

## SALUD EN EL ANCIANO

Viernes 7 de octubre de 2011. 9:00 a 10:30 h

Hall – Facultad de Medicina

Carteles electrónicos

Moderador: Javier Damián

### 126. BIENESTAR COMUNITARIO Y SALUD EN ADULTOS MAYORES

C. Giráldez-García<sup>a</sup>, M.J. Forjaz<sup>b</sup>, M.E. Prieto-Flores<sup>b</sup>, F. Rojo-Pérez<sup>c</sup>, G. Fernández-Mayoralas<sup>c</sup>, P. Martínez-Martín<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Hospital Universitario La Paz; <sup>b</sup>Instituto de Salud Carlos III; <sup>c</sup>Consejo Superior de Investigaciones Científicas.

**Antecedentes/Objetivos:** Los aspectos objetivos del entorno físico de residencia y la percepción del mismo pueden influir en el estado de salud. Sin embargo, poco se sabe de la relación entre la salud y el bienestar comunitario, definido como el grado de satisfacción con diversas características del entorno de residencia. Este estudio tiene como objetivo evaluar dicha asociación en adultos mayores que residen en la comunidad.

**Métodos:** Se utilizó información del estudio transversal "Calidad de Vida en Mayores en España" (CadeViMa-España), realizado sobre una muestra representativa de 1.106 personas de 60 y más años. Con un enfoque multidimensional de la salud, consideramos cuatro variables resultado: autovaloración del estado de salud, escala de independencia funcional, depresión (HADS-D) y número de enfermedades crónicas. Como variables independientes utilizamos, por un lado, medidas del entorno comunitario: el Community Wellbeing Index (mide la satisfacción con los servicios, el sentimiento de pertenencia y el entorno físico y social), percepción de problemas en el barrio y tiempo de residencia en el lugar; y por el otro, características psicosociales y sociodemográficas. Se elaboró un modelo de regresión logística para cada variable de resultado.

**Resultados:** Al menos dos de las medidas de bienestar comunitario se asociaron de forma independiente con cada uno de los resultados de salud considerados. De ellas, la satisfacción con los servicios comunitarios fue la que mostró una asociación estadísticamente significativa en todos los modelos, relacionándose de forma directa con una mejor autovaloración de la salud (OR: 1,25) e independencia funcional (OR: 1,26); y de forma inversa con la depresión (OR: 0,68) y la presencia de 3 o más enfermedades (OR: 0,74). Los indicadores psicosociales se asociaron con la autovaloración de la salud, independencia funcional y depresión, pero no con el número de enfermedades. Las variables sociodemográficas mostraron un patrón de asociación diferente según el resultado de salud considerado. Los modelos mostraron un ajuste satisfactorio (R<sup>2</sup> Nagelkerke: 0,19-0,38).

**Conclusiones:** El bienestar comunitario está relacionado con diferentes aspectos de la salud de las personas de 60 y más años, independientemente de las características psicosociales y sociodemográficas. Estos resultados destacan el rol protector que puede tener el entorno comunitario en la salud y dan apoyo científico para el establecimiento de políticas que contribuyan a la integración social de los adultos mayores y a la promoción de su salud en la comunidad.

Financiación: MICINN SEJ2006-15122-C02-00 y Fundación CIEN.

### 238. CENTRO DE PREVENCIÓN DEL DETERIORO COGNITIVO: PREVENCIÓN EN MAYORES DESDE EL ÁMBITO COMUNITARIO

P. Montejo, M. Montenegro, M.E. de Andrés, A. Reinoso, J.M. Ruiz, M. Llanero, C. Aragón, M. Lozano, J.M. Gómez, C. Brizuela

Centro de Prevención del Deterioro Cognitivo, Servicio de Prevención, Promoción y Salud Ambiental; Instituto de Salud Pública, Madrid Salud, Ayuntamiento de Madrid.

**Antecedentes/Objetivos:** El deterioro cognitivo ligero (DCL) es una entidad que agrupa pacientes con un declive cognitivo que sobrepasa el envejecimiento normal, aunque de menor severidad que la demencia. La asistencia sanitaria habitual, centrada en la enfermedad, suele dejar al margen a estos sujetos. Madrid Salud, consciente de esta situación, pone en marcha recursos preventivos que abarcan desde estrategias sobre envejecimiento activo y saludable hasta la creación del Centro de Prevención del Deterioro Cognitivo (CPDC). Objetivos del Centro: 1. Prevención primaria y promoción de la salud en individuos en riesgo de padecer DCL. 2. Diagnóstico precoz del DCL. 3. Identificar cuadros reversibles de deterioro cognitivo y realizar orientación terapéutica. 4. Información y asesoramiento a personas con DCL y familiares. 5. Actividades de estimulación cognitiva dirigida a los usuarios del CPDC. 6. Colaboración en la estrategia sobre envejecimiento activo y saludable y psicohigiene. 7. Investigación y docencia en el campo del DCL.

