

A continuación se muestran los datos enviados por (formmail@l1aa074.servidoresdns.net) el
Lunes 7 de Febrero de 2011 a las 14:42:29

Autores: Gema Juncos Martínez, José Luis Esquinas Requena, Inmaculada García Nogueras, Pilar Atienzar Núñez, Luis Romero Rizos, Carmen Luengo Márquez, Pedro Manuel Sánchez Jurado, Pedro Abizanda Soler

Remitente: Pedro Abizanda Soler

Dirección: C/ matemáticas 6

C.P.: 02006

Población: Albacete

Provincia: Albacete

E-mail: pabizanda@sescam.jccm.es

Teléfono: 967597651

Centro Trabajo: Complejo Hospitalario Universitario de Albacete

Título: FRAGILIDAD Y DEPENDENCIA EN ALBACETE (ESTUDIO FRADEA): RAZONAMIENTO, DISEÑO Y METODOLOGÍA.

Presentación: C. Oral

Medios: Power

Texto: Objetivo: Obtener una cohorte de sujetos con edad igual o mayor a 70 años, representativa de una población urbana española, para estimar la prevalencia de fragilidad y seguirla en el tiempo para analizar factores asociados.

Métodos: Estudio de cohortes concurrente de base poblacional. Sobre un universo de 18.137 ancianos, se realizó un muestreo aleatorio estratificado para obtener una muestra representativa de 1.172. Aceptaron participar 993 personas (84.7%). Se recogieron variables sociodemográficas, de comorbilidad, funcionales (n=825), cognitivas, afectivas y de calidad de vida. A los sujetos que aceptaron se les determinó la composición corporal por bioimpedanciometría (n=557), el gasto energético basal por calorimetría indirecta (n=450) y se obtuvo muestra de sangre para la determinación de biomarcadores (n=859). La fragilidad se definió por la presencia de 3 o más de los criterios Fried: pérdida de peso no intencionada, baja fuerza, cansancio, lentitud al caminar y baja actividad física. La cohorte será seguida en el tiempo hasta el fallecimiento de los sujetos.

Resultados: Edad media 79.4 (DE 6.4) años, con 601 (60.5%) mujeres. Institucionalizados el 21.3%. Fueron frágiles el 16.9%, prefrágiles 48.5%, no frágiles 21.8%, y no se dispuso de 3 criterios para poder determinar su estado en 12.8%, de los cuales 9.5% tenían una discapacidad moderada-severa, por lo que la prevalencia de fragilidad podría aumentar hasta el 26.4%.

Conclusiones: Se ha construido la cohorte FRADEA, representativa de los mayores de una población urbana de España. La prevalencia de fragilidad en la cohorte fue del 16.9%.

A continuación se muestran los datos enviados por (formmail@l1aa074.servidoresdns.net) el
Lunes 7 de Febrero de 2011 a las 14:48:58

Autores: Marta Martínez Reig, Yadira Bardales Mas, Pablo Hernández Zegarra, Matilde León Ortiz, Elena Martín Sebastián, Gema Paterna Mellinas, Esther Martínez Sánchez, Pedro Abizanda Soler.

Remitente: Pedro Abizanda Soler

Dirección: C/ Matematicas 6

C.P.: 02006

Población: Albacete

Provincia: Albacete

E-mail: pabizanda@sescam.jccm.es

Teléfono: 967597651

Centro Trabajo: Complejo Hospitalario Universitario de Albacete

Título: Prevalencia de fragilidad en una cohorte de ancianos de Albacete (estudio FRADEA)

Presentación: C. Oral

Medios: Power

Texto: Objetivo: Calcular la prevalencia poblacional de fragilidad en los sujetos con edad igual o mayor a 70 años de Albacete capital, y analizar los factores asociados a este estado.

Material y Método: Estudio de cohortes concurrente de base poblacional. Sobre un universo de 18.137 ancianos, se realizó un muestreo aleatorio estratificado para obtener una muestra representativa de 1.172 sujetos, de los que aceptaron participar 993 (84.7%). Se recogieron variables sociodemográficas, de comorbilidad, funcionales, cognitivas, afectivas y eventos adversos en los 6 meses previos. La fragilidad se definió por la presencia de 3 o más de los siguientes criterios: pérdida de peso no intencionada, baja fuerza, cansancio, lentitud al caminar y baja actividad física. Se calculó la prevalencia poblacional de fragilidad, su asociación con las covariables recogidas y el riesgo que supuso este estado en la presencia de eventos adversos.

Resultados: La prevalencia de fragilidad en la población de personas con edad igual o mayor a 70 años de Albacete capital fue del 16.3% (IC95% 14.0% a 18.6%) y la de prefragilidad del 48.8% (IC95% 45.7% a 51.9%). La edad, género femenino, discapacidad en ABVD, alta comorbilidad, depresión y estado cognitivo se asociaron de manera independiente con fragilidad. Los ancianos frágiles tuvieron un mayor riesgo (OR 2.2; IC95% 1.1-4.3) de haber estado ingresados en los 6 meses previos.

Conclusiones: La prevalencia poblacional de fragilidad es del 16.3%. Este estado se asocia a eventos adversos en ancianos españoles.

A continuación se muestran los datos enviados por (formmail@l1aa074.servidoresdns.net) el
Martes 8 de Febrero de 2011 a las 13:19:29

Autores: Pablo Hernández Zegarra, José Luis Navarro López, M^a Isabel García Tomás, Pilar
Atienzar Núñez, Esther Martínez Sánchez, Gema Paterna Mellinas, Esther López Jiménez, Pedro
Abizanda Soler

Remitente: Pedro Abizanda Soler

Dirección: C/ Seminario 4

C.P.: 02006

Población: Albacete

Provincia: Albacete

E-mail: pabizanda@sescam.jccm.es

Teléfono: 967597651

Centro Trabajo: Complejo Hospitalario Universitario Albacete

Título: Características del estado de fragilidad en ancianos de Albacete. Estudio FRADEA

Presentacion: C. Oral

Medios: Power

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

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

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

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

A continuación se muestran los datos enviados por (formmail@l1aa074.servidoresdns.net) el Martes 8 de Febrero de 2011 a las 13:10:46

Autores: José Luis Esquinas Requena, Luis Romero Rizos, Mercedes López Jiménez, Jesús López-Torres Hidalgo, Esther de la Osa Nieto, Miriam Carrión González, Ramona Campos Rosa, Pedro Abizanda Soler

Remitente: Pedro Abizanda Soler

Dirección: C/ Seminario 4

C.P.: 02006

Población: Albacete

Provincia: Albacete

E-mail: pabizanda@sescam.jccm.es

Teléfono: 967597651

Centro Trabajo: Complejo Hospitalario Universitario Albacete

Título: Valores Normativos de Test Funcionales en el anciano (Estudio FRADEA)

Presentación: C. Oral

Medios: Power

Texto: Objetivo: Determinar los valores normativos de algunos de los diferentes instrumentos de valoración funcional más usados en España.

Diseño: Estudio de cohortes concurrente de base poblacional.

Emplazamiento: Área de salud de Albacete capital.

Participantes: 993 sujetos con edad igual o mayor a 70 años participantes en la cohorte FRADEA.

Mediciones principales: Se recogieron tres cuestionarios de discapacidad y función, Barthel, Lawton y Short-Form-Late Life Function and Disability Instrument (SF-LLFDI), la escala de deambulación Functional Ambulation Classification, y siete pruebas de ejecución: velocidad de marcha (m/s), Timed up and go (seg), tiempo de equilibrio unipodal (seg), 5 sit-to-stand chair test (seg), Short Physical Performance Battery (SPPB), fuerza prensora (kg), y fuerza flexora de codo (kg). Se describen las medias, cuartiles y percentiles de los instrumentos en la cohorte global, así como en los subgrupos de hombres y mujeres con edad entre 70 y 79 o igual o mayor a 80 años.

Resultados: Los cuartiles de los diferentes instrumentos fueron respectivamente Barthel (80,95,100), Lawton (3,6,8), SF-LLFDI (70,111,131), Functional Ambulation Classification (4,5,5), velocidad de marcha (0.51,0.79,1.00), Timed up and go (13.8,11.4,9.8), tiempo de equilibrio unipodal (3,7,15), 5 sit-to-stand chair test (16.3,13.0,10.7), SPPB (7,9,11), fuerza prensora (15,20,29), y fuerza flexora de codo (11,20,32). Los más jóvenes, los hombres y los residentes en la comunidad presentaron mejores rendimientos en todos los instrumentos.

