⁽¹⁹⁾.

-Filtro de CONUT

El sistema de Control Nutricional desarrollado por el Hospital Universitario de la Princesa de Madrid (CONUT-CONTROL NUTricional) es una herramienta que determina la situación nutricional considerando los valores de albúmina, colesterol y linfocitos totales. Clasifica el estado nutricional del paciente como normal o con desnutrición leve, moderada o grave.

Es válida como método de cribado para la detección precoz de la desnutrición hospitalaria, efectuando incluso una primera evaluación muy orientativa del estado nutricional de la población hospitalizada. La información está basada en parámetros objetivos ya disponibles porque son recogidos de forma rutinaria en el hospital para otros fines, y por tanto sin necesidad de intervenir inicialmente sobre el paciente ⁽²¹⁾.

Los estándares de práctica clínica elaborados en 2006 por la *American Society of Parenteral and Enteral Nutrition* (ASPEN), respecto al cuidado nutricional de los pacientes institucionalizados en residencias de larga estancia, recomiendan una primera valoración del estado nutricional de todos los pacientes en los primeros 3 días del ingreso.

Los cambios en la composición corporal asociados a la edad, incluidas las etapas más avanzadas, son distintos en varones y mujeres, lo que se refleja directamente en las medidas antropométricas. Al utilizar las medidas antropométricas para la evaluación nutricional en el anciano podemos encontrar dificultades en su obtención, como ya hemos reseñado con anterioridad, tanto por problemas directamente relacionados con las distintas situaciones de enfermedad que puedan interferir con estas determinaciones, como por ejemplo el aumento de peso en presencia de edemas o ascitis, como por circunstancias físicas o psíquicas, que puedan originar dificultad para obtener el peso o determinar la talla. Así, aunque a nivel teórico, las medidas directas más empleadas para detectar situaciones de desnutrición este grupo de población son peso, talla, perímetros corporales y algún pliegue cutáneo ^{(22), (23), (24), (25), (26)}, se ha visto como dentro de estas, la CP, indicador del tejido muscular y graso, parece tener un papel más valioso en la determinación de la composición corporal en personas mayores ^{(27), (28)}. Además es bastante fácil de obtener, no precisa específica colaboración por parte del paciente ni de especial entrenamiento por parte del profesional que realice la medición. La CP es el perímetro de la sección más ancha de la distancia entre tobillo y rodilla (zona de los gemelos) y muestra una buena correlación con la masa libre de grasa y la fuerza muscular ^{(27), (29), (30)}. El punto de corte establecido para determinar la existencia de desnutrición es de 31 cm. y además viene a coincidir con el establecido en el MNA ⁽³¹⁾.

OBJETIVOS

Por todo lo expuesto, nos planteamos la realización de un estudio para determinar la prevalencia de desnutrición de los pacientes que ingresan en nuestra Unidad, y dado la elevada pluripatología e incapacidad que suelen presentar, determinar si podría ser útil como dato exploratorio de rutina al ingreso la medición de la CP, si no como método de cribado, si como un dato que alerte del riesgo o estado de desnutrición.

Así los objetivos finales del estudio son:

- Determinar la prevalencia de desnutrición al ingreso en una Unidad de Geriátrica.
- Relacionar la incapacidad psico-física con los parámetros bioquímicos nutricionales (albúmina, transferrina y colesterol) y con el valor antropométrico circunferencia de pantorrilla (CP).
- Correlacionar la CP con parámetros bioquímicos nutricionales.
- Determinar si la CP podría ser un método rápido y fácil de alertar sobre desnutrición

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio de corte transversal con reclutamiento prospectivo, sobre una muestra que incluye a todos los pacientes, que ingresaron en la Unidad de Geriátrica del Hospital Cruz Roja, Complejo Hospitalario Torrecárdenas, desde 1 de mayo al 30 de junio de 2013. Se excluyeron del estudio 20 pacientes por encontrarse al ingreso en situación de extrema terminalidad y un paciente biamputado al que no se podía recoger la variable antropométrica. La muestra final fue de 88 pacientes.

VARIABLES DE ESTUDIO:

Datos de filiación, demográficos y clínicos: edad, sexo, diagnóstico, presencia de pluripatología, grados de incapacidad física y psíquica (según escala de Cruz Roja), tipo de dieta, presencia de trastornos de deglución, circunferencia de la pantorrilla (CP). A todos los pacientes se les solicitaron los valores bioquímicos en sangre: Albúmina, transferrina y colesterol.

METODOLOGIA:

Para cada uno de los pacientes se rellena una ficha para la recogida de los datos y variables a estudiar.

La medición de la CP se llevó a cabo con cinta métrica inextensible, realizando la lectura en el lugar en que la cinta se yuxtapone sobre sí misma.

Se utilizó como punto de corte la medida de < 31

El análisis estadístico fue realizado con el programa SPSS, versión 17.0

La estadística descriptiva incluyó las medias, medianas, desviaciones estándar y proporciones para caracterizar a la población objeto de estudio.

Consideramos como parámetros bioquímicos compatibles con desnutrición el tener valores de albúmina inferiores a 3,5g/dl, colesterolemia inferior a 180 mg/dl y transferrinemia inferior a 200 mg/dl.

Como parámetro antropométrico de desnutrición se consideró la circunferencia de la pantorrilla < 31 cm.

Con los datos bioquímicos se procedió a la valoración del estado nutricional según criterios y puntuaciones establecidas en la siguiente tabla:

| PARAMETRO | SIN DESNUTRICION | LEVE | MODERADO | GRAVE |
|--------------|------------------|-------------|-------------|-----------|
| ALBUMINA | >3,5 (0) | 3-3,4 (1) | 2,5-2,9 (2) | <2,5 (3) |
| TRANSFERRINA | >200 (0) | 200-150 (1) | 149-100 (2) | < 100 (3) |
| COLESTEROL | >180 (0) | 140-180 (1) | 100-139 (2) | < 100 (3) |

0= NORMONUTRIDO

1= DESNUTRICION LEVE

2= DESNUTRICION MODERADA

3= DESNUTRICION GRAVE

Se realizó análisis de correlación para la variable desnutrición medida por CP con el resto de las variables estudiadas.

Se correlacionó además la desnutrición medida por CP con la desnutrición medida por albúmina, transferrina y colesterol de forma independiente y así mismo con los diferentes grados de desnutrición agrupados según criterios de valores y puntuaciones (sin desnutrición, desnutrición leve, moderada o severa), mediante Chi cuadrado Pearson, índice de concordancia Kappa y la prueba de contraste de Kruskal Wallis.

RESULTADOS

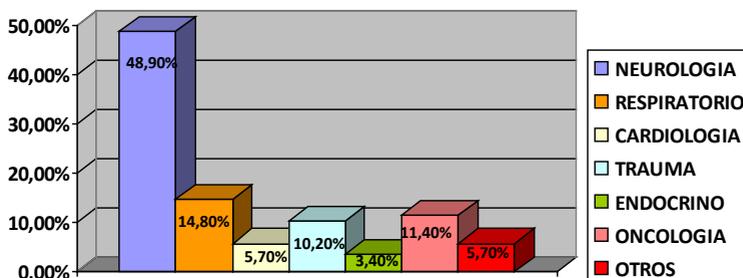
La media de CP fue de 29,32 cm, y la mediana 29 cm. Rango 20-40 cm.

Según la medición antropométrica CP, nos encontramos que un 65,9% de los pacientes tenían valores inferiores a 31 cm.

La media de edad fue de 77,51 años, con desviación típica de 13,06 años. Situándose la mediana de edad en 80 años. No se encontró relación entre CP y edad.

Un 61,4% de la muestra fueron hombres frente a un 36,6% de mujeres. No encontramos significación entre la CP con el sexo.

En cuanto a los grupos diagnósticos más frecuentes nos encontramos en primer lugar, las patologías neurológicas que suponen el 48,9%, seguidas a gran distancia de las patologías respiratorias, oncológicas y traumatológicas.



Distribución grupos diagnósticos

Un 52,3% eran pacientes pluripatológicos. No se encontró asociación entre las distintas patologías ni la pluripatología añadida con la CP.

Un 67% de los pacientes tenían algún trastorno de la deglución. Un 25% tomaba una dieta normal, un 48,9% una dieta triturada y un 26,1% eran alimentados por sonda. Encontramos una significativa correlación entre trastornos de deglución y tipo de dieta, con la CP (Chi-cuadrado de Pearson 0,003).

En cuanto a la incapacidad física, el 54,5% presentaban una incapacidad física total y sólo un 3,4% no tenían ningún tipo de incapacidad. Al analizar la variable incapacidad psíquica obtuvimos también el mayor

porcentaje en el grupo de incapacidad total (34,1%), aunque en este caso los grados de incapacidad estaban algo más repartidos, así sin incapacidad o con grado I había un 27,3% y con incapacidad grado III y IV un 29,6%.

Encontramos significación estadística al correlacionar (Kruskal-Wallis) las incapacidades con CP (con una $p=0,019$ para la incapacidad física y de $0,026$ en el caso de la psíquica).

Encontramos una media de albúmina de $3,30$ g/dl y una mediana de $3,14$. El valor más bajo fue de $1,94$ y el mayor de $4,39$.

Tenían valores de Albúmina inferiores a $3,5$ g/dl el $63,6\%$ de la muestra.

Al correlacionar la CP con la albúmina, encontramos significación estadística (Kappa $0,8$). Así mismo al correlacionar mediante pruebas no paramétricas la variable albúmina con los grados de incapacidad física, encontramos correlación significativa ($p=0,028$), sin embargo no encontramos correlación entre la albúmina y la incapacidad psíquica.

La media de Transferrina se situó en $185,38$ y la mediana en $175,9$. El valor inferior obtenido fue de $95,8$ y el superior de 299 .

Según los valores séricos de transferrina, obtuvimos un porcentaje bastante menor de pacientes desnutridos, es decir sólo un $37,5\%$ tuvieron valores de transferrinemia inferiores a 200 . No se obtuvo correlación entre CP y transferrina.

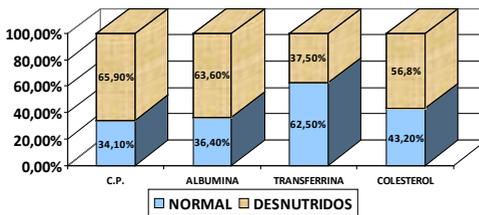
Se encontró asociación significativa entre la transferrina y la incapacidad física y psíquica ($p=0,038$ y $0,007$ respectivamente).

En cuanto al colesterol obtuvimos una media de $170,28$ mg/dl, una mediana de 178 , el valor más bajo fue de 80 y el máximo de 272 .

Según los valores de colesterol en sangre se consideraron desnutridos, es decir con valores inferiores a 180 , un $56,8\%$ de los pacientes.

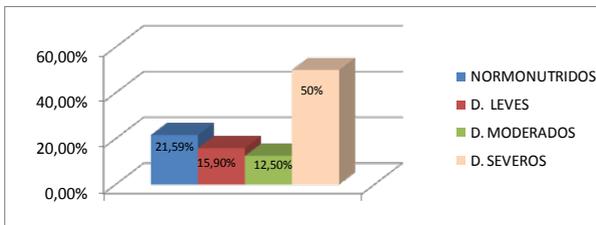
Las pruebas de contraste de Kruskal-Wallis no revelaron asociación estadística entre la incapacidad física y el colesterol. No encontramos relación estadística entre la desnutrición medida por la CP con la medida por la variable Colesterol.

En el siguiente gráfico podemos observar, a modo de resumen, las prevalencias de desnutrición según cada uno de los parámetros utilizados.



Desnutrición según diferentes parámetros

Al clasificar a los pacientes según tabla estándar de criterios bioquímicos, en normonutridos, desnutrición leve, moderada o grave encontramos $78,40\%$, de pacientes en rango de desnutrición, bastante superior al medido sólo por la CP.



Porcentajes desnutrición según severidad.

Al correlacionar los distintos grupos con la CP, encontramos significación estadística con un índice de concordancia kappa de 0,639.

DISCUSIÓN

Como ya era esperado, en nuestro estudio hemos encontrado una elevada prevalencia de desnutrición con respecto a la población anciana en el medio domiciliario, tanto medida sólo por el parámetro antropométrico como por los parámetros bioquímicos o la suma de ambos. Estos datos, aunque algo superiores, vienen a coincidir con los resultados obtenidos en otros estudios ^{(24),(25)}. Nos llama la atención el no haber encontrado relación estadística alguna entre la edad de los sujetos y la desnutrición, este dato contrasta con otros estudios ^{(24),(31)} en los que encontraron tasas de albúmina, proteínas totales y transferrina significativamente menores conforme avanza la edad de los sujetos. Contrasta también en nuestro estudio con referencia a otros, las diferentes prevalencias de desnutrición al clasificarlas en leve, moderadas o severas ⁽³³⁾, así nosotros obtuvimos el mayor porcentaje, un 50%, en el grupo de desnutrición severa. Este hecho no lo podemos explicar por la edad de la muestra, ni por los distintos grupos diagnósticos, con los que tampoco se encontró relación, ni con la presencia de pluripatología añadida. Sin embargo sí encontramos una importante asociación entre todos los parámetros de desnutrición y la incapacidad tanto física como psíquica. Es de destacar que en nuestro estudio la mayoría de los pacientes se encontraban en los grupos de incapacidad psico-física total. Este hecho no lo interpretamos como un sesgo, sino todo lo contrario, viene a reflejar claramente el tipo de pacientes que mayoritariamente ingresan en nuestra Unidad. Aunque no encontramos significación entre los grupos diagnósticos con la desnutrición, creemos interesante reseñar como el 48,9% de los pacientes tenían patología neurológica y que estas son precisamente las que producen mayor incapacidad, que como hemos visto si se asocia significativamente con la desnutrición ^{(19),(20)}.

Nos ha resultado llamativo como, en nuestro estudio, la desnutrición no se ve influida por los grupos diagnósticos, sobre todo teniendo en cuenta el grupo de pacientes oncológicos en los que cabría esperar un mayor grado de desnutrición. Si bien la variable que más ha condicionado la desnutrición no ha sido la enfermedad en sí sino la incapacidad añadida a la misma.

Hemos visto, como era esperado, como se asocia de una forma significativa el tener algún trastorno de la deglución al ingreso y el seguir una dieta triturada, con todos los parámetros de desnutrición por lo que debemos estar atentos en este tipo de alteraciones e iniciar una intervención nutricional precoz.

Está suficientemente estudiado que ningún índice o parámetro de estudio del estado nutricional es aceptado como método en sí mismo, sino que la utilización o combinación de varios indicadores son más eficaces. Por otra parte, no existe uniformidad de criterios respecto a qué parámetros son los más útiles para valorar el estado nutricional de un paciente determinado ⁽⁴⁾.

Estudios realizados con pacientes hospitalizados por patologías médicas, muestran diferentes resultados en cuanto a la malnutrición según los parámetros de valoración utilizados, estos resultados coinciden con los obtenidos en nuestro estudio, en los que también hemos obtenido diferentes porcentajes de pacientes desnutridos dependiendo el criterio empleado. Así mismo coincide en cuanto a que la mayor prevalencia de desnutrición se obtiene al utilizar como criterios varios parámetros de forma conjunta y clasificando a los pacientes desnutridos en distintos grados: desnutrición leve, moderada y severa ⁽¹⁾.

La valoración nutricional al ingreso debe realizarse siguiendo protocolos estandarizados, sencillos y rápidos, que permitan realizar una primera fase de detección de los pacientes en riesgo para su posterior valoración nutricional completa y especializada ⁽³²⁾. Así al encontrar en nuestro estudio, una significativa correlación entre la medición de la CP con el parámetro bioquímico albúmina y con la desnutrición medida por parámetros agrupados, creemos adecuado para nuestra Unidad, el introducir dentro de la exploración básica al ingreso la medición de la CP, como indicador inicial de desnutrición, que nos haga estar alertas y favorezca una intervención nutricional reglada desde el momento del ingreso hospitalario.

CONCLUSIONES

-La prevalencia de desnutrición es distinta según el método empleado. Por CP fue del 65,9%, por la albúmina del 63,6%, por transferrina un 37,5% y por colesterol un 56,8%. Al determinar la desnutrición por todos los parámetros bioquímicos agrupados el porcentaje de desnutrición ascendió al 78,40%.

- Existe relación significativa entre la incapacidad física y CP, albúmina y resto de parámetros bioquímicos.

- Se encuentra correlación entre la CP con la albúmina.

- La CP, aunque no es en sí un método de cribado, puede ser útil para detectar de forma ágil y sencilla la desnutrición en el anciano.

BIBLIOGRAFÍA

- (1). Naber TH, Schemer T, De Bree A et al.: Prevalence of malnutrition in nonsurgical hospitalized patients and its association with disease complications. *Am J Clin Nutr* 1997; 66 (5): 1232-1239.
- (2). "Food and nutritional care in hospitals: How to prevent undermalnutrition". Ad hoc Group. Nutrition programmes in Hospitals. Committee of experts on nutrition, food safety and consumer health. 6th Meeting. Paris 6-7 feb 2002. Report and recommendations. Draft final edition (revised). P-SG (2002) 2REV.
- (3). Sánchez López M, Moreno-Torres Herrera R, Pérez de la Cruz A. J, Orduña Espinosa R, Medina T, López Martínez C. Prevalencia de desnutrición en pacientes ingresados en un hospital de rehabilitación y traumatología. *Nutr. Hosp.* (2005) 20 (2) 121-130
- (4). Planas Vilá M, Montejo JC: Metodología aplicada en la valoración del estado nutricional. Libro blanco de la desnutrición clínica en España. Ed. Medicina, 2004.
- (5). Cruz Macías MC, Guerrero Díaz MT, Prado Esteban F, Hernández Jiménez MV, Muñoz Pascual A. Malnutrición. En *Tratado de Geriatria para Residentes*. Madrid. Sociedad Española de Geriatria y Gerontología. 2006. 227-234.
- (6). Desnutrición en pacientes hospitalizados: prevalencia, incidencia de factores de riesgo y costes. Informe anual. Servicio Andaluz de Salud, 2001.
- (7). Gassull M, Cabré E, Vilar L y Montserrat A: Nivel de ingesta alimentaria y su posible papel en el desarrollo de malnutrición calórico-proteica en pacientes gastroenterológicos hospitalizados. *Med Clin (Barc)*, 1985, 85:85-87.
- (8). Butterworth CE: Malnutrition in the hospital. *JAMA* 1974: 230-858.
- (9). Agradi E, Messina V, Campanella G y cols. Hospital Malnutrition: incidence and prospective evaluation of general medical patients during hospitalization. *Acta Vitaminol Enzymol* 1984, 6:235-242.
- (10). Roldán JP, Pérez I, Irlas JA, Matín R: Malnutrición en pacientes hospitalizado: estudio prospectivo y aleatorio. *Nutr Hosp* 1995, X(4):192-198.
- (11). Gram A, De Hoog S: Nutritional assessment and support. 3rd Seattle 1985:171-2.
- (12). Sandrick YH: Findieg and feeding the malnourished. *Qual Rev Bull* 1980, 6:13-16.
- (13). De Hoog S: Nutrition screening and assement in a university hospital. En: *Nutritional screening and assement as Componentsof Hospital Admission*. Report of the Eighth Ross Roundtable on medical issues. Columbus OH: Ross Laboratories,1998:2-8.
- (14). Kestetter JE, Holmoset BA, Fitz PA: Malnutrition in the institutionalized adulte. *JAMA*. Duet Assoc. 1992, 92(9):1109-1116.
- (15). Chamorro Quirós J: Malnutrición hospitalaria. Valoración del estado nutricional. *Nutrición Clínica* 1998, 18:56-9.
- (16). Acosta Escribano J, Gómez-Tello V, Ruiz Santana S. Valoración del estado nutricional en el paciente grave. (*Nutr Hosp* 2005, 20:5-8)
- (17). Abajo del Álamo C, García Rodicio S. Valoración del estado nutricional en centros residenciales para personas mayores. *JANO 20 DE NOVIEMBRE DE 2009*. N.º 1.753
- (18). Vellas B, Garry Ph J, Guigoz Y. Mini Nutritional Assessment (MNA). Research and practice in the Elderly. Nestlé Nutrition-Workshop Series. Basel: Karger; 1999.
- (19). Herrera H. Evaluación del estado nutricional en un colectivo de ancianos venezolanos institucionalizados. Estudio Bioantropológico. [Tesis doctoral] Bilbao: Universidad del País Vasco; 2003.
- (20). Bayona, Becerra, Gómez Y Ramírez, D. Medición de la circunferencia de la pantorrilla como parámetro de valoración del estado nutricional de adultos mayores hospitalizados en la Clínica Misael Pastrana. Bogotá, Colombia. Mayo-Julio. Universidad Nacional de Colombia. 2004 .
- (21). Ulibarri Pérez JI, González-Madroño Giménez A, González Pérez P, Fernández G, Rodríguez Salvané F, Mancha Álvarez-Estrada A y Díaz A. Nuevo procedimiento para la detección precoz y control de la desnutrición Hospitalaria. *Nutr Hosp* 2002, 17:179-188
- (22). Villamayor Blanco L, Llimera Rausell G, Jorge Vidal V y cols. Nutritional assessment at the time of hospital-admission: study initiation among different methodologies. *Nutr Hosp* 2006; 21(2):163-72.
- (23). Ulibarri Pérez JI, Picón César MJ, García Benavent E, Mancha Álvarez-Estrada A. Early detection and

- control of undernourishment in hospitals. *Nutr Hosp* 2002; 17(3):139-46.
- (24). Mias C, Jurschik P, Massoni T y cols. Assessment of the nutritional status of elderly patients treated at a home-hospital unit. *Nutr Hosp* 2003; 18(1):6-14.
- (25). Gómez Ramos MJ, González Valverde FM, Sánchez Álvarez C. Nutritional status of an hospitalised aged population. *Nutr Hosp* 2005; 20(4):286-92.
- (26). Villalobos Gámez JL, García-Almeida JM, Guzmán de Damas JM y cols. INFORNUT process: validation of the filter phase-FILNUT—and comparison with other methods for the detection of early hospital hyponutrition. *Nutr Hosp* 2006; 21(4):491-504.
- (27). Rolland Y, Lauwers-Cances V, Cournot M y cols. Sarcopenia, calf circumference, and physical function of elderly women: a cross-sectional study. *J Am Geriatr Soc* 2003; 51(8):1120-4.
- (28). Bauer JM, Volkert D, Wirth R y cols. Diagnosing malnutrition in the elderly. *Dtsch Med Wochenschr* 2006; 131(5):223-7.
- (29). Barbosa JA, Rodríguez NG, Hernández YM, Hernández RA, Herrera HA. Muscle mass, muscle strength, and other functionality components in institutionalized older adults from Gran Caracas-Venezuela. *Nutr Hosp* 2007; 22(5):578-83.
- (30). Bonnefoy M, Jauffret M, Kostka T, Jusot JF. Usefulness of calf circumference measurement in assessing the nutritional state of hospitalized elderly people. *Gerontology* 2002; 48(3):162-9.
- (31). Cuervo M, Ansorena D, García A, González Martínez M. A, Astiasarán I, Martínez J. A. Valoración de la circunferencia de la pantorrilla como indicador de riesgo de desnutrición en personas mayores. *Nutr Hosp*. 2009;24(1):63-67
- (32). García Peris P, Serra Rexach JA. Valoración del estado nutricional y valoración geriátrica integral. En: manual de recomendaciones nutricionales en pacientes geriátricos. Ed. Gómez Candela C y Reus Fernández JM. Ed. Médicos SA. 2004:43-56

4. Patología Vascular

DETERIORO COGNITIVO VASCULAR

A. Peinado Cano ⁽¹⁾, M. Ricart Asensi ⁽²⁾, A.M. Rivera Moya ⁽¹⁾, A. Fernández Leyva ⁽¹⁾, M.V. Rabell Iñigo ⁽¹⁾, L. Sebastian Chapman ⁽³⁾.

⁽¹⁾ C.S Plaza De Toros; ⁽²⁾ Anestesiología y Reanimación- Complejo Hospitalario Torrecárdenas; ⁽³⁾ Oftalmología- Complejo Hospitalario Torrecárdenas.

OBJETIVO

Descripción de un caso clínico, antecedentes y evolución; seguido en Atención Primaria y Especializada. Prevención secundaria con fisioterapia domiciliaria.

Descripción del caso

➤ Antecedentes.

Varón de 76 años exfumador, HTA, DMII, HBP, Depresión, Cardiopatía Isquémica e Ictus con puntuación de 95 en índice de Barthel y no detectando la existencia o grado de deterioro cognitivo en el cuestionario de Pfeifer.(1)(2).

➤ Evolución.

Hace un año y medio presentó de forma insidiosa afectación del estado general,astenia, depresión y debilidad de cintura escapular y pélvica con dolor en cuello, que se exacerbaba con los movimientos y se acompañaba de una notable rigidez, especialmente matutina y de varios meses.

Fue derivado desde Atención Primaria a Medicina Interna quien estudio los Criterios de Birds:

- Dolor y/o rigidez de hombros.
- Configuración completa del cuadro clínico en un tiempo igual o inferior a dos semanas.
- VSG superior a 40 mm/h.
- Rigidez matutina de más de una hora de evolución.
- Depresión o pérdida de peso.
- Dolor a palpación de musculatura proximal de los brazos.

Siendo necesario ante un cuadro sugestivo de Polimialgia Reumática la presencia de al menos tres criterios(3).

Basándose en esta clasificación se llegó al diagnóstico de sospecha de Polimialgia Reumática ya que el paciente presentaba una VSG de 16 mm/h (siendo muy característico de esta patología su aumento en 100mm en la primera hora), normalidad en la concentración plasmática de PCR, no bloqueo medular o aumento de enzimas hepáticas, frecuentes en Polimialgia Reumática.

Debido a que el sustrato morfológico es una sinovitis y una bursitis que afectan principalmente a las articulaciones principales se realizó ecografía que no diferenció la patología en sospecha de otros procesos que pueden cursar con dolor y rigidez de la cintura escapular y/o pélvica. No fue necesario realizar biopsia de la arteria temporal por que no se sospecho de Arteritis de Grandes Vasos. El paciente presentó pruebas radiográficas de tórax, y columna lumbar dentro de la normalidad junto con ecografía abdominal normal.

Se admitió la sospecha de diagnóstico clínico ya que se sospechaba fuertemente la enfermedad y presentaba tres de los criterios de Bird, en ese momento se excluyeron otros procesos que se pueden presentar con sintomatología parecida: PAN, Polimiositis y Fibromialgia(3).

El tratamiento de elección lo constituyó Prednisona a dosis de 50 mg que produjo una remisión rápida del cuadro pero incompleta, ya que tras seis meses de tratamiento mejoró de su debilidad proximal pero sigue manifestando algias proximales días esporádicos, y empeoró en de su capacidad para llevar a cabo las ABVD, presentando en este momento un índice de Barthel de 10, una dependencia total.

Los glucocorticoides han demostrado su eficacia en la prevención de complicaciones isquémicas y a partir de las cuatro semanas de tratamiento, cuando se obtiene una remisión clínica se inicia una reducción de dosis a razón de unos 10 mg por semana y a los tres o cuatro meses se pauta una dosis de mantenimiento de 10mg/día aproximadamente, como veremos más tarde en el caso que nos compete la dosis de mantenimiento es de 5mg/día y con aporte de 1000mg7día de calcio, 800UI/día de vitamina D y bifosfonatos en prevención de

la aparición de osteoporosis.(3).

En el curso de la Polimialgia Reumática son frecuentes las recidivas, por este motivo nuestro paciente sigue siendo valorado clínicamente y con controles analíticos. Durante las reagudizaciones la probabilidad de complicaciones isquémicas es baja y las recidivas se controlan con ligeras modificaciones en la dosis de Prednisona. Tras dos o tres años la mitad de los pacientes pueden abandonar el tratamiento y la otra mitad sólo requiere dosis bajas de glucocorticoides(3).

Al mes de la mejoría con el tratamiento sintomático de la Polimialgia Reumática presentó cuadros de cefalea de corta evolución , de predominio matutino y que empeoraba con los esfuerzos, incontinencia urinaria y somnolencia, no diplopia y fondo de ojo sin edema de papila.

Fue derivado desde Atención Primaria a Servicio de Neurología para valoración y realización de técnica de imagen (RMN) ,que no informó como proceso ocupante de espacio, aunque tampoco fue normal ya que aparecieron infartos crónicos occipitales y protuberanciales con isquemia crónica de pequeño vaso y leucoencefalopatía vascular.

No obstante se planteó la posibilidad de un cuadro de Hipertensión Intracraneal Benigna causada por la toma de corticoides. Téngase presente que aunque dicha entidad de patogenia desconocida y que suele afectar fundamentalmente a mujeres obesas de 30 años y cursa con hipertensión intracraneal sin focalidad neurológica que permanece durante meses y tiene carácter recidivante presentando un pronóstico benigno se ha relacionado con Hipoparatiroidismo, hiper/hipofunción suprarrenal, uso de ácido nalidixico, nitrofurantoina, tetraciclina y corticoides. Siendo el tratamiento de elección la acetazolamida y la evacuación de LCR. (3)(4).

Recapitulando hasta el momento nos encontramos con un paciente con clínica sugestiva y límite de Polimialgia Reumática en tratamiento con glucocorticoides que presentaba dos criterios para el Síndrome de Hipertensión Intracraneal:

- Composición de LCR normal y clínica de Hipertensión Intracraneal aislada y por añadidura una exploración neurológica normal, en tratamiento corticoideo y fascie cushingoides sin filiar.
- En contraposición una técnica de imagen alterada pero sin mostrar lesiones ocupantes de espacio pero si infartos crónicos occipitales y protuberanciales con isquemia crónica de pequeño vaso y leucoencefalopatía vascular cerebral crónica, diagnosticado por el Servicio de Neurología de Deterioro Cognitivo Vascular. Presentando pares craneales normales, fuerza conservada, no claudicación en brazos a la extensión, tono muscular normal, ROT vivos y simétricos, no disimetría, Romberg estable, marcha a pasos pequeños sin brazeo, algo inestable y con con aumento de la base de sustentación, cara redondeada, edemas con fóvea en miembros inferiores, bien orientado en tiempo y espacio y somnoliento.

Nuestro paciente sufrió un Ictus en 1997 y se ha visto que un aspecto epidemiológico importante en el terreno de Deterioro Cognitivo Vascular hace referencia a que hasta un treinta por ciento de los pacientes con infarto cerebral desarrollan deterioro cognitivo vascular y/o demencia a los tres meses del Ictus.(6).

Considerando la repetición de Ictus o su localización como posibles desencadenantes en algunos casos, aunque muchos otros desarrollan la enfermedad sin debut de hecho clínico que lo explique(5).

La Demencia Vascular es una entidad heterogénea multifactorial y plurietiológica, de ahí que en los últimos años se ha preferido aplicar la denominación en plural de demencias vasculares y se hayan publicado numerosos estudios poblacionales que demuestran una asociación significativa entre Hipertensión Arterial, Diabetes, Fibrilación Auricular, Tabaquismo, Hiperlipidemia, Cardiopatía y Deterioro Cognitivo o Demencia, disponiéndose además de datos aportados por la epidemiología intervencionista según los cuales el control eficaz de la Hipertensión Arterial se traduce en una reducción de hasta un 50% en la incidencia de demencia (7).Se ha investigado también el papel de factores genéticos describiéndose algunas formas de Demencia Vascular hereditaria en relación con con arteriopatías de depósito en los pequeños vasos cerebrales, con el genotipo Apo E y con las mutaciones en el factor V-Leiden. Concluyendo que en general, salvo en las formas hereditarias, no se puede decir que exista un marcador genético para la Demencia Vascular.(8)

Se han redefinido las distintas formas de Demencia Vascular permitiendo conocer el concepto de Deterioro Cognitivo Vascular que permite identificar los estadios iniciales de demencia y aplicar procesos de intervención preventiva y terapéutica. Junto a las lesiones vasculares clásicas (infartos arteriales y lacunares) se están conociendo otros tipos de lesiones vasculares cerebrales como la leucoaraiosis (L-A), lesión multiinfarto, lesión por infarto estratégico. Se ha visto que la patología también está influenciada por las alteraciones de la circulación de LCR, Alzheimer, Demencia Vascular, CADASIL (arteriopatía cerebral autosómica dominante con infartos subcorticales y leucoencefalopatía). o los infartos incompletos, que contribuirían al desarrollo del

deterioro intelectual y permite una mejor correlación clínica, neuropsicológica y radiológica(9).

La clasificación del Deterioro Cognitivo Vascular es compleja pero necesaria para poder reconocer criterios clínicos, etiopatogénicos y poder clasificar a los pacientes en grupos homogéneos para poder alcanzar conclusiones válidas respecto a la etiología, factores de riesgo, medidas preventivas y terapéuticas.(9).

A continuación se proponen dos clasificaciones, una que clasifica el Deterioro Cognitivo Vascular en dos grandes grupos, considerándose una clasificación inicial y otra que lo clasifica según tipos de lesiones vasculares y más reciente.

1. Demencia Vascular Cortical y Subcortical según Del Ser T, Bartolomé I, Bermejo F(10):

A. Deterioro Cognitivo Vascular Cortical:

En el Deterioro Cognitivo Vascular pueden encontrarse distintas combinaciones de trastornos en áreas de lenguaje, praxis, funciones visuoespaciales o visuoestructurales, cálculo y déficit de memoria. Los infartos en el territorio de arteria cerebral posterior y media pueden involucrar estas áreas y dar lugar a trastornos de memoria. Las lesiones parieto-occipitales pueden dar lugar a alucinaciones e ideas delirantes. Los pacientes con este Deterioro Cognitivo Vascular muestran dos o más infartos en zonas corticales de arterias de mediano o gran calibre debido a mecanismo aterotrombótico. Cuadro correspondiente a la Demencia Multi-infarto. Este deterioro cortical también podría estar causado por mecanismos hemodinámicos o hipóxicos y en casos raros por Vasculitis de Células Gigantes. Puede establecerse que la demencia será de inicio agudo, deterioro escalonado y con carácter más fluctuante que en las formas subcorticales(11).

B. Deterioro Cognitivo Vascular Subcortical:

Las características que definen el patrón de deterioro cognitivo son las alteraciones de las funciones ejecutivas, los trastornos de la atención y capacidad de concentración, la pérdida de iniciativa y falta de motivación, los cambios importantes de carácter y personalidad a lo que se suman importantes manifestaciones de trastornos afectivos, apatía o abulia(12). El trastorno de memoria puede ser prominente, pero a diferencia de las formas corticales los déficits de memoria pueden mejorar administrándose pistas para la evocación, se realizan tareas de aprendizaje asistido o se corrigen los déficits atencionales durante la exploración. A todo ello hay que añadir la casi constante asociación de trastornos del control motor como alteración de la marcha, que se hace lenta y a pequeños pasos con riesgo de caída, rigidez paratónica, marcada lentitud de movimientos, temblor, y síndrome pseudobulbar(13), siendo frecuente la urgencia miccional e incontinencia. Los signos focales como hemiparesia, hiperreflexia, Babinski, rigidez, exaltación de reflejos peribucales, liberación de reflejos primitivos son prácticamente una constante en la exploración.

2. Clasificación obtenida del portal de neurología Neurowikia, formado por multitud de profesionales en Neurología y avalado científicamente por la Sociedad Española de Neurología.

A. Deterioro Cognitivo Multi-infarto:

Asociado con el concepto de Encefalopatía Multiinfarto secundaria a infartos que se correlacionan con áreas de suplenia de vasos grandes, generalmente por aterosclerosis de vasos intra o extracraneales y que son producidos por tromboembolismo local o por hipoperfusión distal, o con embolias cerebrales, generalmente de fuente cardiaca.(14)(16). Es más frecuente en el hemisferio dominante y supone en torno al 15 % de las DV, según algunos estudios(17).

B. Deterioro Cognitivo por Infarto Estratégico:

Producido por un único y pequeño infarto cerebral, pero situado en un área de gran funcionalidad cognitiva (Tatemichi 1995). Aunque existe una relación directa entre el deterioro vascular y el número de infartos localizados en la sustancia blanca periventricular anterior y los ganglios basales debido a la interrupción de los circuitos fronto-subcorticales cognitivos y ejecutivos.(14)(16).

C. Patología de pequeño vaso:

- Deterioro Cognitivo Subcortical Senil:

Se asocia a la afectación de sustancia blanca y va a depender del grado de afectación de la misma medido por la intensidad de la leukoaraiosis (Hachinski 1986) en TAC craneal o hiperintensidades en sustancia blanca en RM craneal. El Deterioro Cognitivo suele ser de perfil frontosubcortical con disfunción ejecutiva, marcha ataxo-

apraxia, Depresión y Síndrome Pseudobulbar (disartria, disfagia, labilidad emocional e incontinencia urinaria ocasional más apraxia de la marcha). La Enfermedad Vascular Isquémica Subcortical definida mediante neuroradiología con RM, donde se objetiva un nivel de educación inferior, Hipertensión y Obesidad. en estos pacientes junto a una disminución del rendimiento en los una disminución de la velocidad psicomotriz y una disminución en la funciones ejecutivas y de la atención, de la fluidez verbal y de la memoria de trabajo(18)(19).

- Lagunas Múltiples:

La Laguna o Infarto Lacunar es una cavidad pequeña en el tejido cerebral que se desarrolla después de que el tejido necrótico de un infarto cerebral se reabsorbe y es atribuido a insuficiencia arterial en la distribución de una rama perforante de una arteria cerebral. Son infartos profundos, pequeños secundarios a la afectación de vasos de 100-400 µm de diámetro (Fisher 1969; Mohr, 1982)(20).

- Enfermedad de Binswanger:

Descrita como una Encefalitis Subcortical Progresiva Crónica que intentaba distinguir de la PGP luética y de la arteriosclerosis con multi-infartos y que, ulteriormente, Caplan (21) revisa y atribuye una serie de características anatómicas (entre las que destacan las áreas de desmielinización focal y difusa de la sustancia blanca subcortical con respeto de las fibras U) y características clínicas como la aparición entre los 55-75 años y la aparición de una lenta progresión escalonada o gradual con mejorías parciales y eventos ictales lacunares con predominio de un síndrome pseudobulbar y de apatía, abulia con variable afectación de memoria, lenguaje o función visuoespacial, actualmente tiende a considerarse una entidad clínica asociada a lesiones extensas de grado avanzado en sustancia blanca subcortical en la que predominan las características clínicas descritas en el Deterioro Cognitivo Vascular o en la Demencia Vascular (14)(16).

- Angiopatía Amiloide:

Las Angiopatías Cerebrales Amiloides (ACA) constituyen un grupo de procesos caracterizados por el depósito de proteínas amiloidogénicas en las paredes de los vasos sanguíneos cerebrales, se asocia a enfermedad de Alzheimer y a hemorragias lobares, microinfartos o infartos lacunares múltiples o leucoencefalopatía y Deterioro Cognitivo subyacente de tipo vascular o mixto (degenerativo-vascular). Dentro de estas entidades, cabe destacar la arteriopatía cerebral autonómica dominante con infartos subcorticales y leucoencefalopatía (CADASIL) o su forma recesiva (CARASIL), una enfermedad genética asociada al gen Notch 3 que afecta a vasos pequeños cerebrales y que se asocia a degeneración progresiva de las células musculares lisas de los vasos y a la acumulación de depósitos osmiofílicos granulares en la lámina basal vascular. Se asocia a deterioro cognitivo vascular o demencia vascular que comienza en personas de edad media o juvenil (14)(16).

D. Hipoperfusión:

- Isquemia Global:

Consecuencia de un evento hemodinámico que induce una hipoperfusión generalizada aguda o crónica en todos los territorios cerebrales y que puede producir necrosis cortical pseudolaminar, esclerosis hipocámpal o lesiones postisquémicas múltiples, con Deterioro Cognitivo Vascular, Demencia Vascular o Encefalopatía Hipóxicoisquémica como forma de expresión clínica.(14)(15).

- Isquemia Frontera:

Describe una situación donde, debido a la hipoperfusión producida por episodios prolongados de hipotensión en el seno de una arteriosclerosis, se produce isquemia o infarto en las convexidades cerebrales o en los territorios limitrofes de vasos superficiales o profundos (son los Infartos “Watershed “ en zonas parietooccipitales o zonas frontales o en tálamo, hipocampo o sustancia blanca entre dos territorios, por ejemplo, arteria cerebral posterior y arteria cerebral media como territorios limitrofes del territorio carotídeo o vertebrobasilar)(14)(15).

- Infarto Completo:

Describe aquellos infartos en el territorio de una arteria cerebral mayor en su parte menos afectada o más periférica (penumbra), aunque dicho concepto también se ha aplicado a desmielinización y astrocitosis con pérdida axonal variable que se encuentra en sustancia blanca profunda o periventricular (hipoperfusión en territorios distales o vasos penetrantes de sustancia blanca o distales de troncos medios)(14)(15).

E. Deterioro Cognitivo secundario a Hemorragia Cerebral:

Las hemorragias cerebrales primarias son una causa rara de Demencia o Deterioro Cognitivo Vascular, exceptuando las hemorragias cerebrales múltiples o los microsangrados subcorticales que, generalmente, se asocian a Angiopatía Amiloide (14)(15).

Sin embargo otros autores han descrito que los tres hallazgos neuropatológicos clásicamente relacionados con la Demencia Vascular son los infartos corticales, infartos lacunares y la patología vascular

de la sustancia blanca (L-A). Algunos otros han propuesto que es posible que el estado lacunar no produzca necesariamente Demencia y que el Deterioro Cognitivo sea más probable cuando hay leucoencefalopatía y otros simplemente no han encontrado relación entre demencia, localización o gravedad de lesiones.(9).

Las causas y los mecanismos por los que se produce el Deterioro Cognitivo y la Demencia Vascular son tan variados como los de la patología vascular cerebral, pero como es posible que una patología de carácter agudo como un infarto cerebral se pueda convertir en un proceso crónico como son el Deterioro Cognitivo Vascular y la Demencia Vascular. Se han postulado diversas teorías sobre este fenómeno.(22)

- Hipótesis Volumétrica: En la que se ha dado importancia a la cantidad o volumen de tejido lesionado, que estaría en relación con el número de infartos y el tamaño de los mismos como principal determinante de la aparición de alteraciones cognitivas.(33)
- Hipótesis Topográfica: En algunos casos de Demencia Vascular el cuadro cognitivo completo puede achacarse a la presencia de un solo infarto de localización caprichosa, causando lesión irreversible.

Tal vez, como postuló Mesulam, las células corticales o de los núcleos grises subcorticales se conectan mediante fibras que viajan a través de la sustancia blanca, formando complejas redes neuronales y determinando el funcionamiento cerebral. Sabemos que una determinada función cognitiva puede utilizar componente de distintas redes y viceversa y que por lo tanto una lesión en estas redes muestre un déficit de transmisión mostrando una alteración de varias funciones o puede que se necesiten lesiones en distintos lugares para poderse alterar una misma función. Modelo que deja implícitamente claro que tamaño, localización o volumen de las lesiones isquémicas no son despreciables. (24)

Sólo podemos establecer el diagnóstico de Deterioro Cognitivo Vascular o Demencia Vascular cuando mediante la existencia de una prueba de imagen categórica se aprecian la existencia de Enfermedad Vascular Cerebral en un contexto clínico y neuropsicológico valorado mediante escalas, e aquí algunas:

- Escala de Hachinski modificada de Rosen: S y E altas para el diagnóstico de Demencia Vascular pero baja E para diferenciar las formas mixtas.
- Criterios de “State of California Alzheimer Disease Diagnostic And Treatment Centers (ADDTC),
- Criterios NIND-AIREN, contemplan la neuroimagen, tienen S y E relativas y fiabilidad interevaluador moderada y definen la Demencia Vascular Probable con 3 criterios fundamentales: Demencia con afectación de la memoria, otras funciones cognitivas y defectos fundamentales en las ABVD. ECV manifestada tanto por hallazgos exploratorios como por neuroimagen. Relación temporal estrecha entre ECV y demencia, apareciendo en tres meses, de forma escalonada y/o de carácter fluctuante.(25)

El principal objetivo del tratamiento es la prevención primaria, sabiendo que no están completamente definidos los agentes etiológicos nos centramos en controlar los factores de riesgo cardiovasculares reconocidos. La progresión del deterioro de la enfermedad sólo puede estar causada por nuevos infartos, por lo tanto el paciente deberá llevar una vida basada en medidas higiénico dietéticas y recibir tratamiento farmacológico con antihipertensivos, hipolipemiantes, antidiabéticos, antiagregantes y anticoagulantes. Son ya numerosos los estudios que muestran que adecuado control de Hipertensión Arterial reduce la aparición de DCV(26). Aún son escasos los estudios sobre medidas preventivas o terapéuticas sobre la función cognitiva, sin embargo son numerosos los estudios que demuestran la eficacia de algunos fármacos como Co-dergocrina, Nicergolina, Pentoxifilina, Trisulfal y Propentofilina, cuyo mecanismo de acción está relacionado con la inhibición de la reacción inflamatoria de la glia, inductora de isquemia(27).

Es importante recalcar que cuanto actuemos sobre los factores de riesgo y antes proponamos el tratamiento farmacológico al paciente más fácil será evitar el desencadenante de DCV y/o DM. Sabemos que el deterioro es rápido y que depende de que existan lesiones de sustancia blanca extensas o de atrofia o de pérdida de volumen temporal.(14)(28).

Derivación a la enfermera Gestora de Casos.

Para valoración integral y coordinación con la Unidad de Rehabilitación domiciliaria para iniciar precozmente tratamiento fisioterápico y prescripción de ayudas técnicas a la deambulación (andador).

El paciente presentaba una gran limitación funcional y necesidad de tratamiento postural para el mantenimiento de su estado físico y calidad de vida.

A La cónyuge, cuidadora principal, se la instruyó en la provisión de cuidados en domicilio como fueron: vigilancia y cuidados de la piel para evitar úlceras por presión, cuidados para evitar aspiraciones y

atragantamientos, reforzar la colaboración del paciente en sus cuidados, fomentar el manejo correcto del régimen terapéutico puesto que se encuentra polimedicado, anticoagulado y antiagregado.

Tras 2 meses de tratamiento en domicilio, el paciente respondió positivamente. Se encontraba consciente, colaborador, respondía correctamente a las preguntas durante la entrevista; pero la mujer (cuidadora) refiere que tiene “días”. Con una puntuación en el índice de Barthel de 60, su mayor problema estaba relacionado con la deambulación; con marcha inestable, aumento de la base de sustentación, pasos cortos, braceo, sensación de inestabilidad y miedo a caídas. Era autónomo en la comida, sin presentar episodios de disfagia, necesitando ayuda parcial para vestido y baño y con episodios de incontinencia urinaria nocturna. Por este motivo el objetivo de la atención fisioterápica se amplió, puesto que se creía que el paciente es susceptible de incrementar su capacidad funcional.

En el siguiente control domiciliario, al mes siguiente, el paciente presentaba de nuevo un cuadro de deterioro físico y psíquico. Abúlico, desconectado, no respondía a órdenes verbales, no mantenía interacción ocular, con actividad cama-sillón y una puntuación en el índice de Barthel de 15, con dependencia total para las actividades básicas de la vida diaria.

Tras exploración clínica dentro de la normalidad exceptuando una marcha algo inestable y realización de analítica de control normal, se pidió revisión preferente por Neurólogo de referencia, que solicitó nueva RMN en la que no se encontraron nuevos cambios significativos que justifiquen su deterioro actual.

Se procedió a un abordaje conservador, donde se potencian medidas preventivas para evitar complicaciones derivadas del estado de inmovilización(29)(30).

CONCLUSIÓN / RESULTADO

Paciente hipertenso, exfumador, diabético, dislipémico, cardiopata y sufridor de un Ictus hace 16 años diagnosticado de sospecha de Polimialgia Reumática, en tratamiento de mantenimiento con Prednisona y Natecal D, con posible Síndrome de Hipertensión intracraneal Benigna yatrogénico y diagnosticado mediante técnica de imagen de infartos crónicos occipitales y protuberanciales con isquemia crónica de pequeño vaso y leucoencefalopatía vascular que llevó al diagnóstico principal de DCV y que según hemos desarrollado en esta publicación con afectación cortical y subcortical mediante patología de pequeño vaso (Deterioro Cognitivo Subcortical Senil) y leucoaraiosis (L-A). En seguimiento por Atención Primaria para estrecho control de factores de riesgo vasculares, mediante tratamiento antihipertensivo, antidiabético, hipolipemiente, anticoagulante y antiagregante. Dependiente para las ABVD aunque con mejoría y empeoramiento oscilantes.

La mayoría de los intentos de clasificación de la DV no han sido muy esperanzadores ya que es una enfermedad amplia y compleja, no obstante mediante el estudio etiopatogénico, anatómico y funcional conseguiremos obtener una clasificación definitiva y universal que nos llevará a ser más eficaces con el tratamiento preventivo y secundario de esta enfermedad.

BIBLIOGRAFÍA

1. www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/395/1/Escala-de-Barthel-Test-delta-Dependencia-deficiencia-fisica-deficiencia-psiquica-Enfermeria-medica-Apuntes-de-enfermeria.html
2. www.iqb.es/monografia/fichas/ficha029.htm
3. J.Á. Bosch Gil, M^a. C. Cid Xutglà, R. Solans Laqué, A. Selva O'Callaghan, R. Cervera Segura, M. Ramos Casals. Vasclititis, En: Farreras/Rozman. Medicina Interna. XVII ed. Barcelona. Elsevier 2012. Vol 1, 130: 1032-1044.
4. www.semes.org/revista/vol10_1/46-49.pdf
5. Prevalencia de la demencia vascular en Europa: Estudio EURODEM. En: López-Pousa S, Manubens JM, Rocca WA (eds). Epidemiología e la demencia vascular. Controversias en su diagnóstico. JR Prous Editores, Barcelona, 1992; 9-30.
6. Tatemichi TK, Desmond DW. Epidemiology of Vascular Dementia. En: Prohovnik I., Wade J., Knezevic S., Tatemichi T., Erkinjuntti T. (eds.) Vascular dementia: Current concepts.: John Wiley & Sons, Chichester, 1996, Cap. 3, 40- 72.

7. Forette F, Seux ML, Staessen JA, Thijs L, Birkenhager WH, Babarskiene MR et al. Prevention of dementia in randomised double-blind placebo-controlled Systolic Hypertension in Europe (Syst-Eur) trial. *Lancet* 1998; 352 :1347-1351.
8. Schmidt R, Schmidt H, Fazekas F. Vascular risk factors in dementia. *J Neurol* 2000; 247: 81-87.
9. www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol23/suple3/suple18.html
10. Del Ser T, Bartolomé I, Bermejo F. Demencia vascular cortical y subcortical. *Neurología* 1988; 3: 182-188.
11. Birkett DP (ed.). *Psiquiatría clínica y accidente vascular cerebral*. Masson SA, Barcelona, 1998.
12. Delgado G. Enfermedad vascular subcortical en pacientes con demencia. En: Lopez-Pousa S, Manubens JM, Rocca WA (eds). *Epidemiología e la demencia vascular. Controversias en su diagnóstico*. JR Prous Editores, Barcelona, 1992; 77-90.
13. Caplan LR. Binswanger's disease-revisited. *Neurology* 1995; 45: 626-633.
14. Chui Helena C, Nielsen-Brown Nancy. 2007. Vascular Cognitive Impairment. *Continuum Lifelong Learning Neurology*; 13: 109-143.
15. Chui H. *Neuropathology Lessons in Vascular Dementia*. 2005. *Alzheimer Dis Assoc Disord* ; 19 : 45-52.
16. Chui HC, Nielsen-Brown N. Vascular cognitive impairment. *Continuum Lifelong Learning Neurol* 2007;13(2):109-143
17. Jellinger K A. 2008. Morphologic diagnosis of "vascular dementia" - A critical update. *J Neurol Sci* ; 270: 1-12.
18. Jokinen H, Kalska H, Ylikoski R, et al. 2009. MRI-defined Subcortical Ischemic Vascular Disease: Baseline Clinical and Neuropsychological Findings. *Cerebrovasc Dis* ; 27: 336-344.
19. Madureira S, Verdelho A, Moleiro C, Ferro JM, et al 2010. Neuropsychological Predictors of dementia in a three-year follow-up period: data from the LADIS study. *Dement Geriatr Cogn Disord* ; 29: 325-334
20. Cho A-H, Kang D-W, Kwon S U, Kim J S. 2007. Is 15 mm size criterion for lacunar infarction still valid ? A study on strictly subcortical middle cerebral artery territory infarction using diffusion-weighted MRI. *Cerebrovasc Dis* ; 23: 14-19.
21. Caplan L R. 1995. Binswanger's disease-revisited. *Neurology* 45: 626-633.
22. Tatemichi TK. How acute brain failure becomes chronic. A view of the mechanisms of dementia related to stroke. *Neurology* 1990; 40: 1652-1659.
23. Tomlinson BE, Blessed G, Roth M. Observations on the brains of old demented people. *J Neurol Sci* 1970; 11: 205-242.
24. Martínez-Lage P, Hachinski VC. Multi-infarct dementia. The vascular causes of cognitive impairment and dementia. En: Barnett H.J.M., Mohr J.P., Stein B.M., Yatsu F.M. (eds) *Stroke: Pathophysiology, diagnosis, and management*. 3rd Edition. New York: Churchill Livingstone, New York, 1998; 875-894.
25. www.neurowikia.es/content/deterioro-cognitivo-vascular-0
26. Arvanitakis Z, Hachinski V. Vascular cognitive impairment: What else do we need to learn?. En: Terry RD, Katzman R, Bick KL, Sisodia SS (eds.) *Alzheimer's disease*. Lippincott Williams & Wilkins 1999; cap. 10; 147-160.
27. Brun A. Pathology and pathophysiology of cerebrovascular dementia: pure subgroups of obstructive and hypoperfusive etiology. *Dementia* 1994; 5: 145-147.
28. Moorhouse P, Rockwood K, 2008. Vascular cognitive impairment: current concepts and clinical developments. *Lancet Neurol* ; 7: 246-255.
29. Case Managment Society of America: *Gestión de casos: Estrategia de Mejoría de la Atención Sanitaria en Andalucía*.
30. *Normas de la Gestión de Casos en Andalucía*: 2006.

PREVALENCIA DE RCV Y PREDICCIÓN DE LA ENFERMEDAD ,CON LOS MODELOS SCORE Y DORICA ,EN PACIENTE DE ATENCIÓN PRIMARIA DE UNA ZONA DE LA COSTA DE GRANADA

M.J. Sanchez Caravaca ⁽¹⁾, R.M. Ruiz Fernandez ⁽¹⁾, A.M. Blaquez Gea ⁽¹⁾, F. Rios Rodriguez ⁽¹⁾, P. Martin Perez ⁽¹⁾, M. Lijo Cruz ⁽¹⁾, N. Ortega Torres ⁽²⁾.

⁽¹⁾ Centro de Salud; ⁽²⁾ Centro de Salud.

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades del sistema circulatorio, al igual que en el resto de países occidentales, constituyen la primera causa de Morbi -mortalidad en España. En el último año con datos nacionales disponibles 2009 estas enfermedades produjeron el 36% del total de las defunciones. Andalucía en particular presenta una de las tasas más altas de España, es de esperar que aumente su incidencia debido al envejecimiento de la población. Por ello el conocimiento de la prevalencia de los factores de RCV , la predicción de esta patología y el tratamiento adecuado debe ser un objetivo en nuestra comunidad prioritario en Atención Primaria.

Por otra parte el gasto farmacéutico es actualmente una de las principales preocupaciones de los gestores sanitarios , no solo por su volumen sino también por su ritmo de crecimiento.

Existen dos métodos de cálculo de RCV: cualitativos y cuantitativos .Los cualitativos se basan en la suma de los factores de riesgo y clasifican a los pacientes en riesgo leve , moderado o alto riesgo; los cuantitativos nos da un número que es la probabilidad de presentar un evento cardiovascular en un determinado tiempo ;la forma del cálculo es a través de programas basados en ecuaciones de predicción de riesgo ,o las llamadas tablas de riesgo cardiovascular

En el momento actual para el cálculo del riesgo cardiovascular (RCV) resulta más apropiado considerar la presencia o intensidad de diferentes factores de riesgo que uno solo de ellos .Se han propuesto distintos modelos que permiten estimar el riesgo en términos de probabilidad de experimentar episodios coronarios y/o cardiovasculares en su conjunto en un periodo determinado, generalmente de 5 a 10 años.

La estimación del riesgo cardiovascular global por este método tiene 3 objetivos clínicos fundamentales:

- Clasificar e identificaren Historias Clínica pacientes de alto riesgo que precisan atención e intervención inmediata.
- Motivar a los pacientes para que se involucren en el tratamiento para así reducir el riesgo.
- Ajustar la intensidad del tratamiento al riesgo global del individuo, evaluando la relación coste beneficio.

La clasificación de las Tablas del Método Score son.

- Bajo Riesgo menor 3%
- Medio Riesgo entre 3-4%
- Alto Riesgo mayor de 5%

La clasificación según Framingham:

- Bajo Riesgo menor 10%
- Medio Riesgo entre 10-20%
- Alro Riesgo mayor de 20%

El objetivo fundamental es clasificar y evaluar el riesgo global de los pacientes con el fin de intervenir diagnosticar y terapéuticamente con fármacos en individuos de alto riesgo.

Después de la publicación de las Guías Europeas de prevención en las que se recomienda la utilización de Score para el cálculo del riesgo .El Comité Español Interdisciplinario para la prevención Cardiovascular (CEIP) elaboró un consenso para adaptar las recomendaciones de la Gias Europeas de Prevención Cardiovascular a la

población Española , utilizando el Score como método de cálculo de riesgo.

Dado el interés de la temática hay diferentes grupos de investigación que están evaluando la aplicación de las diferentes tablas de riesgo cardiovascular y sus consecuencias clínicas, diagnósticas y predictivas

En el estudio DORICA se ha calibrado la ecuación de Framingham, sustituyendo los parámetros de la población americana por la estimación de la tasa de acontecimientos coronarios en España a partir del estudio IBERICA .

Otro aspecto importante en los estudios que comparan diferentes tablas de riesgo cardiovascular es que deberían evaluar no solamente la proporción de personas de alto riesgo , según una tabla u otra, sino a los sujetos candidatos a ser tratados farmacológicamente ,por ejemplo, con hipolipemiente

Llegar a este punto, donde se evalúa, qué pacientes tratar, es esencial para valorar el impacto clínico y económico real de utilizar unas tablas u otras , siempre y cuando existan unas guías que expliquen cómo hay que utilizar las tablas y en qué casos los pacientes se deberían tratar farmacológicamente.

OBJETIVO

El objetivo de este trabajo es :

Valorar el perfil de Riesgo Cardiovascular de nuestra población a nivel Local con un margen amplio de edad comprendido entre 35 y 75 años de edad. y así poder mejorar los que están fuera de margen

Cuantificar la prevalencia de los Factores de Riesgo Cardiovasculares más influyentes destacado el grado de prevención desde Atención Primaria.

Valorar las diferencias que supone utilizar las Tablas de Valoración del riesgo del METODO DORICA (Método adaptado de la ecuación de Framingham calibrada según la prevalencia de los factores de riesgo independientes en la población española) a las Tablas del METODO SCORE, en una muestra de población libres de eventos cardiovasculares,

Analizar el nivel de eficacia de los tratamientos hipolipemiantes desde los Servicios de Atención Primaria y valorar el grado de prevención primaria que venimos realizando.

MÉTODO

La metodología al alcance para su predicción ofrece la posibilidad del cálculo de riesgo de morbimortalidad (Ecuación de DORICA) o bien de mortalidad (Ecuación de SCORE).En un estudio descriptivo transversal.

Desde Atención Primaria nos parece interesante estudiar el riesgo de nuestra población y la diferencia de estimación utilizando una y otra técnica

Para la selección de la muestra se han utilizado el cálculo del tamaño muestral para estimación de una proporción en poblaciones finitas, con la estructura de la población en cuanto a sexo y rango de edad, se utilizará un criterio de afijación proporcional en la muestra.

El estudio procede de la selección de la población asistencial que acude a los Servicios de Atención Primaria de forma aleatoria, en el Centro de Salud de Castell de Ferro –GRANADA, libres de eventos cardiovasculares. Pero presenta características similares a la de otros estudios con base poblacional en cuanto a la prevalencia y los factores de riesgo cardiovasculares ,quedando excluidos:

- Pacientes con eventos cardiovasculares (Cardiopatías Isquémicas , enfermedad Cerebrovascular , Arteriopatías Periférica de las extremidades inferiores e insuficiencia cardiaca)por tener ,alto índice de RCV.
- Paciente terminales, o enfermedades críticas aguda.
- Alcohólicos crónicos

MUESTRA: N=361 pacientes de ambos sexos de edad $56,5 \pm 10,9$ de media

La edad queda comprendida entre 35 a 75 años de edad ,, el número de la muestra es de 361 pacientes, correspondientes a 4 cupos de medicina general del Centro de Salud de Castell de Ferro.

Además se recogen las variables de edad, sexo, HDL (mg/dl)-COLESTEROL TOTAL (mg/dl) , LDL (mg/dl),Triglicéridos (mg/dl), - Presión arterial sistólica y diastólica (mmHg), también se estudia sin están diagnosticados de Hipertensión Arterial/3 tomas de 140/90 mmHg, Hábito Tabáquico (si/no)se considera al Fumador al consumo diario de cualquier fumador y no Fumador a los que no consumen o llevan más de un año de abstinencia, diabetes, se consideró a aquella personas diagnosticadas que toman tratamiento(si/no),si toman estatina (si/no)

Se estudió el cálculo del riesgo cardiovascular y prevalencia de alto riesgo según método DORICA y según SCORE. Estimación de curva de prevalencia de alto riesgo por regresión logística.

El estudio se limita a la población asistencial que asisten a los Servicios de Atención Primaria en el Centro de Salud de Castell de Ferro ,pero presenta características similares a la de otros estudios con base poblacional en cuanto a la prevalencia y los factores de riesgo cardiovasculares.

RESULTADOS

| PROMEDIOS | HOMBRE | | MUJER | |
|-----------------------------|--------|------|----------|------|
| EDAD | 56,5 | 10,7 | 56,4 | 11,1 |
| IMC | 30,0 | 4,9 | 29,3 | 5,1 |
| GLUCOSA (mg/dL) | 106,0 | 35,2 | 95,8 | 22,6 |
| COLESTEROL (mg/dL) | 208,4 | 43,2 | 213,5 | 36,5 |
| cHDL (mg/dL) | 51,6 | 11,9 | 69,7 | 13,9 |
| cLDL (mg/dL) | 129,5 | 38,9 | 128,8 | 32,5 |
| TRIGLICÉRIDOS (mg/dL) | 149,0 | 90,3 | 126,4 | 78,2 |
| CREATININA | 0,9 | 0,2 | 0,7 | 0,2 |
| PREVALENCIAS | | | | |
| SOBREPESO | 0,433 | | 0,398 | |
| OBESIDAD | 0,420 | | 0,403 | |
| COLESTEROL \geq 240 mg/dL | 0,209 | | 0,238 | |
| HIPERTENSIÓN | 0,513 | | 0,464 | |
| DIABETES | 0,253 | | 0,175 | |
| FUMADOR | 0,320 | | 0,166 ** | |

TABLA 1.- Valores promedio y DT de los parámetros antropométricos, de la muestra estudiada (panel superior). Prevalencias de los diferentes factores de riesgo (panel inferior). (**): $p < 0,010$.

El panel superior de la Tabla 1 muestra el valor promedio y desviación típica de las variables antropométricas y clínicas analizadas. Ninguna de las diferencias entre sexos resultó significativa.

En el panel inferior, se indican las prevalencias (x1) de factores de riesgo, en la muestra. Sólo resulta significativo el menor porcentaje de fumadoras.

Un 31,6 % de la muestra está tratado con estatinas (Tabla 2), que corresponde a un 37,3% de los hombres y al 27,5% de las mujeres, diferencia que es significativa ($p < 0,050$).

El Riesgo Absoluto (RA) a 10 años según la ecuación DORICA (Tabla 3), clasifica a 24 (6,6%) pacientes como TRATABLES, esto es, con riesgo alto o muy alto y, por tanto susceptible de recibir tratamiento específico sobre los factores de riesgo presentes. Son en su mayor parte hombres (87,5%).

| | SEXO NO | ESTATINAS | | Total |
|---|------------|-----------|-------|-------------|
| | | SI | | |
| HOMBRE | Recuento | 94 | 56 | 150 |
| | % SEXO | 62,7 | 37,3 | 100 |
| | % Estatina | 38,1 | 49,1 | 41,6 |
| | Res. Tip. | -0,85 | 1,25 | |
| MUJER | Recuento | 153 | 58 | 211 |
| | % SEXO | 72,5 | 27,5 | 100 |
| | % Estatina | 61,9 | 50,9 | 58,4 |
| | Res. Tip. | 0,72 | -1,06 | |
| Total | Recuento | 247 | 114 | 361 |
| | % SEXO | 68,4 | 31,6 | 100 |
| | % Estatina | 100 | 100 | 100 |
| | | | | $p < 0,050$ |
| TABLA 2.- Tratamiento con estatinas, en la muestra analizada. La diferencia entre sexos es significativa. | | | | |

Por su parte, la clasificación por SCORE (Tabla 4) eleva el número de pacientes TRATABLES a 73, un 13,6% más que DORICA, (20,2% de la muestra) con porcentajes más igualados, entre sexos (63% hombres), lo que supone casi triplicar el de mujeres tratables. El análisis comparativo (Tabla 5) pone de manifiesto que el exceso de clasificación del modelo SCORE supone duplicar el número de hombres a tratar y multiplicar por 9 el de mujeres. El nivel de concordancia se sitúa en el 85,3% y el test Kappa de concordancia arroja un valor moderado, estadísticamente significativo ($p < 0,001$).

La discrepancia entre ambos métodos es distinta según el rango de edad del grupo al que se le aplican. Así, los valores de concordancia e índice kappa (Tabla 6) descienden en el caso de considerar sólo a pacientes mayores de 60 años y aumenta notoriamente cuando se aplican en el grupo edad menor o igual a 60.

Finalmente, en la Tabla 7, se muestran valores y prevalencias de parámetros de riesgo. Un porcentaje relevante de estos pacientes, a pesar de estar tratados, muestra niveles de riesgo ALTO o MUY ALTO.

| Clasificación según DORICA | | | Total |
|----------------------------|-------------|----------|-------|
| SEXO | No Tratable | Tratable | |
| | | | |

| | | | | |
|--|-----------|-------|-------|----------|
| HOMBRE | Recuento | 129 | 21 | 150 |
| | % SEXO | 86,0 | 14,0 | 100 |
| | % dorica | 38,3 | 87,5 | 41,6 |
| | Res. Tip. | -0,93 | 3,49 | |
| MUJER | Recuento | 208 | 3 | 211 |
| | % SEXO | 98,6 | 1,4 | 100 |
| | % dorica | 61,7 | 12,5 | 58,4 |
| | Res. Tip. | 0,79 | -2,94 | |
| Total | Recuento | 337 | 24 | 361 |
| | % SEXO | 93,4 | 6,6 | 100 |
| | % dorica | 100 | 100 | 100 |
| | | | | p< 0,001 |
| TABLA 3.- Clasificación de pacientes en TRATABLES (riesgo alto o muy alto) y NO TRATABLES (riesgo bajo o moderado), según la ecuación de DORICA. | | | | |

DISCUSIÓN

| Clasificación según SCORE | | No Tratable | Tratable | Total |
|---|-----------|-------------|----------|----------|
| SEXO | | | | |
| HOMBRE | Recuento | 104 | 46 | 150 |
| | % SEXO | 69,3 | 30,7 | 100 |
| | % score | 36,1 | 63,0 | 41,6 |
| | Res. Tip. | -1,43 | 2,84 | |
| MUJER | Recuento | 184 | 27 | 211 |
| | % SEXO | 87,2 | 12,8 | 100 |
| | % score | 63,9 | 37,0 | 58,4 |
| | Res. Tip. | 1,21 | -2,40 | |
| Total | Recuento | 288 | 73 | 361 |
| | % SEXO | 79,8 | 20,2 | 100 |
| | % score | 100 | 100 | 100 |
| | | | | p< 0,001 |
| TABLA 4.- Clasificación de pacientes en TRATABLES (riesgo alto o muy alto) y NO TRATABLES (riesgo bajo o moderado), según la ecuación de SCORE. | | | | |

El perfil de riesgo (Tabla 1) que arrojan nuestros datos, en comparación con las prevalencias recogidas en el estudio DORICA para la población española, muestra algunas particularidades que merecen ser reseñadas. La prevalencia de hipercolesterolemia (colesterol ≥ 240 mg/dL), HTA y DIABETES, son superiores a las mostradas en el estudio español de referencia y, por su parte, la obesidad, algo más del 40% en ambos sexos, configura en conjunto una población que se sitúa en un nivel de riesgo cardiovascular moderado que tiende a alto, en los hombres y con la mayor edad de los pacientes, lo cual lleva a plantear que, junto al tratamiento de los factores de riesgo, es también esencial actuar sobre pautas de comportamiento (sedentarismo y hábito alimentario) que configuran el estilo de vida, con el objetivo principal de disminución del IMC, la reducción de la tensión arterial y la normalización del perfil lipídico, lo que sin duda, contribuiría a una menor incidencia y mejor control de la glucemia y, en definitiva, en la prevalencia diabética. Todo ello, en conjunto, redundará de forma obligada en la disminución del RCV y en la morbi-mortalidad por esta causa.

La evaluación del riesgo mediante los criterios DORICA y SCORE (Tablas 3-4), como era de esperar, han dado resultados diferentes. Según DORICA, los pacientes a tratar supondrían un 6,6% del total, mayoritariamente hombres, con un promedio de riesgo de $12,4 \pm 7,0$ (IC: 11,2 – 13,4) para éstos, y de $6,6 \pm 4,7$ (IC: 6,0 – 7,2) en el caso de las mujeres.

| DORICA | | SCORE | | Total |
|-----------------|-----------|------------|-------|----------|
| No Tratable | Tratable | | | |
| NoTratable | Recuento | 286 | 51 | 337 |
| | % DOR | 84,9 | 15,1 | 100 |
| | % SCO | 99,3 | 69,9 | 93,4 |
| | Res. Tip. | 1,05 | -2,08 | |
| Tratable | Recuento | 2 | 22 | 24 |
| | % DOR | 8,3 | 91,7 | 100 |
| | % SCO | 0,7 | 30,1 | 6,6 |
| | Res. Tip. | -3,92 | 7,78 | |
| Total | Recuento | 288 | 73 | 361 |
| | % DOR | 79,8 | 20,2 | 100 |
| | % SCO | 100 | 100 | 100 |
| Concord.%= 85,3 | | Kappa= 0,4 | | p< 0,001 |

TABLA 5 .- Comparación de las clasificaciones según os modelos DORICA y SCORE. Se indica el nivel de Concordancia (%) y el valor del test kappa, que resulta significativo.

CUADRO COMPARATIVO DE CONCORDANCIAS

| GRUPO ANALIZADO | MUESTRA | | |
|------------------|-----------|-----------|----------|
| | > 60 AÑOS | ≤ 60 AÑOS | |
| CONCORDANCIA (%) | 85,3 | 69,0 | 95,9 |
| KAPPA | 0,4 | 0,3 | 0,4 |
| SIGNIFICACIÓN | p< 0,001 | p< 0,001 | p< 0,001 |

TABLA 6 .- Comparación del porcentaje de concordancia entre los criterios DORICA y SCORE, según la edad del colectivo analizado. Se muestra el valor del coeficiente kappa y su nivel de significación.

Por su parte, SCORE ha incrementado la clasificación de pacientes de riesgo ALTO o MUY ALTO en un 13,6%, elevándola a un total de 73, con valores: $4,0 \pm 4,4$ (IC: 3,3 – 4,7) en hombres y $2,7 \pm 4,1$ (IC: 2,1 – 3,2) en mujeres, multiplicando por nueve la proporción que DORICA asignaba a éstas. Estas diferencias ponen de manifiesto dos cuestiones que no siempre son tenidas en cuenta en la aplicación de uno u otro criterio. La ecuación de SCORE evalúa la probabilidad de riesgo de morbi-mortalidad por causa cardiovascular, en tanto que DORICA subraya preferentemente la morbilidad por causa coronaria. Además, en la primera, el rango de edad de la cohorte en la que fue diseñada, no superaba los 60 años, lo que no garantiza, por tanto, su ajuste en edades superiores a esta. Con este fin, hemos analizado el comportamiento de ambas ecuaciones en el grupo de edad mayor de 60 años y en el de menor o igual a 60 (Tabla 6). En el primer caso, la concordancia disminuye a un 69 %, y el índice kappa se reduce a 0,3, evidenciando un distanciamiento sobre el criterio de DORICA. Sin embargo, considerando el rango de edad hasta los 60 años, estos índices se elevan a un 96% y 0,4, respectivamente, lo que demuestra que para estas edades, ambos criterios son prácticamente concordantes.

Finalmente, un perfil de la prevalencia de factores de riesgo, en el grupo de pacientes tratados con

hipolipemiantes (Tablas 2 y 7), muestra un porcentaje relevante de ellos que requerirían tratamiento adicional, por mantener niveles de riesgo alto o muy alto, lo que vuelve a poner de manifiesto la necesidad de considerar de forma prioritaria, la promoción de un perfil de estilo de vida saludable para coadyuvar al control de la hipertensión, obesidad, colesterol y, en su caso, proceso diabético.

| PROMEDIOS | HOMBRE | | MUJER | |
|-----------------------------|--------|------|-------|------|
| EDAD | 61,3 | 8,4 | 63,8 | 11,1 |
| IMC | 31,6 | 5,4 | 31,6 | 5,1 |
| GLUCOSA (mg/dL) | 124,3 | 47,1 | 107,0 | 22,6 |
| COLESTEROL (mg/dL) | 195,2 | 49,1 | 221,7 | 36,5 |
| cHDL (mg/dL) | 50,9 | 12,9 | 60,6 | 13,9 |
| cLDL (mg/dL) | 116,5 | 47,7 | 129,3 | 37,0 |
| CREATININA | 0,9 | 0,2 | 0,8 | 0,2 |
| PREVALENCIAS | | | | |
| OBESIDAD | 0,554 | | 0,586 | |
| COLESTEROL \geq 240 mg/dL | 0,179 | | 0,328 | |
| HIPERTENSIÓN | 0,750 | | 0,760 | |
| DIABETES | 0,482 | | 0,414 | |
| FUMADOR | 0,300 | | 0,155 | |
| RIESGO ALTO DORICA % | 26,8 | | 5,2 | |
| RIESGO ALTO SCORE % | 50,0 | | 34,5 | |

TABLA 7.- FACTORES DE RIESGO EN EL GRUPO TRATADO CON HIPOLIPEMIANTES: Valores promedio y DT (panel superior). Prevalencias de los diferentes factores (panel inferior). Se incluye el porcentaje de pacientes con riesgo ALTO o MUY ALTO, según ambas ecuaciones.

CONCLUSIONES

- 1.- La población de referencia de este estudio se sitúa en un nivel de riesgo moderado, que tiende a alto en el caso de los hombres, con el incremento de la edad y por la evolución de los factores de riesgo incidentes, Obesidad, HTA, Colesterol y Diabetes.
- 2.- La aplicación de los criterios DORICA y SCORE en edades menor o igual a 60 años muestra una concordancia casi absoluta, no siendo así en edades superiores.
- 3.- Además del tratamiento farmacológico específico de control de los factores de riesgo, se subraya la necesidad de acompañarlo con medidas tendentes a mejorar el estilo de vida, en evitación del sedentarismo y la obesidad.

El cálculo y clasificación posterior del RIESGO CARDIOVASCULAR, es fundamental para tratar de disminuir la incidencia de eventos cardiovasculares, disminuyendo su coste- efectividad.

Por tanto estamos hablando de métodos de cálculo bastante coincidentes en lo que respecta a la clasificación del riesgo. En el peor de los casos nos encontraríamos con un ---% de casos discordantes, pero el hecho de que el método lo clasifique de alto riesgo y otro de bajo riesgo tampoco se refiere a que vayamos a tratar farmacológicamente de una manera diferente a todos estos casos discordantes. Sería interesante analizar cuantos de los pacientes discordantes respecto al nivel de riesgo se tratarían de una manera diferente en la

práctica, por ejemplo con hipolipemiantes .

No es de extrañar que uno y otro método sean discordantes ya que Score mide el RIESGO DE MUERTE Cardiovascular (Enfermedad Cardíaca o ictus fundamentalmente) , mientras que Dorica calcula el riesgo de morbimortalidad coronaria

La sensibilidad de las Tablas de riesgo es mayor en Score (casi la triplica), aunque esta muy limitada por no considerar el resto de factores de riesgo y por el límite de edad. En pacientes con dislipemia deja de clasificar como de alto riesgo a varones de mediana edad, fumadores donde los ensayos clínicos han demostrado alta eficacia con los tratamientos con hipolipemiantes

Estimar sólo el riesgo de mortalidad como hace Score supone en cierta medida desvirtuar la realidad de la práctica clínica, especialmente en Atención Primaria, en que la mayoría de los acontecimientos cardiovasculares no son , afortunadamente mortales. El otro gran inconveniente para Score es no disponer de tablas para diabéticos, población de elevado RCV En España y que está aumentando

Por lo que aconsejamos el uso de tablas de riesgo como DORICA, ya que está adaptada a la dieta española, no sobreestima el riesgo con la edad con lo que los tratamientos son menores al valorar otros factores de riesgo.

Es incuestionable que la mayoría de las tablas se limitan a unos pocos de los factores de riesgo (hay otros factores de riesgo conocidos como la obesidad Sedentarismo, los antecedentes familiares de primer grado, alteración de la PCR, HDL bajo, TG altos ,exceso de HOMOCISTEINA ,Factores trombogénicos (FIBRINOGENO) y otros factores emergentes que no tienen en cuenta las tablas y que presentan una sensibilidad que no supera en el mejor de los casos del 50%, así como un bajo poder predictivo para identificar con personas que en el futuro van a tener un episodio cardiovascular fatal o no fatal.

Lamentablemente cualquier tabla está bastante lejos de ser un instrumento de alta precisión, deben considerarse como herramientas útiles en atención primaria de la enfermedad cardiovascular siempre y cuando no sustituyan al juicio clínico y se contemplen todas las excepciones y precauciones posibles en el momento de aplicarlas .

Las tablas hacen la predicción de quien son candidatos de tratamiento FARMACOLÓGICO

En un futuro es posible que se vayan perfeccionando estas herramientas a nivel informático en los que se incluyan todos los posibles factores de riesgo conocidos lo que mejoraría la capacidad predictiva de los acontecimientos adversos

Con seguridad en este momento es más importante que todos los profesionales evaluemos el riesgo de los pacientes de forma global , destacándolo en las historias clínicas (Ej EN LISTA DE PROBLEMAS RESEÑAR -, MEDIO O ALTO RIESGO CARDIOVASCULAR)

Aunque dado que hay 3 factores de riesgo con mayor prevalencia que la hipercolesterolemia, en nuestro entorno-Obesidad, Hipertensión y Tabaco, quiere decir que nuestros tratamientos deben ir encaminados en poner todo nuestro empeño en hacer CAMBIOS EN EL ESTILO DE VIDA

Encuadrar claramente al paciente con RCV altos para detectar la insuficiencia de los tratamientos administrados.

Poner énfasis en las medidas sobre el estilo de vida , incidiendo especialmente en:

-SUPRESION DEL HABITO TABAQUICO

-Consejos para mejorar los HABITOS ALIMENTICIOS y estimular la pérdida de peso

-Animar al Hábito de la actividad física diaria.