**Métodos:** El CPDC atiende a mayores de 65 años y sus familiares. Las vías de captación son: usuarios de los programas de mayores del Ayuntamiento de Madrid, atención primaria y especializada, servicios sociales, centros de mayores, organizaciones de mayores, etc. Todos los usuarios del CPDC son evaluados mediante un protocolo de evaluación neuropsicológica y, en caso necesario, se realizan pruebas complementarias (analítica y resonancia cerebral). Se realiza un diagnóstico, se efectúa intervención cognitiva en el propio Centro y se hace supervisión de ejercicios de estimulación en el domicilio. Asimismo, se proporciona información de su situación a los usuarios y familiares y asesoramiento sobre recursos sociales.

**Resultados:** El CPDC ha atendido a 6.112 usuarios (23.216 consultas) y se han realizado 295 grupos de trabajo. Durante 2010 se atendió a 1.436 usuarios nuevos, y se llevaron a cabo 1.159 evaluaciones individuales y 42 grupos de estimulación cognitiva (13.549 atenciones grupales). Ese mismo año se detectaron precozmente 646 casos de DCL (45%). Además, se realizaron 254 resonancias cerebrales, 92% patológicas. Se ha atendido, informado y asesorado a 2.227 familiares.

**Conclusiones:** El Centro de Prevención del Deterioro Cognitivo contribuye a potenciar el trabajo que el Ayuntamiento de Madrid viene realizando desde hace 15 años en el campo de las alteraciones de memoria y la estimulación cognitiva. Es un exponente de las actuaciones preventivas que se pueden realizar en la Comunidad coordinando centros periféricos con uno central de referencia y apoyo.

### 241. QUEJAS DE MEMORIA, ESTADO DE SALUD, MEDICACIÓN Y USO DE SERVICIOS SANITARIOS: ESTUDIO POBLACIONAL

P. Montejo Carrasco, M. Fernández Blázquez, M. Llanero Luque, J.M. Ruiz Sánchez de León, C. Aragón Cancela, C. Brizuela

Centro de Prevención de Deterioro Cognitivo, Servicio de Prevención, Promoción de la Salud y Salud Ambiental, Instituto de Salud Pública, Madrid Salud, Ayuntamiento de Madrid.

**Antecedentes/Objetivos:** Durante los últimos años existe un interés creciente por el estudio de las quejas de memoria (QM) entre las personas mayores en tanto que pueden ser un predictor de deterioro cognitivo. Además del rendimiento cognitivo, factores como depresión, ansiedad, personalidad, calidad de vida, estado de salud y uso de servicios sanitarios pueden estar asociados con las QM. Objetivo: Estudiar la asociación de las QM con variables de salud.

**Métodos:** La muestra está tomada de la “Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid” (2006), un estudio poblacional descriptivo transversal. Del total de 8.504 entrevistas, se seleccionaron las 1.637 realizadas a mayores de 64 años (edad  $X = 74$  años;  $DT = 6,9$ ; rango: 65-102 años; 40% varones). A todos ellos se les pasó un cuestionario con preguntas sobre QM, aspectos de salud, presencia de enfermedades, toma de medicación y uso de servicios sanitarios.

**Resultados:** La prevalencia de QM es del 32,4%. Existe asociación entre QM y valoración de salud (el 20% de sujetos que valoran su salud como excelente tiene QM vs el 41,7% que la valoran como regular o mala;  $Chi2 = 63,44$ ;  $p < 0,001$ ;  $V$  Cramer = 0,20), número de enfermedades (el 21,4% de sujetos sin enfermedad tiene QM vs el 50% de sujetos con más de 3 enfermedades;  $Chi2 = 51,10$ ;  $p < 0,001$ ;  $V$  Cramer = 0,18), número de medicamentos (el 24% de sujetos que toman una medicación tiene QM vs el 52,4% para los que toman más de 7;  $Chi2 = 46,12$ ;  $p < 0,001$ ;  $V$  Cramer = 0,18), uso de servicios sanitarios (el 50,3% tiene QM;  $Chi2 = 25,58$ ;  $V$  Cramer = 0,13) y problemas graves visuales y auditivos (el 72% de los sujetos tiene QM). El 90% de los pacientes con demencia y el 53% de sujetos con depresión/ansiedad informan de QM. Si eliminamos a estos sujetos del análisis, persiste la asociación entre QM y el resto de factores, aunque la fuerza de asociación disminuye ligeramente. La regresión logística obtiene un modelo significativo ( $Chi2 = 104,91$ ;  $p < 0,001$ ;  $R2$  de Nagelnerke = 0,10) que predice bien a los sujetos sin QM (97,4%) pero mal a los que tienen QM (22,4%). Las variables predictoras son: percepción del estado de salud, número de enfermedades y alteración visual o auditiva.