Conclusiones: Se presentan los valores normativos de diferentes instrumentos de valoración funcional en una cohorte de ancianos españoles de base poblacional. Éstos pueden ser útiles para su empleo en clínica o en investigación.

A continuación se muestran los datos enviados por (formmail@l1aa074.servidoresdns.net) el
Lunes 7 de Febrero de 2011 a las 14:55:16

Autores: Sergio Alexandre Alfonso Silguero, Marta Martínez Reig, Llanos Gómez Arnedo, Esther López Jiménez, José Luis Navarro López, M^a Isabel García Tomás, Inmaculada García Noguerras, Pedro Abizanda Soler

Remitente: Pedro Abizanda Soler

Dirección: C/ Matemáticas 6

C.P.: 02006

Población: Albacete

Provincia: Albacete

E-mail: pabizanda@sescam.jccm.es

Teléfono: 967597651

Centro Trabajo: Complejo Hospitalario Universitario de Albacete

Título: Identificación del estado de fragilidad mediante herramientas funcionales: (estudio FRADEA)

Presentación: C. Oral

Medios: Power

Texto: Objetivo: Analizar la asociación entre diferentes instrumentos de valoración funcional y la fragilidad.

Métodos: 993 sujetos con edad igual o mayor a 70 años de la cohorte FRADEA. Se recogieron tres cuestionarios de discapacidad y función, Barthel, Lawton, y Short Form-Late Life Function and Disability Instrument (SF-LLFDI), la escala de deambulación de Holden (FAC) y siete medidas de ejecución, velocidad de marcha, Timed up and go (TUG), tiempo de equilibrio unipodal, 5 sit-to-stand chair test, Short Physical Performance Battery (SPPB), fuerza prensora, y fuerza flexora de codo. Se analizó la asociación entre los instrumentos y la fragilidad (criterios Fried), se construyeron las curvas ROC con el área bajo la curva (ABC), calculando el mejor punto de corte, la sensibilidad (S) y especificidad (E).

Resultados: El 16.9% fueron frágiles, 48.5% prefrágiles, y 21.8% no frágiles. El ABC, mejor punto de corte, S y E para cada instrumento fueron respectivamente: Barthel (0.916; ≤ 85; 0.90, 0.82), Lawton (0.917; ≤ 3; 0.86, 0.93), SF-LLFDI (0.948; ≤ 90; 0.87, 0.91), FAC (0.885; ≤ 4; 0.81, 0.83), velocidad de marcha (0.938; ≤ 0.62; 0.90, 0.90), TUG (0.984; ≥ 17.8; 0.93, 0.98), tiempo de equilibrio unipodal (0.753; ≤ 5; 0.73, 0.71), 5 sit-to-stand chair test (0.880; ≥ 15; 0.78, 0.76), SPPB (0.956; ≤ 6; 0.88, 0.88), fuerza prensora (0.807; ≤ 26; 0.75, 0.75) y fuerza flexora de codo (0.924; ≤ 15; 0.89, 0.87).

Conclusiones: Los mejores test para identificar fragilidad son el TUG, velocidad de marcha, y el SPPB, y el mejor cuestionario el SF-LLFDI.

A continuación se muestran los datos enviados por (formmail@l1aa074.servidoresdns.net) el
Lunes 7 de Febrero de 2011 a las 15:13:48

Autores: Llanos Gómez Arnedo, José Luis Esquinas Requena, Inmaculada García Nogueras, Pablo Hernández Zegarra, Yadira Bardales Mas, Marta Martínez Reig, Sergio Alexandre Alfonso Silguero, Pedro Abizanda Soler

Remitente: Pedro Abizanda Soler

Dirección: C/ Matemáticas 6

C.P.: 02006

Población: Albacete

Provincia: Albacete

E-mail: pabizanda@sescam.jccm.es

Teléfono: 967597651

Centro Trabajo: Complejo Hospitalario Universitario de Albacete

Título: Validación y características psicométricas del Instrumento SF-LLFDI: (estudio FRADEA)

Presentación: C. Oral

Medios: Power

Texto: Objetivos: El Late Life Function and Disability Instrument-Abreviado (SF-LLFDI) ha demostrado su validez para evaluar función y discapacidad en ancianos. El objetivo del estudio fue validar el SF-LLFDI en español y analizar sus características psicométricas.

Metodos: Traducción-retrotraducción del SF-LLFDI por cuatro traductores independientes. La validez concurrente se determinó en una muestra poblacional de 876 mayores de 70 años mediante el índice de correlación de Spearman con Barthel y Lawton, para discapacidad y con fuerza prensora, velocidad de marcha (VM), Timed Up andGo y Short Physical Performance Battery (SPPB) para función. Se determinó la validez de constructo mediante análisis factorial, la consistencia interna mediante α de Cronbach y se calculó el área bajo la curva (AUC) para detectar función y discapacidad. El efecto techo y suelo se calculó mediante el porcentaje de participantes con puntuaciones máxima y mínima. Para analizar la fiabilidad intra e interobservadores se empleó el coeficientes de correlación intraclass (CCI) en una submuestra de 50 sujetos.

Resultados: SF-LLFDI tiene buena correlación con Barthel ($r=0.827$) y aceptable con Lawton ($r=0.693$), VM ($r=0.661$) y SPPB ($r=0.650$). Excelente consistencia interna (α de Cronbach=0.974), fiabilidad interobservadores CCI=0,989 (IC95% 0.984-0.993) e intraobservador CCI=0.982 (IC95% 0.967-0.990). El AUC para detección de Barthel ≥ 60 fue 0.991 (IC95% 0.986-0.996), con un mejor punto de corte <65 (sensibilidad 94% y especificidad 94%), y para detectar Lawton <4 fue 0.976 (IC95% 0.967-0.985), con mejor punto de corte <72 (sensibilidad 91% y especificidad 91%). Ningún sujeto obtuvo la puntuación máxima y 36 (4.1%) la mínima.

Conclusiones: El SF-LLFDI es un instrumento válido en español para detectar discapacidad y limitación funcional, pudiendo evitar los efectos techo de otras escalas.

A continuación se muestran los datos enviados por (formmail@l1aa074.servidoresdns.net) el Martes 8 de Febrero de 2011 a las 13:43:24

Autores: Petra Teresa Peña Labour, María Isabel García Tomás, José Luis Navarro López, Pilar Atienzar Núñez, Gabriel Ariza Zafra, Caridad Aguilar Cantos, Pilar Mañueco Delicado, Pedro Abizanda Soler

Remitente: Pedro Abizanda Soler

Dirección: C/ Seminario 4

C.P.: 02006

Población: Albacete

Provincia: Albacete

E-mail: pabizanda@sescam.jccm.es

Teléfono: 967597651

Centro Trabajo: Complejo Hospitalario Universitario Albacete

Título: Comorbilidad y fragilidad en ancianos: Estudio FRADEA.