PALABRAS CLAVE: Factores de riesgo. Enfermedades Cardiovasculares. Atención primaria de Salud. Tablas de riesgo

BIBLIOGRAFÍA

- 1-Maiques Galan A , Garcia , Maria FA, -Riesgo Cardiovascular del Score comparado con el de Framingham. Consecuencias del cambio propuesto por las Sociedades Europeas. Med clin (Bare).2004; 123;681-5
- 2-Maiques Galan A, Valoración del riesgo cardiovascular ¿Que tablas utilizar? Atención Primaria 2003; 32 (10):586-9
- 3-Aranceta J, Perez Rodrigo C Fox Salas M, Mantilla T. Tablas de Evaluación del riesgo coronario adaptadas a la población española.
- Jose Ramon Banega, Fernando Villar Cristina Perez de Andres, Rafael Jimenez, Enrique Gil. Estudio Epidemiológico de los Factores de Riesgo Cardiovascular en la población Española de 35 a 64 años.
- 5- Baena Diez JM ,Del Val Garcia J, Salas Gatgen LH. Comparación de los modelos Score y Regicor para cálculo del riesgo cardiovascular en sujetos sin enfermedad cardiovascular atendidos en un centro de salud de Barcelona Rev Esp Salud Publica 2005;79:453-464.
- 6-Baena Diez JM, Del Val Garcia JL, Alemany Vilches L, Martínez Martínez JL, Tomás Pelegrina J, Riesgo de presentación de eventos cardiovasculares según la agrupación de los factores de riesgo modificables en la población mayor de 15 años de un centro de salud de Barcelona Rev Esp Salud Publica 2005; 79: 365-368.
- 7-Alvarez Cosmea A, DiazGonzalez L, Lopez Fernandez V, Prieto Diaz MA, Suarez Garcia S .Comparación de los modelos Score y Framingham en el cálculo de alto riesgo cardiovascular para una muestra de varones de 45 y 65 años de Asturias .Rev Esp Salud Publica 2005;79 465-473
- 8-Lobos Bejarano JM, Royo-Bordonada MA y Brotons-Cuixart C.- Uso de tablas de riesgo cardiovascular en personas mayores. Med Clin (barc).2005; 125(11);436-9.
- 9-Aranceta J, Perez Rodriguez C, Foz Salas M, Tablas de evaluación del Riesgo Coronario adaptadas a la población española. Estudio DORICA. Med Clin (Barc).2004; 123 (18): 686-91
- 10-Baena Diez JM ,Salas Gaetgens LH, Altes Vaques E.- REGICOR mejor que FRAMINGAN en el calculo del riesgo coronario: una buena noticia para nuestros pacientes(Cartas al editor) Med Clin (barc) 2004; 122 (15);595-9
- 11-Banegas J, Villar F , Rodriguez -Artalejo F,-Evaluación del riesgo cardiovascular en la población Española Departamento de Medicina Preventiva y Salud Publica. Facultad de Medicina Universidad Autónoma de Madrid 2004.
- 12- Brotons C, Casanovas J, Iruela A, Vinyeta R, -Utilización del cálculo del RCV para el control y tratamiento de las dislipemias en Atención Primaria. Clin Invest Arterioscler .2004; 16(16):240 (6).
- 13-Brotons C - Evaluando la aplicación del modelo Score para el cálculo de RCV en Atención Primaria. Rev Esp Salud Publica 2005; 79(4) ; 439-442.
- 14-Cristobal J, Lago F, De la Fuente J, -Ecuación de Framingham de Wilson y Ecuación de Regicor Estudio comparativo. Rev Esp Cardiol 2005;58(8); 910-5

- 15-MostazaJm Vicente I,Taboada M- La aplicación de las tablas de Score a varones de edad avanzada triplica el numero de sujetos clasificados de alto riesgo en comparación con la función de Framingan. Med Clin (Bar)2005 124; 487-9
- 16-Cuende JI,Acebal A,Suarez Fernandez A- Percentiles de riesgo coronario:una nueva forma de adaptar las escalas de riesgo.Estudio ERVPA.Cini Invest Arterioscle 2006;18(6)218-25.
- 17-Meco JF, Pintó X. Cálculo del riesgo cardiovascular.Clin Invest Arterioscle 2002; 14 (4): 198-208
- 18-Alvarez CosmeaA-Tablas de riesgo cardiovascular.Una revisión crítica.
- 19-Masana L.,Plan N,-Panificación del tratamiento de la hipercolesterolemia orientada a la obtención de objetivos.Med Clinic2005;124(3),108-10
- 20- Leal HernandezM, Abellan Aleman J,Rios Cano E,-Información sobre el reiso cardiovascular a hipertensos seguidos en Atención Primaria.¿Mejora nuestra eficacia? Aten Prim 2006;38(2)102.
- 21-Martin BaraneraM,;Campo C,Coca a- Estratificación y grado de control del riesgo cardiovascular en la población hioertensa española.Resultados del estudio DICOPRESS.Med C>lin (Barc) 2007. 129 (7) 247-51.
- 22- Cuende JI,AcebalA, Carrera-CamaronA,- La adopción de los percentiles de riesgocardiovascular evita la sobreestimación o infraestimación del reiso cardiovascular calculado con el SCORE.Rev salud Publica 2006;80 125-138
- 23- BanegasJR, VillarF,Perez de Andres C,- Estudio epidemiológico de los Factores de Riesgo Cardiovascular en la población española de 35 a 64 años .Rv San Hig Publ 1993;67 419-445

ANTICOAGULACIÓN EN EL PACIENTE ANCIANO: ESTUDIO DE RIESGO/BENEFICIO EN PACIENTES INGRESADOS EN MEDICINA INTERNA CON DIAGNÓSTICO DE FIBRILACIÓN AURICULAR.

M.A. Esteban Moreno, A.M. Lazo Torres, C. Maldonado Úbeda, M.J. Martínez Soriano, S. Domingo Roa, B. Hernández Sierra, A. García Peña.

Hospital Torrecárdenas, Almería

La fibrilación auricular es una arritmia supraventricular caracterizada por una actividad auricular descoordinada. Para identificarla nos basamos en el electrocardiograma: no pueden verse las ondas P y sí oscilaciones variables en la línea de base que, a su vez, son conducidas hacia el ventrículo de forma variable. En el anciano, con mucho tiempo de evolución de la arritmia, tienden a mostrar complejos QRS separados por líneas de base en las que no resulta complicado identificar el trazado irregular.

Siguiendo las últimas indicaciones de las guías, lo correcto es hablar de:

- Primer episodio de fibrilación auricular detectado: es muy frecuente que se produzcan episodios que pasan desapercibidos.
- Fibrilación auricular recurrente: cuando aparecen más de 3 episodios.
- Fibrilación auricular paroxística: cuando finaliza espontáneamente.
- Fibrilación auricular persistente: cuando la duración es superior a los 7 días.
- Fibrilación auricular permanente: cuando después de un año persiste.

La importancia de la fibrilación auricular está directamente relacionada con su elevada prevalencia, entre el 0.4% al 1% en la población general. Es un proceso muy prevalente en el anciano (el 5% en sujetos ≥ 65 años y aproximadamente el 10% en ≥ 80 años). Los pacientes que consultan por este motivo se encuadran además, dentro de una población mayor, con una edad media de 75 años y predominantemente de sexo femenino.

Los síntomas con los que debuta la fibrilación auricular pueden ser muy variables, los típicos asociados con la nueva aparición son palpitaciones, pulso irregular, disnea, mareos y debilidad. En personas mayores con cardiopatía establecida la entrada en fibrilación auricular puede ser el detonante para un episodio de insuficiencia cardiaca aguda, manifestado como disnea de esfuerzo, de reposo, como ortopnea o disnea paroxística nocturna.

No es infrecuente que la sintomatología se asocie con la complicación tromboembólica de la arritmia en forma de síncope, accidente isquémico transitorio o dolor de difícil descripción en una extremidad (isquemia arterial) o en el abdomen (isquemia mesentérica).

Para el diagnóstico de la fibrilación auricular nos apoyamos fundamentalmente en el electrocardiograma, pero además, debemos de realizar una anamnesis y exploración física detallada recogiendo frecuencia cardiaca, tensión arterial y saturación de oxígeno para así poder identificar patologías subyacentes como causa de entrada en fibrilación. Entre las pruebas complementarias, además del electrocardiograma, debemos de realizar determinación analítica de TSH y T4 libre (en todos los casos, aunque no coexistan síntomas sugestivos de hipertiroidismo), hemograma, electrolitos séricos y función renal, radiografía de tórax y ecocardiograma transtorácico.

Las preguntas fundamentales que debemos de hacernos tras detectar una fibrilación auricular en el paciente anciano son:

- ¿Control de ritmo y/o control de frecuencia cardiaca?, es decir, está indicada la cardioversión eléctrica o farmacológica. Desde este punto de vista el tratamiento debe de evaluarse de forma

individualizada teniendo en cuenta las características del paciente y sus comorbilidades. Estaría indicado realizar un ecocardiograma en estos pacientes para valorar posibles cardiopatías estructurales.

- ¿Existen causas corregibles de la fibrilación auricular? En todos los casos de primer episodio de fibrilación auricular debemos de realizar una evaluación de la causa subyacente, como la insuficiencia cardiaca, enfermedades pulmonares, hipertensión arterial mal controlada o hipertiroidismo. El tratamiento de la causa precipitante debe iniciarse antes de la cardioversión (eléctrica o farmacológica) en pacientes estables y puede dar lugar a la reversión a ritmo sinusal.
- ¿Debe de permanecer el paciente hospitalizado? Las posibles indicaciones para la hospitalización de una paciente con una fibrilación auricular de nueva aparición son:
 - o Inicio del tratamiento anticoagulante.
 - o Tratamiento de un problema médico asociado (que es a menudo la causa de la arritmia). Los ejemplos incluyen el tratamiento de la hipertensión, la infección, la exacerbación de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), embolia pulmonar, isquemia miocárdica o pericarditis aguda.
 - o Tratamiento en pacientes de edad avanzada. Los ancianos son más propensos a tener un alto riesgo de tromboembolismo. También puede haber dificultad en el control de la respuesta ventricular y son más propensos a tener enfermedades concomitantes que pueden complicar la evolución y el tratamiento farmacológico (ya sea con control de ritmo o control de frecuencia cardiaca).
 - o En casos de descompensación cardiaca o hipotensión.
 - o Inicio del tratamiento con fármacos antiarrítmicos.
- ¿Quién debe de ser anticoagulado? Sección que abordaremos de forma detallada.

ANTICOAGULACIÓN Y FIBRILACIÓN AURICULAR:

En esta sección se abordará el papel del tratamiento antitrombótico en pacientes con fibrilación auricular de nueva aparición. Para evaluar el inicio de anticoagulación en nuestros pacientes debemos de considerar cada caso de forma individualizada y examinar de forma exhaustiva el riesgo/beneficio. Para ello, podemos ayudarnos de 2 escalas:

- Escala CHAD2DS2-VASc: nos ayuda a identificar los factores de riesgo de accidente cerebrovascular y embolización arterial.
 - o C: insuficiencia cardiaca o disfunción de ventrículo izquierdo (1 punto).
 - o H: hipertensión arterial (1 punto).
 - o A: edad ≥ 75 años (2 puntos).
 - o D: diabetes mellitus (1 punto).
 - o S: ictus, accidente isquémico transitorio o tromboembolismo (2 puntos)
 - o V: vasculopatía como arteriopatía periférica, aterosclerosis aórtica (1 punto).
 - o A: edad 65-74 años (1 punto).
 - o Sc: sexo mujer (1 punto).

Los pacientes con una puntuación de 0 que no reciben ningún tratamiento antitrombótico tienen un riesgo bajo de accidente cerebrovascular (0.5 a 1.7 por año) y no se ha demostrado un beneficio de la antiagregación con ácido acetilsalicílico de forma concluyente en estos pacientes.

Los pacientes con una puntuación de 1 tienen un riesgo intermedio de accidente cerebrovascular (2% al año aproximadamente) y deben de ser tratados con terapia anticoagulante oral o ácido acetilsalicílico.

Los pacientes con una puntuación superior a 2 tienen un riesgo alto de accidente cerebrovascular y si no existe contraindicación deben de ser anticoagulados.

- Escala HAS-BLED: nos indica el riesgo de sagrado de la profilaxis antitrombótica en pacientes con fibrilación auricular. Puede ser útil para evaluar el riesgo/beneficio del inicio de tratamiento anticoagulante.
 - o H: hipertensión definida como presión arterial sistólica >160 mmHg (1 punto).
 - o A: función renal alterada definida como paciente en diálisis, trasplante renal o creatinina sérica > 200 µmol/L (1 punto) o función hepática alterada definida como enfermedad hepática crónica o evidencia bioquímica de trastorno hepático significativo (1 punto).
 - o S: accidente cerebrovascular (1 punto).
 - o B: sangrado (1 punto).
 - o L: INR lábil (1 punto).
 - o E: edad avanzada > 65 años (1 punto).
 - o D: fármacos (1 punto) o alcohol (1 punto).

De esta forma, un valor superior o igual a 3 se considera de alto riesgo de sangrado y se recomienda precaución en caso de uso de terapia anticoagulante oral con revisiones regulares.

ESTUDIO DE RIESGO/BENEFICIO EN PACIENTES INGRESADOS EN MEDICINA INTERNA CON DIAGNÓSTICO DE FIBRILACIÓN AURICULAR.

OBJETIVO

Nuestro objetivo fue analizar la comorbilidad y el riesgo de pacientes ingresados con fibrilación auricular en nuestro servicio, realizando una valoración global y estableciendo con ello el riesgo/beneficio de la anticoagulación oral en ellos.

MÉTODO

Estudio observacional prospectivo de junio de 2012 a junio de 2013 de pacientes con fibrilación auricular ingresados en el servicio de medicina interna del hospital Torrecárdenas de Almería. Los datos fueron analizados mediante el programa estadístico SSPS 19.0.

RESULTADOS

Se estudiaron 43 pacientes con fibrilación auricular crónica con una edad media de 83 años. La fibrilación auricular fue el motivo del ingreso en 10 casos (15 %).

De los 43 pacientes, 36 (85%) tenían alguna indicación para recibir tratamiento anticoagulante. Se indicó en anticoagulación oral con acenocumarol en 13 pacientes (30%), 17 enfermos (40%) recibieron antiagregantes y 13 enfermos no recibieron ni antiagregación ni anticoagulación (30%). A los mayores de 75 años se les administraron anticoagulantes con menor frecuencia ($p < 0,006$). Las únicas variables que se asociaron a la prescripción de anticoagulantes fueron la edad ≤ 75 años (OR: 6,15) y la existencia de valvulopatía (OR: 4,24).

CONCLUSIONES

Se objetiva una infrautilización del tratamiento anticoagulante. Tanto por la variabilidad de acción del acenocumarol como por la complejidad y la comorbilidad de los pacientes ancianos, estamos obligados a realizar una valoración de riesgo/beneficio de la anticoagulación oral en estos pacientes.

Los anticoagulantes orales tienen un estrecho margen terapéutico que se ve afectado tanto por la introducción de alimentos como de nuevos fármacos, obligando a controles exhaustivos de los niveles en plasma. Si se considera que el paciente no debe ser anticoagulado, la antiagregación puede ser una alternativa, pero el beneficio es claramente inferior a la anticoagulación.

BIBLIOGRAFÍA

1. Anderson JL, Halperin JL, Albert NM, Bozkurt B, Brindis RG, Curtis LH et al. Management of patients with atrial fibrillation (compilation of 2006 ACCF/AHA/ESC and 2011 ACCF/AHA/HRS recommendations): A report of the ACC/AHA task force on practice guidelines. *J Am Coll Cardiol.* 2013; 48: 149-256
2. Lip GY, Tse HF. Management of atrial fibrillation. *Lancet.* 2007; 370:604-618.
3. Singer DE, Albers GW, Dalen JE. Antithrombotic therapy in atrial fibrillation: American College of Chest Physicians Evidence-based clinical practice guidelines (8th edition). *Chest.* 2008;133: 576-92.
4. McNamara RL, Tamariz LJ, Segal JB, Bass EB. Management of atrial fibrillation: review of the evidence for the role of pharmacologic therapy, electrical cardioversión and echocardiography. *Ann Intern Med.* 2003; 139: 1018.
5. Kim MH, Conlon B, Ebinger M. Clinical outcomes and costs associated with a first episode of uncomplicated atrial fibrillation presenting to the emergency room. *Am J Cardiol.* 2001; 88: 74.

INSUFICIENCIA CARDIACA EN EL PACIENTE ANCIANO INGRESADO EN MEDICINA INTERNA DE UN HOSPITAL GENERAL: IMPORTANCIA DE LA VISIÓN GLOBAL.

M.A. Esteban Moreno, A.M. Lazo Torres, M.J. Martínez Soriano, C. Maldonado Ubeda, A. García Peña, B. Hernández Sierra, G. López Lloret.

Hospital Torrecárdenas, Almería

El envejecimiento de la población, la prolongación de la esperanza de vida y las innovaciones terapéuticas han dado lugar a un aumento significativo de la prevalencia de la insuficiencia cardíaca. A pesar de las mejoras en el tratamiento, la tasa de mortalidad en pacientes con insuficiencia cardíaca se ha mantenido inaceptablemente elevada, por lo que la detección precoz de las personas susceptibles es fundamental para así poder beneficiarse de las medidas de prevención.

El paciente con insuficiencia cardíaca o sospecha de padecerla constituye uno de los motivos más frecuentes de atención hospitalaria en nuestro medio, especialmente en los servicios de urgencias y medicina interna. Por encima de los 65 años de edad la insuficiencia cardíaca representa uno de los primeros diagnósticos al alta hospitalaria.

La magnitud del problema de la insuficiencia cardíaca no se puede evaluar con precisión ya que carecemos de estimaciones fiables basadas en estudios de prevalencia, incidencia y pronóstico. Parte del problema es que existen grandes diferencias entre los estudios en su definición de la enfermedad y los métodos utilizados para su diagnóstico. Por ello, la prevalencia de la insuficiencia cardíaca varía mucho dependiendo de la metodología utilizada, con unos valores de 3 a 20 casos por cada 1.000 habitantes.

La Sociedad Europea de Cardiología en sus recomendaciones sobre el diagnóstico y tratamiento de la insuficiencia cardíaca define la misma como:

1. Presencia de síntomas y signos clásicos de insuficiencia cardíaca como disnea, intolerancia al ejercicio y/o edemas, derrame pleural, taquipnea, aumento de la presión venosa yugular, etc.
2. Evidencia de disfunción ventricular en una prueba objetiva (generalmente ecocardiografía).
3. Respuesta positiva al tratamiento de la insuficiencia cardíaca en caso de faltar alguno de los anteriores criterios (este criterio aislado no es suficiente).

Los principales factores de riesgo predisponentes de insuficiencia cardíaca son la edad avanzada, la hipertensión arterial, la hipertrofia ventricular izquierda de cualquier origen y la historia previa de cardiopatía isquémica.

Ante todo paciente con sospecha de insuficiencia cardíaca se debe realizar una evaluación clínica de los síntomas y signos según los criterios de Framingham:

- Criterios mayores:
 - o Disnea paroxística nocturna.
 - o Ingurgitación yugular.
 - o Crepitantes.
 - o Cardiomegalia.
 - o Edema agudo de pulmón.
 - o Ritmo de galope (S3).
 - o Reflujo hepatoyugular.
 - o Presión venosa central >16 mmHg.

- Criterios menores:

- Edema maleolar.
- Tos nocturna.
- Disnea de esfuerzo.
- Hepatomegalia.
- Derrame pleural.
- Capacidad vital pulmonar descendida en un tercio respecto a la máxima.
- Taquicardia (frecuencia cardíaca >120 lpm).

Los pacientes con insuficiencia cardíaca tienen en general una elevada comorbilidad, especialmente aquellos ingresados en medicina interna.

En la anamnesis de todos los pacientes con sospecha clínica de insuficiencia cardíaca deben recogerse factores de riesgo predisponentes a desarrollar insuficiencia cardíaca y clasificarlos clínicamente atendiendo a su clase funcional. La valoración de la clase funcional es necesaria para ajustar de forma óptima el tratamiento y establecer el pronóstico, para ello utilizamos la clasificación de la NYHA:

- Clase funcional I: no aparecen síntomas con la actividad habitual. Sin limitación funcional.
- Clase funcional II: síntomas con la actividad habitual, no en reposo. Ligera limitación funcional.
- Clase funcional III: síntomas con la actividad ligera. Importante limitación funcional.
- Clase funcional IV: síntomas en reposo. Total incapacidad funcional.

Ante la sospecha clínica solicitaremos pruebas complementarias, fundamentalmente electrocardiograma, radiografía de tórax y valores de péptido natriurético tipo B ó BNP (en el caso de que dispongamos del mismo). Un electrocardiograma normal excluye el diagnóstico de disfunción ventricular en el 98% de los casos.

En cuanto al tratamiento farmacológico en la insuficiencia cardíaca se basa fundamentalmente en:

- Inhibidores del enzima convertidor de Angiotensina (IECAs) y/o Antagonistas receptores de Angiotensina (ARA-II): están indicados en todos los casos (salvo alergia o contraindicación por patología concomitante).
- Diuréticos: indicados si hay evidencia de signos de congestión pulmonar o sistémica y en los casos de insuficiencia cardíaca avanzada (clase funcional NYHA III-IV).
- B-bloqueantes: han demostrado aumentar la supervivencia en pacientes con insuficiencia cardíaca.
- Antagonistas de la aldosterona: indicados en clase funcional avanzada (NYHA III-IV).

Debemos de emplear con cautela en estos pacientes fármacos como antiinflamatorios no esteroideos (AINEs), paracetamol (con alto contenido en sodio), antiarrítmicos clase I, antagonistas del calcio, antidepresivos tricíclicos y corticoides.

ESTUDIO DE LAS CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DEL PACIENTE ANCIANO HOSPITALIZADO

OBJETIVO

El paciente con insuficiencia cardíaca constituye uno de los motivos más frecuentes de atención hospitalaria en nuestro medio, especialmente en los servicios de medicina interna. Por encima de los 65 años de edad la insuficiencia cardíaca representa uno de los primeros diagnósticos al alta hospitalaria.

Nuestro objetivo fue analizar las características de los pacientes ancianos ingresados por insuficiencia cardíaca en nuestro servicio.

MÉTODO

Realizamos un estudio observacional retrospectivo desde abril de 2012 a julio de 2012 de pacientes mayores de 75 años con diagnóstico al alta de insuficiencia cardiaca en el servicio de medicina interna del hospital Torrecárdenas de Almería. Se analizaron variables clínico-epidemiológicas, factores de riesgo predisponentes y tratamiento instaurado al alta. Los datos fueron analizados mediante el programa estadístico SSPS 19.0.

RESULTADOS

Se obtuvo una muestra de 65 pacientes con una edad media de 81 ± 5 años. 43 mujeres (66%) y 22 hombres (34%). Los principales factores de riesgo encontrados fueron: hipertensión arterial en 55 pacientes (85%), hipertrofia ventricular en 29 pacientes (45%) y la historia previa de cardiopatía isquémica en 18 pacientes (27%). El 13% de los pacientes estudiados se encontraban con oxigenoterapia domiciliar por insuficiencia respiratoria crónica.

Los criterios diagnósticos de insuficiencia cardiaca fueron clínicos: el 100 % de los pacientes estudiados durante el periodo seleccionado consultaron por disnea: 52 (80%) disnea progresiva y 13 disnea súbita (20%). La auscultación era patológica en todos ellos, describiéndose en el 93% crepitantes (60 pacientes).

Durante el ingreso se realizó ecocardiografía en 8 pacientes (el 13%), objetivando 7 pacientes con disfunción ventricular sistólica y 4 pacientes con enfermedad valvular. Los 8 pacientes tenían hipertrofia ventricular.

En cuanto al tratamiento farmacológico al alta: el 85% (55 pacientes) tenían IECAs/ARA-II, el 100% diuréticos de asa y sólo el 65% (42 pacientes) recibieron B-bloqueantes.

CONCLUSIONES

El manejo del paciente anciano hospitalizado es complejo, por ello es fundamental una visión global para optimizar y priorizar los tratamientos instaurados. Un objetivo fundamental debe de ser establecer la mejor cobertura al alta teniendo en cuenta tanto aspectos clínicos como psicosociales.

El problema del reingreso hospitalario es común a todos los entornos. Todos los pacientes que hayan sido dados de alta tras un episodio de desestabilización de su insuficiencia cardiaca, deben reevaluarse en los 7-10 días post alta. Esta visita de seguimiento debe incluir los siguientes puntos:

- Asegurar que la medicación se toma de forma adecuada.
- Valorar la realización de dieta con restricción de sal.
- Valorar variaciones en el peso corporal.
- Ajustar las dosis de diuréticos y otros fármacos en función de la situación clínica y la determinación analítica de creatinina, sodio y potasio.
- Comprobar la capacidad del enfermo y sus cuidadores de reconocer un deterioro clínico para consultar de forma precoz con el médico.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ho KK, Pinski JL, Kannel WB, Levy D. The epidemiology of heart failure: the Framingham study. *J Am Coll Cardiol.* 1993;22:6.
2. Roger VL. The heart failure epidemic. *Int J Environ Res Public Health.* 2010; 7: 1807.
3. McCullough PA, Philbin EF, Spertus JA. Confirmation of a health failure epidemic: findings from the resource utilization among congestive heart failure (REACH) study. *J Am Coll Cardiol.* 2002;39:60.
4. Lam CS, Donal E, Kraigher-Krainer E, Vasan RS. Epidemiology and clinical course of heart failure with preserved ejection fraction. *Eur J Heart Fail.* 2011;13:18.

PERFIL DEL PACIENTE ANCIANO CON ENDOCARDITIS INFECCIOSA EN MEDICINA INTERNA.

M.A. Esteban Moreno, A.M. Lazo Torres, S. Domingo Roa, C. Maldonado Ubeda, B. Hernandez Sierra, A. Garcia Peña, M.J. Martínez Soriano.

Hospital Torrecárdenas, Almería

La endocarditis infecciosa es una enfermedad consistente en la infección de la cara endocárdica del corazón. Puede ocasionar numerosas complicaciones tanto locales como a distancia, por afectación embólica de otros órganos y por su asociación a fenómenos inmunológicos que producen disfunción de distintos órganos y sistemas.

La incidencia de la endocarditis infecciosa varía de unos países a otros, siendo de 3-10 episodios por cada 100.000 habitantes y año, con una incidencia muy baja en pacientes jóvenes y un incremento muy importante con la edad, de hasta 14,5 episodios por cada 100.000 habitantes y año en pacientes entre 70 y 80 años de edad. Es más frecuente en varones que en mujeres (con una ratio de 2:1).

En la actualidad hay mayor número de endocarditis infecciosa en ancianos. Ha aumentado la endocarditis infecciosa de origen nosocomial y en relación con procedimientos invasivos.

La endocarditis infecciosa es una enfermedad muy compleja, la fiebre es el síntoma más frecuente aunque puede no aparecer si es producida por un microorganismo poco agresivo, si el paciente está recibiendo tratamiento antibiótico, en enfermos con enfermedad terminal (sea cual sea el origen) o en pacientes muy ancianos. El soplo cardíaco es otro hallazgo típico. Además se pueden observar una serie de síntomas inespecíficos como anorexia, pérdida de peso, debilidad y sudores nocturnos. También podemos encontrar petequias en piel y mucosas así como esplenomegalia.

El diagnóstico de endocarditis infecciosa se basa por lo general en una constelación de hallazgos clínicos, estudios de laboratorio (especialmente resultado de hemocultivos) y la ecocardiografía. Durante la evaluación inicial de los pacientes con sospecha de endocarditis, una cuidadosa historia clínica es fundamental.

En 1994, se propusieron los criterios de Duke para el diagnóstico de endocarditis infecciosa. Clásicamente, para el diagnóstico de endocarditis infecciosa se usan estos criterios:

- Criterios anatomopatológicos:
 - o Microorganismos demostrados por cultivo o histología en vegetación, émbolos o endocardio.
 - o Vegetaciones o abscesos intracardiacos confirmados histológicamente.
- Criterios mayores:
 - o Hemocultivos positivos:
 - Hay microorganismos “típicos” en dos o más hemocultivos (streptococcus grupo viridans, s. bovis, grupo HACEK, s. aureus o enterococcus spp si se presenta como bacteriemia comunitaria primaria).
 - 2 o más hemocultivos con microorganismos compatibles con endocarditis infecciosa (2 cultivos positivos separados por al menos 12 horas o más de 3 cultivos positivos extraídos con al menos 1 hora de diferencia)
 - Hemocultivo positivo para c. burnetti o anticuerpos IgG frente a fase I >1/800.
 - o Ecocardiografía positiva para endocarditis infecciosa (se recomienda ecocardiografía transesofágica) definida como:
 - Vegetación o masa implantada sin explicación alternativa.
 - Absceso.

- Nueva dehiscencia parcial de prótesis.
 - Nueva vegetación.
- Criterios menores:
- En función de los criterios de Duke anteriormente descritos, podemos clasificar:
- Endocarditis infecciosa probada: deben cumplirse una o más de las siguientes situaciones:
 - Uno o más criterios anatomopatológicos.
 - Dos o más criterios clínicos mayores.
 - Uno mayor y 3 menores.
 - Cinco criterios clínicos menores.
 - Endocarditis infecciosa posible: deben cumplirse una o más de las siguientes situaciones:
 - Un criterio clínico mayor y un criterio clínico menor.
 - Tres criterios clínicos menores.
 - Endocarditis infecciosa descartada: deben cumplirse una o más de las siguientes situaciones:
 - No se cumplen los criterios de Duke de endocarditis infecciosa probada o posible.
 - Evidencia de un diagnóstico alternativo claro.
 - Resolución del cuadro clínico sospechoso de endocarditis infecciosa con tratamiento antibiótico durante 4 días o menos.
 - Ausencia de afectación endocárdica en los hallazgos de cirugía o autopsia tras menos de 4 días de tratamiento antibiótico.

En todo caso, estos criterios se proponen como una guía para el diagnóstico y no deberían sustituir el juicio clínico y un manejo individualizado del paciente.

ESTUDIO DEL PERFIL DEL PACIENTE ANCIANO CON ENDOCARDITIS INFECCIOSA EN MEDICINA INTERNA.

OBJETIVO

La endocarditis infecciosa tiene una incidencia anual estimada de 3-9 casos por cada 100.000 personas en los países industrializados. Las tasas más altas se observan en los pacientes con válvulas protésicas, dispositivos intracardiacos, cardiopatías congénitas o antecedentes de endocarditis infecciosa, aunque el 50% de los casos de endocarditis infecciosa se desarrollan en pacientes sin antecedentes conocidos de enfermedad de la válvula. Esta patología provoca una alta mortalidad y el aumento de los costes hospitalarios. Nuestro objetivo fue analizar variables epidemiológicas y clínicas de los pacientes mayores de 65 años ingresados en el hospital general con diagnóstico de endocarditis infecciosa.

MÉTODO

Se realizó un estudio prospectivo de enero 2008 a septiembre de 2012. Se analizaron variables epidemiológicas y clínicas de los pacientes ingresados en el hospital de Torrecárdenas con diagnóstico de endocarditis infecciosa.

RESULTADOS

Se estudiaron 64 pacientes con endocarditis infecciosa. La razón hombre/mujer fue superior a 2:1. Las tasas más altas se observan en los pacientes con prótesis valvulares (12,5%), dispositivos intracardiacos (3,1%), enfermedades cardiacas congénitas (2,9%) o antecedentes de endocarditis infecciosa (3,1%). Otros factores de riesgo: la infección por virus de inmunodeficiencia humana en 8 pacientes (12,5%) y el consumo de drogas por vía intravenosa en 5 pacientes (7,8%). Los hemocultivos fueron positivos en 34 pacientes (53%): 11 pacientes con *S. aureus* sensible a meticilina (32%), 6 pacientes *Enterococcus faecalis* (7,6%), 5 *S. hominis* (11,7%), 5 *S. viridans* (14,5%) y 3 candida spp (8,8%).

El 3% de los pacientes se derivaron para ser sometidos a cirugía cardíaca. En 1 paciente se objetivó embolismo séptico (a nivel SNC). La mortalidad hospitalaria fue del 6,2% (3 pacientes).

CONCLUSIONES

En nuestro estudio se detectó un elevado porcentaje de casos de endocarditis infecciosa con hemocultivo negativo (del 47%), esto puede reflejar la baja sospecha clínica de esta patología en muchos casos y la extracción de cultivos en pacientes expuestos a agentes antibióticos antes del diagnóstico (baja rentabilidad de muestras). Los estafilococos son ahora los microorganismos más frecuentemente identificados.

BIBLIOGRAFÍA

Murdoch DR, Corey GR, Hoen B. Clinical presentation, etiology and outcome of infective endocarditis in the 21st century: the international collaboration on endocarditis-prospective cohort study. *Arch Intern Med.* 2009; 169: 463.

1. Anderson DJ, Murdoch DR, Sexton DJ. Risk factors for infective endocarditis in patients with enterococcal bacteremia: a case-control study. *Infection.* 2004; 32:72.
2. Li JS, Sexton DJ, Mick N. Proposed modification to the Duke criteria for the diagnosis of infective endocarditis. *Clin Infect Dis.* 2000;30: 633.
3. Wilson W. Prevention of infective endocarditis: guidelines from the American Heart Association. *Circulation.* 2007; 116: 1736-1754.

REVISIÓN BIBLIOGRAFICA SOBRE ACCIDENTE CEREBROVASCULAR EN EL PACIENTE ANCIANO

C.R. García García ⁽¹⁾, M. Gonzalez Sanchez ⁽²⁾, C. Maldonado Úbeda ⁽³⁾, S. Muñoz De La Casa ⁽³⁾, M.F. Garcia Lopez ⁽³⁾, M.D.C. Moreno Lopez ⁽³⁾.

⁽¹⁾ Hospital San Agustín, Linares; ⁽²⁾ Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza; ⁽³⁾ Hospital Torrecárdenas, Almería.

1. OBJETIVO

Hacer una revisión sobre los estudios más recientes que existen sobre la prevalencia e incidencia de enfermedad cerebrovascular en España en personas ancianas y revisar los factores de riesgo que influyen en su aparición.

1.1. Antecedentes:

El accidente cerebrovascular corresponde a la segunda causa principal de muerte en adultos a nivel mundial. Aquellos pacientes que han sufrido un accidente cerebrovascular presentan alto riesgo de padecer otro, que este segundo episodio sea de mayor gravedad y que produzca mayor discapacidad que el previo. La edad se considera un factor de riesgo importante para sufrir eventos cardiovasculares.

Las intervenciones no farmacológicas pueden ser útiles para evitar un segundo accidente cerebrovascular.

1.2. Factores de riesgo:

Existen numerosos factores de riesgo que influyen en favorecer que se produzca esta patología; algunos de estos factores son modificables, otros son potencialmente modificables y otros no modificables.

Modificables: Hipertensión arterial, cardiopatía, fibrilación auricular, endocarditis infecciosa, estenosis mitral, infarto del miocardio, tabaquismo, enfermedad cerebro vascular transitoria, estenosis carotídea asintomática, cardiopatía.

Potencialmente modificables: Diabetes mellitus, homocisteinemia, hipertrofia ventricular izquierda, dislipidemia, otras cardiopatías (miocardiopatía, prolapso mitral, estenosis aórtica, foramen oval permeable), uso de anticonceptivos orales, consumo de alcohol, drogas, sedentarismo, obesidad, stress, estados de hipercoagulabilidad, etc.

No modificables: Edad, sexo, factores hereditarios, raza, localización geográfica.

Descripción de los principales factores de riesgo.

Edad: La edad avanzada es un factor de riesgo independiente de la patología vascular isquémica y hemorrágica. La incidencia aumenta progresivamente a partir de los 55 años.

Sexo: El sexo masculino es un factor de riesgo para todas las entidades nosológicas.

Hipertensión Arterial: Es el factor de riesgo más importante para que se produzca una isquemia o una hemorragia cerebral. Se ha demostrado que casi el 70% de los pacientes que han presentado algún evento padecen hipertensión.

Tabaquismo: Constituye un importante factor de riesgo tanto para la isquemia como la hemorragia cerebral.

Los fumadores tienen un riesgo dos veces mayor de sufrir un ACV que los no fumadores.

Dislipemia: Existe gran importancia de los lípidos en el mayor riesgo de ACV.

Los niveles bajos de HDL representan un factor de riesgo independiente e importante para el ACV isquémico.

Los pacientes con nivel de colesterol total mayor de 280 mg/ dl, tienen 2,6 veces más riesgo de morir por ictus no hemorrágica que los pacientes con niveles menores de colesterol.

Obesidad: Se ha encontrado una asociación entre obesidad y mayor riesgo de ACV, lo que puede deberse a la relación comprobada con hipertensión arterial, dislipemia, hiperinsulinemia, intolerancia a la glucosa.

Diabetes: La diabetes es un factor de riesgo de gran importancia para la progresión de la placa de ateroma. La presencia de cardiopatía en los diabéticos aumenta el riesgo de ACV y es además un predictor de mayor mortalidad tras el ACV. En los pacientes que han tenido un ACV la presencia de hiperglicemia incrementa la mortalidad y la morbilidad.

Anticonceptivos orales: El riesgo de ACV se incrementa en mujeres fumadoras, hipertensas o diabéticas mayores de 36 años con consumo prolongado de ACO.

Alcohol: A dosis elevadas aumenta el riesgo de ACV isquémico al provocar HTA, alteraciones de la coagulación, arritmias cardíacas y disminución del flujo sanguíneo cerebral.

Drogas: Es una causa cada vez más frecuente de ACV en adolescentes y adultos jóvenes. La cocaína y sobre todo sus alcaloides (crack) se asocian con elevado riesgo de ACV isquémico y hemorrágico. El consumo de anfetaminas induce un mayor riesgo de ACV hemorrágico.

Enfermedades Cardíacas: Se estima que el 20% de los ACV son de origen cardioembólicos, siendo representando la Fibrilación Auricular casi el 50% de todos los casos. Otras causas: infarto del miocardio, miocardiopatía dilatada, foramen oval permeable, endocarditis bacteriana, tumores cardíacos, etc.

Estenosis carotídea: La aterosclerosis carotídea es un factor de riesgo de ACV isquémico, a mayor estenosis mayor riesgo.

Fibrilación auricular: además de ser una de las causas más comunes de embolismo cerebral, la fibrilación auricular es la arritmia cardíaca más frecuente en la práctica clínica, y la que genera mayor número de consultas en los servicios de urgencia y más días de ingreso hospitalario. Su prevalencia en la población general es de 0,4% y en los mayores de 65 años, es diez veces mayor.

Estrés crónico: Un estudio llevado a cabo por neurólogos españoles asegura que el estrés crónico aumenta el riesgo de padecer un ictus.

Un estudio reciente realizado por neurólogos del Hospital Clínico San Carlos concluye que el estrés psicofísico, junto con la ansiedad y la depresión, son factores que aumentan el riesgo de padecer un ictus o accidentes cerebrovasculares.

Este estudio publicado en *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry* evaluó a 150 personas con una edad media de 54 años, además de a otras 300 personas sanas y de la misma edad residentes en la misma zona, a los que se evaluó el estrés crónico a través de las puntuaciones combinadas de 4 escalas validadas: los sucesos vitales estresantes, síntomas como la ansiedad y la depresión, el bienestar general y los patrones de comportamiento indicativos de personalidad tipo A, así como los factores de riesgo biológico para el accidente cerebrovascular (hipertensión, colesterol alto, etc.). Los participantes también fueron interrogados sobre su estilo de vida (incluyendo el consumo de cafeína, alcohol, bebidas energéticas, tabaquismo, etc.) y si tenían pareja y trabajo. Tras el análisis, los científicos encontraron que aquellas personas que habían tenido un episodio de estrés importante en el año anterior presentaban un riesgo de ictus casi cuatro veces mayor que el grupo de control sano.

2. MÉTODO

El método realizado consiste en una revisión bibliográfica sobre las publicaciones internacionales más recientes. La relevancia de los estudios de incidencia del ictus reside en que se trata de la enfermedad neurológica más común en nuestro país y que presenta elevado riesgo de mortalidad. La Organización Mundial de la Salud (OMS) describe la incidencia de la enfermedad alrededor de 200 casos nuevos por cada 100.000 habitantes.

Existen numerosos estudios epidemiológicos que dejan reflejado que existen diferencias en la incidencia, correspondiendo las tasas más altas a los países del norte de Europa, donde se presentan 270 casos nuevos por cada 100.000 habitantes/año, respecto al sur de Europa, donde se encuentran 100 casos nuevos por cada 100.000 habitantes/año.

Hay realizados numerosos estudios sobre incidencia en Europa, Asia, Australia y Norteamérica, entre otros países; sin embargo, y a pesar de que en España las enfermedades cerebrovasculares son la segunda causa (1º en mujeres) de mortalidad específica, por detrás del infarto de miocardio, y suponen un coste sanitario importante, aún la incidencia del ictus no se conoce con exactitud por la dificultad de su estimación, porque existen diversos tipos, entre otros motivos.

Una revisión de los estudios epidemiológicos sobre enfermedad cerebrovascular publicados por autores españoles identificó seis estudios de prevalencia y tres de incidencia.

Esta revisión muestra que los estudios sobre ictus realizados en España son de pequeño tamaño, y por tanto tienen escasa potencia estadística, además de ello, no están bien definidos los criterios diagnósticos empleados. La incidencia global de ictus en España no se conoce aún con precisión, aunque se estima que puede oscilar entre 120-350 casos por 100.000 habitantes/año, según las cifras de los estudios. Las tasas se multiplican por 10 en la población mayor de 75 años de edad. Además, entre un 5 y un 11% de la población mayor de 65 años refiere síntomas de ictus previos.

La necesidad de estudio y cuantificación epidemiológica de base poblacional se sustenta en que la mortalidad y morbilidad por enfermedad cerebrovascular en España es bastante más alta que en el resto de los países de Europa occidental, sobre todo en población anciana.

La información disponible en la actualidad es muy poca, por lo que es necesario realizar un esfuerzo cooperativo para activar un proyecto epidemiológico coordinado que excede la capacidad de grupos de investigación aislados.

El estudio Iberictus es un registro epidemiológico de base poblacional que trata de estimar la incidencia de ictus en distintas áreas de España, y cuyos objetivos son:

- Estimar las tasas de incidencia, de ataque, de mortalidad y de letalidad hospitalaria por ictus establecido durante un año (2006) en la población española mayor de 17 años, según los datos de cinco áreas geográficas españolas.

- Comparar las tasas de incidencia, de ataque, de mortalidad y de letalidad hospitalaria por ictus de cada área participante con las del conjunto del estudio y con otros estudios internacionales.

- Explorar las posibles variables sociodemográficas y clínicas asociadas con una mayor letalidad hospitalaria.

El objetivo del trabajo es exponer los aspectos metodológicos y de diseño fundamentales para el desempeño del estudio Iberictus.

El estudio de la prevalencia en España se ha realizado mediante el estudio NEDICES: Las medidas de prevalencia se centran en el estatus de enfermedad, definiendo la proporción de una población que está afectada por una enfermedad en un momento dado; los estudios de prevalencia facilitan la estimación de la carga sociosanitaria que suponen los supervivientes a la enfermedad cerebrovascular.

En el estudio NEDICES para los ictus y accidentes isquémicos transitorios (AIT) se empleó la prevalencia a lo largo de toda la vida; esto es, el evento cerebrovascular debía haber sucedido antes de la fecha de prevalencia del periodo, el 1 de mayo de 1994, y

el sujeto tenía que haber sobrevivido para ser considerado como afectado. Se trata de un estudio clásico de cohortes, prospectivo y cerrado, limitado a la población de 65 o más años escogida en tres zonas del centro de España, dos urbanas y una rural: barrio de Lista, centro de Madrid, barrio de Margaritas (Getafe), zona de la periferia de Madrid, y 38 aldeas de la zona rural de Arévalo (Ávila). Se realizó un muestreo aleatorio en la primera zona y se incluyó a toda la población censal (a 31 de diciembre de 1993) en las otras dos zonas. Esta cohorte anciana constó de 5.278 participantes y el primer corte comprendió dos fases (cribado y diagnóstico) experto en las que se evaluaba la salud de

los participantes y diversas enfermedades crónicas además de las neurológicas asociadas

al envejecimiento. Los diversos cuestionarios empleados y la metodología del trabajo de campo se detallan en algunos trabajos ya publicados. El estudio NEDICES tuvo una adecuada participación, con una mengua antes del cribado de sólo el 10% de la población elegible, y se ha convertido en el estudio neuroepidemiológico de prevalencia en ancianos españoles de población más amplia.

3. DISCUSIÓN

El estudio Iberictus constituye una primera aproximación epidemiológica a la incidencia del ictus en España de modo prospectivo, con datos multicéntricos y concurrentes. En nuestro país existe ya una serie de estudios de incidencia sobre patología cerebrovascular, revisados recientemente y donde se concluye la gran variabilidad que existe en los límites de edad, la metodología utilizada y el ámbito.

Hay dos revisiones recientes a nivel internacional de epidemiología del ictus desde 1990 hasta 2005 donde seleccionan aquellos estudios que cumplen una serie de criterios:

- Evaluación completa de la población, mediante fuentes complementarias, que muchas veces se solapan (hospitalarias, consultas externas, certificados de defunción).

- Empleo de la definición estándar de ictus de la OMS.

- Registro solamente del primer evento cerebrovascular.

- Datos obtenidos en años completos.

- Sin límite superior de edad para la población estudiada.

- Disponibilidad de datos tabulados, y número suficiente de casos para poder calcular tasas; en su caso, disponibilidad de los datos originales por parte de los autores para poder calcularlos.

- Diseño prospectivo.

- Presentación de los datos en grupos de edad, con segmentos en la mitad de cada década de la vida (algunos

ejemplos son 25-34, 35-44, 45-54, etc.).

Se seleccionan entre cincuenta estudios valorados, entre los que no se encuentra ninguno español, se seleccionan finalmente sólo 16 trabajos que cumplen fielmente estos criterios ‘ideales’.

La realización de un estudio eficiente de incidencia poblacional de calidad en patología vascular cerebral exige, como tantas otras investigaciones, un compromiso entre la disponibilidad de recursos y la ambición científica por conseguir datos representativos y fiables. La posibilidad de cometer sesgos es elevada, pero en el estudio Iberictus se ha primado la factibilidad, y se ha adaptado al máximo a los criterios de calidad de estudio ‘ideal’ de incidencia propuestos por Malgrem et al y Sudlow y Warlow.

Recientemente, se ha revisado en una editorial la utilización de aproximaciones a los estudios de incidencia poblacional del ictus mediante el CMBD. En el estudio Iberictus, si bien el CMBD es una herramienta poderosa para la identificación de los casos incidentes, se ha tenido en cuenta en el diseño la eliminación de los casos duplicados; al tratarse de incidencia de primeros episodios cerebrovasculares, los reingresos con código diagnóstico de ictus o AIT detectados mediante el CMBD quedan eliminados, y no se contabilizan como casos incidentes, es decir, cada individuo en el numerador sólo se contabiliza una vez.

Además de esto, no se deja en manos de personal administrativo o monitores el caso que va a ir al numerador de la incidencia: cada historia clínica de los pacientes detectados mediante el CMBD se revisa por el equipo investigador. Adicionalmente, aunque es una impresión general que la mayoría de episodios vasculares cerebrales en nuestro país se ingresa, no debe hacerse esa asunción en un estudio de incidencia poblacional, y deben obtenerse datos de fuentes adicionales. Hay escasez de datos al respecto, pero se estima que en torno a un 13% de cuadros vasculares cerebrales

agudos que acuden a la urgencia hospitalaria de un hospital provincial pueden no ingresarse. Por tanto, en el estudio Iberictus, se registran no sólo los AIT e ictus atendidos en urgencias pero no ingresados, sino también aquéllos detectados por el médico de atención primaria y no remitidos al hospital, y que quedan registrados en dicho ámbito. Además de proporcionar así datos más completos, los hallazgos supondrán una aproximación hacia la validación del CMBD como herramienta para los estudios epidemiológicos de este tipo, con base poblacional.

Por último, un elemento de control de calidad importante en un estudio de esta naturaleza es la realización de un estudio piloto, que permita una aproximación al trabajo de campo, valoración de los circuitos de información, detección de dificultades,

realización de subestudios de fiabilidad interobservador, etc.

En conclusión, con el diseño y metodología empleada, el estudio Iberictus cumple los criterios de calidad de estudio ‘ideal’ de incidencia de patología vascular cerebral aguda propuestos en la literatura neuroepidemiológica, y representa una oportunidad única para ampliar el conocimiento de la frecuencia del ictus en nuestro país y, por tanto, de uno de los principales problemas de salud pública.

4. RESULTADOS

El objetivo de obtener unos resultados es conseguir actualizar y consultar los datos de ACV en población anciana para ponerlo a disposición de la comunidad científica.

Según los datos obtenidos de los estudios consultados la prevalencia de enfermedad cerebrovascular en la población anciana de España ajustada a la población europea es del 4,9%-5,1%. Y los casos incidentes según otros estudios en personas mayores de 18 años está en torno a 185-190 personas por 100.000 habitantes y año. Los hallazgos del estudio IBERICTUS han sido publicados en la revista internacional cerebrovascular “Diseases” y presentados en la última reunión Anual de la Sociedad Española de Neurología.

Principales resultados sobre la prevalencia de la patología cerebrovascular en estudio NEDICES:

Se detectaron un total de 257 sujetos que habían sobrevivido a un evento cerebrovascular (ECV); 117 (45,5%) eran hombres y 140 (54,5%) mujeres. De ellos, 186 (72,4%) habían sufrido un ictus y 71 (27,6%) un AIT.

Hubo seis sujetos clasificados como “ictus” que habían sufrido un AIT previamente

(3,2%). La tasa cruda de prevalencia edad específica (en tanto por ciento poblacional)

fue de 4,9 para todo EVC (intervalos de confianza [IC] del 95%: 4,3-5,5), de 3,5 para el

ictus (IC: 3,1-4,1) y de 1,3 para el AIT (IC: 1,1-1,7). Las tasas de prevalencia ajustadas con el estándar de la población europea fueron del 4,9% para todo EVC (IC: 4,3-5,4), del 3,4% para el ictus (IC: 2,9-3,9) y del 1,3% para el AIT (IC: 1,0-1,6). La prevalencia de ECV fue discretamente más elevada para los hombres que para las mujeres, 5,2 (IC: 4,4-6,2) vs. 4,6 (IC: 3,9-5,4) y la prevalencia edad y sexo-específica aumentaba con la edad, aunque el incremento era más sostenido en las mujeres. La duración o supervivencia media de quienes

habían sufrido un ECV fue de seis años para todas las edades y sexos. La edad a la que se sufrió el ECV estaba en el rango de 25-91 años, estando el percentil 50 en los 69 años de edad. No hubo diferencias significativas de prevalencia entre las áreas urbanas y la rural.

Disponían de estudios de neuroimagen 136 de los 257 pacientes con ECV (52,9%). De estos, 127 casos se clasificaron como ECV isquémicos (93,4%), hubo seis casos de hemorragia parenquimatosa prevalentes (17,5%) y tres casos (2,9%) habían sobrevivido a una hemorragia subaracnoidea. En el análisis multivariante de factores de riesgo vascular tradicionales, la edad, el sexo varón, la diabetes, la hipertensión arterial y la cardiopatía mostraron asociación independiente con las ECV prevalentes.

Las cifras de prevalencia obtenidas no difieren sustancialmente de las de otros importantes estudios previos españoles¹⁰.

En la actualidad se están depurando los datos obtenidos en un segundo corte u ola (1 de mayo de 1997), que preliminarmente permiten calcular una incidencia poblacional (periodo de 1994-1997) de 800 a 1.100 casos nuevos de ictus por 100.000 habitantes-año¹¹ en este segmento de edad. Esta cifra coincide con la observada en el estudio de incidencia de ECV IBERICTUS que también se desarrolla en esta revisión.

5. CONCLUSIONES

El estudio Iberictus cumple los criterios de calidad de estudio de incidencia de patología vascular cerebral aguda propuestos en la literatura neuroepidemiológica, y representa una oportunidad única para ampliar el conocimiento de la frecuencia del ictus en nuestro país y, por tanto, de uno de los principales problemas de salud pública en la actualidad.

Conclusiones de estudios recientes respecto al uso de estatinas: Se ha establecido un descenso significativo en las tasas del primer accidente cerebrovascular y del accidente cerebrovascular recurrente con el uso de estatinas en ensayos clínicos grandes y en metaanálisis y revisiones sistemáticas. Curiosamente, los estudios de observación describieron que los niveles de colesterol estaban sólo débilmente asociados al accidente cerebrovascular isquémico, lo que sugiere que debe haber otros posibles mecanismos implicados en la protección vascular. De hecho, más allá de los cambios en los lípidos, se han propuesto algunas propiedades de estos medicamentos relativas a la inflamación, hemostasia, función endotelial, estabilización de las placas de ateroma y, más recientemente, a la movilización de las células endoteliales. Asimismo, un metaanálisis reciente también puso de manifiesto que las estatinas reducen la presión arterial sistólica y diastólica. En general, todos estos beneficios pueden contribuir a la prevención de los accidentes cerebrovasculares mediante el uso de estatinas.

El estudio NEDICES muestra una prevalencia de enfermedad cerebrovascular en la población anciana del centro de España (65 años o más) ajustada a la población europea del 4,9% (IC: 4,3-5,4). La tasa estandarizada a la población europea de casos incidentes de eventos cerebrovasculares en sujetos de 18 años o más, del estudio IBERICTUS, es de 186,96 casos por 100.000 habitantes y año (IC: 180,2-193,7). Estos dos estudios han dado estimaciones muy robustas, respecto a estudios previos, por su gran denominador y su base poblacional.

BIBLIOGRAFÍA

Bases metodológicas del estudio Iberictus. *Rev Neurol* 2008; 47 (12): 617-623 ,

1. Abadal LT, Puig T, Balaguer Vintró I. Incidence, mortality and riskfactors for stroke in the Manresa Study: 28 years of follow-up. *Rev Esp Cardiol* 2000; 53: 15-20.
2. Abramson JH. Pretest y otros preparativos prácticos. In Abramson JH,ed. *Métodos de estudio en medicina comunitaria*. Madrid: Díaz de Santos; 1990. p. 205-12.
3. Aho K, Harmsen P, Hatano S, Marquardsen J, Smirnov VE, Strasser T. Cerebrovascular disease in the community: results of a WHO collaborative study. *Bull World Health Organ* 1980; 58: 113-30.
4. Anderson DW, Rocca WA, Rosario JA. Pitfalls in neuroepidemiologic research. *Neuroepidemiology* 1998; 17: 55-62.
5. Arboix A, Díaz J, Pérez-Sempere A, Álvarez-Sabin J, por el Comité ad hoc del GEECV de la

- Sociedad Española de Neurología. Ictus: tipos etiológicos y criterios diagnósticos.
6. Asplund K, Tuomilehto J, Stegmayr B, Wester PO, Tunstall-Pedoe H. Diagnostic criteria and quality control of the registration of stroke events in the MONICA project. *Acta Med Scand* 1988; 728: 26-39.
 7. Asplund K, Tuomilehto J, Stegmayr B, Wester PO, Tunstall-Pedoe H. Diagnostic criteria and quality control of the registration of stroke events in the MONICA project. *Acta Med Scand*. 1988; 728: 26-39.
 8. Bamford J, Sandercock P, Dennis M, Burn J, Warlow C. Classification and natural history of clinically identifiable subtypes of cerebral infarction. *Lancet* 1991; 337: 1521-6.
 9. Bermejo F, Benito León J, Vega S, Díaz Guzmán J, Rivera J, Molina JA, et al. La cohorte de ancianos NEDICES. Metodología Metodología y principales hallazgos neurológicos. *Rev Neurol*. 2008; 46: 416-23.
 10. Bermejo F, Gabriel R, Vega S, Morales JM, Rocca WA, Anderson DW, et al. Problems and issues with door-to-door, two-phase surveys: an illustration from central Spain. *Neuroepidemiology*. 2001; 20: 225-31.
 11. Bermejo FP, editor. Cohorte de ancianos NEDICES. Datos generales y de salud. Madrid: EDIMSA; 2007.
 12. Caicoya M, Rodríguez T, Lasheras C, Cuello R, Corrales C, Blázquez B. Incidencia del accidente cerebrovascular en Asturias: 1990-91. *Rev Neurol* 1996; 24: 806-11.
 13. Del Barrio JL, De Pedro Cuesta J, Boix R, Acosta J, Bergareche A, Bermejo Pareja F, et al. Dementia, stroke and Parkinson's disease in Spanish populations: a review of door-to-door prevalence surveys. *Neuroepidemiology*. 2005; 24: 179-88.
 14. Dennis MS, Bamford JM, Sandercock PAG, Warlow CP. Incidence of transient ischemic attacks in Oxfordshire, England. *Stroke* 1989; 20: 333-9.
 15. Díaz Guzmán J, Bermejo Pareja F, Benito León J, Vega S, Gabriel R, Medrano MJ. Neurological Disorders in Central Spain (NEDICES) Study Group. Prevalence of Stroke and Transient Ischemic Attack in Three Elderly Populations of Central Spain. *Neuroepidemiology*. 2008; 30: 247-53.
 16. Díaz Guzmán J, Egido Herrero J, Fuentes B, Fernández Pérez C, Gabriel Sánchez R, Barberá G, et al, en representación del Proyecto Ictus del Grupo de Estudio de Enfermedades Cerebrovasculares de la SEN. Incidencia del ictus en España: Estudio Iberictus. Datos del estudio piloto. *Rev Neurol*. 2008; 47: 617-23.
 17. Díaz Guzmán J, Egido Herrero J, Gabriel Sánchez R, Barberá G, Fuentes B, Fernández Pérez C, et al, en representación del Proyecto Ictus del Grupo de Estudio de Enfermedades Cerebrovasculares de la SEN. Incidencia del ictus en España. Bases metodológicas del estudio Iberictus. *Rev Neurol*. 2008; 47: 617-23.
 18. Díaz Guzmán J, Egido J, Abilleira S, Barberá G, Gabriel R, en representación del Proyecto Ictus del Grupo de Estudio de Enfermedades Cerebrovasculares de la SEN. *Neurología*. 2007; 22: 605.
 19. Díaz-Guzmán J, Egido-Herrero JA, Gabriel-Sánchez R, Barberà G, Fuentes B, Fernández-Pérez C, et al, en representación del Proyecto Ictus del Grupo de Estudio de Enfermedades Cerebrovasculares de la Sociedad Española de Neurología (SEN). Incidencia del ictus en España. Estudio Iberictus. Datos del estudio piloto. *Rev Neurol* 2009 [in press] universitario de Ciencias de la Salud. Universidad de La Coruña).
 20. Díaz-Guzmán, Egido-Herrero, Gabriel-Sánchez, Barberà f, Fuentes, Fernández-Pérez, Abilleira en representación del Proyecto Ictus del Grupo de Estudio de Enfermedades Cerebrovasculares de la Sociedad Española de Neurología h Bonita R. Epidemiology of Stroke. *Lancet* 1992; 339: 342-44.
 21. DiCarlo A, Launer LJ, Bretler MBB, Fratiglioni L, Lobo A, Martínez-Lage J, et al. Frequency of stroke in Europe: a collaborative study of population-based cohorts. *Neurology* 2000; 54 (Suppl 5): S28-33.
 22. Díez-Tejedor E, ed. Guías oficiales de la SEN, n.º 3: Guía para el diagnóstico y tratamiento del ictus. Barcelona: Prous Science/SEN; 2006. p. 1-23.
 23. Feigin VL, Lawers CMM, Bennett DA, Barrer-Collo SL, Parag V. Worldwide incidence and early case fatality reported in 56 population-based studies: a systematic review. *Lancet Neurol*. 2009; 8: 355-69.

24. Feigin VL, Lawes CMM, Bennett DA, Anderson CS. Stroke epidemiology: a review of population-based studies of incidence, prevalence, and case-fatality in the late 20th century. *Lancet Neurol* 2003; 2: 43-53.
25. Fernández Artalejo F. Estudios de cohortes. En: Del Rey-Calero J, Herruzo RC, Fernández Artalejo F, editores. *Fundamentos de epidemiología clínica*. Madrid: Síntesis; 1996. p.229-62.
26. García-De Lucas MD, Casas-Fernández de Tejerina JM, Cara-García M. Enfermedad cerebrovascular aguda en el área sanitaria norte de Córdoba. *Rev Neurol* 2007; 44: 68-74.
27. Gutiérrez-Fuentes JA, Gómez-Jerique J, Gómez-De la Cámara A, Rubio MA, García-Hernández A, Arístegui I. Dieta y riesgo cardiovascular en España (DRECE II). Descripción de la evolución del perfil cardiovascular. *Med Clin (Barc)* 2000; 115: 726-9.
28. Hervás-Angulo A, Cabaés-Hita JM, Forcén-Alonso T. Costes del ictus desde la perspectiva social. Enfoque de incidencia retrospectiva con seguimiento a tres años. *Rev Neurol* 2006; 43: 518-25.
29. Instituto Nacional de Estadística [Internet]. Encuesta Nacional de Morbilidad Hospitalaria. 2006 [acceso el 1 de mayo de 2009] Disponible en URL: <http://www.ine.es/>.
30. Instituto Nacional de Estadística. Salud. España en cifras 2008. Madrid: INE; 2008. p. 18.
31. Instituto Nacional de Estadística. URL: <http://www.ine.es>. [01.10.2008].
32. Leno C, Berciano J, Combarros O, Polo JM, Pascual J, Quintana F, Merino J, et al. A prospective study of stroke in young adults in Cantabria, Spain. *Stroke* 1993; 24: 792-5.
33. López-Pousa S, Vilalta J, Llinàs J. Incidence of cerebrovascular disease in Spain: a study in a rural area of Girona. *Rev Neurol* 1995; 23: 1074-80.
34. Malmgren R, Warlow C, Bamford J, Sandercock P. Geographical and secular trends in stroke incidence. *Lancet* 1987; 2: 1197-8.
35. Malmgren R, Warlow C, Bamford J, Sandercock P. Geographical and secular trends in stroke incidence. *Lancet*. 1987; 2: 1197-8.
36. Marrugat J, Arboix A, García-Eroles L, Salas T, Vila J, Castell C, et al. Estimación de la incidencia poblacional y la mortalidad de la enfermedad cerebrovascular establecida isquémica y hemorrágica en 2002. *Rev Esp Cardiol* 2007; 60: 573-80.
37. Martín R, Oltra A, Moltó JM, Solá D, Insa R, Villagrasa E, et al. Incidencia del accidente vascular cerebral en el área de Alcoy. *Rev Neurol* 1989; 17: 231-4.
38. Matías-Guiu J, Oltra A, Falip R, Martín R, Galiano L. Occurrence of transient ischemic attacks in Alcoi: descriptive epidemiology. *Neuroepidemiology* 1994; 13: 34-9.
39. Matías-Guiu J. La investigación en epidemiología del ictus en España. ¿Estudios de base poblacional o utilización de aproximaciones a partir del CMBD? *Rev Esp Cardiol* 2007; 60: 563-4.
40. Medrano MJ, Boix R, Cerrato E, Ramírez M. Incidencia y prevalencia de cardiopatía isquémica y enfermedad cerebrovascular en España: revisión sistemática de la literatura. *Rev Esp Salud Pública* 2006; 80: 5-15.
41. Medrano MJ, Boix R, Cerrato E, Ramírez M. Incidencia y prevalencia de cardiopatía isquémica y enfermedad cerebrovascular en España: revisión sistemática de la literatura. *Rev Esp Salud Pública*. 2006; 80: 5-15.
42. Morales JM, Bermejo FP, Benito León J, Rivera Navarro J, Trincado R, Gabriel SR, et al. Methods and demographic findings of the baseline survey of the NEDICES cohort: a doortodoor survey of neurological disorders in three communities from Central. Spain. *PublicHealth*. 2004; 118: 426-33.
43. Pallarés. L(H. Son Dureta, Mallorca), Piñeiro-Bolaño (H. Xeral-Calde, Lugo), Prieto-Jurczynska (H. Nuestra Señora del Prado, Talavera de la Reina, Toledo),B. Reviriego (CEIIS, Madrid), F. Rigó (Centro de Salud Emili Verde,Mallorca).
44. Rothman KJ. *Epidemiología moderna*. Madrid: Díaz de Santos;1987.
45. Sánchez del Valle (H. Nuestra Señora del Prado, Talavera de la Reina, Toledo), Segura (Consejería de Sanidad, Junta de Castilla-La Mancha, Toledo), Serrano-Castro (H. Torrecárdenas, Almería).
46. Sempere AP, Duarte J, Cabezas C, Clavería L. Incidence of transientischemic attacks and minor ischemic strokes in Segovia, Spain. *Stroke* 1996; 27: 667-71.
47. Sopolana D, Segura T, Vadillo A, Herrera M, Hernández J, García-Muñozguren S, et al. Beneficio de la instauración de guardias de neurología de presencia física en un hospital general. *Neurología* 2007; 22:72-7.

48. Soriano (H. General de Segovia), Sureda-Santiso (H. Torrecárdenas, Almería), Tortell-Marimón (H. Son Dureta, Mallorca), Tur-Campos (H. Son Dureta, Mallorca), Vega-Quiroga (Centro de Salud de El Espinar, Segovia). Instituto Nacional de Estadística [Internet]. Defunciones según la causa de muerte. 2005. [acceso el 1 de mayo de 2009]. Disponible en URL: www.ine.es.
49. Sudlow CLM, Warlow CP. Comparing stroke incidence worldwide: what makes studies comparable? *Stroke*. 1996; 27: 550-8.
50. Sudlow CLM, Warlow CP. Comparing stroke incidence worldwide: what makes studies comparable? *Stroke* 1996; 27: 550-8.
51. Truelsen T, Piechowski-Józwiak B, Bonita R, Mathers C, Bogousslavsky J, Boysen G. Stroke incidence and prevalence in Europe: a review of available data. *Eur J Neurol* 2006; 13: 581-98.

5. Patología Nefrourológica

ENFERMEDAD RENAL OCULTA. CONSENSO DE SOCIEDADES MÉDICAS

W. Portorreal Guerrero ⁽¹⁾, M.J. Sánchez Caravaca ⁽²⁾, G. Magaña Ruiz ⁽³⁾, V. Girela López ⁽⁴⁾, F. Villena Martín ⁽⁵⁾, R. Oloriz Sáez ⁽⁶⁾, J. García Valdecasas ⁽⁷⁾.

⁽¹⁾ *Consta Privada*; ⁽²⁾ *Centro Salud Lujar*; ⁽³⁾ *Centro salud Guadix*; ⁽⁴⁾ *Centro salud Orgiva*; ⁽⁵⁾ *centro*

OBJETIVO

Presentar el consenso de sociedades médicas sobre la enfermedad renal crónica (ERC):

- Sociedad Española de Nefrología (SEN)
- Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI)
- Sociedad Española de Cardiología (SEC)
- Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición (SEEN)
- Sociedad Española de Diálisis (SED)
- Sociedad Española de Hipertensión liga Española para la Lucha contra la Hipertensión Arterial (SEH-LELHA)
- Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (SEMFyC)
- Sociedad Española de Medicina General (SEMG)
- Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN)
- Sociedad Española de Bioquímica Clínica y Patología Molecular (SEQC)

MÉTODO

El estudio EPIRCE (Epidemiología de la Insuficiencia Renal Crónica en España) diseñado para conocer la prevalencia de la ERC en nuestro país y promovido por la SEN con el apoyo del ministerio de Sanidad y Consumo, se estimó que aproximadamente el 10% de la población adulta sufría de algún grado de ERC, siendo del 6,8% para los estadios 3-5 aunque existían diferencias importantes con la edad (3,3% entre 40-64 años y 21,4% para mayores de 64 años).

Estos datos fueron obtenidos a partir de la medición centralizada de la concentración de creatinina sérica en una muestra significativa aleatoria y estratificada de la población española de creatinina sérica en una muestra significativa aleatoria y estratificada de la población española mayor de 20 años y a partir de la estimación del FG (filtrado glomerular) por la fórmula Modification of Diet in Renal Disease (MDRD).

En concreto, 5.4% de la población tenía un FG entre 45-49ml/min/1,73m² (estadio 3A); 1.1% entre 30-44 ml/min/1,73m² (estadio 3B); 0.27% entre 15-29 ml/min/1,73m² (estadio 4) y un 0.03% tenían un FG menor de 15 ml/min/1,73m² (estadio 5).

En la población con diabetes tipo 2, la microalbuminuria (MAU) es un potente predictor de mortalidad total y cardiovascular. Además traduce un aumento en la vulnerabilidad y la permeabilidad vascular en la diabetes. Es importante conocer el impacto relativo de la MAU comparada con otros factores de riesgo en la población diabética.

Un análisis multivariable para mortalidad cardiovascular en diabetes tipo 2 muestra que la MAU es más importante predictor (odds ratio de 10.02) que el tabaco (6.52), la presión diastólica (3.20) y el colesterol sérico (2.32)

Estudio INSIGHT (Lancet, 2000) : proteinuria superior a 0.5 g/día duplica probabilidad de evento cardiovascular (RR 2.08, IC 95% 1.42-3.06), riesgo que es superior al causado por:

- Tabaco
- Diabetes mellitus
- Hipertrofia ventricular izquierda

E incluso superior a:

- antecedentes de enfermedad coronaria
- antecedentes de enfermedad arterial periférica

El informe JNC – 7 (JAMA 2003;289, 2560-2572) considera a la microalbuminuria y al filtrado glomerular inferior a 60 ml/min como factores de riesgo cardiovascular mayores.

Para hacerse una idea somera del coste económico de la ERC, reseñar que sólo el tratamiento de la ERC estadio 5 (esto es, diálisis o trasplante) supone el 1,6% del gasto sanitario de nuestro país y que se invierte en el tratamiento del 0,08% de la población.

Por otro lado, está el impacto económico de la morbimortalidad cardiovascular asociada a la ERC y que afecta a muchos más pacientes.

La diabetes constituye la principal causa de insuficiencia renal crónica terminal, tanto en EE UU como en Europa. Aunque la nefropatía se desarrolla con mayor frecuencia en diabetes tipo 1, dado que la prevalencia de la diabetes tipo 2 es 10 a 15 veces superior, el resultado es que el 60-90% de los pacientes diabéticos que inician programas de diálisis son pacientes con diabetes tipo 2.

En España, la diabetes se ha colocado también como la primera causa de insuficiencia renal terminal y necesidad de tratamiento sustitutorio con diálisis.

Además, el aumento de prevalencia de la diabetes, junto con la hipertensión y el envejecimiento de la población, han contribuido al espectacular incremento de pacientes en diálisis tanto en EEUU como en Europa.

La enfermedad renal es “per se” un factor de riesgo mayor de morbi-mortalidad, que apenas se ha tenido en cuenta hasta ahora, al ser un factor que nunca se consideró en los estudios epidemiológicos serios (Framingham, etc).

Especial atención a la DIABETES y HTA (75% de los pacientes en diálisis).

Evitar la progresión de la enfermedad renal ahorraría una gran partida de recursos económicos

¿QUE ENTENDEMOS POR ENFERMEDAD RENAL?

La presencia durante al menos TRES MESES de:

- FG inferior a 60 ml/min
- lesión renal que pueda provocar potencialmente un descenso del FG

La lesión renal se pone de manifiesto bien por biopsia renal o indirectamente por la presencia de albuminuria (MAU o proteinuria), alteraciones en el sedimento urinario o alteraciones hidroelectrolíticas.

La albuminuria identifica un subgrupo de pacientes con mayor riesgo de progresión de la enfermedad renal y con más morbi-mortalidad cardiovascular.

Sin embargo, el valor de la *albuminuria aislada (en forma de MAO o proteinuria)*, está en entredicho como criterio específico de enfermedad renal crónica, ya que se encuentra también en la obesidad, tabaquismo, dermatitis y artritis sin compromiso renal.

Los quistes simples aislados NO son criterio de enfermedad renal.

Son muy frecuentes:

- 24% en mayores de 40 años
- 50% en mayores de 50 años
- 100% en mayores de 90 años

RESULTADOS

La importancia de la detección precoz de la ERC radica en que es reconocida actualmente como un problema importante de Salud Pública, debido a la necesidad de un carísimo tratamiento sustitutivo en la fase terminal de la enfermedad y al aumento extremo del riesgo de eventos cardiovasculares; genéricamente considerados en el hasta ahora llamado Síndrome Cardiorenal tipo IV con los costes económicos consiguientes, en gran parte derivados de ingresos hospitalarios complejos, una mortalidad prematura y disminución de la calidad de vida. Se estima que el 40% de la población española con ERC (no diagnosticada) fallecerá, principalmente, de problemas cardiovasculares antes de entrar en un programa de diálisis. Por tanto, estos pacientes tienen más probabilidades de morir por una complicación secundaria a la ERC.

Además, en fases incipientes de fallo renal con reducciones del filtrado glomerular hasta 60 ml/min, no se comienza a apreciar la elevación de la creatinina plasmática.

A pesar de cifras normales de creatinina, hay un importante número de personas, especialmente mujeres, que con creatininas normales presentan aclaramientos inferiores a 50 ml/min: 22% entre 60 y 70 años, 35% entre 70 y 80 años, y 57% en mayores de 80 años.

En los hombres las cifras son inferiores, pero también en ciertos casos reducidas. Es lo que se llama insuficiencia renal oculta: presencia de función renal reducida con creatinina plasmática normal.

Formulas derivadas de la creatinina:

- Cockcroft-Gault
- Ecuación CKD-EPI

A pesar de las limitaciones y sesgos, estas formulas son mucho más precisas para estimar el FG que la creatinina sérica.

Clasificación de la ERC

Estadio 1: daño renal con $FG \geq 90$ ml/min

Estadio 2: daño renal con FG entre 60-89 ml/min

Estadio 3A: FG entre 45-59 ml/min

Estadio 3B: FG entre 30-44 ml/min

Estadio 4: FG entre 15-29 ml/min

Estadio 5: $FG < 15$ ml/min

Estadio 5D: diálisis (Hemodiálisis o Diálisis peritoneal)

Detenimiento especial en el estadio 2 sin lesión renal (propio de la edad): sin MAU, sedimento normal, imagen renal normal.

No deben ser sometidos a ninguna intervención específica.

ERC-CRITERIOS DE DERIVACION

- Todos los pacientes con FG estimado < 30 ml/min, excepto si existe deterioro clínico importante (demencia, etc) y no sea candidato a trasplante renal sustitutivo. En ellos habrá siempre consenso en el tratamiento y seguimiento.
- Los mayores de 80 años con FG entre 20-30 ml/min y muy estables, no se remitirán (previo consenso en el seguimiento y tratamiento).
- Los situados entre 70-80 años con FG entre 30-45 ml/min y muy estables, no se remitirán (previo consenso en el seguimiento y tratamiento).
- Los menores de 70 años, SI SE REMITIRAN siempre que tengan ERC

Existe una gran uniformidad en el mensaje de la necesidad de utilizar fármacos que bloqueen el sistema renina angiotensina, bien mediante inhibidores de la enzima de conversión de angiotensina (IECAs) o antagonistas de los receptores de angiotensina II (ARA II), debido a sus efectos nefroprotectores adicionales

El paciente diabético y, muy especialmente el diabético tipo 2, requiere con frecuencia varios fármacos para lograr un adecuado control de la presión arterial. Por ello el Documento de Consenso esquematiza el nivel de actuación, aconsejando las asociaciones más adecuadas.

No hemos de olvidar que, en presencia de cardiopatía isquémica, siempre ha de administrarse un betabloqueante. Las evidencias proporcionadas por estudios como HOT, HOPE y MICROHOPE hacen aconsejable añadir un antiagregante plaquetario, a dosis moderada, en la prevención del riesgo cardiovascular:

- Controlar la Tensión Arterial (TA) y ajustar tratamiento: objetivo 140/90 mmHg si MAU negativa; 130/80 mmHg si MAU.
- Vigilar anemia: $Hb < 10.5$ g/dl remitir al nefrólogo, al igual que ante descensos bruscos de la Hb.
- Evitar Antiinflamatorios no esteroideos (AINEs), Antidiabético Oral (ADO) de eliminación renal, contrastes yodados, nuevos anticoagulantes, etc (ver Apixaban)
- Vigilar uso inadecuado de diuréticos, IECAs-ARA2, antibióticos, etc.
- Indicar dietas sin exceso de proteínas y bajas en fosforo (atención a lácteos).

CONCLUSIONES

- Inhibidor de la dipeptilpeptidasa IV (IDPP-IV): Con un FG por encima de 50 ml/min ninguna glicina precisa ajuste. Sitagliptina, vildagliptina y saxagliptina precisan ajuste de dosis cuando el FG es menor de 50 ml/min.
 - **Sitagliptina** se debe usar a dosis de 50 mg y 25 mg cuando el FG está entre 50 y 30 ml/min y por debajo de 30 ml/min respectivamente.
 - **Vildagliptina** se debe usar a dosis de 50 mg por debajo de 50 ml/min incluida la ERC terminal que precise diálisis.
 - **Saxagliptina** se debe usar a dosis de 2,5 mg en los pacientes con FG inferior a 50 ml/min y no tienen indicación de uso en pacientes con ERC terminal o diálisis.
 - **Linagliptina** no precisa ajuste de dosis en todos los estadios de la ERC.
- Los fármacos de eliminación hepática serían de elección (fluvastatina, atorvastatina, pitavastatina).
- Las estatinas metabolizadas vía CYP3A4 (Atorvastatina, lovastatina, simvastatina) o CYP2C9 (rosuvastatina) pueden aumentar los efectos secundarios por potenciar las interacciones farmacológicas, cuando se administran con determinados fármacos inductores o inhibidores.
- La prevalencia de la ERC aumenta por el envejecimiento de la población.
- La supervivencia global para los pacientes en diálisis es de un 12,9% a los 10 años.