**Conclusiones:** Las QM están asociadas a numerosos factores (percepción del estado de salud, padecimiento de enfermedades, uso de servicios sanitarios, toma de medicación y alteraciones visuales o auditivas), lo que indica la heterogeneidad del grupo de sujetos que manifiesta QM. La expresión de QM no necesariamente indica la existencia de alteraciones mnésicas o cognitivas, sino que pueden existir otros factores asociados.

#### 244. ESTUDIO POBLACIONAL. QUEJAS DE MEMORIA EN MAYORES: CALIDAD DE VIDA Y ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA

M. Fernández Blázquez, M. Montenegro Peña, P. Montejo Carrasco, A. García Marín, A. Reinoso García, M.E. de Andrés Montes

*Centro de Prevención de Deterioro Cognitivo, Servicio de Prevención, Promoción de la Salud y Salud Ambiental, Instituto de Salud Pública, Madrid Salud, Ayuntamiento de Madrid.*

**Antecedentes/Objetivos:** Las quejas de memoria (QM) son un fenómeno frecuente entre las personas mayores. Su estudio ha despertado un enorme interés entre los investigadores, ya que podrían ser un predictor de deterioro cognitivo e incluso demencia. En nuestro país no existen estudios poblacionales sobre la prevalencia de las QM y su asociación con otras variables de salud. **Objetivos:** 1. Estudiar la prevalencia de QM en la ciudad de Madrid. 2. Estudiar la asociación de las QM con calidad de vida y actividades de la vida diaria. 3. Encontrar las variables predictoras de QM.

**Métodos:** La “Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid” (2006) es un trabajo de investigación epidemiológico descriptivo transversal. De las 8.504 entrevistas que componen la encuesta original se seleccionaron las 1.637 realizadas a mayores de 64 años (edad media 74 años,  $DT = 6,9$ ; rango: 65-102 años; 40% varones). La recogida de información se realizó en el domicilio a través de un cuestionario sobre QM, calidad de vida (cuestionario COOP/Wonca), actividades básicas (índice de Katz) e instrumentales (cuestionario de Lawton) de la vida diaria, enfermedades, medicación, aspectos sociales y económicos.

**Resultados:** La prevalencia de QM en personas mayores es del 32,4%. Existe asociación con la edad (24% a los 65-69 años; 57% a los 90 y más

años;  $p < 0,000$ ) y el sexo (28% varones vs 35,2% mujeres;  $p < 0,002$ ). El mayor porcentaje de QM (73%) se relaciona con las mayores limitaciones en las actividades sociales. Existe asociación entre QM y calidad de vida (COOP/Wonca para quejas 25,62 ( $DT = 6,09$ ) vs COOP/Wonca sin quejas 22,33 ( $DT = 5,28$ );  $t = 10,95$ ;  $p < 0,001$ ). Los sujetos independientes según el Lawton presentan un 26% de QM frente a los dependientes con un 52% ( $Chi2 = 97,36$ ;  $V$  Cramer = 0,25). Los sujetos no dependientes según el Katz tienen un 28% de QM frente a los dependientes que tienen un 60,9% ( $Chi2 = 94,64$ ;  $V$  Cramer = 0,24). El modelo de regresión logística con el método por pasos ( $Chi2 = 218,27$ ;  $p < 0,001$ ;  $R2$  de Nagelnerke = 0,18) clasifica bien a los sujetos sin quejas (95%) pero mal a los sujetos con QM (25%). Se obtienen los siguientes predictores: dificultades en el uso del teléfono y la toma de medicación (Lawton), baja percepción del estado de salud y dificultades en las actividades sociales (COOP/Wonca).

**Conclusiones:** La prevalencia de QM es alta en mayores y se asocia a factores como calidad de vida y actividades de la vida diaria. Los problemas de salud y la baja percepción del estado de salud son elementos que influyen en otros aspectos de la vida, lo que a su vez incide en la percepción del estado de la memoria.