Presentación: C. Oral

Medios: Power

Texto: OBJETIVOS: Describir la comorbilidad en una muestra de ancianos representativa de la población y su asociación con variables sociodemográficas, funcionales, cognitivas y afectivas. MÉTODO: 988 sujetos con edad \geq 70 años, de Albacete capital, 601 mujeres (60.8%), captados mediante muestreo aleatorio estratificado por conglomerados del censo de tarjeta sanitaria, representativos de la población. Se les realizó encuesta por cuatro enfermeras entrenadas y certificadas, recogiendo variables sociodemográficas, test funcionales, cognitivos y afectivos. Realizaron pruebas de observación directa funcionales. La comorbilidad se recogió con el índice de Charlson (IC). Se analiza la relación de la comorbilidad con las covariables. RESULTADOS: Edad media 79,4 (DE 6,4; rango 70-102). Barthel 82,1 (DE 28,1). Lawton 5,7 (DE 2,7). MMSE 24,7 (DE 5,2). Yesavage 3,8 (3,3). IC 1,3 (DE 1,5; rango 0-10, 19 perdidos). Puntuaciones IC: 0=38,3%, 1=26,4%, 2=16,8%, 3=8,3%, 4=4%, 5=2,1%, \geq 6=2,1%. Las patologías más frecuentes fueron demencia 15,7%, enfermedad respiratoria crónica 20,2%, diabetes 19,8% y todas las neoplasias 8,2%. Los hombres tuvieron mayor comorbilidad que las mujeres (IC 1,5-1,1; $p < 0,001$). El IC se asoció con mayor edad ($p < 0,001$), Barthel ($p < 0,001$), Lawton ($p < 0,001$), Yesavage ($p < 0,001$), MMSE ($p < 0,001$), velocidad de marcha ($p < 0,01$), Timed up and go ($p < 0,001$), equilibrio ($p < 0,001$), prueba de empuje de piernas ($p < 0,001$), deambulaci3n ($p < 0,001$), peak-flow ($p < 0,001$), actividad física ($p < 0,001$), presi3n arterial sist3lica y diast3lica ($p < 0,05$), grado de dependencia ($p < 0,001$) y mala salud autopercibida ($p < 0,001$). CONCLUSIONES: El 16,5% de los mayores de 70 años tiene una comorbilidad elevada. Puntuaciones mayores en el índice de comorbilidad de Charlson se asocian con peor funcionalidad, estado cognitivo y afectivo, nivel de dependencia y salud autopercibida en ancianos.

A continuación se muestran los datos enviados por (formmail@l1aa074.servidoresdns.net) el Martes 8 de Febrero de 2011 a las 13:26:33

Autores: Yadira Bardales Mas, Carmen Luengo Márquez, Pedro Manuel Sánchez Jurado, Elena Martín Sebastía, Matilde León Ortiz, Sergio Alexandre Alfonso Silguero, Llanos Gómez Arnedo, Pedro Abizanda Soler

Remitente: Pedro Abizanda Soler

Dirección: C/ Seminario 4

C.P.: 02006

Población: Albacete

Provincia: Albacete

E-mail: pabizanda@sescam.jccm.es

Teléfono: 967597651

Centro Trabajo: Complejo Hospitalario Universitario Albacete

Título: Función respiratoria y fragilidad: Estudio FRADEA

Presentación: C. Oral

Medios: Power

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

MÉTODO: Estudio poblacional longitudinal prospectivo realizado sobre los sujetos con edad ≥ 70 años del censo de tarjeta sanitaria de Albacete capital. Se realizó muestreo aleatorio estratificado por conglomerados para obtener una muestra de 1.172 participantes, de los que 988 aceptaron participar. Se les realizó encuesta por cuatro enfermeras entrenadas y certificadas, realizaron pruebas de observación directa funcionales, analítica, calorimetría indirecta e impedanciometría (422 participantes). La función respiratoria se determinó mediante Peak-flow (l/min) y calorimetría en reposo: Consumo oxígeno (VO₂ ml/min), volumen espiratorio (Ve l/min), frecuencia respiratoria (Rf /min), fracción espirada oxígeno (FeO₂ %), tasa metabólica basal (TMB kcal). Se midió masa grasa total (MGT kg) y en porcentaje (MGP) y masa libre de grasa (MLG kg). Se analiza la asociación del Peak-flow con el estado de fragilidad, y con función determinada por el quintil inferior del LLFDI-función (<51 puntos), mediante regresión logística ajustada por covariables.

RESULTADOS: Edad media 76,1 (DE 4,2). 224 mujeres. Barthel 96,4. Lawton 7,1. MMSE 26,6. Yesavage 2,9. Índice de Charlson 1,0. Frágiles 8,3%, prefrágiles 58,1%, no frágiles 33,4%. Peak-flow 325 (DE 134). VO₂ 153 (DE 47). Ve 5,1 (DE 1,6). Rf 16,6 (DE 3,8). FeO₂ 17,1 (DE 0,5). TMB 1070 (DE 325). MGT 23,6 (DE 7,4). MGP 32,5% (DE 7,3). MLG 48,1 (DE 8,4). VO₂ se asoció con la edad, actividad física y velocidad de marcha. Rf se asoció con edad, fragilidad, peor función, estado afectivo, cognitivo y calidad de vida. El Peak-flow fue menor en frágiles que en prefrágiles y que en no frágiles (281-316-353 ml/min; $p < 0,01$). Los sujetos con Peak-flow en el quintil inferior (<230 ml/min) tuvieron un riesgo aumentado de presentar peor función (OR 2,2; IC95% 1,1-4,8; $p < 0,05$) ajustado por edad, sexo, comorbilidad, MMSE, velocidad de marcha, fuerza prensora y masa libre de grasa.

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

A continuación se muestran los datos enviados por (formmail@l1aa074.servidoresdns.net) el Martes 8 de Febrero de 2011 a las 13:30:14

Autores: Yvett Torres Torres, Pilar Atienzar Núñez, José Luis Navarro López, M^a Isabel García Tomás, Mercedes Martínez Peñalver, Angela Ruiz Gómez, Ramona Campos Rosa, Pedro Abizanda Soler

Remitente: Pedro Abizanda Soler

Dirección: C/ Seminario 4

C.P.: 02006

Población: Albacete

Provincia: Albacete

E-mail: pabizanda@sescam.jccm.es

Teléfono: 967597651

Centro Trabajo: Complejo Hospitalario Universitario Albacete

Título: Fragilidad y calidad de vida: Estudio FRADEA

Presentación: C. Oral

Medios: Power

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

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

RESULTADOS: Edad media 79,4 (DE 6,4; rango 70-102). 601 mujeres (60.8%). Barthel 82,1 (DE 28,1). Lawton 5,7 (DE 2,7). MMSE 24,7 (DE 5,2). Yesavage 3,8 (3,3). Índice de Charlson 1,3 (DE 1,5; rango 0-10, 19 perdidos). Frágiles 16,9%, prefrágiles 48,8%, no frágiles 34,3%. 912 participantes respondieron a más de la mitad del SF-12. Puntuación media del SF-12=68 (DE 18; rango 15-96). Subcomponentes del SF-12: Salud general 42 (DE 20), salud mental 51 (DE 14), función física 53 (DE 40), función social 86 (DE 24), rol físico 79 (DE 30), rol emocional 89 (DE 22), dolor 74 (DE 31), vitalidad 65 (DE 32). A mayor edad las puntuaciones del SF-12 fueron peores ($p<0,001$). Las mujeres tuvieron peor QoL que los hombres (64-72; $p<0,001$). Los frágiles tuvieron peor QoL que los prefrágiles y que los no frágiles (52-69-79; $p<0,001$). Los participantes con menor Barthel, Lawton y MMSE tuvieron peor QoL ($p<0,001$), al igual que aquellos con mayor Yesavage y mayor índice de Charlson ($p<0,001$). Aquellos que rindieron peor en las pruebas funcionales de observación directa tuvieron peor QoL ($p<0,001$), al igual que los que tuvieron valores menores de presión arterial ($p<0,001$). Tuvieron peor QoL aquellos con mayor índice de masa corporal, menor masa libre de grasa y mayor masa grasa ($p<0,001$). Los marcadores de inflamación como la VSG y la PCR se asociaron con peor QoL ($p<0,001$).

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

Título: Esquizofrenia de inicio tardío: A propósito de dos casos

Autores: Muñoz Vélez M.; García Santos LM *.; Yusta Escudero Z.; García Redecilla C.; Rentarías V.; Estrada Álvarez T.

Servicio de Geriátrica. Hospital Virgen del Valle (Toledo)

*Unidad de Psicogeriátrica. Hospital Virgen del Valle (Toledo)

Introducción

Presentamos dos casos de Esquizofrenia de inicio tardío (Parafrenia de los autores clásicos). Se trata de dos mujeres de 82 y 86 años que acudieron a nuestra consulta presentando sintomatología delirante acompañada de fenómenos alucinatorios, síntomas que nos obligaban a realizar el diagnóstico diferencial con otras patologías donde estos mismos síntomas pueden también formar parte del cuadro clínico: Demencia, trastorno afectivo primario de inicio tardío y trastorno delirante de ideas persistentes. Al tener una prevalencia en la población anciana baja (alrededor de un 1%) y al considerar el término Esquizofrenia como una enfermedad propia de edades más jóvenes hace que en ocasiones no pensemos en ella como una patología a tener en cuenta.