BIBLIOGRAFÍA

- K/DOQI clinical practice guidelines for chronic kidney disease: evaluation, classification, and stratification. Am J Kidney Dis 2002;39(2 Suppl(1)):S1-266.*
- Levey AS, Coresh J. Chronic kidney disease. Lancet 2012;379(9811):165-180.*
- KDIGO 2012 Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease. Kidney Int (Suppl) 2013;3(1):1-308.*
- Otero A, de FA, Gayoso P, Garcia F. Prevalence of chronic renal disease in Spain: results of the EPIRCE study. Nefrología 2010;30(1):78-86.*
- Klahr S, Levey AS, Beck GJ et al. The effects of dietary protein restriction and blood-pressure control on the progression of chronic renal disease. Modification of Diet in Renal Disease Study Group. N Engl J Med 1994; 330(13):877-884.*
- Alcazar R, Egocheaga MI, Orte L et al. [SEN-SEMFYC consensus document on chronic kidney disease]. Nefrología 2008; 28(3):273-282.*
- House AA, Ronco C. The burden of cardiovascular risk in chronic kidney disease and dialysis patients (cardiorenal syndrome type 4). Contrib Nephrol 2011;171:50-56.*
- Keith DS, Nichols GA, Gullion CM, Brown JB, Smith DH. Longitudinal follow-up and outcomes among a population with chronic kidney disease in a large managed care organization. Arch Intern Med 2004;164(6):659-663.*
- Lorenzo V, Perestelo L, Barroso M, Torres A, Nazco J. [Economic evaluation of haemodialysis. Analysis of cost components based on patientspecific data]. Nefrología 2010;30(4):403-412.*
- Dialysis and transplant report in Spain, 2006. Nefrología 2009;29(6):525-533.*
- Informe anual del registro SEN-ONT. 42º Congreso Anual SEN, Las Palmas de Gran Canaria, octubre 2012.*

- Pons R, Torregrosa E, Hernandez-Jaras J et al. [Estimation of the cost in the pharmacologic treatment of chronic renal failure]. *Nefrologia* 2006;26(3):358-364.
- Levey AS, Stevens LA, Coresh J. Conceptual model of CKD: applications and implications. *Am J Kidney Dis* 2009;53(3 Suppl 3):S4-16.
- Calero F, Llauger MA. Programa de Atención Coordinada para la Enfermedad Renal Crónica (ERC). *Actas Fund Puigvert* 2011;30(3-4):87- 163.
- Crowe E, Halpin D, Stevens P. Early identification and management of chronic kidney disease: summary of NICE guidance. *BMJ* 2008;337:a1530.
- Brosius FC, III, Hostetter TH, Kelepouris E et al. Detection of chronic kidney disease in patients with or at increased risk of cardiovascular disease: a science advisory from the American Heart Association Kidney And Cardiovascular Disease Council; the Councils on High Blood Pressure Research, Cardiovascular Disease in the Young, and Epidemiology and Prevention; and the Quality of Care and Outcomes Research Interdisciplinary Working Group: developed in collaboration with the National Kidney Foundation. *Circulation* 2006;114(10):1083-1087.
- Stevens LA, Coresh J, Greene T, Levey AS. Assessing kidney function--measured and estimated glomerular filtration rate. *N Engl J Med* 2006;354(23):2473-2483.
- Gracia-Garcia S, Montanes-Bermudez R, Morales-Garcia LJ et al. Current use of equations for estimating glomerular filtration rate in Spanish laboratories. *Nefrologia* 2012;32(4):508-516.
- Levey AS, Bosch JP, Lewis JB, Greene T, Rogers N, Roth D. A more accurate method to estimate glomerular filtration rate from serum creatinine: a new prediction equation. Modification of Diet in Renal Disease Study Group. *Ann Intern Med* 1999;130(6):461-470.
- Levey AS, Coresh J, Greene T, Stevens LA, Zhang YL, Hendriksen S, et al; Chronic Kidney Disease Epidemiology Collaboration. Using standardized serum creatinine values in the modification of diet in renal disease study equation for estimating glomerular filtration rate. *Ann Intern Med.* 2006;145:247-54
- Miller WG. Reporting estimated GFR: a laboratory perspective [Editorial]. *Am J Kidney Dis.* 2008;52:645-8.
- Levey AS, Andreoli SP, DuBose T, Provenzano R, Collins AJ. CKD: common, harmful, and treatable—World Kidney Day 2007. *Am J Kidney Dis.* 2007; 49:175-9.
- Stevens LA, Coresh J, Feldman HI, Greene T, Lash JP, Nelson RG, et al. Evaluation of the modification of diet in renal disease study equation in a large diverse population. *J Am Soc Nephrol.* 2007;18:2749-57.
- Imai E, Horio M, Nitta K, Yamagata K, Iseki K, Hara S, et al. Estimation of glomerular filtration rate by the MDRD Study equation modified for Japanese patients with chronic kidney disease. *Clin Exp Nephrol* 2007;11(1):41-50.
- Ma YC, Zuo L, Chen JH, Luo Q, Yu XQ, Li Y, et al. Modified glomerular filtration rate estimating equations for Chinese patients with chronic kidney disease. *J Am Soc Nephrol* 2006;17(10):2937-44.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICO-MICROBIOLÓGICAS DE LA INFECCIÓN URINARIA NOSOCOMIAL EN ANCIANOS EN NUESTRO MEDIO

A.M. Lazo Torres, S. Domingo Roa, M.Á. Esteban Moreno, C. Maldonado Úbeda, G. López Lloret, B. Hernández Sierra.

Hospital Torrecárdenas, Almería

OBJETIVOS

La infección urinaria (ITU) nosocomial se define como aquella infección del tracto urinario que aparece en un paciente durante su estancia en el hospital, por tanto, que no estuviese presente en el momento del ingreso, desarrollándose al menos 48 horas después del ingreso, o tras el alta hospitalaria.

En los últimos tiempos, el término ITU nosocomial también se aplica a la infección urinaria asociada a los cuidados sanitarios, entendidos como: Cuidados ambulatorios y hospital de día/domicilio, Hemodiálisis, Centros de media/larga estancia, Instituciones geriátricas/Residencias.

La ITU nosocomial constituye un grave problema en nuestro medio, pues en el año fue la segunda infección nosocomial más frecuente (20.6%) en los hospitales españoles, relacionada sobre todo con las manipulaciones urológicas y el sondaje vesical, siendo este último un factor determinante para su aparición, con un riesgo 3-8% por día de sondaje, aunque tan sólo un 10% de los pacientes sondados presentarán una ITU sintomática.

En cuanto a los aislamientos microbiológicos, son más frecuentes los aislamientos polimicrobianos que en los pacientes no sondados, y aunque *Escherichia coli* también es el microorganismo aislado en un mayor porcentaje de casos, también tienen mucha relevancia *Enterobacter spp*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Klebsiella spp*, *Proteus spp*, *Enterococcus spp*, *Acinetobacter spp* y las enterobacterias productoras de betalactamasas de espectro extendido (BLEE).

Los mecanismos para el desarrollo de la ITU nosocomial en el paciente sondado son: arrastre mecánico durante la colocación de la sonda, vía extraluminal en mujeres por migración retrógrada a través de la mucosa alrededor de la sonda en el meato urinario, vía intraluminal, en varones, por la contaminación del catéter o de por último, la bolsa de drenaje por bacterias portadas por el personal sanitario o del paciente y la biopelícula también es importante ya que puede impedir la erradicación bacteriana y los microorganismos que hidrolizan la urea dan lugar a depósitos de cristales (estruvita, apatita) que ocluyen la sonda favorecen el desarrollo de las ITU nosocomiales.

La ITU nosocomial es por todo lo anterior un importante problema en los centros hospitalarios, sobre todo en aquellas unidades donde se atiende a pacientes de larga estancia hospitalaria. Por ello decidimos realizar un estudio en la Unidad de Media Estancia del Hospital Cruz Roja de Almería, de todos los pacientes que presentaron un episodio de ITU nosocomial con aislamiento microbiológico durante el año 2012.

MÉTODOS

Estudio retrospectivo consistente en la revisión de las historias clínicas, tratamientos farmacológicos y aislamientos microbiológicos en orina de todos los pacientes diagnosticados de ITU nosocomial en la Unidad de Media Estancia del Hospital Cruz Roja de Almería seleccionándose aquellos casos en los que existió el aislamiento microbiológico y descartándose aquellos casos considerados como bacteriuria asintomática.

RESULTADOS

Se estudiaron un total de 49 episodios de ITU nosocomial durante los doce meses que se incluyeron en el estudio.

La distribución por sexos fue la siguiente:

- 32 casos en mujeres (65.3%), con edad media de 79.8 años.
- 17 casos en varones (34.7%), con edad media de 71.9 años.

La edad media global de la población estudiada fue de 77.1 años. Un 63.3% de los pacientes cumplían criterio de pluripatología. En cuanto al grado de incapacidad (Escala de Cruz Roja), los pacientes presentaban una incapacidad física media de 4/5 y psíquica 3/5.

La estancia media de este grupo de pacientes fue de 33.5 días, la estancia media global de dicha Unidad durante el año 2012 fue de 26.9 días, por lo tanto este grupo de pacientes ha presentado una estancia media 6.6 días superior al resto, que se tradujo en un total de 324 estancias hospitalarias a nivel global.

En cuanto a la procedencia de los pacientes, 28 (57.1%) de ellos fueron trasladados procedentes de otras Unidades de Gestión Clínica del C. H. Torrecárdenas, el resto, 21 (42.9%) pacientes, procedían del Servicio de Urgencias.

Se realizaron los siguientes aislamientos microbiológicos:

- *Escherichia coli*: 21 pacientes (42.9%).
- *Klebsiella pneumoniae*: 10 pacientes (20.4%).
- *Enterococcus spp*: 6 pacientes (12.2%).
- *Pseudomonas aeruginosa*: 5 pacientes (10.2%).
- *Acinetobacter baumannii*: 2 pacientes (4.1%).
- *Proteus mirabilis*: 2 pacientes (4.1%).
- Otros: 3 casos (6.1%).

Dentro de los aislamientos microbiológicos, destacar que hubo un total de 26.5% enterobacterias productoras de BLEE. Tan solo se documentó bacteriemia (*Escherichia coli*) en uno de los pacientes.

Los antibióticos empleados por grupo farmacológico fueron:

- Carbapenemes: 11 casos (22.5%)
- Quinolonas: 9 casos (18.4%)
- Aminoglucósidos: 9 casos (18.4%)
- Cefalosporinas: 5 casos (10.2%)
- Beta-lactámicos: 5 casos (10.2%)
- Otros: 5 casos (10.3%).

Finalmente, destacar que al alta hospitalaria, continuaron tratamiento antimicrobiano 8 pacientes (16.3%), de los cuales, un 50% recibieron quinolonas, un 25% cefalosporinas, 12.5% beta-lactámicos y por último 12.5% sulfamidas.

La duración media del tratamiento antimicrobiano fue de 11.2 días, con un rango de 6 a 21 días, con un 10.2% de pacientes que recibieron antibioterapia durante más de 14 días y 36.7% de los pacientes recibieron tratamiento entre 10-14 días.

Los pacientes eran portadores de sondaje vesical en el momento del diagnóstico de la ITU en 32 casos (65.3%), y al alta hospitalaria, mantuvieron el sondaje 16 pacientes (32.6%).

Fallecieron 3 pacientes durante su estancia en el hospital, relacionado con el proceso infeccioso (6.1%).

CONCLUSIONES

La infección nosocomial representa un problema importante en este centro. De los datos que nos aporta el estudio, podemos destacar:

- Alta incidencia de infección por microorganismos multi-resistentes.
- Necesidad de utilización de antimicrobianos de amplio espectro y en ocasiones utilizados durante un tiempo prolongado en exceso.
- No realización en muchos casos de desescalado/terapia secuencial.
- Aumento considerable de la estancia media de estos pacientes, hasta 6.6 días con respecto al resto de pacientes de la Unidad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Horan TC, Andrus M, Dudek MA. CDC/NHSN surveillance definition of health care-associated infection and criteria for specific types of infections in the acute care setting. *Am J Infect Control* 2008; 36:309-322.
2. Pigrau C, Rodríguez-Pardo MD. Infecciones asociadas a dispositivos para drenaje de las vías urinarias. Infecciones del tracto genital relacionadas con los dispositivos protésicos. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 2008; 26:299-310.
3. Hooton TM, Bradle SF, Cardenas DD, Colgan R, Geerlings SE, Rice JC, et al. Diagnosis, Prevention, and Treatment of Catheter-Associated Urinary Tract Infection in Adults: 2009 International Clinical Practice Guidelines from the Infectious Diseases Society of America. *Clin Infect Dis* 2010; 50: 625-66.
4. Saint S et al. Preventing Hospital acquired urinary tract infections in the United States: A national studies. *Clin Infect Dis* 2008; 46: 243-250.
5. Tambyah P, Oon J. Catheter-associated urinary tract infection. *Curr Opin Infect Dis* 2012; 25: 35-370.
6. Marra AR et al. Preventing catheter-associated urinary tract infection in the zero tolerance era. *Am J Infect Control* 2011; 39: 817-821.
7. Pickard R et al. Antimicrobial catheters for reduction of symptomatic urinary tract infection in adults requiring short-term catheterization in hospital: a multicenter randomized controlled trial. *Lancet* 2012; 380: 1927-1935.
8. Matthews SJ, Lancaster JW. Urinary Tract Infections in the Elderly Population. *Am J Geriatr Pharmacother.* 2011; 9: 2856-309.

¿GESTIONAN CORRECTAMENTE LOS CENTROS RESIDENCIALES LA INCONTINENCIA URINARIA?

M.D. Rubio Aguilera ⁽¹⁾, M.D.L.P. Bermúdez Pérez ⁽²⁾, E. Martínez Moreno ⁽³⁾, M.D. Ruíz Fernández ⁽⁴⁾.

⁽¹⁾ SCA; ⁽²⁾ Universidad De Almería; ⁽³⁾ Servicios Sociales Comunitarios; ⁽⁴⁾ UGC Cruz De Caravaca.

La International Continence Society (2002), define la incontinencia urinaria como la pérdida involuntaria de orina a través de la uretra, objetivamente demostrable, ocasionando problemas sociales e higiénicos para el individuo.

A pesar de tratarse de un problema de salud serio, con frecuencia se ha infravalorado, aunque se conoce que deteriora la calidad de vida, limita la autonomía personal, posee graves repercusiones psicológicas y sociales, predispone para una mayor morbilidad y mortalidad y provoca un enorme gasto.

La incontinencia urinaria es uno de los síndromes geriátricos más frecuentes, constituyendo un importante problema sanitario en la población anciana, como sabemos afecta a multitud de personas, aunque la mayoría tienden a ocultar su problema a la sociedad, a su familia, a su pareja, a su médico e incluso a ellos mismos. Es cierto que el envejecimiento conlleva cambios en el aparato urinario, la capacidad para almacenar orina descendiende y, según aumenta la edad, la frecuencia de las micciones aumenta, pero por sí mismos todos estos cambios no explican este grave problema que muchos sanitarios hemos llegado a considerar como normal en el proceso del envejecimiento, por ese razonamiento muchos pacientes no buscan respuestas terapéuticas.

Es un problema del que nadie habla por vergüenza, por pudor, o simplemente porque no lo consideran un problema, de esta circunstancia también somos cómplices los profesionales, los cuales no le hemos prestado la suficiente atención a este grave problema.

A pesar de su alta prevalencia y de ser una de las causas principales de ingreso en una institución, aun son muchos los incontinentes que no aceptan su problema, este tema tristemente sigue siendo un tabú y por ello es tan difícil curar una incontinencia urinaria en nuestro país, porque rara vez se diagnostica en su fase inicial.

Debido a que el mundo de la incontinencia urinaria en los centros residenciales es muy distinto a la teoría, mis objetivos en esta comunicación se basan en analizar exhaustivamente de manera observacional como trabajan esta grave patología a nivel multidisciplinar, teniendo de base el concepto de que lo habitual en una residencia es ser incontinente y usar absorbentes.

Inicialmente esbozo varios objetivos generales, aunque si bien es cierto durante las veinticuatro horas presenciales que paso en cada centro residencial y las diez preguntas que les realizo aleatoriamente al personal asistencial transforman mis prioridades iniciales.

OBJETIVOS

1. Que los profesionales sean conscientes de cómo se gestiona actualmente la incontinencia urinaria en los centros residenciales.
2. Promocionar las acciones preventivas que existen en incontinencia urinaria para frenar su prevalencia.
3. Analizar las valoraciones enfermeras, los registros y los tratamientos que usan con sus incontinentes.
4. Saber de que forma gestionan los dispositivos absorbentes que se les prescriben.

Tipos y causas de la incontinencia urinaria

Es importante definir si la incontinencia se produce por alguna enfermedad de forma puntual, que sería la incontinencia aguda y en muchos casos de carácter reversible, o la incontinencia crónica, la que se establece en el anciano y se mantienen en el tiempo.

Os detallo de forma breve los principales tipos de incontinencia urinaria:

Incontinencia de estrés o de esfuerzo

Se caracteriza por un aumento brusco y momentáneo de la presión intraabdominal, lo que provoca un goteo o chorro de orina, dependiendo del grado de alteración y de la intensidad del esfuerzo.

Las causas más comunes son el prolapso de las estructuras pélvicas en la mujer y la debilidad o lesión del esfínter (p.ej: en la prostatectomía).

No está asociada el deseo de miccionar, el paciente no nota ninguna sensación previa.

Incontinencia de urgencia

Se caracteriza por un deseo intenso de orinar, con la consiguiente incapacidad para retrasar el vaciamiento.

Al no disponer del suficiente tiempo para llegar al aseo una vez se ha dado cuenta de la urgencia de orinar, se producen goteos de orina.

A diferencia de la incontinencia de esfuerzo, la causa está en el detrusor, ya que el esfínter es absolutamente normal.

Las causas más comunes son la vejiga inestable o hiperactiva, trastornos genitourinarios inferiores como, por ejemplo, tumores, cálculos, cistitis, trastornos del sistema nervioso central como, por ejemplo, ictus, demencias, esclerosis múltiple, etc.

Incontinencia por rebosamiento

Se denomina como incontinencia mecánica debido a un bloqueo de la uretra que puede estar producido por el rebosamiento de la vejiga y el estiramiento de los músculos de la vejiga más allá del punto de contractibilidad. El rebosamiento también puede producirse si los músculos son incapaces de contraerse de forma adecuada debido a la falta de innervación, como en el caso de lesión de la médula espinal o en diabetes mellitus.

Incontinencia funcional

Se caracteriza por la incapacidad física, psicológica o falta de ganas para acudir al cuarto de baño a tiempo. Las causas más comunes son el deterioro de la movilidad, aseo inaccesible, falta de cuidadores, unido en ocasiones a trastornos psicológicos como, por ejemplo, depresión, ira, hostilidad, etc.

Utilización de diarios miccionales para la detección y prevención de la incontinencia urinaria

Actualmente en los centros residenciales poco se habla de este instrumento tan barato y que aporta tanta información. Los registros o diarios de diuresis son una herramienta crítica para la evaluación y el tratamiento de la incontinencia urinaria.

Es el personal de enfermería el que debe investigar de forma exhaustiva la incontinencia urinaria de nueva aparición, para ello es necesario usar instrumentos que nos aporten información al respecto y disponer de los conocimientos y del tiempo para llevarlo a cabo, cuanto antes se identifique la causa, antes podrán pautarse las intervenciones para corregir el problema y mejorar la situación del paciente.

No obviemos que el tiempo que se tarda en revertir, diagnosticar o tratar correctamente la incontinencia urinaria es calidad de vida del paciente y dinero público lo que estamos perdiendo.

Si preguntamos a cualquier profesional sobre si en su centro residencial registran un diario miccional de los residentes, la respuesta sería que sí y esto es debido a que de forma generalizada un control de micción es entendido como registrar con una cruz por turno si el paciente ha orinado, pero sin ninguna otra información.

Realizo las siguientes preguntas en diez residencias de mayores, al personal asistencial las respuestas más repetidas son:

- ¿Cómo actuarías ante el primer episodio de incontinencia urinaria de un residente?
 - Anotándole en las incidencias para que le prescriban los pañales.
 - Informaría a los enfermeros.
 - Colocándole un pañal de algún otro residente hasta que le pauten los suyos.
 - Le transmitiría a la enfermera de referencia en el centro de salud que ese paciente es incontinente.
- ¿A los residentes que van en silla de ruedas se les lleva al baño?
 - Esos residentes usan pañal y solo se les realiza el cambio de pañal a las horas establecidas
 - A los que nos da tiempo y cuando estamos dos.
 - Sí, siempre que las grúas funcionen.
- ¿Cómo se promueve la continencia en vuestro centro residencial?
 - Eso es función del fisioterapeuta o del terapeuta ocupacional.
 - Recordándoles que vayan al baño.
 - Aquí todos son incontinentes.
 - No sé, lo desconozco.

Prevención de la incontinencia urinaria

Afecta a más de 13 millones de adultos y cuesta para los ancianos aproximadamente 19.500 millones de dólares al año (Hu et al.,2004).

En España se estima que pueden padecer incontinencia urinaria en algún grado más de 2 millones de personas. Su alta prevalencia nos debería concienciar de lo importante que es una gran inversión en prevención, de lo importante que sería para el sistema sanitario disminuir esta escalofriante cifra.

La incontinencia urinaria no aparece sólo en personas enfermas, es un problema demasiado frecuente en los centros residenciales, que provoca problemas higiénicos, sociales y psicológicos.

Deberíamos afrontar la prevención de la incontinencia urinaria teniendo en cuenta que puede aparecer en diversas y distintas patologías, por lo que es difícil proporcionar una prevención directa contra la misma.

En la tercera edad, debemos:

- No considerar la incontinencia como un proceso normal del envejecimiento.
- Promover la continencia, fortaleciendo el suelo pélvico de nuestros mayores.
- Fomentar rutinas para acudir al retrete, facilitando el acceso, usando ropa fácil de quitar, cuidando el estado de los pies y vigilar el calzado que usan los residentes.

- Evitar el estreñimiento, aumentar los alimentos ricos en fibra, comidas no muy copiosas, de fácil masticación y asegurar la ingesta de líquidos.
- Revisar periódicamente el tratamiento farmacológico.
- Controlar y tratar las infecciones urinarias.
- Evitar la sedestación prolongada siempre que sea posible.
- No consumir alcohol.
- Seguir una dieta equilibrada y evitar la obesidad.
- Evitar las relaciones sexuales molestas o forzadas.

Durante mis veinticuatro horas observando la gestión de la incontinencia realizo las siguientes preguntas en diez residencias de mayores al personal asistencial y las respuestas más repetidas son:

- ¿Cuándo realizáis con los residentes ejercicios del suelo pélvico?
 - Los ejercicios son del fisioterapeuta.
 - No se pueden realizar por el perfil de los residentes.
- ¿Las visitas al baño de los residentes están programadas?
 - No, los llevamos a demanda.
 - No, solo están programados los cambios de pañales.
 - No las tenemos programadas, pero los llevamos al baño durante todo el día.
- ¿Suponte que una residente te pide ir al baño, fuera del horario de cambios establecido, como reaccionarias?
 - No lo podría llevar porque ya no están mis compañeras y no puedo dejar los salones sin vigilancia.
 - Tendría que esperar al próximo turno para ir al baño.
 - Si usa pañal, le informaría de que puede orinar sin problema que ya luego se le cambia el pañal.

Valoración de la incontinencia

Para una correcta valoración, es fundamental determinar el alcance de la patología, determinando las causas que nos llevan a la incontinencia así como el tipo y el grado de la misma.

La valoración de la incontinencia debe iniciarse con una completa anamnesis dirigida al incontinente salvo que éste tenga problemas de comunicación o deterioro mental, en cuyo caso será necesario hablar con familiares o cuidadores (anamnesis dirigida) se investigará acerca de:

- Antecedentes personales.
- Antecedentes familiares.
- Antecedentes obstétricos.
- Características de la micción.
- Ingesta hídrica.
- Medicación.
- Estado mental.
- Grado de movilidad.
- Eliminación intestinal.

Seguir la valoración por un examen físico completo; prestando especial atención a las masas abdominales, examinando al residente a nivel rectal, vaginal y desde luego dependiendo de la historia clínica y de la exploración física se llevaran a cabo el resto de exploraciones complementarias como las analíticas, las radiológicas, las ecografías o las pruebas urodinámicas.

Realizo las siguientes preguntas en diez residencias de mayores, al personal asistencial las respuestas más repetidas son:

- ¿De qué forma evaluáis la incontinencia urinaria?
 - Al ingreso, junto con la valoración general.
 - Preguntado a las auxiliares.
 - Hablando con el residente o preguntado a su familia.

Tratamiento de la incontinencia urinaria

Aunque la finalidad del tratamiento es corregir las causas de la incontinencia, dada la naturaleza de este problema podríamos distinguir dos tipos de tratamientos:

- 1- Curativo: dirigido a corregir la causa de la incontinencia urinaria.
- 2- Paliativo: dirigido al síntoma y a aumentar en lo posible la calidad de vida del paciente.

Durante el tiempo que paso en los centros residenciales solo presencio la utilización de dispositivos absorbentes. Esta elección quizás sea debido al gran avance tecnológico del producto, a su facilidad de colocación y a su práctica ausencia de efectos secundarios o al menos así debería de ser.

El objetivo y función básica que persiguen los absorbentes es retener y aislar la orina, manteniendo al paciente seco y confortable.

La creencia popular de que todos los dispositivos absorbentes del mercado son iguales es totalmente errónea y así lo he podido comprobar durante mi observación en los distintos centros residenciales. Hay grandes diferencias de unos a otros, tanto en calidad como en la presencia o no de elementos de protección adicionales: barreras antifugas, adhesivos repositionables, indicador de humedad, elásticos de sujeción, etc.

Realizo las siguientes preguntas en diez residencias de mayores, al personal asistencial las respuestas más repetidas son:

- ¿Observáis el indicador de humedad antes de cambiar el producto?
 - Nuestros pañales no tienen ese indicador.
 - No sabía que esa línea era para saber cambiar el pañal.
 - Esa es la línea que rompemos para que pase la orina al pañal de abajo.
- ¿Cuántas tallas y absorciones usáis en vuestro centro?
 - Todos tienen la talla grande.
 - No usan siempre el mismo tipo, dependiendo de los que tengamos en el almacén.
 - La absorción si cambia pero la talla es la misma para todos.
 - Dos absorciones, la de mayor es para la noche pero si no quedan se colocan dos pañales juntos que es igual.

- ¿Tenéis residentes con lo que se conoce como “ dermatitis de pañal” ?
 - Ahora no muchos, pero en los meses de más calor si es muy frecuente.
 - No sé si es dermatitis, pero a muchos les salen unas ampollas en los glúteos.
 - Dermatitis no sé, pero a muchos se les ponen enrojecidas las ingles y se pasan el día rascándose la zona del pañal.

CONCLUSIONES

- En la mayoría de los centros residenciales no usan diarios miccionales, no conocen su utilidad ni su importancia para poder valorar, diagnosticar o planificar el plan de cuidados individualizado de cada residente.
- No se promueve la continencia, lo que realmente se promueve en las residencias es la incontinencia, porque no disponen de personal ni de recursos para llevar a los residentes al retrete, los directivos de las residencias quizás piensen que lo más rentable para su centro sea que los usuarios tengan absorbentes pero desde luego no lo mejor para el sistema sanitario ni para quien sin serlo le obligan a miccionar en “un plástico” como escuche decir entre lagrimas a una señora, por no poder llevarla al baño.
- Alguien imagina cuantos millones de euros ahorraríamos y como descenderían los residuos, si cada centro residencial de nuestro país realizara un refuerzo a la continencia, si dentro de las terapias que se realizan con los residentes estuviera incluida la rehabilitación del suelo pélvico.
- Desde que comenzó la crisis, los recortes han agudizado el ingenio en ciertos ámbitos y desde luego en el campo de la incontinencia ha servido para elegir entre el listado de genéricos los absorbentes más rentables, más rentables para quien los vende, para quien los factura pero desde luego no para quien los usa, para los que sufren las dermatitis o para quien al usar un absorbente que no retiene la orina, soportan lesiones por humedad en sus genitales.
- La técnica del doble pañal, muy extendida, justificada y amada por el personal auxiliares no nos aporta una correcta gestión de la incontinencia; los absorbentes deben de elegirse para cada incontinente dependiendo de su grado de incontinencia, de su complexión física, del grado de movilidad y deben usarse de uno en uno. Usar dos solo puede provocar más lesiones cutáneas, incomodidad, más unidades consumidas y desde luego incumplir la prescripción de paciente.
- Los centros residenciales generalmente no evalúan de forma multidisciplinar esta grave patología y no llevan a cabo planes de cuidados individualizados, suelen ser los auxiliares los que detectan el problema y el equipo de enfermería el que prescribe dispositivos absorbentes junto con el enfermero/a de primaria.
- En concepto que escuche en algunas residencias de que los residentes “tiene que estar siempre limpios y secos” me sorprende; y el mensaje que se les transmite al personal es que si es preciso se les cambia con cada micción; pero somos conscientes de que hoy en día disponemos de los mejores dispositivos absorbentes, absorbentes que retienen y aíslan la humedad, convirtiendo la orina en gel usando un super absorbente de calidad que no genera ese olor desagradable que hace años era típico.
- La gran mayoría de los auxiliares no creen que usar los absorbentes por tallas aporte beneficios, ni tampoco entienden muy bien los diferentes tipos de absorciones.
- Me sorprende que el personal asistencial se pase casi la mitad de su jornada laboral usando absorbentes y no tengan una gran formación sobre esta incontinencia, su prevención y desde luego su tratamiento paliativo con son los dispositivos absorbentes.

- Es fundamental considerar la dignidad, y respetar el derecho a la privacidad o al menos así lo refleja en sus artículos la Carta Europea de los derechos y las responsabilidades de las personas mayores que necesitan atención y asistencia a largo plazo (Junio 2010), por este motivo debemos de tener presente que para muchos residentes resulta humillante el termino *pañal*, así que como profesionales que somos, deberíamos de usar el nombre de absorbente, ropa de protección o producto íntimo.
- Por ir concluyendo, me entristece ver como la vida dentro de los centros residenciales es tan estresante, como los profesionales realizan sus tareas a la velocidad de la luz para poder así terminar todas sus funciones en su turno y no nos estamos dando cuenta de que nuestros mayores necesitan tiempo, paciencia, ser escuchados, valorados; donde se queda la calidad de vida si ni siquiera les podemos llevar al baño cuando nos lo solicitan, donde está la empatía cuando les colocamos dos o tres absorbentes juntos envolviendo casi todo su abdomen y sus caderas.
- Solo puedo terminar mi comunicación transmitiendo que desde mi opinión la administración pública podría hacer mucho más en esta grave patología que simplemente recortar en prescripción de absorbentes. Sin formación, sin conocimientos, sin recursos, este descenso en unidades pautadas o la disminución en sus absorciones solo repercute en el estado de la piel del incontinente, en su calidad de vida, en su seguridad, en el gasto de los centros residenciales y a la larga en la catastrófica gestión que estamos realizando de este gran problema médico, social y económico.
- Concienciémonos de que en nuestra forma de trabajar está la clave del éxito, en nuestras acciones esta la calidad de vida de nuestros mayores; si queremos lo mejor para nuestros pacientes porque no nos esforzamos para conseguirlo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Morilla Herrera, J .M. Guía de Atención a Pacientes con Incontinencia Urinaria, Servicio Andaluz de Salud.2003.
2. Vallés Fernández R, Mimoso Moreno S, Martínez Frutos F, Serrano Romero A, Ferrete Garcia MV, Plans López MA, et al. Utilización de los absorbentes para incontinencia en 2 residencias geriátricas. Enferm Clin. 2006;16:206--9.
3. Instituto Nacional de la Salud. Indicadores de la prestación farmacéutica en el sistema nacional de salud Vol 14 1996.Madrid: Subdirección General de Coordinación Administrativa; 1996.
4. Patricia A.Tabloski. Enfermería gerontológica. 2º ed. Madrid: Pearson; 2010.
5. García Lopez, M.V, Rodríguez Ponce, C, Toronjo Gomez, A.Enfermería del anciano.Colección Enfermería 21. Ediciones DAE, 2009.

ANÁLISIS EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES DE EDAD AVANZADA CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN PROGRAMA DE HEMODIÁLISIS

M.I. Poveda García, M. Alfaro Tejada, M.D. Del Pino Y Pino.

Hospital Torrecárdenas

INTRODUCCIÓN

La Enfermedad Renal Crónica en estadio V, que incluye tratamiento renal sustitutivo, está aumentando ampliamente en los países desarrollados, con un incremento que oscila entre el 5 y el 10% anual. Entre las razones más importantes que pueden explicar este ascenso se encuentra el envejecimiento de la población y el aumento de la diabetes tipo 2.

El envejecimiento es un proceso irremediable e irreversible, que no se inicia a una edad determinada y que varía entre los individuos, dependiendo de marcadores genéticos y ambientales. El término anciano, congrega a personas muy heterogéneas, por lo que las decisiones deben ser siempre individualizadas. Se acepta de una forma arbitraria, la edad superior a 65 años como edad mínima del grupo que nos ocupa.

El envejecimiento de la población, no únicamente se traduce en un aumento de la prevalencia de la enfermedad renal crónica, sino también en una importante cantidad de factores comórbidos asociados, fundamentalmente de naturaleza cardiovascular, nutricionales, neurológicos, osteoarticulares y sociales.

Indicaciones y contraindicaciones de diálisis en el paciente anciano

El tratamiento con técnicas de depuración renal en pacientes geriátricos debe ser ofrecido a todos los pacientes a los que ello contribuya a alargar una vida de calidad suficiente, excluyendo el tratamiento la prolongación de un proceso mortal. Es importante tener siempre presente de que es un tratamiento para añadir vida a los años y no años a la vida. En ocasiones es difícil predecir la eventual evolución y en estos casos es conveniente un período de prueba con diálisis, que en caso fallido deberá conducir a la retirada del tratamiento.

Entre las contraindicaciones absolutas únicamente se encuentran:

- Demencia.
- Cáncer metastásico.
- Enfermedad hepática avanzada.
- Discutibles serían aquellos ancianos con enfermedad pulmonar obstructiva crónica o miocardiopatía severa crónica.

Inicio de la diálisis

El mejor indicador para el comienzo de la terapia renal sustitutiva en los pacientes ancianos va a ser la sintomatología urémica junto con la disminución de filtrado glomerular. Entre los síntomas más comunes se encuentran la anorexia, pérdida de peso, náuseas y vómitos, debiendo comenzar diálisis como prueba terapéutica. Entre esos síntomas podemos incluir: irascibilidad, malestar general, desconexión o demencia no explicadas por otra patología, empeoramiento de la insuficiencia cardíaca, postración, etcétera.

Por todo ello, es conveniente un inicio precoz del tratamiento dialítico.

En general la mayor mortalidad temprana se correlaciona con un comienzo de diálisis tardío.

Problemas más frecuentes en el anciano en Hemodiálisis

Entre los problemas más frecuentes en el anciano en programa crónico de Hemodiálisis se encuentran:

1. Hipotensión arterial.

En ancianos la hipotensión puede ser más difícil de prever y revertir conllevando consecuencias fatales tales como infarto cerebral, infarto agudo de miocardio, convulsiones, neumonía espirativa o trombosis del acceso vascular. Entre la causa principal de esta complicación se encuentra la extracción de líquido intravascular más rápido que el llenado del espacio intersticial, junto a la incapacidad del aumento de resistencia vascular periférica y la baja reserva que dificulta el aumento del gasto cardíaco.

2. Infección.

La infección es la segunda causa de muerte en pacientes ancianos en programa de Hemodiálisis debido a la inmunodeficiencia de la edad y la uremia. La presentación clínica del paciente anciano ante un proceso infeccioso es en ocasiones silenciosa, pudiendo o no presentar fiebre ni leucocitosis ni claros signos de localización del proceso.

3. Hemorragia digestiva.

Los pacientes ancianos tienen mayor prevalencia a la aparición de gastritis, carcinoma, angiodisplasia y diverticulosis.

4. Hematomas subdurales.

En el paciente anciano en diálisis la heparinización, junto a las caídas frecuentes, hace que esta complicación deba ser excluida ante la presencia de cefaleas o cambios de conducta.

7. Malnutrición.

Casi un 20% de los pacientes ancianos en diálisis presentan malnutrición (para algunos autores hasta un 51%).

Entre las causas más frecuentes se encuentran: el aislamiento, hospitalizaciones frecuentes, bajos ingresos económicos, alteraciones en la masticación, depresión, consumo exagerado de medicamentos, pérdida de gusto, etc. No obstante, la causa más importante de malnutrición es una diálisis inadecuada con dosis insuficiente. Dentro de los índices de malnutrición el descenso de la albúmina y la pérdida de peso magro constituyen los marcadores pronósticos mejores predictores de mortalidad.

8. Hipertensión arterial.

Con frecuencia hay pacientes ancianos en diálisis con hipertensión severa así como hipertrofia ventricular izquierda y enfermedad vascular. La hipertensión suele ser refractaria al tratamiento y necesitar en ocasiones hasta tres o cuatro hipotensores.

Acceso vascular del paciente anciano

La fistula arteriovenosa interna según las Guías Clínicas es el mejor acceso vascular para el inicio del tratamiento renal sustitutivo por Hemodiálisis seguido del injerto sintético de PTFE (politetrafluoroetileno) y del catéter venoso central.

Otros autores sin embargo consideran que el catéter venoso tuneliza es el mejor acceso vascular para pacientes de edad avanzada dada la elevada dificultad que supone obtener una FAVI funcionante en este tipo de enfermos, debido al prolongado tiempo de maduración y el alto porcentaje de fallos primario todo ello en el contexto de baja esperanza de vida.

OBJETIVO DEL ESTUDIO

El objetivo de este estudio es la descripción de una población de pacientes con una edad superior a 65 años en tratamiento con hemodiálisis en nuestro centro de Hemodiálisis de Almería. Entre los datos a estudiar se encuentran los datos demográficos, co-morbilidad, los datos de la Enfermedad Renal Crónica, los aspectos logísticos de la diálisis.

MÉTODO DEL ESTUDIO

Se ha realizado un estudio observacional retrospectivo desde Enero a Julio de 2013 en pacientes mayores de 65 años incluidos en programa de Hemodiálisis de la Unidad de Hemodiálisis del Hospital Torrecárdenas (Almería). Se ha utilizado el programa Nefrosoft para el análisis de historias clínicas. Los datos se han analizado mediante el programa estadístico SSPS 19.0.

RESULTADOS

Se ha obtenido una muestra total de 48 pacientes mayores de 65 años, con una edad media de $73,6 \pm 5,8$ años. El 56% fueron mujeres y el 44% varones. El 82 % de los pacientes presentaba hipertensión arterial (cifras superiores a 140/90 prediálisis). Cerca del 35% de los pacientes presentaban Diabetes Mellitus, un 28% de ellos con complicaciones derivadas de ésta. El 31% presentaba enfermedad vascular periférica, un 29% insuficiencia cardíaca, un 17 % enfermedad cerebrovascular y un 21% infarto de miocardio.

Se midió la polimedicación como el número de comprimidos al día, obteniendo una media de $7,1 \pm 2,4$

fármacos.

La etiología de la enfermedad renal fue el 32,8% desconocida, 21% nefropatía diabética, 16% nefroangioesclerosis, 14,5% glomerulonefritis sin control histológico 11,8% intersticial, 2,2% vascular, 1,7% neoplasia.

Referente al acceso vascular el 58% eran portadores de Fístula Arterio-Venosa autóloga, 33% portadores de catéter venoso permanente y 9% portadores de catéter venoso transitorio.

CONCLUSIONES

Este estudio resume la realidad actual de los pacientes mayores de 65 años en situación de tratamiento con hemodiálisis en nuestro centro.

La importancia de la recogida de estos datos reside, en parte, en el aumento constante del promedio de edad de los individuos que comienzan dicha hemodiálisis. Dichos pacientes muestran un patrón diferente por tres motivos: primero, la inclusión en la lista de espera de trasplante renal es proporcionalmente menor debido a la gran patología concomitante que los acompaña; segundo, la dificultad de la realización de diálisis en casa así como diálisis peritoneal automatizada en su domicilio; y, por último, porque requieren de una mayor dependencia de los servicios sociales. Y a todo esto añadir la mayor frecuencia de hospitalización.

El estudio incluye una población de edad ciertamente avanzada, de $73.6 \pm 5,8$ años de media, una mediana de 71 años, y una edad máxima de 90 años. Debido al diseño del mismo, en el que los pacientes incluidos son los prevalentes, no se ha podido analizar los aspectos relacionado con la mortalidad. Se puede afirmar, sin embargo, que la mortalidad de los pacientes ancianos durante el inicio con el tratamiento de hemodiálisis es elevada. Resulta obvio que la edad es una de las grandes determinantes de la evolución de los pacientes. Sin embargo, en los más ancianos (mayores de 75 años) la esperanza de vida podría ser independiente de la edad que tenían los pacientes al comienzo del tratamiento con diálisis. Tanto es así que en la actualidad, la aceptación de pacientes ancianos en los programas de diálisis no tiene un límite claro, un aspecto de importantes consecuencias éticas, sociales y económicas.

La enfermedad renal crónica se acompaña de la alta incidencia de otras comorbilidades.

Un 82% presentan hipertensión, un 31% enfermedad vascular periférica, un 29% insuficiencia cardíaca, un 17% enfermedad cerebrovascular y un 21% infarto de miocardio, además de otras complicaciones asociadas.

Analizando la medicación prescritas a estos pacientes, el 46,1% de éstos tenían en su tratamiento más $7,1 \pm 2,4$ fármacos. Esto nos lleva a plantear la pregunta de si los pacientes en diálisis realmente toman la medicación prescrita, dada las bajas tasas de adherencia (cerca del 50%) reportadas en otras patologías crónicas asintomáticas, como la hipertensión arterial. Entre las razones para el incumplimiento terapéutico se encuentran la ausencia de percepción de beneficio y de motivación, frecuente dosificación, etc. estando éstas presentes en la población en hemodiálisis, lo cual nos deriva a la duda de la ingesta de los 8 comprimidos diariamente descrita, una apreciación que no afecta exclusivamente a los pacientes ancianos.

Para concluir insistir en que uno de los campos de trabajo del personal sanitario de las Unidades de Hemodiálisis, a la hora de mejorar la calidad de vida del paciente anciano, debe ser la insistencia en aconsejar e intentar una integración y aceptación lo más completa posible del proceso de diálisis en la cotidianidad y entorno social de estos enfermos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Schaefer K, Rohrich B. The dilemma of renal replacement therapy in patients over 80 years of age. Dialysis should not be withheld. *Nephrol Dial Transplant* . 1999; 14 : 35-6.
2. De Francisco A., Sanjuán F., Foraster A., Fabado., Carretero D., Santamaría C., et al. Estudio epidemiológico de pacientes ancianos con insuficiencia renal crónica en hemodiálisis. *Nefrología*. 2008;28:48-55.
3. Mallick N, El MA. Dialysis in the elderly, to treat or not to treat? *Nephrol Dial Transplant Jan*. 1999; 14: 37-9.
4. Alexander S. They decide who lives, who dies. *Life*. 1962; 53: 102-105.
5. De Francisco ALM. Hemodiálisis en el anciano. *Nefrología*. 1998; 18: 4-8.
6. Patel M, Mallick NP, Short CD y cols. Quality of life on haemodialysis in relation to age and comorbidity. *Nephrol Dial Transplant*. 1996; 11: 1694.
7. Loos C, Briancon S, Frimat L, Hanesse B, Kessler M. Effect of endstage renal disease on the quality of life of older patients. *J Am Geriatr Soc Feb*. 2003; 51: 229-33.
8. Gómez Canderá F.J., Tejedor A., López Gómez J.M. Nefrología geriátrica ¿Hasta dónde? Algunas preguntas por resolver. *Nefrología*. 1991; 11:455.

ESTUDIO DEL GRADO DE DEPENDENCIA EN UNA POBLACIÓN DE EDAD AVANZADA EN PROGRAMA DE HEMODIÁLISIS.

M.I. Poveda García ⁽¹⁾, M.Á. Esteban Moreno ⁽²⁾, M.D. Del Pino Y Pino ⁽²⁾.

⁽¹⁾ Hospital Torecárdenas; ⁽²⁾ Hospital Torrecárdenas.

INTRODUCCIÓN DEL ESTUDIO

La enfermedad renal crónica junto con el envejecimiento está relacionada a cambios que reducen la capacidad funcional de los pacientes. Estas incapacidades pueden observarse en personas que con menos edad, tengan además deterioro del filtrado glomerular u otras patologías, tales como la hipertensión arterial, diabetes; si unimos todas estos escenarios, edad, pluripatología y tratamiento renal sustitutivo el resultado puede ser catastrófico para la autonomía de la persona y le llevaran a una situación de gran dependencia que hará que el paciente necesite una atención rigurosamente sanitaria de numerosos cuidados que desagraven sus necesidades.

La edad acentúa las carencias de las personas, de tal manera que se requiera la ayuda de terceras personas en varios ámbitos como el físico (actividades de la vida diaria), socioeconómico (entorno familiar, instituciones y comunidad) así como psicológico (afectivo y emocional), etc. Entre otros factores que potencian la dependencia se encuentra la soledad, nivel educativo, recursos sociales, hábitos de vida, nivel de renta e índice subjetivo de temores y miedos.

El análisis del grado de dependencia en pacientes en programa de Hemodiálisis ha sido y es de gran interés para cuantiosos autores dado el perfil de la población actual, dado que conlleva implicaciones tanto directas sobre morbilidad y mortalidad así como la afectación de otros aspectos funcionales tales como calidad y cantidad de cuidados que conllevan. Esta valoración del grado de autonomía y de la probable dependencia se ha realizado con el uso de instrumentos como Test delta, índice de Actividades de la vida diaria, índice de Cartel o de Lawton. Además junto a esto es necesario una valoración clínica de estos pacientes.

Características del Test Delta

a) Definición del Test Delta.

El test Delta es una escala que consta, a su vez, de tres subescalas independientes.

La primera mide el grado de dependencia, la cual va a indicar la necesidad de cuidados del paciente. Se clasifica en válida, asistida leve, asistida moderada y asistida severa.

La segunda subescala corresponde a la deficiencia física indicando la dependencia de origen físico.

La tercera se realiza para la medición de dependencia de origen psíquico.

b) Método de recogida de información.

La información ha sido recogida mediante la observación por parte del personal del centro de Hemodiálisis haciéndose referencia a la situación durante la sesión de hemodiálisis.

c) Sistema de puntuación

Los diferentes ítems conllevan una puntuación de 0 a 3, que gradúa la severidad de cuidados, pasando desde la situación con menos afectación a la de mayor severidad.

En el apartado correspondiente a Dependencia esta graduación se especifica en:

0. Autonomía de función.
1. Ayuda ocasional.
2. Ayuda frecuente.
3. Ayuda permanente.

Las puntuaciones totales se obtienen sumando los valores correspondientes a cada ítem, obteniéndose tres valores diferentes que corresponden a:

- Dependencia: (puntuación máxima 30).
- Deficiencia física: (puntuación máxima 15).
- Deficiencia psíquica: (puntuación máxima 15).

d) **Clasificación**

Valorando la puntuación correspondiente al cuestionario de dependencia se realiza la siguiente clasificación:

- Válidos de 0 a 1 puntos.
- Asistido leve de 2 a 9 puntos.
- Asistido moderado de 10 a 19 puntos.
- Asistido severo de 20 a 30 puntos.

En función de las puntuaciones obtenidas en cada uno de los cuestionarios correspondientes a la deficiencia física y a la dependencia psíquica, se obtiene la siguiente graduación que puede orientar hacia el origen del grado de dependencia:

- Puntuación: 0-4. Orientación: Ausencia de déficit o déficit leve.
- Puntuación: 5-9. Orientación: Déficit moderado.
- Puntuación: 10-15. Orientación: Déficit grave.

OBJETIVO DEL ESTUDIO

El objetivo de este estudio es evaluar el grado de dependencia de pacientes en hemodiálisis (HD) hospitalaria.

MATERIAL Y MÉTODO DEL ESTUDIO

Se ha realizado un estudio prospectivo descriptivo en 52 pacientes mayores de 65 años en programa de Hemodiálisis hospitalaria.

Para la evaluación del grado de dependencia se utilizó el "Test Delta". Se seleccionó este test porque es fácil de cumplimentar y está validado en este tipo de pacientes.

RESULTADOS

Se analizaron 52 pacientes mayores de 65 años, con edad media de 75,6 años \pm 4,2 años.

El 69,3% presentaba algún tipo de dependencia. Cerca de un 53% de la muestra necesitaba algún tipo de ayuda en cuanto a movilización, deambulación y desplazamiento, aseo y vestido. El 39% precisaba ayuda en la administración de tratamientos y un 62% precisaba mayores cuidados de enfermería.

El 48% de la muestra presentaba dificultades físicas para mantener la estabilidad, un 54% tenía alteraciones del aparato locomotor y un 62% del aparato respiratorio y cardiovascular. La visión y la audición representaban un problema en el 28%.

Las mayores alteraciones encontradas en el área de deficiencia psíquica fue la alteración del sueño 71%.

CONCLUSIÓN

Se define como actividades básicas de la vida diaria al conjunto de actividades primarias de la persona, orientadas al autocuidado y movilidad, que le conceden autonomía así como independencia elementales y así permite vivir sin precisar la ayuda de otros. Entre estas actividades se incluyen: comer, vestirse, control de esfínteres, deambular, trasladarse, etc.

Entre otros instrumentos como el test Delta se encuentran el índice de Barthel también llamado “«Índice de Discapacidad de Maryland” o el índice de Katz que valora tanto la función física como nivel de independencia del paciente.

En conclusión, los pacientes de edad avanzada con patología crónica, presentan mayor grado de dependencia, por lo que es importante individualizar los cuidados a las necesidades de cada paciente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ceballos M, López-Revuelta K, Saracho R, García F, Castro P, Gutiérrez JA y cols. Informe de diálisis y trasplante correspondiente al año 2002 de la Sociedad Española de Nefrología y Registros Autonómicos. *Nefrología* 2005; 25 (2):121-9.
2. Oñoro A, Monasor A, García AM, Martínez Barquinero M. Estudio del grado de dependencia en el autocuidado de los pacientes en hemodiálisis. *Biseden* 1997; 1:28-32.
3. Muñoz C, Martín A, Millán M. Tolerancia y calidad de vida en ancianos hemodiálisis. *Rev Soc EspEnferm Nefr.* 2001; 14: 92-93.
4. M. D. Arenas, F. Álvarez-Ude, M. Angoso, I. Berdud, A. Antolín, J. Lacueva et al, Valoración del grado de dependencia funcional de los pacientes en hemodiálisis (HD): estudio multicéntrico. *Nefrología*. Volumen 26. Número 5. 2006.

PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DEL PROLAPSO UTERINO TRAS LA MENOPAUSIA: MANTENIENTE ACTIVA

M.D.M. Ruiz Carmona ⁽¹⁾, M. Camacho Ávila ⁽²⁾, S. García Duarte ⁽¹⁾.

⁽¹⁾ Hospital Torrecárdenas, Almería; ⁽²⁾ Hospital de Torrevieja, Torrevieja.

OBJETIVOS

- Conocer las diferentes causas y factores de riesgo que inciden en la aparición del prolapso uterino.
- Conocer las actividades físicas recomendadas para la prevención y tratamiento del prolapso uterino en la mujer menopáusica.

MÉTODO

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica en las siguientes bases de datos: pubmed, cochrane, cuiden, IME y medline. También se ha consultado la biblioteca virtual del SAS, la biblioteca Nicolás Salmerón de la Universidad de Almería y la web de la Sociedad Española de Obstetricia y Ginecología.

RESULTADOS

El suelo pélvico es el conjunto de músculos que sostiene la parte baja del abdomen, como una hamaca flexible, sirviendo de apoyo a la vejiga de la orina, al útero o matriz y al intestino inferior, pasando los conductos de salida al exterior de algunas vísceras como son la uretra, la vagina y el recto¹.

Para que funcionen correctamente, los músculos del suelo pélvico, deben estar sanos y fuertes. La musculatura del suelo pélvico está formada por dos capas, la capa superficial y la capa profunda (diafragma pélvico)¹.

La pelvis es el soporte óseo del periné y está compuesta por los huesos sacro, cóccix y dos ilíacos. Su arquitectura ósea apoyada en un sistema músculo-ligamentoso y de partes blandas, permite a la mujer la adaptación y desarrollo durante el embarazo a los diferentes cambios, la consecución correcta del parto y la posterior recuperación¹.

El debilitamiento de los músculos del suelo pélvico puede provocar a corto, medio o largo plazo alguno o varios de los siguientes trastornos: La incontinencia urinaria y los prolapso los cuales son trastornos graves que suelen requerir intervención quirúrgica. Se trata de descensos de la matriz (prolapso uterino), de la vejiga (cistocele) y del recto (rectocele)¹.

Las disfunciones sexuales relacionadas con el prolapso uterino pueden ser por la disminución de la sensibilidad sexual de la mujer, dificultando su estimulación, por la disminución de la intensidad de los orgasmos o que en ocasiones no lleguen a alcanzarse, por sensaciones dolorosas durante el coito y por sequedad y dolor con la penetración. Puede empeorar, la calidad de las relaciones sexuales de forma apreciable por ambos miembros de la pareja y esta situación puede llevar incluso a evitarlas lo que limita la calidad de vida de quien lo sufre. Existen diferentes factores y causas de riesgo que inciden en el deterioro o lo agravan¹.

El embarazo y el parto, son la principal causa del debilitamiento, aunque los efectos pueden aparecer años después de haber tenido un hijo. El mayor peso del útero durante el embarazo debilita y fuerza los músculos del suelo pélvico. La distensión aumenta de manera importante durante el parto cuando el bebé pasa a su través. También, en el embarazo se produce una hormona que los relaja para facilitar el parto, debilitándolos aún más, desencadenando desórdenes lumbopélvicos, tanto en el plano osteoarticular como en la estática pélvica¹.

El deterioro será mayor si hubo desgarro durante el parto, si el bebé era de un peso elevado o gran perímetro craneal, si se ganó mucho peso durante el embarazo y con cada nuevo parto¹.

Después del parto, se suelen realizar ejercicios abdominales para recuperar la silueta sin considerar cómo han quedado los músculos del suelo pélvico que no deben soportar importantes aumentos de presión abdominal. En el posparto inmediato, la mujer no debe realizar ciertas situaciones como por ejemplo, saltar, llevar pesos, hacer deporte inadecuado o ejercicios abdominales precoces. Esta contraindicado hasta no ser valorado el estado del suelo pélvico y haber realizado su recuperación¹.

El deporte es beneficioso para la salud en general. Sin embargo, algunas situaciones como por ejemplo saltos e impactos (baloncesto, atletismo, tenis, aeróbic, footing, etc.), aumentan la presión intraabdominal y sin medidas oportunas empeoran el tono muscular pélvico. Por este motivo, en las jóvenes incluso sin hijos que practican este tipo de deportes con continuos entrenamientos y competiciones, seis de cada diez mujeres están afectadas de incontinencia de esfuerzo. Siempre que se realicen ejercicios que supongan un aumento de la presión abdominal, por ejemplo abdominales; se harán en espiración y con protección perineal¹.

Los cambios hormonales de la menopausia pueden producir una pérdida de flexibilidad de los músculos del suelo pélvico. Por ello, si no han aparecido antes, en esta etapa se suelen manifestar habitualmente los efectos de su debilidad, siendo habitual la aparición de incontinencia urinaria de esfuerzo. El envejecimiento es decir; el paso de los años influye en su atrofia al igual que ocurre con otro grupo muscular¹.

Respecto a la herencia, casi dos de cada diez mujeres tienen una debilidad innata de los músculos del suelo pélvico. Por esto, es importante medir su estado aunque no existan otras causas de debilitamiento y sobretodo si existen antecedentes familiares¹.

Existen costumbres cotidianas y otras causas que también perjudican como por ejemplo retener mucho tiempo la orina o empujar con fuerza para vaciar la vejiga, vestir con fajas o prendas muy ajustadas, la obesidad, el estreñimiento, tocar instrumentos de música de viento o el canto, tos crónica por tabaquismo o cualquier aumento repetitivo de la presión intraabdominal¹.

Esta afección es más común en mujeres que hayan tenido uno o más partos vaginales pero existen otros factores que pueden causar o llevar al prolapso uterino abarcan cualquier factor que ejerza presión sobre los músculos pélvicos, como la tos crónica y la obesidad, tumor pélvico (infrecuente) y el estreñimiento prolongado y el pujo asociado con éste pueden empeorar esta afección y, por supuesto, el envejecimiento normal y la falta de estrógenos después de la menopausia².

El tratamiento no es necesario, a menos que los síntomas le causen molestia. La mayoría de las mujeres buscan tratamiento cuando el útero baja hasta la abertura de la vagina².

Se recomiendan cambios en el estilo de vida como bajar de peso en mujeres con prolapso uterino que sean obesas, evitar hacer esfuerzos y levantar objetos pesados, dado que esto puede empeorar los síntomas y, si se es fumadora, dejar de fumar ya que el tabaquismo puede causar tos crónica lo cual afecta a la musculatura².

El médico puede recomendar colocarse un dispositivo de caucho o plástico en forma de rosca, llamado pesario, dentro de la vagina. Este dispositivo sostiene el útero en su lugar y puede ser temporal o permanente. Los pesarios vaginales se ajustan para cada mujer en forma individualizada. Algunos son similares a un diafragma empleado para el control natal².

La cirugía no debe realizarse hasta que los síntomas del prolapso sean peores que los riesgos de someterse a la operación. A menudo, se utiliza una histerectomía vaginal para corregir el prolapso uterino. Cualquier descuelgue de las paredes vaginales, la uretra, la vejiga o el recto también se puede corregir quirúrgicamente al mismo tiempo².

La estrogeneroterapia, ya sea vaginal u oral, en mujeres posmenopáusicas puede ayudar a mantener el tono muscular en el área vaginal².

Pero el tratamiento principal debería basarse en cambios en el estilo de vida y la realización de ejercicios que fortalezcan la musculatura del suelo pélvico mediante la práctica de ejercicios de Kegel, el uso de la pelota de Bobath y la gimnasia hipopresiva, entre otros.

El tensionamiento de los músculos del piso pélvico usando los ejercicios de Kegel ayuda a fortalecer los músculos y a reducir el riesgo de prolapso uterino².

Kegel (1951), fue el primero en introducir el concepto de programa de ejercicios de los músculos del suelo pélvico para el tratamiento de las incontinencias urinarias. Estos ejercicios son extrapolables, a la población general como prevención¹.

La pérdida de peso y el hecho de evitar levantar cosas pesadas pueden disminuir el riesgo de prolapso uterino².

CONCLUSIONES

Los programas de ejercicio físico pueden ser una terapia efectiva especialmente en las personas de edad avanzada y las mujeres a partir de la menopausia ya que existe un gran paralelismo y similitud entre el proceso de envejecimiento y la inactividad. En general, la falta de uso de los sistemas orgánicos representa la mitad de las pérdidas funcionales asociadas con el envejecimiento³.

La fisioterapia especializada en suelo pélvico es una realidad que cada día se extiende más en nuestra sociedad. Los expertos ven fundamental y necesario cuidar y mantener en forma esa parte del cuerpo. No sólo es recomendable para ayudar a las mujeres durante el embarazo, parto y post-parto, sino que también previene la incontinencia urinaria tan frecuente en mujeres de mediana y avanzada edad⁴.

La debilidad de la musculatura del suelo pélvico es responsable de patologías tales como los prolapsos o descensos de vísceras abdominales y también de distintas disfunciones sexuales⁴.

Las rutinas a realizar son desde los famosos ejercicios de Kegel y los abdominales hipopresivos, hasta los puramente específicos para ejercitar las distintas zonas del suelo pélvico⁴.

Los diferentes profesionales sanitarios, como responsables de Educación y Promoción de la Salud deben ser los encargados de informar a las mujeres de edad avanzada sobre la realización de las diferentes actividades físicas para la prevención o mejora del prolapso uterino.

BIBLIOGRAFÍA

1. Pallaruelo Lanau L. “Si eres mujer y tienes entre 40-54 años deberás de saber...”. Universidad Pública de Navarra. Jun 2012.
2. MedlinePlus [Internet]. España: MedlinePlus; 2013 [Actualizado; 9 Dic 2011. Citado; 16 Jul 2013]. Disponible en: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/001508.htm>.
3. Serra Majem LI, de Cambra S, Saltó E, Roura E, Rodríguez F, Vallbona C, Salleras L. Consejo y prescripción de ejercicio físico. Med Clin (Barc) 1994; 102 Supl 1: 100- 108.
4. Portalatín BG. Fortalecer el suelo pélvico también mejora las relaciones sexuales. El Mundo [Internet]. 2013 [Actualizado 15 Nov 2012]. Disponible en: <http://www.elmundo.es/elmundosalud/2012/11/14/noticias/1352896809.html>.

6. Órganos de los sentidos

LAS DRUSAS RETINIANAS, ¿FACTOR DE PROTECCIÓN QUE EVITARÍA EL DETERIORO COGNITIVO?

C. Navarro Moreno ⁽¹⁾, J. Lavid De Los Mozos ⁽²⁾, M.A. Gallardo Blanco ⁽²⁾, I. Zarzuela Yañez ⁽³⁾, J.L. García Madroña ⁽²⁾.

⁽¹⁾ C.R.P.M. Junta De Andalucía; ⁽²⁾ Hospital Punta Europa; ⁽³⁾ C.R.P.M. Junta E Andalucía.

OBJETIVOS

Las drusas son formaciones de sustancia de β -amiloide, son nódulos blanco-amarillentas de diferentes tamaños, que si no se asocian a lesiones maculares no provocan síntomas en los pacientes.

Histológicamente se trata de depósitos de aspecto y composición variables, localizados en la membrana basal del epitelio pigmentario de la retina (EPR) y la membrana de Bruch.¹

Desde el punto de vista patogénico, las drusas se han relacionado con la isquemia coroidea crónica, con la incapacidad del epitelio pigmentario para actuar como sistema de limpieza de la retina externa y fotorreceptores, y con factores nutricionales, genéticos y ambientales.¹

La alteración a nivel de los vasos produce una alteración en la estructura de la proteína que provoca la acumulación de material de desecho entre la membrana de Bruch y la lámina de colágena interna lo que da lugar a la acumulación de diversas sustancias de desecho, entre ellas β -amiloide., proteínas del complemento (C3, C5, complejo C5b-9), los factores C, lípidos apolipoproteínas B y E, vitronectina

La patología, por tanto se debe al acúmulo de material de desecho como en la mayoría de enfermedades neurodegenerativas, el Parkinson o la enfermedad de Alzheimer.²

Siendo semejantes a las encontradas en los depósitos cerebrales en enfermos con EA.

Patogénesis Relacionadas.-

Se ha identificado una variante del gen del factor H del complemento en el cromosoma 1q31, en el que se produce tan sólo un cambio de tirosina por histidina en el aminoácido 402 en los pacientes con drusas.

Así mismo la implicación del factor de complemento dibuja un cuadro relacionado con procesos de tipo inflamatorio (tal como se especula con el origen del Alzheimer).

Hace tres años nos planteamos este estudio como evaluación de la existencia de drusas en pacientes ancianos con diagnóstico de EA previo, en sus diferentes estadios, comparándolos en estudio a doble ciego con ancianos sanos.

El objetivo primario del estudio era obtener datos a fin de poder considerar las drusas como un factor predictivo de EA, con la simple exploración oftalmológica.

Dicho estudio se presentó en el congreso de la SEGG, celebrado en Valladolid en 2010.

Después de los hallazgos del estudio, decidimos continuar el mismo incluyendo nuevos pacientes, a fin de observar si la hipótesis planteada seguía siendo correcta.

^{1,2}. Mullins RF, Russell SR, Anderson DH, Hageman GS. Drusen associated with aging and age-related macular degeneration contain proteins common to extracellular deposits associated with atherosclerosis, elastosis, amyloidosis, and dense deposit disease. FASEB J. 2000 May;14(7):835-46.

MÉTODO

En este 1er. estudio se habían seleccionado 17 pacientes, en el actual se han incluido un total de 33 pacientes, residentes todos ellos de la Residencia de Mayores de la Junta de Andalucía de Algeciras, con media de edad de 86.35 años, siendo el total de ellos 21 mujeres y 12 hombres.

Los pacientes se dividieron en tres grupos homogéneos en su número:

- A) Ancianos sanos (13) 7 ♀ Edad media: 86.6 y 6 ♂ Edad media: 83.4
- B) Ancianos con Deterioro cognitivo leve-moderado (E.A. diagnosticado por criterios NINCDS-ADRDA): (11) 7 ♀ Edad media 85.6 y 4 ♂ Edad media: 86,8
- C) Ancianos con Deterioro cognitivo moderado-grave(E.A. diagnosticado por criterios NINCDS-ADRDA):(9) 7 ♀ Edad media 88.1 y 2 ♂ Edad media: 87.6

Los diagnósticos de los pacientes a nivel cognitivo solo eran conocidos por el servicio de geriatría, no por oftalmología, que recibían a los pacientes sin tener Historia Clínica, ni datos que identificaran a los pacientes con demencias.

Se utilizaron los siguientes estudios oftalmológicos:

- Agudeza visual (decimal Monoyer),
- Examen de cámara anterior,
- Fondo de ojo lente de 78 dioptrias,
- Retinografía,
- OCT (tomografía de coherencia óptica) *
- Angiografía*

(* Solo en aquellos ojos patológicos)

RESULTADOS

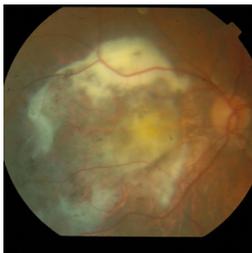
En el primer estudio, se buscaba correlacionar los hallazgos de drusas con la EA., pero los resultados no fueron los esperados, para sorpresa de todos, los enfermos de EA MODERADA-GRAVE, no presentaban drusas, si en algunos de los casos de DCL-EA leve, asociado a DMAE, y por el contrario los Ancianos sanos estudiados, presentan en mayor o menor cantidad drusas de los diferentes tipos existentes: duras, semiduras y blandas.

En la serie incorporada en estos dos últimos años al estudio se han mantenido los datos anteriormente encontrados.

- Los pacientes con DRUSAS fueron en el grupo de Ancianos sanos el 90,90 %

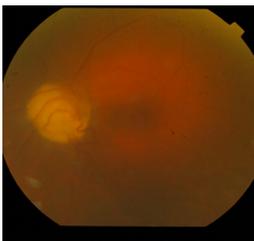


- En el grupo de pacientes con DCL y E.A: leve-moderada, solo se encontró en dos casos, (6,06%) la presencia de drusas blandas, asociada formas cicatrízales de DMAE



(Flechas rojas, indican las lesiones residuales; flechas negras señalando drusas)

- En el grupo de pacientes con E.A. moderada-grave, se encontró UN CASO (3,03%)



CONCLUSIONES

Después de los resultados obtenidos en la suma de las dos series, seguimos planteándonos la hipótesis para futuros trabajos, de **que las drusas** (depósitos retinianos de β -amiloide, similares a los encontrados en la EA), **podrían ser un factor de protección en el desarrollo del Deterioro cognitivo en nuestros ancianos.**

PATOLOGIA OCULAR EN EL ANCIANO

L.M. Moreno Fernández ⁽¹⁾, S. Aguirre Martínez ⁽¹⁾, L. Sebastián Chapman ⁽¹⁾, A. Peinado Cano ⁽¹⁾, M. Ricart Asensi ⁽²⁾.

⁽¹⁾ Hospital Torrecárdenas; ⁽²⁾ Hospital Torrecárdenas, Almería.

El aumento del envejecimiento de la población española resulta paradójico, por un lado aumenta la expectativa de vida, y por otro, disminuye su calidad al aumentar las incapacidades. Nos encontramos ante pacientes pluripatológicos que necesitan un enfoque multidisciplinar. Por tanto debemos hacer especial hincapié en la prevención y detección de las situaciones de dependencia.

En este tema vamos a centrarnos en las patologías oftalmológicas más frecuentes en adultos mayores, ya que tienen grandes repercusiones en la vida diaria tanto en la esfera social, laboral como afectivo-relacional.

Hablaremos sobre las cataratas, degeneración macular asociada a la edad, glaucoma, defectos de refracción, retinopatía diabética e hipertensiva y los problemas oculares externos.

CATARATAS:

Estas opacidades más o menos grandes y densas pueden localizarse en cualquiera de las capas que constituyen el cristalino, produciendo una disminución lenta y progresiva de la visión, deslumbramiento, atenuación de los colores e incluso diplopía. Su frecuencia aumenta con la edad constituyendo la principal causa de ceguera reversible en el mundo occidental. Se han identificado múltiples **factores de riesgo**:

-Género femenino: mayor prevalencia en la mujer, sobre todo en las cataratas corticales. Podría estar relacionado con las diferencias hormonales entre el sexo femenino y masculino. Un factor que apoya esta hipótesis sería el déficit de estrógenos tras la menopausia, poniendo de manifiesto diferentes estudios como la terapia hormonal sustitutoria puede tener un papel protector, reduciendo la incidencia de la catarata senil.

-Tabaco: Se estima que fumar quince cigarrillos al día, triplica el riesgo de sufrir cataratas. Los radicales libres que aparecen con la combustión del tabaco, dañan las proteínas cristalinas y las membranas celulares de las fibras que constituyen la lente.

-Antioxidantes: Algunos estudios parecen demostrar un valioso efecto protector, disminuyendo el número de cataratas de los pacientes que toman este suplemento.

-Esteroides: Su uso continuado durante largo tiempo aumenta el riesgo, sobre todo de cataratas subcapsulares posteriores

-Otros factores: ultravioleta, radiaciones ionizantes, malnutrición, consumo de alcohol, diabetes, traumatismos, hipertensión arterial...

El síntoma principal del que se quejan los pacientes es la disminución lenta y progresiva de la visión. Las opacidades periféricas apenas producen síntomas. Las centrales comienzan originando deslumbramiento y también pueden cursar con borrosidad y distorsión de la visión, incluso con diplopía monocular. Como consecuencia de la miopización algunos pacientes hablan de una mejoría en su visión de cerca. Éstos pacientes tienen alterada la sensibilidad al contraste, de gran importancia en la conducción de vehículos, por la falta de habilidad que produce el deslumbramiento.

Aunque en una catarata avanzada, bajo la iluminación directa de una linterna es posible observar el grado de opacidad, una buena exploración debe realizarse bajo dilatación pupilar farmacológica; así, junto a la lámpara de hendidura, el oftalmólogo distinguirá la catarata de predominio nuclear, cortical o capsular. Según su evolución, se puede catalogar de catarata inmadura cuando todavía se visualiza el fondo de ojo, madura cuando no se visualiza e hipermadura cuando su aspecto es intumesciente, presentando estas últimas complicaciones como uveítis anterior y glaucoma. El médico no especialista puede llegar al diagnóstico haciendo uso del oftalmoscopio directo iluminando la pupila del paciente a unos diez centímetros y observando manchas oscuras sobre fondo rojizo. También tomaremos la agudeza visual de nuestros pacientes con optotipos, que nos permite la discriminación de pequeños detalles con elevado contraste.

El único tratamiento eficaz es el quirúrgico. Los resultados pueden verse afectados por la edad del individuo y la patologías asociadas, siendo deseable que la visión antes de la intervención no sea excesivamente mala, ya que la recuperación funcional puede no ser adecuada. La técnica de elección es la facoemulsificación; su recuperación es muy rápida, ya que el cristalino opacificado se sustituye por una lente que compensa su poder

dióptrico. Tras la intervención son de gran importancia los cuidados de higiene para evitar infecciones y un adecuado tratamiento antibiótico y antiinflamatorio, junto al uso de gafas de sol con protección ultravioleta.

DMAE:

La Degeneración Macular asociada a la Edad es una enfermedad degenerativa o distrófica que afecta a la mácula, la zona central de la retina, concretamente a la capa más periférica: el epitelio pigmentario retiniano. Hoy en día se trata de la primera causa de ceguera “legal” en los mayores de 55 años en países desarrollados. En España, hay unos 130.000 casos diagnosticados, aunque se cree que esta cifra realmente alcanza los 300000. Se estima que afecta a un 6,4% de las personas entre 60-75 años y hasta un 15-20% de las personas mayores de 75 años, lo que nos indica la importancia de esta enfermedad debido al envejecimiento que está sufriendo la población occidental.

Actualmente su origen es desconocido, pero sabemos que existen multitud de factores ambientales y constitucionales que condicionan el inicio de la enfermedad. Dentro de los constitucionales destaca la edad, único factor de riesgo bien establecido, sabiendo que a mayor edad mayor riesgo de padecer DMAE. La genética aún está en estudio pero también podría estar relacionada. Otros factores que parecen estar implicados incrementando el riesgo son: sexo femenino, raza caucásica, ojos claros y enfermedades cardiovasculares como hipertensión, dislipemia y arteriosclerosis.

En cuanto a los factores ambientales, el principal es el tabaco, que aumenta la probabilidad de padecer DMAE en un 2,2-3%. También una dieta pobre en antioxidantes, el consumo excesivo de grasas (sin embargo los ácidos grasos presentes en el pescado parece que presentan efecto protector) y también la cirugía del cristalino por la falta de protección ya que actúa como filtro ante la luz UV.

El epitelio pigmentario retiniano es una capa de células encargada del mantenimiento de los fotorreceptores: conos y bastones. Éste epitelio llega a un momento en el cual no es capaz de eliminar todos los productos de desecho de los fotorreceptores, acumulándose material anómalo que provoca la liberación de factores de crecimiento que favorecen la aparición de neovasos. Éstos producen exudación y, en ocasiones, hemorragias debido a la rotura de las estructuras adyacentes. Se produce como resultado una proliferación de tejido fibroso y sustancias proteicas, que forman una membrana fibrótica que se llama cicatriz disciforme. Este proceso acaba con la destrucción del epitelio pigmentario y de los fotorreceptores y por tanto con la progresiva pérdida de visión irreversible y severa.

En función de la evolución del proceso degenerativo se clasifica en:

- DMAE seca o atrófica: los productos de desecho en el epitelio forman drusas y zonas de atrofia. Es el tipo más frecuente (90%) y menos incapacitante.
- DMAE exudativa, es la menos frecuente, pero más agresiva.

La DMAE es una enfermedad infradiagnosticada ya que la pérdida visual forma parte del envejecimiento y los síntomas suelen pasar desapercibidos por lo que los pacientes no suelen solicitar asistencia médica. Los principales síntomas son la disminución de la agudeza visual central, metamorfopsias, disminución de la visión en color, disminución de la sensibilidad al contraste.

Para el diagnóstico se deben hacer revisiones periódicas usando la rejilla de Amsler. El paciente debe taparse un ojo, y con su corrección óptica adecuada mirar al centro de ésta a una distancia de 45 cm. Si observa líneas onduladas, rotas, borrosas o áreas sin visión debe realizarse una exploración oftalmológica exhaustiva: prueba de sensibilidad al contraste, test de agudeza visual, oftalmoscopia, angiografía con fluoresceína para confirmar la presencia, tipo y localización de la membrana neovascular. Actualmente no existe ningún tratamiento curativo, el único que existe es preventivo y está encaminado a controlar los factores de riesgo como eliminar el tabaco, proteger los ojos del sol, controlar la TA, que la dieta sea rica en antioxidantes. El tratamiento en las formas húmedas consiste en la destrucción con láser de los neovasos formados. La indicación depende de la localización de la membrana neovascular coroidea en relación a la zona avascular de la fovea. Además el tratamiento debe aplicarse con rapidez tras el diagnóstico angiográfico ya que se sabe que el crecimiento de esta membrana es de unas 5-10 micras al día.

GLAUCOMA:

El aumento de la presión intraocular se caracteriza por una falta de sintomatología típica. El anciano acude a consulta demasiado tarde, habiéndose producido ya lesiones campimétricas severas que en muchas ocasiones son irreversibles. Otras veces, a pesar del tratamiento médico o quirúrgico encaminado a controlar la presión intraocular aparece ceguera. Es muy importante identificar los casos cuanto antes y tratarlos precozmente.

Entre los factores de riesgo más importantes consideramos:

-Presión intraocular: La consideramos normal hasta 20 mmHg, sospechosos entre 20 y 24 mmHg y patológicos los superiores a 24 mmHg.

-Edad: El riesgo se incrementa por encima de los sesenta años.

-Historia familiar: La genética juega un importante papel en el glaucoma primario de ángulo abierto, aunque tan solo un 3% de ellos tiene defecto genético conocido. El tipo de herencia aún no está claro. Uno de los genes es el Miocilin. Estos descubrimientos son de gran relevancia para la detección precoz del glaucoma mediante tests que ya están en el mercado.

-Raza negra: La probabilidad de padecer glaucoma aumenta de tres a cuatro veces en la raza negra con respecto a la blanca, siendo seis veces más fácil que se produzca ceguera entre los negros. También la respuesta al tratamiento quirúrgico es peor en dicha raza. Parece estar relacionado con una cornea más delgada.

-Excavación aumentada, junto a excavaciones excéntricas, rechazo nasal de los vasos, asimetría entre un ojo y el otro, hemorragias en astilla en el borde de la papila y la alteración del anillo neuroretiniano alrededor del disco, ya que todos ellos son signos de sufrimiento neuronal.

-Grosor corneal: Si es pequeño aumenta el riesgo de padecer glaucoma.

-Miopía elevada: incrementa el riesgo de dos a tres veces.

-Diabetes: Es obligado examinar a la población diabética en busca de lesiones precoces.

-Hipertensión arterial: El incremento de la presión sanguínea produce un ligero ascenso en la presión intraocular. Como ya hemos comentado, es característica la falta de síntomas, lo que hace que en la mayoría de las ocasiones sea un hallazgo casual tras una visita al especialista. A veces, pueden aparecer defectos en el enfoque y alteraciones en el campo visual.

Las exploraciones básicas son la tonometría de aplanación para el registro de la presión intraocular; la oftalmoscopia del disco óptico, para valorar la excavación papilar y en tercer lugar la campimetría, para confirmar la presencia de enfermedad y conocer el pronóstico y la actitud terapéutica.

Los defectos típicos consisten en retracción concéntrica del campo, aumento de la mancha ciega, escotomas, escalón nasal. Actualmente el desarrollo de la perimétrica computerizada permite el análisis de los defectos más precoces. Existen nuevas estrategias entre las que encontramos la biomicroscopía, gonioscopia y la O.C.T.

Por tanto, el reto en el diagnóstico será identificar los casos lo más precozmente

posible (campañas de detección precoz), con el fin de que puedan ser tratados cuanto antes.

El tratamiento puede ser médico, es amplio y en todos los casos está encaminado a disminuir la presión intraocular, con carácter neuroprotector en algunos casos. Todos tienen efectos secundarios adversos locales y generales que a veces obligan a cambiar de un grupo de tratamiento a otro. Los más populares son los Beta-bloqueantes, pero también podemos encontrar otros como prostaglandinas (los más irritantes), inhibidores de la anhidrasa carbónica, alfa-agonistas adrenérgicos. Además de esto disponemos del tratamiento quirúrgico como la trabeculoplastia con láser (no invasiva) o trabeculectomía (invasiva).

Debemos sensibilizar sobre la importancia de adaptar el estilo de vida a la aplicación correcta de la medicación para el control efectivo de esta enfermedad. Enseñar al paciente que la simple presión sobre el conducto nasolagrimal aumenta la cantidad de fármaco que llega al ojo, evitando los efectos secundarios

DEFECTOS REFRACTIVOS:

Los defectos de refracción, o ametropías, son alteraciones del ojo como sistema óptico, de tal forma que los rayos que llegan paralelos al eje visual no se focalizan en la retina y la imagen no es nítida. Se produce al haber un desequilibrio entre la longitud anteroposterior del ojo y la potencia dióptrica que viene dada por la córnea y el cristalino. Suelen mejorar al mirar por un agujero estenopeico. Podemos clasificarlas en dos: esféricas si el error refractivo es uniforme en todos los ejes (miopía e hipermetropía) o cilíndricas si no es uniforme (astigmatismo). A esto tenemos que sumarle la presbicia.

-*Hipermetropía*: es la ametropía más frecuente, los niños son fisiológicamente hipermétropes al nacer. Aparece cuando en el ojo en reposo los rayos se enfocan detrás de la retina porque el poder refractivo es menor de lo normal o el eje anteroposterior es más corto. Por tanto es un ojo poco convergente que no verá bien y podrá mejorar con lentes positivas o acomodando, el problema es que los ancianos acomodan poco o nada debido al

aumento de la rigidez escleral y cristaliniana. Los síntomas típicos constituyen la astenopía acomodativa en la que los pacientes presentan molestias, ardor, se frota los ojos, conjuntivitis, orzuelos, lagrimeo y cefaleas. Estos síntomas dependerán de:

1. la edad y por tanto la capacidad para acomodar del paciente
2. la tolerancia del paciente ante el aumento de demanda, muchas de las actividades diarias de los ancianos están relacionadas con la visión de cerca (coser, leer, juegos de mesa).
3. del grado de hipermetropía, las grandes hipermetropías siempre dan síntomas

En el fondo de ojo observaremos una papila pequeña, de bordes hiperémicos y borrosos (papila pseudoedematosa) y aumento de la tortuosidad vascular, debido a un espacio reducido.

Los hipermétropes deberán ser revisados porque tienen mayor riesgo de glaucoma de ángulo estrecho por ser ojos pequeños. Si el ángulo irido-corneal estuviera tan cerrado como para cerrarse se plantearía hacer una iridotomía láser preventiva.

Para su corrección se ponen lentes convergentes positivas. Como en el anciano la acomodación prácticamente desaparece, necesitarán corrección para ver de lejos y corrección adicional para cerca por su presbicia.

- *Miopía*: es una ametropía en la que los rayos se focalizan por delante de la retina. No ven bien de lejos. En este caso el poder dióptrico es demasiado grande para la longitud del ojo, sea ésta normal, mayor o menor. Para poder enfocar un objeto en la retina los rayos tendrán que llegar divergentes, y esto se consigue acercándose los objetos o mediante lentes divergentes. Hay que tener presente que además de ser un problema de refracción en algunas ocasiones se trata de una enfermedad ocular.