#### 249. ENTRENAMIENTO DE MEMORIA EN MAYORES: INTERVENCIÓN COMUNITARIA MEDIANTE EL MÉTODO UMAM

M. Montenegro, M.E. de Andrés, A. Reinoso, A. García-Marín, E. García-Mulero, M.A. Fernández-Blázquez, M. Llanero

*Centro de Prevención de Deterioro Cognitivo, Servicio de Prevención, Promoción de la Salud y Salud Ambiental, Instituto de Salud Pública, Madrid Salud, Ayuntamiento de Madrid.*

**Antecedentes/Objetivos:** Numerosos estudios longitudinales poblacionales nos indican que con la edad existe una disminución en el rendimiento cognitivo, especialmente en la memoria. Para tratar estas alteraciones se han desarrollado intervenciones denominadas entrenamiento de memoria o estimulación cognitiva. Uno de estos programas es el llamado método UMAM (Unidad de Memoria del Ayuntamiento de Madrid) que se desarrolla en los Centros Madrid Salud. **Objetivos:** 1. Estudiar los niveles de memoria en una población mayor de 60 años. 2. Estudiar los cambios de memoria producidos por el entrenamiento de memoria método UMAM.

**Métodos:** Se seleccionó a un total de 5.518 usuarios (edad  $X = 69,52$  años;  $DT = 5,22$ ) captados a través de “mailing”, medios de comunicación, servicios sociales o sanitarios u otros usuarios. Se llevó a cabo un programa de estimulación cognitiva en grupos de 12-16 personas durante 11 sesiones de 90 minutos. Se les realizó evaluación cognitiva preestimulación, postestimulación y a los 6 meses. La evaluación consistió en Test Conductual Rivermead (RBMT), Cuestionario de Fallos de Memoria de la vida Cotidiana (MFE), Mini Examen Cognoscitivo (MEC), Escala Geriátrica de Depresión (GDS) y Perfil de Salud de Nottingham (PSN).

**Resultados:** El 71,2% de personas que acuden presentó trastornos de memoria. Se observaron diferencias significativas ( $F = 1.236,39$ ;  $p = 0,000$ ;  $Eta2 = 0,32$ ) entre la media de la puntuación en la prueba de RBMT pre ( $X = 7,97$ ;  $DT = 2,20$ ) y post ( $X = 9,42$ ;  $DT = 2,18$ ). A los 6 meses se pudo completar la evaluación final a 1.139 sujetos; en estos sujetos existen diferencias significativas ( $F = 727,68$ ;  $p = 0,000$ ;  $Eta2 = 0,39$ ) entre la puntuación de RBMT pre ( $X = 8,03$ ;  $DT = 2,14$ ) y a los 6 meses ( $X = 9,76$ ;  $DT = 2,12$ ). Existen diferencias significativas ( $F = 476,42$ ;  $p = 0,000$ ;  $Eta2 = 0,31$ ) en la puntuación del MFE pre ( $X = 22,00$ ;  $DT = 9,04$ ) y a los 6 meses ( $X = 16,91$ ;  $DT = 8,46$ ). También se observa mejoría significativa en la GDS en los porcentajes de personas con probable depresión (pre = 11,5%, post = 6,5% y 6 meses = 5,6%). Asimismo, mejora la percepción de usuarios sobre su PSN (Pre =  $11,44 \pm 7,58$ , y 6 meses  $9,41 \pm 6,71$ ;  $F = 135,19$ ;  $p = 0,000$ ;  $Eta2 = 0,12$ ).

**Conclusiones:** Las alteraciones de memoria son un trastorno frecuente. El método UMAM produce una mejoría en la memoria que se mantiene a los 6 meses. También se objetivan mejoría en el estado de ánimo, las quejas de memoria y la percepción del estado de salud. El método UMAM es un instrumento eficaz para la estimulación cognitiva y contribuye a la prevención del deterioro cognitivo en la comunidad.

## 267. SALUD MENTAL Y RELACIONES SOCIALES EN ANCIANOS NO INSTITUCIONALIZADOS EN EL ÁMBITO RURAL

E. Rubio<sup>a</sup>, M. Comín<sup>a</sup>, G. Montón<sup>b</sup>, T. Martínez<sup>a</sup>, R. Magallón<sup>c</sup>, B. Oliván<sup>d</sup>

<sup>a</sup>Universidad de Zaragoza; <sup>b</sup>Salud; <sup>c</sup>redIAPP (Carlos III 06/018), Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud; <sup>d</sup>Universidad de San Jorge, Zaragoza.

**Antecedentes/Objetivos:** Valorar la influencia de las relaciones sociales así como de factores demográficos y de salud sobre la salud mental del anciano no institucionalizado.