Clínica

A la exploración psicopatológica ambas presentaban un MMSE de 30/30 lo que es muy característico de la parafrenia, ya que a diferencia de la esquizofrenia de inicio en la edad juvenil, la sintomatología psicótica no se acompaña de deterioro cognitivo. La presencia de alucinaciones importantes la distingue del trastorno delirante de ideas persistentes y la ausencia de trastorno afectivo primario la diferencia de la depresión de inicio tardío con síntomas psicóticos. El delirio de paramentos (que aparece hasta en el 70% de los pacientes), nos puede ayudar al diagnóstico, a pesar de que no sean exclusivos de esta entidad.

Tratamiento

El pilar fundamental del tratamiento son los neurolepticos atípicos, que deben mantenerse de forma continua y a poder ser de forma supervisada para evitar la descompensación psicopatológica del paciente.

Conclusiones

La Esquizofrenia de inicio tardío debe formar parte del diagnóstico diferencial en todos los ancianos que presenten sintomatología psicótica. A pesar de su baja prevalencia, debemos tomar en consideración la presencia de la misma como una patología psiquiátrica más para poder realizar un buen abordaje del paciente desde el punto de vista clínico, del tratamiento y del seguimiento del mismo a largo plazo.

Bibliografía

Agüera Ortiz LF. Manifestaciones clínicas y diagnóstico diferencial; evolución, curso y pronóstico. En Esquizofrenia en las personas mayores. Monografías en Geriátrica. Pp 15-25. Ed Glosa 2004.

Howard R, Rabins PV, Seeman MV, Jeste DV. International late-onset schizofrenia and very late onset like psychosis: An International Consensus. Am J Psychiatry 2000; 157(2): 172-178.

Kay DWK, Roth M. Environmental and hereditary factors in the schizofrenia of old age ("late-parafrenia") and their bearing on the general problem of causation in schizofrenia. J Mental Science 1961; 107: 649-686

A continuación se muestran los datos enviados por (formmail@l1aa074.servidoresdns.net) el lunes 21 de febrero de 2011 a las 17:06:37

Autores: Marta Checa López, Carmen García Redecillas, Zoilo Yusta Escuderos, Valia Rentería Núñez, Francisco José García García.

Remitente: Marta Checa López

Dirección: Travesía Maestros Espaderos 1. 2º1

C.P.: 45004

Población: Toledo

Provincia: Toledo

E-mail: martachecalopez@yahoo.es

Teléfono: 606661220

Centro Trabajo: Hospital Virgen del Valle.

Título: ¿INFLUYE LA DEPRESIÓN, ASÍ COMO OTRAS COMORBILIDADES EN EL RIESGO DE MORTALIDAD, EN PACIENTES CON DETERIORO COGNITIVO?

Presentación: Oral

Medios: Power

Texto:

OBJETIVOS:

Se plantea realizar este estudio esperando analizar si existe una relación estrecha entre nivel cognitivo y riesgo de mortalidad, ajustado únicamente por variables sociodemográficas, y nivel cognitivo y mortalidad tras la introducción de otras variables como depresión y comorbilidades. . Ambas entidades pueden actuar como factores de confusión. Y cómo la mortalidad en este grupo de pacientes pudiera estar explicada por esta asociación.

. Analizar cómo influye el deterioro cognitivo en el riesgo de mortalidad, únicamente ajustado por variables socio-demográficas (edad, sexo y nivel educativo; analfabeto, sabe leer y escribir, estudios de bachillerato o superiores). Posteriormente se comparará introduciendo la depresión mediante escala GDS. Por último se introducirán factores de riesgo cardiovascular y comorbilidad asociada, como existencia de HTA, DM, hábitos tóxicos como tabaco o alcohol, criterios clínicos de broncopatía crónica, cardiopatía isquémica, arritmia, insuficiencia cardiaca, accidente cerebrovascular, patología neoplásica, enfermedad de Parkinson, fracturas de cadera, escala funcional Katz o Lawton, en el riesgo de mortalidad en pacientes con deterioro cognitivo, y si pueden de igual forma actuar como factores de confusión.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Sujetos del estudio:

El ámbito del estudio es el Partido judicial de Toledo (PJT) que se corresponde, aproximadamente, con la quinta parte de la provincia. Se analizaron 2 cortes; la corte de 1994 con 3.214 pacientes y la corte de 1996 con 2.610 pacientes.

Análisis de datos: Se trata de un estudio longitudinal prospectivo con una cohorte cerrada. Se utilizará el programa estadístico SPSS 15.0 para analizar los resultados. Se realizará un análisis descriptivo de la muestra y un análisis bivalente entre las variantes de interés. Para evaluar si el rasgo depresivo es un modulador de riesgo cognitivo se realizará un análisis multivariante de regresión Cox, ajustando por variables de interés y factores de confusión.

RESULTADOS:

Los resultados obtenidos fueron los siguientes:

1) Análisis únicamente ajustado por variables sociodemográficas (edad, sexo, nivel educativo), se observó que:

- los pacientes con deterioro cognitivo con <-1.5 desviaciones estándar de la media, presentan una Hazard Ratio de 3.34 (2.43-4.6) con un nivel de evidencia estadísticamente significativo ($p=0.000$).

- los pacientes que se encuentran entre -1.5 y 0 la H.R. muestra un valor de 1.52 (1.18-1.96) con nivel de significación estadísticamente significativo ($p=0.001$).

- los pacientes que se encuentran entre 0 y 1 la H.R es de 1.21 (0.95-1.54), pero no alcanza un nivel estadísticamente significativo ($p=0.115$).

2) Análisis de mortalidad en deterioro cognitivo introduciendo la depresión como posible factor de confusión.

- Pacientes con <-1.5 desviaciones estándar, al introducirse el parámetro depresión, se modifica la Hazard Ratio, con un valor de 2.09 (1.36-3.21), con un nivel de evidencia estadísticamente significativo ($p=0.000$).

- Pacientes entre -1.5 y 0 desviaciones estándar, introduciéndose le depresión la H.R. es de 1.48 (1.13-1.93) con un nivel estadísticamente significativo ($p=0.002$).

- Pacientes entre 0 y 1 desviaciones estándar y depresión, la H.R. es de 1.21 (0.9-1.55), pero no alcanza significación estadística ($p=0.11$).

3) Análisis de mortalidad en deterioro cognitivo introduciendo otros factores de comorbilidad como posible factor de confusión.

- Pacientes con <-1.5 desviaciones estándar, al introducirse como parámetros factores de riesgo y comorbilidad, se modifica la Hazard Ratio, con un valor de 1.58 (0.95-2.64), sin ser estadísticamente significativo, ($p=0.07$).

- Pacientes entre -1.5 y 0 desviaciones estándar, introduciéndose comorbilidad y factores de riesgo la H.R. es de 1.43(1.07-1.91)) con un nivel estadísticamente significativo ($p=0.01$).

- Pacientes entre 0 y 1 se muestra una H.R de 1.2 (0.93-1.6), con una ($p=0.1$).

CONCLUSIONES:

El aumento de mortalidad en el análisis crudo (ajustado únicamente por variables sociodemográficas) en los sujetos con nivel cognitivo por debajo de -1.5 desviaciones estándar, está más explicado por el rasgo cognitivo. Es decir, se demuestra que el nivel cognitivo es predictor de mortalidad.

Por el contrario, existen otras variables como la depresión o comorbilidades que pueden justificar parte de la mortalidad.

Es decir, en pacientes con mejor nivel cognitivo, son los factores de confusión como depresión y comorbilidad los que más contribuyen a la mortalidad. Se realiza un análisis de interacciones entre nivel cognitivo y rasgo depresivo y mortalidad no objetivando relevancia clínica ni estadística.

A continuación se muestran los datos enviados por (formmail@l1aa074.servidoresdns.net) el
Lunes 21 de Febrero de 2011 a las 19:28:33

Autores: M^a Teresa Guerrero (1), Manuel Heras (2), Elena Ridruejo (1), Angélica Muñoz (1),
MC. Macías (1), Florentino Prado(1), Raquel Rodríguez(1), Luciana de Miguel(1), Carmen Centeno
(2). Autores1: Servicio de Geriátría (1) y Servicio de Nefrología (2)

Remitente: M^a Teresa Guerrero Díaz

Dirección: Carretera de Ávila s/n

C.P.: 40002

Población: Segovia

Provincia: Segovia

E-mail: maguerrero1965@yahoo.es

Teléfono: 921419508

Centro Trabajo: Hospital General de Segovia

Título: SITUACIÓN FUNCIONAL Y MENTAL EN PACIENTES ANCIANOS CON DIFERENTES GRADOS DE FUNCIÓN RENAL.