Podemos distinguir tres tipos de miopía: fisiológica que comienza en la infancia y suele detenerse al cesar el crecimiento (hasta 6-7 dioptrías), Magna en la que encontramos enfermedad ocular, se inicia temprano y avanza con rapidez, y Miopía Accidental asociada a procesos como queratocono y queratitis.

Los miopes, sobre todo los magños, presentan mayor número de veces miodesopsias, desprendimientos de vítreo posterior así como lesiones degenerativas específicas de la retina, por lo que deben ser revisados en consulta de oftalmología. También hay que controlar la presión intraocular ya que la miopía constituye un factor de riesgo de glaucoma crónico simple y si hay cataratas, sobretodo subcapsular posterior, que pueden disminuir la agudeza visual del paciente.

Para corregir la miopía se utilizan lentes divergentes negativas que eliminan la fatiga y permiten una visión adecuada pero no evitan la progresión. Se podría corregir con lentes de contacto pero son de difícil uso por parte de los mayores, y la cirugía no es lo más indicado en este tipo de pacientes.

- *Astigmatismo*: En esta ametropía la refracción de la luz es desigual en los meridianos principales del ojo por lo que las imágenes no se focalizan en el mismo plano, sino entre las denominadas focal anterior y posterior en el conoide de Sturm. Puede ser debida a una alteración en cualquiera de las superficies refractivas del ojo pero la mayoría de las veces se debe a diferencias de curvatura entre los distintos meridianos de la córnea. Suele ser una ametropía muy estable, que varía poco a largo de la vida. Clínicamente dará trastornos de la agudeza visual y trastornos sensitivos. El paciente suele venir por estos últimos, que suelen ser cefaleas y fatiga ocular. Estos síntomas son más marcados en los pacientes astigmatas hipermetrópicos porque son los que acomodan más. Los astigmatas miópicos al acomodar no ven mejor por lo que no fuerzan tanto y no suelen presentar trastornos astenópicos. En general se corrige con lentes cilíndricas si el astigmatismo es simple, o esferocilíndricas, si está asociado a miopía o hipermetropía. Los ancianos no toleran bien la corrección total, por ello se corregirá de forma gradual y los defectos pequeños que no generan síntomas no se corrigen.

- *Presbicia*: es la pérdida del poder de acomodación necesario para la visión cercana. Aparece fisiológicamente a partir de los 40 años. Se debe entre otras causas al endurecimiento del cristalino y el debilitamiento del músculo ciliar, que tienen como consecuencia el alejamiento del punto de visión próximo y por tanto la aparición de dificultades en la visión cercana. Esto provocará un esfuerzo acomodativo continuo que genera fatiga ocular e incluso cefalea. Al principio se compensa alejando los objetos o la distancia de trabajo, pero al final resulta incapacitante. La mayor parte de los ancianos van a presentar este problema, excepto los miopes que podrán realizar tareas de cerca sin corrección debido a que parte de su presbicia o toda, será compensada. El tratamiento consiste en lentes convergentes positivas. La mayor parte de las veces el paciente necesitará unas gafas para lejos y otras para cerca, o lentes bifocales.

RETINOPATIA DIABÉTICA:

Se trata de una microangiopatía vascular a nivel de la retina. Es la causa principal de ceguera bilateral irreversible entre los menores de 65 años en los países industrializados. Se presenta en un 50-60% de los diabéticos de más de 15 años de evolución. Produce alteraciones en casi todos los tejidos oculares como queratoconjuntivitis

seca, xantelasma, cataratas, glaucoma y parestias musculares (más frecuente VI par). A nivel de la retina el problema principal es que se altera la barrera hematorretiniana con la consecuente aparición de exudados, hemorragias, dilataciones o microaneurismas y una hipoxia retiniana que estimula la proliferación de neovasos. Estos neovasos van a ser responsables de la división de la retinopatía en:

- No proliferativa: mucho más frecuente, con un deterioro progresivo de la visión por edema macular (la causa más frecuente de pérdida visual en diabéticos)
- Proliferativa: con pérdida brusca de visión por hemovítreo y progresiva por desprendimiento de retina

El factor de riesgo más importante será el tiempo de evolución de la enfermedad, otros serán la glucemia, la HbA1C, la HTA, dislipemia. La enfermedad renal es buena predictora de la presencia de retinopatía.

Su diagnóstico se llevará a cabo al estudiar el fondo de ojo, siendo los microaneurismas las lesiones más características. En algunos casos será necesario llevar a cabo una Angiografía Fluoresceínica.

Es imprescindible que haya un seguimiento de los pacientes, de tal manera que los diabéticos tipo I vayan a revisión por primera vez a los 10-5 años según su control y posteriormente anualmente y los diabéticos tipo II vayan desde el momento del diagnóstico anualmente.

Para su tratamiento es imprescindible que se controlen los factores de riesgo. En la retinopatía proliferativa el tratamiento de elección es la panfotocoagulación pero en algunos casos se llevará a cabo una vitrectomía si hay una hemorragia vítrea que no se reabsorbe o hay desprendimientos de retina. El edema macular se podrá tratar con láser, corticoides de acción prolongada y en ocasiones también con una vitrectomía asociada a la extracción de la membrana limitante interna de la retina.

RETINOPATÍA HIPERTENSIVA:

La hipertensión arterial es una enfermedad muy prevalente entre los ancianos. Puede dar multiplicidad de lesiones en lugares distintos, incluida la retina. El problema del ojo es que la mayor parte de las veces no da síntomas hasta fases avanzadas en las que nos encontramos pacientes con pérdida de agudeza visual. El aumento de la tensión arterial se puede ver mediante el oftalmoscopio ya que se observaran signos crónicos como signos de cruce arteriovenosos, estrechamiento de los vasos, focos blancos algodinosos y hemorragias o signos agudos como un edema retiniano, edema de papila, etc.

El tratamiento fundamental consiste como siempre en intentar prevenir y controlar la tensión arterial, dislipemia, glucemia.

PROBLEMAS OCULARES EXTERNOS:

Los problemas oculares externos son frecuentes en los ancianos, destacando Blefaritis y Sequedad ocular; a menudo son infravalorados a pesar de causar grandes molestias, limitación de las actividades de los pacientes, a la vez que alteran la función visual. No es raro ver a un anciano al final del día que sólo está cómodo con los ojos cerrados.

El mecanismo que asegura la salud de la superficie ocular depende de la íntima relación que se establece entre los epitelios de la superficie ocular y la película lagrimal precorneal. Estos dos elementos junto a los párpados, deben ser considerados en el diagnóstico y tratamiento de las alteraciones de la superficie ocular.

- *Ectropion:*

Esta evasión del párpado que es más frecuente en el inferior. La causa más frecuente es la involución senil que se asocia con laxitud horizontal del párpado. Otras causas son la dehiscencia de los retractores del párpado inferior, parálisis del orbicular o las neoplasias del párpado inferior. Se describen cinco tipos: congénito, involucional (el más frecuente), cicatricial, paralítico (suele ser transitorio por parálisis facial) y mecánico. Todos ellos pueden verse en el paciente anciano.

- *Entropion:*

La rotación del párpado hacia el globo ocular suele determinar una rotación de las pestañas hacia el mismo, lo que determina hiperemia conjuntival, queratitis, úlcera corneal, pérdida de visión e incluso del globo ocular. Suele ser más frecuente en el párpado inferior. El origen puede ser congénito, involucional, cicatricial o espástico agudo.

Debe tenerse en cuenta que un ojo rojo o que lagrimea puede ser la manifestación de un ectropión o un entropión incipiente.

-*Blefaritis:*

En los párpados existen las glándulas de Meibomio (no asociadas a folículos pilosos) y las glándulas de

Zeiss (si asociadas). El contenido lipídico de estas glándulas se vierte sobre la piel y la glándula, evitando su evaporación y creando una superficie suave. La Blefaritis es una inflamación crónica de los párpados; es a menudo la causa de molestias oculares, enrojecimiento y lagrimeo. Los pacientes manifiestan que están peor al levantarse por el contacto nocturno del globo ocular con los párpados alterados. Otros síntomas son ardor, picor, sensibilidad a la luz, enrojecimiento y sensación de arenilla. Existen tres formas de Blefaritis: etafilocócica, seborreica y por disfunción de las glándulas de Meibomio.

Lo más importante es tener presente la naturaleza crónica del proceso. El propósito del tratamiento es mantener la enfermedad controlada, minimizando signos y síntomas. Los elementos fundamentales son antibióticos y la higiene palpebral, que incluye fomentos calientes, masajes palpebrales y lavado de la base de las pestañas, a lo que se añadirán lágrimas artificiales. Debe abordarse en dos fases: una aguda de tratamiento intenso durante 1 ó 2 meses y otra crónica de mantenimiento, en esta última fase se suspenderán los antibióticos tópicos y se reduce la pauta de calor. Puede notarse mejoría si el tratamiento es constante y disciplinado.

-Ojo seco:

Aunque hay muchos elementos que lo producen, el hecho fundamental es la existencia de una película lagrimal inadecuada sobre la superficie ocular. La película lagrimal se divide en tres capas: lipídica (disminuye evaporación y barrera hidrofóbica), acuosa (constituye el 98% de la película lagrimal, con actividad antibacteriana) y mucínica (hace que la superficie sea húmeda y participe en la defensa).

El ojo seco se produce de forma secundaria a una producción disminuida de lágrima o una evaporación excesiva de la misma. Si no se trata puede conducir a úlceras corneales, infecciones y otros problemas visuales. Hoy en día se sabe que parte del problema reside en la existencia de una inflamación subclínica y por eso el uso de agentes antiinflamatorios puede estar indicado.

Entre los síntomas de sequedad ocular se incluyen la sensación de cuerpo extraño, el ardor, la sensación de arenilla, el enrojecimiento, la visión borrosa fluctuante, sensación de cansancio ocular y lagrimeo. El paciente está peor a medida que pasa el día.

La exploración se complementa con la aplicación de colorantes vitales que revelan defectos epiteliales, estabilidad de la película lagrimal, medida de la producción lagrimal...

El principal tratamiento consiste en la aplicación de lágrimas artificiales varias veces al día. En casos más severos debe recurrirse a la oclusión de los puntos lagrimales, instilación de colirios de esteroides o al uso de estimulantes de la secreción lagrimal.

Debe evitarse la prescripción inadecuada de colirios antibióticos, antialérgicos y antiinflamatorios, impidiendo así una superficie ocular agredida y la irritación ocular medicamentosa que obliga a la suspensión de todos los tratamientos como primera medida para llegar a un diagnóstico adecuado.

Una visión adecuada es un pilar fundamental en los pacientes mayores, es imprescindible poder ver para poder ser independiente en las actividades básicas de la vida diaria. Si la visión es inadecuada, los ancianos son mucho más susceptibles de sufrir caídas, aislarse y acabar sufriendo depresión o malnutrición entre otras. En algunos casos, incluso puede ayudar al desarrollo de un síndrome confusional agudo en el hospital. Con todo esto, lo que intentamos explicar es que los ancianos tienen mucho mayor riesgo de comorbilidad si no tienen una correcta percepción de su alrededor, a veces ni ellos mismos son conscientes de que tienen un problema ocular por lo que deben ser considerados pacientes de alto riesgo de deterioro visual y deben tener un seguimiento por oftalmología con cierta periodicidad. Muchas veces unas simples lentes, o incluso la prescripción de unas lágrimas artificiales, pueden solucionar muchos problemas. Cuanto más sencilla sea la pauta de tratamiento, mejor cumplimiento terapéutico. Y si podemos, debemos mejorar el ambiente y facilitarle la vida en el domicilio al enfermo a través de ciertas maniobras sencillas como instalar luces adecuadas o que el enfermo sepa donde están los utensilios de manejo diario.

BIBLIOGRAFÍA

- Duke-Elder, Refracción teoría y práctica. 1ª edición española. Barcelona: Jims S.A, 1985.
- Lang, Oftalmología. Texto y atlas en color. 1ª edición. Barcelona: Masson, 2002
- J. Ruiz, L. Arias. Manual de Retina Sociedad Española Retina y Vítreo. 1ª edición. Elsevier, 2013.
- J. Kanski. Oftalmología clínica. 7ª edición: Elsevier, 2012.

REHABILITACIÓN DEL DÉFICIT AUDITIVO EN PACIENTE GERIÁTRICA CON IMPLANTE COCLEAR.

M.D.M. Miras Ramón, S. Gómez García, M.E. Martínez Miralles.

Hospital Torrecárdenas, Almería

INTRODUCCIÓN

El implante coclear es un aparato transductor que trasforma las señales acústicas en eléctricas, las cuales estimulan el nervio coclear y desencadenan una sensación auditiva. Consta de componentes externos e internos; los internos requieren cirugía y son el receptor-estimulador y unos electrodos intracocleares. Los componentes externos son un micrófono, un procesador de la voz y un transmisor.

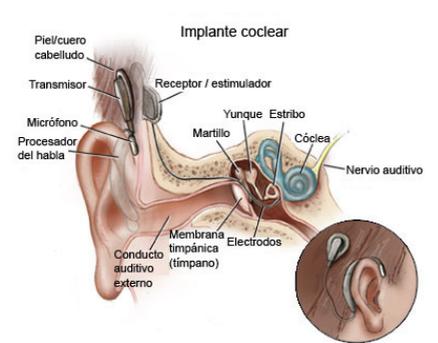


Imagen tomada de : www.seattlechildrens.org

Existen diversos tipos de implantes cocleares en función del tipo de electrodos, método de estimulación y forma de transmisión de las señales a nivel de la piel. Cada uno de estos sistemas tienen sus ventajas e inconvenientes, pero ha quedado demostrado que la estimulación multicanal-intracoclear produce mejores resultados en cuanto a la capacidad de comprensión de la palabra hablada.

En pacientes mayores está indicado cuando existe una hipoacusia neurosensorial severa bilateral de asiento coclear, que tiene escasos beneficios con el uso de prótesis convencionales (audífonos), siempre que el paciente se encuentre motivado para su uso_{2,3}.

Las contraindicaciones para esta cirugía son la presencia de malformaciones congénitas con agenesia coclear, ausencia de funcionalidad de la vía auditiva, enfermedades que provocan hipoacusia central, enfermedades psiquiátricas severas, enfermedades que contraindiquen la anestesia general y ausencia de motivación a la implantación. La edad en sí misma no es una contraindicación para su implantación, sí se considera el estado general del paciente y las comorbilidades que pueda tener, como condicionantes para la intervención quirúrgica, por lo que se realiza una selección previa del candidato por un equipo multidisciplinar.

La cirugía de un implante coclear implica los riesgos habituales de cualquier intervención como son los asociados a la anestesia general y por otro lado, los relacionadas con la inserción de un cuerpo extraño. En función de la gravedad estas complicaciones se pueden dividir en mayores y menores. Las menores son paresia facial transitoria, alteraciones gustativas, inestabilidad, perforación timpánica, acúfenos, seromas, vértigos..., siendo la mayoría de ellas transitorias. Entre las complicaciones mayores, las más frecuentes son las infecciones y erosiones de la pared posterior del conducto auditivo externo₄.

Es muy importante que se ajusten las expectativas a las posibilidades reales del paciente que va a ser implantado. Hay que tener en cuenta, que el implante coclear, busca mejorar la sensación auditiva para estas personas con sordera profunda, pero no puede restablecer una audición normal. Es la razón por la que, después de la adaptación del implante, es necesario que los pacientes sigan un proceso de Rehabilitación Auditiva. La rehabilitación o educación auditiva tiene un importante papel en intentar conseguir el mayor rendimiento auditivo posible tras la colocación del implante coclear. Se busca obtener el mayor desarrollo posible de habilidades para mejorar la comunicación oral y por tanto de la interacción social. La rehabilitación se basa en dos aspectos, por un lado, en un entrenamiento encaminado a conseguir el reconocimiento del habla gracias a la discriminación de sus componentes y, por otro lado, un entrenamiento de las capacidades de anticipación y suplencia mental para completar lo que no se puede percibir por vía auditiva.

Nuestro objetivo es describir con un caso clínico, como una paciente mayor de 65 años, con hipoacusia neurosensorial postlocutiva severa, se ha podido beneficiar de un implante coclear y la posterior rehabilitación auditiva.

MÉTODO

Presentamos, desde el punto de vista logopédico y foniátrico, el caso de una paciente geriátrica diagnosticada de hipoacusia neurosensorial severa bilateral postlocutiva de etiología idiopática. Buen nivel cognitivo e independiente para las actividades básicas de la vida diaria. Como antecedentes personales presentaba poliartritis, hernia de hiato, gastropatía, cardiopatía isquémica y déficit visual en ojo derecho. No refería mejoría previa en la audición con el uso de audífonos.

A los 76 años de edad se le realizó un implante coclear en oído derecho en la Unidad de Implantes Cocleares del Hospital Clínico San Cecilio de Granada, precisando nueva intervención por postoperatorio complicado.

Tras la programación del implante coclear, que consiste en adaptar el procesador de sonido a la paciente y que posteriormente hay que revisar de forma periódica, fue derivada a nuestra Unidad de Foniatría del Servicio de Rehabilitación del Hospital Torrecárdenas de Almería, donde se evaluó la recepción y la comprensión de la lengua hablada.

RESULTADOS

Nuestra paciente realizó un programa de Rehabilitación Auditiva individualizado durante 1 año, basado en un entrenamiento dividido en 5 etapas que son la detección, discriminación, identificación, reconocimiento y comprensión de la información que llega al área auditiva:

- En la fase de detección la paciente debe manifestar la presencia o ausencia de un sonido.
- En la discriminación se presentarán dos sonidos que inicialmente serán muy diferentes y la paciente solo debe responder si son iguales o diferentes, pero poco a poco disminuirán las diferencias de los sonidos aumentando la dificultad.
- La identificación consiste en acertar cuál es el sonido, palabra o frase que se le ha presentado entre varios de una lista cerrada. Una vez se encuentra en fase avanzada de identificación, se puede comenzar la utilización del teléfono.
- En la fase de reconocimiento debe repetir una palabra o frase en una lista abierta.
- El objetivo último es alcanzar la fase de comprensión donde se realiza un entrenamiento en situaciones de diálogo semi-abierto o dirigido (a partir de un tema o de un referente determinado) y, finalmente, en condiciones de diálogo abierto.

A los 6 meses de la intervención, sin apoyo de lectura labial, la paciente hacía una detección parcial de sonidos, presentaba importante dificultad en la discriminación de sonidos, realizaba una identificación parcial de palabras de distinta longitud, repetición parcial de nombres con oposiciones fonémicas, reconocimiento y comprensión parcial de frases largas.

Se apreció un avance más evidente a los 8-9 meses desde la implantación coclear. Al final del programa, la paciente refería mejoría en su capacidad de detección e identificación de sonidos, buena identificación de palabras de distinta longitud (incluso monosílabas), repetición y comprensión de frases complejas. Persistía dificultad en la discriminación de algunas consonantes fricativas y oposiciones fonémicas.

Consiguió una mayor facilidad para mantener una conversación dirigida y abierta y una mejor inteligibilidad en la comunicación telefónica.

Aparecieron algunas complicaciones en relación a la programación del implante y a otitis repetidas que se fueron controlando. Como limitación auditiva, precisaba para la mejor comprensión del lenguaje hablado, un ambiente tranquilo y que el interlocutor le hablase de forma directa, con un ritmo pausado y una buena intensidad, algo común en los pacientes con implante coclear.

Se valoró su calidad de vida mediante el cuestionario GBI (Glasgow Benefit Inventory), apreciándose una mejoría en su estado de ánimo, consiguiendo más confianza y facilidad en la interrelación social.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Los resultados favorables obtenidos en nuestra paciente, se correlacionan con los publicados en trabajos realizados en pacientes adultos con hipoacusia postlocutivos tras implante coclear.^{3-7,8-9.}

La Rehabilitación Auditiva debe ir dirigida a la realización de un programa individualizado, donde se valoren las inquietudes y necesidades del propio anciano. Al mejorar la información auditiva que le llega al paciente, mejora la comunicación con su entorno habitual, minimizando el riesgo de aislamiento afectivo y social, mejorando su calidad de vida. El nivel donde se inicia la rehabilitación, el tiempo dedicado a cada una de las etapas y el nivel alcanzado al final varía con cada paciente. También es preciso, como en cualquier programa, adaptar los contenidos al nivel cultural y a los intereses sociales de cada paciente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Seattle childrens Fondation.URL:
<http://www.seattlechildrens.org/kids-health/page.aspx?kid=50419>[17.09.2013]
2. Blasco JA, Pedraza MJ. Implante coclear: indicaciones y costes. Situación en las Comunidades Autonómicas. Madrid: Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Agencia Laín Entralgo; Febrero 2004.
3. Agencia Catalana de Evaluación de Tecnología e Investigación Médicas. Consulta técnica sobre los implantes cocleares en adultos y niños: Indicaciones, efectividad, seguridad y coste. Dra. M^a Dolores Estrada. Noviembre 2005.
4. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (AETS). Implantes cocleares: actualización y revisión de estudios coste-utilidad. Evaluación Epidemiológica de Tecnologías de Salud. Madrid. AETS. Instituto de Salud Carlos III. Ministerio de Sanidad y Consumo; Julio 200.
5. Monfort M. La rehabilitación del deficiente auditivo con implante coclear. Rev Logop Fon Audiol, 1991; n^o4 (11: 204-211).
6. Manrique Rodríguez M, Huarte Irujo A. Organización de un programa de implante cocleares. Acta Otorrinolaringol Esp.2011.
doi:10.1016/j.otorri.2011.09.009
7. Padilla Romero M. J, Sainz Quevedo M, Roldán Segura C. El implante coclear en adultos postlocutivos con hipoacusia progresiva. Acta Otorrinolaringol Esp 2004; 55: 457-462.
8. Manrique MJ, Espinosa JM, Huarte A, Molina M, et al. "Implantes cocleares en personas postlinguales: resultados durante los primeros cinco años de evolución". Acta Otorrinolaringol Esp 1998; 49: 19-28.
9. Manrique M, Fernández S, Huarte A, Pérez N, Olleta I, García M, Molina M, Baptista P, García-Tapia R. "Resultados del programa de Implantes Cocleares de la Universidad de Navarra". Revista de Medicina de la Universidad de Navarra 1993; 38:21-28.

7. Envejecimiento Saludable y Activo

LUCHA CONTRA LA DEPENDENCIA: ENVEJECIMIENTO ACTIVO

A. López Castaño.

Universidad Almería

OBJETIVOS

General:

- ✓ Prevenir la dependencia aumentando la calidad de vida en la etapa de la vejez.

Específicos:

- ✓ Fomentar el envejecimiento activo y la autonomía personal.
- ✓ Detección temprana del anciano frágil o de riesgo.
- ✓ Prevenir e intervenir en el síndrome de Inmovilidad como prioridad de salud pública.
- ✓ Conseguir la disminución del gasto de recursos tanto sanitarios como sociales relacionados con la dependencia (eficiencia).

Todo ello persiguiendo una misma meta: *envejecer con calidad y salud.*

METODOLOGÍA

Para la realización de la presente comunicación hemos realizado la retrospectiva de los trabajos, estudios y ensayos clínicos publicados hasta el momento, que evidencian la relación entre el envejecimiento activo y la calidad de vida.

Se ha precisado la traslación de estudios (dejar los conceptos intactos de cada estudio para permitir la comparación de resultados unos con otros), así hemos reelaborado los conocimientos ya existentes sintetizando toda la información disponible.

RESULTADOS

Existen distintos modos de envejecer, sabemos que el envejecimiento supone el proceso universal que aparece a lo largo de la vida, afectando a los seres vivos. Se define como el conjunto de cambios morfológicos, bioquímicos, fisiológicos, funcionales, psicológicos y sociales que aparecen en el individuo en el trayecto de su vida.

Además de las modificaciones fisiológicas que se producen en el organismo de la persona anciana, no se debe obviar los aspectos sociales o emocionales, los cuales también han de formar parte de la valoración integral del anciano, dándoles la misma importancia que a los problemas puramente biológicos para así lograr una visión holística e integral del anciano.

Cuando se producen cambios que no forman parte del envejecimiento natural, sino que son consecuencia de enfermedades o malos hábitos estaríamos hablando de envejecimiento patológico. Este tipo de enfermedades pueden ser reversibles o incluso se pueden prevenir a diferencia del envejecimiento natural que es inevitable.

Pero está demostrado que a la vejez se puede llegar con buena salud, con bajo riesgo de enfermar y con excelente estado funcional. Y si a ésta le añadimos la consecución de una actitud positiva ante el proceso de envejecimiento, y una vinculación y participación social activa, hablaríamos de **envejecimiento activo**.

La Organización Mundial de la Salud define el envejecimiento activo como: *“el proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad, con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que*

las personas envejecen".¹

Como factores determinantes del envejecimiento activo podríamos citar la sanidad y los servicios sociales, determinantes conductuales, personales, sociales o económicos, así como el entorno físico o la cultura (propuesta de la OMS en el 2000).

Se da toda una serie de circunstancias demográficas que conducen a un aumento de la proporcionalidad de personas ancianas sobre la población general.²

Entre estos factores, cabe resaltar el aumento de la esperanza de vida, el descenso de la tasa de natalidad y de la mortalidad infantil, los avances tecnológicos, la influencia de los movimientos migratorios, los factores ambientales ligados a la cultura y al comportamiento social y económico del propio país.

Es importante señalar que conociendo las áreas integrantes de la persona anciana y valorándolas todas en su conjunto, se puede llegar a establecer un plan de cuidados individualizado, cuyo objetivo es la consecución de una mejor calidad de vida de la persona.

¿Qué supone la inmovilidad en el anciano?

La inmovilidad en un proceso de degeneración que afecta casi todos los órganos y sistemas como resultado de la disminución o alteración de las fuerzas de gravedad y de la reducción de la función motora. Además de los cambios fisiológicos por la inmovilidad debemos considerar los cambios que se presentan asociados al proceso de envejecimiento y la honorabilidad de los ancianos.

El *Síndrome de Inmovilidad* está a la orden del día. Se trata de uno de los grandes síndromes geriátricos al que tenemos que hacer frente, no sólo desde las instituciones sanitarias, sino también desde el núcleo familiar y la sociedad en general. Será de vital importancia una intervención precoz multidisciplinar y cualificada, en primer lugar detectando al anciano frágil o de riesgo, para evitar así las consecuencias que dicho problema supone. Es uno de los síndromes más incapacitantes, supone estar "a pie de cama" las 24 horas del día, todos los días de la semana... Destacar que cualquier terapia que reciba el anciano, no tendrá éxito si ésta no continúa en el domicilio, las 24 horas del día.

Por otro lado, el anciano *sedentario*, con enfermedades crónicas, que presente un problema agudo como caídas, infecciones, descompensación de enfermedades crónicas, accidente vascular cerebral y otros problemas, presentará complicaciones en las primeras horas de inmovilidad.

¿Esto es lo que queremos para nuestros ancianos, para nuestra sociedad, para ti y para mí? ¿Por qué no evitarlo?

La clave está en incidir sobre *programas educativos* que refuercen hábitos de vida saludables, acciones de información, intervención... para así lograr la disminución de la morbimortalidad, la reducción del gasto sanitario, alcanzar niveles óptimos de salud, con autonomía e independencia, y como consecuencia, una mayor calidad de vida.³

El abordaje de la inmovilidad debe ser *proactivo*, y no reactivo; un equipo que solo reacciona a los problemas que va presentando el anciano es muy diferente al equipo que informa al paciente y los familiares las complicaciones que pueden presentarse con la inmovilidad largo plazo. Esta perspectiva evita que los profesionales tengan una visión nihilista sobre las fases de la inmovilidad. En cualquier fase de inmovilidad es importante, y da soluciones para que estos no se presenten, o se retrasen el mayor tiempo posible.

En el anciano con riesgo de inmovilidad a inmovilidad o inmovilidad, se deben establecer objetivos a corto mediano y cuantificar que tiene y no lo que ha perdido. Y realizar rehabilitación en cualquier fase de inmovilidad. La importancia de realizar una valoración geriátrica integral⁴, con escalas estandarizadas, con alta especificidad y sensibilidad, es fundamental, para prevenir, identificar, y monitorizar los problemas de inmovilidad del anciano.

Por la dificultad y complejidad de este síndrome es fundamental el trabajo en equipo, un *equipo multidisciplinar*, requiere coordinación, organización y jerarquizar los problemas.

Se estima que la «tasa de dependencia de la ancianidad» (población ≥ 60 años entre la población de 15-59 años) pasará en la Unión Europea de 0,36 en 2002 a 0,56 en 2025 (Naciones Unidas, 2001)⁵. Llegar con buenas condiciones a edades avanzadas posibilita mantener una actividad efectiva, remunerada o no, un mayor tiempo, lo que, junto a la disminución de enfermedades y procesos morbosos, redundaría en una reducción del gasto respecto a lo que supone actualmente para el mismo sector etario⁶.

Pues bien, para que el envejecimiento poblacional siga siendo un logro social y podamos contrarrestar las repercusiones no tan positivas que puede tener sobre la sociedad tenemos que erradicar el sedentarismo y los malos hábitos en nuestros mayores.

Promover el envejecimiento activo es promover la autonomía personal, es importante prolongar los años de vida de las personas otorgándoles una mayor calidad de vida⁷.

CONCLUSIONES

Los cambios fisiológicos, psicológicos y sociales inherentes al proceso de envejecimiento no deben ser considerados como una patología sino como una modificación individual, pausada e irreversible, que requiere de una readaptación de las actividades de la vida cotidiana desde el punto de vista más amplio y complejo.

El deterioro físico y funcional fisiológico no siempre va unido al deterioro psicológico, “sentirse viejo”, ya que este último depende más de la actitud del individuo frente a su proceso de envejecer que al envejecimiento propiamente dicho. Así, hay que persistir en el uso de la habilidad mientras ésta sea practicable.

Para envejecer activamente es necesario tener buena salud, tener buen funcionamiento físico y mental, ser independiente y autónomo y estar vinculado a la participación social; por eso los pilares del envejecimiento activo son tres⁶: salud, participación y seguridad.

La mayoría de los problemas que caracterizan a la salud de los mayores son el producto de causas modificables y que son propias del estilo de vida habitual de nuestra sociedad. Interviniendo sobre ello podemos conseguir un envejecimiento exitoso global e individual⁷.

En el terreno sanitario, la demanda asistencial de poblaciones cada vez más envejecidas ha venido a sobrecargar los servicios asistenciales de atención primaria y los de atención especializada, que deben atender pluripatología de larga evolución².

Pues bien, está demostrado que con la prevención⁸ del Síndrome de Inmovilidad, entre otros, y mejorando así la calidad de vida de los mayores, disminuye el uso excesivo de ciertos recursos socio-sanitarios cuyo coste es cada vez mayor³. Políticas de prevención, formación, campañas publicitarias, materiales didácticos y cuantos recursos puedan disponerse para fomentar pautas de autonomía, dirigidas tanto a profesionales como a familiares, serán siempre útiles. Hay que optar por la implementación de programas educativos con enfoques preventivos, reforzando así la cooperación interdisciplinar entre distintos profesionales. “Más vale prevenir que curar... pero para prevenir primero hay que educar” y Atención Primaria es un buen punto de partida, ¿por qué?, porque es la primera puerta de entrada al sistema sanitario de referencia, y cualquier momento puntual en consulta es la ocasión idónea para detectar al anciano frágil o de riesgo, y valorar así las intervenciones pertinentes, tanto preventivas, como curativas o paliativas. En España toda la población tiene asignada una enfermera con atención directa al paciente y familia, así como a grupos de población⁹.

Tras la revisión bibliográfica¹⁰ llevada a cabo podemos concluir dando las claves para el éxito de la **autonomía** personal (la sensación de ser útil es saludable) ante una situación de dependencia en el anciano:

1. Fomento de la vida activa y libre incapacidad.
2. Prevenir el deterioro funcional y, cuando éste se ha producido, recuperar el nivel de función previo para que el anciano pueda permanecer en su domicilio con el mayor grado de independencia posible.
3. Acondicionar el entorno (con el objetivo de facilitar conductas independientes).
4. Valorar las capacidades de la persona mayor y suplirla sólo cuando sea necesario. Agencia de autocuidados.

5. Preparar las situaciones para que sea más fácil ser autónomo.
6. Reforzar las conductas autónomas e “ignorar”, no prestar atención, a las conductas dependientes.
7. Inculcar la perseverancia, la confianza en la capacidad de su persona para que responda adecuadamente a sus intentos.
8. Y siempre, siempre, potenciar la autoestima de la persona dependiente mediante la toma de sus propias decisiones.

Si tras conseguir la autonomía personal de la persona anciana, logramos que además adopten **hábitos saludables**, referentes a la alimentación y nutrición, eliminación hábitos tóxicos, ejercicio físico (el mejor remedio para la inmovilidad), etc, estaremos contribuyendo a una vejez saludable⁶, a una mayor calidad de vida, lo que beneficia en primer lugar a la propia persona, después a los que le rodean, finalmente, a la sociedad en general, a ti y a mí.

Porque como dijo Abraham Lincoln, político estadounidense (1808-1865), *“al final, lo que importa no son los años de vida, sino la vida de los años”*.

Para un final de la vida saludable: **lucha contra la dependencia**. ¡No te pares!

BIBLIOGRAFÍA

1. Zunzunegui MV, Béland F. Políticas intersectoriales para abordar el reto del envejecimiento activo. Informe SESPAS 2010. Gaceta Sanitaria 2010; 24 (Suppl 1):68-73.
2. Merino Merino B. Un camino hacia el envejecimiento activo. Revista Española Geriátrica Gerontología 2007; 42 (Supl 2):12-4.
3. Regato Pajares P. A propósito del «envejecimiento activo» y de la II Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento: qué estamos haciendo y qué nos queda por hacer. Aten Primaria 2002; 30 (2): 77-79.
4. Baztán J, Hornillos M, Rodríguez A. Valoración geriátrica en atención primaria. Semergen 2000; 26:77-89.
5. Freedman V, Martin L, Schoeni R. Recent trends in disability and functioning among older adults in United States. A systematic review. JAMA. 2002; 288:3137-46.
6. Martín Lesendea I, Martín Zurrob A, Moliner Pradac C, Aguilera Garcíad L. Envejecimiento activo, la mejor «receta» para prevenir la dependencia. Revista Española Geriátrica y Gerontología. 2007; 42 (Supl 2):4-6.
7. Fernández Ballesterosa R, Capraraa MG, Iñiguez J, García LF. Promoción del Envejecimiento Activo: Efectos del Programa “Vivir con Vitalidad”®. Revista Española Geriátrica y Gerontología. 2005; 40(2):92-102.
8. Gómez Pavón J. Prevenir la dependencia en las personas mayores, objetivo común de todos los profesionales y gestores de la salud. Revista Española Geriátrica Gerontología. 2007; 42 (Supl 2):1-3.
9. Torres Aured ML, Lopez-Pardo M, Dominguez Maeso A, Torres Olson C. La enfermera de nutrición como educadora y formadora asistencial en atención primaria y en el ámbito hospitalario: teoría y práctica. Nutr. clin. diet. hosp. 2008; 28(3):9-19.
10. Montorio Cerrato I, Losada Baltar A. “Una visión psicosocial de la dependencia. Desafiando la perspectiva tradicional”. Informes Portal Mayores, Madrid, 2004, nº 12. Disponible en: <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/montorio-vision-01.pdf>. Acceso el 1 de septiembre 2013.

CAPACIDAD FUNCIONAL Y PLASTICIDAD COGNITIVA: FACTORES CLAVES EN LA PREVENCIÓN DE LA DEPENDENCIA

E. Martínez Moreno ⁽¹⁾, M.D. Ruiz Fernandez ⁽²⁾, M.D. Rubio Aguilera ⁽³⁾, M.P. Bermudez Perez ⁽⁴⁾, M.C. Perez Fuentes ⁽⁴⁾, C. Gomez Martínez ⁽⁵⁾.

⁽¹⁾ Diputación Almería; ⁽²⁾ Ditrío Almería; ⁽³⁾ SCA MADRID; ⁽⁴⁾ UAL; ⁽⁵⁾ Mensajero Paz.

Prolongar la esperanza de vida ha sido el objetivo permanente en todas las civilizaciones. Como resultado de tal incremento, existe en la actualidad un progresivo y continuo crecimiento del número de personas mayores de 65 años y de la proporción que ellos representan en la población general.

En este grupo etáreo, se origina una proliferación creciente de un número importante de enfermedades crónicas ligadas a la edad, entre las que se encuentran las afectaciones neurológicas.

Analizando datos estadísticos, cabe destacar que en el año 2009¹ (con respecto al año anterior) se produce un incremento de las enfermedades relacionadas con trastornos mentales (alrededor de un 10,9%) y de las enfermedades del sistema nervioso (sobre el 7,3%) situándose las enfermedades cerebro-vasculares y demencias dentro de las principales causas de mortalidad en nuestro país.

Estas cifras nos obliga a reflexionar sobre la necesidad de abordar de forma eficaz la evaluación, tratamiento y la incorporación de estas personas a la sociedad, ya que la afectación de las funciones cognitivas, pueden provocar la pérdida de independencia una vez iniciado el deterioro cognitivo.²

El cerebro a medida que envejece va perdiendo capacidades, los procesos sensoriales como la velocidad perceptiva, el razonamiento, la memoria episódica o la inteligencia sufren un deterioro con la edad, sin embargo los últimos hallazgos indican que a medida que esto ocurre se generan mecanismos que permiten cubrir la deficiencias que se están produciendo. Estos mecanismos pueden verse facilitados por una serie de estrategias relacionadas con la plasticidad cerebral, en respuesta a los cambios que se producen a lo largo de la vida.

Por lo que, tanto en un proceso de envejecimiento normal, como en un proceso neurodegenerativo o asociado a enfermedades sistémicas, se plantea la necesidad de una intervención para minimizar la acción que el deterioro cognitivo pueda tener sobre la autonomía del anciano³.

OBJETIVOS

Elaborar un documento donde se analicen los procesos o fases que incluye el deterioro cognitivo en el mayor, considerando factores y variables que han contribuido a la mejora o mantenimiento neuronal y los instrumentos de evaluación y tratamiento con los que en la actualidad se cuenta, para el desarrollo de estrategias preventivas, con el fin de reducir la posible dependencia.

MÉTODO

Estudio descriptivo. Fundamentado en una revisión bibliográfica de documentos relacionados con: envejecimiento, salud, enfermedad, cambios neurológicos en el adulto mayor, deterioro cognitivo leve, demencia, la plasticidad cerebral y cognitiva. Se ha revisado la bibliografía de los últimos años situándonos en el análisis de la neuropsicología.

Se han consultado: artículos de revistas, artículos de revistas de Internet y libros impresos publicados en el periodo comprendido entre los años 1998 y 2013 cuyo contenido tenían como base de apoyo el proceso de envejecimiento, el deterioro cognitivo y las repercusiones de las alteraciones cognitivas a nivel de dependencia. El estudio se ha realizado entre los meses de junio a septiembre del 2013. Para ello se han seleccionado 31 documentos que nos sitúan en los aspectos de mayor actualidad para la confección de nuestro artículo. Hemos utilizado como base de datos on-line: Psicotema, Scielo o Dialnet todas ellas a través de Google académico.

DESARROLLO

La vejez es una etapa amplia de la vida caracterizada por diferencias individuales y con trayectorias vitales diversas que van desde unos niveles altos de funcionamiento físico y cognitivo (envejecimiento exitoso)⁴ pasando por un deterioro lento y progresivo (envejecimiento usual) y en otros casos altos niveles de dependencia (envejecimiento patológico)⁴ (Rowe y Khan, 1997).

Se han establecido diferentes definiciones y clasificaciones de envejecimiento atendiendo a los diferentes enfoques que la palabra tiene, pero todas las definiciones del envejecimiento confluyen en la salud integral del mayor. No podemos obviar la importancia tanto de las relaciones sociales como de las actividades que realiza el individuo en su vida cotidiana, para el buen funcionamiento de su salud⁵.

El número de personas mayores se ha incrementado en los últimos tiempos. Se estima que para el 2050 las personas mayores de 60 años serán alrededor de 2 billones de personas y que en el 2030, 65,7 millones sufrirán demencia, aumentándose estos índices a 115,4 millones en el 2050. Europa tiene una posición relevante en este fenómeno, ya que es el primer continente donde se ha manifestado dicho cambio demográfico y posee una de las más altas incidencias de adultos mayores a nivel mundial⁶.

España, está actualmente entre los 6 países de población más envejecida del mundo. La proporción de personas mayores de 65 años era del 16,5% en el 2008 esta población adulta seguirá en crecimiento y alcanzando una particular intensidad a partir del 2020, con la incorporación de las generaciones del Baby-boom⁷, presentándose a la vez un patrón progresivo de enfermedades crónicas y degenerativas.

El 8,5% de la población española (3.847.854 personas) declara alguna discapacidad⁸ o limitación para actividades de la vida diaria.

De ella (2.227.086) son mayores de 65 años (43,98%).

El 4,77% de la población española (2.148.548 personas) tienen reconocida dependencia⁹ para las actividades de la vida diaria.

De ella (1.400.293) son mayores de 65 años (65,2%).

Un 13% de las discapacidades reconocidas son por enfermedades neurológicas.

Un 50% de las dependencias son también reconocidas por causas neurológicas.

De continuar esta evolución en el 2050 habrá más de dos millones de personas con demencias y enfermedades cerebro-vasculares reconocidas en España.

Analizando las causas de fallecimiento en nuestro país desde el año 2008¹, se ha comprobado un ascenso en el número de fallecimientos por enfermedades neurológicas, pasando a posicionarse entre las principales causas de muerte por detrás de las enfermedades isquémicas y la insuficiencia cardiaca.

Las enfermedades neurológicas, están pasando a ser una de las principales causas de dependencia y mortalidad en nuestro país.

Estos datos nos obligan a plantearnos la necesidad de abordar de forma eficaz la prevención, evaluación, diagnóstico y tratamiento de este proceso degenerativo y la incorporación de estas personas a la sociedad, ya que la afectación de las funciones cognitivas, pueden provocar la pérdida de independencia y deterioro de la calidad de vida.

Tradicionalmente se pensaba en la vejez como en una etapa de pérdidas cognitivas, con un proceso de declive, gradual¹⁰.

Dentro de la clasificación de envejecimiento, anteriormente expuesta, podemos marcar algunas diferencias significativas desde el punto de vista neurológico. Considerando, dentro del envejecimiento exitoso, al conjunto de personas que presentan una pérdida mínima a nivel cognitivo, al compararlos con sujeto más jóvenes^{4,11} y dentro del envejecimiento usual o normal hacemos referencia a aquellos individuos que proyectan un declive medio de funciones cognitivas, no patológico, determinado únicamente por la edad^{4,11}.

El cerebro a medida que envejece va perdiendo capacidades. Los procesos sensoriales como la velocidad perceptiva, el razonamiento, la memoria episódica, la fluidez verbal o la inteligencia sufren deterioro con la edad. Pero, sin embargo, existen habilidades mentales como el vocabulario y la memoria implícita que apenas se ven afectados.

El envejecimiento patológico, incluye alteraciones cognitivas que se encuentran entre el envejecimiento fisiológico normal y los síndromes demenciales⁴. Una fase intermedia entre el envejecimiento normal y la demencia, la constituye el denominado deterioro cognitivo. Podemos decir que, el periodo medio de desarrollo de la enfermedad de Alzheimer es aproximadamente de 5 años, en el 50% de los individuos diagnosticados de deterioro cognitivo¹².

Se han llevado a cabo numerosos estudios para determinar las variables que van asociadas, a nivel neurológico,

al paso del deterioro cognitivo leve a la demencia, comprobándose diferencias significativas en la memoria episódica, memoria semántica, funciones ejecutivas y velocidad perceptiva¹¹.

La demencia etimológicamente significa, ausencia del pensamiento. Se define como la pérdida o deterioro progresivo de habilidades cognitivas que alteran las actividades de la vida diaria e impiden efectuarlas de manera autónoma.

Podemos decir que existe un hilo conductor en el proceso de deterioro cognitivo en el adulto mayor. Diferentes autores, han analizado las variables que principalmente influyen en este proceso degenerativo, estableciendo cuatro categorías: variables demográficas, influencia genéticas, características en el momento del diagnóstico y comorbilidad. De aquí se han considerado algunos criterios predictivos como: edad superior a 77 años, bajo nivel educativo, observador informante de déficit de memoria o el bajo coeficiente intelectual previo⁶. Por otro lado, la presencia de alteraciones fisiológicas ligadas a los problemas vasculares, la pérdida del umbral olfativo o la identificación del olor, pueden ser considerados dentro de los factores potenciales^{2,6}. No existen evidencias suficientes, en la actualidad, que nos permitan establecer pruebas específicas para la identificación precoz de la demencia¹¹.

Uno de los aspectos que puede determinar la velocidad con la que se produce la pérdida de funciones cognitivas, ha sido definida como reserva²³. Stern (2009) la define como la capacidad que tienen determinadas personas para demorar el deterioro cognitivo que acaece con el envejecimiento. Esto explica el hecho de que en determinados sujetos no exista relación directa entre el grado de patología cerebral y los síntomas clínicos que se manifiestan.

Por lo tanto se habla de dos modelos de reserva: Modelo pasivo definido como la reserva cerebral (Katzman, 1993) o reserva neural (Mortimer, Schuman y French, (1981), estableciendo su operatividad en relación al tamaño del cerebro, número de neuronas o densidad sináptica y el modelo activo que sostiene la existencia de una intencionalidad para minimizar los efectos del deterioro, pudiéndose poner en marcha los procesos de reserva cognitiva y compensación²⁵ (uso de estrategias o mecanismos que ayudan a superar o mitigar la disminución del funcionamiento de la memoria^{10,13}).

Los últimos hallazgos indican que a medida que este proceso degenerativo ocurre se generan mecanismos que permiten cubrir las deficiencias que se están produciendo. Estos mecanismos pueden verse facilitados por una serie de estrategias relacionadas con la plasticidad cerebral, en respuesta a los cambios que se producen a lo largo de la vida¹¹.

En las últimas décadas, se ha descubierto que nuestro cerebro es capaz, durante toda la vida, de cambiar su estructura y configuración y adaptarse al entorno físico, emocional o social. Diversas investigaciones han puesto de manifiesto que la plasticidad cerebral¹⁴, en contra de lo que se creía, nos permite aprender durante toda la vida. El crecimiento adaptativo y respuestas de tipo regenerativa se encuentran preservadas tanto en el envejecimiento normal y en el degenerativo, dependiendo del uso¹⁵.

La consideración de la plasticidad cognitiva en la vejez plantea, que determinadas variables, como el estado de salud, el nivel educativo, el nivel de inteligencia, un estilo de vida activo²² o la ocupación, protegen al individuo frente al deterioro cognitivo por lo tanto tiene un papel protector frente a la dependencia^{16,17}. Bermúdez “et al”²¹, defiende que el incremento de actividades que impliquen recursos cognitivos puede prevenir patologías asociadas al deterioro cognitivo.

Recientemente en un estudio llevado a cabo por López-Pérez “et al”¹⁸ con el fin de identificar una prueba de evaluación de cribado breve que distinga entre mayores sanos y con deterioro cognitivo leve, sin que ésta se vea influenciada por el nivel educativo¹⁷, concluyen que factores como: la fluidez verbal semántica y la atención sostenida, son factores determinantes en la prevención del deterioro cognitivo²⁴.

También se ha destacado que, una mayor independencia funcional y una mayor autonomía en las actividades básicas de la vida diaria en la vejez, se encuentran relacionadas con un mayor grado de plasticidad^{15,19}.

INSTRUMENTOS DE EVALUACION DEL POTENCIAL DE APRENDIZAJE

Se encuentra constatada por diversas investigaciones la utilidad de la evaluación de la plasticidad cognitiva, tanto para el diagnóstico diferencial como para el pronóstico y la intervención en personas mayores con deterioro cognitivo asociado a la edad y/o la demencia¹⁸.

Las investigaciones sobre plasticidad cognitiva se basan en adoptar diseños experimentales con el formato de test-entrenamiento-retest¹⁹. A este tipo de evaluación se conoce como “evaluación dinámica” o “testing the limits” entre otras. Esta teoría consiste en la presentación de una tarea cognitiva en situación estándar (es decir, sin entrenamiento previo) posteriormente el entrenamiento en la tarea a desarrollar y para finalizar la evaluación

nueva en condiciones estándar (puntuación que se considera indicadora de la plasticidad cognitiva), esto es, esta diferencia entre la primera evaluación y la última nos indicaría cuánto puede mejorar un sujeto cuando se le administra un entrenamiento sistemático²⁰.

Como instrumentos de evaluación de la plasticidad podemos destacar:

- Batería de evaluación del potencial de aprendizaje (BEPAD). (Fernández-Ballesteros, Zamarrón, Tarrasa, Moya y Iñiguez, 2003).

Este programa ha mostrado una alta capacidad de discriminación entre distintos grupos de sujetos sin deterioro y con deterioro cognitivo (Fernández-Ballesteros, Zamarrón, y Tarraga, 2005)

- Evaluación del potencial de aprendizaje-2 (EPA-2). (Fernández-Ballesteros, Calero, Campllonch y Belchi, 2000).

Sistema adaptado a mayores con o sin deterioro cognitivo. Las sesiones de evaluación pueden aplicarse en grupo y la sesión de entrenamiento en pequeños grupos.

Evalúa la posibilidad de que un sujeto se beneficie de un entrenamiento de larga duración en habilidades intelectuales o estrategias cognitivas.

- Test de posiciones (TP). (Calero y Navarro, 2003). Adaptado para su aplicación en mayores.

Evalúa: Memoria, Orientación y Aprendizaje Espacial.

- AVL-PA (Auditory verbal test de potencial de aprendizaje). Wield, Wienobst y Schötko, 1999; versión adaptada por Navarro, Ardeno, Berben y Robles, 2000.

Estudios previos han mostrado que el entrenamiento que se da en la fase intermedia mejora significativamente el rendimiento de los sujetos y se establece así como medida de plasticidad o potencial de rehabilitación, tanto en mayores sanos como en aquellos con inicios de demencia.

CONCLUSIONES

Algunos estudios planteados en el artículo de Navarro “et al”¹⁶, señalan que los ancianos con deterioro cognitivo leve presentan dificultades en el desarrollo de las actividades básicas de la vida diaria y su deterioro es aun mayor en las habilidades funcionales en las que la memoria tiene un peso importante.

En un estudio¹⁶ realizado a mayores sin demencia, ni deterioro cognitivo severo, evaluados mediante pruebas objetivas de nivel de actividad en la vida diaria, muestran que un mayor grado de independencia funcional y una mayor autonomía en las actividades de la vida diaria en la vejez, van asociadas a una mayor plasticidad cognitiva en la vejez.

Por lo tanto “deterioro funcional y pérdida de plasticidad cognitiva son dos entidades que se dan asociadas en el anciano”¹⁶.

De la misma manera, podemos decir que existe una estrecha relación entre la plasticidad cognitiva y el funcionamiento cognitivo en la vejez.

La totalidad de los autores consultados, consideran de suma importancia, el poder realizar una evaluación temprana de los cambios cognitivos que se presentan en los ancianos, población de mayor riesgo a desarrollar la enfermedad de Alzheimer. Con ello, se contribuirá al diagnóstico precoz de los sujetos con deterioro cognitivo leve y a la identificación de aquellos con mayor riesgo a padecer la enfermedad. Esto además conlleva a enlentecer su progresión y de este modo permitir al mayor y su familia planificar el futuro de cara a la incapacidad o dependencia. Proporcionándoles los medios necesarios para que pueda continuar de forma independiente y viviendo en la comunidad el mayor tiempo posible⁶.

Debemos concluir diciendo que aunque el deterioro cognitivo parece asociarse a cambios estructurales cerebrales degenerativos relacionado principalmente por la edad. Hemos comprobado de mano de diferentes autores que, existen cantidad de factores de protección que pueden ser empleados para intentar frenar su aparición o progreso. Así un estilo de vida activo y saludable a nivel físico, psíquico y social y mantenido a lo largo de la vida, puede considerarse como el mejor modo de prevención de los déficit cognitivos asociados a la edad.

BIBLIOGRAFÍA

1. INE. (2011). Defunciones según la causa de muerte (2009). Notas de prensa INE.7:1- 6.
2. Bausela E. Evaluación Neuropsicologica en población adulta: Instrumentos de evaluación. Cuad. Neuropsicol. 2008;2(2):136-149. Disponible en: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S0718-41232008000200003&script=sci_arttext
3. Pérez-Fuentes M.C, Álvarez J.A, Molero MM, Gázquez JJ, Ruiz B, García C. Entrenamiento de la orientación espacial mediante un sistema de aplicación móvil para personas con Alzheimer. En M^a.C.Pérez-Fuentes, J.J. Gázquez, M.M. Molero y B. Ruiz (Comp.), Salud y Envejecimiento: Un abordaje multidisciplinar de la demencia. Granada: Ed.GEU. 2012; p. 319-324.
4. González F. “Eficacia de un programa de entrenamiento físico y cognitivo basado en nuevas tecnologías en población mayor saludable y con signos de deterioro cognitivo leve: Las lasting Memories”. Universidad de Salamanca: Programa de doctorado en psicología clínica. 2012:10-19. Disponible en: http://gredos.usal.es/jspui/bitstream/10366/121167/1/DPETP_Gonz%C3%A1lezPalauF%C3%A1tima_Tesis.pdf
5. Rodríguez A, Valderrama L, Linde JM. (2010). Intervención psicológica en adultos mayores. Psicología desde el Caribe. 2010; 25: 246-258. Disponible en: <http://www.redalyc.org/BuscadorTextoCompleto.aa?q=alimentaci%EF%BF%BDn+de+adultos+mayores>
6. Samper JA, Llibre JJ, Sosa S, Solazano J. Del envejecimiento a la enfermedad de alzheimer. Revista Habanera de Ciencias Medicas. 2011;10(3):319-327. Disponible en: scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1729-519X2011000300010&script
7. INE (2012). Proyecciones de población de Población española.
8. Discapacidad y dependencia en España. Portal de mayores 108. 2013. Disponible en: envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/pm-discapacidad-01.pdf
9. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Grados y nivel de dependencia. SAAD. INSERSO. Situación a 31 de Mayo de 2013. Disponible en: www.dependencia.imserso.es/dependencia_01/auxiliares/actualidad/
10. Melender JC, Mayordomo T, Salas A. Comparación entre ancianos sanos con alta y baja reserva cognitiva y ancianos con deterioro cognitivo. Univ. Psicol. 2013;12(1):73-80. Disponible en: [revistas.javeriana.edu.co / Inicio › Vol 12, No 1 \(2013\) › Melendez Moral](http://revistas.javeriana.edu.co/Inicio/vol12/No1(2013)/MelendezMoral)
11. Navarro-Gonzalez E, Calero MD. Relaciones entre plasticidad y ejecución cognitiva: el potencial de aprendizaje en ancianos con deterioro cognitivo. European Journal of Investigation in Health. 2011; 1(2):45-59. Disponible en: dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3935993
12. López AG, Calero MD. Predictores del deterioro cognitivo en ancianos. Rev. Esp. Geriatr. Gerontol. 2009;44(4):220-224. Disponible en: <http://scielo.sld.cu>
13. Rami L, Valls-Pedret C, Bartré-Faz D, Caprile C, Solé-Padullés C, Castelluí M, Olives J, Bouch B, Molinuevo JL. Cuestionario de reserva cognitiva. Valores obtenidos en población anciana sana y con enfermedad de alzheimer. Rev. Neurol. 2011; 52(4):195-201. Disponible en: www.revneurol.com/seg/resumen.php?id=2010478
14. Dedeu AJ, Rodríguez R, Brown M, Barbie A. “Algunas consideraciones sobre neuroplasticidad y enfermedades cerebrovasculares”. Geroinfo. 2008;3(2):1-15. Disponible en: www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/neuroplasticidad_y_ecv.pdf
15. Redolat R, Carrasco MC. ¿Es la plasticidad cerebral un factor crítico en el tratamiento de las alteraciones cognitivas asociadas al envejecimiento? Anales de la psicología. 1998;14(1):45-53. Disponible en: www.um.es/analesps/v14/v14_1/mv05v14-1.pdf

16. Navarro-González E, Calero MD, López A, Gómez AL. Nivel de independencia en la vida diaria y plasticidad cognitiva en la vejez. *Escritos de psicología*. 2008; 2(1): 74-84. Disponible en: scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1989-38092008000300009&script
17. Soto-Añari M, Flores-Valdivia G, Fernández-Guinea S. Nivel de lectura como medida de reserva cognitiva en adultos mayores. *Rev. Neurol.* 2013;56:79-85. Disponible en: www.neurologia.com/pdf/Web/5602/bh020079.pdf
18. López AG, Calero MD, Navarro-González E. Predicción del deterioro cognitivo en ancianos mediante el análisis del rendimiento en fluidez verbal y en atención sostenida. *Rev. Neurol.* 2013;56(1):1-7. Disponible en: www.neurologia.com > ... > *Revista de Neurología (Volumen 56 Núm 1)*
19. Zamarrón MD, Tarrasa L, Fernández-Ballesteros R. Plasticidad cognitiva en personas con la enfermedad de Alzheimer que reciben programas de estimulación cognitiva. *Psicothema*. 2008;20(3):432-437. Disponible en: www.psicothema.com/resumen.asp?id=3504
20. Calero MD. Validez de la evaluación del potencial de aprendizaje. *Psicothema*. 2004;16(2):217-221. Disponible en: www.psicothema.com/psicothema.asp?id=1185
21. Bermúdez-Pérez MP, Pérez-Fuentes MC, Gómez C, Martínez E, Bonilla MD. El rendimiento potencial como medida de prevención del deterioro. En: Gázquez JJ, Pérez-Fuentes MC, Molero MM, Mercader I. *Calidad de vida, Cuidadores e intervención para la mejora de la salud en el envejecimiento*. Edita: Asoc. Uni. de Edu. y Psic. Vol 1;2013.p.275-279.
22. Fernández IM, González T, García B. ¿Se puede prevenir la enfermedad de Alzheimer mediante el ejercicio físico? En: Gázquez JJ, Pérez-Fuentes MC, Molero MM, Mercader I. *Calidad de vida, Cuidadores e intervención para la mejora de la salud en el envejecimiento*. Edita: Asoc. Uni. de Edu. y Psic. Vol 1;2013.p.281-283.
23. Rodríguez M, Sánchez JL. Reserva cognitiva y demencia. *Anales de psicología*. 2004;20(2):175-186.
24. Garamendi A, Delgado DA, Amaya MA. Programa de entrenamiento cognitivo en adultos mayores. *Revista mexicana de medicina física y rehabilitación*. 2010;22:26-31.
25. Arroyo-Anllo E, Poveda J, Chamorro J. Técnicas de rehabilitación neuropsicológica en demencias: Hacia la ciber-rehabilitación neuropsicológica. *Pensamiento psicológico*.2012;10(1):107-127. Disponible en: EMA Anlló, JP Díaz-Marta... - Pensamiento ..., 2012 - revistas.javerianacali.edu.co

ATENCIÓN AL CLIMATERIO COMO MEDIDA DE PREVENCIÓN DE LA INMOVILIDAD

S. García Duarte ⁽¹⁾, M. Camacho Ávila ⁽²⁾, M.D.M. Ruiz Carmona ⁽¹⁾.

⁽¹⁾ Hospital Torrecardenas; ⁽²⁾ Centro Hebamme.

INTRODUCCIÓN

El climaterio es el escalón o período de la vida de una mujer que marca la transición de la edad fértil a la edad no fértil; en él concurren una serie de fenómenos físicos, endocrinos y psíquicos, donde sobresale la Menopausia, término que define la interrupción del sangrado menstrual periódico⁽¹⁾.

Se trata de una crisis pasajera que inicia la involución femenina y frecuentemente, por condicionamientos médicos o socio-culturales, deja una huella que persiste a lo largo de ella⁽¹⁾.

Por otro lado, la Organización Mundial de la Salud hace referencia al climaterio como una etapa de la vida de la mujer de límites imprecisos situada entre los 45 y los 64 años de edad⁽²⁾.

A lo largo de la historia, las actitudes y creencias respecto a la menopausia han variado ampliamente. La menopausia se ha considerado desde una enfermedad y un signo de decadencia en el siglo XIX hasta una etapa de liberación en la que finaliza la etapa fértil. La mayoría de las mujeres actualmente perciben la menopausia con alivio y sentimientos neutros y/o como una etapa de cambios positivos. Los estudios muestran que las diferentes actitudes y creencias hacia la menopausia se explican por la combinación de factores personales y culturales⁽³⁾.

El aumento de la esperanza de vida junto a los avances terapéuticos nos sitúa ante un nuevo perfil epidemiológico de las personas de este grupo de edad, el cual se caracteriza por la mayor prevalencia de los procesos crónicos⁽³⁾.

La OMS ha informado a las autoridades sanitarias sobre las consecuencias del rápido aumento de mujeres postmenopáusicas, previsible para el 2030 y recomendaba la preparación de los servicios de salud y de las actividades educativas y de promoción adecuadas para atender las necesidades de salud de las mujeres en esa, cada vez, más amplia etapa de su vida⁽⁴⁾.

En la etapa del climaterio es importante diferenciar que síntomas y problemas de salud están asociados con el cese de la función estrogénica y cuáles no. Asimismo, es importante conocer que tratamientos e intervenciones son eficaces y seguros⁽³⁾.

Por otro lado, se ha de plantear la menopausia, al igual que otros aspectos de la atención sanitaria, desde una óptica biopsicosocial. Desde esta perspectiva, se ha de tener en cuenta que la mayoría de los cambios que se producen en el organismo son los esperados con el paso de los años. Asimismo, alrededor de la edad en la que ocurre la menopausia, también se dan otros acontecimientos personales, familiares y laborales del ciclo vital de la mujer, que pueden influir en su calidad de vida⁽³⁾.

OBJETIVOS

- Conocer los principales signos y síntomas del climaterio.
- Recopilar información sobre los cuidados a seguir durante el climaterio.

MÉTODO

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica en las siguientes bases de datos: pubmed, cochrane, cuiden, IME y medline. También se ha consultado la biblioteca virtual del SAS, la biblioteca Nicolás Salmerón de la Universidad de Almería y la web de la Sociedad Española de Obstetricia y Ginecología.

RESULTADOS

Los términos menopausia y climaterio aunque tienen un significado diferente son, a menudo, utilizados indistintamente. El término climaterio define el periodo de la vida de la mujer que se extiende desde 2-8 años antes de la fecha de la menopausia hasta 2-6 años después de la última menstruación⁽³⁾.

La Organización Mundial de la Salud sitúa el término climaterio entre los 45 y los 64 años. La menopausia

se define como el cese de la menstruación de más de 12 meses de evolución, que constituye la manifestación fundamental del climaterio. La menopausia no es una enfermedad, es una época de cambio y las medidas preventivas permiten mejorar notablemente la calidad de vida. Aproximadamente un 12% de la población femenina española está dentro de este rango de edad⁽⁵⁾.

Constituye una época de la vida de la mujer en la que se producen importantes cambios, tanto desde el punto de vista físico como psicológico y social; si a ello unimos la alta esperanza de vida a la que puede aspirar la mujer occidental nos damos cuenta de la importancia que la educación sanitaria y la promoción de la salud pueden tener en estos momentos⁽⁶⁾.

Existen una gran variedad de síntomas relacionados con este periodo, pero que no se dan en todas las mujeres. Los principales son: sofocos, bochornos, sequedad y prurito vaginal, depresión, trastornos afectivos, disminución de la libido y pérdida de memoria⁽⁵⁾.

La educación sanitaria durante este periodo se convierte en un elemento clave para la promoción de la salud. Temas como la adecuada alimentación, evitar los tóxicos, mantenerse activa, realizar actividades preventivas o utilizar los servicios de salud específicos constituyen los pilares básicos de la educación sanitaria en esta etapa⁽⁶⁾.

La matrona tiene una importante función profesional como educadora; para ello, debe aportar conocimientos, capacitación y estímulo para mantener y aumentar la salud y calidad de vida de la mujer. Durante el proceso de educación sanitaria, la matrona debe promover que la mujer adquiera un mayor control sobre su propia salud con el objetivo de conservarla y mejorarla⁽⁶⁾.

El mantenimiento de una adecuada actividad física y mental es importante a lo largo de toda la vida. Durante el climaterio, como época crucial en la vida de la mujer, es especialmente recomendable. Se aconseja que no se realice un ejercicio demasiado intenso y las pulsaciones no deben superar los 120-130 latidos por minuto. El ejercicio debe integrarse en los hábitos diarios, aunque, si ello no es posible, es aconsejable realizarlo al menos unas dos o tres veces por semana, en sesiones de unos 30 minutos. Se aconseja acabar la sesión de ejercicio con un periodo de relajación⁽⁶⁾.

Andar es uno de los ejercicios más recomendables. La marcha combina el impacto mecánico de la columna y las extremidades inferiores con la contracción intermitente de los músculos, aparte de quemar calorías evita el anquilosamiento de los músculos.

La gimnasia desarrolla la musculatura y aumenta la agilidad corporal, pero es importante que sea dirigida por un experto. En su práctica deben tenerse en cuenta una serie de principios; entre ellos, que el programa de ejercicios sea individualizado, teniendo en cuenta si la mujer ya practicaba deporte de forma habitual, o si es la primera vez. En caso de osteoporosis, estarán contraindicados los ejercicios con saltos y torsiones. Los ejercicios de flexión de espalda no son recomendables porque pueden producir tensión en la columna vertebral y, con ello, incrementar el riesgo de fractura por compresión de los cuerpos vertebrales. Son recomendables, en cambio, aquellos ejercicios que favorezcan la extensión muscular; los estiramientos o *streeching*.

La natación mejora y mantiene la capacidad cardiorrespiratoria y el sistema neuromuscular, por lo que favorece la prevención de los problemas posturales, además de mejorar la elasticidad.

CONCLUSIÓN

En los últimos años, la atención a la mujer climatérica ha pasado de estar centrada casi exclusivamente en el tratamiento de los síntomas biológicos a incorporar un enfoque de prevención y promoción de salud orientado a favorecer en la mujer una vivencia positiva de esta etapa y el desarrollo de sus autocuidados. Estos objetivos requieren la incorporación al proceso asistencial de programas y actividades de educación para la salud que incidan en los factores que tienen un mayor peso en el nivel de salud de la mujer climatérica susceptibles de ser modificados por la intervención educativa, como son las actitudes, los conocimientos, las creencias, los valores, los sentimientos y las vivencias, así como los comportamientos implicados en los estilos de vida⁽⁷⁾.

El equipo de Atención Primaria de Salud es el que se encuentra más cerca de la población, este debe estar formado por matronas, médicos y enfermeras para realizar los programas de salud enfocados a la mujer climatérica.

Los pasos de educación sanitaria encaminados a que la mujer pueda poner en práctica una serie de autocuidados que le sean útiles para mantener la salud y el bienestar se centran, entre otros, en los siguientes puntos:

- Procurar una dieta adecuada.
- Evitar los tóxicos.
- Mantenerse activa: practicar ejercicio físico y mantener ocupada la mente.
- Realizar actividades preventivas.
- Utilizar los programas de salud específicos.

El equipo debe dar sesiones informativas a las mujeres en las que se expliquen los signos y síntomas que pueden sentir en este periodo. La educación sanitaria es necesaria en todos los niveles de salud y en todas las etapas de la vida del ser humano.

Las mujeres que son informadas adecuadamente tienen mejores niveles de salud y toman medidas para mejorar estos. Además estas pacientes frecuentan menos la consulta de Atención Especializada.

BIBLIOGRAFÍA

1. Prosego [sede web]. Madrid: Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia; 1998 [acceso el 20 de agosto de 2013]. Menopausia. Disponible en: <http://www.prosego.com/index.php?option=content&task=view&id=184&Itemid=138>
2. OMS. Investigaciones sobre la menopausia. Serie de Informes técnicos n° 670. Ginebra: OMS, 1981.
3. Grupo de trabajo de menopausia y postmenopausia. Guía de práctica clínica sobre la menopausia y postmenopausia. Barcelona: Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, Asociación Española para el Estudio de la Menopausia, Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria y Centro Cochrane Iberoamericano; 2004.
4. Moure Fernández L, Antolín Rodríguez R, Pualto Duran MJ, Salgado Álvarez C. Hábitos alimentarios de las mujeres en relación con el nivel de conocimientos sobre el climaterio. *Enfermería Global*. 2010; 20
5. Varela Moreiras G, García Vicente VR, Morales Martínez A. Guía de alimentación y menopausia. Italfarmaco. 2008
6. Goberna Triscas J. Promoción de la salud en el climaterio. *Matronas Profesión*. 2002; 8: 4-12
7. López Santos MV, García Padilla FM, Toscano Marquez T, Contreras Marín A. Análisis de los estilos de vida de la mujer climatérica: un componente esencial en el estudio de las necesidades educativas. *Enfermería Clínica*. 2005; 15(4): 213-219

PREVENCIÓN DE LAS OSTEOPOROSIS EN EL CLIMATERIO COMO MEDIDA PARA EVITAR LA INMOVILIDAD

S. García Duarte ⁽¹⁾, M. Camacho Avila ⁽²⁾, M.D.M. Ruiz Carmona ⁽¹⁾.

⁽¹⁾ Hospital Torrecardenas; ⁽²⁾ Centro Hebamme.

INTRODUCCIÓN

El climaterio es el escalón o período de la vida de una mujer que marca la transición de la edad fértil a la edad no fértil; en él concurren una serie de fenómenos físicos, endocrinos y psíquicos, donde sobresale la Menopausia, término que define la interrupción del sangrado menstrual periódico⁽¹⁾.

Los términos menopausia y climaterio aunque tienen un significado diferente son, a menudo, utilizados indistintamente. El término climaterio define el periodo de la vida de la mujer que se extiende desde 2-8 años antes de la fecha de la menopausia hasta 2-6 años después de la última menstruación⁽²⁾.

Se trata de una crisis pasajera que inicia la involución femenina, y frecuentemente, por condicionamientos médicos o socio-culturales, deja una huella que persiste a lo largo de ella⁽¹⁾.

En 1993, la OMS definió la osteoporosis (OP) como “una enfermedad sistémica, caracterizada por una disminución de la masa ósea y un deterioro de la microarquitectura del tejido óseo que incrementa la fragilidad del mismo, con el consecuente aumento del riesgo de fractura”⁽³⁾.

Posteriormente, en el año 2001, el Panel de Consenso NIH (National Institute of Health) definió la osteoporosis como “una enfermedad esquelética, caracterizada por una disminución de la resistencia ósea que predispone al paciente a un mayor riesgo de fractura”⁽³⁾.

La masa ósea es un factor cambiante a lo largo de la vida, pudiéndose diferenciar tres fases: crecimiento, consolidación e involución. Cerca del 90% de la Masa Ósea Máxima se logra durante la Fase de Crecimiento, que está superpuesta a la de crecimiento somático. La Masa Ósea Máxima depende del sexo (30% mayor en varones), de factores genéticos (raciales y familiares), nutricionales (ingesta de calcio), del ejercicio, etc... La Fase de Consolidación dura hasta los 30-35 años de edad. A partir de entonces comienza la Etapa de Involución, en la que se pierde masa ósea de forma progresiva, afectándose de forma desigual el hueso trabecular y el cortical, y siendo mayor en mujeres que en hombres. En algunos individuos el ritmo de pérdida es mayor que en otros⁽⁴⁾.

Atendiendo a la causa productora de la OP, podemos considerar dos grupos bien diferenciados: la osteoporosis primaria o involutiva y la osteoporosis secundaria⁽⁵⁾.

La Osteoporosis Primaria o Involutiva es el grupo más frecuente. Se produce con el transcurso de los años, especialmente en la mujer después de la menopausia, entre los 50 y 75 años (OP posmenopáusica o tipo I) y tanto en la mujer como en el varón en edades más avanzadas, por encima de los 70 años (OP senil o tipo II).

- OP posmenopáusica o tipo I: se produce en la mujer como consecuencia del cese de la función ovárica; la pérdida ósea se acelera y afecta especialmente al hueso trabecular, siendo características las fracturas vertebrales por aplastamiento y las de la extremidad distal del antebrazo.
- OP senil o tipo II: se produce en ambos sexos, en edades más avanzadas, consecuencia de la pérdida de cantidad y alteración de la calidad ósea que progresivamente tiene lugar con el transcurso de los años. Esta pérdida no es tan acelerada como en el tipo I y afecta tanto a hueso trabecular como cortical, siendo características la fractura de cadera, además de las de pelvis, húmero proximal y vértebras (cuñas múltiples).

Las osteoporosis secundarias se denominan así a las que existen como consecuencia de un trastorno capaz de producirlas, independientemente de la menopausia y la edad. Las posibles etiologías son muy numerosas, resaltando diferentes enfermedades endocrinológicas, gastrointestinales, así como la inmovilización prolongada o el uso de distintos fármacos⁽⁵⁾.

OBJETIVOS

- Conocer los factores predictores de baja masa ósea.
- Informar sobre los principales factores que predisponen a padecer osteoporosis.

MÉTODO

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica en las siguientes bases de datos: pubmed, cochrane, cuiden, IME y medline. También se ha consultado la biblioteca virtual del SAS, la biblioteca Nicolás Salmerón de la Universidad de Almería y la web de la Sociedad Española de Obstetricia y Ginecología.

RESULTADOS

La osteoporosis es definida como una enfermedad en la que hay una insuficiencia de masa ósea y un deterioro estructural del tejido óseo que provoca un aumento en la susceptibilidad a fracturas, por lo general de cadera, columna o muñeca. Las fracturas osteoporóticas de cadera son fatales en el 20% de los casos y provocan discapacidad permanente en el 50% de las mujeres⁽⁶⁾.

A los 35 años el individuo alcanza su “pico de masa ósea”, punto en el cual los huesos están densos y fuertes, después de esta edad, las mujeres pierden de 0.5 a 1% de su masa ósea cada año, constituyéndose la edad uno de los factores de riesgo para osteoporosis⁽⁷⁾.

El personal sanitario debe estar capacitado para identificar a la población con mayor riesgo de fractura osteoporótica, en una fase silente, precoz, antes de que se presente la primera fractura. La baja masa ósea (BMO) es uno de los principales predictores y más potente de fractura por fragilidad, y su medición por densitometría es el gold estándar para identificar pacientes con osteoporosis y alto riesgo de fractura. Además es la prueba imprescindible para el diagnóstico de osteoporosis en ausencia de fractura⁽³⁾.

Los factores de riesgo predictores de baja masa ósea se dividen en no modificables y en modificables.

Los factores no modificables son los siguientes:

- Edad: en la edad adulta se inicia una pérdida progresiva de masa ósea. En las mujeres estará aumentada en la primera década tras la menopausia.
- Sexo: las mujeres presentan mayor riesgo de osteoporosis. Los huesos son de menor tamaño y el pico de masa ósea es menor al alcanzado por los varones.
- Raza: las mujeres de raza blanca tiene 2,5 veces mayor riesgo que las de raza negra.
- Genética familiar⁽³⁾.

Los factores modificables son los siguientes:

- Peso: un IMC inferior a 19 está relacionado con baja densidad ósea.
- Tabaquismo: el tabaco ejerce un efecto directo sobre el hueso y también influye sobre los niveles hormonales que modulan el remodelado.
- El hipogonadismo: Las situaciones de déficit estrogénico se asocian a mayor tasa de pérdida de masa ósea. Esto acontece en la menopausia precoz, menopausia quirúrgica o periodos de amenorrea prolongados antes de la menopausia.
- Alimentación: La dieta debe ser equilibrada, con aporte suficiente de todos los nutrientes, sin exceso de proteínas animales y correctas en calcio y vitaminas D y K. El calcio es fundamental para el correcto desarrollo y mantenimiento del esqueleto.
- Ejercicio físico: Existe una relación directa y positiva entre la práctica de ejercicio físico habitual, tanto en el momento presente como en la pasada infancia-juventud. La práctica de ejercicio físico habitual y programas de entrenamiento en gente mayor, enlentecen la pérdida de masa ósea y así la preservan. Además, la buena forma física permite una mejor agilidad y mayor reacción de respuesta ante imprevistos (caídas).
- Enfermedades y fármacos osteopenizantes: Determinadas condiciones patológicas y consumo de fármacos se asocian a pérdida de masa ósea⁽³⁾.

Por lo tanto, con el aumento de las expectativas de vida, también se alarga el período de vida posmenopáusico de la mujer, en que la insuficiencia de estrógenos de esta etapa provoca numerosas alteraciones. No obstante, dichas alteraciones pueden evitarse mediante una serie de intervenciones farmacológicas y no farmacológicas adecuadas. En el caso de la osteoporosis posmenopáusica, las mujeres pueden contribuir a disminuir el riesgo de fracturas, con un cambio en el estilo de vida que incluye una dieta equilibrada con adecuada ingesta de calcio y vitamina D, ejercicio habitual, dejar de fumar, moderar el consumo de alcohol y tomar medidas adecuadas para evitar las caídas o minimizar su impacto⁽⁸⁾.

CONCLUSIONES

La osteoporosis constituye un importante problema de salud. Esto es debido al incremento del envejecimiento poblacional junto con los cambios en el estilo de vida de las últimas décadas, con el aumento del sedentarismo y la menor actividad física al aire libre.

Se debe informar a la mujer sobre cuales son los principales síntomas y la manera de prevenirlos y reducir su importancia. Se debe hacer hincapié en la dieta, especialmente en el aporte de calcio y el control de peso. Informar sobre el ejercicio físico y el Sol como fuente de vitamina D. Se deberán evitar los hábitos tóxicos como el tabaco y el alcohol.

La mujer climaterica necesita información para enfrentarse a esta nueva etapa, con la información y la modificación del estilo de vida estas mujeres podrán llegar a la etapa de la senectud con mejor calidad de vida.

BIBLIOGRAFÍA

1. Prosego [sede web]. Madrid: Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia; 1998 [acceso el 20 de agosto de 2013]. Menopausia. Disponible en: <http://www.prosego.com/index.php?option=content&task=view&id=184&Itemid=138>
2. Grupo de trabajo de menopausia y postmenopausia. Guía de práctica clínica sobre la menopausia y postmenopausia. Barcelona: Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, Asociación Española para el Estudio de la Menopausia, Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria y Centro Cochrane Iberoamericano; 2004.
3. Carbonell Abella C, Martín Jiménez JA, Valdés y LLorca C. Atención Primaria de Calidad. Guía de Buena Práctica Clínica en Osteoporosis. 2ª ed. Madrid: Internacional Marketing & Communication; 2008
4. Prosego [sede web]. Madrid: Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia; 1995 [acceso el 21 de agosto de 2013]. Estudio de masa ósea. Disponible en: <http://www.prosego.com/index.php?option=content&task=view&id=185&Itemid=138>
5. Fesemi [sede web]. Madrid: Sociedad Española de Medicina Interna; 2004 [acceso el 21 de agosto de 2013]. Protocolos Osteoporosis. Disponible en: <http://www.fesemi.org/publicaciones/semi/protocolos/view>
6. Aguirre Valadez RM, Silva Luna DE. Factores de riesgo y nivel de densidad ósea en mujeres en climaterio. Parainfo Digital. 2011; 5(12). Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n11-12/153d.php>
7. Fukuharu M, Sato J, Ohsawa I, Oshida Y. Effects of lifestyles factors on ultrasonographically determined bone health in Japanese women. Public Health. 2001; 115(2):146-151.
8. Sánchez-Borrego R, Palacios S, Neyro JL, Vázquez F, Pérez M. Actitudes, conocimiento y expectativas de las pacientes con osteoporosis posmenopáusica en España. Prog Obstet Ginecol. 2009;52(10):562-71

FACTORES Y VARIABLES SOCIALES DEL ENVEJECIMIENTO: REPERCUSIONES SOBRE LA SALUD FÍSICA Y MENTAL

M.D.L.P. Bermúdez-Pérez ⁽¹⁾, E. Martínez Moreno ⁽²⁾, M.D. Ruiz Fernández ⁽³⁾, M.D. Rubio Aguilera ⁽⁴⁾, M.D.C. Pérez-Fuentes ⁽¹⁾.