**Métodos:** Estudio poblacional transversal de mayores de 64 años, no institucionalizados, pertenecientes a la zona básica de salud de Casetas (Zaragoza), sin deterioro cognitivo grave (Pfeiffer) y que firmaron el consentimiento informado. Se valoró la salud mental mediante el test Short Psychiatric Evaluation Schedule (SPES) y se relacionó con variables sociodemográficas, de comorbilidad, de capacidad funcional valoradas con los test de Barthel y Lawton-Brody y de relaciones sociales según OARS. Mediante un modelo multivariante de regresión logística se valoró la influencia de las variables independientes sobre la endógena salud mental.

**Resultados:** El riesgo de presentar salud mental alterada según SPES aumenta significativamente en mujeres (OR = 2,1; IC = 1,4-3,6), mala salud autopercebida (OR = 4,0; IC = 2,6-5,9), comorbilidad (OR = 1,5 IC = 1,1-2,3), se encuentran solos alguna vez (OR = 1,6; IC = 1,1-2,5) o muy a menudo (OR = 2,8; IC = 1,5-2,2), no ve a su familia tanto como le gustaría (OR = 2,8; IC = 2,2- 4,2), nadie le ayudaría si estuviera enfermo (OR = 2,7; IC = 1,2-6,2) y dependiente para las ABVD (OR = 4,2; IC = 1,6-11,1). Vivir con el cónyuge (OR = 0,4; IC = 0,3-0,7) o con otros (OR = 0,6; IC = 0,4-1,0) actúan como factores protectores respecto a los que viven solos. No se encontró relación entre salud mental y edad, nivel de estudios, número de personas a las que conoce para poderse relacionar, la existencia de un confidente, relaciones que mantiene con otras personas (amigos, conocidos), ya sea por teléfono o porque se visitan en el propio domicilio, y salir de paseo o pertenecer a clubs sociales de mayores.

**Conclusiones:** La salud mental deteriorada se produce fundamentalmente en mujeres, entre los que viven solos, perciben como escasas sus relaciones familiares y el apoyo social recibido y además son dependientes para las actividades básicas de la vida diaria. Tal vez con un mayor desarrollo de servicios de apoyo domiciliario se conseguiría mejorar la salud mental de un sector de la población cada vez más numeroso.

## 324. VALORACIÓN DE LA DENSIDAD MINERAL ÓSEA COMO FACTOR DE RIESGO DE FRACTURAS

M.M. Pérez Gragera, E. Candela Marroquín, P.D. Ávila Picapiedra

Centro de Salud de Cordobilla de Lácara, Servicio Extremeño de Salud.

**Antecedentes/Objetivo:** La medida de la densidad mineral ósea (DMO) es uno de los factores predictores del riesgo de fractura por fragilidad, además de la edad y los factores de riesgo clínico (antecedentes familiares, fractura previa, consumo de tabaco, etc.). La densitometría ósea mediante absorciometría dual de rayos X (DEXA) es considerada como el patrón de oro en el diagnóstico de osteoporosis,

especialmente cuando mide la DMO de columna vertebral o cadera. La densitometría ultrasonográfica ósea cuantitativa (DUOC) en huesos periféricos se propone útil en programas de cribado como alternativa rápida y económica. El objetivo de nuestro trabajo fue determinar la DMO mediante DUOC en mujeres posmenopáusicas para valorar esta información como uno de los factores de riesgo de fracturas. Determinar la DMO en aquellas mujeres que están recibiendo tratamiento previo para la osteoporosis.

**Métodos:** Estudio descriptivo transversal realizado en mayo de 2010. Se seleccionó a las mujeres posmenopáusicas, ya fuera menopausia natural o inducida por histerectomía, pertenecientes a un centro de salud. Se citó a 20 mujeres/día y se les realizó una DUOC en el calcáneo derecho con el dispositivo Sahara, marca Hologic. Se aplicaron los criterios de clasificación de la OMS (T-score = -1DS: normal, T-score < -1 y > 2,5 DS: osteopenia, T-score = -2,5 DS: osteoporosis, presencia de fractura por fragilidad y baja DMO: osteoporosis severa). Además, se recogió si estaban recibiendo tratamiento farmacológico previo para osteoporosis.

**Resultados:** 99 mujeres participaron en el estudio, de ellas 1 (1%) presentó una DMO compatible con diagnóstico de osteoporosis, 31 (31%) osteopenia y 67 (68%) normal. Diecinueve de las 99 mujeres estaban en tratamiento farmacológico previo para la osteoporosis (1 con osteoporosis, 6 con osteopenia y 12 normales según la DUOC realizada en el estudio).