Presentación: Oral

Medios: Power

Texto: INTRODUCCIÓN

Pocos estudios han valorado la situación funcional y mental de los ancianos con enfermedad renal crónica (ERC) no dializados.

OBJETIVOS

Conocer la situación funcional y mental de una cohorte de ancianos con diferentes grados de función renal.

PACIENTES Y MÉTODOS:

Pacientes

Se incluyeron 54 pacientes ancianos, clínicamente estables, 14 varones (25,9 %) y 40 mujeres (74,1 %) procedentes de las consultas externas de Geriátría y de Nefrología. Se establecieron dos grupos en función de los niveles de creatinina: Grupo 1 (n=29) con cifras de creatinina sérica $\leq 1,1$ mg/dl (edad media : 79,9 \pm 6 años) y Grupo 2 (n=25) con cifras de creatinina sérica $> 1,1$ mg/dl (edad media : 84,04 \pm 6 años).

Métodos

Estudio transversal de pacientes ancianos de Enero a Abril de 2008. Se recogieron los datos demográficos, y analíticos de función renal (urea y creatinina), antecedentes personales de enfermedad vascular y tipo de tratamiento farmacológico antihipertensivo. Se calculó el filtrado glomerular mediante la fórmula (MDRD). Se tomaron datos de la situación funcional mediante el índice de Barthel (IB) y mental aplicando el Mini Examen Cognoscitivo de Lobo (MEC).

Análisis estadístico

Medias \pm SD y proporciones para describir los datos. Se utilizó la prueba de Chi cuadrado para la comparación de medias de variables cualitativas. Para establecer correlaciones usamos el coeficiente de correlación de Spearman. Se aplicó la prueba T para muestras independientes.

La estadística se hace con el programa estadístico SPSS 11.0. Significación del 95 %.

RESULTADOS :

No hubo diferencias significativas en cuanto a comorbilidad vascular ni tratamiento antihipertensivo. Los pacientes con función renal alterada eran significativamente más ancianos. No hay diferencias significativas en el MEC numérico (comparación de medias, $p = 0,46$) ni tampoco en relación a la situación funcional por el IB numérico entre ambos grupos de pacientes ($p = 0,87$).

El IB y el MEC no se correlacionan con ningún parámetro de valoración de la función renal (urea, creatinina, MDRD).

El IB se correlaciona con el MEC ($r = 0,74$; $p = 0,000$). El MEC se correlaciona con la edad de forma inversa ($r = -0,27$; $p = 0,047$).

CONCLUSIONES

Los pacientes con función renal alterada no presentaban peor situación funcional ni mental.

A continuación se muestran los datos enviados por (formmail@l1aa074.servidoresdns.net) el Martes 22 de Febrero de 2011 a las 18:03:24

Autores: Maria José Molina-Garrido, Carmen Guillén-Ponce, Maria del Mar Muñoz Sánchez, Jose Antonio Santiago Crespo, Laura Haro Martínez, Carolina Ortega Ruipérez, Amaya Olaverri Hernández, María Ortiz Monreal, Maria Jesús Molina, Maria Angeles Molina

Remitente: Maria José Molina Garrido

Dirección: C/ Hermandad Donantes de Sangre, 1

C.P.: 16002

Población: Cuenca

Provincia: Cuenca

E-mail: mjmolinagarrido@hotmail.com

Teléfono: 969179900

Centro Trabajo: Hospital Virgen de la Luz de Cuenca

Título: Aplicación de un modelo de Valoración Geriátrica Integral (VGI) en una consulta de Oncología de un Hospital General

Presentación: Oral

Medios: Power

Texto: Introducción

Las guías National Comprehensive Cancer Network (NCCN) recomiendan que todos los pacientes oncológicos mayores de 70 años se sometan a una evaluación geriátrica, aunque, por el momento, no se han especificado las herramientas ideales. La aplicación de una valoración Geriátrica Integral (VGI) consume mucho tiempo, y las consultas de Oncología Médica están sobrecargadas, por lo que no es fácil realizarla en este grupo poblacional. Sin embargo, en Oncogeriatría se ha demostrado que la VGI es útil para detectar factores que puedan interferir con el tratamiento de los ancianos oncológicos, así como para estimar su riesgo de mortalidad y la tolerancia a la quimioterapia. Por estos motivos, resulta importante que se lleve a cabo una VGI a los ancianos con cáncer, y que el modelo de VGI seleccionado, sea de fácil aplicación.

Objetivos

Los objetivos fueron: 1) Aplicar un modelo de VGI para una población específica (ancianos >70 años diagnosticados de cáncer) en una consulta de Oncología Médica del Hospital Virgen de la Luz de Cuenca; 2) Analizar cómo valoran este modelo específico de VGI los pacientes ancianos los que se les aplique; y 3) Conocer qué factores influyen en un mayor tiempo de respuesta a dicho modelo.

Material y métodos

Se creó un modelo de VGI utilizando escalas y cuestionarios validados, que evaluaban: actividades básicas (índice de Barthel) e instrumentales de la vida diaria (índice de Lawton-Brody), situación socio-familiar (escala de Gijón), nivel cognitivo (cuestionario de Pfeiffer), riesgo nutricional (escala NSI), comorbilidad (índice de Charlson), cuestionario de riesgo de fragilidad (cuestionario de Barber) y consumo de fármacos. También se recogieron datos acerca del estado basal del anciano (medido mediante la escala ECOG), de la autopercepción del estado de salud del paciente, el nivel de estudios y el estado civil.

Entre diciembre 2008-octubre 2010, se aplicó dicho modelo, de forma prospectiva y consecutiva, a todos los pacientes >70 años valorados en una consulta externa de Oncología Geriátrica. Además, se anotó el tiempo empleado en completarlo, y se analizó, mediante regresión múltiple, qué factores están implicados en el tiempo de respuesta. Junto a esto, se interrogó a cada paciente acerca de la valoración que hacía de dicho modelo: el grado de dificultad que encontró a la hora de responder todas las preguntas y su opinión acerca de la duración de la encuesta completa.

Resultados

Se aplicó el modelo de VGI a 188 pacientes, con una edad media de 79,16 años (rango 70,23-96,19 años). El 57,24% (n=108) eran varones. El 41,5% (n=78) tenían diagnóstico de tumores digestivos, el 23,4% (n=44), de tumores ginecológicos, incluido el cáncer de mama, el 14,4% tenían tumores urológicos o de próstata (n=27) y el 10,1% (n=19), de cáncer de pulmón. Las puntuaciones medias fueron: Escala ECOG 1,04 (el 31% puntuaban 0 (n=58) y el 61% puntuaba 2-3); Barber 1,47 puntos (el 74,7% puntuaba <1); Barthel 89,42 puntos (el 6,0% puntuaba <60); Lawton-Brody 7,75 puntos (85,2% puntuaba >12); Gijón 2,97 puntos (1 paciente con <8 puntos); Pfeiffer 0,91 errores (7,6% cometían >3 errores); NSI: 3,34 (el 69,4% puntuaba <2); índice de Charlson 1,09 (ninguno puntuaba >10). El consumo de fármacos era de 4,34 (>4 fármacos en 41,6%).

Cincuenta y un pacientes (29,1%) consideraban que la duración del modelo de VGI era breve, frente al 69,1% (n=121), para los que era adecuada. Sólo un paciente juzgó la valoración como muy larga. Para el 58,3% de los ancianos (n=102), la dificultad para completarla era aceptable; para el 38,9% restante (n=68), no había ninguna dificultad. En 3 casos (1,7%), el modelo de VGI se consideró difícil por los pacientes evaluados.

El tiempo medio de aplicación fue de 8,27 minutos (rango: 3,3-15,5 minutos). En el análisis de regresión múltiple, el 15,6% de la variación en el tiempo de respuesta se explicaba por el cuestionario de Barber y por la situación basal del paciente, medida mediante la escala ECOG (p<0,005). Ninguna de las otras variables se asociaba significativamente con el tiempo necesario para completar el modelo de VGI.