⁽¹⁾ Universidad de Almería; ⁽²⁾ Servicios Sociales Comunitarios. Diputación de Almería; ⁽³⁾ UGC Cruz de Caravaca, Almería; ⁽⁴⁾ SCA Madrid.

Desde finales del siglo pasado, se está prestando mayor atención a los efectos de distintos aspectos de las relaciones sociales (redes, roles, bienestar social, participación, contribución,...) sobre el proceso de salud-enfermedad en personas mayores. Diversos estudios, han destacado el papel protector que puede llegar a desempeñar las relaciones sociales sobre la salud física y mental (el deterioro cognitivo, el deterioro funcional, la soledad, la depresión, entre otros).

OBJETIVOS

Abordar factores y variables sociales estudiados hasta el momento, como influyentes en el estado de salud-enfermedad (tanto física como mental) en el envejecimiento.

Analizar desde la perspectiva social, las características sociales de las personas mayores de nuestro país.

Estudiar los conceptos de red y apoyo social abordados hasta el momento.

Describir principales modelos explicativos del apoyo social.

MÉTODO

Partiendo del concepto de apoyo social como factor que potencia el envejecimiento activo y exitoso, se realizó una revisión bibliográfica con el fin de abordar toda aquella producción científica reciente sobre este factor en la vejez para así poder llevar a cabo una revisión descriptiva. Como descriptores se utilizaron términos como: apoyo social, relaciones sociales, envejecimiento, salud, enfermedad, envejecimiento activo, red social. Para la localización de los documentos bibliográficos se utilizaron varias fuentes documentales: artículos y libros en bases de datos on-line y en formato papel: Recolecta, Scielo, Dialnet, google académico, otros. La búsqueda bibliográfica se realiza durante los meses de junio a septiembre del 2013. Fueron criterios de selección para tal revisión: artículos, resúmenes, libros publicados, entre 2005 y 2013, en español e inglés, cuyo contenido tuviste como detonante principal el apoyo social en el envejecimiento y repercusiones en la salud y enfermedad. Tras la combinación de las diferentes palabras clave, se seleccionaron aquellos documentos que informasen sobre los aspectos de interés para confeccionar el artículo (resultaron un total de 30). La información se resumió a través de un mapa mental y de una tabla resumen.

RESULTADOS/DESARROLLO

El envejecimiento es un proceso que depende de múltiples factores. La vejez supone una etapa vital de gran relevancia, y el conocer sus características y peculiaridades, así como, los distintos factores tanto físicos, sociales y mentales que repercuten sobre la calidad de vida en este período resultan de vital importancia.

El incremento de la esperanza de vida al nacer que se esta produciendo en los países desarrollados en los últimos años, ha llevado al planteamiento de un nuevo reto. El reto ya no es aumentar la esperanza de vida, sino que ésta sea libre de discapacidad, que sea una vida saludable. El aumento de la esperanza de vida se ha producido en gran medida a la mejora: socioeconómica, en las condiciones medioambientales, en el tratamiento médico y asistencia sanitaria, dando lugar todo ello y al mismo tiempo a cambios en las estructuras familiares, roles, hábitos higiénicos, sanitarios, educativos y laborales¹. Por tanto, y tal como acabamos de ver, el envejecimiento es un proceso multidimensional y multidireccional² y en función de la dirección que adquiera, puede conllevar en mayor o menor medida repercusiones a nivel económico, social y sanitario. El año 2012, fue declarado “*Año del envejecimiento activo y de la solidaridad intergeneracional*”, para dar nuevas

soluciones a problemas económicos, sociales y sanitarios de una población que envejece¹.

Los expertos coinciden en que el envejecimiento activo es un concepto biopsicosocial y, por tanto, no se reduce al mantenimiento de una buena salud libre de discapacidad, sino que también implica el mantenimiento óptimo de aspectos psicológicos y sociales. Las variables biopsicosociales determinan el modo en que se envejece y las acciones del individuo en interacción con su ambiente serán las principales responsables del mismo³. En definitiva, el envejecimiento activo dependerá en cierto grado de las medidas socio-políticas que se lleven a cabo, así como, de las acciones individuales que cada uno adopte para mejorar su propia forma de envejecer.

Gran parte de los programas que se han puesto en marcha para fomentar el envejecimiento activo, van encaminados al fomento de la actividad física dejando a un lado los factores psicosociales. Un estilo de vida activo implica mucho más que realizar actividad física o trabajar; también incluye participar en la sociedad, ya sea en relación con otras personas, en los eventos sociales y culturales de nuestra comunidad, en la práctica religiosa o en los temas cívicos que interesen⁴. Además de seguir siendo activo físicamente, es importante permanecer activo social y mentalmente, participando en actividades recreativas, de voluntariado o remuneradas, culturales, sociales y educativas. Ofreciendo al mismo tiempo una adecuada protección, seguridad y atención médica cuando sea necesario³.

Promover los comportamientos pro-sociales y la participación social es uno de los retos del envejecimiento activo. El grado de participación social, la participación en actividades, el apoyo social y las redes sociales, influyen de forma significativa en el grado de satisfacción con la vida y la capacidad de adaptación a los cambios, pues puede llevar a una mejora en el sentimiento de autoeficacia y control personal⁵. La integración social además de ser fundamental para el desarrollo psicológico, también es importante en el retraso de la dependencia y la longevidad⁶.

Antes de adentrarnos más en la perspectiva del apoyo social en el envejecimiento, es importante tener como punto de referencia el perfil actual del envejecimiento en nuestro país. Según Abellán y Pujol⁷, en cuanto a características sociales de nuestros mayores: conforme se avanza en edad, se incrementa la probabilidad de vivir en soledad, siendo el porcentaje de mujeres que viven solas superior al de los hombres (tres de cada cuatro mayores que viven solos son mujeres). El cambio en el estado civil repercute en diversos ámbitos de la vida: el tipo de hogar, la salud, los ingresos, etc. La viudez aumenta con la edad y entre las mujeres mayores de 65 años es más común (hay un 35% más mujeres viudas que hombres), pues existe mayor supervivencia femenina que masculina (la esperanza de vida al nacer de las mujeres españolas es de 85 años y la de los hombres es de 72,9 años).

Las principales causas de muerte entre los mayores, están relacionadas con enfermedades del aparato circulatorio, el cáncer es la segunda causa de muerte y en tercer lugar, se encuentran las muertes por enfermedades respiratorias. Se ha de destacar, que se está produciendo en los últimos años un aumento de mortalidad por enfermedades mentales y nerviosas (demencias, otros)⁷.

Con respecto a los modos de convivencia, en los últimos años se ha producido cierto aumento de los hogares unipersonales. Las personas mayores que viven en otro tipo de hogares (convivencia multigeneracional, residencia,...) son las que presentan mayor porcentaje de casos de discapacidad tanto severa como moderada. Con respecto a los cuidados, la persona que fundamentalmente cuida de los hombres mayores es su cónyuge, seguida de su hija. Y en el caso de las mujeres mayores que necesitan ayuda, son las hijas las que fundamentalmente se hacen cargo de los cuidados, seguidas de otros familiares y amigos. El ratio de apoyo familiar ha ido aumentando progresivamente y se estima que seguirá haciéndolo, de manera que cada vez serán menores los recursos familiares de apoyo⁷. Con el avance de los años surgen problemas de fragilidad, dependencia y enfermedad que condicionan a la familia y al mayor en el cambio de roles de cuidado. Incluso en situación de dependencia, las personas buscan el equilibrio entre dar y recibir en las relaciones y se sienten incómodas con el desequilibrio. La falta de vínculos sociales, la ausencia de contactos interpersonales que posibiliten un grado de comunicación e intercambio personal, y las relaciones sociales insatisfactorias pueden conllevar riesgos para la integración social de las personas mayores, por ejemplo, el perder a la pareja, puede suponer la falta de una persona de confianza con la que compartir momentos y pensamientos³. Estos riesgos implican una cierta vulnerabilidad a situaciones de inseguridad psíquica y física, así como, sensaciones de malestar emocional que se convierten en una pérdida de bienestar general.

Los cambios sociológicos afectan a toda el área social de la persona: su entorno cercano, su familia, su comunidad y la sociedad en general. Del mismo modo, enfermedades, síndromes geriátricos, así como, otras condiciones que llevan a la dependencia, repercuten sobre la red social. Durante el envejecimiento se producen cambios de roles: en el rol como individuo y como integrante de una familia (los cambios a este nivel

van a depender de características de personalidad y de la capacidad para afrontar el cambio de rol que le toque vivir (ser abuelo, perder a la pareja,...); y en el rol social (a) en la actividad laboral: la jubilación es un cambio importante y puede hacer que las redes sociales y las relaciones puedan verse mermadas; y b) en la actividad social caracterizada por la participación en actividades de la comunidad).

En la literatura se presenta una gran cantidad de definiciones del constructo apoyo social, pero la gran mayoría de autores muestran acuerdo en el hecho de considerarlo como un constructo multidimensional y cambiante, que puede abordarse desde diversos enfoques: estructural, funcional y contextual⁸.

Así por ejemplo, tradicionalmente se han considerado dos dimensiones del apoyo social: estructural y funcional. De un lado, la dimensión estructural, que hace referencia al término de *red social*, con características tales como: el tamaño (cantidad de personas que conforman la red), dispersión y distribución (distancia entre los miembros), frecuencia de contactos, composición, densidad (grado de interrelación entre los miembros), parentesco, homogeneidad y fuerza (Similitud o diferencia de características sociales, culturales y demográficas entre los miembros de una red). Las redes sociales no son estáticas, a lo largo de la vida pasa por distintas etapas: se estabiliza en la adultez y se contrae en la vejez. La consideración de que en la vejez se presentan escasas redes sociales, es debido a: la pérdida de relaciones en esta etapa por la muerte de sus propios familiares o amigos, la jubilación, ingresos en residencia, la escasa oportunidad de incluir nuevos vínculos a su red Arias⁹ alerta de que la escasez en la red puede ser debida no a la edad sino a variables individuales familiares y sociales que expliquen esta situación.

Y de otro lado, la dimensión funcional: apoyo material: que implica un flujo de recursos como prestar o dar dinero, alojamiento, comida, ropa...; apoyo instrumental: proporcionar asistencia física, ayudar en desplazamientos, la ayuda en labores del hogar y el cuidado, etc; apoyos emocionales: que se da en la interacción íntima como transmitir afecto y confianza, mostrar empatía, escuchar, etc. Este tipo de apoyo pueden presentarse de distintas formas que van desde visitas periódicas, transmisión física de afectos, etc; apoyo cognitivo: que hace referencia al intercambio de experiencias e información, dar o recibir consejos, intercambiar opiniones, etc⁹.

Las redes sociales en las que están inmersos los sujetos tienen importantes repercusiones sobre la salud, y esta red ha de ser entendida como fuente de recurso esencial para la promoción de la salud y bienestar. Es la estructura sobre la se sustenta el apoyo social y permite afrontar la enfermedad tanto a la persona que la padece como a su familia, pues es un medio y un recurso a la hora de abordar el estado de enfermedad⁶.

Además de éstas dimensiones, se ha de considerar que existen distintas fuentes de apoyo social. Algunos autores como House¹⁰, han propuesto nueve fuentes de apoyo social: cónyuge o compañero/a, otros familiares, amigos, vecinos, jefes o supervisores, compañeros de trabajo, personas de servicio o cuidadores, grupos de auto ayuda y profesionales de la salud o servicios sociales. Otras clasificaciones proponen la división de las redes de apoyo social en naturales (familia, amigos, compañeros de trabajo) y organizadas (grupos de ayuda mutua o asociaciones, voluntariado institucional, ayuda profesional). También se han clasificado en redes informales, (aquellas más cercanas al individuo siendo la principal, la familia) y en redes formales (formadas por aquellos individuos pertenecientes a la red de cuidadores de servicios sanitarios y sociales)⁹.

La literatura sobre apoyo social dispone ya de varias décadas de desarrollo. Desde la década de los 50, se ha estudiado las relaciones entre el desarrollo social de una persona y su estado de salud. Durkheim¹¹ en 1952, realizó el primer estudio a gran escala, encontrando que las personas socialmente menos integradas, tenían mayores probabilidades de suicidarse que las mejor integradas. Posteriormente, se han establecido asociaciones entre el matrimonio y la mortalidad, encontrándose que éste reduce las posibilidades o retrasa la edad de la muerte⁶. Igualmente, personas solteras y personas socialmente aisladas, manifestaban mayores tasas de enfermedades como la tuberculosis o la esquizofrenia. También se han observado las propiedades potenciales de mejora de la salud. Los trabajos de Cassel¹² y Cobb¹³ en la década de los 70 fueron los pioneros en destacar la idea de la gran influencia del apoyo social y su relación con la salud, pues según estos autores, éste facilita conductas adaptativas en situaciones de estrés.

En los últimos años se ha producido un incremento en el número de investigaciones que abordan el apoyo social. Diversos estudios han indicado que al avanzar en edad se produce una disminución en la percepción de apoyo social y por tanto, una mayor sensación de soledad. La soledad es un sentimiento existencial que nos acompaña a lo largo de la vida y que todo el mundo ha experimentado en algún momento. A veces se manifiesta como un estado indeseable, pero también puede ser una experiencia vivida por algunas personas como elección, con plenitud y complacencia⁴. Algunos autores indican, que un bajo nivel de apoyo social influye de forma negativa sobre el estado de salud, dando lugar a síntomas orgánicos y psicósomáticos⁵.

Se defiende que el apoyo social ejerce un efecto directamente proporcional en el estado de salud

y amortigua los efectos del estrés psicosocial y físico en la salud de los individuos¹⁴. Tal y como acabamos de citar, existen principalmente dos modelos explicativos de los beneficios positivos del apoyo social sobre la salud y el bienestar. De un lado, el que considera las relaciones sociales como un factor principal (*main effect model*) en la consecución de bienestar en los individuos. Este efecto beneficioso se explicaría tanto por la adopción de conductas saludables por el hecho de pertenecer y participar en una red social como por el efecto positivo del sentido de pertenencia a un grupo o red, lo cual proporciona a su vez seguridad y estabilidad. Los trabajos que analizan esta teoría sugieren que puede ser el aislamiento el que actúa como estresor, el que causa la enfermedad, más que el apoyo social el que produce mejoría en la salud¹⁵. El segundo modelo postula un efecto amortiguador (*stress-buffering model*) del apoyo social, que actuaría modificando las respuestas negativas frente a un evento estresante, facilitando recursos y permitiendo una revaloración del evento y una positiva adaptación¹⁶. Hasta el momento no se conoce con seguridad en qué grado contribuye cada mecanismo sobre la adaptación global que el apoyo social ejerce sobre la salud.

Desde el punto de vista de la evidencia empírica, la existencia de un apoyo social escaso se ha relacionado con la mortalidad general. En un estudio reciente, se ha destacado que las personas mayores que se encuentran socialmente aisladas y solas presentan un mayor riesgo de muerte precoz y que la falta de contacto social podría ser un factor de riesgo incluso mayor que la soledad. Se trata de un estudio longitudinal realizado por Steptoe¹⁷, con mayores británicos de 52 años de edad, en el que han podido observar que tras 7 años de seguimiento, los mayores con mayor aislamiento social presentan un 26% más mortalidad que los que tienen una vida de relaciones personales más rica. Observaron que el aislamiento social aumentó el riesgo de morir independientemente de la salud y otros factores, mientras que la soledad incrementó el riesgo de morir sólo entre los que presentaban problemas mentales o físicos subyacentes. Los investigadores usaron un cuestionario para evaluar la soledad, que se describió como una ‘insatisfacción con la frecuencia y la intimidad de los contactos sociales, o la discrepancia entre las relaciones que tienen y las que les gustaría tener. Según Perissinotto¹⁸, las personas que se encuentran solas tienden a deprimirse y como consecuencia se cuidan menos. Otros estudios han destacado con la mortalidad de pacientes con afecciones coronarias¹⁹ y con alteraciones de la salud como la neurosis²⁰, entre otras. Por otra parte, el apoyo social también ha sido considerado un factor protector frente a la mortalidad en población anciana²¹, y con la mejora en el seguimiento de pacientes con HTA esencial²². Además, el hecho de contar con una red social extensa parece ser un protector frente a la demencia. Con respecto a éste último, López y Calero²³ han destacado que el estar casado, mantener contacto regular con amigos, grupos sociales y participar en actividades sociales productivas, está asociado a un menor riesgo de deterioro. La satisfacción con el apoyo social está más relacionada con la salud mental que la red social²⁴. Según Alonso et al¹⁴, el apoyo social puede prevenir la aparición de efectos psicológicos adversos y respuestas comportamentales asociadas a estrés psicológico, pobre adherencia al tratamiento y aislamiento social y produce un aumento de los autocuidados y mejora de los índices de calidad de vida.

A nivel biológico en un estudio llevado a cabo con ratones adultos, se ha mostrado que el aislamiento social produce cambios cerebrales en una región del cerebro responsables del comportamiento cognitivo y emocional, debido a que se produce en esta región una menor cantidad de mielina, lo que lleva a trastornos emocionales y del comportamiento. Este estudio revela, que no sólo las neuronas son las únicas estructuras responsables de los cambios en las respuestas al entorno y la experiencia, sino que además, determinadas modificaciones en la materia blanca también influye en este proceso. La investigación reveló que el estrés derivado del aislamiento social altera la secuencia con que las células productoras de mielina. En el experimento realizado, se aisló a ratones adultos, animales con una socialización normal hasta ese momento, durante ocho semanas, para inducir en ellos un estado similar al de la depresión. La investigación también demostró que esta situación tiene remedio: tras un nuevo periodo de integración social de los animales que fueron aislados, la producción de mielina de sus cerebros se normalizó²⁵. Según Dietz et al²⁶, la intervención ambiental parece ser suficiente para poder revertir las consecuencias negativas del aislamiento social adulto. Además destaca que este hallazgo podría tener implicaciones para la comprensión de otros trastornos relacionados con la mielina. En estudios previos sobre los efectos del aislamiento social en el cerebro se había mostrado que la exclusión social ocasiona transformaciones cerebrales que provocan incapacidad de decisión y una disminución de la capacidad de aprendizaje; así como fallos en la capacidad de autocontrol¹⁴.

CONCLUSIONES

Tal y como se ha podido observar en el presente trabajo, es necesario profundizar y divulgar desde distintos ámbitos y sectores (políticos, profesionales sanitarios, sociales, educativos, etc) el conocimiento de los aspectos sociales, así como, sus repercusiones sobre la salud física y mental en el envejecimiento, con el objetivo de conseguir entre todos, convertir en una realidad tangible el gran lema de éste congreso “*Activos ante la Inmovilidad*”, tomando para ello las medidas necesarias e incitando entre todos, a que el mayor se convierta en el protagonista activo de esta realidad.

No está de más reivindicar el fomento de más estudios longitudinales en los que se puedan confirmar las asociaciones identificadas en la gran mayoría de estudios de tipo transversal encontrados en la literatura revisada. El fomento de investigaciones futuras, pueden llevarnos a un consenso que facilite la optimización de recursos y praxis para alcanzar el tan ansiado “Envejecimiento Activo”; a la creación y uso más adecuado de estrategias de evaluación e implementación de programas que optimicen la perspectiva del apoyo y red social, para que a través de ella, se fomente el bienestar físico y mental en los mayores; así como, al fomento de iniciativas, para el desarrollo y la creación de entornos y ambientes que estimulen la interacción, la red y el apoyo social en esta etapa vital. Y lo que es más importante, hacer que el mayor, no sea mero consumidor o receptor pasivo de servicios y recursos, sino haciendo que sea activo y participativo en la estructura de la sociedad, así como, de su propio envejecimiento. En definitiva, aprovechar todos los recursos alternativos posibles a la institucionalización para la superación de situaciones de vulnerabilidad social o de enfermedad física o mental. No debemos dejar pasar desapercibido, que éste es un gran aporte y reto para llegar a evitar o prevenir la tan temida dependencia, así como, todas aquellas consecuencias y repercusiones que ésta conlleva a muy distintos niveles, sectores y estructuras sociales, políticos, sanitarios, entre otros.

BIBLIOGRAFÍA

1. IMSERSO. Libro Blanco Envejecimiento Activo. Madrid: IMSERSO, 2011.
2. Baltes PB, Reese HW, Lipsitt LP. Life span developmental psychology. *Annual Review of Psychology*. 1980;31:65-110.
3. Zamarrón MD. Envejecimiento activo reto: un reto individual y social. *Sociedad y utopía revista de ciencias sociales*. 2013;41:451-463.
4. INFORME TFW 2013-2. El papel de la familia en el envejecimiento activo. *The Family Watch*. [Internet]. 2013. [citado el 29 Abril 2013];1-23. Disponible en: <http://www.thefamilywatch.org/Informe20132.pdf>
5. López A. Envejecimiento exitoso en función de la percepción del nivel de salud en personas mayores que participan en programas de envejecimiento activo. *TOG (A Coruña)* [Internet]. 2013. [citado el 28 Agosto 2013]; 10(17):1-20. Disponible en: www.revistatog.com/num17/pdf/revision.pdf
6. Zunzunegui MV, Otero A, Rodríguez A, García MJ. Relaciones sociales y envejecimiento saludable. *Fundación BBVA. Documentos de trabajo* 9. 2006;9:1-111.
7. Abellán A, Pujol R. Un perfil de las personas mayores en España, 2013. Indicadores básicos. *Informes envejecimiento en red*. [Internet]. 2013. [citado el 22 Julio 2013];1:1-26. Disponible en: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enredindicadoresbasicos13.pdf>
8. Marques P. La sostenibilidad del sistema sanitario desde una perspectiva de redes sociales: una propuesta para la promoción de hábitos saludables y apoyo social. *Rev Esp Salud Pública*. 2013; 87(4):312-315.
9. Arias CF. Red de apoyo social en la vejez. Aportes para su evaluación. *Revista de Psicología da IMED*. 2009;1(1):147-158.
10. House JS. Social Support and Social Structure. *Notes and Insights. Sociological Forum*. 1987; 2(1):135-146.
11. Durkheim É. *El suicidio*. Madrid: Akal Universitaria. 1982.

12. Cassel J. The contribution of the social environment to host resistance. *Am J Epidemiol.* 1976;104:107-23.
13. Cobb S. Social support as a moderator of life stress. *Psychosom Med.* 1976;38:300-14.
14. Alonso A, Menéndez M, González L. Apoyo social: mecanismos y modelos de influencia sobre la enfermedad crónica. *Cad Aten primaria.* 2013;19:118-123.
15. Berkman LF. Social networks, support and health. Taking the next step forward. *Am J Epidemiol.* 1986;123:559-562.
16. Castro R, Campero L, Hernández, B. La investigación sobre apoyo social en salud: situación actual y nuevos desafíos. *Rev. Saúde Pública.* 1997;31(4):425-435.
17. Steptoe A, Aparna A, Panayotes D, Jane W. Social isolation, loneliness, and all-cause mortality in older men and women. *PANAS.* 2013;110(15):5797-5801.
18. Perissinotto CM, Stijacic I, Covinsky KE. Loneliness in older persons: A predictor of functional decline and death. *Arch Intern Med.* 2012;172(14):1078–1083.
19. Woloshin S, Schwartz LM, Moncur M, Gabriel S, Tosteson AN. Assessing values for health: numeracy matters. *Med Decis.Making.* 2001;21:382–390.
20. Nebot M, Lafuente JM, Tomás Z, Borrell C, Ferrando J. Efecto protector del apoyo social en la mortalidad en población anciana: un estudio longitudinal. *Rev Esp Salud Pública.* 2002;76:673-682.
22. Menéndez C, Montes A, Gamarra T, Núñez C, Alonso A, Buján S. Influencia del apoyo social en pacientes con hipertensión arterial esencial. *Aten Prim.* 2003;31:506-513.
23. López AG, Calero MD. Predictores del deterioro cognitivo en ancianos. *Rev. Esp de Geriatr Gerontol.* 2009;44(4):220-224.
24. Lahuerta C, Borrel C, Rodríguez-Sanz M, Pérez K, Nebot M. La influencia de la red social en la salud mental de la población anciana. *Gac. Sanit.* 2004;18(2):83-91.
25. Liu J, Dietz K, DeLoyht JM, et al. Impaired adult myelination in the prefrontal cortex of socially isolated mice. *Nature Neuroscience.* 2012;15:1621-1623.
26. Dietz DM, Laplant Q, Watts EL, et al. Paternal transmission of stress-induced pathologies. *Biol Psychiatry.* 2011;70(5):408-414.

UNA UNIDAD DE ESTANCIAS DIURNAS, SOBREVIVIENDO A LA CRISIS. #APAGUEMOSLOTELEVISORES. ENVEJECIMIENTO SALUDABLE EN MAYUSCULAS

G. Guerrero Ramos, R. Perez Hamilton, F. Gonzalez Gonzalez, A. Ramos Rodriguez, J. Reina.

UED

INTRODUCCIÓN

En plena crisis, a finales del 2010, pusimos en marcha la Unidad de estancias diurnas municipal del Rincón de la Victoria-Málaga- regentada por el Centro Geriátrico Sagrada Familia, hasta septiembre de 2011, la unidad, como tal, no empezó a funcionar y en pleno recorte de las prestaciones por Ley de Dependencia, con noticias día sí, día no de cierre de Unidades de día, a día de hoy, septiembre de 2013, tenemos una ocupación de 24 personas en la Unidad.

Siempre hemos defendido la actividad de nuestros mayores, nos dicen que los niños pequeños cuanto más autonomía tienen más autoestima desarrollan, los mayores cuanto más autonomía mantienen mejor calidad de vida poseen. Y sobre esa premisa trabajamos en la Unidad de Estancias diurnas del Rincón de la Victoria.

Nuestros usuarios tienen toda la mañana y la tarde ocupadas con talleres, con actividades, desde Fisioterapia, gimnasia, talleres de estimulación cognitiva, orientación a la realidad, manualidades, ocio y tiempo libre, musicoterapia, etc.

Bajo la premisa de mantenernos activos ante la Inmovilidad, ENVEJECIMIENTO SALUDABLE, ocupamos su tiempo en actividades diferentes durante todo el día, por eso en el XXXIV Congreso de la SAGG, proponemos el hashtag #apaguemoslostelevisores, al igual que hace unos años se implantó el lema “desatar al anciano”, hoy en día, el mantener a los residentes, ya sean de unidades de día o residencias, activos durante todo el día debe ser el objetivo primordial de cada centro o institución, acabaron los tiempos de comer y dormir como servicios principales de los centros. Hay que mantenerse, los tenemos que mantener activos.

OBJETIVOS

Dar a conocer la mecánica de trabajo de una Unidad de estancia diurna, que en plena crisis del sector, poco a poco, con mucho trabajo y siempre manteniendo la actividad, la potenciación de la funcionalidad, el envejecimiento activo y saludable de nuestros mayores, como premisa básica, no sólo sale a flote sino que crece cada día.

MÉTODO

En septiembre de 2013, tenemos 24 usuarios, 5 hombres-19 mujeres, con una media de edad de 79,65 años (69-95 años), con un 83% de los usuarios con un deterioro cognitivo moderado-grave (Test de Pfeiffer), con una dependencia leve-moderada en las ABVD del 82% (Índice de Katz) y donde un 78% de los mismos tienen un nivel de estudios primarios sin finalizar o menor, con un 17% de analfabetos.

Con esta población trabajamos a diario en la UED, realizando una labor asistencial, donde hay usuarios que por su dependencia física grave o por necesidad familiar se asean todos los días en el centro, tenemos un índice de baños superior a alguna residencia...donde aparte de los servicios comunes a todas las UED, Desayuno, almuerzo, merienda, transporte, control de medicación, aseo diario de los usuarios, cambios de pañal, etc.

El verdadero hecho diferencial de esta UED es el nivel de actividades que realizan los usuarios, después del desayuno empiezan a realizar diferentes talleres desde fisioterapia, gimnasia, orientación a la realidad,

memoria, manualidades, musicoterapia, cartas, etc. por grupos, los más homogéneos posibles. Los talleres, son parecidos a los que se realizan en cualquier centro de atención a personas mayores, no que no es igual es la obligatoriedad de hacer alguna actividad, la televisión no se pone en toda la mañana, #apaguemoslostelevisores, no hay otra manera de entretenerse en la UED, hay que hacer algún tipo de actividad, obviamente, para poder tener la televisión apagada hay que llenar el tiempo con actividades.

Otra señal de identidad de la UED es el uso de las redes sociales, tenemos Facebook- Unidad estancias diurnas-Twitter- @uedr_victoria, tanto en una como en otra informamos a las familias sobre el día a día de la unidad, celebraciones de cumpleaños, la estrella de la semana, participación en los diferentes talleres, logros en fisioterapia, trabajando la memoria, etc.

Utilizamos, igualmente, el whatsapp, para informar a las familias de cualquier incidencia diaria, pedir medicación, etc.

RESULTADOS

Los resultados, los basamos fundamentalmente en el número de usuarios que tenemos, 24, septiembre de 2013, en su participación en los diferentes talleres, el 92 % de los usuarios participan en los talleres, el 8% restante, que no participa en talleres, corresponden a 2 personas que por su deterioro físico y mental no poseen la capacidad de participar en los mismos.

En una encuesta realizada a los familiares de los usuarios del centro de día donde se les preguntaba, entre otras cosas, sobre su percepción en el estado de sus familiares, a nivel físico, cognitivo y anímico en el último año, los resultados nos muestran que al nivel físico, los familiares de nuestros usuarios creen en un 79% que éstos se encuentran físicamente igual o han mejorado en el último año o en el tiempo que llevan en la Unidad.

A nivel cognitivo, el 58% de los familiares estiman que se encuentran en un nivel parecido en el último año, y un 17% cree que sus familiares han mejorado.

Y por último, a nivel anímico, el 67% de los encuestados creen que sus familiares han mejorado algo a nivel anímico.

En una unidad de estancia diurna, donde la mayor presencia de usuarios son de carácter privado y en los tiempos que corren, la opinión de los familiares que son los responsables que nuestros usuarios entren y continúen en el centro, es sumamente importante para nosotros, sobre todo, si la opinión o la percepción que tienen de sus familiares es positiva en todos los aspectos, tanto físico, cognitivo como anímico.

CONCLUSIONES

Hoy por hoy, una unidad de estancias diurnas no anexada a una residencia tiene muy mala perspectiva de subsistir, de hecho, la inspección de Servicios Sociales que hemos tenido en Septiembre de 2013 por parte de la Delegación de Servicios Sociales de la Junta de Andalucía, venía al centro con la sensación de que se la iba a encontrar cerrada, ya que en 2013 en la provincia de Málaga han cerrado 6 Unidades de Estancias Diurnas, 3 en el mes de Agosto, al entrar y ver a más de 20 personas haciendo ejercicios físicos, entrenamiento de memoria, etc, creía que se había equivocado, pero no, somos nosotros, la UED Rincón de la Victoria, la que no pone los televisores, la que no para de hacer talleres y actividades para mantener activos a nuestros usuarios.

Si empezamos a llenar todas las mañanas y las tardes de actividades, de talleres, aparte de dar un servicio de más calidad y más acorde a los nuevos tiempos, tendremos a nuestros mayores más activos y más contentos y ya no harán falta más iniciativas como la que proponemos en el congreso #apaguemoslostelevisores.

ANÁLISIS DE LA MEMORIA COTIDIANA Y EL OPTIMISMO VITAL EN ADULTOS MAYORES SEGÚN EL GÉNERO

M.D.M. Molero Jurado, M.D.C. Pérez-Fuentes, J.J. Gázquez Linares.

Universidad de Almería

El estudio de la memoria y el declive que se asocia con el envejecimiento ha sido un tema prioritario en la investigación desde diferentes campos de estudio de las Ciencias Humanas, Sociales y de la Salud (1). Tradicionalmente, la memoria ha sido, y es, estudiada desde un enfoque relacionado con los problemas en el recuerdo como factor de riesgo o incluso como uno de los síntomas del deterioro cognitivo (2, 3). Hace poco más de una década que se observa un interés creciente por el estudio de los aspectos más subjetivos de la memoria (4) y de su uso/rendimiento en tareas de la vida cotidiana (5). Esta nueva aproximación al estudio de la memoria, surge de la idea de que realmente lo que preocupa a la población que envejece es el hecho de tener problemas para recordar donde dejó las llaves, si ya realizó o no una tarea, el contenido de una conversación reciente o la cara de una persona que le resulta familiar. Estos fallos en la memoria u olvidos, a veces calificados como “despistes”, se incluyen en la evaluación de la Memoria Cotidiana (6), también en personas con deterioro cognitivo (7).

La afirmación de que, con la llegada del envejecimiento, la memoria se ve afectada negativamente, no puede ni debe interpretarse en términos absolutos. Los cambios en la memoria asociados al envejecimiento se traducen en un rendimiento diferencial para los diferentes tipos de memoria (8). Así lo discuten algunos autores al encontrar que el rendimiento de los adultos mayores en tareas de recuerdo es peor que en tareas de reconocimiento (9).

En este sentido, además de las variaciones en la memoria asociadas a la edad, referidas anteriormente, también se han detectado diferencias de género en el rendimiento en tareas de memoria. Así lo corroboran estudios recientes (10) donde se pudo observar cómo las mujeres presentaban un mejor rendimiento en tareas de memoria lingüística y reconocimiento de caras, mientras que los hombres destacaban en tareas que implicaban el uso de la memoria espacial.

Otro aspecto característico frecuentemente asociado al estudio de la memoria en los mayores es el peso de las emociones en el recuerdo (11). A partir de la Teoría de la Selectividad Emocional de Carstensen (12), que apuesta por una regulación emocional más efectiva al envejecer, surge el interés por el efecto de un sesgo positivo tanto en los procesos de atención como en la memoria. Es decir, según este planteamiento y, a pesar de ser la vejez una etapa caracterizada por las pérdidas y afectos negativos asociados (13, 14), se observa una tendencia a priorizar el peso de la información positiva frente a la negativa en las experiencias cotidianas, en el nivel de atención prestada y, por tanto, en su recuerdo (15).

En base a lo anteriormente descrito, se podría decir que los estados emocionales cumplen un papel determinante en el procesamiento de la información (16). Concretamente, en el caso de la memoria, la presencia de determinados repertorios emocionales, sean éstos positivos o negativos, mejoran el recuerdo de la información en mayor grado que cuando ésta se presenta neutra (17, 18).

Por otro lado, relacionado con el predominio de repertorios emocionales positivos destaca el concepto de Optimismo (19), como rasgo de la personalidad que reúne una serie de actitudes y expectativas positivas hacia la vida (20) lo que promueve a su vez la disposición de los recursos personales al servicio del afrontamiento de situaciones estresantes (21, 22). El Optimismo ha sido caracterizado por ser un rasgo que se mantiene estable con el paso de los años y, a su vez, cambiante según la situación (23). En algunos estudios se han analizado las diferencias en el grado de optimismo/pesimismo según el género, encontrando en las mujeres una tendencia a mostrarse más pesimistas que los hombres (24, 25); aunque, en otros trabajos, se resta importancia al género frente a la posible influencia de otras variables sociodemográficas como la edad, el estado civil o el nivel de estudios (26).

Siguiendo los datos obtenidos por otros autores (22), los optimistas/pesimistas difieren en el uso de un estilo de atribución causal externo o interno y la sensación de permanencia o transitoriedad de los sucesos. Así, en el caso de los fallos de memoria cotidianos, como generadores de estrés/ansiedad en el sujeto que olvida, los optimistas buscarían una explicación que los exima de responsabilidad (atribución externa), otorgando al suceso un carácter pasajero. Por el contrario, ante los problemas para recordar, los pesimistas se atribuyen toda

responsabilidad, experimentando el olvido como un suceso perdurable en el tiempo o con alta probabilidad de repetirse en un futuro.

Entre los estudios que analizan el papel del Optimismo en la vejez, destacan aquellos que lo relacionan con: el afrontamiento y tolerancia al estrés (27), la eficacia personal en la solución de problemas (28), la consecución de metas (29), el pronóstico de enfermedades y adherencia al tratamiento (30) y, en definitiva, con el bienestar subjetivo (31).

El objetivo del presente trabajo es analizar la influencia del género en el estado de la Memoria Cotidiana y en el Optimismo en adultos mayores sin deterioro cognitivo. Del mismo modo, se pretende analizar la relación entre las puntuaciones obtenidas en Memoria Cotidiana, según el perfil adoptado, optimista/pesimista, por los sujetos.

MÉTODO

Participantes

El estudio responde a un diseño transversal para el que, mediante muestreo aleatorio por conglomerados, se seleccionó una muestra de 703 sujetos, alumnos de la Universidad de Mayores de Almería y usuarios de diferentes Centros de Día de la provincia. Del total de la muestra inicial (N=703), 14 sujetos fueron excluidos por presentar indicios de deterioro cognitivo, en base a los resultados derivados de la aplicación del Test del Reloj (véase apartado de instrumentos). Así, la muestra utilizada para el presente estudio estuvo formada por un total de 689 sujetos con edades comprendidas entre 52 y 91 años (M=65.37; DT=8.95), siendo el 47.5% (N=327) varones y el 52.5% (N=362) mujeres. La media de edad para los hombres fue de 65.26 años (DT=9.04) y para las mujeres 65.48 años (DT=8.87). En cuanto al estado civil de los participantes, el 71.1% (N=488) eran casados/as, el 15.2% (N=104) viudos/as, el 7.5% (N=51) solteros/as y el 6% (N=41) restante eran separados/as o divorciados/as.

Instrumentos

Cuestionario de Memoria Cotidiana, CMC (32) (traducido y adaptado al castellano por D. Manga: Universidad de León). Este instrumento permite evaluar la memoria cotidiana, a partir de varias subescalas: Memoria Espacial, Memoria Lingüística, Memoria Secuencial, Memoria de Cosas, Memoria Cotidiana Compuesto y Memoria Global. La modalidad de respuesta se basa en una escala Likert 5 puntos (1=Nunca o casi nunca; 2=Pocas veces; 3=Algunas veces; 4=Con frecuencia; y 5=Muchas veces) donde se pide al sujeto que haga una valoración de la frecuencia con la que se dan situaciones de olvido en su vida cotidiana. Es por ello que, una baja puntuación en cada una de las escalas, refiere un estado positivo de los diferentes tipos de memoria evaluados.

Test de Orientación Vital-Revisado, LOT-R (33). Para el presente trabajo se utilizó la versión española del instrumento original (34), que consta de un total de 10 ítems que miden el optimismo/pesimismo disposicional como constructo unidimensional. La modalidad de respuesta se presenta mediante una escala Likert 5 puntos, donde 0=totalmente en desacuerdo y 4=totalmente de acuerdo. Los estudios psicométricos aplicados a la prueba han evidenciado una consistencia interna adecuada, con un valor de α de Cronbach de .74 en algunos casos (35), y de .75 en otros casos donde se pone a prueba la fiabilidad de la versión española del instrumento (36).

Test del Dibujo del Reloj, TDR (37). Se trata de una prueba de fácil manejo y aplicación que evalúa los diferentes mecanismos subyacentes en la ejecución de tareas cognitivas. En el caso que nos ocupa, se aplicó el TDR, concretamente la versión española (38), con objeto de llevar a cabo un cribado de los participantes a fin de descartar de la muestra a aquellos sujetos que presentaran indicios de deterioro cognitivo.

Procedimiento

Una vez fueron seleccionados al azar los sujetos que integraban la muestra, se contactó con los responsables de los diferentes Centros de Día y de las diferentes sedes de la Universidad de Mayores de Almería. Se informó, tanto a los responsables de los centros como a los propios participantes, de los aspectos más relevantes de la investigación (objetivos, uso y confidencialidad de los datos), e indicando a estos últimos, la participación voluntaria a través del consentimiento informado.

Para la implementación de las pruebas, cuatro personas fueron instruidas y se desplazaron a los diferentes centros. Posteriormente, se procedió al ingreso de los datos y su análisis estadístico mediante el programa informático SPSS 19.0 para Windows. Es importante señalar que previamente al análisis de los

datos, se atendió a los resultados obtenidos por los participantes en el TDR, quedando excluidos de la muestra aquellos que presentaban indicios de deterioro cognitivo.

Análisis de datos

Para conocer la relación entre las diferentes variables analizadas se llevaron a cabo correlaciones bivariadas mediante el coeficiente de correlación de Pearson. Por otro lado, para determinar los grupos pesimistas/optimistas, se calculó la mediana o percentil 50, que en este caso situaba el punto de corte en 17 puntos (Mínimo=9 y Máximo=26) obtenidos en el LOT-R. Así, los sujetos que obtenían entre 9-17 puntos en el LOT-R se encuadraban en el grupo de los pesimistas, mientras que el intervalo para el grupo de los optimistas se situaba entre los 18-26 puntos. Finalmente, para comprobar si se daban diferencias significativas en Memoria Cotidiana entre los grupos (pesimistas/optimistas y hombres/mujeres), se aplicó la prueba t para muestras independientes.

RESULTADOS

Memoria Cotidiana y género

En la tabla 1 se muestran los resultados obtenidos por la muestra total en el Cuestionario de Memoria Cotidiana, así como las puntuaciones medias para los grupos según el género.

Tabla 1. Puntuaciones medias CMC para la muestra total y grupos de género. Descriptivos y prueba t según género

| CMC | Total Muestra | Género | | | | | | | | t | p |
|-----------------------------|---------------|---------|-------|-----|---------|-------|-----|-------|-------|-----------|------|
| | | Hombres | | | Mujeres | | | | | | |
| | | N | Media | DT | N | Media | DT | N | Media | | |
| Memoria Espacial | 689 | 9.92 | 3.48 | 327 | 9.82 | 3.43 | 362 | 10.01 | 3.52 | -.700 | .484 |
| Memoria Lingüística | 689 | 11.80 | 4.13 | 327 | 11.17 | 3.82 | 362 | 12.38 | 4.31 | -3.871*** | .000 |
| Memoria Secuencial | 689 | 9.35 | 3.59 | 327 | 9.00 | 3.76 | 362 | 9.67 | 3.41 | -2.447* | .015 |
| Memoria de Cosas | 689 | 7.25 | 2.96 | 327 | 6.97 | 3.07 | 362 | 7.50 | 2.83 | -2.367* | .018 |
| Memoria Cotidiana Compuesto | 689 | 15.26 | 5.36 | 327 | 14.75 | 5.12 | 362 | 15.72 | 5.53 | -2.384* | .017 |
| Puntuación Global CMC | 689 | 53.49 | 17.39 | 327 | 51.57 | 16.87 | 362 | 55.23 | 17.70 | -2.765** | .006 |

*p<.05; **p<.01; ***p<.001

En primer lugar, se observa cómo, para todas las escalas del CMC y para la Puntuación Global, los hombres obtienen puntuaciones medias inferiores a las obtenidas por la muestra total, mientras que en el género femenino se da el caso contrario.

Por otro lado, al comparar las puntuaciones medias entre los grupos, las mujeres presentan puntuaciones significativamente más elevadas que los varones en: Memoria Lingüística ($t_{(687)} = -3.871$; $p < .001$; $d = .30$), Memoria Secuencial ($t_{(687)} = -2.447$; $p < .05$; $d = .19$), Memoria de Cosas ($t_{(687)} = -2.367$; $p < .05$; $d = .18$), Memoria Cotidiana Compuesto ($t_{(687)} = -2.384$; $p < .05$; $d = .18$), y también para la puntuación Global del CMC ($t_{(687)} = -2.765$; $p < .01$; $d = .21$). En todos los casos donde se detectan diferencias significativas entre los grupos de género, el tamaño del efecto resulta de intensidad baja, con valores para el estadístico d de Cohen que varían entre .18 y .30.

Finalmente, del análisis de correlaciones se extraen resultados que indican la existencia de correlaciones positivas y significativas entre la edad y algunas de las escalas del CMC (Tabla 2): Memoria Espacial ($r=.164$; $p<.001$), Memoria Lingüística ($r=.136$; $p<.001$), Memoria Secuencial ($r=.090$; $p<.05$) y Memoria de Cosas ($r=.203$; $p<.001$). Del mismo modo ocurre con la puntuación global del CMC con respecto a la edad ($r=.143$; $p<.001$), resultando la relación positiva y significativa entre ambas variables.

Tabla 2. Correlación de Pearson: Memoria Cotidiana y edad

| CMC | Edad | | |
|---------------------|------|------------------------|------------------|
| | N | Correlación de Pearson | Sig. (bilateral) |
| Memoria Espacial | 689 | .164*** | .000 |
| Memoria Lingüística | 689 | .136*** | .000 |
| Memoria Secuencial | 689 | .090* | .018 |
| Memoria de Cosas | 689 | .203*** | .000 |
| Memoria Global | 689 | .143*** | .000 |

*** La correlación es significativa al nivel .001 (bilateral).

** La correlación es significativa al nivel .01 (bilateral).

* La correlación es significativa al nivel .05 (bilateral).

Optimismo Vital y género

La distribución de la muestra total según la puntuación media obtenida en el LOT-R quedaría del siguiente modo: el 50.4% (N=347) de los sujetos obtienen puntuaciones medias que se sitúan en un intervalo de 9 a 17 puntos (pesimistas), mientras que el 49.6% (N=342) restante presentan puntuaciones medias en el LOT-R que van de 18 a 26 puntos (optimistas).

Atendiendo al género, en el grupo de pesimistas, un 46.1% (N=160) son varones y un 53.9% mujeres (N=187), resultando esta diferencia entre los porcentajes significativa ($z=-2.049$; $p<.05$), con mayor representatividad del género femenino en el grupo de pesimistas. En el grupo de los optimistas, el 48.8% (N=167) de sujetos son hombres y el 51.2% (N=175) mujeres. En este caso, no se dan diferencias significativas entre los porcentajes ($z=-.611$; $p=.540$).

Por otro lado, del análisis de las puntuaciones medias en el LOT-R según el género (Tabla 3), se observa la existencia de diferencias significativas entre los grupos ($t_{(687)}=-2.286$; $p<.05$; $d=.17$), siendo las mujeres (M=18.07; DT=3.25) más optimistas que los hombres (M=17.50; DT=3.36). En este caso, el tamaño del efecto en las diferencias encontradas resulta de baja intensidad, tal y como muestra el valor del estadístico d de Cohen.

Tabla 3. Puntuación total en el LOT-R. Descriptivos y prueba t según género

| LOT-R | Género | | | | | | t | p |
|------------------|---------|-------|------|---------|-------|------|---------|------|
| | Hombres | | | Mujeres | | | | |
| | N | Media | DT | N | Media | DT | | |
| Puntuación Total | 327 | 17.50 | 3.36 | 362 | 18.07 | 3.25 | -2.286* | .023 |

* $p<.05$

Memoria Cotidiana y Optimismo Vital

Tal y como se muestra en la tabla 4, las puntuaciones medias obtenidas para cada una de las escalas del CMC y puntuación global resultan similares para pesimistas y optimistas, no dando lugar a diferencias significativas entre los grupos.

Tabla 4. Memoria Cotidiana. Descriptivos y prueba t según perfil LOT-R (pesimistas/optimistas)

| CMC | LOT-R | | | | | | <i>t</i> | <i>p</i> |
|-----------------------------|------------|--------------|-----------|------------|--------------|-----------|----------|----------|
| | Pesimistas | | | Optimistas | | | | |
| | <i>N</i> | <i>Media</i> | <i>DT</i> | <i>N</i> | <i>Media</i> | <i>DT</i> | | |
| Memoria Espacial | 347 | 9.87 | 3.78 | 342 | 9.97 | 3.14 | -.378 | .705 |
| Memoria Lingüística | 347 | 11.88 | 4.25 | 342 | 11.72 | 4.00 | .525 | .599 |
| Memoria Secuencial | 347 | 9.42 | 3.40 | 342 | 9.27 | 3.78 | .553 | .580 |
| Memoria de Cosas | 347 | 7.42 | 3.37 | 342 | 7.08 | 2.47 | 1.529 | .127 |
| Memoria Cotidiana Compuesto | 347 | 15.25 | 5.39 | 342 | 15.27 | 5.33 | -.059 | .953 |
| Memoria Global | 347 | 53.80 | 18.16 | 342 | 53.18 | 16.59 | .463 | .644 |

Por otro lado, el análisis de correlaciones entre Memoria Cotidiana y las puntuaciones totales obtenidas en el LOT-R, nos muestra con la realización de la prueba de correlación de Pearson (Tabla 5), que se establece una correlación positiva y significativa entre la puntuación total en el LOT-R y dos de las escalas del CMC, concretamente, Memoria Lingüística ($r=-.088$; $p<.05$) y Memoria de Cosas ($r=-.122$; $p<.01$).

Tabla 5. Correlación de Pearson: Memoria Cotidiana y puntuación total en el LOT-R

| CMC | LOT-R | | |
|---------------------|----------|------------------------|-------------------------|
| | <i>N</i> | Correlación de Pearson | <i>Sig.</i> (bilateral) |
| Memoria Espacial | 689 | -.027 | .479 |
| Memoria Lingüística | 689 | -.088* | .021 |
| Memoria Secuencial | 689 | -.071 | .063 |
| Memoria de Cosas | 689 | -.122** | .001 |
| Memoria Global | 689 | -.073 | .055 |

** La correlación es significativa al nivel .01 (bilateral).

* La correlación es significativa al nivel .05 (bilateral).

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

En primer lugar, se observa cómo son las mujeres las que obtienen puntuaciones significativamente más elevadas que los hombres en el CMC, tanto en Memoria Global como para la mayor parte de las escalas, lo que indica que los fallos de memoria u olvidos cotidianos se darían con mayor frecuencia entre el género femenino. Los resultados referentes a algunos de los tipos de memoria analizados, no concuerdan con los obtenidos por otros autores que abogaban por un mejor rendimiento en tareas de memoria lingüística por parte de las mujeres y en memoria espacial los varones (10). En este caso, los autores evaluaron el rendimiento en memoria planteando a los sujetos diferentes tareas de recuerdo, mientras que los datos recogidos en el presente estudio proceden del autoinforme, con mayor peso de la percepción subjetiva que el individuo tiene de su rendimiento memorístico. Por otro lado, la existencia de correlaciones positivas y significativas entre la edad y la memoria cotidiana nos sugiere que, a medida que se envejece los olvidos se hacen más frecuentes (5). Además, en la línea de otros autores (8, 9), se observan diferencias en la relación que se establece entre las diferentes escalas del CMC y la edad, coherente con un rendimiento diferencial con el paso de los años según el tipo de memoria.

En cuanto al Optimismo, a pesar de tener ambos grupos (pesimistas y optimistas) una distribución similar en la muestra, al atender al género se observa un porcentaje significativamente superior de mujeres que de hombres dentro del grupo de pesimistas (24, 25). No obstante, a pesar de tener mayor representatividad en este grupo, las mujeres resultan ser más optimistas que los hombres al obtener una puntuación total significativamente más elevada en el LOT-R. Es decir, las mujeres que se encuadran dentro del grupo de optimistas lo harían con puntuaciones más elevadas que sus homólogos varones. En este sentido, sería conveniente incluir en el análisis otras variables sociodemográficas que pudieran estar mediando en los resultados (26).

Finalmente, los resultados en el análisis de correlaciones entre la memoria cotidiana y el optimismo confirman el importante papel que ejercen las emociones positivas a la hora de recuperar la información (16). Así, a mayor optimismo mejor rendimiento en memoria (17, 18, 11, 15), en este caso lingüística y de cosas, lo que implica un uso más efectivo de los recursos personales para afrontar las situaciones de estrés generados por los olvidos cotidianos en las personas mayores (21, 22).

Los problemas de memoria en la vida cotidiana de la población mayor no suelen revestir gran repercusión en el desempeño de tareas cotidianas, aunque sí producen distorsión, malestar y un sentimiento de incapacidad que puede llegar a extenderse a todos los ámbitos de su vida. Además, estas alteraciones pueden ser a veces un indicador de determinados trastornos de tipo cognitivo. Es por ello, que se hace necesario el diseño de programas de entrenamiento eficaces para prevenir los fallos en la memoria cotidiana, teniendo en cuenta las diferencias en cuanto al género y la presencia en el sujeto de determinados rasgos de personalidad como el optimismo, que van a determinar en muchos casos la orientación de la intervención y los resultados obtenidos con ésta.

BIBLIOGRAFÍA

1. Craik FIM. Cambios en la memoria humana relacionados con la edad. En: Park D, Schwarz N, editores. *Envejecimiento cognitivo*. Madrid: Interamericana; 2002. p.79-94.
2. Garcia-Ptaceka S, Eriksdotterb M, Jelich V, Porta-Etessama J, Kareholdt I, Manzano S. Quejas cognitivas subjetivas: hacia una identificación precoz de la enfermedad de Alzheimer. *Neurología*. 2013. doi:10.1016/j.nrl.2013.02.007
3. Lautenschlager NT, Flicker L, Vasikaran S, Leedman P, Almeida OP. Subjective memory complaints with and without objective memory impairment: relationship with risk factors for dementia. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2005;13:731-734.
4. Gallassi R, Oppi F, Poda R, Scortichini S, Stanzani M, Marano G, et al. Are subjective cognitive complaints a risk factor for dementia? *Neurol Sci*. 2010; 31(3): 327-336.
5. Montejo P, Montenegro M. Memoria cotidiana en los mayores. Madrid, Portal Mayores, Informes Portal Mayores, nº 60. Lecciones de Gerontología, VIII. 2006. [Fecha de publicación: 19/09/2006]. <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/montejo-memoria-01.pdf>
6. Park DC, Gutchess AH. Envejecimiento cognitivo y vida cotidiana. En: Park D, Schwarz N, editores. *Envejecimiento cognitivo*. Madrid: Interamericana.; 2002. p. 215-228.
7. Kazui H, Matsuda A, Hirono N, Mori E, Miyoshi N, et al. Everyday memory impairment in patients with mild cognitive impairment. *Dement Geriatr Cogn Disord*. 2005; 19(5-6): 331-337.
8. Sekuler R, McLaughlin C, Kahana M, Wingfield A, Yotsumoto Y. Short-term visual recognition and temporal order memory are both well-preserved in aging. *Psychol Aging*. 2006; 21: 632-637.
9. Singer J, Rexhaj B, Baddeley J. Older, wiser, and happier? Comparing older adults' and college students' self-defining memories. *Memory*. 2007; 15: 886-898.
10. Herlitz A, Lovén J, Thilers P, Rehnman J. Sex differences in episodic memory: The where but not the why. En: Bäckman L, Nyberg L., editors. *Memory, Aging and the Brain*. Nueva York: Psychology Press; 2010. p. 132-143.
11. Schlagman S, Schultz J, Kvavilashvili L. A content analysis of involuntary autobiographical memories: Examining the positivity effect in old age. *Memory*. 2006; 14: 161-175.
12. Carstensen LL. Selectivity theory: social activity in life-span context. En Schaie KW, editor. *Annual Review of Gerontology and Geriatrics*. New York, EEUU: Springer; 1991. p. 195-217.
13. Juncos-Rabadán O, Facal D, Álvarez M, Rodríguez M. El fenómeno de la punta de la lengua en el proceso de envejecimiento. *Psicothema*. 2006; 18: 501-506.
14. Rothermund K, Brandtstadter J. Depression in later life: Crosssequential patterns and possible determinants. *Psychol Aging*. 2003; 18: 80-90.
15. Villar F, Triadó C, Solé C, Osuna M. Patrones de actividad cotidiana en personas mayores: ¿es lo que dicen hacer lo que desearían hacer? *Psicothema*. 2006; 18: 149-155.
16. Gray JR. Emotional modulation of cognitive control: Approach-withdrawal status double-dissociate spatial from verbal two-back task performance. *J Exp Psychol Gen*. 2001; 130: 436-452.
17. Kensinger EA. Negative emotion enhances memory accuracy: Behavioural and neuroimaging evidence. *Curr Dir Psychol Sci*. 2007; 16(4): 213-218.

18. Levine LJ, Bluck S. Painting with broad strokes: Happiness and the malleability of event memory. *Cogn Emot.* 2004; 18: 559-574.
19. Vera-Villarreal P, Córdova-Rubio N, Celis-Atenas K. Evaluación del optimismo: un análisis preliminar del Life Orientation Test versión revisada (LOT-R) en población chilena. *Universitas Psychologica.* 2009; 8(1): 61-68.
20. Ji L, Zhang Z, Usborne E, Guan Y. Optimism across cultures: In response to the severe acute respiratory syndrome outbreak. *Asian J Soc Psychol.* 2004; 7(1): 25-34.
21. Conway F, Magai C, Springer C, Jones S. Optimism and pessimism as predictors of adjustment. *J Res Pers.* 2008; 42(5): 1352-57.
22. Remor R, Amorós M, Carboles J. El optimismo y la experiencia de ira en relación con el malestar físico. *Anales de Psicología.* 2006; 22(1): 37-44. Recuperado el 11 de octubre de 2006, de <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=16722105&iCveNum=0>
23. Seligman ME. La auténtica felicidad. Barcelona: Vergara; 2003.
24. Maydeu-Olivares A, Rodríguez-Fornells A, Gómez-Benito J, D'Zurilla T. Psychometric properties of the Spanish adaptation of the Social Problem- Solving Inventory-Revised (SPSI-R). *Pers Individ Dif.* 2000; 29: 669-708.
25. Robichaud M, Dugas M, Conway M. Gender differences in worry and associated cognitive-behavioral variables. *J Anxiety Disord.* 2003; 17: 501-517.
26. Matud MP, Guerrero K, Matías RG. Relevancia de las variables sociodemográficas en las diferencias de género en depresión. *Int J Clin Health Psychol.* 2006; 6(1): 7-21.
27. Ouweland C, de Ridder D, Besing S. Effects of temptation and weight on hedonics and motivation to eat in women. *Obesity.* 2008; 16(8): 1788-1793.
28. Landa A, Aguilar-Luzón MC, Salguero MF. El papel de la IEP y del optimismo/pesimismo disposicional en la resolución de problemas sociales. *Revista Electrónica de Investigación Psicoeducativa.* 2008; 15(6): 363-382.
29. Londoño C. Optimismo y salud positiva como predictores de la adaptación a la vida universitaria. *Acta Colombiana de Psicología.* 2009; 12(1): 95-107.
30. Segerstrom S. How does optimism suppress immunity? Evaluation of three affective pathways. *Health Psychol Rev.* 2006; 25(5): 653-657.
31. Marrero RJ, Carballeira M. El papel del optimismo y del apoyo social en el bienestar subjetivo. *Salud Mental.* 2010; 33:39-46.
32. Cornish IM. Factor structure of the Everyday Memory Questionnaire. *Br J Psychol.* 2000; 91: 427-438.
33. Scheier MF, Carver CS, Bridges MW. Distinguishing optimism from neuroticism (and trait anxiety, self-mastery and self-esteem): a reevaluation of Life Orientation Test. *J Pers Soc Psychol.* 1994; 67: 1063-78.
34. Otero JM, Luengo A, Romero E, Gómez-Fraguela JA, Castro C. *Psicología de la Personalidad. Manual de prácticas.* Barcelona: Ariel Practicum; 1998.
35. Schou I, Ekeberg O, Ruland CM, Sandvik L, Karesen R. Pessimism as a predictor of emotional morbidity one year following breast cancer surgery. *Psychooncology.* 2004; 13: 309-320.
36. Martínez-Correa A, Reyes del Paso GA, García-León A, González-Jareño MI. Optimismo/pesimismo disposicional y estrategias de afrontamiento del estrés. *Psicothema.* 2006; 18(1): 66-72.
37. Thalmann B, Mansch AU, Ermini-Fiinschilling D. Improved screening for dementia: combining the clock drawing test and the Mini-Mental State Examination. Conferencia presentada en "The 4th International Nice/Springfield Alzheimer Symposium. Nice, 10-14 Abril, 1996.
38. Cacho J, García-García R, Arcaya J, Vicente JL, Lantada N. Una propuesta de aplicación y puntuación del test del reloj en la enfermedad de Alzheimer. *Rev Neurol.* 1999; 28(7): 648-55.

8. Cuidadores

PROFESIONALES ACTIVOS ANTE LA OPINIÓN DE LOS CUIDADORES FAMILIARES EN EL HOSPITAL

E. Ibáñez Gil ⁽¹⁾, M.A. Salido Campos ⁽¹⁾, M.D.C. Ibáñez Gil ⁽²⁾.

⁽¹⁾ Hospital Torrecárdenas, Almería; ⁽²⁾ C. Medicina del Deporte.

INTRODUCCIÓN

Los cuidadores familiares han sido ampliamente estudiados en el ámbito domiciliario pero prácticamente no existen estudios que incidan sobre su realidad dentro de los hospitales.

A partir del momento de la hospitalización, la inmersión en la vida y la estructura hospitalaria genera un cambio profundo en la representación de los roles habituales del cuidador. Consideramos como cuidador/a familiar hospitalario, aquella persona que unida por vínculos de parentesco directo, asumen la responsabilidad de acompañamiento y de atender a las necesidades de su familiar hospitalizado. Aunque es indudable que en los últimos años se han realizado grandes cambios en la organización de los servicios y atención hospitalaria **aún** es necesario hacer evidente la opinión y la labor de los cuidadores familiares dentro del hospital.

OBJETIVOS

El interés de este trabajo se centra fundamentalmente en conocer la opinión y el grado de satisfacción de los cuidadores principales sobre procesos como la información, consentimiento y toma de decisiones en relación a pacientes con gran nivel de dependencia, en el ámbito hospitalario.

La población diana de este estudio está formada por cuidadores principales de pacientes dependientes (Índice de Barthel < 20), mayores de 65 años que han estado ingresados en el hospital, como mínimo 3 días.

METODOLOGÍA

Estudio observacional, descriptivo, transversal.

En primer lugar se ha elaborado un cuestionario que aborda los tres grandes bloques temáticos que vamos a estudiar: información, consentimiento y toma de decisiones. Está formado por 10 preguntas que se valoran bajo escala Likert con puntuación del 1 al 5, siendo el 5 la máxima puntuación equivalente a Excelente, el 4 a Bueno, el 3 a Normal, el 2 a Regular y la mínima el 1 que sería Malo.

Además hemos incluido una pregunta abierta con el fin de poder conocer otras sugerencias del cuidador entrevistado y que nos puedan aportar información complementaria.

Posteriormente se ha realizado la captación de la población diana a la que está dirigida este estudio.

Se han pasado 40 encuestas a cuidadores familiares en un período de seis semanas, de los cuales 8 son hombres y 32 son mujeres.

Para evitar riesgo de sesgo intencional o de selección se ha realizado la encuesta a cuidadores de personas dependientes ingresadas en el Complejo Hospitalario Torrecárdenas, sin tener en cuenta la unidad de hospitalización ni la patología que presentaba el paciente. La captación de participantes se ha realizado al final de la hospitalización, realizando la encuesta al alta hospitalaria.

RESULTADOS

De los 40 cuidadores encuestados, 18 son mayores de 51 años, 14 tienen de 41 a 50 años y 8 son menores de 40 años.

Los participantes han valorado positivamente la información recibida por los médicos y enfermeras con una puntuación media de 3,5 sobre 5.

Respecto al consentimiento verbal o escrito para la realización de pruebas o procedimientos, hemos obtenido una puntuación media de 3,65 sobre 5.

Observamos que es posible mejorar la participación de los cuidadores en la toma de decisiones sobre el alta, cuya puntuación media ha sido de 3,225.

Como áreas de mejora en la labor asistencial hacia pacientes y familiares debemos potenciar la información aportada al familiar para afrontar los problemas que pueden aparecer después del alta; así como la participación del cuidador durante el ingreso en el centro hospitalario.

En cuanto a la toma de decisiones en los cuidados, así como el seguimiento al alta (citas, revisiones, tratamientos...) han sido valorados con una puntuación media de 3,5 sobre 5 en la Escala de Likert.

Respecto a la pregunta sobre los problemas o dudas que surgen durante la hospitalización y la preparación que ha recibido para el alta y seguir en casa cuidando a su familiar el resultado es 3,3 sobre 5.

Además la inclusión de una pregunta abierta nos ha permitido conocer otras sugerencias del cuidador entrevistado, que nos aporta información complementaria.

En general todos están satisfechos con la atención recibida por parte de los profesionales durante la hospitalización, sin embargo expresan el miedo que tienen a irse a casa por los problemas que puedan surgir y sienten que están más seguros en el hospital.

Algunos cuidadores también han manifestado su incomodidad cuando se les ha apartado de las tareas del cuidado del paciente, como algunas que ellos realizan habitualmente (aseo, vestido, movilización...).

CONCLUSIONES

Observamos que es conveniente para mejorar la satisfacción de los cuidadores durante la hospitalización potenciar intervenciones como:

- Implicar más activamente al familiar en los cuidados del paciente.
- Preparación de los cuidadores para afrontar problemas que puedan aparecer después del alta.
- Como consecuencia de las opiniones expresadas en la pregunta abierta nos podemos plantear nuevos estudios dirigidos a conocer los temores que presentan los cuidadores ante el alta hospitalaria y posibles actuaciones para paliar esa dificultad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. BOE nº 274, de 15 de noviembre de 2002. pp. 40126-40132.
2. Badia X, Salamero M, Alonso J. La medida de la salud. Guía de escalas de medición en español. Barcelona: Fundación Lilly; 2002.
3. Simón P, Barrio IM, Sánchez CM, Tamayo MI, A. Molina A, Suess A, Jiménez JM. Satisfacción de los pacientes con el proceso de información, consentimiento y toma de decisiones durante la hospitalización. An Sist Sanit Navar. 2007; 30(2):191-198.
4. Quero A. Los cuidados no profesionales en el hospital: la mujer cuidadora. Enfermería Clínica. 2003; 13:248-256.
5. Villar Dávila R, Pancorbo Hidalgo PL, Jiménez Díaz MC, Cruz Lendínez A, García Ramiro, P. Qué hace el cuidador familiar en el hospital. Cómo se ve a sí mismo y cómo lo ven los profesionales. Gerokomos. 2012; 23(1):7-14.

EVALUACIÓN DEL ESTRÉS PERCIBIDO EN LOS CUIDADORES FAMILIARES DE ALZHEIMER

M.D. Ruiz Fernández ⁽¹⁾, M.D. Rubio Aguilera ⁽²⁾, M.D.L.P. Bermúdez Pérez ⁽³⁾, E. Martínez Moreno ⁽⁴⁾, J.J. Gázquez Linares ⁽³⁾, M.D.C. Pérez Fuentes ⁽³⁾.

⁽¹⁾ UGC Cruz de Caravaca; ⁽²⁾ SCA ; ⁽³⁾ Universidad de Almería; ⁽⁴⁾ Servicios Sociales Comunitarios.

El aumento de la esperanza de vida, la longevidad de la población y el incremento de las personas mayores de 80 años, han originado la presencia cada vez más acentuada de ciertas enfermedades crónicas neurodegenerativas y de trastornos mentales en las personas de edad avanzada (1). Las demencias sería un claro ejemplo de trastorno neurodegenerativo y dentro de este grupo, destacamos la enfermedad de Alzheimer por ser la demencia más frecuente e importante (2). La prevalencia de la enfermedad de Alzheimer en la población española es similar a la de otros países europeos, siendo la edad y el género factores decisivos en su incidencia (3).

La familia sigue siendo el principal proveedor de cuidados en el domicilio y en concreto, suele ser una persona del entorno familiar la que ocupa el rol de cuidador principal (4). Normalmente, este papel es asumido principalmente por los cónyuges y seguidamente por los hijos, con un tiempo de dedicación medio de 10 horas al día (5). La demencia de Alzheimer es una patología que produce una gran dependencia en la persona afectada y una supervisión constante del enfermo a cargo de los familiares, lo que implica nuevas exigencias y una reorganización de la estructura familiar (4).

Al tratarse de una enfermedad con una sintomatología cambiante, los cuidadores deben adaptarse a los cambios que se van produciendo conforme evoluciona y progresa la enfermedad (20). Estos cuidadores están sometidos a un estrés crónico durante un período de tiempo prolongado, con muchas horas de dedicación al día y deben de realizar esfuerzos para ajustarse a estos cambios (6,7).

Los familiares no suelen estar preparados para enfrentarse a las demandas constantes que produce la enfermedad y tienen dificultad para planificar las respuestas, variando en función del género del cuidador y de la relación de parentesco (8). En ocasiones y, en palabras de algunos autores “es difícil establecer un límite claro entre el punto en el que el cuidador asume su papel principal de cuidador y el punto en el que el cuidado toma el control completo del cuidador” (9).

El cuidar de un familiar con demencia genera un gran desgaste emocional y psíquico en los cuidadores, acentuándose cuando el vínculo familiar es estrecho entre cuidador y paciente (10) o bien con el progreso de la enfermedad (11). Estos cuidadores presentan elevados niveles de depresión y estrés (12, 13, 18), siendo la depresión uno de los problemas más frecuentes en el cuidador principal (14). Entre los factores que más estrés causan en los cuidadores destacamos el estilo de afrontamiento, por tanto aquellos cuidadores familiares que utilizan una serie de estrategias de afrontamiento inadecuadas, son los más propensos a sufrir estrés y ansiedad (15, 16, 17, 18). Del mismo modo, se ha encontrado relación entre los niveles de ansiedad y depresión en los cuidadores en función del grado de severidad y la duración de la enfermedad (19).

El objetivo de nuestro estudio consiste en conocer la percepción de estrés que sufren los cuidadores familiares de enfermos diagnosticados de Alzheimer en etapas tempranas de la enfermedad, y a su vez, valorar si existen diferencias en el estrés percibido de los cuidadores según una serie de variables (el género, la edad de los cuidadores y la relación de parentesco con el familiar al que cuidan).

METODOLOGÍA

Participantes

La muestra estaba formada por 48 cuidadores familiares de pacientes con Alzheimer en estadio inicial o moderado, con una media de edad de 53,22 años y una desviación típica de 10,43. Todos los participantes pertenecían a diferentes unidades de gestión clínica del Distrito Sanitario Almería. Un 91,7% de la muestra eran mujeres, con respecto a un 8,3% de la muestra que eran hombres. Al categorizar la edad de los cuidadores, en grupos de edad con un intervalo de diez años, se puede observar que la mayoría de los cuidadores se encontraban en aquellos intervalos comprendidos entre los 41-50 años y entre los 51-60 años, con un 35,4% de la muestra en cada uno de ellos, respectivamente. El resto de la muestra se encuentra

distribuida entre los 30-40 años, con un 8,3% de la muestra, seguido de un 12,5% entre los 61-70 años y en menor proporción un 8,3%, entre los 71 años o más. En cuanto el estado civil, un 79,2% de la muestra estaban casados, un 10,42% eran solteros y un 10,4% separados (Tabla 1).

Tabla 1. Distribuciones de frecuencias de las variables del cuidador: género, grupos de edad y estado civil

| | Género | | Edad | | | | | Estado civil | | |
|---|---------|---------|-------|-------|-------|-------|---------|--------------|-----------|------------|
| | Hombres | Mujeres | 30-40 | 41-50 | 51-60 | 61-70 | 71ó más | Casado/a | Soltero/a | Separado/a |
| N | 4 | 44 | 4 | 17 | 17 | 6 | 4 | 5 | 38 | 5 |
| % | 8,3% | 91,7% | 8,3% | 35,4% | 35,4% | 12,5% | 8,3% | 79,2% | 10,4% | 10,4% |

Instrumento

El instrumento utilizado en el estudio ha sido la Escala de Estrés Percibido (PSS) (21). Esta escala tiene 14 ítems, con una puntuación de 0 a 4 en escala tipo Likert (0=Nunca; 1=Casi nunca; 2= De vez en cuando; 3=A menudo; 4=Muy a menudo). Nos permite medir, el grado de estrés que producen las diferentes situaciones de la vida a las que nos enfrentamos diariamente. El rango de puntuación varía entre 0 (mínimo estrés percibido) y 56 (máximo estrés percibido).

Procedimiento

La selección de los participantes se realizó de la base de datos de todos aquellos pacientes incluidos dentro del proceso de demencias, en el soporte informático que accede a la Historia de Salud Digital de los usuarios (Diraya) y cuyos cuidadores familiares se encontraban identificados en el apartado de apoyo social, por su enfermera de familia o enfermera gestora de casos.

Antes de proceder a la recogida de datos y a la implementación del instrumento seleccionado se les informó a los cuidadores sobre el objetivo del estudio, solicitándoles a cada uno de los participantes su consentimiento informado por escrito. A la misma vez que se les garantizó el anonimato y la confidencialidad de los datos.

Los cuidadores fueron citados individualmente en la consulta de la enfermera gestora de casos, dónde se obtuvieron a modo de entrevista personal los datos necesarios para el estudio y se les aplicó el instrumento para conocer el estrés percibido.

Diseño y análisis de datos

Se trata de un estudio con un diseño descriptivo y de corte transversal. Como variable dependiente se ha utilizado el estrés percibido y como variables independientes, el género, la edad de los cuidadores y la relación de parentesco con el familiar al que cuidan.

Para el análisis de los datos se ha utilizado el programa estadístico SPSS, versión 20.

RESULTADOS

Podemos observar en la Tabla 2, al analizar el estrés percibido en los cuidadores con respecto al género, como en los hombres el estrés percibido es mayor que en las mujeres, no encontrándose diferencias significativas entre ambos grupos.

Tabla 2: Estrés percibido y Género. Descriptivos y Prueba t para la igualdad de medias

| Estrés percibido | | | | | | |
|------------------|----|-------|-------|------|-----|------|
| Género | N | Md | DT | t | gl. | Sig. |
| Hombres | 4 | 32 | 13,09 | ,350 | 46 | ,728 |
| Mujeres | 44 | 30,57 | 7,31 | | | |

Para conocer si existen diferencias significativas entre los diferentes grados de parentesco y el estrés percibido por los cuidadores, hemos realizado la prueba de ANOVA de un factor. Posteriormente, para estudiar

más detalladamente en que grupo se producen esas diferencias, se ha utilizado una prueba de contraste *post hoc* o de comparaciones a *posteriori*, concretamente la prueba de Diferencias Medias Significativas (DMS). En la Tabla 3, encontramos que existen diferencias significativas entre los diferentes grados de parentesco y el estrés percibido, siendo el estrés percibido mayor en los cónyuges, seguidamente de los hijos/as, posteriormente nuera/yerno y por último, el resto de parentescos los que menos estrés perciben con respecto a las situaciones a las que se enfrentan, observándose diferencias significativas en este grupo en relación a las demás categorías de parentesco.

Tabla 3. Estrés percibido y Relación de parentesco. Descriptivos, ANOVA y *post hoc* (DMS)

| Relación de parentesco | Descriptivos | | | ANOVA | | Diferencia de medias (DMS) | Diferencia de medias (DMS) | Diferencia de medias (DMS) |
|------------------------|--------------|-------|------|-------|------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| | N | Md | DT | F | Sig. | | | |
| Hijo/a (p.1) | 34 | 31,06 | 6,94 | 4,382 | ,009 | [p.1]-[p.2] | [p.1]-[p.3] | [p.1]-[p.4]* |
| Cónyuge (p.2) | 8 | 35,50 | 6,52 | | | [p.2]-[p.1] | [p.2]-[p.3] | [p.2]-[p.4]* |
| Nuera/Yerno (p.3) | 2 | 25 | 5,65 | | | [p.3]-[p.1] | [p.3]-[p.2] | [p.3]-[p.4] |
| Otros parentescos(p.4) | 4 | 20,75 | 9,17 | | | [p.4]-[p.1]* | [p.4]-[p.2]* | [p.4]-[p.3] |

*La diferencia de medias es significativa al nivel 0,05

Atendiendo a las diferencias entre estrés percibo y edad categorizada en grupos, tal y como se observa en la Tabla 4, no se han encontrado diferencias significativas entre los diferentes grupos de edad, observándose que son los cuidadores de edad más avanzada, en concreto los mayores de 66 años y el grupo de 55-56, los que más estrés perciben con unas puntuaciones medias similares, en comparación con los grupos de cuidadores más jóvenes.

Tabla 4. Estrés percibido y edad. Descriptivos y ANOVA

| Edad | Descriptivos | | | ANOVA | |
|------------|--------------|-------|-------|-------|------|
| | N | Md | DT | F | Sig. |
| 45 o menos | 8 | 30,13 | 6,81 | ,335 | ,80 |
| 46-55 | 24 | 30,17 | 6,95 | | |
| 56-65 | 8 | 33,25 | 7,63 | | |
| 66 o más | 8 | 33,25 | 11,44 | | |

CONCLUSIONES/DISCUSIÓN

El estrés que perciben los cuidadores familiares de Alzheimer es alto, incluso en los estadios más iniciales de la enfermedad, según una serie de estudios (12, 13). El estado de malestar que presentan los cuidadores puede ser debido a la falta de información o a la escasa preparación que tienen para poder afrontar a las demandas que van surgiendo, producidas por los sucesivos cambios que se van produciendo con el avance de la enfermedad de sus familiares (27).

Los resultados nos indican, en un primer lugar, que son los hombres los que obtienen las puntuaciones más elevadas en estrés, en comparación con las mujeres. Quizás esto sea debido a que las mujeres cuando se enfrentan a situaciones cotidianas de la vida diaria, en nuestro caso a las tareas de cuidado, suelen manejar y controlar mejor el estrés que los hombres. Estos resultados no coinciden con otros estudios en dónde, los problemas psicológicos y emocionales están más presentes en las mujeres que en los hombres (22). No obstante, no se han encontrado diferencias significativas en lo referente al género del cuidador en nuestros resultados.

En cuanto a los diferentes grados de parentesco, podemos concluir que es una variable que puede influir en el grado de estrés que padecen los cuidadores y más aún, cuando el vínculo afectivo es muy estrecho

(10). Tal y como se ha mostrado en los resultados, los cónyuges son los familiares que más estrés sufren, seguidamente de los hijos/as. En otros estudios se ha reflejado que la percepción de la salud que tienen los cónyuges, era más acentuada en las dimensiones síntomas somáticos y depresión (23, 24). Una de las explicaciones podría ser la convivencia en el mismo domicilio con el familiar, ya que realmente son los que deben de afrontar todos los cuidados y las alteraciones de conducta que sufren los enfermos de Alzheimer.

El estrés que perciben los cuidadores también es más elevado en los cuidadores de edad avanzada, en relación a los cuidadores jóvenes, aunque tampoco se han encontrado diferencias significativas en lo referente a la edad en nuestro estudio. La edad puede ser un factor decisivo en la percepción que tienen los cuidadores con respecto a su calidad de vida, variando los síntomas y manifestaciones psíquicas que padecen en función de esta (25).

BIBLIOGRAFÍA

1. Barrio E, Abellán A. Indicadores demográficos. Las personas mayores en España. Datos Estadísticos Estatales y por Comunidades Autónomas. Madrid: Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO); 2009.
2. Gázquez Linares JJ, Pérez Fuentes, MC, Lucas Ación F, Yuste Rossell N. Prevalencia de los trastornos mentales en la población mayor. *Anales de Psicología* 2008; 24: 327-333.
3. Virués-Ortega J, de Pedro-Cuesta J, Vega S, Seijo-Martínez M, Saz P, Rodríguez F, et al. Prevalence and European comparison of dementia in ≥ 75 -year-old composite population in Spain. *Acta Neurol Scand* 2011; 123(5):316-324.
4. Esandi Larramendi N, Canga-Armayor A. Familia cuidadora y enfermedad de Alzheimer: una revisión bibliográfica. *Gerokomos* 2011; 22(2):56-61.
5. Encuesta sobre la situación de la atención a los enfermos con demencia en Europa [Internet]. Fundación Alzheimer España; 2011 [Consultado el 16 de Septiembre de 2013]. Disponible en <http://fundacionalzheimeresp.org>.
6. Vitaliano PP, Young HM, Zhang J. Is caregiving a risk factor for illness? *Current Directions in Psychological Science* 2004; 13(1):13-16.
7. Losada A, Márquez-González M, Peñacoba C, Gallagher-Thompson D, Knight BG. Reflexiones en torno a la atención a los cuidadores informales de personas con demencia y propuesta de una intervención interdisciplinar. *Psicología conductual* 2007; 15(1):57-76.
8. García-Alberca JM. Disengagement coping partially mediates the relationship between caregiver burden and anxiety and depression in caregivers of people with Alzheimer's disease. Results from the MÁLAGA-AD study. *J Affect Disord* 2012; 136(3):848.
9. Aldana G, Guarino LR. Sobrecarga, afrontamiento y salud en cuidadoras de pacientes con demencia tipo Alzheimer. *Summa Psicológica UST* 2012; 9(1):5-14.
10. Yanguas JJ. Modelo de atención a las personas con enfermedad de Alzheimer: IMSERSO; 2007.
11. Zverová M. Frequency of some psychosomatic symptoms in informal caregivers of Alzheimer's disease individuals. Prague's experience. *Neuro Endocrinol Lett* 2012; 33(5):565.
12. García-Alberca JM. Disengagement coping partially mediates the relationship between caregiver burden and anxiety and depression in caregivers of people with Alzheimer's disease. Results from the MÁLAGA-AD study. *J Affect Disord* 2012; 136(3):848.
13. Pinquart M, Sörensen S. Differences between caregivers and noncaregivers in psychological health and physical health: a meta-analysis. *Psychol Aging* 2003; 18(2):250.
14. Córdoba AMC, Poches DKP, Báez DMU. Nivel de depresión experimentada por una muestra de cuidadores informales de pacientes con demencia tipo Alzheimer. 2012.