**Conclusiones:** No existe relación entre la DMO determinada y los tratamientos previamente establecidos. La estrategia para la prevención de fracturas basadas en la realización de densitometrías puede implicar el tratamiento farmacológico a mujeres con bajo riesgo de fractura si no se consideran otros factores de riesgo (edad, antecedentes familiares, índice de masa corporal, consumo de alcohol y tabaco, historia de fractura previa, etc.). Es necesario realizar una valoración individualizada para identificar aquellas mujeres que obtendrían un beneficio claro del tratamiento farmacológico frente a los potenciales riesgos.

Financiación: Laboratorios Italfarmaco.

## 397. SALUD BUCAL EN ANCIANOS INSTITUCIONALIZADOS EN LA REGIÓN SANITARIA DE BARCELONA

M. Cornejo<sup>a</sup>, A. Palmera<sup>b</sup>, G. Pérez<sup>c</sup>, K. Lima<sup>d</sup>, E. Casals<sup>e</sup>

<sup>a</sup>Universidad de Chile; <sup>b</sup>Centro Nacional de Epidemiología, Madrid; <sup>c</sup>Agencia de Salud Pública de Barcelona; <sup>d</sup>Universidad de Río Grande del Norte, Brasil; <sup>e</sup>Centro de Atención Primaria Sant Miquel, Barcelona.

**Antecedentes/Objetivos:** En Barcelona el porcentaje de adultos mayores ha crecido significativamente. Entre los problemas de salud que los aquejan, los bucodentales cobran especial importancia. En Cataluña, el 37% de los ancianos son desdentados totales, el 48% de estas personas no tiene ninguna prótesis dental y el 59% necesita prótesis nuevas. Por ello es importante valorar sus problemas de salud bucodental, incluida la autopercepción. **Objetivo:** Describir la asociación de la autopercepción de salud bucal tanto con las condiciones objetivas de salud oral como con factores sociodemográficos individuales de los adultos mayores de 65 años, institucionalizados en los centros sociosanitarios de larga estancia de la región sanitaria de Barcelona en el año 2009.

**Métodos:** Estudio transversal con examen dental que evaluó 412 adultos mayores de 65 años institucionalizados. La variable dependiente fue la autopercepción de salud bucal según el índice geriátrico de evaluación de salud bucal (GOHAI) aplicado a 195 adultos mayores (47%). Las variables independientes son la edad, el sexo, el país de procedencia, última visita al dentista, el COPD y el uso y necesidad de prótesis dental. Se realizó análisis univariado y bivariado de todas las variables incluidas en el estudio. Mediante modelos de regresión logística se calcularon las *odds ratio* crudas y ajustadas.



tadas con sus respectivos intervalos de confianza por diferentes variables de interés.

**Resultados:** La edad promedio fue de 81,1 años (IC 95%, 79,2-83,2), el 70,7% eran mujeres y el 98% eran españoles. El COPD promedio fue de 23,9 (IC 23,0-24,8). El promedio de dientes cariados fue de 2,69 (IC 2,22-3,16), de dientes perdidos fue 21 (IC 19,9-22,0) y de dientes conservados fue 10,4 (IC 9,4-11,4). Un 30,6% presentó edentulismo (IC 26,2-35,0). El 67% (IC 60,1-73,5) de los evaluados tuvo mala percepción de su salud bucal. No se encontraron asociaciones significativas entre la puntuación obtenida en el GOHAI y las variables sociodemográficas como sexo, edad, nivel de estudios y origen. Los adultos mayores que necesitaban prótesis dentales superiores obtuvieron puntuaciones de GOHAI bajas en relación a los que no las necesitaban OR 3,7 (IC 95%, 1,3-11,0). Asimismo, los que necesitaban prótesis inferiores con respecto a quienes no la necesitaban OR = 3,7 (IC 95%, 1,3-10,6).

**Conclusiones:** En la población de los adultos mayores institucionalizados de Barcelona un alto porcentaje presentó mala autopercepción de salud bucal, asociada significativamente a la necesidad de prótesis dentales pero no a los factores sociodemográficos.

Financiación: ASPB.