Conclusiones

El modelo de VGI propuesto, evalúa las principales dimensiones del paciente anciano, y no consume mucho tiempo en una consulta de Oncología Médica. No es necesario disponer de distintos modelos de VGI en función al nivel cultural del paciente; peor nivel cultural no se relaciona a mayor tiempo de respuesta. Sin embargo, serían necesarios modelos específicos en las poblaciones con riesgo de fragilidad (cuestionario de Barber) o con peor situación basal (escala ECOG). El conjunto de escalas propuestas para la VGI de los ancianos oncológicos de nuestro hospital son bien aceptadas por los mismos, tanto en la dificultad, como en la duración del conjunto de cuestionarios propuestos.

A continuación se muestran los datos enviados por (formmail@l1aa074.servidoresdns.net) el martes 22 de febrero de 2011 a las 18:23:26

Autores: Angélica Muñoz, Pedro Iglesias, Antonio Polini, María Teresa Guerrero, Luciana Miguel, Florentino Prado, María Cruz Macías, Elena Ridruejo, Raquel Rodríguez.

Remitente: Angélica Muñoz Pascual

Dirección: C/Cristo del Mercado nº29 4ºD

C.P.: 40005

Población: Segovia

Provincia: Segovia

E-mail: angelicamupa27@gmail.com

Teléfono: 679048757

Centro Trabajo: Hospital General de Segovia

Título: Hiperglucemia en ayunas y mortalidad intrahospitalaria en población anciana

Presentación: Oral

Medios: Power

Texto: Introducción: la hiperglucemia en ayunas ha sido relacionada con la mortalidad intrahospitalaria principalmente en las Unidades de Cuidados Intensivos.

Objetivos: evaluar la prevalencia de hiperglucemia en ayunas en pacientes ancianos ingresados por enfermedad aguda y estudiar la relación entre los niveles de glucosa basal y la mortalidad en esta población.

Pacientes y métodos: estudio prospectivo y multicéntrico. Se estudiaron un total de 808 pacientes mayores de 65 años ingresados por enfermedad aguda en el hospital, con edad media de 84±5 años, 458 mujeres (56.7%). Se clasificaron los pacientes en función de las concentraciones de glucosa basal en grupo I (<126 mg/dl), II (126-180 mg/dl) y III (>180 mg/dl). Se registraron el número de estancias, los días de supervivencia y la mortalidad durante su hospitalización.

Resultados: después de la exclusión de los pacientes diabéticos (n=206, el 25.5%), la distribución de los pacientes fue (n=602, el 74.5%) por grupos: I (n=452, el 55.9%), II (n=122, el 15.1%) y III (n=28, el 3,5%). La prevalencia de pacientes con hiperglucemia en ayunas no diabéticos fue de 18.6%. La cohorte de la mediana de glucosa basal fue inferior en los pacientes que sobrevivieron [105 mg/dl (88-135)] que en los que fallecieron [127 mg/dl (93-159), P<0.001]. Esta diferencia significativa se mantuvo sólo cuando se consideraron pacientes no diabéticos [100 mg/dl (87-122) vs 118 mg/dl (92-149), P<0.001]. La mortalidad intrahospitalaria en grupos I, II y III fue de 8.4%, el 14.1% y 22.9%, respectivamente (P<0.001). Cuando los pacientes se clasificaron según la presencia o ausencia de diabetes, la mortalidad fue del 8.4%, 18% y el 32.1% (P<0.001) en grupos I, II y III, respectivamente en el grupo no diabético y del 8.6%, 7.2% y el 18.2% (NS) en el grupo diabético. El tiempo de supervivencia en grupos I, II y III fue de 38.5, 41.3 y 36.4 días, respectivamente, por cualquier causa de mortalidad. Cuando se consideraron sólo los no diabéticos la supervivencia hospitalaria fue de 40.5, 40.3 y 28.5 días para los grupos I, II y III respectivamente. La albúmina sérica fue el único factor de riesgo independiente para la mortalidad intrahospitalaria por cualquier causa en el total de la muestra. Tanto la albúmina sérica baja como la glucosa en ayunas alta fueron los factores de riesgo de mortalidad en pacientes no diabéticos. No fueron encontrados factores de riesgo asociados con la mortalidad intrahospitalaria en pacientes diabéticos.

Conclusiones: En pacientes ancianos no diabéticos ingresados por enfermedad aguda, la concentración de glucosa basal sérica es importante, se correlaciona de forma significativa con la mortalidad hospitalaria y se asocia de forma inversa al tiempo de supervivencia en el hospital.

A continuación se muestran los datos enviados por (formmail@l1aa074.servidoresdns.net) el viernes 25 de febrero de 2011 a las 01:11:47

Autores: MJ Molina-Garrido, C Guillén-Ponce, María Jesús Molina, Ascensión Pardo Mohorte, Milagros Recuenco Belmar, Rosa Herráiz Mora, Encarnación Granados García, María Angeles Molina.

Remitente: María José Molina Garrido

Dirección: C/ Hermandad Donantes de Sangre, 1

C.P.: 16002

Población: Cuenca

Provincia: Cuenca

E-mail: mjmolinagarrido@hotmail.com

Teléfono: 969179900

Fax: 969221752

Centro Trabajo: Hospital Virgen de la Luz de Cuenca

Título: Comparación de los criterios de Fried y del cuestionario VES-13 como instrumentos de detección de fragilidad en ancianos con cáncer

Presentación: Oral

Medios: Power

Texto: Introducción y objetivos:

La Valoración Geriátrica Integral (VGI) ha demostrado su utilidad en el anciano oncológico, sin embargo, su aplicación consume mucho tiempo, lo que limita su empleo en las consultas de Oncología. Con este estudio se pretende identificar la validez del cuestionario VES-13 y de los criterios de Linda Fried como métodos de detección de fragilidad, comparándolos con el gold standard, es decir, con la VGI.

Métodos:

Estudio prospectivo de pacientes >70 años con diagnóstico de cáncer, con independencia del estadio tumoral, en el Hospital General Virgen de la Luz de Cuenca, entre junio y diciembre de 2010. Componentes de la VGI: actividades básicas de la vida diaria (ABVD) (Índice Barthel), actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) (Índice Lawton-Brody), función cognitiva (test Pfeiffer), riesgo de desnutrición (Nutrition Screening Initiative), valoración social (Escala Gijón) y consumo de fármacos. Se llevó a cabo la dicotomización de cada una de estas escalas. La presencia de fragilidad se estimó por los criterios de Linda Fried (puntuación >3), y por el cuestionario VES-13 (puntuación >3). Se determinó la asociación entre una puntuación >3 en cada una de estas herramientas y la presencia de dos o más escalas con puntuaciones de dependencia o patológicas en la VGI, el área bajo la curva en relación con la VGI, y la sensibilidad, especificidad y valores predictivos de cada una de ellas. Análisis estadístico con SPSS 15.0.

Resultados:

Se aplicó dichos cuestionarios a un total de 58 pacientes. El 51,7% de los individuos eran dependientes en ABVD (n=30), 29,3% dependientes en AIVD (n=17), 1,7% presentaban deterioro intelectual (n=1), el 60,3% tenía riesgo de desnutrición (n=35), 3 pacientes presentaba índice de Charlson >3 (5,2%), sólo un paciente con riesgo social (1,7%), y 28 consumían fármacos en cantidad moderada-severa (48,3%).

Según los criterios de Fried, y el cuestionario VES13, había, respectivamente, 20 individuos con fragilidad (34,5%); y, según la VGI, 51 de los pacientes eran frágiles (individuos con 2 o más escalas de la VGI, con puntuación patológica/con déficit).

Datos de los criterios de L. Fried como herramienta predictiva de fragilidad: sensibilidad: 37,3%, especificidad: 85,7%, valor predictivo positivo: 95%, valor predictivo negativo: 15,8%, eficiencia: 43,1%.