15. Cooper C, Katona C, Orrell M, Livingston G. Coping strategies, anxiety and depression in caregivers of people with Alzheimer's disease. *Int J Geriatr Psychiatry* 2008; 23(9):929-936.
16. García-Alberca JM. The experience of caregiving: the influence of coping strategies on behavioral and psychological symptoms in patients with Alzheimer's disease. *Aging Ment Health* 2013.
17. García-Alberca JM. Disengagement coping partially mediates the relationship between caregiver burden and anxiety and depression in caregivers of people with Alzheimer's disease. Results from the MÁLAGA-AD study. *J Affect Disord* 2012; 136(3):848.
18. Cooper C, Katona C, Orrell M, Livingston G. Coping strategies and anxiety in caregivers of people with Alzheimer's disease: the LASER-AD study. *J Affect Disord* 2006; 90(1):15-20.
19. García-Alberca JM, Lara JP, Berthier ML. Anxiety and depression in caregivers are associated with patient and caregiver characteristics in Alzheimer's disease. *The International Journal of Psychiatry in Medicine* 2011; 41(1):57-69.
20. Ducharme F, Lévesque L, Lachance L, Kergoat M, Coulombe R. Challenges associated with transition to caregiver role following diagnostic disclosure of Alzheimer disease: A descriptive study. *Int J Nurs Stud* 2011; 48(9):1109-1119.
21. Cox T, Oliver A, Rial-González E, Tomás JM, Griffiths A, Thompson L. The development of a Spanish language version of the Worn Out Scale of the General Well-Being Questionnaire (GWBQ). *The Spanish Journal of Psychology* 2006; 9(1):94-102.
22. Ducharme F, Lévesque L, Lachance L, Kergoat M, Coulombe R. Challenges associated with transition to caregiver role following diagnostic disclosure of Alzheimer disease: A descriptive study. *Int J Nurs Stud* 2011; 48(9):1109-1119.
23. Pinquart M, Sörensen S. Spouses, adult children, and children-in-law as caregivers of older adults: a meta-analytic comparison. *Psychol Aging* 2011; 26(1):1.
24. Holley CK, Mast BT. Predictors of anticipatory grief in dementia caregivers. *Clin Gerontol* 2010; 33(3):223-236.
25. Conde-Sala JL, Garre-Olmo J, Turró-Garriga O, Vilalta-Franch J, López-Pousa S. Quality of life of patients with Alzheimer's disease: differential perceptions between spouse and adult child caregivers. *Dement Geriatr Cogn Disord* 2010; 29 (2):97-108.
26. Zabalegui Yárnoz A, Navarro Díez M, Cabrera Torres E, Gallart Fernández-Puebla A, Bardallo Porras D, Rodríguez Higuera E, et al. Eficacia de las intervenciones dirigidas a cuidadores principales de personas dependientes mayores de 65 años. Una revisión sistemática. *Revista Española de Geriatria y Gerontología* 2008; 43(3):157-166.
27. Cheng ST, Lam LC, Kwok T. Neuropsychiatric Symptom Clusters of Alzheimer Disease in Hong Kong Chinese: Correlates with Caregiver Burden and Depression. *Am J Geriatr Psychiatr* 2012. Consultado en Pubmed. DOI: 10.1097.

9. Miscelánea

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LOS PACIENTES ANCIANOS CON INFECCIÓN VERTEBRAL EN MEDICINA INTERNA

A.M. Lazo Torres, M.A. Esteban Moreno, S. Domingo Roa, A. García Peña, C. Maldonado Ubeda, J.M. Romero Leon.

Hospital Torrecárdenas, Almería

OBJETIVO

La espondilodiscitis infecciosa es una enfermedad altamente prevalente pero que a menudo se encuentra infradiagnosticada, sobre todo en los pacientes ancianos pluripatológicos, donde los síntomas que refieren pueden ocasionar que se confunda con otros procesos inicialmente, tales como molestias articulares derivadas de poliartritis y que esto signifique que cuando se realiza el diagnóstico, la infección esté muy avanzada y haya ocasionado.

Es fundamental un diagnóstico precoz para una resolución del proceso infeccioso para evitar las secuelas y también para evitar un tratamiento quirúrgico que en los ancianos sobre todo conlleva un alto riesgo.

El objetivo principal de este trabajo fue analizar las características clínicas, la etiología microbiológica, los tratamientos antibióticos y las secuelas de una serie de pacientes ancianos diagnosticados de espondilodiscitis infecciosa en nuestro Servicio de Medicina Interna durante los últimos 4 años, que recibieron tratamiento solamente médico y no precisaron tratamiento quirúrgico.

MÉTODOS

Se diseñó un estudio descriptivo retrospectivo mediante la revisión de las historias clínicas y los informes de alta hospitalaria de todos los pacientes participantes que se incluyeron en el estudio, que tenían que cumplir como criterios de inclusión:

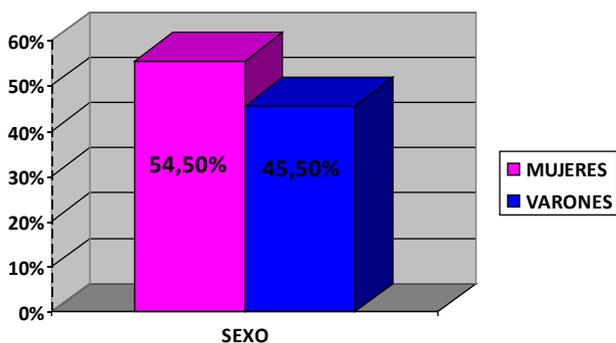
- Pacientes mayores de 65 años.
- Diagnóstico en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Torrecárdenas de espondilodiscitis infecciosa.

Se analizaron las siguientes variables:

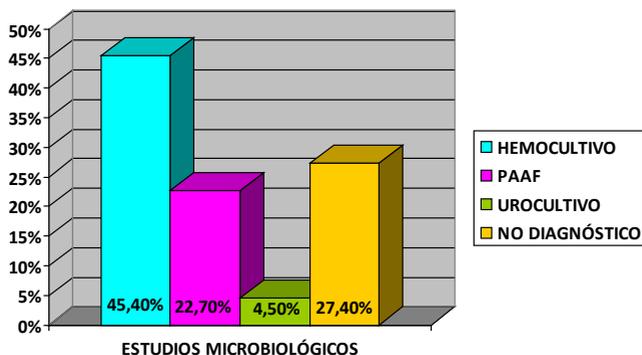
- Edad
- Sexo
- Estancia hospitalaria
- Estudios microbiológicos
- Microorganismos
- Comorbilidades
- Tratamiento antibiótico
- Secuelas motoras al alta
- Éxito durante el ingreso hospitalario

RESULTADOS

- Durante el periodo de inclusión fueron diagnosticados de espondilodiscitis 22 pacientes, el 54.5% eran mujeres, y 45.5% fueron varones.



- La edad media global de la serie fue de 74.5 años (76.5 años los hombres y 73.2 años las mujeres).
- La estancia media global fue de 29.9 días (rango entre 14-70 días).
- Obtuvimos aislamiento microbiológico en el 72.6% de los casos (45.4% hemocultivos, 4.5% urocultivo, 22.7% PAAF).



- El microorganismo más frecuentemente aislado fue *M. tuberculosis* (22.7%), seguido de *S. aureus* (18.2%) y *S. coagulasa negativo* (13.6%).
- Todos los pacientes, excepto los diagnosticados de espondilodiscitis tuberculosa, recibieron tratamiento antibiótico intravenoso y posteriormente antibioterapia oral hasta completar al menos 6 semanas de tratamiento.
- Los antibióticos empleados por vía oral con más frecuencia fueron:
 - Levofloxacin (31.8%)
 - Rifampicina (22.7%)
 - Linezolid (22.7%).
- Fallecieron el 4.5% de los pacientes durante el ingreso hospitalario (un paciente).
- Al alta, presentaban secuelas motoras leve-moderadas el 59% y el 18.2% secuelas motoras severas.
- Todos los pacientes fueron revisados en la consulta externa hasta la finalización del tratamiento.

CONCLUSIONES

En nuestro medio hemos observado, al contrario que otras series, una alta incidencia de *M. tuberculosis*, como agente responsable de la infección del tracto urinario, que en nuestro entorno se podría relacionar con la población, pero en el caso de los ancianos opinamos que estos casos están relacionados con la reactivación de una infección tuberculosa previa.

Asimismo hemos detectado una mayor estancia hospitalaria, por esta causa, en los pacientes ancianos con respecto a los jóvenes, si lo comparamos con otros estudios que hemos realizado en nuestro centro.

Menos de una cuarta parte de los pacientes se fueron de alta sin secuelas motoras, lo que nos hace más evidente la necesidad de un diagnóstico precoz.

En conclusión, podemos afirmar que la espondilodiscitis es una patología relativamente frecuente en pacientes ancianos y un diagnóstico precoz nos permitiría realizar un tratamiento conservador y reducir las secuelas motoras en este grupo de pacientes. El patógeno más frecuente de nuestra serie fue *M. tuberculosis*, seguido de *S. aureus*, quizás todo ello influenciado por el área en el que residimos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Cahill DW, Love LC, Rehtine GR. Pyogenic osteomyelitis of the spine in the elderly. *J Neurosurg.* 1991; 74:878-86.
2. Carragee EJ, Kim D, Vander Vlugt T, Vitum D. The clinical use of erythrocyte sedimentation rate in pyogenic vertebral osteomyelitis. *Spine.* 1997; 22:2089-93
3. Jung NY, Jee WH, Ha KY, Park CK, Byun JY. Discrimination of tuberculous spondylitis from pyogenic spondylitis on MRI. *AJR Am J Roentgenol.* 2004; 182:1405-10.
4. Nussbaum ES, Rockswold GL, Bergan TA, Ericsson DL, Seljeskog EL. Spinal tuberculosis: a diagnostic and management challenge. *J Neurosurg.* 1995;83:243-7.
5. Oropesa R, González MI, Calvo J, Campos C. Espondilodiscitis infecciosa. *Reumatol Clin.* 2008; 4(3):126-7.
6. Belzunegui J. Espondilodiscitis infecciosa. *Reumatol Clin.* 2008; 4 Supl 3:13-7.

CANCER DE PULMÓN EN ANCIANOS Y SU TERAPÉUTICA

V.E. Castellón Rubio, A.M. Lazo Torres, J. Carrillo, F. Rosillo, B. Medina, L. Canosa Ruiz.

Hospital Torrecárdenas, Almería

OBJETIVOS

El cáncer es una de las enfermedades más importantes para la población anciana. En España, el 65% de las personas que fallecen por cáncer tiene más de 65 años y las cifras se irán incrementando en las próximas décadas a medida que aumente el envejecimiento de la población. Muchos mitos y tabúes se ciernen sobre la asociación de cáncer y vejez, quizá por ello no se ha afrontado el problema de acuerdo con su importancia y magnitud ya que son relativamente escasos los trabajos que abordan las distintas facetas de investigaciones básicas y clínicas sobre esta creciente asociación.

Los objetivos del presente trabajo de investigación son:

- Realizar una revisión de una serie de casos de pacientes mayores de 70 años diagnosticados de cáncer de pulmón no células pequeñas estadio IIIA (por N2) tratados con quimioterapia neoadyuvante.
- Analizar la respuesta y evolución del tratamiento en términos de supervivencia global y supervivencia libre de enfermedad.
- Analizar la supervivencia en subgrupos según presenten o no comorbilidades.

MÉTODOS

Se llevó a cabo una revisión retrospectiva de una serie de casos de 34 pacientes mayores de 70 años, diagnosticados entre 2007 y 2010 de cáncer de pulmón no microcítico estadio IIIA tratados con quimioterapia neoadyuvante.

1. Población de estudio:

Pacientes mayores de 70 años diagnosticados histológicamente de cáncer de pulmón no microcítico mediante PAAF, citología... y estadificados radiológicamente mediante TAC con contraste de un estadio IIIA. En todos los pacientes la estadificación clínica para la detección de afectación ganglionar mediastínica se realizó mediante un estudio de PET/TAC y una exploración de TAC. La confirmación histopatológica de los hallazgos anormales descritos en ambas pruebas se realizó mediante mediastinoscopia o toracotomía.

2. Variables a estudio

- Relacionadas con el paciente: edad, sexo, exposición a tóxicos, profesión, tabaco, alcohol, situación social, estado ponderal, comorbilidades, calidad de vida previa.
- Relacionadas con el tumor: localización, tamaño, histología, TNM, mediastinoscopia.
- Relacionadas con el tratamiento: Quimioterapia y sus toxicidades, respuesta al tratamiento, progresión de la enfermedad, cirugía, radioterapia, intervalo libre de progresión y supervivencia global.

3. Análisis estadístico

Los datos han sido analizados mediante el programa estadístico SPSS versión 15

RESULTADOS

- La edad media de los 34 pacientes fue de 72.68 años y un rango comprendido entre 70 y 79 años. La serie estuvo formada por 30 hombres (88.2%) y 4 mujeres (11.8%).
- Con respecto a los datos demográficos, 21 pacientes (61.8%) están casados, 8 pacientes (23.5%) están viudos y 5 (14.7%) solteros. Más de la mitad de los enfermos (61.8%) viven con su pareja, 9 pacientes (26.5%) solos, y 4 (11.8%) con sus hijos. Respecto a la profesión, 11 enfermos (32.4%) han trabajado en la agricultura y 11 enfermos en la construcción/industria.
- En cuanto al ECOG, 16 pacientes (47%) presentaban un ECOG 0, y 18 pacientes (52%) un ECOG 1. Del grupo del estudio, 12 pacientes (35.3%) presentaban pérdida de peso en el momento del diagnóstico y 13 pacientes (38.2%) elevación de LDH en sangre periférica.
- La mayoría de la muestra (91.2%) eran fumadores y 9 pacientes (26.5%) bebedores moderados. 8 pacientes (23.5%) han estado expuestos a lo largo de su vida a sustancias tóxicas (asbesto, amianto).
- El primer síntoma con el que debutó la enfermedad, incluyó: tos, hemoptisis, infección respiratoria y hallazgo casual en radiografía de tórax realizada por otro motivo médico.
- Con respecto a los antecedentes médicos, las patologías más frecuentes asociadas fueron: HTA (52.9%), EPOC (41.2%), Hipertrofia de Próstata (38.2%) y dislipemia (17.6%). Además, 4 pacientes se encontraban en revisiones por un proceso oncológico previo.
- Con respecto a la localización del tumor, en 19 pacientes (55.9%) el tumor asentaba en LSD, 2 pacientes (5.9%) en LMD, 5 (14.7%) en LID, 5 (14.7%) en LSI y 3 (8.8%) en LII.
- En lo que se refiere al tamaño tumoral en el momento del diagnóstico, 20 pacientes (58.8%) presentaban T2 y 14 pacientes (41.1%) presentaban un tamaño T3.
- En relación a la histología, 21 pacientes (61.8%) pertenecían a carcinoma epidermoide, 6 (17.6%) a adenocarcinoma y 7 (20.6%). En 7 pacientes (20.6%) no se pudo determinar el subtipo histológico dentro del CPNPC.
- La mediastinoscopia de confirmación resultó positiva para carcinoma en 32 pacientes (94.1%).
- Un 91.7% de los pacientes recibieron quimioterapia según esquema Paclitaxel (175 mgr/m²) – Carboplatino AUC 5. La mayoría recibió 4 ciclos (79.4%), 2 pacientes fueron tratados con Gemcitabina y 1 paciente con Vinorelbina.
- Durante el tratamiento con Taxol-Carboplatino, la neutropenia grado III-IV (< 500 neutrófilos totales) fue observada en el 35% de los pacientes. Dos pacientes tuvieron un episodio de neutropenia febril que requirió ingreso hospitalario con antibióticos y soporte de factores estimulantes de granulocitos. No hubo anemia ni trombopenia grado III-IV ni muertes tóxicas.
- La alopecia se produjo en el 75 % de los pacientes. Toxicidad grado III-IV no hematológica ocurrió solo en el 5 % de los pacientes: náuseas, vómitos, artralgias, mialgias, anorexia y neurotoxicidad motora. No se observaron reacciones de hipersensibilidad durante la infusión de los fármacos. La neuropatía sensorial grado I-II apareció en el 94% de los pacientes.
- 27 pacientes recibieron los 4 ciclos de quimioterapia neoadyuvante. La principal razón para suspender el tratamiento de manera temprana, fue la mala tolerancia (hematológica y no hematológica) al tratamiento citostático.

- Tras el tratamiento neoadyuvante, se solicitó reevaluación con TAC y PET-TAC. 3 pacientes (8.8%) se evaluaron como Respuesta completa, 9 pacientes (26.4%) como estabilización de la enfermedad, 14 pacientes (41.1%) como respuesta parcial y 8 pacientes (23.5%) como progresión tumoral.
- Los pacientes con respuesta radiológica (respuesta parcial, estabilización o respuesta completa) fueron valorados en el Comité Oncológico de Tumores Torácicos. Si la cirugía suponía una neumonectomía se desestimaba la intervención, valorando radioterapia +/- quimioterapia.
- Tras la valoración quirúrgica, 7 pacientes (20.5%) recibieron radioterapia torácica concurrente con quimioterapia tras el tratamiento de inducción, 12 pacientes (35.2%) radioterapia exclusiva y tan solo 5 pacientes (14.7%) fueron intervenidos quirúrgicamente.
- De los 8 pacientes que progresaron al tratamiento neoadyuvante, 4 pacientes presentaron crecimiento tumoral locorregional y el resto de pacientes desarrollaron metástasis a distancia. (Tabla 5).
- Los pacientes que presentaban un buen performance estatus, recibieron una 2ª línea de tratamiento. 2 pacientes con progresión locorregional recibieron tratamiento concurrente con Radioterapia + Quimioterapia, 1 paciente Radioterapia exclusiva y 1 paciente con metástasis óseas recibió una 2ª línea de mono Quimioterapia (Gemcitabina). El resto de enfermos se incluyeron en la Unidad de Cuidados Paliativos.
- Tras el tratamiento neoadyuvante y complementario con radioterapia +/- quimioterapia, 7 pacientes (20.5%) progresaron a nivel locorregional y 16 pacientes (47%) desarrollaron metástasis a distancia.
- 20 pacientes (58.8%) recibieron una 2ª línea de Quimioterapia a la progresión tumoral, y 2 pacientes recibieron 3 líneas a lo largo de la enfermedad. Los fármacos más utilizados fueron: Vinorelbina, Gemcitabina, Erlotinib y Docetaxel.
- La mediana de tiempo hasta la progresión es de 8 meses.
- Con respecto al estado actual de los pacientes, 30 fueron éxitos, 2 permanecieron vivos con enfermedad y 2 vivos sin enfermedad en el momento de finalizar la revisión.
- La mediana de supervivencia es de 15 meses. La supervivencia media es de 19.3 meses.

CONCLUSIONES

Los parámetros clínicos y psicosociales para seleccionar el tratamiento oncoespecífico ideal en el anciano con cáncer de pulmón podrían resumirse en:

1. En la elección del tratamiento oncoespecífico debe influir más la edad biológica que la edad cronológica del paciente.
2. La comorbilidad debe ser tomada en cuenta pero no definirá la radicalidad oncológica. Especial interés tendrán la insuficiencia hepática, renal y medular.
3. El tratamiento quirúrgico no debe ser limitado por la edad cronológica. Solamente después de los 80 años la mayor mortalidad quirúrgica depende de la presencia o ausencia de estados de comorbilidad.
4. La radioterapia no parece interferir negativamente con la mayoría de los problemas médicos del anciano.
5. Se recomienda ajustar los regímenes de quimioterapia en cuanto a dosis, intensidad, tipo de droga y duración del tratamiento; pero nunca excluir a estos pacientes de manera sistemática.
6. El anciano presenta una alta frecuencia de conspiración de silencio, con falta de información sobre la enfermedad y pronóstico, siendo éstas a la vez mucho mayor con respecto al adulto no anciano.
7. El tratamiento paliativo debe considerarse como coadyuvante y nunca como único tratamiento en el adulto mayor.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bashe M, Kelly K. Treatment of non small cell lung cancer in older persons. *Oncology* 2003; 17:31-39.
2. Earle CC, Tsai JS, Gelber RD, et al. Effectiveness of chemotherapy for advanced lung cancer in the elderly: instrumental variable and propensity analysis. *J Clin Oncol* 2001; 19:1064-1070.
3. Gridelli C, Corey L, Maione P, et al. Lung Cancer in the elderly. *J Clin Oncol* 2007; 25:1898-1907.
4. Mizushima Y, Noto H, Sugiyama S et al. Survival and prognosis after pneumonectomy for lung cancer in the elderly. *Ann Thorac Surg* 1997; 64: 193-198.
5. Extermann M. Comprehensive Geriatric Assessment for Older Patients With Cancer. *J Clin Oncol* 2007; 25:1824-1831.
6. Gronberg BH, Sundstrom S, Kaasa S, et al. Influence of comorbidity on survival, toxicity and health-related quality of life in patients with advanced non-small-cell lung cancer receiving platinum-doublet chemotherapy. *Eur J Cancer* 2010; 46:2225-2234.
7. Ngeow J, Leong SS, Gao F, et al. Impact of comorbidities on clinical outcomes in non-small cell lung cancer patients who are elderly and/or have poor performance status. *Crit Rev Oncol Hematol* 2010; 76:53-60.
8. Jack CI, Lye M, Lesley F, et al. Surgery for lung cancer: age alone is not a contraindication. *Int J Clin Pract* 1997; 51:423-426.
9. Mizushima Y, Noto H, Sugiyama S, et al. Survival and prognosis after pneumonectomy for lung cancer in the elderly. *Ann Thorac Surg* 1997; 64:193-198.
10. Schild SE, Stella PJ, Geyer SM, et al. The outcome of combined-modality therapy for stage III non-small-cell lung cancer in the elderly. *J Clin Oncol* 2003; 21:3201-3206.
11. Gridelli C. The ELVIS trial: a phase III study of single-agent vinorelbine as first-line treatment in elderly patients with advanced non-small cell lung cancer. Elderly Lung Cancer Vinorelbine Italian Study. *Oncologist* 2001; 6 Suppl 1:4-7.
12. Kudoh S, Takeda K, Nakagawa K, et al. Phase III study of docetaxel compared with vinorelbine in elderly patients with advanced non-small-cell lung cancer: results of the West Japan Thoracic Oncology Group Trial (WJTOG 9904). *J Clin Oncol* 2006; 24:3657-3663.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LA NEUMONÍA EN PACIENTES ANCIANOS EN MEDICINA INTERNA

A.M. Lazo Torres, M.Á. Esteban Moreno, A. García Peña, S. Domingo Roa, C. Maldonado Úbeda, B. Hernández Sierra.

Hospital Torrecárdenas, Almería

OBJETIVOS

Las neumonías son una de las causas más importantes de morbi-mortalidad en cualquier grupo de pacientes, pero esto es más acusado en los pacientes ancianos, que son más pluripatológicos y frágiles.

La aparición de los antibióticos durante la primera mitad del siglo XX supuso una verdadera revolución en las enfermedades infecciosas y progresivamente fueron apareciendo nuevas familias de antimicrobianos, aunque en los últimos años la aparición de microorganismos multirresistentes hace necesaria la investigación de nuevas moléculas para intentar controlar los procesos infecciosos. Las neumonías no son una excepción, y sobre todo en el caso de los pacientes ancianos, donde a pesar del arsenal terapéutico del que disponemos, la neumonía sigue siendo una de las principales causas de ingreso hospitalario y de mortalidad.

Para intentar unificar los criterios y optimizar los recursos sanitarios, distintas especialidades médicas han elaborado guías de consenso para el tratamiento de la neumonía en el anciano, pero esto a su vez no nos debe limitar y siempre debemos considerar a cada paciente como único y adecuar los tratamientos a cada caso.

Nosotros, por lo tanto, nos planteamos estudiar las características clínicas y la evolución de los pacientes mayores de 85 años ingresados en nuestro servicio de Medicina Interna del Hospital Torrecárdenas de Almería, con el objetivo de valorar sus comorbilidades, analizar su estancia hospitalaria y los cuidados y antibioterapia que precisan, estudiar la etiología microbiológica y analizar la mortalidad del grupo para intentar con ello mejorar la calidad asistencial que se les ofrece.

MÉTODOS

Revisión de las historias clínicas, estudios complementarios e informes de alta de todos los pacientes de 85 años que ingresaron por neumonía en Medicina Interna, analizando variables como:

- Edad
- Sexo estancia media
- Pluripatología
- Localización de la neumonía y sus características
- Estudios microbiológicos
- Éxitus
- Tratamientos al alta.

RESULTADOS

- Durante el periodo de estudio ingresaron 40 pacientes con neumonía, de los cuales 22 pacientes (55%) fueron mujeres, y 18 varones (45%).
- La edad media global fue de 88.5 años, en el caso de los varones fue de 88.9 años y de 88.2 años las mujeres.
- La estancia media global fue de 9.9 días (siendo la estancia media del Servicio de Medicina Interna durante el periodo estudiado de 9.9 días asimismo).
- Del total de la serie, un 77.5% eran pluripatológicos, 81.8% en el caso de las mujeres y 72.2% de los varones.
- La localización más frecuente de la neumonía fue el lóbulo inferior derecho (42.5%), seguido del lóbulo inferior izquierdo (25%) y del total de neumonías, el 27.5% se produjeron por broncoaspiración.
- Se solicitaron estudios microbiológicos al 35% de los pacientes pero sólo en un 5% de los casos se produjo la identificación microbiológica.
- Al alta hospitalaria precisaron continuar con tratamiento antibiótico un 65% de los pacientes (levofloxacino, cefditoreno, con mayor frecuencia)
- Al alta del hospital, un 72.5% de los pacientes estaban polimedicados.
- Fueron revisados en atención especializada al alta hospitalaria tan sólo el 30% de los pacientes.
- En cuanto a las incapacidades, no se reflejaron en la historia clínica en el 25% de los casos y en aquellos en los que sí se hizo, destacar que tan sólo un 15% de los pacientes no presentaban ningún grado de incapacidad y el 17.5% presentaban una incapacidad total psicofísica (Escala Cruz Roja).
- Fallecieron 8 pacientes por neumonía (20%) durante el ingreso hospitalario.

CONCLUSIONES

- Las neumonías son una de las principales causas de morbi-mortalidad en ancianos, en nuestra serie fallecieron la quinta parte por este proceso.
- La mayoría son pacientes muy pluripatológicos y presentan algún grado de discapacidad.
- No se realizaron estudios microbiológicos nada más que a un 35% de los pacientes y no fueron muy rentables.
- Hay que seguir trabajando para mejorar la asistencia a este grupo de pacientes e intentar filiar el origen de la neumonía.

BIBLIOGRAFÍA

1. Mendoza H, Tiberio G, Aizpuru F, Viñez O, Andérez M. Neumonía en el anciano. Factores relacionados con la mortalidad durante el episodio y tras el alta hospitalaria. *Med Clin.* 2004; 123:332-6.
2. El-Solh AA, Brewer T, Okada M, Bashir O, Cough M. Indicators of recurrent hospitalization for pneumonia in the elderly. *J Am Geriatr Soc.* 2004; 52:2010-5.
3. Rello J, Rodríguez R, Jubert P, Alvarez B. Severe community-acquired pneumonia in the elderly: epidemiology and prognosis. Study Group for Severe Community-Acquired Pneumonia. *Clin Infect Dis.* 1996; 23:723-8.
4. Janssens JP, Krause KH. Pneumonia in the very old. *Lancet Infect Dis.* 2004; 4:112-24.
5. Loeb M. Pneumonia in the elderly. *Curr Opin Infect Dis.* 2004; 17:127-30.

6. Brar NK, Niederman NS. Management of community-acquired pneumonia: a review and update. *Ther Adv Respir Dis* (2011) 5(1) 61-78.
7. Mandel LA, Wunderink RG, Anzueto A, et al. Infectious Diseases Society of America/American Thoracic Society Consensus Guidelines on the Management of Community-Acquired Pneumonia in Adults. *Clin Infect Dis*. 2007; 44:S27-72.
8. Fernández-Sabé N, Carratala J, Roson B, Dorca J, Verdaguer R, Manresa F, et al. Community acquired pneumonia in very elderly patients: causative organisms, clinical characteristics, and outcomes. *Medicine (Baltimore)*. 2003; 82:159-69.
9. Kaplan V, Angus DC, Griffin MF, Clermont G, Scott WR, Linde-Zwirble WT. Hospitalized community-acquired pneumonia in the elderly: age- and sex- related patterns of care and outcome in the United States. *Am J Respir Crit Care Med*. 2002; 165:766-72.

EL RETO DEL DOLOR ABDOMINAL EN EL ANCIANO:

L.M. Moreno Fernández ⁽¹⁾, S. Aguirre Martínez ⁽²⁾, L. Sebastian Chapman ⁽³⁾.

⁽¹⁾ Hospital Torrecárdenas, Almería; ⁽²⁾ Hospital Torrecardenas; ⁽³⁾ Hospital Torrecardenas,.

Las manifestaciones insidiosas junto a los escasos síntomas y signos, y la poca especificidad de las pruebas básicas urgentes hacen que el dolor abdominal agudo en el anciano suponga un reto. Tras un caso valorado en urgencias, encontramos grandes dificultades para realizar un diagnóstico exacto y a partir de él vamos a repasar las características que hacen diferente el dolor abdominal agudo en el anciano.

Paciente de 81 años con antecedentes de HTA, DM2, Dislipemia, FA crónica, Marcapasos definitivo y úlcus gástrico. Es portador de sonda urinaria desde último ingreso en Medicina Interna donde fue dado de alta hace 4 días con diagnósticos de Neumonía basal derecha, Ictus Lacunar, Insuficiencia respiratoria parcial hipercápnica e Hiperpotasemia. En tratamiento con beta-bloqueantes, IBP, Hipolipemiantes, antihipertensivos y anti diabéticos orales, tras ingreso se añaden a su tratamiento diuréticos: Furosemida 40 mg cada 12 horas y Espironolactona 25 mg cada 24 horas.

Acude al servicio de urgencias por disminución de la ingesta y dolor abdominal generalizado acompañado de unas siete deposiciones diarreicas (sin productos patológicos) diarias en los últimos tres días. No fiebre, no náuseas ni vómitos. No dolor torácico. Aparición de dificultad respiratoria en ese mismo día.

A la exploración está consciente y orientado, regular estado general, palidez de piel y mucosas. Sin focalidad neurológica. ACP: Tonos rítmicos, hipoventilación y crepitantes en ambas bases. Abdomen: distendido, timpánico, doloroso a la palpación generalizada, sin signos de irritación peritoneal y ruidos hidroaéreos disminuidos con timbre metálico, tacto rectal normal. MMII: Edemas sin fovea y pulsos periféricos presentes. Pruebas complementarias:

-Análisis de sangre: Neutrofilia sin leucocitosis, resto de hemograma normal. Bioquímica destaca potasio de 2.17 meq/l y PCR: 7.3 mg/dl. Coagulación: INR: 7.87.

-Radiografía de tórax: No condensaciones, pinzamiento de ambos senos costofrénicos. Realce cizura mayor derecha.

-Radiografía de abdomen: Dilatación de asas sin niveles hidroaéreos, aireación en todo el marco cólico incluida ampolla rectal, no apreciándose obstrucción.

Se decide tratamiento conservador con hidratación, analgesia, procinéticos, SNG, restitución del potasio y corrección de la coagulación con Vitamina K, ya que el paciente presentaba una clínica subaguda, exploración inespecífica y radiológicamente no se observaba obstrucción.

Tras varias horas de observación se obtiene el nuevo resultado del potasio (2,10). Ante la persistencia de dolor abdominal y la no mejoría del estado general del paciente, junto a la no normalización de cifras de potasio, se decide petición de TAC abdominal informado como: Proceso apendicular agudo, Trombosis vs artefacto en vena Mesentérica Superior y Derrame pleural Bilateral. Tras estos hallazgos es valorado por Cirugía de guardia que a pesar de la discordancia clínico-radiológica, se decide intervención quirúrgica urgente.

Tras realización de laparotomía exploradora, se descarta proceso quirúrgico agudo. El paciente pasa a Reanimación donde tras corrección de cifras de potasio, el paciente mejora clínicamente, siendo diagnosticado de Íleo paralítico secundario a hipopotasemia de probable origen iatrogénico por inicio de tratamiento reciente con diuréticos.

Analizando el caso que nos ocupa, haremos un diagnóstico diferencial de los distintos trastornos por fallo en la propulsión del contenido intestinal del anciano. Son:

-Obstrucción intestinal: Es una alteración en la progresión distal del contenido intestinal debido a una causa mecánica que puede cursar con o sin compromiso de la vascularización diferenciándose entre simple y estrangulada.

El **diagnóstico** se establece mediante una radiografía de abdomen simple en un paciente con una clínica y una exploración compatibles: dolor y distensión abdominal acompañados de náuseas, vómitos y ausencia de emisión de heces y gases, en presencia de un abdomen distendido, timpánico, con o sin peritonismo y con ruidos intestinales aumentados.

La radiografía de abdomen mostrará asas de intestino dilatadas proximales a la obstrucción con ausencia de aire distalmente a la obstrucción. En la radiografía en bipedestación, se observarán los niveles hidroaéreos.

Entre el 20 y el 30 % de las obstrucciones presentan radiografías normales, en estos casos sería interesante la realización de un TAC.

El **tratamiento** definitivo es quirúrgico. El tratamiento de soporte, independientemente de la etiología y localización es: 1) aspiración nasogástrica continua; 2) reposición hídrica y electrolítica con control ácido-base; 3) antibióticos de amplio espectro, si hay riesgo de toxicidad sistémica; y 4) vigilancia estrecha de la evolución del paciente para detectar signos de peritonismo o empeoramiento del estado general. Si el paciente mejora con la descompresión inicial se someterá a los estudios diagnósticos oportunos para valorar grado y etiología de la obstrucción. En el caso de que no haya mejoría en 24 horas deberá realizarse intervención quirúrgica urgente. Existe una relación directa en cuanto a la mortalidad y el retraso en la indicación quirúrgica.

-Íleo paralítico: Es un fallo en la propulsión intestinal sin obstrucción mecánica y de forma aguda. Puede ser secundario a múltiples causas: postcirugía abdominal, alteraciones hidroelectrolíticas (hipotasemia, hiponatremia), fármacos (opiáceos, colinérgicos), procesos intraabdominales (perforación, diverticulitis), hemorragia retroperitoneal (rotura de aneurisma abdominal), procesos inflamatorios retroperitoneales (pancreatitis aguda, pielonefritis), isquemia intestinal, sepsis, enfermedad torácica (infarto agudo de miocardio, neumonía)...

El **diagnóstico** se establece mediante una radiografía de abdomen simple en la que se observan asas de intestino delgado dilatadas con presencia de gas en colon y hasta ampolla rectal. El paciente habitualmente presenta un antecedente próximo de cirugía abdominal o uno de los desencadenantes mencionados anteriormente, en el caso clínico de presentamos fue la hipotasemia. En la exploración habrá distensión abdominal, timpanismo y ausencia de ruidos abdominales. Cuando no se pueda descartar con seguridad la obstrucción intestinal, se recurrirá a pruebas de imagen.

El **tratamiento** nunca es quirúrgico y se basa en: 1) corregir la causa desencante si es posible (descritas anteriormente); 2) dieta absoluta y aspiración nasogástrica; 3) hidratación y corrección electrolítica; 4) fármacos procinéticos como metoclopramida; y 5) tratamiento analgésico, evitando opioides. Si se mantiene el íleo más de 5 días hay que descartar causa subyacente (absceso intraabdominal, isquemia intestinal, hemorragia retroperitoneal, sepsis, trastorno electrolítico).

-Sseudoobstrucción crónica intestinal: Se caracteriza por episodios recurrentes de oclusión o suboclusión intestinal en ausencia de impedimento mecánico evidenciable. Las causas que lo producen son: Enfermedades que afectan a la musculatura lisa (distrofias musculares, amiloidosis, enfermedades del colágeno), enfermedades neurológicas (Parkinson, Ganglioneuromatosis intestinal, Enfermedad de Chagas, ACV y neoplasias), enfermedades metabólicas (Hipoparatiroidismo, Hipertiroidismo, Diabetes Mellitus, Porfiria Aguda Intermitente), fármacos (Narcóticos, Antidepresivos Tricíclicos, anticolinérgicos) y otros como enteritis rádica o gastroenteritis eosinofílica.

Se clasifica en dos tipos: Miopatía visceral y Neuropatía visceral.

- Miopatía visceral: la alteración es a nivel de la musculatura lisa del intestino, presentándose degeneración de las células musculares lisas y reemplazamiento por tejido fibroso. La consecuencia es una contractilidad ordenada, pero débil e inefectiva.
- Neuropatía visceral: afecta a cualquier eslabón de la regulación nerviosa del intestino. A nivel del sistema nervioso entérico se caracteriza por cambios degenerativos con alteraciones en el número o en la morfología de las neuronas del plexo mientérico rodeadas o no de infiltrado inflamatorio. Presenta contracciones eficaces, pero con un patrón desorganizado y no propulsivo.

Tanto unas como otras pueden dividirse según el tipo de presentación en familiares o esporádicas, y en cuanto a la etiología, en primarias, si la alteración se limita a la musculatura intestinal o al plexo nervioso entérico, o secundarias, si el trastorno gastrointestinal forma parte de un proceso sistémico. En ocasiones pueden ser segmentarias como en megaduodeno, dilatación aguda cólica o en el síndrome de Ogilvie.

El **diagnóstico** se establece a través de criterios manométricos e histológicos del intestino delgado, en un paciente con clínica compatible y en el que previamente se haya descartado la existencia de una obstrucción mecánica.

Los estudios baritados se consideran de elección para diferenciar entre obstrucción mecánica y pseudoobstrucción crónica intestinal. La TAC, la colonoscopia e incluso laparotomía o laparoscopia exploradora son técnicas a tener en cuenta a la hora de descartar obstrucción intestinal. La técnica de elección tras descartar causa

mecánica es la manometría gastrointestinal, ya que valora la actividad contráctil del estómago e intestino delgado en ayunas y periodo postprandial, también permite diferenciar entre patrón de miopatía o de neuropatía visceral.

Para el diagnóstico definitivo se requieren biopsias transmurales de intestino delgado múltiples y a diferentes niveles. La ausencia de alteraciones en tejido muscular y nervioso, no excluyen el diagnóstico.

El **tratamiento** incluye lo siguiente: 1) Por un lado tratamiento etiológico si existe causa secundaria, aunque pocas veces resulta efectivo; 2) Tratamiento de soporte de manera aguda que consiste en dieta absoluta, aspiración nasogástrica, corrección electrolítica, medicación procinética, nutrición parenteral, antibiótico por vía oral si existe sobrecrecimiento bacteriano y tratamiento analgésico, evitando opioides. 3) En los periodos de remisión, con casos leves se limitarán a modificaciones dietéticas sencillas, como tomar dietas fraccionadas pobres en grasas y en fibra con suplementos de hierro, folatos, calcio y vitaminas. En casos más graves, se valorará la posibilidad de nutrición enteral. Cuando existe sobrecrecimiento secundario a la estasis crónica se tratará con antibióticos de amplio espectro por vía oral como metronidazol o ciprofloxacino. En casos de sobrecrecimiento bacteriano crónico se realizarán pautas cíclicas de 7-10 días al mes con antibióticos de forma rotatoria.

Existen multitud de dificultades añadidas a la hora de evaluar un dolor abdominal en un paciente anciano con respecto a uno joven, no sólo por la diferente etiología sino por las particulares que presenta esta diferencia de edad.

En cuanto a la evolución del cuadro, los ancianos, al contrario que el paciente joven, suelen consultar pasadas horas o días de inicio de la clínica, por lo que la sintomatología suele ser subaguda y de menor intensidad, ya que éstos presentan menor sensibilidad al dolor. También presentan escasez de signos físicos en la exploración. No suelen presentar abdomen agudo, siendo casi infrecuente la presentación de abdomen en tabla sino dolor abdominal más difuso. Los pacientes ancianos presentan en menor medida alteraciones en los signos vitales, no suelen presentar fiebre ni taquicardia, siendo más frecuente la hipotermia.

En relación a los resultados analíticos es infrecuente la presencia de leucocitos en el hemograma, siendo más frecuentes las alteraciones hidroelectrolíticas y aumento de la creatinina, lo que debe ayudarnos a pensar en casos de íleo paralítico secundario a estas alteraciones, en vez de pensar en patología abdominal como tal. La radiografía abdominal sólo es anormal en el 10% de los casos. Encontramos mayor utilidad de esta prueba diagnóstica en la sospecha de obstrucción intestinal, aunque en fases iniciales puede ser normal sin observar niveles hidroaéreos.

Además los ancianos suelen presentar muchas enfermedades de base (hasta el 70% se acompañan al menos de una enfermedad acompañante), lo cual provoca descompensaciones y hacen aún más difícil la valoración. En ocasiones es imposible o difícil realizar una correcta anamnesis a estos pacientes, ya que muchos de ellos presentan demencia, patología neurológica o, incluso, alteración del nivel de conciencia.

No debemos pensar solamente en patología abdominal, sino que puede tratarse de un dolor diferido, por lo que siempre se debe realizar una radiografía de tórax y un EKG. Ante un caso de dolor abdominal agudo, la combinación de radiografía abdominal en decúbito y radiografía de tórax llegan a un diagnóstico de casi el 98%.

A todo esto debemos de añadir el hecho de que se desea, tanto por parte del enfermo como del médico, de un manejo conservador, evitando tanto estudios como tratamientos innecesarios.

En los casos en los que la etiología del dolor abdominal no esté aclarada se debe sospechar patología tumoral o vascular, ya que aproximadamente el 10% de los mayores de 50 años con dolor abdominal no filiado es de causa neoplásica, y el 10% de las consultas en mayores de 70 años son por patología vascular. Ésta última ha de tenerse en cuenta en paciente con factores de riesgo cardiovascular, dolor abdominal severo y pocos hallazgos físicos.

Tras el caso que acabamos de exponer, queremos resaltar la dificultad del manejo y diagnóstico de la patología abdominal en el anciano dada la inespecificidad de sus síntomas junto a pruebas complementarias no concluyentes, por lo que se hace más necesario en este tipo de pacientes una observación más prolongada, ya que resulta fundamental la evolución en este tipo de patología.

BIBLIOGRAFÍA

Giovanna S. Parra, Felipe Marulanda, Mario Santacoloma, Mauricio Osorio, José A. Chacón. Dolor abdominal agudo en el anciano. Revista colombiana de Gastroenterología (Bogotá). 2003; 124 (18): 606-12.

Abi-Hanna P, Gleckman R. Dolor abdominal agudo: una urgencia médica en el anciano. Mod Geriatr 1998; 10: 9-11.

Jiménez Murillo L, Montero Pérez FJ. Compendio de Medicina de Urgencias: guía terapéutica. 2ª ed. Madrid: Elsevier; 2005.

Rodríguez García, Jose Luis. Diagnóstico y tratamiento médico. 1º ed. Madrid: Marbán; 2009.

DISFUNCIONES SEXUALES FEMENINAS EN LA SENECTUD

M. Camacho Ávila ⁽¹⁾, S. García Duarte ⁽²⁾, M.D.M. Ruiz Carmona ⁽²⁾, E. Hernández Sánchez ⁽³⁾.

⁽¹⁾ Hospital Torreveja; ⁽²⁾ Hospital Torrecárdenas, Almería; ⁽³⁾ Univerisdad católica Murcia.

INTRODUCCIÓN

La menopausia y el climaterio en la mujer, se ha considerado tradicionalmente de forma errónea como final de la vida sexual, pues los cambios tantos físicos como psicológicos y sociales repercute en la vida sexual de las mujeres y sus parejas. Existen diversos cambios, como la aparición de sofocos y palpitaciones, de los que su intensidad varía según cada persona y dependiendo de la capacidad de cada cuerpo para fabricar estrógenos, algunas mujeres no los perciben y otras lo sufren más de cinco años después de la menopausia. La piel se atrofia y al igual que otras zonas del organismo, los labios menores pueden borrarse por completo. Eventualmente puede producirse una craurosis o estenosis del introito acompañado de sequedad vaginal.

La sequedad vaginal y la atrofia de la misma pueden provocar pequeñas pérdidas hemáticas por la rotura del epitelio vaginal. El pH vaginal se vuelve más alcalino, con el consiguiente incremento del riesgo de infecciones. Estas manifestaciones de sequedad, ardor y prurito vaginal dificultan las relaciones sexuales. La sequedad y atrofia con pérdida de elasticidad, en la vejiga provoca disuria y polaquiuria. Al disminuir la elasticidad puede aparecer cistitis y uretritis. La atrofia del trigono y la alteración en el ángulo vesicouretral instauran, a veces, una incontinencia urinaria de esfuerzo o aumentan la intensidad de la incontinencia ocasional que tenía la mujer. Otro de los cambios que se producen es la aparición de artromialgias, dolores musculares y articulares que manifiestan las mujeres, y nunca deben de confundirse con otro cambio como la osteoporosis, ya que esta no es dolorosa. También aparecen depresiones, sofocaciones y problemas de insomnio.

Los cambios psicológicos acostumbran a ir acompañados de problemas de adaptación a nuevas situaciones como viudedad, jubilación... que habitualmente atribuyen por error a la menopausia. Estos cambios y la falta de adaptación a ellos, pueden manifestarse con irritabilidad, respuestas bruscas y exageradas a situaciones normales, apatía, cansancio, dificultad en la toma de decisiones, depresión...

Todos estos cambios que se producen en esta etapa de su ciclo vital van a repercutir de una manera u otra en su vida sexual, en las que algunas mujeres se adaptarán perfectamente a los cambios y en las que otras no, por todo ello es importante conocer, que problemas presentan las mujeres en su vida sexual en la senectud, así como lo sienten y lo viven ellas.

OBJETIVOS

Como objetivos, planteados en este trabajo son:

- Conocer que problemas sexuales presentan las mujeres en esta etapa de su ciclo vital.
- Explicar cómo sienten y viven ellas estos cambios y problemas en su vida sexual.

METODOLOGÍA

Seleccionar una metodología de estudio para realizar cualquier proyecto de investigación no es algo trivial y aleatorio, sino debe de ser escogido cuidadosamente, pues tenemos que encontrar la manera de acomodar nuestra visión al objeto de estudio que deseamos analizar con el objetivo de descubrirlo desde esa perspectiva, única y diferente. El estudio de la realidad social puede abordarse desde dos perspectivas, una la metodología cuantitativa que precisa tener una amplia muestra de sujetos para poder analizar las relaciones entre distintas variables y otra perspectiva cualitativa, en el que el objetivo de la investigación es descubrir como comprenden las personas un fenómeno concreto. Conocer cómo viven las mujeres en la senectud su sexualidad, requiere al ser una realidad social una metodología cualitativa, al ser más holística e integradora.

Para la recogida de datos, se utilizó la entrevista semiestructurada con preguntas abiertas. Las fuentes orales tienen una importante consecuencia en la construcción de la realidad, ya que producen disonancias en la realidad ya construida, y estas disonancias son elementos de transformación, y que al mismo tiempo que ofrece argumentos críticos sobre lo que constituye la realidad. Y lo cierto es que la mayoría de trabajos basados en fuentes orales no busca verdades absolutas, sino que pretende indagar en la producción discursiva de la diferencia y en las subjetividades e identidades que se construyen en relación con estos significados, argumentos y opiniones, con una carga emocional que contribuyen al mejor conocimiento de esta realidad, las disfunciones sexuales femeninas en la vejez. Pero existen otros instrumentos de recogida de datos como lo podría ser la encuesta entre otros, pero que presenta diversas limitaciones a diferencia de la entrevista y es que la entrevista:

- Es apropiada para investigar razones, motivos o causas subjetivas del comportamiento.
- La entrevista es más difícil que sea condicionada por el marco teórico previo, al poder elaborar preguntas más abiertas.
- Se puede saber con seguridad que la muestra participante ha comprendido las preguntas y nuestra intención.
- No existe vacío de información, pues las pausas, silencios, están llenos de la misma.
- La entrevista interacciona las respuestas, con sus relaciones sociales y la cultura que la rodea.
- Recoge la realidad social y no algo estático.

La muestra recogida, son 10 mujeres que acudieron a la consulta de matrona, para consultar a cerca de problemas en sus relaciones sexuales, mujeres mayores de 65, sin límite de edad.

RESULTADOS

Los resultados los divido en 2 partes, cada parte comprende una pregunta:

Entrevistador: ¿Qué problemas tiene respecto a sus relaciones sexuales?

Los cambios biológicos en esta etapa vital son palpables y reales, por ejemplo algo en consonancia con los cambios físicos de sequedad y atrofia vaginal por la caída de estrógenos. Así lo refleja una de las mujeres:

Mujer 2: "... y llevo un tiempo que me siento muy seca donde usted ya sabe..."

La pérdida de elasticidad, hace que haya pérdidas hemáticas al haber penetración por la pared vaginal que está menos elástica y lubricada. El dolor que refieren, va en consonancia con lo anterior, así lo expresan:

Mujer 5: "... siento dolor y a veces sangro un poco cuando me voy a la cama con mi marido..."

Mujer 1: "Solo siento dolor, ningún placer... Como si me rasgasen..."

Entrevistador: ¿Cómo se siente? ¿Cómo vive esos cambios?

Existe una falta de información y asesoramiento, respecto a la adaptación a estos cambios en esta etapa nueva de ciclo vital de las mujeres. La impotencia, apatía y en algunos casos la frustración son ejemplos de la mal adaptación a ello. Así lo relatan las mujeres

Mujer 7: "... cada vez tengo menos ganas, y yo no busco a mi marido"

Mujer 1: "... estoy aburrida, ya no sé qué hacer porque me duele la mayoría de las veces"

Mujer 9: "Es desesperante que tu marido quiere... eso (silencio) y a una no le produce tanto placer"

CONCLUSIONES

Como conclusiones, los profesionales sanitarios, debemos de captar a estas mujeres para poder asesorarlas e informarlas acerca de sus problemas y soluciones, pues la menopausia no es sinónimo de declive sexual y muchas de ellas tienen una vida sexual activa, por todo ello es imprescindible poder hacer una captación para poder ayudarlas y resolver esas disfunciones.

Es necesario desde atención primaria realizar talleres, para explicar los cambios normales en cada etapa del ciclo vital de la mujer y de sus parejas, así como asesorarles de cómo adaptarse a esta nueva vida, para así mejorar tanto su vida sexual y de su pareja, manteniendo relaciones no solo sexuales sino afectivas satisfactorias. Ya que como han expresado las mujeres en estas entrevistas, no han sabido conocer los cambios ni como adaptarse a ellos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Palacio ML. Sexualidad femenina en el climaterio. Revista de menopausia [acceso el 28 de julio de 2013]. Disponible en: http://www.encolombia.com/Meno_II_revisión_tema.htm
2. Maza JG, Navarro JE, Alcides H, Ribas JR, García E, Serpas MV, et al. Guía de atención clínica del climaterio y la menopausia, 1.ª ed. El Salvador: Ministerio de Salud, 2008.
3. Blümel JE, Araya H, Riquelme R, Castro G, Sánchez F, Gramegna G. Prevalencia de los trastornos de la sexualidad en mujeres climatéricas. Influencia de la menopausia y de la terapia de reemplazo hormonal. Rev Med Chile. 2002; 10(130): 1131-8
4. Mas M. Sustratos hormonales de la respuesta sexual femenina. Rev Int Androl. 2007; 5(1): 38-49.
5. Omar J. Influencia del climaterio y la terapia hormonal de reemplazo sobre la sexualidad femenina. Rev Chil Obstet Ginecol. 2006; 71(2): 141-52.
6. Gómez PI. Anticoncepción en el climaterio. Revista de menopausia [acceso el 15 de junio de 2013]. Disponible en: <http://www.encolombia.com/medicina/menopausia/meno3297rev-anticoncepcion.htm>
7. Manso ME. Sexualidad y afectividad en el climaterio. Matronas Prof. 2002; 8: 13-20.
8. Fierro D, Rechkehermer A, Roamn W, Fierro L, Ruiz M. Sexualidad y menopausia. Ginecol Obstet (Perú). 1997; 43(1): 41-8.
9. Viñas H. Entrevista clínica y sexualidad. Matronas Prof. 2001; 2(4): 4-8.

ONCOLOGÍA GINECOLÓGICA EN LA VEJEZ: INCIDENCIA, PREVALENCIA Y FACTORES DE RIESGO, ÚLTIMA EVIDENCIA EN ESPAÑA

M. Camacho Ávila ⁽¹⁾, S. García Duarte ⁽²⁾, M.D.M. Ruiz Carmona ⁽²⁾, E. Hernández Sanchez ⁽³⁾.

⁽¹⁾ Hospital Torrevieja; ⁽²⁾ Hospital Torrecárdenas, Almería; ⁽³⁾ Universidad católica Murcia.

INTRODUCCIÓN

El cáncer es la segunda causa de muerte en los países desarrollados, después de las enfermedades cardiovasculares. Las neoplasias ginecológicas representan el 20% de los tumores malignos en la mujer y con una tendencia al alza. Por ello, la actuación eficaz para tratar de lograr la curación del cáncer, y específicamente de los cánceres ginecológicos, se basa en tres pilares: profilaxis, diagnóstico precoz y tratamiento. Uno de los objetivos más importantes de la política sanitaria en cualquier comunidad es la implantación de una actuación preventiva que llegue a toda la población, pero naturalmente estamos muy lejos de una profilaxis eficaz que llegue a erradicar en la población el cáncer. Según Daily las mujeres tienen un 2% de probabilidades de desarrollar un cáncer ginecológico hasta los 39 años, un 9% a los 59 y hasta un 20-23% al llegar a los 79; en cuanto a las posibilidades de morir de cáncer se encuentran en torno al 39%. En la actualidad casi la mitad de las mujeres están expuestas al riesgo de padecer una lesión cancerosa o precancerosa; de los que más del 50% son cánceres ginecológicos si incluimos el de mama. La mayoría de los cánceres inciden en personas sin una aparente predisposición a padecerlos, sin embargo en algunos casos existen factores de riesgo que pueden incrementar la posibilidad de sufrir esta enfermedad. Muchos cánceres surgen por la exposición de forma continuada a ciertas sustancias llamadas carcinógenos, los cuales pueden producir cambios celulares que pueden determinar la aparición de un cáncer. Algunos de ellos son bien conocidos como los hábitos alimentarios, el tabaco, determinados trabajos, las radiaciones y el sol, algunos virus, el alcohol... La prevención ideal sería aquella que actuase sobre estos factores de riesgo y por tanto redujera la incidencia de estos cánceres. En esta línea están las recomendaciones que instan a un "buen estilo de vida": Buenos hábitos dietéticos, realización de ejercicio y disminución de hábitos tóxicos como el tabaco. Para los cánceres ginecológicos, los factores de riesgo más importante son los antecedentes de una lesión premaligna, y la historia familiar de cáncer. Para la mama y el endometrio, las lesiones premalignas son las hiperplasias, especialmente las atípicas. Para el cuello del útero, la vagina y la vulva son las displasias (CIN-VIN) especialmente las de tipo III, las cuales suelen acompañarse de alteraciones víricas. Para el ovario en cambio, no se conocen lesiones precursoras. Ante una lesión de este tipo es imprescindible establecer una conducta preventiva. Gracias a los avances de los últimos 20 años se conoce un gran número de factores de riesgo; ello ha conducido a la puesta en marcha de campañas preventivas y acciones que motiven a la población a realizarse las visitas médicas pertinentes. Su finalidad está muy clara: corrigiendo los hábitos de vida nocivos para la salud y acudiendo a los chequeos periódicos disminuirá la cifra de personas que anualmente mueren por cánceres teóricamente evitables o curables, con lo que la supervivencia para el cáncer ginecológico se basa en un diagnóstico precoz y en el fomento de hábitos saludables para disminuir los factores de riesgo.

OBJETIVOS

Por todo ello en este trabajo nos proponemos como objetivos:

- Conocer la incidencia y prevalencia de cáncer ginecológico en España en la senectud
- Explicar los factores de riesgo en la aparición de este tipo de neoplasias en las mujeres ancianas.
- Educar en la salud hacia la no exposición en la medida de lo posible a factores predisponentes.

METODOLOGÍA

La metodología empleada es un estudio descriptivo de la evidencia disponible, usando como metodología para la recogida de datos la revisión bibliográfica en bases de datos como Cochrane, Cuiden, PubMed, Medline y Sciente. Utilizando como palabras clave: cáncer ginecológico, cáncer senectud, factores de riesgo. Y ordenado y clasificando los datos por tipo de cáncer y probabilidad de aparición en la senectud.

RESULTADOS

Ordenando los tumores ginecológicos por orden de prevalencia en la vejez, tenemos:

- Ca. Ovario, aproximadamente 7 de cada 100 mujeres llegan a padecer a lo largo de su vida un quiste o cáncer de ovario, sin embargo; de cada 100 de tumores de ovario sólo 15 llegan a ser malignos. La malignidad va en correlación positiva con la edad, que aunque la edad media se sitúa en torno a los 55 y 59 años, el pico más alto de aparición de esta enfermedad es alrededor de los 70 años, siendo, la neoplasia más frecuente en la senectud. Los factores predisponentes están muy relacionados con factores genéticos, ya que existe una predisposición familiar a padecer este tipo de cáncer, por lo que se pone de manifiesto en hermanas o una madre y una hija que lo padecen, su presencia va ligada en el tipo I de los genes BRCA1 y BRCA2. La edad como se explicó anteriormente influye, alcanzando un pico máximo de 54 por 100000 mujeres a la edad de 75-79 años. La nuliparidad, una menarquia precoz y una menopausia tardía son factores de riesgo, todo ello relacionado con el número de ovulaciones. La obesidad y las dietas hipercalóricas contribuyen al incremento de riesgo, así como la exposición al asbesto y polvos de talco aplicados en la vulva podría ascender y relacionarse también con este Cáncer. Es necesario explicar que la lactancia materna y la ligadura de trompas, así como tener más de tres hijos son factores protectores, reduciéndose el riesgo de hasta un 70%.
- Ca. Endometrio, es uno de los cánceres más frecuente en la mujer, es el segundo después del cáncer de ovario, en las mujeres en la vejez. Presenta una mayor incidencia a los 60 – 70 años, y una mínima a los 45. La incidencia de este cáncer ha aumentado progresivamente en los últimos años. En la actualidad ha aumentado considerablemente en los países occidentales la frecuencia de este cáncer respecto al resto, probablemente debido al aumento de la longevidad de la población, ya que la incidencia era mucho mayor en mujeres de 60-70 años, también debido al aumento de la vigilancia con diagnósticos más precisos y el incremento de los tratamientos de estrógenos en mujeres menopáusicas en las últimas décadas. Existen diversos factores de riesgo para esta neoplasia como la obesidad, ya que el tejido adiposo tiene un importante papel en la producción de estrógenos. Es Responsable de la conversión de la androstendiona, de origen suprarrenal y ovárico, en estrógenos a nivel periférico, por lo que el endometrio de las mujeres obesas está expuesto a mayores concentraciones de estrógenos. La menopausia tardía también es un factor de riesgo, y sobre todo en mujeres con manifestaciones hiperestrogénicas como la anovulación crónica o el síndrome de ovarios poliquísticos. La nuliparidad también es otro factor ya que las altas concentraciones de progesterona en el embarazo y el haber sido usuaria de anticonceptivos orales protegen frente a este cáncer. Otros factores a tener en cuenta es la diabetes, la hipertensión y el tratamiento hormonal sustitutivo con estrógenos no compensado con progesterona.
- Ca. Vulva, con una media de 71 años, y correspondiéndose el 95,4% de los casos en mujeres menopáusicas, es el tercer cáncer en frecuencia en mujeres en la ancianidad, aunque en los últimos años, se está detectando un aumento de cáncer de vulva invasivo en mujeres de 45 años. Entre los factores predisponentes destacan las infecciones de sífilis, gonorrea, condilomas o VPH, aunque en realidad, podría afirmarse que cualquier infección de transmisión sexual podría ser un factor de riesgo, así como la presencia de cualquier lesión a nivel vulvar.
- Ca. Vagina y Ca. Trompa son muy poco frecuentes, y mientras que para el Ca. Vagina el factor de riesgo principal es la promiscuidad, por el contacto continuo con infecciones de transmisión sexual, y multiparidad, para el Ca. Trompa es la nuliparidad y antecedentes de esterilidad, así como infección tubárica, que se asocia al 40% de los casos. Además Peters y Cols, asocia el cáncer de trompa con otros cánceres primarios, como el de mama. El cáncer de trompas tiene una frecuencia muy baja respecto al resto de neoplasias ginecológicas, sin embargo, la edad de mayor incidencia se sitúa en torno a los 55-65 años, el 65% de los casos se encuentran ya en la menopausia. El cáncer de vagina es similar en frecuencia al de trompa respecto al resto de cánceres ginecológicos, representando el 1-4%, y donde la edad media de aparición se sitúa en torno a los 50-60 años, datos similares con el cáncer de trompas
- Ca. Cérvix y Ca. Mama, es menos frecuente en la senectud, pues la prevalencia de este tipo de patología neoplásica, se sitúa en torno a los 40-50 años. El cáncer de cérvix se relaciona con los factores genéticos, como madres con cáncer de cérvix, el alcohol, el tabaco, el uso de anticonceptivos orales, la multiparidad, ya que las nulíparas tenían 3 veces menos riesgo que una que hubiese dado

a luz, aumentando el riesgo con el número de hijos, así como las infecciones de transmisión sexual asociadas a múltiples compañeros sexuales, como el herpes virus y el virus del papiloma humano.

Los factores relacionados con el cáncer de mama son una fuerte asociación con factores genéticos, además; una menarquia precoz y el establecimiento de ciclos ovulatorios por las altas cifras de estradiol y un aumento precoz de prolactina. Una menopausia tardía, y hábitos nocivos como alcohol, tabaco y dietas hipercalóricas y la obesidad son factores predisponentes. Como factor protector se encuentra la lactancia materna prolongada.

CONCLUSIONES

Debido al aumento de este tipo de neoplasias y el impacto respecto a la morbi-mortalidad de esta enfermedad, los profesionales sanitarios como médicos, enfermeros, matronas... debemos de educar a las mujeres incidiendo nuestro trabajo en la prevención primaria o la no aparición de la enfermedad a través de hábitos saludables, como la alimentación, el ejercicio físico, evitar el consumo de alcohol y tabaco, sustancias nocivas como talco y asbesto y radiaciones ionizantes en la medida de lo posible. Fomenta el establecimiento de la lactancia materna, ya que parece ser un factor protector frente al cáncer ginecológico así como enseñar y evitar las infecciones de transmisión sexual, a través del sexo seguro y evitando la promiscuidad sexual, ya que un fuerte factor de riesgo serían estas infecciones sexuales, y las enfermedades que de ellas derivan.

También los profesionales sanitarios debemos trabajar en la prevención secundaria o la detección precoz de estas neoplasias, a través de planes de adhesión a los reconocimientos periódicos ginecológicos y pruebas de detección, que permitan un diagnóstico precoz de la enfermedad, ya que la detección en estadios precoces se asocia a una mayor supervivencia y calidad de vida, pues se aplica el tratamiento pertinente en cada caso de forma temprana, evitando así posibles infiltraciones y metástasis.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ardanaz E, Moreno C, Pérez de Rada ME, Ezponda C. Incidencia y mortalidad por cáncer en Navarra, 1998-2002. Evolución en los últimos 30 años. *An Sist Sanit Navar* 2007; 30: 245-270.
2. Colomer R, Alva E, Llombart A. Planificación asistencial de la Oncología Médica en España 2008. Primer libro blanco de la Oncología Médica en España.
3. Goldstein RB, Bree RL, Benson CB, Benacerraf BR, Bloss JD, Carlos R et al. Evaluation of the woman with postmenopausal bleeding: Society of radiologists in ultrasound-Sponsored Consensus Conference Statement. *J Ultrasound Med* 2001; 20: 1025-1036.
4. Shaw RW, Allen I, Harper MA, Hemsall V, Hourahane J, Rees MCP, Smith SK, Sutton P. The management of menorrhagia in secondary care. *Good Medical Practices Guidelines*. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, London 2000
5. Karlsson B, Grandberg S, Wikland M, Ylostalo P, Torvid K, Marsal K et al. Transvaginal ultrasonography of the endometrium in women with postmenopausal bleeding-a Nordic multicenter study. *Am J Obstet Gynecol* 1995; 173: 1488-1494.
6. Mossa B, Imperato F, Marziani R, Perniola F, Melluso J, Perniola G et al. Hormonal replacement therapy and evaluation of intrauterine pathology in postmenopausal women: a ten-year study. *Eur J Gynaecol Oncol* 2003; 24: 507-512.
7. Morgan A. Anexal mass evaluation in the emergency department. *Emerg Med Clin North* 2001; 19: 799-816.
8. Klahr S. Urinary tract obstruction. En: Scherier R W editor. *Disease of the kidney and urinary tract* 7th edition. Lippincott Williams & Wilkins Publisher, 2001.
9. Lickiss J Norelle. Palliative care and pain management. En: Berek and Hacker, eds. *Practical gynecology oncology* 1994: 687.
10. Khorana M, Francis CW, Culakova E, Lyman GH. Risk factors for chemotherapy-associated venous thromboembolism in a prospective observational study. *Cancer* 2005; 104: 2822-2829.

11. Prins MH. Vitamin K antagonists or lowmolecular-weight heparin for the long-term management of symptomatic venous thromboembolism. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Issue 4, 2000.
12. Matulonis UA, Seiden MV, Roche M, Krasner C, Fuller AF, Atkinson T et al. Long-acting octreotide for the treatment and symptomatic relieve of bowel obstruction in advanced ovarian cancer. *J Pain Sympton Manage* 2005; 30: 563.
13. Gaarenstroom KN, Kenter GG, Trimbos JB, Agous I, A, Amant, Peters AA et al. Postoperative complications after vulvectomy and inguinofemoral lymphadenectomy using separate groin incisions. *Int J Gynecol Cancer* 2003; 13: 522.
14. Nguyen NP. Current concepts in radiation enteritis and implications for future clinical trials. *Cancer* 2002; 95: 1151.

TRATAMIENTO DE HERIDAS CRÓNICAS CON MIEL

M. Díaz Goicoechea ⁽¹⁾, A. Díaz Goicoechea ⁽¹⁾, M. Díaz Goicoechea ⁽²⁾, J.A. Gil Campoy ⁽³⁾.

⁽¹⁾ Desempleada; ⁽²⁾ Hospital Comarcal de Melilla, Melilla; ⁽³⁾ SAS.

OBJETIVOS

Conocer los beneficios de la miel como tratamiento de heridas crónicas.

MÉTODO

Revisión bibliográfica de publicaciones científicas SCielo, Dialnet, Cinahl, Ciuden, Elsevier, Dialnet, Google Scholar y la Biblioteca Cochrane Plus.

INTRODUCCIÓN

La miel es una solución supersaturada, rica en carbohidratos y viscosa que producen las abejas, *Apis mellifera* y sus subespecies, para preservar el néctar^(1,2,3,4).

Se compone en un 20% de agua y aproximadamente un 80% de azúcar (30% de glucosa, 40% de fructosa, 5% de sacarosa) y está enriquecida con menores cantidades de otras sustancias: enzimas, aminoácidos, vitaminas, minerales (potasio, calcio, hierro, sodio, fósforo y magnesio), ácido síringico, ácido 3,4,5-trimetoxibenzoico y ácido 2 hidroxí-3-fenolipropionico^(1,2,3,4,5,6,7,8).

Por su origen puede ser unifloral, multifloral y no floral si el néctar procede de segregaciones dulces de insectos^(1,3,4). Además, existe gran diversidad según su origen botánico, geográfico, la estación del año, el método de recolección (aplicación de buenas prácticas agrícolas) y su manipulación durante el procesamiento tecnológico. Todo esto influirá en la presencia de principios activos que influirán en su acción terapéutica^(1,4,9).

La miel de Manuka, una miel monofloral derivada de las especies del árbol *Leptospermum* de Nueva Zelanda y Australia, ha despertado gran interés por su actividad antibacteriana añadida a la de otras mieles (efecto de la actividad de peróxido y de la osmolaridad de miel). El nivel de dicha actividad se representa con el valor Factor Único Manuka (FUM), certificado por un estudio in vitro^(1,3,4,5,7,8,10).

Desde hace unos años, es posible encontrar productos comercializados de miel estéril (purificada y γ -irradiada) a los que se les conoce como “medical-grade honey” o miel médica, siendo la mayoría de ellos elaborados con miel de Manuka^(1,2,5,6). Sin embargo, no está comercializada en España.

Pese a que algunos autores que recomiendan solamente el uso de miel médica para el tratamiento de heridas (ante la posible presencia de esporas de bacterias)^(5,7), la mayoría de los casos descritos en la literatura han usado miel sin tratar^(1,8).

Cuando se produce una herida en circunstancias normales, tiene lugar una serie de etapas que culminan con la cicatrización de la misma. Estas etapas son: hemostasia (formación de un coágulo de fibrina), inflamación (respuesta inmune del cuerpo), proliferación o re-epitelización (migración de células y cierre de la herida) y remodelamiento (reorganización de la matriz extracelular para adquirir el aspecto de los tejidos sanos).

Estas etapas se pueden ver alteradas por la presencia de factores relacionados con la enfermedad y especialmente con las enfermedades crónicas que impidan una buena cicatrización o predispongan a un deterioro de la integridad cutánea. Estos factores pueden ser alteraciones nutricionales, deshidratación, alteración de la movilidad, incontinencia, problemas vasculares, inmunosupresión, etc.

La elección de la miel para el tratamiento de heridas crónicas, ofrece una interesante relación coste-beneficio, tanto por su eficacia como por ser de carácter natural, no tóxico, de bajo coste, de aplicación sencilla y segura, y fácil accesibilidad en el domicilio^(2,3).

La presencia de infección, es uno de los problemas de mayor morbi-mortalidad en pacientes que presentan heridas crónicas, además de generar un aumento de los costes para el sistema de salud. Según la perspectiva del paciente, las heridas infectadas suponen signos y síntomas desagradables como incremento del exudado, dolor, hinchazón, eritema, mal olor, calor localizado, retraso en la cicatrización, decoloración, tejido de granulación friable, dolor inesperado y acumulo de pus en la base de la herida^(2,11).

Debido al uso masivo de antibióticos, algunas de las bacterias, que causan las infecciones más comunes, han creado resistencia a los antibióticos usados contra ellas. Por lo que se hace necesaria la búsqueda de tratamientos alternativos^(6,9,11).

RESULTADOS

La miel por sus características organolépticas ha sido usada desde la antigüedad como tratamiento tópico de heridas. Posee una acción antibacteriana con un amplio espectro de actividad, siendo eficaz contra bacterias gran-positivas y gran-negativas (tanto aerobias como anaerobias), algunas de ellas resistentes a los antibióticos convencionales como la *Pseudomonas* o MRSA. También se ha demostrado efectividad sobre ciertos hongos, levaduras y virus (menos efectividad en general, pero se ha demostrado mejor cicatrización de las lesiones herpes labiales tratadas con miel que las tratadas con aciclovir)^(1,5,9,11,12).

Por otro lado, el riesgo de que la bacteria adquiera resistencia a largo plazo es bajo siempre y cuando se mantengan clínicamente altas concentraciones de miel^(1,11,12).

Gracias a su viscosidad, la miel provee de una barrera que impide la pérdida de fluido y la invasión bacteriana^(5,7).

Posee propiedades desodorizantes basadas en el uso de la glucosa en vez de los aminoácidos de la herida para el metabolismo bacteriano, produciéndose como resultado del mismo la formación de ácido láctico en lugar de elementos malolientes (amonio, aminas y compuestos azufrados)^(2,3,5,6,7,8,9,10,11).

La acidez de la miel, además de inhibir el crecimiento bacteriano, facilita el incremento de linfocitos y fagocitos y la liberación de citoquinas e interleuquinas por los monocitos, las cuales estimulan la cicatrización y median en la respuesta inmune^(2,5,7,8,9,10,12).

La acción osmótica de la miel provoca la migración del agua y la linfa desde el tejido a la miel. Lo que provoca por un lado un aumento de la disponibilidad de oxígeno y nutrientes necesarios para el crecimiento de los tejidos de reparación, y por otro se disminuye la "actividad del agua" o Aw (concentración mínima requerida de agua en el ambiente de un microorganismo para su reproducción) dentro del sustrato, secando el tejido infectado e inhibiendo el crecimiento bacteriano^(1,3,5,7,12).

Efectos secundarios a la miel como tratamiento:

- **Dolor:** La presencia de dolor aparece de forma ocasional en heridas inflamadas como efecto secundario de la miel, es debida a la acción osmótica de la misma, al bajo pH y a la conversión natural del peróxido de hidrógeno. Pese a que el dolor no afecta negativamente a la cicatrización si puede hacerlo a la calidad de vida del paciente. Sin embargo, éste es temporal (desaparece al disminuir la inflamación) y puede ser manejado con analgesia oral^(2,6,7,11,12).
- **Intoxicación por miel "loca":** Es característica de la miel de la región del Mar Negro por la presencia de grayanotoxina I, procedente de las hojas y flores del rododendro y algunas otras plantas. Los efectos de la intoxicación son alteraciones cardíacas como bradicardia o bloqueo atrioventricular, convulsiones, vómitos, sudoración, visión borrosa, escalofríos y cianosis⁽¹⁾.

- **Alergia a la miel:** La alergia no es común, pero puede producir anafilaxis y se debe tanto a las proteínas de la planta o de la abeja como al polen que se encuentra en la miel^(1,7).
- **Botulismo infantil:** Es una enfermedad rara causada por la contaminación de la miel con esporas de Clostridium. Afecta principalmente a niños menores de 12 meses, y casi el 95% de los casos se encuentran en los primeros 6 meses de vida. No hay casos de botulismo del lactante relacionados con la aplicación tópica de miel médica⁽¹⁾.
- **Otros:**
 - Está contraindicada en caso de alergia al veneno o al producto de las abejas^(2,7).
 - En pacientes con diabetes, debe monitorizarse los niveles de glucosa en sangre^(2,7).
 - Puede aparecer maceración alrededor de la herida de forma ocasional, sin embargo, esto puede evitarse colocando un apósito secundario^(7,11).

CONCLUSIONES

Al contrario que muchos de los apósitos comerciales, diseñados para cumplir un único objetivo, la miel reúne en un mismo producto diferentes características que permiten el abordaje de las heridas crónicas desde diferentes líneas de actuación (eliminación del olor, favorecer la cicatrización, protege la herida de las infecciones internas y posee características bactericidas y bacteriostáticas).

Esto, unido a que es un producto natural, de bajo coste, fácil adquisición y sin efectos secundarios graves, hacen de la miel un producto a tener en cuenta en el tratamiento tanto de aquellos pacientes que realizan la elección por tratarse de acuerdo a preferencias propias como de aquellas heridas que se han cronificado bien por la falta de recursos, la inefectividad de los productos comerciales o el estado general del paciente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bittmann S, Luchter E, Thiel M, Kameda G, Hanano R, Längler A. MEDICINAL HONEY. Does honey have a role in paediatric wound management? Br J Nurs 2010 08/12;19(15):S19-24.
2. Lloyd-Jones M. Case study: treating an infected wound of unknown aetiology. Br J Community Nurs 2012 06/02:S25-9.
3. Rodríguez Ramírez R, González Tuero JH. Métodos alternativos para el tratamiento de pacientes con heridas infectadas; Alternative methods for treating patients with infected wounds. 2011:503-514.
4. Aguilera G, Gil F, González AC, Nieves B, Rojas Y, Rodríguez M A, et al. Evaluación de actividad antibacteriana de mieles de Apis mellifera, contra Escherichia coli y Staphylococcus aureus; Evaluation of the antibacterial activity of Apis mellifera honey against strains of Escherichia coli and Staphylococcus aureus. 2009:21-25.
5. Evans J, Flavin S. Honey: a guide for healthcare professionals. Br J Nurs 2008 08/14;17(15):S24-30.
6. Belcher J. A review of medical-grade honey in wound care. Br J Nurs 2012 08/09;21(15):S4-9.
7. Sharp A. Beneficial effects of honey dressings in wound management. Nurs Stand 2009 10/21;24(7):66-66-8, 70, 72 passim.
8. González Gascón R, Del Dedo Torre P. Actualización sobre el uso de miel en el tratamiento de úlceras y heridas. Caso clínico. Enfermería Global 2004;3(1).

9. Bardy J, Slevin NJ, Mais KL, Molassiotis A. A systematic review of honey uses and its potential value within oncology care. *J Clin Nurs* 2008 10;17(19):2604-2623.
10. Regulski M. A novel wound care dressing for chronic venous leg ulcerations. *PODIATRY MANAGE* 2008 2008;27(9):235-235-6, 238, 240-1 passim.
11. Smithdale R. Choosing appropriate dressings for leg ulcers. *NURS RESIDENTIAL CARE* 2010 07;12(7):318-318, 320, 322.
12. Molan P. The evidence and the rationale for the use of honey as a wound dressing. *WOUND PRACT RES* 2011 12;19(4):204-220.

UN RETO PARA EL PROFESIONAL SANTARIO

Silvano Arranz

Para poder hablar de si el síndrome de inmovilidad es un reto para los profesionales sanitarios voy a partir de una de sus definiciones: “*Objetivo difícil de conseguir en el que se pone mucho esfuerzo*”. Por sus propias características, el reto se constituye como un desafío para quien decide afrontarlo y a la vez, en un estímulo. Nos vamos a quedar con cuatro palabras de la definición y características del reto: difícil, esfuerzo, desafío y estímulo.

Me gustaría para guiar esta ponencia servirme de cuatro personas con sus características personales y familiares, situación de salud y así poder ver de una forma más objetiva si el síndrome de inmovilidad es un reto o no para los profesionales sanitarios.

Estas personas son Lucía, Dori, Cele y Aurelio.

Lucía es una mujer de 85 años viuda desde hace 15. Desde hace unos años pasa casi todo el tiempo con su hija, salvo desde el mes de junio hasta octubre que se traslada a su pueblo en Guadalajara. Como antecedentes de salud tiene una DM-2 desde hace poco tiempo controlada con dieta, HTA, tendencia depresiva, gonartrosis bilateral, artrosis, insuficiencia venosa crónica y obesidad. Seguimiento por médico de familia y traumatólogo. Cada vez camina menos, sigue siendo autónoma para las ABVD y realiza tareas domesticas no pesadas.

Dori tiene 79 años, vive con su marido y está diagnosticada al igual que Lucía de gonartrosis bilateral, artrosis, quiste recidivante en pie izquierdo que ha sido intervenido en dos ocasiones sin resolución definitiva, hipercolesterolemia y sobrepeso. Seguimiento por médico de familia y alta por traumatología.

Debido al dolor del pie ha tenido que disminuir el tiempo de caminata, pero sigue andando diariamente.