### 894. APROXIMACIÓN A LA CARGA DE ENFERMEDAD DE LAS PERSONAS MAYORES EN ESPAÑA

R. Gènova<sup>a</sup>, E. Álvarez<sup>b,c</sup>, F. Catalá<sup>d</sup>, N.F. de Larrea<sup>e</sup>, C. Morant<sup>f</sup>

<sup>a</sup>Subdirección de Promoción y Prevención, C. Sanidad, Madrid; <sup>b</sup>Plan Nacional de Drogas, MSPSI; <sup>c</sup>Un Rey Juan Carlos, Madrid; <sup>d</sup>CSISP, Valencia; <sup>e</sup>Agencia de Evaluación Técnica Sanitaria, Comunidad de Madrid; <sup>f</sup>Subdirección de Servicios y Sistemas de Información, C. Sanidad, Madrid.

**Antecedentes/Objetivos:** La población española presenta un alto nivel de envejecimiento demográfico. La alta supervivencia conseguida es resultado, en buena medida, de intercambiar muertes evitadas por incrementos de personas enfermas o discapacitadas, dinámica que no pueden recoger los indicadores de mortalidad. Objetivo: Describir la carga de enfermedad de las personas mayores en España en el año 2008.

**Métodos:** Estudio transversal de base poblacional (personas > 60 años residentes en España). Fuentes: estimaciones de la población actual a 1 de julio de 2008, INE. Fichero anonimizado de registros individuales de defunciones, INE. Discapacidad: estudio mundial de carga global de enfermedad para el año 2004, OMS. Se estiman los años de vida ajustados por discapacidad (AVAD) por edad, sexo y causa para el año 2008.

**Resultados:** El 41,1% (2.078.556 AVAD) de la carga de enfermedad de la población española en 2008 correspondió a la población de > 60 años, destacando los tumores malignos (21,3% del total), las enfermedades neuropsiquiátricas (21,1%), las circulatorias (20,4%), respiratorias (8,2%), órganos de los sentidos (8,1%) y osteomioarticulares (5,1%). Demencias (16,6%), enfermedad isquémica (6,4%), enfermedad cerebrovascular (5,4%), EPOC (84,6%), cáncer de pulmón (4,6%), pérdidas de audición (4,0%) y artrosis (3,4%) son las causas específicas con mayor carga de enfermedad. A medida que una creciente parte de la población alcanza edades más y más elevadas —consecuencia de evitar muertes por otras causas—, tanto mayor es la posibilidad de aumento de personas que padezcan una enfermedad mental o neurológica, y de que vivan padeciendo durante años las consecuencias de esta u otras causas de baja letalidad pero muy extendidas y/o seriamente discapacitantes, como la artrosis o los problemas de audición y visión, que prácticamente no aparecen en los registros de mortalidad pero afectan de manera creciente a las personas mayores. En todas ellas, el componente de discapacidad y mala salud (AVD) pesa mucho más que el de mortalidad (AVP).

**Conclusiones:** La carga de enfermedad permite replantear la importancia de las distintas causas de enfermedad y muerte en relación con

el clásico análisis de mortalidad. Estas medidas sintéticas de salud de las poblaciones hacen posible la valoración del impacto de otras causas de menor mortalidad pero muy frecuentes y/o discapacitantes. En España, las principales causas de pérdidas de años de vida saludable en las personas mayores son los tumores, las enfermedades neuropsiquiátricas y las circulatorias.

Financiación: FIS-PS09/00086 Carga de enfermedad de las patologías cardiovasculares y cerebrovasculares en España.

### 896. MAYORES INSTITUCIONALIZADOS EN RESIDENCIAS PÚBLICAS. UNA APROXIMACIÓN A SU ESTADO DE SALUD FÍSICA

T. Martínez<sup>a</sup>, E. Rubio<sup>a</sup>, M. Comín<sup>a</sup>, G. Montón<sup>b</sup>, R. Magallón<sup>c</sup>, E. Melús<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Universidad de Zaragoza; <sup>b</sup>Salud; <sup>c</sup>redIAPP (Carlos III 06/018), Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud.

**Antecedentes/Objetivos:** Conocer las enfermedades crónicas y la medicación utilizada por la población de 65 y más años institucionalizados en residencias públicas de Zaragoza.

**Métodos:** Estudio transversal en el que se obtuvo la información de la totalidad de los usuarios válidos de Zaragoza (capital y provincia). El cuestionario empleado fue el OARS-MAFQ (OARS). Para interpretar las relaciones entre las categorías de las variables, se realizó un análisis de tablas de contingencia valorando el residual tipificado de Haberman. Mediante el análisis de correspondencias múltiple gráfico se valoró qué variables influyen más en el policonsumo;  $p < 0,05$ .