Entre los pacientes con riesgo de fragilidad según los criterios de L. Fried, sólo el 37,3%, siendo el coeficiente de correlación de Spearman de 0,157 ($p=0,238$). El índice alfa de Cronbach entre los criterios de L. Fried y los cuestionarios de la VGI era 0,648 y el coeficiente de correlación intraclase entre ambas herramientas era de 0,389 ($p<0,001$). El índice de concordancia kappa entre ambos métodos de medida era 0,079 ($p=0,231$), y el índice de correlación de Spearman, 0,157 ($p=0,238$). El área bajo la curva ROC incluyendo los criterios de L. Fried en relación al gold standard, es decir, a la VGI era de 0,647 (IC 95%: 0,456-0,838). Para un punto de corte de 1,50 en los criterios de L. Fried, la sensibilidad de dichos criterios con respecto a la VGI es del 74,5%, y la especificidad, del 42,9%.

Datos del cuestionario VES-13 como test predictivo de fragilidad: sensibilidad: 39,2%, especificidad: 100%, valor predictivo positivo: 100%, valor predictivo negativo: 18,4%, eficiencia: 46,6%.

De entre los pacientes considerados como frágiles según la puntuación del cuestionario de VES13, el 39,2% eran frágiles según la VGI. El índice de correlación de Spearman entre ambos cuestionarios era de 0,269 ($p=0,041$), con un coeficiente de correlación intraclase de 0,588 ($p<0,001$). El índice alfa de Cronbach entre el cuestionario VES-13 y las escalas de la VGI fue de 0,740.

El área bajo la curva ROC al comparar la puntuación del cuestionario VES13 frente a la puntuación de la VGI era de 0,772 (IC 95%: 0,612-0,932). Para un punto de corte de 0,50 en el cuestionario VES-13, su sensibilidad era del 96,1% respecto a la VGI, y su especificidad, del 28,6%; y para un punto de corte de 1,50, la sensibilidad fue del 52,9% y la especificidad, del 85,7%.

Conclusiones:

Alto de riesgo de desnutrición (60,3%) y de consumo de fármacos (48,3%); no es una muestra comórbida ni con riesgo social. El 89,7% de los pacientes son frágiles según la VGI; según el cuestionario VES-13 y los criterios de L. Fried, hay un 34,5% de individuos frágiles, datos, estos últimos, que se acercan a los descritos en la literatura. Los criterios de L. Fried y el cuestionario VES-13 son muy específicos para la detección de fragilidad en ancianos con cáncer (85,7% y 100% respectivamente), aunque su sensibilidad es baja (37,3% y 39,2% respectivamente). Ninguna de las dos herramientas testadas tiene una buena concordancia con la VGI (mala concordancia entre los criterios de L. Fried y la VGI y regular concordancia entre el cuestionario VES-13 y la VGI).

La capacidad predictiva de los criterios de L. Fried en cuanto a la detección de fragilidad es pobre (área ROC 0,647), mientras que la capacidad predictiva del cuestionario VES-13, es intermedia (área ROC 0,772). El cuestionario VES-13 tiene más rendimiento que los criterios de L. Fried como herramienta de detección de fragilidad en esta población.

El cuestionario VES-13 es superior a los criterios de L. Fried como detector de fragilidad en este ámbito, pero el resultado obtenido en este trabajo, indica que dicho cuestionario no permite seleccionar a qué pacientes hay que aplicarles posteriormente una VGI. Se deben testar otras herramientas de cribado de fragilidad en ancianos con cáncer.

A continuación se muestran los datos enviados por (formmail@l1aa074.servidoresdns.net) el
Viernes 25 de Febrero de 2011 a las 01:57:14

Autores: R. Cicuendez Trilla, F. Pérez Roldán, D. Carnevalli Ruiz ,G. Fernández Requeijo ,J.
Castellanos Monedero, M.Cordero Lozano

Remitente: Ruth Maria Cicuendez Trilla

Dirección: Travesía de Goya Nº2-1ºE

C.P.: 13600

Población: Alcázar de San Juan

Provincia: Ciudad Real

Teléfono: 667534681

Centro Trabajo: Hospital General Mancha Centro

Título: CASO CLÍNICO: UN SARCOMA ABDOMINAL QUE SE CURA CON PENICILINA

Presentación: Oral

Medios: Power

Texto: Paciente de 77 años que ingresa por síndrome constitucional.

ANTECEDENTES PERSONALES:

No AMC

No fumador. Bebedor 50 ml vino/día.

HTA. DM tipo II en tratamiento con ADOs. No DL. Hiperuricemia

Cardiopatía: angor de reposo hace años en relación con crisis HTA. En seguimiento por
cardiólogo privado. Ecocardio 08: HVI. FEVI:70%.

Hernia discal L2-L3

IQ: estenosis canal lumbar L4-L5

SB: IABVD. No deterioro cognitivo. Vida activa. No ortopnea ni DPN.

Tratamiento habitual: Blokium 80mg/24h, Euglucon 5mg/12h, Lyrica75mg, Adalat oros /24h,
Omeprazol/24h, Adiro 100mg/24h.

ENFERMEDAD ACTUAL: cuadro de 3-4 semanas de evolución de astenia, pérdida de peso no
cuantificada y dolor continuo en hipocondrio derecho. No refiere fiebre ni otros síntomas.

EXPLORACIÓN FÍSICA: TA 140/80 mmHg, Tª 36,6°C, FC 104 lpm. Paciente consciente y orientado.

Bien hidratado y profundido. AC: rítmico con soplo sistólico mitral. AP: mvc sin ruidos
sobreañadidos. Abdomen: RHA positivos. Hepatomegalia de tres traveses de dedo dolorosa a la
palpación. No edemas ni signos de TVP.

EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS:

Rx abdomen: no niveles hidroaereos. Placas de fijación lumbar.

Rx Tórax: infiltrado laminas en LSI.

Análítica al ingreso: Hematíes $2.53 \cdot 10^6/\mu\text{L}$ Hematocrito 26.3 % Hemoglobina 8.9 g/dL Serie
Blanca: Leucocitos $12.5 \cdot 10^3/\mu\text{L}$ Fórmula leucocitaria: Neutrófilos (%) 86.3 % Linfocitos (%) 7.0 %
Linfocitos $0.9 \cdot 10^3/\mu\text{L}$ Eosinófilos (%) 0.1 % Plaquetas $229 \cdot 10^3/\mu\text{L}$ T. de Protrombina 74 % I.N.R
1.21 T. de Cefalina 37.5 sg Fibrinogeno 765 mg/dL T. de Cefalina (Ratio) 1.2 % Urea 32 mg/dl
Creatinina 0.70 mg/dl Glucosa 259 mg/dl GOT 34 UI/L GPT 37 UI/L Bilirrubina Total 0.9 mg/dL
Pruebas Reumáticas Proteína C Reactiva 21.1 mg/dL Electrolitos: Sodio 133 mEq/L Potasio 3.8
mEq/L

Marcadores Tumorales P.S.A. Total 0.57 ng/mL Antígeno Carcino-Embrionario 14.0 ng/mL CA
19.9 2.1 UI/mL CA 125 24.9 UI/mL

Gastroscopia: gastropatía crónica. Hernia de hiato. Doble ulcus duodenal Forrest 2ª(esclerosis) y
F2b-c.

Colonoscopia: I. Anal normal. Colonoscopia: se llega hasta ciego siendo la mucosa explorada

normal. Excepto por pólipo de 3 mm a 55 cm que se extirpa. Divertículos aislados en sigma y colon ascendente no complicados. Se exploran los primeros centímetros de íleon que son normales.

Tac toraco-abdominal: engrosamiento pleural difuso de predominio en segmentos posteriores de ambos lóbulos inferiores. Lesiones estriado-lineales apicales izquierdas que provocan una mínima pérdida de volumen. Granuloma calcificado en lóbulo hepático derecho. Interposición de colon derecho trasverso. En vacío y FID se evidencia un efecto de masa complejo con áreas quístico-necróticas que infiltran las partes blandas de la pared abdominal contactando con los planos grasos y musculares de 88mm X 97mm X 99mm, siendo muy accesible a biopsia percutánea. Se realizan reconstrucciones coronal y sagital que no confirman claramente el origen de dicha masa que si bien puede corresponder a una lesión sarcomatosa no se descarta origen colónico (meno probable por imagen origen exclusivamente infeccioso). No se produce obstrucción al tránsito intestinal. No se acompaña de líquido libre. Vesícula, vía biliar, páncreas y región adrenal sin efectos de masa.

Ecografía abdominal: Localizamos lesión y obtenemos material purulento mediante PAAF de 22G, obteniendo un cilindro que también se envía a Anatomía Patológica sin incidencias inmediatas.