Si vemos estos dos casos y nos quedamos sólo con esta información clínica, podrían resultarnos semejantes o con pequeñas diferencias, pero estoy segura, que la imagen que tendríamos de su situación de salud relacionada con la inmovilidad, es de unas rodillas en mal estado y unos pies con cierta deformación que impiden una marcha adecuada. A lo mejor, tendríamos en cuenta la obesidad- sobrepeso de ambas mujeres, el problema de diabetes de Lucía y posiblemente nos quedaríamos ahí para tomar decisiones en cuanto al tratamiento a llevar a cabo.

Si no ahondamos más en cada caso, perderíamos información valiosa que nos va a ayudar a mejorar la calidad de vida de ambas.

Hay que hacer un **esfuerzo** para llegar a conocer mejor el caso, no podemos quedarnos con la parte puramente clínica, la valoración debe de ser integral y debe haber mayor implicación de otros profesionales.

En el caso de Lucía, el motivo de que cada vez camine menos es el dolor. Tiene tratamiento pautado con tramadol e infiltraciones por parte del traumatólogo con efecto solo a corto plazo. ¿Por qué se mantiene esta situación? ¿Se sigue teniendo miedo, prudencia, inseguridad,... en Atención Primaria a usar analgésicos potentes?

Pero el dolor no es el único factor. La actitud de Lucía es de pasividad, no toma decisiones activas, rechaza de forma constante las diferentes opciones que su hija le propone para mantener cierta actividad física y dejar peso.

Por parte de los profesionales sanitarios no se ha abordado que deje peso, la tendencia depresiva no se está teniendo en cuenta y es un factor importante en ella para poder conseguir alguna mejoría.

Como contrapunto contamos con el apoyo de su hija para cualquier propuesta que se le haga en beneficio de su madre y éste es un aspecto del que nos tenemos que valer para poder conseguir posiblemente pequeños logros, pero logros al fin y al cabo.

En este caso no se está trabajando la falta de voluntad, no hay indicación sobre que actividad física puede realizar según sus condiciones, realizar control adecuado del dolor y apoyar a su hija, son varios temas pendientes.

Pero en todo ello, la presencia de enfermería es inexistente y creo que puede hacer mucho al respecto. Poder llegar a acceder al fisioterapeuta en estos casos es casi imposible, tiene que acceder a través del médico rehabilitador que a su vez es derivado por el médico de familia.

Por otra parte este tipo de patologías no suele ser frecuente que se aborde por esta especialidad en la sanidad pública, salvo que el paciente sea un paciente inmovilizado, y siempre y cuando se cuente con equipos de rehabilitación domiciliaria.

En el caso de Dori contamos con iniciativa personal, ha aprendido a nadar hace poco y acude varias veces en semana a natación, pero al igual que con Lucía no ha sido vista nunca por enfermería y seguro que estaría receptiva a recibir consejos sobre como disminuir el sobrepeso.

Tampoco ha sido vista por ningún fisioterapeuta que le pudiera indicar que ejercicios, a parte de los que realiza, le podrían ser beneficiosos...

En el caso de Atención Primaria, no hay un buen conocimiento de que se puede o no hacer según su deformidad y artrosis, arriesgándonos a que las indicaciones que propongamos sean o no las más adecuadas.

Enfermería debe de implicarse más en este tipo de procesos, pero la realidad es que la mayoría de las veces estos pacientes no pasan de las consultas médicas tanto de Atención Primaria como de Especializada. Al igual que pasa con los-as enfermeros-as, se precinden de otros profesionales que podrían aportar sus conocimientos, como los fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, podólogos, psicólogos,... que ayudarían a abordar de forma multidisciplinar el síndrome de inmovilidad.

Voy a presentar otros dos casos que nos van a facilitar ver otros aspectos diferentes que los vistos en los casos anteriores.

Cele 90 años, Vive con su hija desde que se quedó viuda hace 10 años. Tiene como antecedentes de salud: HTA, cardiopatía hipertensiva, artrosis de más de 30 años de evolución, osteoporosis, varias fracturas espontáneas y otras causadas por diversas caídas debido a múltiples factores. Varios ingresos por crisis hipertensivas, y hace unos meses ingresó por dificultad respiratoria de origen cardiaco.

Se ha ido adaptando durante todos estos años al dolor que le provoca la artrosis caminando todos los días un poco, pero tras el último ingreso la actividad es mínima. Tras el alta hospitalaria no han dado ningún tipo de información sobre que cuidados debe de llevar a cabo y recomendaciones para poder mejorar la tolerancia a la actividad.

Su hija mantiene una actitud sobreprotectora desde hace tiempo, ya que aunque tiene 4 hermanos varones salvo uno, todos viven fuera con lo cual, es ella quien se enfrenta a los ingresos hospitalarios y a las diferentes situaciones de urgencia que ha tenido.

Periódicamente acude a consulta de médico de familia para control de Sintron y su hija realiza controles tensionales diarios.

El otro caso que voy a exponer es el de Aurelio de 82 años. Vive con su esposa. Tiene 5 hijos de los cuales salvo uno todos viven cerca de ellos. Hace 4 años sufrió un ictus del que se recuperó quedando como secuela una ligera hemiplejía izquierda necesitando un bastón para caminar. Otros antecedentes son: polimialgia reumática, angina inestable, cateterismo en el 2005 y deterioro cognitivo leve-moderado. Ingresa hace unos meses por una cardiopatía isquémica indicando el cardiólogo al alta por su parte, actividad cama-sillón de por vida.

Como ocurría en los dos primeros casos, tienen muchas similitudes (ingreso por patología cardiaca principalmente) pero hay factores que han influido en la forma de evolucionar su recuperación tras el alta hospitalaria.

Un factor importante y que tenemos que tener presente pues es clave en los domicilios, es la cobertura familiar y como el cuidador principal se posiciona.

En el caso de Cele, la actitud sobreprotectora de su hija ha hecho que la recuperación sea más lenta, aún no habiendo indicado actividad cama-sillón, como en el caso de Aurelio. El miedo a nuevas caídas, el cansancio acumulado por parte de su hija y el sentimiento de responsabilidad de la salud de su madre impide que evolucione más rápidamente.

Es cierto que desde hace ya más de 10 años, en el Servicio Andaluz de Salud, el cuidador familiar es parte de nuestra cartera de servicios y trabajamos directamente con ellas (sobretudo los- las enfermeros-as y los trabajadores sociales), pero siempre hay alguien al que no llegamos.

En el caso de Aurelio, su familia se posicionó desde el momento del alta organizándose con el apoyo del EGC (Enfermero Gestor de Casos) y manteniendo una actitud protectora pero no sobreprotectora lo que ha permitido una buena recuperación mejorando las expectativas dadas por el cardiólogo.

Con Aurelio ha habido otra intervención crucial ante el alta de cardiología y ha sido la intervención del geriatra. La valoración integral ha permitido no solo tener en cuenta el motivo del ingreso, sino todas sus patologías, adecuar el tratamiento y plantearse otros objetivos diferentes y más globales.

Como en los dos casos del principio hay profesionales que deberían estar implicados en el seguimiento al alta pero que no son visibles.

Los dos pacientes no se han podido beneficiar de un abordaje integral, de una valoración geriátrica como hubiera sido deseable.

Para concluir ¿Cuál es nuestro reto ante el síndrome de inmovilidad?

Llegar a tener una verdadera coordinación interniveles, y entre los mismos niveles asistenciales.

Las diferentes especialidades médicas existentes son importantes, pero el/la geriatra es el profesional mas indicado por su visión holística, para abordar los problemas de salud de nuestros mayores.

Mañana se examinan los primeros enfermeros que van a optar a la especialidad de Geriátrica ¿pero en que van a cambiar las cosas? En un futuro lo veremos, pero desde luego que va a ser un desafío y un enriquecimiento para la Enfermería.

Hacer partícipe y facilitar la implicación de otros profesionales como fisioterapeutas, enfermeros-as, podólogos, psicólogos, trabajadores sociales, etc,..., cada uno con sus competencias, pueden aportar valor añadido en las intervenciones que se tengan que llevar a cabo con las personas que presentan síndrome de inmovilidad o un riesgo de padecerlo.

Realizar protocolos, pero no para quedarse en papel escrito como la mayoría de las veces, sino para poder tener una herramienta consensuada que facilite la toma de decisiones con esas patologías invalidantes. Protocolos que sirvan de guía, sobretodo en Atención Primaria, que es donde tenemos a la mayoría de la población de riesgo.

Fomentar y mejorar herramientas y programas existentes en el Servicio Andaluz de Salud, como el Examen de Salud de Mayores de 65 años, desde donde se puede realizar una detección precoz y empezar con medidas preventivas.

Tener siempre en cuenta, y en este foro seguro que se tiene, que aunque la edad sea un factor influyente, no es determinante y en ocasiones es la excusa que se utiliza para no abordar el síndrome de inmovilidad de forma efectiva.

Para conseguir unos buenos resultados hay que hacer un esfuerzo, un gran esfuerzo por parte de todos nosotros y por supuesto de la Administración Sanitaria. Con buena voluntad se consiguen objetivos, pero con recursos y apoyo de la Administración es más probable que los alcancemos.

Difícil, si que va a ser difícil y mas en los tiempos actuales en los que todo son recortes tanto en recursos humanos como materiales. Difícil, igualmente por exigencias que en ocasiones nos desbordan, con objetivos que a veces no están acordes a las necesidades de salud de la población que vemos diariamente, pero que hay que cumplir, no disponiendo a veces de tiempo para hacer una buena prevención o una adecuada intervención. Pero poder llegar a mejorar todos estos aspectos va a ser un desafío de superación profesional y personal, pero al mismo tiempo debe de servirnos de estímulo para seguir mejorando, para continuar avanzando.

Espero que con nuestro esfuerzo, preparación y dedicación, superemos este reto y que nuestros niños y jóvenes cuando lleguen a ser mayores, el síndrome de inmovilidad sea más fácil de abordar y tenga menos repercusiones personales, sanitarias económicas, y sociales.

Belén Navarro Llobregat
Trabajadora Social

I. Algunos conceptos de partida

La atención a las personas mayores es una prioridad cada vez mayor en el marco de la política social y sanitaria de nuestro país. Este creciente interés no es casual; según los datos de la agencia europea de estadística, Eurostat “España tendrá el mayor porcentaje de octogenarios de la UE en 50 años”¹

Si bien es cierto que el proceso de envejecimiento conlleva cambios físicos y psíquicos, hay que reseñar que el envejecimiento no es un proceso que conlleve necesariamente el padecimiento de patologías de gravedad, por lo que podemos afirmar que las personas mayores² constituyen un grupo heterogéneo que debe ser observado de forma diferenciada, puesto que, entre otras cosas, los apoyos sociales que requerirán serán muy diversos en cuanto a características e intensidad.

Por otra parte, en Trabajo Social, la *personalización*³ “que exige reconocer el valor del destinatario no como objeto sino como sujeto activo” e *individualización* “expresada en la necesidad de adecuar la intervención profesional a las particularidades específicas de cada persona”, no deben ser incompatibles con la búsqueda de aspectos comunes en los clientes que posibiliten el establecimiento de clasificaciones. En suma, para poder describir los apoyos sociales que las personas mayores requieren es necesario comenzar por clasificar este grupo tan heterogéneo.

Según Muñoz, Portillo y Almendro (2005) podemos diferenciar las siguientes categorías⁴

1. *Persona mayor autónoma: Incluye a los mayores de 65 años, sanos y afectos de enfermedades agudas o crónicas no potencialmente incapacitantes. Se estima que pueden constituir entre el 64 y el 75% de los mayores de 65 años, y en estudios realizados en nuestra comunidad se encuentra un elevado nivel de autonomía hasta en el 85.7% de los mayores de 60 años. La intervención fundamental en este grupo deberá ser la preventiva*
2. *Persona mayor frágil o de alto riesgo de dependencia: Este concepto indica situación de riesgo de dependencia pero sin padecerla aún, siendo potencialmente reversible o pudiendo mantener la autonomía mediante una intervención específica. Esta situación vendrá determinada por la presencia de al menos 1 de los siguientes criterios:*
 - 2.1. *Criterios demográficos: tener más de 80 años.*
 - 2.2. *Criterios clínicos: presentar situaciones clínicas con alta probabilidad de producir pérdida funcional.*

¹ La población mayor de 65 años se duplicará en 2060 - Público.es [Internet]. Diario Público. [citado 19 de septiembre de 2013]. Recuperado a partir de: <http://www.publico.es/espana/380936/la-poblacion-mayor-de-65-anos-se-duplicara-en-2060>

² Nos referimos con el término *personas mayores* a aquellas mayores de 65 años de edad, frontera socialmente consensuada.

³ Principios generales del trabajo social, recogidos en el Código Deontológico. Portal del Consejo General del Trabajo Social - El consejo - Código Deontológico. (s. f.). Recuperado 15 de septiembre de 2013, a partir de http://www.cgtrabajosocial.com/consejo/codigo_deontologico

⁴ Muñoz, F., Portillo, J., Almendro, J.M. Clasificando a las personas mayores. Una visión dinámica. Medicina de Familia. 2005;6:167-8.

2.3. *Criterios sociales: vivir sólo, viudedad reciente, bajo nivel socioeconómico, cambios frecuentes de domicilio (anciano itinerante), institucionalización, aislamiento social, falta de apoyo social, problemas en la vivienda, rechazo de su situación...*

2.4. *Criterios sanitarios: Ingreso hospitalario reciente (últimos 12 meses), polimedicación (4 ó más fármacos).*

Se estima que pueden representar en torno al 15% de los mayores de 65 años de la comunidad.

3. *Persona mayor dependiente: Se refiere a la situación de dependencia (pacientes con pérdida funcional importante en las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, incapacitados en sus domicilios, situaciones terminales, ingresos hospitalarios y descompensaciones clínicas frecuentes...), en los que hay escasa posibilidad de revertir su estado funcional. Las predicciones estiman que constituirían entre un 5-10% de los mayores de 65 años, pudiendo llegaren nuestra comunidad hasta el 11% según algunos estudios.*

Por su parte, la Guía de Atención a Mayores del Servicio Canario de Salud⁵ diferencia entre persona mayor no de riesgo (PNRM) y persona mayor de riesgo (PRM) porque esta diferenciación sirve para activar protocolos de intervención diferenciados. Para distinguir una categoría de la otra deben confluír al menos dos criterios de entre los siguientes (OMS 1987):

- Edad igual o mayor de 80 años.
- Vivir solo / a
- Pérdida de la pareja en el último año.
- Cambio reciente de domicilio (menos de un año)
- Polimedicación (más de 4 fármacos diarios)
- Ingreso hospitalario en el último año.
- Afección crónica invalidante (física o psíquica)
- Problemática social con incidencia sobre su salud.
 - Situación económica precaria.
 - Aislamiento geográfico extremo.
 - Ausencia de personas de apoyo.

Hechas estas diferenciaciones, es importante definir dos conceptos que son una constante en cuanto a la atención a personas mayores: dependencia y autonomía. La *Dependencia* es, según el Art. 2 de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia (en adelante *ley de dependencia*):

el estado de carácter permanente en que se encuentran las personas que, por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad, y ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisan de la atención de otra u otras personas o ayudas importantes para realizar actividades básicas de la vida diaria o, en el caso de las personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental, de otros apoyos para su autonomía personal.

Así, la dependencia conlleva en su propia definición la necesidad de apoyos, pero, sorprendentemente, el baremo que mide el grado de dependencia en nuestro país no mide la intensidad de apoyos con los que cuenta o de los que carece una persona mayor, lo que provoca situaciones paradójicas, de las que más adelante hablaremos.

⁵ http://www2.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/96706858-ec54-11dd-9b81-99f3df21ba27/GUIA_PERSONAS_MAYORES.pdf

La definición encierra otra cuestión, que genera cierta confusión a la hora de intervenir hacia la protección de las personas mayores, tanto desde el ámbito sanitario como social y es describir el concepto *autonomía* como el antagónico de *dependencia*.

En este sentido, autoras como Gómez (2012) discrepan de este enfoque, apuntando que la autonomía es la *capacidad del individuo para tomar elecciones y asumir las consecuencias de las mismas*, por lo que una persona mayor puede encontrarse en situación de dependencia y mantener su autonomía en el contexto de la toma de decisión. Así, parece más oportuno contraponer al término *dependencia* el término *independencia*, al margen de que haya personas mayores que además de tener mermada su independencia tengan mermada su autonomía por cuestiones de índole cognitiva.

Es importante introducir, en el ámbito de la atención a las personas mayores el concepto de *Buenas Prácticas*, que ha ido incorporándose de un modo progresivo a los servicios sociales en España y en Andalucía. Las BBPP facilitan el afrontamiento de un cambio de paradigma en la intervención con personas mayores.

La atención a personas mayores es un aspecto de la intervención social donde la aplicación de buenas prácticas puede y debe imponerse; las razones de tal aseveración son las siguientes:

- Se trata de una problemática relativamente reciente, donde hay poco camino recorrido.
- Debemos conseguir la eficacia en la intervención con un colectivo tan vulnerable.
- Debemos asimismo perseguir el mayor aseguramiento ético puesto que estamos atendiendo situaciones de posible fractura de derechos en las que interviene el concepto de toma de decisiones.

Por lo tanto, el objetivo desde la intervención social con personas mayores debe ser:

La prevención, detección precoz y protección a la persona mayor, desde el principio de toma de decisiones, con el fin de acompañarla hacia la consecución de una vida plena.

Detengámonos en algunos de los vocablos de la definición:

- ✓ *Prevención*: Dirigida fundamentalmente a promover el envejecimiento activo para frenar la dependencia, ofrecer recursos a las personas mayores con el objetivo garantizar la permanencia en el medio y apoyo a las cuidadoras para eliminar factores de riesgo tendentes al maltrato.
- ✓ *Detección precoz* de casos de personas en riesgo social para garantizarles una adecuada calidad de vida.
- ✓ *Protección* a aquellas personas mayores que están sufriendo situaciones de abandono o maltrato, englobando la protección social, jurídica y sanitaria.
- ✓ *Acompañamiento*: Entendido como proceso de atención a la persona mayor, desde el reconocimiento de su autonomía, ofreciendo apoyo social, psicológico y afectivo en su camino hacia una vida plena.

El principio de toma de decisión ocupará nuestro siguiente capítulo.

II. La persona mayor desde el principio de toma de decisión

En el capítulo anterior señalábamos que el envejecimiento conlleva cambios fisiológicos y psicológicos que pueden ir asociados a procesos de morbilidad, aunque no tiene por qué ser así. Hay personas mayores que mantienen un nivel de salud que les permite mantener una vida independiente y plena.

El problema reside en aquellas personas que, o bien tienen mermadas sus capacidades cognitivas, o bien se encuentran físicamente limitadas; observo desde mi experiencia profesional que son, por desgracia,

la mayoría de las que llegan a una edad diríamos *respectable* (70-75 años en adelante). Son personas, muy machacadas por una dura vida de trabajo acompañada de ciertos déficits en cuanto a hábitos saludables, personas que han prestado poca atención, durante su vida joven y adulta, a su autocuidado. Todo ello provoca que necesiten apoyos más o menos intensos.

Esta necesidad de apoyos, unida al prejuicio tan arraigado en nuestra sociedad sobre el envejecimiento acerca de que las personas mayores son iguales que los niños genera en las personas que les rodean cierta infantilización hacia los mayores unida a una excesiva sobreprotección que les lleva a supervisar todos y cada uno de sus actos cotidianos.

Estos familiares, además, son los que suelen dirigirse a los servicios sociales comunitarios en primera instancia, por lo que los profesionales solemos escuchar la *versión oficial* de las necesidades de la persona mayor de labios de éstos, con lo que a la hora de conocer las inquietudes, necesidades y deseos de la persona mayor solemos estar condicionados por esta *primera versión* que va acompañada de presiones por parte de los familiares para que intervengamos en la dirección que ellos indican porque *es lo mejor* para el anciano o anciana.

Por todo ello, conviene no perder de vista, siguiendo a Gómez (2012) que “el envejecimiento no hace dependiente la toma de decisión, ni tan siquiera la hace vulnerable o cuestionable. La persona mayor es libre para decidir qué camino va a seguir en su proceso de envejecimiento”. Los profesionales no somos conscientes en la medida de lo deseable sobre el choque que se produce entre nuestro interés por ser eficaces y el deseo de la persona de tomar sus propias decisiones, choque este que ocupa un lugar central en la Ética del Trabajo Social.

Aquí me limitaré a subrayar la necesidad de respetar el principio de toma de decisión de la persona mayor y sus ritmos, que, como es obvio, son mucho más lentos que los nuestros y hacer el esfuerzo de detenernos y escuchar para comprender y, así, poder acompañar.

Si la persona mayor no está capacitada para tomar sus propias decisiones, deberá dictaminarlo un juez. El procedimiento de actuación con personas que no pueden valerse por sí mismas se recoge en lo establecido en la Ley 6/1999 de 7 de Julio de Atención a Personas Mayores, la Ley de Enjuiciamiento Civil y el Decreto 23 /2004, de 3 de febrero, por el que regula la protección jurídica a las personas mayores.

Una praxis ética sitúa por encima de intereses de los familiares o los profesionales la actuación en pro del bienestar de la persona mayor; cabría preguntarse de vez en cuando cuál es nuestra máxima preocupación, si es la autoprotección ante posibles repercusiones por nuestra actuación y / o la evitación de conflictos, o la búsqueda del bienestar de la persona mayor. Dejo esta reflexión abierta.

III. El apoyo social, una responsabilidad compartida

En el marco de la intervención con personas mayores el contexto juega una importancia crucial para definir las reglas del juego por las siguientes razones:

- Define la posición del profesional con respecto a la persona mayor.
- Establece qué tipo de papel cabe esperar que el profesional *interprete*.
- Nos sirve para generar también expectativas reales a los miembros de la familia, sobre todo en los casos en los que la persona mayor tiene unas preferencias y su familia otras.

Hemos de recordar que la persona mayor en la inmensa mayoría de los casos no reside sola y suele convivir con cónyuges, hijos, hermanos, cuñados o en ámbitos residenciales, además de otras formas de convivencia como aquellas personas que viven solas pero son cuidadas por una vecina, por citar algunos ejemplos.

Todas estas personas constituyen la **red de apoyo social de la persona mayor**. Para mejorar los apoyos sociales de las personas mayores, detengámonos en el concepto *red de apoyo social*.

Se define la red social como *la socio estructura individual donde tienen lugar los intercambios de apoyo* (Gottlieb citado por Gracia, 1998: 24) y en adelante, la denominaremos red de apoyo social como normalmente es conocida. La función de apoyo no es sin embargo la única función que cumplen las redes sociales. El tipo prevalente de intercambio interpersonal entre los miembros de la red determina las llamadas funciones de una red, que son las siguientes (Slutzki, 1996)

- Compañía social.
- Apoyo emocional.
- Guía cognitiva y consejos.
- Regulación social.
- Ayuda material y de servicios.
- Acceso a nuevos contactos

Siguiendo a Moxley (citado por Villalba, 1996: 197) vamos a dividir las características de las redes de apoyo social en estructurales e interaccionales.

Características estructurales:

1. Tamaño: Número de personas en la red social. Es un indicador de posibilidades y oportunidades: para dar y recibir apoyos.
2. Composición: Número de diferentes tipos de personas en la red social: familia, amigos, vecinos, compañeros de trabajo, escuela, centro de día... Es un indicador de posibilidad de desarrollar diferentes roles.
3. Densidad: Grado de interconexión que tienen los miembros de la red social. Es un indicador de apoyo pero también puede ser de control.
4. Dispersión: Niveles de relación en términos de espacio y tiempo. Es un indicador de facilidad de contacto con los miembros de la red.

Características interaccionales:

1. Diversidad de vínculos: Es el desarrollo de diferentes roles en una o unas mismas personas significativas para la persona de referencia. Es un indicador del grado de accesibilidad a la red y a diferentes apoyos. Ej. un vecino que a la vez es amigo y a la vez es primo. Es un indicador de flexibilidad de las relaciones dentro de la red.
2. Contenido transaccional: Es el intercambio de ayuda material, emocional o instrumental entre la persona de referencia y los miembros de su red. Es un indicador de las necesidades y de las potencialidades de la persona de referencia en relación a los miembros de su red.
3. Direccionalidad: Es el grado en que la ayuda afectiva, instrumental o material es dada o recibida por la persona de referencia. La reciprocidad es un indicador de salud y calidad en las relaciones sociales.
4. Duración: la extensión en el tiempo de las relaciones de la persona de referencia con los miembros de su red social. Es un indicador de estabilidad en las relaciones.

La metodología del trabajo con redes desde servicios sociales incluye un proceso que implica (Villalba, 1996):

1. Identificación de la red.
2. Análisis de la red.
3. Intervención en la red

Veamos los dos primeros:

1. Identificación de la red social.

La identificación de la red social es un proceso subjetivo que una persona hace de reconocimiento de las relaciones importantes que existen en su vida. Para un profesional, este proceso supone conocer las características estructurales e interaccionales del sistema de relaciones en torno a dicha persona al que

llamamos red social. La identificación de la red social se hace normalmente en una o dos entrevistas cuando se tiene establecida una buena relación con la persona o con la familia con la que estamos trabajando. Se puede utilizar el mapa de red social para visualizar mejor todas las características.

2. El análisis de la red social.

Los investigadores empezaron usando el análisis de la red social para definir el sistema de apoyo social de una manera muy simplista, asumiendo algunas veces y de manera ingenua que todos los lazos son positivos y que todas las redes son sistemas de apoyo social.

El análisis de la red social desde la perspectiva de la intervención psicosocial puede considerarse un proceso de valoración de la cantidad, tipo y funciones de las relaciones de apoyo y de las tensiones y conflictos con y entre esas relaciones referidas a una persona.

Igualmente importante es conocer a qué otros servicios formales han acudido o acuden, quién les está ayudando desde el sistema formal. En resumen, el análisis de la red social de una persona mayor pretende conocer cuáles son los recursos de apoyo recibidos como reales, potenciales y disponibles, dónde están las limitaciones, los conflictos, las carencias, cuáles son las capacidades de autocuidado de la persona central de la red y cuál es el uso y la relación que la persona está teniendo con el sistema comunitario y con el sistema formal.

Es fundamental realizar este análisis de las redes de apoyo social de la persona mayor porque es probable que la persona reciba apoyos de los que ni siquiera es consciente y por tanto no verbaliza y, por otra parte, no tener en cuenta estos elementos nos puede traer quebraderos de cabeza porque pueden estar obstaculizando la intervención sin que nos estemos percatando de ello, entre otras muchas razones.

Hasta ahora, se ha descrito el papel que juega la red de apoyo más próxima a la persona mayor, lo que se ha dado en llamar la red *informal*, aunque cada vez más profesionales optan por el término *no profesional* en contraposición con el término *profesional*.

¿Qué ocurre con los apoyos profesionales? En materia de dependencia, es un hecho evidente el desmantelamiento progresivo de la Ley 39/06 de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia. Esta afirmación se sustenta con la descripción somera de tan solo algunos de los recortes que se han perpetrado:

- El presupuesto estatal para la Ley de Dependencia ha pasado de 1.700 millones de euros para 2012 a 1.171 millones de euros para 2013.
- Se ha recortado un 15 % la prestación a las cuidadoras familiares.
- A las cuidadoras familiares se les ha dejado de cotizar a la seguridad social.
- Se ha hecho una revisión del baremo de dependencia a la baja.
- Se han simplificado los tramos de grado de dependencia para ofrecer menos servicios.

Así las cosas, bien pareciera quimera reivindicar el necesario impulso a la coordinación sociosanitaria, que no es lo mismo que atención sociosanitaria: La atención sociosanitaria o espacio sociosanitario implica la creación de un sistema híbrido, tipo SAAD, para la atención de determinadas problemáticas. La coordinación sociosanitaria, en cambio, supone la cooperación de dos sistemas públicos con legislación, estructura y presupuestos diferenciados.

Los profesionales de servicios sociales apostamos por el establecimiento de protocolos de coordinación sociosanitaria, centrados en la piedra angular del sistema que no es, ni más ni menos que la persona mayor.

Hoy más que nunca es necesaria la combinación de los apoyos no profesionales procedentes de la red de apoyo de la persona mayor, con los apoyos profesionales procedentes tanto del ámbito sanitario como

del ámbito social. A pesar del más que evidente retroceso en materia de recursos, es posible garantizar una adecuada atención a nuestros mayores si somos capaces de confluir las necesidades y deseos expresadas por la persona mayor, con las posibilidades de apoyo por parte de su red de apoyo y con los recursos que, de manera coordinada, podemos ofrecer desde el ámbito social y sanitario.

Para ello es necesario que los profesionales asumamos una posición menos directiva y más igualitaria, tanto en nuestras relaciones interinstitucionales como con la persona mayor y su familia. La atención de la persona mayor a través de los apoyos sociales, profesionales y no profesionales es una responsabilidad compartida. Su bienestar está en juego.

BIBLIOGRAFÍA

1. Muñoz, F., Portillo, J., Almendro, J.M. Clasificando a las personas mayores. Una visión dinámica. *Medicina de Familia*. 2005;6:167-8.
2. Gracia, E. *El apoyo social en la intervención comunitaria*. Madrid: Paidós; 1997.
3. GUIA_PERSONAS_MAYORES.pdf [Internet]. [citado 20 de septiembre de 2013]. Recuperado a partir de: http://www2.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/96706858-ec54-11dd-9b81-99f3df21ba27/GUIA_PERSONAS_MAYORES.pdf
4. Gómez R. La autodeterminación de la persona mayor en la intervención social: la protección a su toma de decisión. *TS Difusion*. 95:13-22.
5. La población mayor de 65 años se duplicará en 2060 - Público.es [Internet]. *Diario Público*. [citado 19 de septiembre de 2013]. Recuperado a partir de: <http://www.publico.es/espana/380936/la-poblacion-mayor-de-65-anos-se-duplicara-en-2060>
6. Sluzki, C. *La red social: frontera de la práctica sistémica*. Madrid: Gedisa; 1996.
7. Ley 39/06 de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia. *BOE*, 39 dic 14, 2006 p. 44142-56.
8. Villalba, C. *Metodología y técnicas avanzadas en Trabajo Social*. Sevilla; 1996. p. 189-209.
9. Portal del Consejo General del Trabajo Social - El consejo - Código Deontológico [Internet]. [citado 15 de septiembre de 2013]. Recuperado a partir de: http://www.cgtrabajosocial.com/consejo/codigo_deontologico

M^a Teresa García López
Doctora en Medicina. Neuróloga
Directora médico de la Clínica Neurodem
F.E.A. Servicio de Neurología. Hospital de Torrecardenas

PATOLOGÍA CON ALTO PODER INVALIDANTE

PATOLOGIAS NEURODEGENERATIVAS:

Tenemos claro que con el avance social y médico se ha conseguido vivir más años, ser más longevos, pero esto conlleva padecer enfermedades degenerativas ligadas a la edad y también ligadas a la mayor exposición de agentes externos que perjudican la salud.

Nos marca la edad, la genética, la herencia, las diferentes enfermedades, la alimentación, los agentes externos nocivos para la salud, la plurifarmacología...son múltiples factores que degeneran nuestro organismo.

Nos planteamos las enfermedades neurodegenerativas como enfermedades que van a dificultar una VEJEZ EXITOSA, son enfermedades que afecta a nuestro sistema nervioso, y hacen que el paciente pase desde la autonomía a la dependencia, que nos hace pasar de ser personas activas a personas inactivas, de personas independientes a personas dependientes.

Ante la inmovilidad (física y psíquica) hay que poner todos los medios a nuestro alcance para llegar activos hasta el final.

Posiblemente los grandes bloques de enfermedades neurodegenerativas que más nos “inmovilizan” son los trastornos del movimiento y la demencia. Son enfermedades lentamente progresivas con alto poder invalidante.

I - Enfermedad de Parkinson y otros trastornos del movimiento

II - Demencias

I) ENFERMEDAD DE PARKINSON Y OTROS TRASTORNOS DEL MOVIMIENTO:

Los trastornos del movimiento son un grupo de enfermedades en las que predominan las alteraciones en la forma y velocidad de los movimientos corporales. Pueden ser una manifestación clínica de una enfermedad o formar parte de las manifestaciones neurológicas de enfermedades más complejas.

Desde el punto de vista clínico, se distinguen dos grandes grupos de trastornos del movimiento:

- Pobreza y lentitud de movimiento (acinesia), que se acompaña habitualmente de aumento del tono muscular o rigidez (síndromes rígido acinético)

- Movimientos anormales involuntarios (discinesias). Según el ritmo, la velocidad, la amplitud... pueden ser temblor, corea, balismo, atetosis, distonía, mioclonias, tics, estereotipias, acatiasis

Síndromes rígido acinéticos.

La asociación de temblor, rigidez, acinesia y pérdida de los reflejos posturales es un “síndrome parkinsoniano”. El diagnóstico se hace cuando hay al menos tres de estos síntomas. El temblor parkinsoniano es un temblor de reposo lento que aumenta en situaciones de tensión emocional y desaparece con el movimiento voluntario. Desaparece durante el sueño. La rigidez puede variar de intensidad y afecta a los músculos flexores y extensores. La acinesia es la lentitud o pobreza del movimiento automáticos o espontáneos, es el más incapacitante de los síntomas (lentitud para comer, vestirse y asearse, dificultad para levantarse del asiento, para darse la vuelta en la cama e iniciar la marcha. Pérdida de braceo al caminar. Lentitud para escribir-micrografía, disminución de la frecuencia del parpadeo y de la expresividad facial, dificultad para hacer movimientos repetitivos rápidos, dificultad para hablar y sialorrea).

Los pacientes parkinsonianos tienen trastorno de la postura, del equilibrio y enderezamiento. Adoptan postura en flexión, con tendencia a caminar a pasos cortos arrastrando los pies. Tendencia a la caída con mínimo empujón o tropiezo (festinación)



MOVIMIENTOS ANORMALES INVOLUNTARIOS:

1- Temblor: Movimiento rítmico y oscilatorio de una zona corporal que se debe a contracciones rítmicas de un músculo antagonista y otro agonista. Puede ser:

- temblor de reposo (parkinsoniano)
- temblor de acción -postural (temblor fisiológico, emocional, por fatiga, hipoglucemia, hipertiroidismo my fármacos)
- temblor intencional o cinético (cerebeloso)

2- Corea : Movimientos irregulares de duración breve que cambia de una zona corporal a otra sin secuencia definida (excepto en las discinesias tardías). Localización distal y de baja amplitud. (corea de Huntington)

3- Balismo: Movimientos coreicos bruscos, de gran amplitud y predominio proximal (lesion vascular del núcleo subtalamico generalmente)

4- Atetosis: Movimientos bruscos y reptantes que puede afectar a los miembros, tronco, cabeza, la cara y la lengua. Aumenta con los movimientos voluntarios. Afecta difícil de distinguir de la distonia.

5- Distonía: Movimientos involuntarios de torsión con contracción mantenida (postura distónica) o breve (movimiento distónico). En reposo o con la acción voluntaria y se debe a la contracción simultanea de músculos agonistas y antagonistas Pueden ser : generalizadas, segmentarias, focales, multifocales, hemidistonia.

Un rasgo característico de las distonías es su respuesta a trucos sensitivos o gestos antagonistas que mejoran o hacen desaparecer la distonía con maniobras como tocarse el cuello (en la distonía cervical) o el antebrazo (en distonía del escribiente)

Las distonías pueden ser primarias (la distonía es el único síntoma, puede ser esporádica o hereditaria, hay 13 formas genéticas descritas) o secundarias (asociada a otra alteración neurológica)

6- Mioclonias: Son movimientos rápidos, muy breves y de amplitud variable causados por contracciones simultaneas de músculos agonistas y antagonistas o inhibiciones del tono muscular que se originan en el sistema nervioso central.

7- Tics: Movimientos repetitivos irregulares o sonidos repetitivos, irregulares y estereotipados carentes de objetivo, que puede afectar a diversos grupos musculares. Pueden aparecer en cualquier fase del sueño. Los tics aumentan en situación de ansiedad y fatiga y disminuyen al leer, tocar un instrumento musical o realizar otros actos que requieran cierta concentración. Pueden ser suprimidos voluntariamente. Pueden ser: motores simples y complejos

8. Otros trastornos del movimiento:

- vocales simples y complejos
- Síndrome de piernas inquietas
- Síndrome de piernas dolorosas y dedos en movimiento
- Acatisia (actividad motora anormal que se hace voluntariamente para mejorar sensaciones no confortables)
- Espasmo hemifacial
- La enfermedad del sobresalto
- Síndrome de la persona rígida

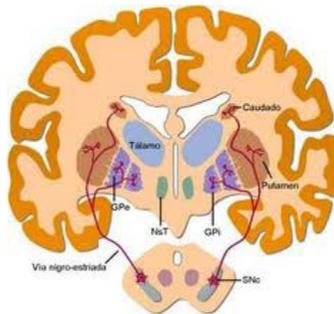
Las Enfermedades que cursan con trastornos del movimientos son:

- 1- Temblor Esencial
- 2- Enfermedad de Parkinson
- 3- Parálisis Supranuclear Progresiva (PSP)
- 4- Atrofia multisistemicas
- 5- Degeneración corticobasal
- 6- Demencia con cuerpos de Lewy
- 7- E. de Huntington
- 8- Parkinsonismos secundarios
- 9- Distonía focales
- 10- Distonías secundarias
- 11- Otras

Fisiopatología:

Las enfermedades con trastornos del movimiento se deben a una alteración anatómica y funcional de los ganglios basales.

Los ganglios basales comprenden un grupo de núcleos subcorticales relacionados directamente con el inicio y el control del movimiento voluntario así como del aprendizaje procesado y acciones cognitivas y emocionales. Los ganglios basales tiene una relación anatómica y una relación funcional. La importancia funcional de los ganglios basales radica en su capacidad integradora de la información.



ENFERMEDAD DE PARKINSON

La enfermedad de Parkinson es un trastorno de la edad adulta, con una edad de comienzo sobre los 50-60 años, con una progresión lenta. Aunque el temblor es el síntoma inicial más frecuente, a veces los síntomas de comienzo son otros que pueden anteceder en años a los síntomas motores (fatiga, anosmia, cambios de la personalidad, dificultad para realizar tareas finas habituales, dificultad para escribir, trastorno de la voz...) y esto dificulta un diagnóstico precoz.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS:

En la clínica habitual lo que nos define la E. de Parkinson son pacientes que cumplen los siguientes criterios:

- Presencia de dos de los tres signos cardinales (temblor, rigidez y bradicinesia; no se considera la inestabilidad postural)
- Respuesta al tratamiento con levodopa, con una mejoría de importante a moderada de al menos un año de duración.
- Ausencia de signos atípicos que incluyen parálisis supranuclear de la mirada, piramidalismo, signos cerebelosos, signos de motoneurona, demencia precoz)

El comienzo de los síntomas suele ser asimétrico.

Es una enfermedad progresiva, invalidante, fundamentalmente por la acinesia, que les da gran dificultad para

iniciar el movimiento y para la marcha.

Temblor: El temblor de reposo es de frecuencia y amplitud media (4-6 Hz), fundamentalmente distal y afecta mas a brazos, pero tambien a piernas, labios, lengua, mandibula. Raramente se afecta la cabeza , es mas caracteristico en el temblor esencial. Durante el dia el temblor fluctua en intensidad y amplitud y desaparece con el sueño.

Rigidez: Es la resistencia al desplazamiento pasivo de las articulaciones. Es el signo de la rueda dentada, muy característico, pero no patognomónico. En rigidez dudosa el fenómeno de Fromet nos aporta informacion (explorar la rigidez de un articulacion haciendo que el paciente haga movimientos voluntarios con otra articulación)

Acinesia: Es la dificultad para iniciar un movimiento. Puede haber hipocinesia (reduccion de la amplitud del movimiento) o bradicinesia (lentitud del movimiento). Son los que dan mas incapacidad funcional al paciente. Pierden el ritmo para realizar movimientos simultaneos y secuenciales y una gran sensibilidad a los estímulos externos que producen bloqueos motores. La hipocinesia al principio afecta a musculatura distal, pero progresa a todos los musculos del organismo causando múltiples dificultades en la vida diaria. La hipocinesia produce disminucion del braceo durante la marcha, uno de los primeros sintomas de la enfermedad. Hay manifestaciones no motoras en la E. de Parkinson como son las alteraciones cognitivas (que aparezcan despues de muchos años de evolución), las alteraciones psiquiatricas (ansiedad, psicosis , confusion, comportamientos obsesivos, ataques de pánico, conducta repetitiva y alteraciones conductuales) , demencia, alteraciones del sueño, alteracion de la voz y la deglución, alteraciones autonomicas (estreñimiento, alteraciones urinarias y sexuales, hipotensión ortostatica), alteraciones sensitivas y dolor, alteraciones dermatologicas, alteraciones olfatorias (sintoma muy precoz), fatiga...

NEUROPATOLOGIA:

El axamen neuropatologico del encefalo muestra una despigmentación de la sustancia negra y del lucus coeruleus.

El examen microscopico confirma la pérdida de neuronas dopaminergicas inmunoreactivas para tirosina-hidroxilasa en la parte compacta de la sustancia negra, con un patron de afectación mayor en la zona ventrolateral. Esto significa reduccion en el transporte de la dopamina. Hay una pérdida de inervación dopaminergica en los núcleos estriados y se acompaña de una pérdida de etransportador de la dopamina que correlaciona con la duración y la gravedad de la enfermedad motora.

Es característico encontrar los cuerpos de Lewy que son inclusiones intracitoplasmaticas esfericas, homogéneas y rodeadas de un halo claro. En ocasiones , forman estructuras concentricas de densidad creciente hacia el centro del cuerpo de Lewy, mientras que en otras los límites son más difusos. Los cuerpos de Lewy están formados por agregados de proteinas.

Por tanto en la Enfermedad de Parkinson idiopatica nos encontramos despigmentacion y perdida neuronal y presencia de cuerpos de Lewy en la sustancia negra.

Pronostico y progresion:

Es de un curso progresivo, aunque la progresión es variable. Con el tratamiento con levodopa ha cambiado mucho no solo la calidad de vida del paciente sino tambien la mortalidad. Pero la tasa de mortalidades en los pacientes con E. de Parkinson es mayor que en la población general, y la gravedad de los signos motores, especialmente la bradicinesia y la presencia de demencia son los dos factores de riesgo mas importantes que se asocian al incremento de la mortalidad.

Ante la sospecha de este tipo de enfermedades, cuanto llegemos al diagnostico y tratamiento especifico mejor para la calidad de vida del paciente. Les ayudara a mantenerse autonomos más tiempo.

TRATAMIENTO:

A) Farmacologico:

- Tratamiento del trastorno del movimiento:
 - ✓ Levodopa
 - ✓ Agonista dopaminergicos no ergoticos: Pramipexol, Ropinirol, rotigotina, apomorfina
 - ✓ Agonista dopaminergicos ergoticos (Bromocriptina, pergolida, cabergolida, lisurida)
 - ✓ Inhibidores enzimaticos: Rasagilina, Selegilina

- ✓ Inhibidores de la catecol-o-metil-transferasa: Tolcapona, entacapona
- ✓ Otros tratamientos: amantadina, anticolinergicos
- Tratamiento para los trastornos afectivos (depression, apatia, ansiedad), los que han mostrado eficacia son nortriptilina, velanfaxina, citalopran, paroxetina y setralina
- Tratamiento para el deterioro cognitivo: Rivastigmina
- Tratamiento para los los sintomas psicoticos: Quetiapina, Ziprasidona, Olanzapina, clozapina.
- Tratamiento del control de impulsos: escitalopran, carbamacepina, topiramato, valproico, zonisamida, quetiapina
- Insomnio: Melatonina, Trazodona, antidepressivos sedantes (como amitriptilina o mirtazapina), lormetazepan, zolpiden (en tiempo limitado)
-
- Evitar farmacos que empeoren sintomas parkinsonianos. Hay que tener cuidado con la polifarmacia, con otras enfermedades que tenga el paciente...

B) Estimulacion cerebral profunda

C) No farmacologico:

- Ejercicio fisico adecuado,
- Dieta equilibrada rica en fibra,
- Fisioterapia, Terapia ocupacional, Logopedia,
- Intervencion psicologica. Estimulacion cognitiva.

La enfermedad de Parkinson puede afectar a todos los componentes básicos de la relación humana. Dificulta la movilidad, la comunicación a todos los niveles y las actividades ocupacionales, y se altera la cognición y hay trastornos emocionales. Todo esto afectara a la funcionalidad familiar y social del paciente.

Las terapias complementarias, asociadas al tratameinto medico, ayudan a mantener al paciente en buena forma, mental, fisica y psiquicamente para poder prolongar su calidad de vida mas tiempo, para conseguir “!actividad ante la inmovilidad”.

II) DEMENCIAS

La demencia se define como un síndrome adquirido por una causa orgánica capaz de provocar un deterioro persistente de las funciones mentales superiores que deriva en una incapacidad funcional tanto en el ámbito social como laboral, en personas que no tiene alteración del nivel de conciencia. El déficit ha de ser progresivo con respecto a nivel funcional previo, al menos de seis meses.

Demencias corticales:

Se caracterizan por la afectación de funciones que dependen de procesamiento neocortical asociativo.

Los síntomas indican unos tipos de déficit que pueden situarse predominantemente en distintas áreas corticales:

Cortex sensorialinatención, gnosias, alucinaciones

Cortex motor superior..... Apraxias

Cortex lingüístico Afasias

Cortex entorrinal-hipocampal Amnesia

Cortez frontal y prefrontal Alteración conductual

Demencias subcorticales:

Deterioro cognitivo que aparece en las enfermedades de las regiones subcorticales cerebrales

- Núcleo estriado
- Tálamo
- Sustancia blanca subcortical
- Núcleos del tronco
- Cerebelo

Casi siempre existe una disfunción cortical acompañante.

Los síntomas mas característicos en este grupo de demencias son:

Bradisiquia, Apatia, Amnesia leve y de aparición más tardia, Trastornos motores, Alteración conductual, labilidad emocional

Demencia global:

Hay déficit corticales y subcorticales de forma conjunta, generalizada.

Demencia focal:

Afectación cognitiva selectiva que se correlaciona con una atrofia cortical focal o circunscrita (afasia progresiva primaria, , atrofia cortical posterior, apraxia primaria progresiva....). Inician de forma focal pero progresan a generalizarse los déficit cognitivos.

DIAGNOSTICO:

El diagnostico de DEMENCIA es una tarea fácil cuando el cuadro clínico esta evolucionado, pero el diagnostico inicial, en etapas tempranas, incluso preclínicas, es difícil.

El reto de los profesionales sanitarios, es hacer diagnósticos precoces para hacer un buen planteamiento de los tratamientos sintomáticos y planificar el futuro del paciente y su familia.

Se llega al diagnostico de demencia a través de una historia clínica detallada, pruebas complementarias y aplicando los criterios diagnósticos consensuados a nivel internacional.

La exploración neuropsicológica tiene un papel relevante en el diagnóstico de la enfermedad de Alzheimer.

Un test, una batería de test neuropsicológicos, **NO** nos va a dar el diagnóstico, pero si ayuda mucho al diagnóstico, al diagnóstico diferencial entre las distintas demencias, a la evaluación de la afectación de los distintas áreas cognitivas afectadas, y sobre todo a la evolución de la demencia en el paciente.

Para la evaluación de las demencias son necesarias

- ✓ Test neuropsicológicos
- ✓ Escalas funcionales

La búsqueda de los marcadores biológicos que proporcione el diagnostico temprano del síndrome demencial esta aun en proceso de investigación, no tenemos una huella biológica estándar que nos de diagnostico fiable, cierto, específico, sensible, de una forma fácil.

Tenemos cada vez más técnicas sofisticadas de neuroimagen, con marcadores mas sensibles, que nos permiten hacer diagnósticos más precisos y precoces.

Pero cuando obtenemos datos, la lesión en el cerebro ha marcado demasiado déficit.

Saber diferenciar los trastornos intermedios entre envejecimiento normal y trastorno cognitivo leve que va a cursar a demencia, es muy complicado aún.

La neuropsicología nos aporta mucha información en este terreno intermedio siendo algo inocuo, repetible, medible, fiable, sensible.

Y nos ayudara a cuantificar el déficit y a perfilar un diagnostico diferencial entre los distintos tipos de demencia

Los criterios diagnósticos que son validos en nuestra practica clínica habitual siguen siendo los criterios diagnósticos de Petersen para deterioro cognitivo leve y para la demencia los criterios diagnosticos de DSM IV, CIE-10 o criterios de la SEN.

Criterios de Petersen y cols (1996)

- Quejas de memoria del paciente, corroborado por un informador
- Rendimiento mnésico anormal para la edad y el nivel de estudios del paciente
- Otras funciones cognitivas conservadas
- Actividad de la vida diaria intacta

El Síndrome demencial es un “continuum” de la normalidad a la enfermedad.

- Función cognoscitiva conservada
- Actividad de la vida diaria intacta

Se aconseja verificar el deterioro cognitivo mediante un informador fiable.

Sustentar el diagnóstico de demencia en una evaluación neuropsicológica realizada mediante test estandarizados para la edad y nivel educativo del paciente

La Enfermedad de Alzheimer:

La EA es la demencia más prevalente, y su síntoma principal desde el inicio es el deterioro de memoria.

Clásicamente hemos definido la EA como una enfermedad neurodegenerativa que se caracteriza por la presencia de deterioro cognitivo y conductual de inicio insidioso y curso progresivo de aparición en la edad adulta, principalmente en la vejez. Su etiología es desconocida, aunque se considera una enfermedad de causa multifactorial y compleja, y la edad es el principal factor de riesgo no modificable.

Se estima que diez años antes de que aparezcan los primeros síntomas de la enfermedad de Alzheimer, ya ha empezado el proceso neurodegenerativo.

El nuevo léxico para la enfermedad de Alzheimer definirá los diferentes umbrales que dividen los diversos estadios de la E Alzheimer.

Se han propuesto unos nuevos criterios de investigación para la EA que serán un gran avance para el diagnóstico de EA probable en cualquier estadio de la enfermedad, incluida la fase prodrómica (4).

El principal cambio respecto a los criterios anteriores es que la presencia de deterioro significativo de la memoria episódica, independientemente del grado de pérdida funcional, junto con la presencia de al menos un biomarcador anormal, son suficientes para el diagnóstico de EA probable.

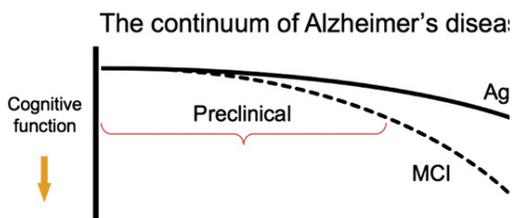


Fig. 1. Modelo de la trayectoria clínica de la EA. (R.A. Sperling et al. / *Alzheimer's & Dementia* 7 (2011) 280–292)

El grupo de trabajo Internacional para la Investigación de Nuevos criterios de Diagnóstico de la E. de Alzheimer, ha redefinido el Alzheimer como un síndrome clínico biológico en vez de como una entidad clínico patológica.

En estos nuevos criterios propuestos para la EA, la fase prodrómica se define como la fase sintomática predominante de la EA, que se caracteriza por la presencia de síntomas que no son lo suficientemente graves como para cumplir los criterios diagnósticos actuales de la EA.

ENFERMEDAD DE ALZHEIMER.

Clásicamente se ha definido como una entidad caracterizada por deterioro cognitivo de inicio insidioso y progresivo de aparición en la edad adulta. Es la causa más frecuente de demencia neurodegenerativa y su prevalencia se incrementa con la edad, estimándose unos valores entre 0,6 y 1% en la franja de 65-69 y en torno al 30% en edades iguales o superiores a 90 años. La enfermedad de Alzheimer de inicio precoz antes de los 65 años es poco frecuente y solo representa entre el 1 y el 3% de todos los casos, siendo un 60% familiares y un 13% de herencia autonómica dominante.

LA ETIOLOGÍA de la EA es desconocida, si bien se considera de causa multifactorial y compleja, siendo la **edad** el factor de riesgo más importante. Una de las hipótesis más

aceptadas para explicar la fisiopatología de la EA es la cascada amiloide, en la que el **péptido β -amiloide** tiene un papel central. Hay un desequilibrio crónico entre la producción y la eliminación del péptido β -amiloide y su acumulación iniciaría una compleja cascada que finalizaría con la pérdida neuronal. La **proteína TAU**, especialmente TAU fosforilada, también tienen un papel importante de la fisiología de la EA. Por otra parte va aumentando la evidencia de que los **factores de riesgo vascular** contribuyen al desarrollo de la EA.

Los genes causantes de la EA. Presenil son:

- El gen de la proteína precursora de amiloide (APP), localizada en el cromosoma 21 (se han descrito más de 18 mutaciones)
- El gen de la presenilina 1 (PSEN1), localizado en el cromosoma 14 (descritas más de 140 mutaciones)
- El gen de la presenilina 2 (PSEN2), cuyas mutaciones causan una EA de inicio precoz con un patrón hereditario autonómico dominante. Localizado en el cromosoma 1 (identificados 11

mutaciones y diversos polimorfismos)

Los **factores ambientales** a que está sometido el individuo a lo largo de su vida son también predisponentes, como es la nutrición (déficit de vitamina B y ácido fólico), el estilo de vida, la actividad física, la actividad intelectual y social

NEUROATOLOGIA:

El examen anatomopatológico de pacientes con EA muestra, a **nivel macroscópico** una atrofia cerebral de predominio cortical mas pronunciada en la corteza temporal medial. A **nivel microscópico** se observa la presencia de placas amiloideas y ovillos neurofibrilares, dos lesiones características de esta enfermedad y necesarias para establecer el diagnóstico patológico. La densidad de placas neuríticas es habitualmente superior en los lóbulos temporal y occipital. Los ovillos neurofibrilares presentes principalmente en las células piramidales grandes aparecen primariamente en la corteza transentorrinal, para extenderse posteriormente por el resto del cerebro a medida que la enfermedad progresa. Acompañando a estas lesiones características se observa una perdida neuronal con la correspondiente reducción de neurotransmisores, generándose como consecuencia las manifestaciones clínicas de la enfermedad.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y CRITERIOS DIAGNÓSTICOS :

Los síntomas de la EA se pueden dividir en cognitivos y conductuales, ambos generan globalmente una alteración funcional que se traduce en la dificultad del paciente para realizar actividades habituales de la vida diaria.

La mayoría de pacientes afectadas siguen un patrón evolutivo típico con una pérdida insidiosa de la memoria episódica para hechos recientes. Posteriormente aparece un déficit cada vez más marcado en otros dominios cognitivos. La memoria a largo plazo se mantiene hasta estadios avanzados. En la esfera conductual el síntoma mas frecuente en la apatía, pudiendo aparecer en fases más avanzadas delirios y alucinaciones.

Las repercusiones en las actividades de la vida diaria se va afectando progresivamente. Al principio hay una disminución de las actividades laborales y sociales, seguido de la alteración en las actividades instrumentales y posteriormente alteración de las actividades básicas de la vida diaria.

La EA puede ser una enfermedad muy heterogénea tanto en edades de presentación, como en velocidad de progresión, y también en los síntomas del inicio.

El diagnóstico de la EA, al no existir hasta el momento pruebas biológicas específicas se basan en la aplicación de criterios clínicos. En la actualidad los mas utilizados son los elaborados por el grupo de trabajo del National Institute of Neurological and Communicative Disorders and Stroke-Alzheimer's Diseases and Related Disorders Association (NINCDS-ADRDA).

En estos criterios, el diagnóstico definitivo requiere la confirmación histopatológica, mientras que el diagnóstico de la EA probable puede realizarse si existe una demencia de inicio insidioso y progresivo en ausencia de otras enfermedades sistémicas o cerebrales que puedan explicar el trastorno cognitivo. Si existen otras enfermedades que puedan explicar el deterioro, pero la EA se considera principal responsable, entonces el diagnóstico será de EA posible.

TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER

1.- Tratamiento farmacológico:

A)-Tratamiento para síntomas cognitivos

B)-Tratamiento para síntomas conductuales

2.- Tratamiento NO farmacológico:

Estimulación cognitiva. Talleres de memoria. Terapia ocupacional

A) TRATAMIENTO PARA SINTOMAS COGNITIVOS:

1.- Fármacos Inhibidores de acetil colinesterasa (IACHE)

Donepecilo 5 mg y 10 mg (comp, comp flas)

Rivastigmina (solución, capsulas duras de 1,5 mg , 3 mg, 4,5 mg y 6 ,g, parches transdermicos)

Galantamina (solución, comp de 4 mg, 8 mg, 12 mg y capsulas de 8 mg, 16 mg y 24 mg)

2.- Fármaco que actúa sobre el sistema glutamérgico: Memantina : Es un antagonista no competitivo y selectivo del receptor NMD(N-metil-D-aspartato. Solución y comp de 10 mg

B) TRATAMIENTO PARA SINTOMAS CONDUCTUALES:

| SINTOMA | FARMACO |
|--------------------------------|---|
| Depresión | 1º. Citalopran , escitalopran, 2º - Sertralina, 3º - mirtazapina, 4º - paroxetina, fluoxetina |
| Ansiedad | 1º - Benzodiazepinas de vida media corta (alprazolam, lorazepan) 2º - Trazodona 3º - ISRS (citalopran, escitalopran) 4º - Neurolepticos atipicos |
| Agitación/agresividad | 1º - Neurolepticos atipicos 2º- FAES (valproico, gabapentina) 3º- Trazodona |
| Apatia | 1º IACHE 2º- IRSR (citalopran, escitalopran, sertralina) |
| Psicosis | 1º Neurolépticos atípicos (Risperidona (1-2 mg día), Quetiapina 25-100-200 mg a día en varias tomas, Zipraxidona 20mg cada 12 h) |
| Deshinibición, hipersexualidad | 1º - ISRS (Fluoxetina 20-40 mg por la mañana) 2º - Neurolépticos atípicos |
| Hiperfagia | 1º- Fluoxetina 2º- Topiramato |
| Anorexia | Mirtazapina |
| Insomnio | Zolpidem (5-20 mg), Clometizol, zaleplon, trazodona, neurolepticos |
| Síndrome del ocazo | 1º- Neurolépticos atipicos a dosis bajas, a media tarde 2º- Trazodona 3º Gabapentina |

DEMENCIA POR CUERPOS DE LEWY.

Es una enfermedad de inicio subagudo y curso evolutivo fluctuante con un pronóstico vital, en general, peor que la EA, en la que se ha descrito una alteración importante del sistema dopaminérgico y colinérgico, responsables de los síntomas extrapiramidales y cognitivos.

Predomina en varones y su edad de inicio es habitualmente entre 70 y 80 años. Se considera la segunda causa mas frecuente de demencia primaria. En mayores de 65 años los estudios revelan una prevalencia de un 0,7%, lo que significa un 10-20% del total de las demencias. Es una demencia infradiagnosticada. La 2º demencia mas frecuente después de la E.A.

A nivel neuropatológico esta entidad se caracteriza por la presencia de cuerpos de Lewy, inclusiones intraneuronales cuyo componente principal es la α -sinucleína. Los cuerpos de Lewy se encuentran extendidos de forma difusa en el cerebro afectando zonas corticales y subcorticales.

Se caracteriza por la asociación de deterioro cognitivo fluctuante (predominio de déficit de atención y visuoespacial), parkinsonismo y síntomas sicóticos. Además tienen alteración del sueño REM, sensibilidad a los neurolépticos, alteración de la recaptación del transporte de dopamina en ganglios basales.

También pueden presentar tendencia alas caídas, sincopes, disfunción autónomica importante.

CLINICA

- Deterioro cognitivo
- Parkinsonismo de intensidad variable

- Rasgos psicóticos (alucinaciones, delirios)
- Fluctuaciones cognitivas (afectadas sobre todo la atención y concentración)
- Mala tolerancia a neurolépticos, sobre todo típicos
- Puede iniciar como E.A. y después aparecen síntomas parkinsonianos
- Puede aparecer un parkinsonismo y al poco el deterioro cognitivo (antes del año).
- Inicialmente y a la vez aparecer deterioro cognitivo y sintomatología parkinsoniana
- En los síntomas parkinsonianos predomina la hipertonía, la animia y la bradicinesia, trastornos de la postura y de la marcha.
- Escasa respuesta a levodopa.
- Sintomatología simétrica, escaso temblor.
- Alucinaciones visuales y delirios elaborados y establecidos y de fuerte contenido. Identificación errónea delirante e incapacidad visuoespacial
- En el trastorno del sueño REM se aprecia como el sujeto se mueve, gesticula, habla. Al despertar puede sufrir confusión entre el sueño y la realidad.

NEUROIMAGEN

- En comparación con EA, la atrofia del lóbulo temporal en RM es menos pronunciada.
- El SPECT y PET han mostrado una hipoactividad parietotemporal similar en EA y DCL, mientras que la hipoactividad occipital es más pronunciada en la DCL.
- Estudios recientes han demostrado en SPECT con CIT, una función dopaminérgica gravemente deteriorada, que también se ve en EP, pero no en EA.

DUPLEX TRANSCRANEAL (ULTRASONIDOS DE SUSTANCIA NEGRA):

Hiperecogenidad en núcleos de la base, de forma simétrica.

CRITERIOS DIAGNOSTICOS (criterios diagnósticos internacionales)

- Característica esencial:
 - Demencia de curso progresivo. Déficit en la atención y función ejecutiva. Alterada la memoria, pero a veces no muy evidente en la primera fase.
- Característica central: (presencia de dos)
 - Fluctuación de la capacidad cognitiva con variaciones importantes de la atención y del estado de alerta
 - Alucinaciones visuales complejas recurrentes
 - Parkinsonismo.

Características sugestivas:

- Trastorno del sueño REM
- Grave sensibilidad a los neurolepticos
- Baja captación del transportador de la dopamina en ganglios basales del cerebro (SPECT, PET)

Características que apoyan al diagnóstico:

- Caídas repetidas y sincopales
- Disfunción autonómica
- Alucinaciones no visuales
- Anormalidad visuoespacial

ESTUDIO NEUROPSICOLOGICO

- Deterioro menos marcado de la memoria que en EA en la primera fase
- Suelen tener alterada la copia de pentágonos de MMSE, el test del reloj y la figura de Rey por la discapacidad visuoperceptiva y visoespacial.
- El Stroop test está alterado (valora la función ejecutiva)
- Clara afectación de la memoria semántica, observable en el test de denominación de Boston
- Alterado el NPI (útil para valoración de los trastornos conductuales)

Los trastornos neuropsiquiátricos son muy comunes pudiendo estar presentes al inicio de la enfermedad. El más típico son las alucinaciones visuales de carácter vivido, delirios que se presentan como ideas de perjuicio,

delirios paranoides estructurados, autorreferenciales o de suplantación. Sintomatología depresiva, apatía y ansiedad. Presencia de un trastorno de conducta del sueño REM. Síntomas disautonómicos en fases iniciales (incontinencia urinaria, hipotensión ortostática) y la hipersensibilidad a neurolépticos.

Cabe destacar los trastornos atencionales, la apraxia constructiva, la alteración de la coordinación visuomotora, la afuencia verbal fonética y la alteración de la memoria de trabajo.

Las alucinaciones visuales y el trastorno atencional fluctuante son síntomas frecuentes en la DCL, asociados con trastornos ejecutivos y relevantes, trastornos visuospatiales y apraxias constructivas e ideomotora.

DEMENCIA FRONTOTEMPORAL.

Es una enfermedad neurodegenerativa caracterizada por un cambio progresivo en la personalidad y el comportamiento y/o por una alteración temprana y progresiva del lenguaje con relativa preservación de la memoria y capacidades visuospatiales en los estadios iniciales.

Un 10% de los casos de demencia degenerativa primaria corresponden a la demencia frontotemporal, es considerada la segunda causa más frecuente de demencia en menores de 65 años. Un 40% de estos pacientes tienen historia familiar. En algunos casos es posible identificar una mutación causal, situada casi siempre en el gen de la proteína TAU o en el gen de la programulina.

Se caracteriza a nivel macroscópico por una atrofia frontotemporal. La atrofia puede afectar preferentemente a lóbulos frontales, temporales o parietales de forma más o menos asimétrica y con límites peor o mejor definidos. Los lóbulos occipitales se mantienen intactos. El sustrato microscópico es muy heterogéneo, se encuentran depósitos de TAU, cuerpos de Pick, inclusiones ubiquinadas, inclusiones por neurofilamentos y en algunos casos no se encuentran características histológicas distintivas.

La clasificación de las diferentes entidades patológicas se realiza en la actualidad basada en el tipo de depósito de la proteína tau o ubiquitina.

La prevalencia de la demencia frontotemporal no se conoce, muchos de estos pacientes tienen diagnósticos psiquiátricos erróneos.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS :

Se inicia en torno a la sexta década de la vida en forma de trastornos conductuales y alteración del lenguaje. De las que aparecen en pacientes más jóvenes, es la segunda más frecuente, después de la EA presenil.

Como en otras entidades neurodegenerativas no existe en la actualidad marcadores biológicos.

La Demencia frontotemporal es una demencia con degeneración lobular frontotemporal.

Se caracteriza por un cambio progresivo en la personalidad y el comportamiento o por una alteración temprana y progresiva del lenguaje, con relativa preservación de la memoria y las capacidades visuospatiales en estadios iniciales.

Tienen incapacidad de cambiar el comportamiento para adaptarlo a lo que la situación social precisa. Este déficit es más obvio cuando además hay desinhibición. La queja inicial proviene de los allegados, no del paciente, que observa comportamientos extraños, que puede romper los límites socialmente aceptados. La anosognosia es universal y está presente desde el inicio del cuadro.

El paciente se comporta de forma impulsiva tiene comportamientos repetitivos e impulsivos.

Tienen una rigidez mental e inflexibilidad en la aproximación a los problemas y además son distraíbles e imperersistentes. El nivel de actividad se altera con respecto al establecido a lo largo de su vida, la apatía es frecuente, aunque pueden pasar por un periodo de hiperactividad con inquietud motora, irritabilidad, vagabundeo y verborrea. Hay alteración de los hábitos alimentarios, a veces, hipersexualidad. Pérdida de la relación afectiva, pierden la empatía con las personas de su alrededor. Permanecen bien orientados con buena memoria para acontecimientos recientes.

CRITERIOS CLINICOS DIAGNOSTICOS:

1-Desarrollo de déficit cognitivos o de comportamiento manifestados por:

*Cambio de la personalidad temprano y progresivo, caracterizado por dificultad en cambiar el comportamiento, lo que da lugar a respuestas o actividades inapropiadas.

*Alteraciones del lenguaje tempranas y progresivas, caracterizadas por problemas con la expresión del lenguaje o bien dificultad grave para nombrar y problemas con el significado de las palabras.

2- Los déficit causan un trastorno significativo en el funcionamiento social u ocupacional y representan un deterioro significativo del nivel de funcionamiento previo.

3- El curso se caracteriza por un comienzo gradual y un continuo deterioro funcional

4- Los déficit no se deben a otros trastornos del sistema nervioso, condiciones sistémicas o abuso de sustancias tóxicas

5- Los déficit no suceden solo durante un delirio

6- El trastorno no puede ser explicado mejor por un trastorno psiquiátrico

En general la exploración neurológica y neuropsicológica aporta poca información. Es la historia clínica es quien nos dará el diagnóstico en las primeras fase de la enfermedad. En etapas avanzadas pueden tener reflejos de liberación frontal, acinesia, rigidez, temblor.

Se suele iniciar en forma de trastorno conductual como desinhibición, apatía, inflexibilidad y rigidez mental, cambios en la conducta alimentaria, conducta estereotipada y reiterativa, deterioro en el cuidado y aseo personal.

Hay una variante frontal y una variante temporal.

- variante frontal (variante conductual con síndrome disejecutivo)

- variante temporal (deterioro del lenguaje con déficit semánticos)

- . **afasia progresiva fluente o demencia semántica** (deterioro Del conocimiento conceptual verbal y no verbal que se manifiesta por anomia progresiva y alteraciones en la comprensión semántica)

- . **afasia progresiva no fluente** (agramática) (alteración en El procesamiento fonológico y sintáctico que conlleva a una reducción progresiva de La fluencia y del contenido del lenguaje espontáneo). Se da en un 25% de La EA

- . **afasia logopédica** (lenguaje lento y dificultad para encontrar palabras, déficit en La repetición de frases, anomia). Se da en un 50% de La E.A.

- degeneración córtico basal

- demencia FT asociada a ELA

DEMENCIA VASCULAR:

Se contempla como un síndrome con patogenia multifactorial y características patológicas heterogéneas. Es en realidad una complicación tardía de muchas y muy diversas enfermedades vasculares, algunas de ellas tratables, susceptibles de una prevención primaria y secundaria eficaces.

ETIOPATOGENIA:

Es un síndrome con tantos factores etiopatogenicos como isquemia aguda o crónica, infarto y hemorragias cerebrales.

1. Enfermedad de los troncos supraaorticos:

Aterosclerosis, oclusión ateromatosa pura, trombosis, embolia, disección, hipoperfusión., Disección espontanea o traumática, Displasia fibromuscular , Enfermedad de Takayasu

2. Enfermedad de los vasos intracraneales grandes y medianos

Aterosclerosis, Malformaciones vasculares, Arteritis gigantocelular Enfermedad de Behcet , Síndrome de Moya-moya

3. Enfermedad de los vasos intracraneales medianos y pequeños:

Arteriosclerosis, Poliarteritis nodosa, Lupus sistémico , Artritis reumatoide , Síndrome de Sjögren, Granulomatosis linfomatoidea, Microangiopatía trombótica , Síndrome de Sneddon, Síndrome CADASIL, Microangiopatía juveniles idiopáticas, Angiopatia cerebral amiloidea

4.- Alteraciones hematológicas

Hiperviscosidad sanguínea, Coagulopatías, Síndrome antifosfolípido

Uno de los factores que condicionan la demencia por infartos corticales es la localización de la lesión o lesiones. Infartos únicos estratégicamente localizados en el giro angular del hemisferio dominante produce déficit en varias áreas de las funciones mentales. Los infartos que más frecuentemente producen demencias son los localizados en la cara medial del lóbulo frontal y temporal del hemisferio dominante, en el territorio de las arterias cerebral anterior y posterior.

Otro factor es el número de infartos y el volumen de tejido infartado. La suma de infartos conlleva la aparición escalonada de nuevos déficit neurológicos focales y de mayor deterioro cognitivo.

Muy pocos de estos pacientes (5%) sufren un deterioro cognitivo progresivo, estos pacientes pueden permanecer estabilizados e incluso mejorar parcialmente, a no se que sufran un nuevo ictus. Si no hay nuevo ictus y sigue progresando el déficit cognitivo, habrá que plantearse que además este haciendo una E.A. De la misma forma un paciente con E.A. que sufre un ictus, empeora bruscamente su deterioro cognitivo.

Se han propuesto sucesivamente criterios diagnósticos discutibles . Los más utilizados por el reconocimiento explícito de la relación causal entre lesión cerebro vascular y demencia son los criterios de NINDS/AIREN. (tabla 5)

Deterioro cognitivo vascular leve

- Ictus isquémico: causa más frecuente de DV
- RR de sufrir demencia asociado a un ACV es de 1,7-2,4
- Los ACV repetidos aumentan el riesgo
- A los 3 meses de haber sufrido un infarto cerebral el 25% pacientes cumplen criterios de demencia. Sólo un 7% de los que presentarán demencia la desarrollarán después de los 6 meses Prevalencia en >65 años en países en desarrollo 0,6-2,1% (España 1,4%)

BIBLIOGRAFÍA

Manual de Neurogeriatria. Coordinador: Luis Castilla, M^a del Carmen Fernandez, M^a Dolores Jimenez, Grupo de comunicación médica, año 2008

Tratado de los trastornos del movimientos. editores: FJU. Jimene-Jimenez, MR Luquin, JA Molina, G: Linazasoro. Viguera. 21 edicion . año 2008

Trastornos del movimiento y envejecimiento. Editor JA. Brugera Autores: Aguilar Barbera, R. Alberca, Chacon Peña, FJ. Garzon, S Gimenez Roldan. año 1998

Mark F. Bear; Barry Connors; Michael Paradiso . Neurociencia. La exploración del cerebro. Editorial Wolters Kluwer, LWW. 3^o edicion. Barcelona 2008

Julio Pascual Gomez. Tratado de neurologia. Editorial Luzan. Madrid 2011. Capitulo29 sobre “Demencias degenerativas” de Betariz Bosch; Lorena Rami, Jose Luis Molinuevo.

“Enfermedad de Alzheimer y otras demencias”. R. Alberca. Editorial Panamericana. Madrid 2006

“Deterioro cognitivo leve”. Jose Luis Molinuevo Guix. Editorial Glosa. Barcelona 2008

Alzheimer 2007: recapitulación y perspectivas. Martinez Lage y Carnero Pardo. Aula medica ediciones. Madrid 2007

Manual de diagnostico y terapéutica neurológicos. Editores JA Molina, MR Luquin, FJ Jimenez. Editoprial Viguera, Barcelona 2007

Tratado de terapéutica en trastornos del movimiento. Maria Jose Catalan. Iberoamericana. npg. Madrid 2012

13. EL DOLOR COMO ELEMENTO PRECIPITANTE DE INCAPACIDAD EN EL ANCIANO.

Alberto Salinas Barrionuevo

*Unidad Metropolitana de Cuidados Paliativos
Hospital Regional Universitario Carlos Haya de Málaga*

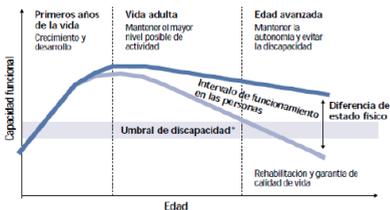
El dolor es el síntoma más universal de cuantos puede padecer el ser humano. La OMS advierte de que, cuando se cronifica, puede convertirse en una enfermedad en sí misma y que, además de una gran carga de sufrimiento, es responsable, en términos económicos, de unos costes elevadísimos por la imposibilidad de trabajar o desarrollar su labor de quienes lo sufren.

En general entre una de cada tres y una de cada cuatro familias españolas está afectada por el problema de la dependencia, siendo la causa más frecuente de esta la edad/vejez acompañada de enfermedades físicas o psíquicas¹.

Se estima que las enfermedades crónicas serán la principal causa de discapacidad y/o dependencia en 2020 y que hacia 2030 se doblará su incidencia en mayores de 65 años².

La incidencia de enfermedades crónicas aumenta con la edad y algunas sólo se presentan en pacientes mayores. La secuencia más común en la evolución natural de las patologías crónicas que afectan a los ancianos es dolor, cronicidad, inmovilidad, incapacidad, depresión e invalidez³.

Capacidad funcional durante el ciclo vital



Fuente: OMS/INM/IIHPS 2000 en Boletín IMSERSO 2001⁴



El grado de capacidad funcional va disminuyendo conforme se va avanzando en edad, de tal forma que mientras que en la vida adulta lo que se pretende es mantener el mayor nivel de actividad, en la edad avanzada lo que prima es mantener la autonomía y evitar la discapacidad.

En el caso de la morbilidad asociada a procesos crónicos (frecuentemente mortales) el hecho de que ejerzamos un mayor control sobre esos procesos hace que aumente la supervivencia, por el contrario, en el caso de la morbilidad asociadas a procesos degenerativos no mortales el control sobre los mismos hace que disminuya la discapacidad.

La IASP⁴ (International Association for study of pain) define el dolor como una experiencia desagradable sensorial y emocional que se asocia a una lesión actual o potencial de los tejidos o que se describe en función de dicha lesión. El dolor es pues, siempre subjetivo y podremos decir con toda certeza que si el "anciano dice que le duele, es porque le duele.

Es un fenómeno complejo derivado de un estímulo sensorial o lesión neurológica y modificado por la memoria del individuo, sus expectativas y emociones. Tiene múltiples componentes (sensitivo, afectivo, cognitivo, autonómico, etc.,. Ya que no existen Marcadores Biológicos, la comunicación del paciente se considera la prueba estándar para el diagnóstico de presencia, localización e intensidad del dolor⁵.

El dolor en los ancianos tiene una gran prevalencia, aunque a pesar del gran número de artículos que se publican sobre dolor, sólo en el 1 % se menciona específicamente a los ancianos y en los estudios sobre dolor en el adulto sólo se incluyen 7-18 % de ancianos.

De los trabajos que abordan el dolor en el anciano, se deduce que afecta hasta el 70-80 % de los ancianos, en algunos de hasta el 86 %.

En general, las cifras de dolor son mayores en aquellos estudios realizados en residencias, si tenemos en cuenta que la población institucionalizada es en general la población más frágil, no deben sorprendernos estos datos⁶. Casi la mitad de las personas mayores en la comunidad y más del 80 % de las personas Institucionalizadas padecen enfermedades dolorosa, siendo la artrosis, fracturas de cadera, osteoporosis, úlceras por presión, etc. las principales causas de dolor⁷.

DOLENCIAS DECLARADAS POR LA POBLACION DE EDAD, 2001

| Total (n) | Total | Varones | Mujeres |
|--|-------|---------|---------|
| Artrosis/reumatismo y dolor de espalda | 1.192 | 414 | 778 |
| Gripes y catarros | 36,3 | 36,6 | 42,5 |
| Dolores de cabeza | 3,9 | 4,1 | 3,9 |
| Alergia | 0,6 | 0,5 | 0,6 |
| Varices | 0,2 | 0,0 | 0,3 |
| Hemorroides | 0,3 | 0,2 | 0,3 |
| Fracturas y traumatismos | 0,3 | 0,0 | 0,4 |
| Enfermedades y dolores de ojos | 13,7 | 7,7 | 16,8 |
| Enfermedades y dolencias de los oídos | 3,9 | 2,7 | 4,5 |
| Enfermedades y dolencias de corazón y aparato circulatorio | 0,3 | 0,2 | 0,3 |
| Enfermedades de aparato respiratorio (no gripes) | 20,0 | 26,1 | 16,7 |
| Enfermedades aparato digestivo (hígado, estómago) | 9,9 | 16,7 | 6,3 |
| Enfermedades aparato digestivo (hígado, vesícula) | 5,0 | 4,3 | 4,4 |
| Enfermedades ginecologías | 2,8 | 3,1 | 2,6 |
| Enfermedades de la piel | 6,5 | 11,6 | 3,7 |
| Enfermedades neurológicas | 0,8 | 1,2 | 0,6 |
| Enfermedades del metabolismo | 1,1 | 1,2 | 1,0 |
| Problema psíquicos | 4,2 | 1,4 | 5,7 |

Además en este tipo de población suele estar infradiagnosticado, y de los diagnosticados entre un 45% y un 80% de los mayores con dolor crónico está infratratado⁸.

El dolor agudo se presenta en muchas ocasiones de forma igual independientemente de la edad, pero en los ancianos la respuesta inflamatoria suele ser diferente:

Aunque el dolor agudo asociado a la inflamación se manifieste de forma similar a los jóvenes la respuesta del organismo a la inflamación suele estar alterada, la reacción de los leucocitos y los cambios de signo vital no son tan llamativos como en las personas jóvenes.

En algunos cuadros que ocasionan dolor agudo, la expresión del dolor puede estar alterada, como ocurre en ancianos con isquemia intestinal o úlcera péptica.

En cuanto al dolor agudo hay que tener en cuenta que la mayoría de los estudios son en ancianos jóvenes.

El dolor crónico, a diferencia del agudo, es más neurovegetativo, a menudo imita a la depresión con insomnio, pérdida de apetito y pérdida de interés en las actividades normales. Dado que la depresión y el estrés son predominantes en la población anciana.

Entre las causas de dolor persistente en el anciano de etiología musculoesquelética están la Osteoartritis, Osteoporosis, las Fracturas óseas, enfermedades degenerativas vertebrales, y la artritis gotosa. Entre las causas de origen neuropático, destacan la Neuropatía Diabética, Neuralgia postherpética y del trigémino. Y en el caso de las de origen Reumatológico destacan las artritis reumatoides, la polimialgia reumática y la fibromialgia⁹. Podríamos concretar diciendo que las enfermedades osteoartrosicas son la primera causa de dependencia en las personas mayores.