**Resultados:** Los rasgos generales de esta muestra se corresponden a mujeres en un 57,7%, mayores de 85 años (45,4%), viudos/as (51,6%), sin concluir su educación primaria (64,7%) que valoran su estado de salud como malo-regular (73,3%), padecen en media  $3,31 \pm 2,3$  enfermedades crónicas y consumen  $3,08 \pm 2,0$  medicamentos diarios. Tanto la media de enfermedades padecidas ( $p < 0,05$ ) como los fármacos consumidos ( $p < 0,0001$ ) son superiores en aquellos que dicen tener “mala o regular salud”. Los problemas de salud crónicos más frecuentes son del aparato circulatorio (66,8%), locomotor (59,8%), digestivo (41,6%) y SNC/sentidos (37,9%) y los medicamentos más consumidos: para la HTA (38,9%), para dormir (35,1%), dolor (33,9%), artritis (33,1%) y circulación (32,2%). Las variables que más influyen en el policonsumo según el análisis de correspondencias, la categoría “consumo de 4 o más medicamentos” se relaciona con las categorías “padecer más de 3 enfermedades crónicas” y “regular-mala salud autopercebida”, y la categoría “consumo de menos de 4 medicamentos” con las categorías “padecer menos de 3 enfermedades crónicas” o “ninguna” y “excelente-buena salud autopercebida”.

**Conclusiones:** Las enfermedades crónicas que en mayor frecuencia padece la población estudiada corresponden a las relacionadas con el aparato circulatorio, locomotor, digestivo y SNC/sentidos. Existe adecuación entre medicamentos más consumidos y los procesos diagnosticados. También existe concordancia entre policonsumo de fármacos y la mala percepción de su salud con la existencia de comorbilidad.

### 899. PROMOCIÓN DE SALUD EN LA POBLACIÓN MAYOR DE 64 AÑOS DE BIZKAIA

E. Alonso Fustel<sup>a</sup>, I. González San Cristóbal<sup>a</sup>, N. Muniozguen Agirre<sup>a</sup>, V. de Castro Laiz<sup>a</sup>, E. Hernández Arricibita<sup>a</sup>, P. Patiño Vega<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Departamento de Sanidad y Consumo del Gobierno Vasco, Subdirección de Salud Pública de Bizkaia, Unidad de Vigilancia Epidemiológica; <sup>b</sup>Hospital de Cruces, Osakidetza.

**Antecedentes/Objetivos:** El progresivo envejecimiento de la población convierte la salud del colectivo de mayores de 64 años en un ob-

jetivo prioritario en salud pública. Este colectivo supone el 20% de la población y consume el 45% del gasto hospitalario y casi el 80% del gasto farmacéutico. Es necesario conocer el estado de salud de los mayores, sus hábitos de vida, morbimortalidad y la atención que reciben para proponer recomendaciones de prevención primaria, secundaria y terciaria que contribuyan a mejorar su situación.

**Métodos:** Utilizamos los sistemas de información disponibles: Registro de Altas Hospitalarias (2009), de Mortalidad (2008), de Cáncer(2007) y Encuesta de Salud de la Comunidad Autónoma Vasca de 2007. Se consultan diferentes fuentes bibliográficas.

**Resultados:** El 18% de los mayores son bebedores habituales. Se declaran fumadores 17% de los hombres y 3% de las mujeres. La prevalencia de obesidad ha aumentado, siendo mayor entre mujeres (21%) que entre los hombres (18%). El 43% de las mujeres y el 61% de los hombres no realizan ninguna actividad. Prácticamente el 50% de los ingresos de mayores se debe a enfermedades del aparato circulatorio (17%), del sistema nervioso y de los sentidos (19%) y del sistema respiratorio (11%). Las caídas y las reacciones adversas a los medicamentos son un problema prevenible que genera patología severa. Tienen discapacidades para realizar tareas de la vida diaria 1 de cada 10 hombres y 2 de cada 10 mujeres. Los cánceres más frecuentes entre los hombres son el de próstata, colon y recto y pulmón; entre las mujeres el cáncer de mama, colon y recto, y útero. Un informe recientemente publicado en la CAV sobre el maltrato en los mayores de 60 años no institucionalizados cifra la prevalencia de sospecha de malos tratos en torno al 2,4%. Y según algunos estudios, entre los mayores institucionalizados la prevalencia es más elevada.

**Conclusiones:** Los centros de salud y los servicios sociales deben promover hábitos de vida saludables y trabajar en la prevención de caídas e intoxicaciones medicamentosas, controlar enfermedades que favorecen la aparición del infarto e ictus y potenciar la rehabilitación. Es necesaria la colaboración entre el Departamento de Sanidad y los servicios sociales para conocer la salud de las personas institucionalizadas y la de aquellas que viven aisladas en sus domicilios, profundizando en el estudio del maltrato.