Anatomía Patológica: nos da el diagnóstico definitivo

EVOLUCIÓN Y COMENTARIOS: Paciente de 77 años que ingresa por astenia deterioro del estado general y anemia, en la gastroscopia se aprecian dos úlceras en duodeno. Tras el ingreso, el paciente presenta fiebre de 39° C y en exploración se palpa masa en vacío derecho por lo que se solicita TAC abdominal que muestra una masa abscesificada sugerente de neoplasia. Se hace PAAF saliendo pus (para citología y cultivo del absceso) y posteriormente biopsia con Trucut. Se instauro tratamiento con piperacilina/tazobactam hasta resultados de Anatomía Patológica, cambiándose tratamiento a Penicilina IV hasta completar 6 semanas y después se da el alta hospitalaria con Amoxicilina oral. En revisión tras 4 meses está afebril y asintomático.

Tac abdominal a los 4 meses de tratamiento: significativa disminución del tamaño de la colección líquida del flanco derecho, apreciándose en el estudio actual una imagen nodular de aprox. 3 cm en íntima relación con la musculatura de la pared abdominal anterior derecha y adyacente al colon ascendente, no identificándose lesiones de reciente aparición. Mínimo aumento de densidad de la grasa mesentérica adyacente

A continuación se muestran los datos enviados por (formmail@l1aa074.servidoresdns.net) el Domingo 27 de Febrero de 2011 a las 09:42:12

Autores: E. García Carreño, C. Grau Jiménez, S. Carmona Lambooy, C.López Ibañez, JM. Fernández Ibañez, H.Ortega, N. Ortea LLera. S. De MI- Geriatria del Hospital la Mancha Centro. Alcázar de San Juan (Ciudad Real).

Remitente: Elena María García Carreño

Dirección: Avda. de los Institutos, nº2 Portal 2, 4ºC

C.P.: 13600

Población: Alcázar de San Juan

Provincia: Ciudad Real

E-mail: elena.gcarreno@gmail.com

Teléfono: 625405084

Centro Trabajo: Hospital General Universitario La Mancha Centro

Título: ESTUDIO COMPARATIVO DE LOS PACIENTES MAYORES DE 69 AÑOS QUE SE FRACTURAN LA CADERA EN FUNCIÓN DE SU SITUACIÓN FUNCIONAL PREVIA.

Presentación: Oral

Medios: Power

Texto: OBJETIVOS: Analizar diferencias clínicas, técnicas, asistenciales y sociales de los pacientes mayores de 69 años con fractura de cadera en función del índice Barthel (punto corte 60).

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio prospectivo longitudinal de los pacientes de 70 años o más que ingresan por fractura de cadera desde el día 1 de Septiembre del 2010 al 31 de Enero del 2011.

RESULTADOS: En nuestra muestra (N=87, con edad media $83,74 \pm 5,98$ años) no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la edad, sexo, estancia media, demora quirúrgica, tipo de fractura, tipo de intervención ni antecedentes de caídas. En cuanto a la comorbilidad asociada estudiada se encontraron diferencias en los antecedentes de enfermedad neurológica, presencia de deterioro cognitivo, uso de psicofármacos (antidepresivos, NRL y tratamiento para la demencia). En cuanto a las variables sociales se encontraron diferencias en la convivencia.

CONCLUSIÓN: El tipo de fractura y tratamiento es similar en los dos grupos estudiados. En los más dependientes la presencia de enfermedad neurológica y su tratamiento es más frecuente y viven con mayor frecuencia en residencias.

A continuación se muestran los datos enviados por (formmail@l1aa074.servidoresdns.net) el Domingo 27 de Febrero de 2011 a las 09:55:02

Autores: S. Carmona Lambooy, C. Grau Jiménez, E. García Carreño, C. Morales Ballesteros, JM. Fernández Ibáñez, M. Martínez Gabarrón, L. Rodríguez Rojas. S. De MI- Geriatria del Hospital la Mancha Centro. Alcázar de San Juan (Ciudad Real).

Remitente: Elena María García Carreño

Dirección: Avenida de Los Institutos, nº4, portal 2, 4ºC

C.P.: 13600

Población: Alcázar de San Juan

Provincia: Ciudad Real

E-mail: elena.gcarreno@gmail.com

Teléfono: 625405084

Centro Trabajo: Hospital General Universitario La Mancha Centro

Título: PREVALENCIA DE TRASTORNOS MENTALES EN PACIENTES INGRESADOS EN ORTOGERIATRÍA

Presentación: Oral

Medios: Power

Texto: Objetivos: Analizar la frecuencia de trastornos mentales en pacientes mayores de 69 años que ingresan por fractura de cadera.

Material y métodos: Estudio prospectivo longitudinal de los pacientes de 70 años o más que ingresan por fractura de cadera desde el día 1 de Septiembre del 2010 al 31 de Enero del 2011. Se estudian variables sociodemográficas, clínicas, funcionales, sociales y terapéuticas.

Resultados: Se analizaron un total de 87 pacientes, con una edad media de $83,74 \pm 5,98$ años, el 82,2% mujeres. Índice de Barthel de $67,17 \pm 32,5$. El 50,7% son viudos. El 11% viven solos, un 33,3% con pareja, un 28,4% con hijos y un 23,5% institucionalizados . Un 55.4% presentaban deterioro cognitivo, 48,9% trastorno afectivo, un 1,1% tenían esquizofrenia. De lo que tenían deterioro estaban sin tratamiento específico el 67,39%, el 21,79% de ellos tomaban NRL, 41,30% BZDS y el 47,82% antidepressivos. El 34,72% de los pacientes con clínica de depresión no tomaban antidepressivos, y el 60,8% tomaba BZDS

Conclusión: En pacientes de 70 años que ingresan en traumatología la prevalencia de trastornos mentales es muy elevada. Un porcentaje elevado de ellos está sin tratamiento específico.

A continuación se muestran los datos enviados por (formmail@l1aa074.servidoresdns.net) el
Lunes 28 de Febrero de 2011 a las 01:55:24

Autores: Tyrone Estrada Álvarez, Marta Muñoz Vélez, Marta Checa López, Matilde Díaz del Cerio
Gomero.

Remitente: Tyrone Estrada Álvarez

Dirección: calle ronda de Buenavista 39 portal 7 bloque II , 2do A.

C.P.: 45005

Población: Toledo

Provincia: Toledo

E-mail: tayron_78@hotmail.com

Teléfono: 646167574

Centro Trabajo: hospital virgen del valle

**Titulo: Síndrome Confusional Agudo en Ancianos Ingresados en el Programa de Ayuda a
Domicilio del Hospital Virgen del Valle.**

Presentación: Oral

Medios: Power

Texto: Objetivo: Conocer la prevalencia de síndrome confusional agudo en pacientes paliativos
oncológicos y no oncológicos incluidos dentro del programa de ayuda a domicilio del Hospital
Virgen del Valle.

Metodología: Estudio descriptivo transversal realizado entre el 01 de enero del 2010 hasta el 31
de diciembre del 2010 de los ingresos captados en el programa de ayuda a domicilio del servicio
de geriatría del Hospital Virgen del Valle tratando a pacientes en fase terminal oncológicas y no
oncológicas.

Recogida de datos mediante las siguientes variables: edad, sexo, enfermedades oncológicas y no
oncológicas.

Se utilizó el CAM y DSM IV como métodos de screening de valoración del Delirium. Se utilizó el
programa SPSS 12.

Resultados: Ingresaron 64 pacientes de los cuales 30 son mujeres y 34 hombres con media de
edad de 85,6 años. De los 64 pacientes 41 eran oncológicos y 23 no oncológicos. Presentaron
Delirium durante el curso de 01 año el 81,25% de los pacientes, de los cuales 85,3% fueron
oncológicos y el 73,9% no oncológicos. Las patologías oncológicas más frecuentes fueron
Síndrome Mielodisplásico (29,3%), Cáncer de pulmón (19,5%), cáncer de próstata (17%) y
cáncer de colon (14,6%).

Las patologías no oncológicas más frecuentes fueron: Demencias severas (34.7%), EPOC (30,4%) y ICC (26,1%).

Conclusiones: La prevalencia del síndrome confusional agudo en pacientes en fase terminal ,
tanto oncológicos como no oncológicos es frecuente, siendo mayor en los primeros.