La temperatura corporal, el pulso, la presión sanguínea, la frecuencia respiratoria y el dolor son los primeros cinco signos vitales que deben ser considerados por los médicos en sus pacientes.

Tener en cuenta el dolor como quinto signo vital “facilita en la mayoría de los casos el diagnóstico etiológico o causal del proceso que está desencadenando el cuadro doloroso en el enfermo”. El dolor crónico debe ser considerado como “enfermedad” y en el caso de los ancianos podría constituir por sí sólo uno de los Grandes Síndromes Geriátricos.

Por tanto, en la primera visita de un anciano a cualquier servicio de salud se debe evaluar la presencia o no de dolor crónico, ya que cualquier dolor persistente o recurrente que tenga repercusión sobre la función o la calidad de vida del anciano debe ser reconocido como un problema significativo.

En la valoración del paciente anciano deben de utilizarse sinónimos del dolor como quemazón, disconfort, escozor, pesadez, etc. Algunos ancianos no refieren dolor porque “no quieren molestar”, o porque tienen miedo a su significado. Otros sin embargo se quejan desproporcionadamente.

En general, el dolor en los ancianos es un síntoma poco expresado por la persona mayor, poco reconocido por el médico y en muchas ocasiones es infratratado.

Como consecuencia, el dolor en el anciano puede manifestarse como estado de inquietud, agitación, ansiedad, depresión. Provoca aislamiento al disminuir las relaciones sociales, trastornos del sueño, trastornos de conducta, a veces hipoxemia y malnutrición y deterioro funcional consiguiente. Todo ello conlleva un aumento de la comorbilidad y de los recursos y costes sanitarios.

Por otro lado, destacar que el dolor es el principal marcador de calidad de cuidados al final de la vida¹⁰.

En los pacientes que presentan alteraciones cognitivas o del lenguaje debe valorarse posturas antiálgicas, gestos de dolor, si ha tenido deterioro funcional reciente, vocalizaciones sugerentes de dolor, agitación psicomotriz. Además deberá también valorarse la información que aporte el cuidador¹¹.

Sin lugar a duda, debemos tratar eficazmente el dolor y por tanto aumentar la calidad de vida, ya que es un derecho de la persona, es un deber del profesional, es tangible, es responsabilidad de todos y es una negligencia

no aliviarlo¹².

Para la valoración del dolor en el anciano es necesario realizar una historia médica, una historia del dolor, evaluar el estado funcional y psicológico del paciente, realizar una exploración física completa y solicitar las pruebas complementarias necesarias para establecer un diagnóstico y un enfoque terapéutico adecuado.

En el caso de pacientes oncológicos habría que hacer una historia de la enfermedad y su extensión, evaluar el síndrome doloroso (visceral, óseo, neuropático, mucositis, etc.) y prever y conocer las urgencias oncológicas que pudieran derivarse.

Debemos realizar una Historia del dolor contada por el paciente, en la que se haga referencia sobre la intensidad del dolor (utilizando las escalas), el carácter, frecuencia. Localización y duración del dolor, así como los factores que lo exacerban y los que los atenúan.

Por último estableceremos un Diagnóstico del Síndrome doloroso (óseo, neuropático, visceral, de linfedema, cefalea) al mismo tiempo que debemos realizar una historia de la medicación analgésica.

VALORACION GERIATRICA INTEGRAL Y VALORACION DEL DOLOR

Con un enfoque cuadruple, desde el punto de vista funcional, mental, social y psicológico-conductual.

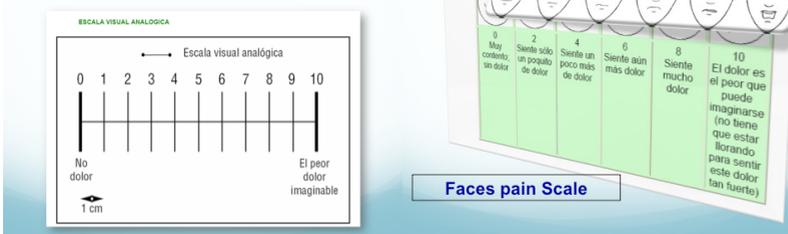
ESCALAS DE DOLOR:

- Escalas Multidimensionales:
 - McGill Pain Questionnaire
- Escalas Unidimensionales:
 - Escala analógica visual (EVA) / Escala facciones faciales / Escala de graduación numérica
- Valoración del paciente con demencia:
 - Doloplus 2 Scale / Dementia PAINAD
 - Pacslae: PAIN Assessment Checklist for seniors with limited ability to communicate¹⁴
 - PAINAD: Pain Assessment in Advanced Dementia¹⁵

Valoración geriátrica integral



Valoración de dolor en el anciano



TRATAMIENTO DEL DOLOR EN ANCIANOS³⁰

¿Cómo podemos optimizar el tratamiento del dolor en el anciano?

Formulando un plan de tratamiento, Planificando metas del tratamiento,

Preparando un plan de tratamiento individualizado del dolor.

Debemos asegurar el seguimiento y la revisión y si es preciso establecer interconsulta con otro especialista.

TRATAMIENTO NO FARMACOLOGICO

Además de las medidas de confort y ambientales que podemos efectuar en el entorno del paciente, entre otras disponemos de medios físicos, técnicas invasivas y otras terapias según se detalla en la tabla siguiente¹⁹.

Tratamiento no farmacológico

- Medidas Generales:
 - Confortabilidad, Ambientales, etc.
- Medios Físicos:
 - Reposo o acinesiterapia
 - Crioterapia
 - Termoterapia
 - Electroterapia
 - Estimulación Eléctrica Transcutánea
 - Magnetoterapia
 - Láser
 - Masoterapia
 - Hidroterapia
 - Cinesiterapia
 - Ayudas Técnicas: Bastones, ortésis, etc.
- Medidas Invasivas
 - Rizotomía
 - Cordotomía anterolateral
 - Neuretómia
 - Tractotomía del tronco cerebral
 - Bloqueos nerviosos
- Otras Terapias
 - Terapia de apoyo
 - Terapia de Sugestión
 - Terapia de interpretación
 - Psicoterapia de grupo
 - Técnicas de relajación

J.M. Ribera Casado. Manejo del dolor en el anciano. Ed. Ergon, 2005

MANEJO FARMACOLÓGICO EN EL ANCIANO

Escalera Analgésica de la OMS vs Ascensor

A la hora del manejo terapéutico del dolor, parece que no debemos ser rígidos en aplicar un tratamiento para el dolor según la escalera de la OMS, y lo que debemos hacer es individualizar siempre y comenzar con fármacos de gran potencia y con menor efectos secundarios. Si el dolor es intenso, podremos subir y bajar por los peldaños de la escalera (ascensor). Siendo importante considerar el mecanismo del dolor¹⁵.

¿Manejo farmacológico específico en el anciano?

ESCALERA DE LA OMS

- NO OPIOIDES**: Paracetamol, AINE
- OPIOIDE MENOR +/- NO OPIOIDES**: Tramadol, Codeína, Dihidrocodeína
- OPIOIDE MAYOR +/- NO OPIOIDES**: Morfina, Fentanilo, Buprenorfina, Oxidona
- +/- coADYUVANTE - coANALGESICO**

Clin Geriatr. Acad 2001;17:131479-488.
J Am Geriatr Soc 2002;50:8205-8224.

RECOMENDACIONES DE LA A.G.S.¹⁶

- Toda persona mayor con dolor persistente debe ser tratado. (IA)
- No hay lugar para placebos en el manejo del dolor (IC)
- Priorizar sustancias menos tóxicas y medios menos invasivos (IIIA)
- Paracetamol de elección en dolor osteomuscular leve-moderado (IB)
- Los AINEs tradicionales se deben evitar en tratamientos prolongados.
- Preferibles COX-2 (IA)
- Pueden usarse combinaciones de Paracetamol o AINEs con opiáceos, para el dolor leve-moderado (IA)
- Los pacientes en tratamiento analgésico deben ser monitorizados cuidadosamente (IA)
- Los fármacos coadyuvantes/coanalgésicos pueden estar indicados en dolor neuropático y otras situaciones de

dolor persistente.

PRIMER ESCALON

PARACETAMOL

- Dosis: 1000 mg/6-8 h. Como primera línea de tratamiento
- No gastropatía, nefropatía ni cardiotoxicidad.
- No hepatotóxico a dosis habituales
- Vía administración: oral, iv, rectal
- Analgésico y antipirético
- Dolor leve-moderado (osteoartritis, artritis) o en asociación con opioides en dolor severo.

ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDEOS (AINEs)

Los AINEs son útiles en el dolor por rigidez, inflamación, y enfermedades articulares. En el anciano puede producir efectos secundarios gastrointestinales tales como Hemorragias Digestivas Altas, o perforación. Además hay que tener especial cuidado en caso de Insuficiencia renal o Insuficiencia Cardíaca Congestiva. Puede producir estreñimiento, confusión y cefaleas..

Debemos evitar dosis altas, usar los de acción corta y menor potencial gastroerosivo. En cualquier caso debemos usarlos en periodos cortos y con gastroprotección¹⁷⁻¹⁸.

SEGUNDO ESCALON



Manejo farmacológico de los opioides en el anciano²⁷.

Es el tratamiento de elección en pacientes con dolor oncológico moderado-severo y en pacientes con dolor no oncológico moderado-severo (evidencia menor). Es opcional en dolor leve-moderado.

En general no hay techo analgésico. La dosis está determinada por el control analgésico, tolerancia o aparición de efectos secundarios, función renal y hepática.

En dolor severo el abordaje debe ser agresivo.

Eficacia demostrada en dolor persistente (ensayos clínicos)

Guías clínicas sobre el uso de opioides en dolor oncológico/no oncológico²⁰⁻²².

Efectos adversos de los opioides en el anciano²¹:

Los potenciales efectos adversos pueden constituir una barrera para el uso a largo plazo de estos fármacos, continuación del tratamiento y un adecuado cumplimiento terapéutico.

La mayoría de los efectos adversos disminuyen con el uso a largo plazo (excepto el estreñimiento).

Con una cuidadosa titulación, prevención e información adecuada sobre los posibles efectos secundarios, podemos asegurar la adherencia al tratamiento y eficacia del mismo en la mayoría de los casos.

Los efectos adversos más frecuentes son:

El estreñimiento (el más frecuente), las náuseas, vómitos, sudoración, prurito, boca seca, retención urinaria. Neurotoxicidad (sedación, mioclonias, cuadro confusional, agitación, trastornos de la percepción...), disminución de hormonas hipotalámicas, pituitarias, gonadales o adrenales. Depresión respiratoria. Para evitarlo en la medida de lo posible, debemos asegurar adecuado cumplimiento terapéutico, usar Laxante y Antiemético preventivo al inicio de tratamiento opioide y asegurar una adecuada hidratación.

¿Cómo iniciar el tratamiento con opioides?

Opción A:

Inicio con formulación de corta duración para un ajuste rápido.

Una vez establecidas las necesidades de opioide: cambio a formulación de liberación retardada o transdérmica.

Opción B:

Inicio con formulación de liberación prolongada y dosis de rescate según precise.

CUESTIONES PRÁCTICAS PARA EL MANEJO DE OPIOIDES EN EL ANCIANO

Inicio a dosis bajas

Titulación en función de la respuesta y aparición de posibles efectos secundarios

Guías clínicas (ajuste por edad) basadas en el juicio clínico

Monitorizar posibles efectos adversos y advertir sobre los mismos

Siempre dar opción de dosis de rescate (1/6 de la dosis pautada)

Ajustar dosis según respuesta (30 %) en 24 h

Tener siempre en cuenta las variaciones interindividuales en los requerimientos de opioides

En pacientes con dolor severo el abordaje debe ser agresivo y la titulación más intensiva

Valorar tratamiento concomitante (SNC)

Valorar riesgo/beneficio y respuesta terapéutica

TRAMADOL

Opioide débil, agonista de los receptores μ .

En personas menores de 75 años, no hay cambio en las concentraciones séricas ni en los periodos de eliminación del tramadol.

Sin embargo en mayores de 75 años: Las concentraciones máximas plasmáticas se elevan y el periodo de eliminación se prolonga hasta 7 horas. Se aconseja ajustar dosis en este grupo de pacientes.

Independientemente del modo de administración: vida de eliminación $t_{1/2}$ es de unas 6 horas.

Produce menos estreñimiento y sedación que el resto de opiáceos puros.

Iniciar tratamiento con dosis menores (gotas/solución) para valorar respuesta analgésica y titular dosis.

Dosis: Inicio: 25 mg/8 h. Mantenimiento: 200-300 mg/ 24 h

Preferible liberación retard. VO

La vía de administración puede ser: oral (gotas, comp,caps), rectal, SC, IV.

Es aconsejable laxante profiláctico (aunque produce menos estreñimiento que la codeína). Siendo este preferible su uso a la codeína.

Menor estreñimiento y sedación que los opioides mayores.

CODEINA

Dosis: 15-30 mg/4-6 h (max: 120 mg/24 h)

Como antitusígeno: 15 mg/4-6 h (tos seca, irritativa y dolorosa)

Vía de Administración: oral (comp. y solución 10 mg/ml)

Limitación en uso crónico por estreñimiento. Uso limitado a efecto antitusígeno

Debemos asociar laxante profiláctico.

MORFINA

Mecanismo de acción: Agonista puro de todos los receptores opioides.

Duración de la acción: 4 horas (liberación inmediata), 12 h (liberación prolongada)

Vías de administración: oral (comprimidos liberación prolongada, liberación inmediata, solución oral), sc, iv

Dosis: -Inicio: 5-10 mg/12 h vo. 1,5-2,5 mg/4 h sc

Uso importante en titulación: SC, IV (dosis cada 4 h o en perfusión continua)

Debemos ajustar la dosis en caso de Insuficiencia renal.

Equivalencia: vo/sc: 2/1, vo/iv: 3/1

Probada efectividad, el de uso más extendido

Farmacocinética en ancianos:

La velocidad Distribución y eliminación (\hat{e} ClCr) están disminuidas.

No tiene límite de dosis. El límite lo determina la aparición de efectos secundarios.

Los ancianos son más sensibles a la aparición de secundarismos tales como (Somnolencia, Pérdida de memoria, desorientación.

Debemos comenzar tratamiento con 20-25% de dosis inicial cada 3-4 días.

Revertir a morfina de liberación retardada

Liberación rápida: inicio 5-10 mg / 12 horas (comenzar x la noche)

Liberación retardada: inicio 10 mg / 24 horas

Debemos prevenir el estreñimiento (uso sistemático de laxantes).

BUPRENORFINA²³⁻²⁹

Es un opioide Agonista parcial del receptor opioide μ , antagonista κ

Potencia analgésica superior a la morfina. (25-40 veces más potente).

Se debe usar en el tratamiento del dolor moderado-severo. Uso en dolor neuropático

Por su bajo peso molecular, tiene Alta permeabilidad cutánea y Alta liposolubilidad @ Fórmula transdérmica.

Forma de administración:

Oral sublingual (comp 0,2 mg) / Transdérmico: buprenorfina (TTS) parches,

Duración de acción: 96 h (cambios 2 días fijos en semana ej: L, J)

Pacientes no tratados previamente: Inicio con 35 μ g/h // No tiene techo

No es necesario ajuste de dosis en ancianos con insuficiencia renal.

Ajustar dosis en Insuficiencia hepática.

Aunque la depresión respiratoria es rara, es la única inducida por narcóticos que no puede revertirse con naloxona.

Es cómoda de utilizar y por tanto asegura mayor adherencia terapéutica en ancianos.

FENTANILO

Agonista del receptor opioide μ . Más potente que la morfina.

Vía Administración:

- Transdérmico: 12, 25, 50, 75 y 100 mcg/h/10cm² (48-72h).

- Transmucosa: 200, 400, 800, 1200 y 1600 mcg. Único en esta forma de administración (dolor irruptivo).

- Oral (disolución mucosa) y sublingual

Dosis Inicio: En dolor no oncológico: 12mcg/h. En dolor oncológico: 25 mcg/h

Incrementos de dosis de 25 mcg/h (en pacientes muy deteriorados de 12 mcg/h).

Eficacia: 72 horas (intervalo 48-96 h.). Efecto 1ª dosis a las 12-18 h.

Ajustar dosis en pacientes con insuficiencia renal o hepática.

En ancianos: Aclaramiento de fentanilo está disminuido y la vida media aumenta.

Es también cómodo de utilizar, y por tanto hay mayor adherencia al tratamiento en ancianos.

En la siguiente tabla se compara los diferentes opciones de tratamiento en caso de dolor agudo o incidental y usados en terapia de rescate tanto en la forma de presentación como en el tiempo de inicio de acción.

FENTANILO



| Principio Activo | Forma de Admon | Indic D.I.O | Tiempo aplicación | Inicio acción | Tmax (min) | Requiere saliva |
|------------------------|-------------------|-------------|-------------------|---------------|------------|-----------------|
| Morfina Sulfato | Comp. | No | Deglutir | 60' | 240' | No |
| Oxicodona Hidrocloruro | Caps | No | Deglutir | 60' | 240' | No |
| Fentanilo Citrato | Comp. Chupable | Si | 15 min | 15' | 20-40' | Si |
| Fentanilo Citrato | Comp. Sublingual | Si | Disolución rápida | 15' | 22,5-24 0' | Si |
| | Comp. Bucal | Si | 14 - 25 ' | 10-15' | 46,8' | Si |
| Fentanilo Citrato | Espray intranasal | Si | Pulverización | 5' | 15-21' | No |

OXICODONA²⁴

Opioide semisintético (agonista puro de receptores μ y κ)

2 veces más potente que la morfina.

Indicado su uso en Dolor neuropático.

Las concentraciones plasmáticas en ancianos es un 15% superior en comparación con la población adulta joven.

Dosis inicio: 5 -10 / 12 h. VO (Comp. Lib Ret), extras (caps, sol oral / 4 h). Via Parenteral (1,5:1)

Duración de acción del fármaco: puede que esté aumentada.

Ajustar dosis en ancianos con insuficiencia renal o hepática.

Estaría contraindicado en insuficiencia hepática grave.

Debemos ajustar posología en pacientes caquéticos a la mitad e incluso 1/3 de la dosis de un paciente standard.

HIDROMORFONA²⁵

Analésgico opioide agonista de los receptores μ .

Vida media 2,6 a 4 horas. Inicio acción de 30 min.

Equivalencia de dosis en relación a morfina es de 5 - 7,5:1 (morfina:hidromorfona).

Administración Oral comprimidos 4, 8, 16. 32 mg

4 mg hidromorfona = equivale a = 30 mg morfina VO

En insuficiencia renal: Reducir la dosis e incluso aumentar el intervalo entre dosis.

En hemodialisis: reducción del 60% de la dosis predialisis del fármaco.

En insuficiencia hepática: Iniciar tratamiento con un 50% de la dosis habitual de un paciente sano.

METADONA

Antagonista del receptor NMDA, inhibidor de la recaptación de serotonina y norepinefrina y afinidad por el receptor μ . Potencia similar o ligeramente superior a la morfina. Alternativa a dolor refractario a morfina u otros opioides

Rotación: Insuficiente analgesia + efectos adversos

Vida media 12-48 horas

Via administración: Oral, parenteral (Iv, Sc)

MEPERIDINA

No tiene buen perfil para el tratamiento del dolor en anciano. Se usa en dolor postquirúrgico.

No es útil como opioide de rescate en dolor incidental.

TERAPIA COMBINADA

PARACETAMOL / TRAMADOL

Muy empleada en ancianos con dolor agudo y crónico leve- moderado.

Acción analésgica central, pobre periférica y nula antiinflamatoria.

Parámetros farmacocinéticos idóneos:

Rápido comienzo de acción del paracetamol

Efecto prolongado del tramadol

Presentación 325 mg de paracetamol / 37,5 mg de tramadol

DICLOFENACO / MISOPROSTOL 50 mg/200 mcg

Se emplea en dolor agudo

Actualmente en desuso debido a que el misoprostol ha sido sustituido en la gastroprotección por los IBP

OXICODONA/NALOXONA

Presentaciones de 5 mg/2,5 mg – 10 mg/5 mg – 20 mg/10mg – 40 mg/20 mg

Permite controlar el dolor crónico intenso y prevenir la disfunción intestinal (estreñimiento) inducida por los opioides al bloquear los receptores opioides intestinales.

TAPENTADOL

Indicado en dolor crónico intenso (Nociceptivo y Neuropático).

Posee menos efectos adversos que oxycodona.

Farmacocinética más adecuada que el tramadol

No es un profármaco, tiene baja UPP (metabolismo por glucuronización y no por citocromo P450. Baja unión a proteínas séricas.

Mecanismo de acción es dual y sinérgico:

(Agonista del receptor μ e Inh. de la Recaptación de Noradrenalina.)

Potencia analgésica inferior a la morfina sólo entre 2 y 3 veces

(5 mg oxycodona = 20 mg de morfina = 50 mg de tapentadol)

A pesar de tener afinidad mu 50 veces inferior

Presentación comp. Lib retardada: 50 mg – 100 mg – 200 mg – 400 mg

DOLOR IRRUPTIVO

En todo paciente con dolor se debe interrogar sobre la existencia de dolor incidental o irruptivo.

Considerar modificación de la pauta analgésica habitual.

Los opioides son el tratamiento de rescate de elección.

La dosis de opioide en los episodios se debe titular cuidadosamente (15-20 % de las dosis diarias)

Los pacientes con dolor irruptivo deben ser continuamente reevaluados.

ROTACION DE OPIOIDES:

| Rotación opioide. equianalgesia | |
|---|---|
| <i>Al rotar de opioide o de vía de administración INICIAR DOSIS INFERIOR A DOSIS EQUIANALGÉSICA</i> | |
| MORFINA ORAL- MORFINA SC | 2:1 |
| MORFINA ORAL- MORFINA IV | 3:1 |
| MORFINA-FENTANILO | 2:1 |
| MORFINA-OXICODONA | 2:1 |
| MORFINA-BUPRENORFINA | 30-60 mg/ 35 / 90 mg/ 52.5 / 120 mg/ 70 |
| MORFINA-HIDROMORFONA | 5:1 |
| MORFINA-METADONA | *Dosis morfina = 30 mg/24 h - 3:1 -90-90 mg/24 h - 4:1 -90-300 mg/24 h - 8:1 -> 300 mg/24 h - 12:1 Metadona oral (2-3) sc Metadona oral (3-3) iv |
| TRAMADOL ORAL-MORFINA ORAL | 5:1 |
| MORFINA - TAPENTADOL | 40 mg : 100mg / 80 mg : 200 mg 120 mg : 300 mg / 160 mg : 400 mg |

Cuando no se controla el dolor, bien por tolerancia de receptores agonistas o por acúmulo de metabolitos (Sdre de Neurotoxicidad inducida por opioides) se produce una tolerancia analgésica y/o tóxica para un determinado agonista pero para otros no.

El Síndrome de Neurotoxicidad Inducido por Opioides (NIO) cursa con alteraciones cognitivas (pesadillas), Confusión, somnolencia, Síndrome Confusional Agudo, Alucinaciones, mioclonias, Convulsiones e Hiperalgnesia.

FARMACOS COADYUVANTES / COANALGESICOS

CORTICOIDES (Dexametasona)

Dosis entre 4 y 24 mg/ día (máximo).

Su uso está muy extendido tanto para disminuir el edema peritumoral como en caso de Hipertensión Intracraneal, Obstrucción intestinal, compresión gástrica, compresión radicular y medular. También se usa previo y durante tratamiento con radioterapia y en artropatías y enfermedades autoinmunes.

ANTIDEPRESIVOS

Tanto los ISRS como los ISRSN (Venlafaxina) y últimamente la Duloxetina son eficaces en dolor neuropático (disestesias o parestesias) y trastorno del ánimo asociado.

ANTIPILEPTICOS

Gabapentina a dosis de 300 mg cada 8 horas y Pregabalina (dosis entre 75 y 300 mg/día) se usan en Dolor neuropático lancinante²⁶.

ANESTESICOS LOCALES (Lidocaina 5%)

Eficaz en dolor neuropático localizado y de fácil aplicación gracias a su presentación en forma de parche transdérmico.

BIFOSFONATOS (Ac Zoledrónico)

Indicado en dolor por metástasis óseas (Ca Prostata, Mama, Mieloma Múltiple). Se debe monitorizar el Calcio, y en casos necesarios aportar suplementos de calcio, así como vigilar el estado de hidratación del paciente.

CALCITONINA

Indicados en Fracturas vertebrales osteoporóticas, Fractura de Pelvis y en caso de Metástasis óseas.

En la siguiente tabla se dan una serie de recomendaciones sobre elección de analgesia según mecanismo e intensidad de dolor.

Analgesia guiada según mecanismos e intensidad del dolor

| Mecanismo Intensidad | Componente noopioides | Componente neuropático |
|-------------------------|-------------------------|-------------------------------------|
| Dolor Leve | Analgésicos no opioides | Antidepresivos ± antiepilepticos |
| | ± coadyuvantes | |
| Dolor Moderado | Analgésicos no opioides | Antidepresivos ± antiepilepticos |
| | ± opioides débiles | |
| | ± coadyuvantes | |
| Dolor severo | Analgésicos no opioides | Antidepresivos ± antiepilepticos |
| | ± opioides fuertes | |
| | ± coadyuvantes | |

Según el tipo de dolor usaríamos diferentes combinaciones tanto de opioides como coadyuvantes:

¿Manejo farmacológico específico en el anciano?

| Tipo de dolor | Respuesta | Tratamiento |
|---|------------------------|--|
| Noopioides 1.Visceral 2.Tejidos blandos 3.Oseo 4.Compresión nerviosa | + +/- +/- +/- | Opioides Opioides + AINE o Paracetamol Opioides + AINE +/- Corticoides Opioides + Corticoides |
| Destrucción nerviosa (desafrentación) | +/- | Gabapentina, carbamazepina Antidepresivos: Paroxetina, Duloxetina, Venlafaxina, Trazodol (no recomendado) |
| Espasmo muscular | +/- | Loracepam, relajantes periféricos |
| Tenesmo rectal | + | Clorpromacina |
| Espasmo vesical | + | Oxibutina + hioscina + AINE |

Analgesia según TIPO DEL DOLOR

PUNTOS CLAVE EN EL TRATAMIENTO DEL DOLOR EN EL ANCIANO²⁸

Creernos siempre el dolor.

Valoración integral, individualizada y multidisciplinar

Historia y diagnóstico lo más exacto posible.

Identificar la causa del dolor.

Implicar a familiares y cuidadores en la obtención de información sobre el dolor y su control.

En los pacientes con deterioro cognitivo o dificultades de comunicación, realizar una valoración más exhaustiva, atendiendo a signos indirectos:

Posición antiálgica, Expresión del rostro, Signos de dolor a la movilización, taquipnea o taquicardia, confusión mental.

Dosis de inicio más bajas. Cuidadosa titulación

Administración a horas fijas.

Dosis de rescate (siempre considerar esa necesidad)

Monoterapia (fármaco con menor potencia, mayor eficacia y mejor tolerabilidad)

Valorar patología, medicación concomitante e interacciones

Seguir el tratamiento escalonado de la OMS

Tener en cuenta fármacos coadyuvantes/coanalgésicos

Utilizar opioides cuando esté indicado y en las dosis necesarias. Evitar asociar dos opioides

Tratar el insomnio y los trastornos afectivos

Respetar horas de sueño

Evitar uso de placebos

Insistir en el cumplimiento terapéutico

Evitar sedación como efecto secundario

Prevención de efectos secundarios de los analgésicos. Informar sobre ellos

Revisar regularmente y monitorizar el dolor. Valorar eficacia del tratamiento

Establecer objetivos realistas. Adaptación

CONCLUSIONES

El dolor crónico es muy prevalente en la población anciana y debe ser considerado como una “enfermedad”.

Es fundamental una correcta valoración del dolor crónico en la población geriátrica para su diagnóstico y tratamiento.

Los opioides deben ser considerados siempre como opción de tratamiento en ancianos con dolor moderado-severo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Libro Blanco de la Coordinación Sociosanitaria en España. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Dirección General del IMSERSO. 11 de diciembre 2011.
2. Grupo de Trabajo de la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI) y la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (semFYC). Documento de consenso atención al paciente con enfermedades crónicas. Sevilla: ediciones Mergablum. 2011.
3. Jadad A, Cabrera A, Lyons R, Martos F, Smith R. When people live with multiple chronic diseases: a collative approach to an emerging global challenge. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública 2010.
4. International Association for the study of Pain. Pain 1979;6:249-252
5. AGS Panel on Persistent Pain in Older Persons. J Am Geriatrics Soc, 2002
6. Álava J, Arriola E. Prevalencia de dolor en pacientes geriátricos institucionalizados. Rev Soc esp Dolor 2009; 16(6): 344-351.
7. Barkin et al. Clin Geriatr Med 2005
8. Bjoro et al. Clin Geriatr Med 2008
9. Hadjstavropoulos T, Herr K, Turk DC et al. An interdisciplinary expert consensus statement on assessment of pain in older persons. Clin J Pain 2007; 23 (Suppl 1):S1-43.

10. Perception, Assessment, Treatment and Management of pain in the elderly. Barkin R.L.; Barkin S.J.; Barkin D.S. Clin Geriatr Med 21 (2005) 465-490
11. A.G.S. panel on Persistent Pain in Older Persons. The management of persistent pain in Older Persons. J Am Geriatr Soc 2002;50:S205-24.
12. El alivio del dolor ¿es un derecho? Saruwatari Zavala; J, G; Siqueiros-García, J.M. Rev Soc Esp Dolor 19 (2012); 3:147-156
13. Fuchs-Lacelle S, Hadjistavropoulos T. Development and Preliminary Validation of the pain Assessment Checklist for seniors with limited Ability to communicate (PACSLAC). Pain mang Nurs 2004;5(1):37-49 Med 2005 Aug;21(3):465-90
14. Warden V, Hurley AC, Volicer L. Development and psychometric evaluation of the Pain Assessment in Advanced Dementia (PAINAD) scale.
15. Torres LM, Calderon E, Pernia A, et al. De la escalera al ascensor. Rev Soc Esp Dolor 2002 9:289-90
16. AGS Panel on Persistent Pain in Older Persons J Am Geriatr Soc , 2002
17. Prevalence, Clinical Features and Avoidability of Adverse Drug Reactions as Cause Of Admission to a Geriatric Unit: A Prospective Study of 1756 Patients
18. Franceschi, M; Scarelli, C.; Niro V.; et al. Drug Saf 31(6): 545-556, June 01, 2008
19. Guía Práctica para el Manejo del dolor en el Anciano. J.M. Ribera Casado. Fundación Instituto UPSA del dolor. Madrid 2004.
20. Opioid escalation in patients with cancer pain: the effect of age. Mercadante S, Ferrera P, Villari P, Casuccio A. J Pain Symptom Manage. 2006 Nov; 32(5):413-9
21. Opiates and elderly: use and side effects. Diane L. Chau, Vanessa Walker et al. Clinical Interventions in Aging 2008; 3 (2)
22. Pharmacological Management of Persistent Pain in Older (AGS Panel on Pharmacological Management of Persistent Pain in Older). Guideline Recommendations. JAGS 2009;57;8: 1-20
23. Management of chronic pain in the elderly: focus on transdermal buprenorphine. Nalini Vadivelu, Roberta L Hines. Clinical Interventions in Aging 2008, 3:421-430
24. Oxidodona. Vondrackova et al. The journal of pain, vol 9, nº 12 (December 2008), p: 1144-1154).
25. Hidromorfona. M Wallace et al. J Int Med Res 2008; 36: 334-352
26. Guía de buena Práctica en Geriátria: Dolor Neuropático en el Anciano. Sociedad Española de Geriátria y Gerontología. Madrid 2012-08-12
27. Manejo del dolor del Anciano en Atención Primaria (Estudio ADA). P Gil Gregorio, A Moreno, MJ Rodriguez, J Zarco. Rev Clin Esp. 2007; 207:166-71
28. Opioids and the Management of chronic severe pain in the elderly: consensus statement of an International Expert Panel with focus on the six clinically most often used World Health Organization Step III opioids (buprenorphine, fentanyl, hydronorphone, methadone, morphine, oxycodone). Pergolezzi J, Böger RH, Budd K, Dahan A, Erdine S, Hans G, Kress HG, Langford R, Likar R, Raffa RB, Sacerdote P. Pain Pract 2008 Jul-Aug;8(4):287-313. Epub 2008 May 23
29. Management of chronic pain in the elderly: focus on transdermal buprenorphine. Nalini Vadivelu, Roberta L Hines. Clinical Interventions in Aging 2008, 3:421-430
30. Guía de buena Práctica en Geriátria: Dolor Crónico en el Anciano. Sociedad Española de Geriátria y Gerontología. Madrid 2012-08-12

Sergio R. Fernández-Miranda López

Psiquiatra Unidad de Hospitalización de Salud Mental. Tutor de residentes de Psiquiatría. Hospital Torrecárdenas de Almería.

Conocemos la trascendencia de los cuadros depresivos en los ancianos.

El término Depresión, del latín “*depressus*”, que significa “abatido” o “derribado”, generalmente es entendido como un estado de abatimiento e infelicidad, intensos sentimientos de tristeza, si bien el “síndrome” que lo define es mucho más amplio: ánimo bajo, en ocasiones irritabilidad, decaimiento, pensamientos rumiativos y negativos, pérdida de apetito, anhedonia...

Hablar de “depresión” así en general puede llevar a equívocos, pero es un concepto tan extendido que es difícil esquivarlo. Si buscáramos una definición fuera de los manuales diagnósticos, hablaríamos de un estado de ánimo triste, de una alteración del humor en el que la tristeza es patológica, desproporcionada, profunda, abarcando la totalidad del ser. La persona que se deprime pierde el interés por lo que le rodea e incluso la ilusión de vivir, sintiéndose incapaz de realizar sus actividades previas. Junto a la tristeza aparecen habitualmente otra serie de síntomas, como alteraciones en el contenido del pensamiento, alteraciones del sueño, del apetito, síntomas somáticos y somatizaciones... Un cuadro complejo que interfiere gravemente en la vida del sujeto.

En sí misma, la depresión es un problema de salud de una importancia enorme, cada vez mayor. Y lo es tanto por su gravedad, como por sus efectos y consecuencias sobre el que las padece, pero también por su cada vez mayor frecuencia, y sus repercusiones económicas y sociales sobre la sociedad en general.

En esto tiene mucho que ver el mundo en el que vivimos, con fuertes condicionamientos marcados por la cultura y sociedad actuales.

Conviene insistir que igual que no hay dos personas iguales, éstas no se van a deprimir de la misma forma, ni es lo mismo deprimirse en Francia, que en Egipto, Uganda, Siria o Japón, ni ser de clase alta o no tener recursos. Esto es evidente, pero no un tópico porque tiene sus repercusiones en la presentación, en la clínica y en su pronóstico. Por supuesto que todas las generalizaciones son pobres, pero no podemos dejar de señalar la importancia, más allá de los condicionamientos biológicos, que tienen los aspectos y factores socioculturales, económicos, históricos y hasta morales.

La misma percepción de la depresión por parte de la sociedad ha ido cambiando con el paso de los siglos, mal vista por ejemplo en la sociedad griega, idealizada bajo una mirada romántica desde el siglo XVIII, hasta el paradigma actual de “enfermedad”, que sinceramente en ocasiones ayuda bien poco, la verdad. Estas cuestiones se salen ampliamente del objetivo del presente trabajo, pero no está de más traerlas aquí.

Centrándonos sobre la población anciana, la trascendencia del problema adquiere una dimensión enorme y unas connotaciones diferenciadas, sutiles en sus contenidos y significaciones, y muy importantes. Los trastornos depresivos presentan una elevadísima prevalencia e incidencia en este sector poblacional; de hasta un 30% en los mayores de 65 años de nuestro medio, en recientes estudios. Su forma grave, la que se conocía como “Depresión Mayor” o el concepto actual de “Episodio depresivo grave”, aparece entre el 1 y el 2%, siendo con diferencia el grupo de pacientes donde más aparece. La “distimia”, sentimientos depresivos cronificados de meses de duración, entre el 10 y el 12%. No hablamos de los “Trastornos adaptativos”. Muchísima gente.

A nadie se le escapa además que es de prever que ésto vaya en aumento, dado el enorme crecimiento demográfico de este sector de población. En Europa, donde sólo vive el 12% de la población mundial, el 28% sobrepasa los 75 años. En España, por encima de los 65 años se encuentran algo más del 16% de la población (frente al 8,2% que había en 1960). Y mayor longevidad implica en general mayor vulnerabilidad, como venimos viendo. Vulnerabilidad física, por supuesto, pero también cada vez más social. Por tanto el panorama que nos espera no es muy halagüeño...

Además, el impacto de los trastornos depresivos en la vida de los que los padecen es enorme. El sujeto anciano, el adulto mayor, es especialmente frágil a los destrozos que la depresión produce en su mundo emocional, en su aparato psíquico. Esto viene motivado por una serie de factores que requieren ciertas consideraciones generales.

Para empezar, podríamos decir que en general, es un hallazgo relativamente frecuente en la población anciana la existencia de un ligero grado de sintomatología dentro del espectro depresivo, sin llegar a constituir un verdadero cuadro clínico.

De difícil estadísticas, cierto grado de embotamiento afectivo, apatoabulia, hipotonía generalizada, enlentecimiento cognitivo o inatención, pueden observarse fácilmente y obedecen a cambios inevitables y sutiles, propios de la edad, en el sistema nervioso.

Aunque supone un verdadero debate, sí podemos decir que la aparición de estos fenómenos pueden entrar dentro de la normalidad del proceso mismo y natural de envejecimiento, sin, insistimos, que podamos hablar de un cuadro en rango clínico. En otras ocasiones, dichos síntomas puede ser la forma de presentación de otro tipo de problemas y patologías, como bien saben los geriatras.

Entendamos y subrayemos que estos fenómenos no son, y mucho menos los cuadros depresivos, algo propio en el proceso de envejecimiento, que la mayoría de los adultos mayores se sienten razonablemente bien y satisfechos con sus vidas, a pesar del aumento de los dolores y limitaciones físicas, con adecuadas capacidades funcionales y de adaptación.

Pero sin embargo, cuando el anciano padece una depresión, cuando ya sí se constituye un verdadero trastorno depresivo, no es infrecuente que éste pase desapercibido.

Esto suele ocurrir por una cierta atipicidad de la sintomatología, que le es propia en su presentación, o por qué no reconocerlo, a en ocasiones una escasa atención por parte de los que rodean al paciente.

En la vejez los síntomas se muestran menos evidentes, más soterrados o muy atípicos. La apatía y el retraimiento pueden aparecer más que la hipotimia. Pero también a veces los mayores son menos propensos a expresar los sentimientos de pena o tristeza que sienten. Por no querer molestar, no querer ser una carga, por vergüenza o incluso por una dificultad propia para el reconocimiento de la propias emociones.

Las quejas somáticas y somatizaciones aparecen fácilmente en primer plano por encima de los problemas de ánimo. A veces estos síntomas corporales constituyen verdaderos cuadros hipocondríacos con temores y preocupaciones excesivas.

Por eso a veces el cuadro, cuadro grave y de importantes repercusiones a todos los niveles, no es visto ni tratado, lo que ensombrece muy mucho el pronóstico y las posibilidades de recuperación.

La depresión tiene dos vertientes que aumentan su impacto, ser tanto enfermedad aguda en su inicio, como más tarde crónica. Su papel como factor desencadenante de invalidez es tremendo. Sabemos que los trastornos depresivos tienen gran relación con problemas cardíacos y cerebrovasculares, empeoran o desencadenan el deterioro cognitivo, alteran el sistema inmunitario y en sí mismos pueden llevar a la muerte, por autoabandono o suicidio activo.

Un breve apunte sobre el suicidio. El suicidio en general constituye un problema de salud pública cada vez más importante, siendo el riesgo mucho mayor en mayores de 65 años, y sin grandes diferencias entre los que lo consuman y los que se quedan en intento. No son frecuentes los avisos previos en estas edades, y a veces nos sorprenden por su planificación, letalidad o pragmatismo.

Los ancianos son una población especialmente vulnerable para sufrir alteraciones emocionales.

A la fragilidad lógica del cuerpo se añade también una psique peor armada para afrontar los conflictos. Un pensamiento y una personalidad más rigidificada, menos flexible. Esta rigidez cognitiva los lleva a una peor capacidad para afrontar los cambios y sobreponerse a ellos, lo que los hace, lógicamente, más vulnerables.

Esta "rigidificación" tiene su correlato en la personalidad. Con la edad, las características, los rasgos que conforman la personalidad del individuo se van a ver acentuados. Podríamos decir subrayadas, como los surcos, que se profundizan hasta hacerse arrugas. Así, características de personalidad del sujeto, que nunca llegaron a suponerle un mayor problema en su relación con los demás y con el mundo, pueden verse acrecentadas hasta llegar a rozar lo patológico, o serlo directamente. Entonces vemos esos abuelos intransigentes, hipersensibles, o dictadores y cabezones, o dependientes, temerosos, inseguros... De nuevo más frágiles.

A veces por aquí se asoma de nuevo la Demencia, empezando en ocasiones así larvadamente, a penas dando la cara, a no ser por estos detalles, que ya decimos que en cierto grado forman parte del proceso normal de envejecer y que obligan a afinar el diagnóstico diferencial.

Y sobre este contexto, el anciano va a tener que afrontar una nueva serie de cuestiones, de conflictos específicos de esta etapa de la vida, que son propios de su momento vital y a los que nosotros solamente nos asomamos. Estos conflictos son inherentes al carácter intrínsecamente transitorio de la vida y gravitan sobre una serie de temas de marcado componente existencial, y con un peso específico en el mundo emocional del anciano.

La cercanía de la muerte, ésta percibida cada vez como más real, la sensación de partida, el sufrimiento físico, la vivencia de incapacidad, de ser dependiente, la soledad, sentirse prescindible...

El sujeto se siente al final del tiempo, que se enfrenta al sentido de la vida, y se hace balance de lo logrado y lo que se ha perdido. Todo son preguntas sin respuestas, la certeza última de la total incertidumbre.

El paso del tiempo, la vivencia de la temporalidad, estará muy presente en su vida psíquica. El viejo vive en el pasado, un pasado que se presentiza constantemente. Que es reactualizado y es el filtro que usa para ver el presente. Poco a poco, comienza a ser consciente de que el tiempo no le pertenece.

Si pudiéramos hablar de a quién le pertenece el tiempo, quién es dueño de su tiempo, tiempo entendido como *zeitgeist*, como época, entonces hablamos de un grupo muy concreto de edad: la franja que va desde los 25 hasta los 60 años, aproximadamente. Esta es la gente que tiene la capacidad de hacer cosas, de cambiar cosas, de influir en su tiempo, en la cultura, en el lenguaje, en el mundo y en los demás. Los que construyen el mundo. Los que trabajamos, cuando nos dejan, los que legislan, los que transforman.

Como sociedad eternamente fascinada con la juventud, a ambos lados de esa franja, se queda uno fuera del tiempo. Los niños es obvio que no son dueños de este tiempo pero lo serán, por eso los protegemos, los tutelamos. Poco a poco irán viendo el mundo, pero la verdad es que tienen poco espacio. El adolescente en cambio se asoma descarado, enfadado e irrespetuoso, no gustándole lo que ve y con promesas de cambio. Y nosotros les dejamos ese sitio también. Ya les tocará.

¿Pero dónde queda el anciano? ¿Cuál es su lugar? Fuera, desde luego. En esta sociedad, a diferencia de otras que sí les confiere un espacio y una voz, no parece haber mucho lugar para los viejos, a los que no sabemos dónde poner, qué hacer con ellos.

El anciano es consciente de esto, percibe este desplazamiento, esta verdadera pérdida de objeto. Puede que hasta más, porque pareciera que es arrancado de su lugar, cuando aún se siente capacitado, activo, productivo, viéndose empujado a un lado.

Digerir esto no es fácil; no es ésta una herida fácil de cerrar. No todo el mundo puede.

Curiosamente esta crisis económica, que debajo lo es de muchas más cosas, obliga ahora a una solución forzada, prolongando artificialmente la vida laboral de las personas, sosteniendo los abuelos las economías familiares, criando nietos y volviendo a hacer de activo apoyo emocional. Igual por ahí este desastre sí viene, sin querer, a paliar un poco el agravio que venimos contando.

Pero por supuesto que los cuadros depresivos tienen tratamiento, al que responden de forma razonable. Claro que no lo va hacer igual un trastorno adaptativo en una personalidad sana que por ejemplo una depresión de inicio tardío, que aparecen en mayores de 75 años y de fuerte base orgánica.

No voy a extenderme en este punto más que para señalar que los tratamientos antidepressivos son cada vez más seguros y eficaces. La elección del tratamiento debe venir lo más individualizada posible, siempre atentos a la realidad de que son pacientes pluripatológicos y polimedcados.

El tratamiento farmacológico obtiene buenos resultados, por lo que debe abandonarse el antiguo tópico nihilista de que poco se podía hacer en estos casos.

Además, los estudios arrojan también una clara evidencia sobre mejores resultados y menores recaídas posteriores en los tratamientos que combinan psicoterapia con psicofármacos que en los que únicamente se usan fármacos. No debemos perder de vista la importancia de los vínculos y la elaboración de los conflictos. Hace poco hasta un estudio refería el poder terapéutico de pasar más tiempo con los nietos...

Y en los casos más graves, depresiones muy profundas, inhibidas y catatoniformes, con síntomas psicóticos y resistentes, la Terapia Electro-Convulsiva (TEC) sigue siendo un recurso válido.

Tenemos herramientas pero todavía quedan lagunas en nuestro conocimiento acerca de los cuadros depresivos en los adultos mayores. Y también tópicos y tabúes en una sociedad que no sabe bien qué mirada depositar sobre los problemas de los ancianos.

Dada la magnitud del tema, se requiere una actitud atenta y rigurosa por parte de todos a la hora de abordarlo. Esto va a contribuir significativamente a disminuir el impacto del problema, la discapacidad, la morbilidad y la mortalidad que genera, además de reducir costes de atención en salud.

Pero lo absolutamente imprescindible, lo que nos debe ser inexcusable, es un acercamiento sincero y una comprensión profunda al sufrimiento emocional del anciano, que nos mira desde su encrucijada existencial, que es nuestro reflejo y no pide más que acompañamiento.

BIBLIOGRAFÍA

1. Blazer DG. The epidemiology of depression in late life. *Depression in late life*. 2nd ed. St. Louis: Mosby, 1993: 3-27.
2. Gurland B. Epidemiology of psychiatric disorders. *Comprehensive review of Geriatric Psychiatry II*. 2nd ed. Washington: American Psychiatric Press 1996: 3-42.
3. Hybels C, Blazer D. Epidemiology of late-life Mental Disorders. En: Grossberg GT. *Geriatric Mental Health. Clinics in Geriatric Medicine*, 2003; 663-89
4. I.N.E. Instituto Nacional de Estadística: Anuario estadístico 2000. Madrid: 2000.
5. Gallo JJ, Rabins PV. Depression without sadness: alternative presentations of depression in late life. *American Family Physician*, 1999; 60 (3), pp. 820-826.
6. Längle A. Probst C. Existential Questions of the Elderly. *International Medical Journal, Psychiatry*, vol. 7, N° 3, p. 193-196, Japan International Cultural Exchange Foundation, September 2000.
7. Mora F, Porras A. Procesos involutivos del sistema nervioso. *Manual de Neurociencia*. Delgado-García JM, Ferrús A, Mora F, Rubia F, editores. Madrid: Síntesis 1998.
8. Mishara BI, Riedel R. El proceso de envejecimiento. Morata. 1986: 38-63.
9. Kivela SL, Pakkala K, Eronen P. Depressive symptoms and signs that differentiate major and atypical depression from dysthymic disorder in elderly Finns. *Int J Geriatr Psychiat* 1989; 4: 79-85.
10. Agüera L, Martín Carrasco M, Cervilla J. *Psiquiatría Geriátrica*. 1ª ed. Barcelona: Masson SA, 2002.
11. Alexopoulos GS, Borson S, Cuthbert BN, et al. Assessment of late life depression. *Biol Psychiatry* 2002; 52(3):164-74.
12. Cole MG, Dendukuri N. Risk factors for depression among elderly community subjects: a systematic review and meta-analysis. *Am J Psychiatry* 2003; 160(6):1147-56.
13. Heikkinen RL, Kauppinen M. Depressive symptoms in late life: a 10-year follow-up. *Arch Gerontol Geriatr* 2004; 38(3):239-50.
14. Mast BT, Neufeld S, MacNeill SE, Lichtenberg PA. Longitudinal support for the relationship between vascular risk factors and late-life depressive symptoms. *Am J Geriatr Psychiatry* 2004; 12(1):93-101.
15. Schweitzer I, Tuckwell V, O'Brien J, Ames D. Is late onset depression a prodrome to dementia? In *J Geriatr Psychiatry* 2002; 17:997-1005
16. Tiemeier H. Biological risk factors for late life depression. *Eur J Epidemiol* 2003; 18(8):745-50.
17. Agüera Ortiz L, Francés Román I. Guía de buena práctica clínica en geriatría. *Depresión y Ansiedad*. Sociedad Española de Geriatría y Gerontología. 2004.
18. Frankl V. Temporalidad y mortalidad: un ensayo ontológico, en *Psicoterapia y humanismo*, Fondo de Cultura Económica, México DF, 1992, pp. 113-125.
19. Molenat X., L'individu hypermoderne: vers une mutation anthropologique? *Rivista Sciences Humaines*, (n° 154), novembre 2004, p. 38.
20. Minkowski E., *El tiempo vivido*, Fondo de Cultura Económica, México DF, 1973, pp. 39-40.
21. De la Serna de Pedro I. Trastornos afectivos. En: *Manual de psicogeriatría clínica*. Barcelona: Masson, 2000; 99-133.
22. Agüera L. ¿Cuál es la relación entre suicidio y depresión en el anciano? *La depresión en el anciano*. Doce cuestiones fundamentales. Madrid: Fundación Archivos de Neurobiología, 1996: 179-202.
23. Agüera L, Reneses B, Calcedo A. ¿Qué papel juegan las psicoterapias en el tratamiento de la depresión en el anciano? *La depresión en el anciano*. Doce cuestiones fundamentales. Madrid: Fundación Archivos de Neurobiología, 1996.
24. Lebowitz BD, Pearson JL, Schneider LS et al. Diagnosis and treatment of depression in late life: consensus statement update. *JAMA* 1997; 278: 1186-1190
25. Bullock R. Review: newer and older antidepressants are effective in primary care and elderly patients with depressive disorders. *Evid Based Ment Health* 2000; 3: 118

15. MESA REDONDA:
“CONSENSO SOBRE EL MANEJO DE LA DIABETES EN EL ANCIANO”

PONENCIA:
MANEJO DEL ANCIANO DIABÉTICO EN RESIDENCIAS. ESTUDIO DIAGERCA

Dr. Juan Carlos Durán Alonso
Médico especialista en Geriátria.
Hospital San Juan Grande. Jerez de la Frontera

1.- INTRODUCCIÓN

La prevalencia de diabetes mellitus tipo II se ve incrementada conforme aumenta la edad de los pacientes, como se recoge en estudios epidemiológicos.

En el estudio DECODE (Diabetes Epidemiology Collaborative analysis of Diagnostic criteria in Europe) se analizaron 13 cohortes en 9 países europeos, incluyendo a 7680 hombres y 9251 mujeres entre 30 y 89 años; obteniéndose cifras de prevalencias del 8.5% en hombres y 9.3% en mujeres en el rango etario de 60-69 años, aumentando al 12.4% en hombres y 15.4% en mujeres entre 70-79 años, y aumentando más aún a un 12.9% en hombres y 22.4% en mujeres entre 80-89 años. (1).

En nuestro país, los estudios de prevalencia muestran cifras que oscilan entre el 14.4% en hombres y 25.6% en mujeres en el estudio de Cataluña (2) Prevalencias del 23.6% en hombres y 24.3% en mujeres en un estudio de Asturias (3). Igualmente en Canarias(4) se observaron prevalencia de diabetes del 23.3% en hombres y 42.4% en mujeres entre 70 y 79 años, aumentando en estas hasta el 57.2% en mayores de 80 años.

En nuestra provincia de Cádiz disponemos de datos de prevalencia en un estudio realizado en Sanlúcar de Barrameda (6), siendo del 33.7% en hombres y 32.6% en mujeres entre 60-69 años, y 32.9% en hombres y 38% en mujeres entre 70 y 79 años.

Los ancianos diabéticos son una población heterogénea, que presentan igual riesgo que los adultos jóvenes de desarrollar complicaciones tanto macro como microvasculares, pero son más propensos a presentar deterioro funcional y cognitivo, al aparecer conjuntamente con otras enfermedades crónicas y síndromes geriátricos. (7) Debido a ello, aumenta la necesidad de ayuda por imposibilidad para el autocuidado, lo que incrementa la tasa de institucionalización. (8)

Son escasos los estudios de prevalencia de diabetes realizados en residencias geriátricas, destacando el de Zhang, donde se objetivó un incremento en la prevalencia de diabetes en los últimos años, pasando del 16.9% en 1995, a tasas del 26.4% en 2004. (9)

Consideramos que los mayores que ingresan en residencias, son cada vez más dependientes, presentando con mayor frecuencia enfermedades crónicas e invalidantes que causan dicha dependencia, siendo la diabetes una de las más frecuentes. Por ello, nos planteamos realizar el estudio DIAGERCA (DIabetes en GERiátricos de CAdiz), para conocer tanto la prevalencia como las características clínicas y las peculiaridades del manejo en los ancianos diabéticos institucionalizados.

2 ESTUDIO DIAGERCA

2.1.- OBJETIVOS DEL ESTUDIO

- Conocer la prevalencia de diabetes en ancianos institucionalizados en nuestra provincia de Cádiz.
- Evaluar las pruebas diagnósticas y las medidas que utilizamos para el diagnóstico, control y seguimiento de la diabetes.
- Conocer los tipos de complicaciones y el estado de las mismas, con las repercusiones de estas en su capacidad cognitiva y funcional.
- Saber el tipo de tratamiento que utilizamos para el control de la diabetes en el grupo de ancianos institucionalizados.
- Evaluar el perfil global de riesgo vascular de la población geriátrica institucionalizada
- Conocer el grado de cumplimiento por parte de los médicos de las residencias de las recomendaciones actuales de las diferentes asociaciones internacionales en el manejo diagnóstico y terapéutico de la diabetes mellitus en la población geriátrica.

2.2.- MATERIAL Y METODOS

Realizamos un estudio observacional, multicéntrico, realizado en catorce Residencias geriátricas de la provincia de Cádiz, dos de carácter público, y el resto privadas concertadas, oscilando el número de plazas entre 45 y 250.

Crterios de inclusión

- Ancianos afectos de diabetes Mellitus, siguiendo los criterios diagnósticos del último censo de la ADA: determinación de glucemia basal mayor de 126 mgr/dl en dos determinaciones en días diferentes tras 8 horas de ayuno, cifras de glucemia mayores de 200 mg/dl a las dos horas del test de tolerancia oral a la glucosa, y cifras de hemoglobina glicosilada mayor de 6.5%. (9)
- Institucionalizados en residencias geriátricas
- Que acepten participar en el estudio, cumpliendo el consentimiento informado

Variabes estudiadas

A todos los médicos participantes se les administró un cuestionario estructurado por cada paciente, donde debían recoger de las historias clínicas de los que cumplían los criterios de inclusión, las siguientes variables:

- Prevalencia de diabetes
- Edad y sexo
- Tiempo de evolución de la diabetes
- Presencia de complicaciones:
 - Macrovasculares: ictus isquémico, cardiopatía isquémica, infarto de miocardio, o arteriopatía periférica.
 - Microvasculares: retinopatía o nefropatía diabética.
 - Neurológicas: polineuropatía o neuropatía autonómica.
- Control metabólico: regularidad en la determinación de glucemias basales y de hemoglobina glicosilada HbA1c.
- Complicaciones metabólicas sufridas: episodios de cetoacidosis diabética, síndrome hiperosmolar o hipoglucemia sintomática.
- Tratamiento actual: toma de antidiabéticos orales, tipo del mismo y/o uso de insulina y tipo de la misma.
- Educación diabetológica administrada: dieta, ejercicio físico y/o programa específico educacional.
- Capacidad funcional de los pacientes mediante el índice de Barthel.
- Capacidad cognitiva de los participantes mediante el minimental test.
- Perfil global de riesgo vascular: presencia además de hipertensión arterial, dislipemia, obesidad y sedentarismo.

Análisis estadístico:

Las variables cuantitativas se describen con medias con desviación estandar, y las variables cualitativas como porcentajes. Los datos se han analizado mediante el programa SPSS v17.0.

2.3.- RESULTADOS

Sobre un total de 1.952 ancianos institucionalizados, están diagnosticados de diabetes mellitus, siguiendo los criterios diagnósticos de la ADA, 516 pacientes, obteniéndose una prevalencia de diabetes en la muestra estudiada del 26.44%.

Aceptaron participar en el estudio, firmando el consentimiento informado para ello, un total de 312 ancianos, a los que se pasó un cuestionario estandarizado con las variables propuestas para el mismo.

La edad media de los pacientes ha sido de 79.7 años, (D.T. 7.9, mínimo 55, máximo 99 años). Predominando el sexo femenino en un 57.4% del total de participantes.

El tiempo de evolución de la diabetes en los ancianos institucionalizados es prolongado, el 66.9% de los pacientes que conoce su enfermedad desde hacía más de 10 años, y un 25.4% desde hace más de 5 años. Sólo

un 6.1% fue diagnosticado en los últimos 5 años y un 1.6% en el último año.

El 55.1% habían sufrido ya en el momento del estudio alguna complicación vascular, o neurológica, resumiéndose las mismas en la TABLA 1

El 91% había sido explorado podológicamente. El 65.8% de la población estudiada recibía exploración podológica mensual, el 20.6 con periodicidad semestral, y el 4.6% anual. Encontrándose lesiones podológicas asociadas a la diabetes en el 14.3% de los pacientes.

Para el control metabólico de los pacientes diabéticos se realizaron determinaciones de glucemia capilar basal, variando la frecuencia de determinación, desde 3 veces al día, antes de las comidas en el 6.8%, una vez al día antes del desayuno al 22.9%, determinación semanal al 40%, quincenal al 12.5%, y mensual al 3.5%.

Las determinaciones de Hemoglobina Glicosilada HbA1c se realizaron al 90% de la población estudiada, con frecuencia de determinación semestral en el 63.4%, anual en el 25.5% y más de un año en el 11%. La media de HbA1c ha sido de 7.2%. (D.T. 1.4, mínimo 4.5 y máxima 12.9). El 50% de nuestros ancianos institucionalizados tenían cifras de HbA1c entre 7 y 8.

Las complicaciones metabólicas sufridas aparecen en la TABLA 1

Respecto al manejo terapéutico que utilizamos en nuestros ancianos institucionalizados para el control de la diabetes, los resumimos en la TABLA 2

Además de las medidas farmacológicas de control, el 99.7% de los ancianos diabéticos institucionalizados recibía una dieta diabética, el 42.7% algún tipo de programa de ejercicio físico, y el 34.4% programas de educación diabetológica.

Todos los pacientes estudiados disponían de una valoración geriátrica integral, por lo que pudimos conocer el grado de limitación funcional y de capacidad mental de los ancianos diabéticos. Para la valoración funcional utilizamos el índice de Barthel, obteniendo una media de 48.5 puntos (D.T. 31.4, mediana 45.5, mínimo 0 y máximo 100) (grado de dependencia funcional moderada). Centrándonos en el parámetro movilidad, el 35.9% deambulaba de forma autónoma, precisando ayuda para la deambulación el 63.3%, con uso de andador en el 24.1% y de silla de ruedas en el 60.5%. Solo un 0.8% permanecía encamado las 24 horas. Para la valoración mental utilizamos el Minexamen cognitivo de Lobo, obteniendo un valor medio de 18.6 puntos. (D.T. 9.4, mínimo 0 y máximo 35). Un 46.1% de los diabéticos institucionalizados estaba diagnosticado de demencia. Siendo la demencia degenerativa tipo Alzheimer el tipo más frecuente: 46.2%, seguido de la demencia vascular en el 41.9%. y en cuanto a la fase de la demencia, el 33.8% estaba catalogado como demencia leve, el 36.7% como moderada y el 29.5% como severa.

Para conocer el perfil global de riesgo vascular, investigamos si los ancianos diabéticos institucionalizados tenían otros factores de riesgo vascular añadidos. El 64.2% eran además hipertensos. El 37.2% presentaban hipercolesterolemia, y el 41.7% cumplían criterios diagnósticos de obesidad (Índice de masa corporal > 27).

3.- DISCUSIÓN

La heterogeneidad en la población geriátrica, nos obliga a manejar de diferentes maneras tanto desde el punto de vista diagnóstico como terapéutico, las enfermedades de nuestros pacientes, siendo difícil aplicar una protocolización en el manejo de la diabetes mellitus. Con la aparición de guías de práctica clínica avaladas por organizaciones internacionales, se establecen unos estándares de atención, que hemos seguido para marcar los objetivos de nuestro estudio. (9,10, 11)

La prevalencia elevada de diabetes en nuestras residencias: 26.44%, es similar a las obtenidas en otros estudios epidemiológicos (1,2,3,4,5,6,8), si bien son escasos los trabajos realizados en medio residencial, habiéndose realizado la mayoría de ellos sobre población global, predominando el medio comunitario.

Los resultados obtenidos demuestran que la edad media de los ancianos diabéticos institucionalizados es elevada, tratándose por tanto de una población octogenaria. Predominando el sexo femenino y siendo diabéticos de larga evolución. Con estas características demográficas, no ha sido raro encontrar elevado porcentaje de complicaciones vasculares, tanto macro como microvasculares, y neurológicas en la población diabética atendida.

Como áreas de mejora en nuestro trabajo, el porcentaje de sujetos diagnosticados de arteriopatía periféricas se pueda ver sesgado por su aparición silente, y la escasa utilización del índice tobillo-brazo. Y disponemos de un bajo porcentaje de determinaciones de microalbuminuria. Siendo importante conocerla al seleccionar el tratamiento más adecuado, ya que determinados antidiabéticos orales como la metformina se deben utilizar con precaución en nefrópatas, ajustando la dosis en caso de insuficiencia renal.

Las posibilidades de disponer de podología en nuestras residencias, y la sensibilidad que tenemos con los problemas de los pies en nuestros mayores, especialmente en los diabéticos, se demuestra al ver que más del 90% de los estudiados recibían una exploración podológica. Gracias a ello, las lesiones podológicas y el pie diabético no han sido complicaciones frecuentes en nuestro estudio.

Las residencias geriátricas con equipo médico y de enfermería, permiten disponer de un buen control metabólico en los pacientes diabéticos, con determinaciones de cifras de glucemias basales. La mayoría de ellos se encuentran en fase estabilizada, por ello, el porcentaje más frecuente de determinación fue diario, antes del desayuno. Siguiendo las recomendaciones de los últimos estudios publicados al respecto (12,13,14,15), el control metabólico no debemos aplicarlo de forma estricta. A pesar de ello, cuando analizamos las complicaciones metabólicas en los últimos años, objetivamos que las hipoglucemias sintomáticas fueron las más frecuentes, por encima de la cetoacidosis y el síndrome hiperosmolar. El estudio publicado por Whitmer demostró que una mayor incidencia de hipoglucemias sintomáticas en los pacientes diabéticos, aumentaba el riesgo de desarrollar demencia en este tipo de pacientes. (16)

Respecto al manejo terapéutico, siguiendo los protocolos internacionales establecidos, (17,18) el mayor porcentaje de ancianos estudiados son tratados con antidiabéticos orales, siendo la metformina el más utilizado. El uso de los nuevos agentes orales comercializados en nuestro país: incretínmiméticos inhibidores de la DPP4, todavía es escaso en nuestro medio residencial, y se utilizan más combinados con metformina que en monoterapia. La mitad de nuestros pacientes se encuentran ya insulinizados. Porcentaje razonable, dado el tiempo de evolución de su diabetes, y el grado de complicaciones existentes, con nefropatía en un porcentaje importante deteriorándose su función renal.

Cuando aplicamos valoración geriátrica integral a este subtipo de pacientes, objetivamos que se encuentran en un grado moderado de discapacidad funcional, y más del 60% necesita ayuda para desplazarse, utilizando silla de ruedas.

Casi la mitad de los pacientes están diagnosticados de demencia, cumpliendo con las estadísticas, la más frecuente fue degenerativa, seguida de cerca por la causa vascular; y encontrándose en una fase moderada de la misma.

Y al evaluar el perfil global de riesgo vascular, las cifras de hipertensión, hipercolesterolemia y obesidad son algo más bajas que las obtenidas en estudios como el INTERHEART, donde se objetivó que el 80% de los diabéticos presentaban también hipertensión arterial y dislipemia, por lo que se potencian los factores de riesgo. (20) Esto puede explicar el alto porcentaje de complicaciones vasculares ya presente en nuestros usuarios. Se ha demostrado en importantes estudios previos, que el control adecuado de estos factores de riesgo vascular con un abordaje integral de los mismos, produce beneficios tanto en morbilidad como en mortalidad cardiovascular. (21,22) Lógicamente, al ser discapacitados, y ser escaso el porcentaje que puede realizar ejercicio físico, el sedentarismo es muy frecuente.

4.- CONCLUSIONES.-

Como conclusiones del estudio destacamos que nuestros residentes diabéticos, son de edad avanzada, con diabetes de larga evolución, en fase de complicaciones crónicas, con otros factores de riesgo vascular asociados. Se encuentran discapacitados, precisando ayuda en sus actividades de la vida diaria.

Esto demuestra que la diabetes mellitus es una enfermedad con alta prevalencia que provoca discapacidad, y debe abordarse adecuadamente desde los inicios de la misma, para conseguir un buen control metabólico y evitar las complicaciones tanto micro como macrovasculares, causantes de la discapacidad.

Nuestro objetivo, además de continuar realizando un control metabólico adecuado para evitar mayores complicaciones, debe ser el control global e integral del paciente, afrontando todos los factores de riesgo vascular, y todas sus comorbilidades, para ofrecerles la mejor calidad de vida posible.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- DECODE study group. "Age and sex specific prevalences of diabetes and impaired glucose regulation in 13 european cohorts" *Diabetes care* 2003; 26: 61-69
- 2.- Castell C, Tresserras R, Serra J, Goday A, Lloveras G, Salleras L. "Prevalencia de diabetes en Catalonia (Spain): an oral glucose tolerance test-based population study" *Diabetes Res Clin Practice* 1999; 43: 33-40
- 3.- Botas P, Delgado E, Castaño G, Diaz de Greñu C, Prieto J, Diaz-Cadórñiga FJ. "Prevalencia de diabetes mellitus e intolerancia a la glucosa en población entre 30 y 75 años en Asturias. España" *Rev Clin Esp* 2002; 202: 423-429
- 4.- De Pablos Velasco PL, Martínez Martín FJ, Rodríguez Pérez F, Ania BJ, Losada A, Betancor P. "The Guía Study. Prevalence and determinants of diabetes mellitus and glucose intolerance in Canarian Cuacasian population: comparison of the ADA and the 1985 WHO criteria". *Diabet Med* 2001; 18: 235-24
- 5.- Masía R, Sala J, Rohlfis I, Piulats R, Manresa JM, Marrugat J, "Prevalencia de diabetes mellitus en la provincia de Girona. estudio REGICOR" *Rev Esp Cardiol* 2004; 57: 261-264
- 6.- López Suarez A, Elvira González J, Beltrán Robles M, Alwakil M, Saucedo JM, Bascañana A. "Prevalence of obesity, diabetes, hypertension, hypercholesterolemia and metabolic syndrome in over 50 years old in Sanlúcar de Barrameda. Spain" *Rev Esp Cardiol* 2008; 61: 1150-1158
- 7.- Sinclair A, Conroy S, Bayer A. Impact of diabetes on physical function in older patients. *Diabetes Care*. 2008; 31: 233-35
- 8.- Zhang Z, Decker F, Luo H, Geiss L, Pearson W, Saaddine J, Gregg E, Albright A. "Trends in the prevalence and comorbidities of diabetes mellitus in nursing homes residents in the United States: 1995-2004". *J Am Geriatr Soc* 2010; 58: 724-730
- 9.- Feldman S, Rose R, DeStasio J. "Status of diabetes management in the nursing home setting in 2008: a retrospective chart review and epidemiology study of diabetic nursing home initiatives in Diabetes management" *J Am Med Dir Assoc* 2009; 10: 354-360
- 10.- California Healthcare Foundation/American Geriatrics Society Panel of Improving Care for elders with diabetes. "Guidelines for improving the care of the older person with diabetes mellitus". *J Am Geriatr Soc* 2003; 51: 265-280
- 11.- American Diabetes Association "Standards of medical care in diabetes 2011" *Diabetes care* 2011; vol 34, sup 1, 11-60.
- 12.- European Diabetes Working Party for older people. Clinical Guidelines for type 2 Diabetes Mellitus in older patients. European Union Geriatric Medicine Society. 2004. http://instituteofdiabetes.org/wp-content/themes/IDOP/other/diabetes_guidelines_for_older_people.pdf
- 13.- Action to Control Cardiovascular Risk in Diabetes Study Group. Gerstein HC, Miller ME, Byington RP, Golf DC, Bigger JT, et al. "Effects of intensive glucose lowering in type 2 diabetes" *N Eng J Med* 2008; 358: 2545-2559
- 14.- Advance collaborative group: MacMahon P, Chalmers J, Billot N, Marre W, Cooper M, et al "Intensive blood glucose control and vascular outcomes in patients with type 2 diabetes". *N Eng J Med* 2008; 358: 2560-2572
- 15.- Duckworth W, Abraira C, Moritz T, Reda D, Emanuele N, Reaven P et al "Glucose control and vascular complications in veterans with type 2 diabetes" *N Eng J Med* 2009; 8: 129-139
- 16.- Whitmer R, Karter A, Yaffe K, Quesenberry C, Selby J. Hypoglycemic episodes and risk of dementia in older patients with type 2 diabetes mellitus. *JAMA*. 2009; 301: 1565-1572
- 17.- Nathan DM, Buse JB, Davidson MB, Ferrannini E, Holman RR, Sherwin R, et al; "American Diabetes Association, European Association for the Study of Diabetes. Medical management of hyperglycemia in type 2 diabetes: a consensus algorithm for the initiation and adjustment of therapy: a consensus statement of the American Diabetes Association and the European Association for the study of Diabetes". *Diabetes care* 2009; 32: 193-203
- 18.- Gaede P, Lund-Andersen H, Parving HH, Pedersen O. "Effect of a multifactorial intervention on mortality in type 2 diabetes." *N Eng J Med* 2008; 358: 580-591

16. ¿QUÉ APORTAN LAS PERSONAS MAYORES EN MOMENTOS DE CRISIS?

Luis Martín Pindado

Presidente nacional de

Unión Democrática de Pensionistas, UDP

En primer lugar permítanme hacer un comentario sobre el título de la mesa que nos ocupa. “Situación del **anciano** en época de crisis”.

Emplear el término anciano para todas las personas mayores introduce limitaciones en el debate. Yo tengo 75 años, no me considero en absoluto un anciano, y pienso que la gran mayoría de los asociados a los que represento, tampoco se consideran ancianos.

No entraré en discusiones semánticas. Posiblemente, antes, la palabra anciano estaba desprovista de los matices peyorativos que hoy tiene, y se refería más claramente al respeto y la potestad propios de las personas más mayores. Hoy, desgraciadamente, ya no es así.

Creo que si hay que utilizar un término para mencionar a un colectivo tan heterogéneo como el nuestro, es más acertado hablar de personas mayores.

Hecho este comentario, voy a hablarles de lo que aportan algunas personas mayores a la sociedad en estos momentos tan duros que atravesamos.

En 2010, cuando llevábamos dos años de crisis y asomaban los primeros brotes verdes que tan pronto se marchitaron, Unión Democrática de Pensionistas, UDP, pidió un estudio de opinión sobre las aportaciones de las personas mayores a sus familias. Según aquella encuesta, más del 15% de las personas mayores ayudaban económicamente a sus familiares.

A finales del año pasado repetimos esa encuesta, y entonces ya eran más del 40% las personas mayores que afirmaban ayudar económicamente a sus familias.

Igualmente, constatamos que ha descendido notablemente el porcentaje de personas mayores que son ayudadas económicamente por sus familiares, pasando del 12,5% en 2010, al 7,5% hoy.

Qué quieren decir estos datos. ¿Los mayores vivimos con más recursos que antes? ¿Vivimos en mejores condiciones económicas?

No, de ninguna manera. Lo que desgraciadamente ha ocurrido en estos años, es que el resto de los ciudadanos se ha empobrecido considerablemente. No somos más ricos que antes, es que nuestros conciudadanos son más pobres, nuestros hijos son más pobres, y tienen más necesidad de apoyo económico que nosotros.

Hoy las personas mayores somos un colchón económico fundamental e imprescindible para la sociedad, y el sostén más firme que tienen millares de familias españolas.

Sin la aportación que están haciendo muchas personas mayores, la paz social que milagrosamente disfruta España saltaría en añicos porque, simple y llanamente, miles de familias se verían en la calle y atendidos malamente por la beneficencia, ya que los servicios sociales debilitados y recortados, no tienen capacidad de atender a tantos ciudadanos con las necesidades vitales básicas sin cubrir.

Este colchón se está debilitando, ya que nuestro poder adquisitivo se ha visto mermado en los últimos años de forma considerable. Y la nueva reforma de las pensiones propuesta por el Gobierno no ayuda mucho, ya que garantiza pérdidas continuadas de nivel de vida para los próximos años y para todos los pensionistas.

Así están las cosas.

La solución pasa por que la economía mejore sustancialmente y se cree empleo, que la gente trabaje y pueda ganarse la vida y mantener a sus familias.

De este modo, el Estado tendría más dinero y se podrían dedicar más recursos para todos y, especialmente, para las personas con mayores dificultades.

Para que esto suceda, para que la economía mejore y se generen los millones de puestos de trabajo que se necesitan para llegar a niveles europeos, 8 a 10% de paro (nosotros estamos en el 26%), es preciso que se conjuguen una serie de factores que nadie sabe muy bien cuáles son y cómo ponerlos en marcha.

Las estimaciones más optimistas hablan de una salida lenta y progresiva de la crisis, pero, sinceramente, cuando uno pasa de los 70, no es que tengamos más prisa, es que tenemos poco tiempo que perder.

Qué proponemos desde el mundo asociativo

Cuando termine esta crisis económica el mundo seguirá envejeciendo. Según las últimas proyecciones de población del Instituto Nacional de Estadística, en España, el 37% de la población será mayor de 65 años en 2052.

Si las tendencias y comportamientos demográficos actuales se mantuvieran, en nueve años, en 2022, la tasa de dependencia se elevará hasta el 58%. Es decir, por cada 10 personas en edad de trabajar, en 2022 habrá en España casi seis potencialmente inactivas (menor de 16 años o mayor de 64).

En 40 años, dicha tasa de dependencia se elevaría casi al 100%, lo que quiere decir que por cada persona en edad de trabajar prácticamente habría otra que no estaría en edad de hacerlo.

Nuestro sistema de Seguridad Social tal y como se financia hoy, aun con tasas de desempleo bajísimas, no podrá soportar ese gasto.

Esta última reforma de las pensiones que se está tramitando será un paso más, pero no una solución a un problema que debemos resolver entre todos: cómo pagar los sistemas de protección social de los que disfrutamos actualmente los “inactivos”.

Como no creo que los menores de 16 años adelanten su entrada en el mercado laboral, lo más lógico es pensar que los ciudadanos de más edad tendremos que trabajar durante más años y pagar mayores cotizaciones.

Pero, paradójicamente, el mercado laboral sigue expulsando a las personas de más de 55 años, y muchos de ellos tienen enormes dificultades para encontrar un nuevo empleo.

Es prioritario buscar nuevas fórmulas para que los ciudadanos de más edad permanezcan en el mercado de trabajo. Y también nuevas fórmulas para compatibilizar pensión con trabajo remunerado.

Pero hay otras formas de participar en la construcción social que van más allá del trabajo remunerado.

Hablemos ahora de responsabilidad

Desde mi punto de vista debemos intentar que los ciudadanos entiendan la jubilación como una etapa en la que adquirir nuevos compromisos con uno mismo, y con la sociedad.

Más allá de su pertenencia a un tipo de organización u otra, el activismo social de los mayores es minoritario: el 76% afirma no haberse manifestado nunca (frente al 57% de media); el 87% no ha contactado nunca con un político para expresarle su opinión (83% de media); el 72% no ha recaudado nunca dinero para alguna causa (58,9% de media); y el 79,4% nunca ha colaborado con un grupo o asociación (68,7% de media general).

La participación en organizaciones sociales enriquece la vida de los ciudadanos e interviene en la mejora de la sociedad. Ahora más que nunca, los jubilados debemos implicarnos y buscar fórmulas de participación para el beneficio de todos.

Se trata de cambiar el concepto de actuación sobre políticas para mayores y pasar, de considerarnos preceptores de servicios, a constituirnos como un colectivo con capacidades y recursos, que la sociedad debe aprovechar. Somos una importante fuente de recursos sociales aún por explotar.

Generalmente, la sociedad percibe a la persona mayor como un receptor: recibimos pensiones, recibimos atención social y sanitaria, recibimos programas de envejecimiento activo... somos receptores, y en tanto en cuanto esto continúe así, seguiremos siendo clases pasivas, y nuestra participación estará supeditada a los demás.

Pensamos que desde las asociaciones, desde la sociedad civil organizada, las personas mayores podemos encontrar los cauces para una mayor contribución en todos los ámbitos.

Desde las asociaciones contribuimos a conseguir una sociedad más solidaria, en el compromiso firme y desinteresado con los más vulnerables, realizando programas y labores de voluntariado promovidos y gestionados por las propias asociaciones y atendiendo las necesidades allí donde la administración no llega.

Contribuimos a la promoción del envejecimiento activo poniendo en marcha multitud de talleres de todo tipo, actividades culturales y deportivas, programas intergeneracionales, cursos, jornadas y programas formativos que ayudan a las personas a mantenerse motivadas y en forma, física y mentalmente.

Contribuimos a la economía posibilitando, por ejemplo, el programa de Vacaciones del IMSERSO y el Programa de Termalismo Social que dan trabajo a miles de personas cada año.

Además de los programas de viajes, culturales y de ocio de las distintas administraciones regionales y locales que contribuyen a mantener muchas empresas de este país.

Son sólo unas pinceladas de lo mucho que hacemos desde las asociaciones.

Las asociaciones somos el presente y el futuro.

El Informe que sobre la Economía Social hizo público en 2008 el Comité Económico y Social de la Unión Europea, afirmaba que,

- Es conveniente “acometer decididos procesos de vertebración asociativa” de la Economía Social, así como incidir sobre su imagen corporativa.
- Los poderes Públicos han de contribuir a la vertebración de su tejido asociativo y al desarrollo de la democracia asociativa.
- La Economía Social es “un poderoso actor económico y social” y como tal tiene que participar directamente en el “diálogo social”.
- La Economía Social, es reconocida por el Parlamento Europeo “como pilar básico y clave de bóveda del modelo social europeo”.

Se están dando algunos pasos importantes en esta dirección. En esa Europa de los ciudadanos que se intuye en el horizonte, serán parte esencial las entidades que agrupen personas con intereses comunes, y donde los ciudadanos participen activamente desarrollando un papel relevante.

La sociedad del mañana necesitará que todos los ciudadanos, de todas las edades, participen y aporten en la construcción social.

Y por ello es tan importante que organicemos foros de debate y discusión como este, que nos permiten transmitir a la sociedad de forma clara y contundente que estamos aquí, que aportamos mucho a la sociedad, que nuestro tiempo es éste, que queremos tomar nuestras propias decisiones y que estamos organizados y decididos a hacer que nuestra voz sea escuchada.

Muchas gracias.

