septiembre de 2017 y febrero de 2018 con diagnóstico de FA. El MPI incluye variables sociodemográficas, funcionales (Katz, Lawton y FAC), nutricionales (MNASF), cognitivas, de riesgo de úlceras por presión, la comorbilidad y el número de fármacos, y permite estratificar a los pacientes según el riesgo de mortalidad: MPI-1 (≤ 0,33 bajo riesgo), MPI-2 (0,34-0,66 riesgo moderado) y MPI-3 (0,67-1,0 riesgo alto). También se recogieron antecedentes médicos (demencia y GDS), tratamiento anticoagulante previo, complicaciones de anticoagulación, CHA2DS2-VASc y HAS-BLED.

Resultados: Se incluyeron 62 pacientes (69% mujeres, edad media 94 ± 4 años). Estancia media 7 ± 5 días. La mitad vivía en domicilio (familiares/cuidadora privada). El 69% tenía demencia (44% grado moderado). El 61% era dependiente para las ABVD y el 94% para las AIVD. FAC 0 en el 29%. El 77% presentaba gran comorbilidad CIRS-CI ≥ 3 y tomaba ≥ 7 fármacos al ingreso. El 48% presentaba malnutrición y un 32% riesgo alto para el desarrollo de UPP. El 9% de los pacientes se incluyeron en el grupo MPI-1, 28% en MPI-2 y 63% en MPI-3. La mortalidad intrahospitalaria fue del 13%.

El 92% tenía FA crónica y el 8% FA *de novo*. El 79% recibía anticoagulantes: 57% con acenocumarol, 37% con nuevos anticoagulantes y 6% con heparinas de bajo peso molecular. El NACO más frecuente fue apixabán (44%). El 87% presentaban un CHA2DS2-VASc ≥ 2 y el 58% HAS-BLED ≥ 3. El 10% presentaron complicaciones intrahospitalarias relacionadas con la anticoagulación (hematuria, metrorragia, rectorragia y hemorragia en colostomía). Se suspendió la anticoagulación al 6% por alto riesgo de sangrado y caídas, demencia avanzada o manejo paliativo.

Conclusiones: La mayoría de nuestros pacientes muy mayores anticoagulados con FA son dependientes, con gran comorbilidad, polifarmacia y demencia. Además, cuando ingresan, más del 60% presentan un riesgo alto de mortalidad calculado mediante el MPI.

https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.04.211

PC-066

¿Tienen nuestros residentes niveles inadecuados de hormona D? Y si es así, ¿debemos tratarlos?

M. Gómez Coll, P. García Méndez

Residencia Caser Betharram, Hondarribia, Guipúzcoa, España

Objetivos: Observar la prevalencia de deficiencia de hormona D en nuestros residentes.

Iniciar tratamiento con colecalciferol o calcifediol en un número determinado de residentes viendo si mejoraban sus cifras 25 OH-Vit D.

Observar si los residentes diabéticos e hipertensos mejoraban su perfil glucémico y cifras tensionales.

Métodos: Estudio descriptivo transversal determinando, mediante analíticas realizadas en el periodo marzo de 2017-febrero de 2018, la 25 OH-Vit D de 103 residentes.

Se realizó nuevo control analítico de 25 OH-Vit D a los 2-3 meses de tratamiento a 15 residentes, añadiendo un control Hb glucosilada a 5 residentes diabéticos y controles de PA manual a 5 hipertensos.

Resultados: *25 OH-Vit D obtenidas:* 16 obtuvieron < 5 ng/ml, 40 entre 5-10 ng/ml, 33 entre 10-20 ng/ml, y 14 > 20 ng/ml (12 residentes ya tomaban calcio/vit D y/o calciferol o calcifediol, por lo que en realidad solo 2 residentes obtuvieron cifras > 20 ng).

Concentración media de 25(OH)D3: 8,1 ng/ml (rango < 3-32,8).

Destacar que mejoró de una manera más llamativa en general la 25(OH)D3 de los residentes que tenían cifras más deficientes.

Calcemias obtenidas: el 83% en rango, el 11% en límite bajo y el 6% en límite alto, que eran los que tenían calcio/vit D en su tratamiento y hubo que reducirles dosis.

Concentración media de calcio: 9,28 mg/dl (rango 8,2-10,6).

El 100% de los residentes tratados mejoraron sus cifras de 25(OH)D3: 8 > 30 ng/ml, 6 entre 20-30 ng/ml y 1 entre 15-20 ng/ml.

De los 5 residentes que eran diabéticos, la HbA1C a los 3 meses mejoró en 4 (disminuyó entre 1-1,5%) y precisaron disminución de ADO y/o de insulina.

De los 5 residentes hipertensos, 4 disminuyeron sus cifras tensionales de forma progresiva y en uno hubo que reducir la dosis de antihipertensivo.

Conclusiones: Podemos afirmar que existe una altísima prevalencia de déficit de hormona D en nuestros residentes.

La hipovitaminosis D se corrige en poco tiempo, y si los pacientes mantienen cifras adecuadas de calcemia, parece razonable plantearnos reducir incluso suplementaciones con calcio.

En diabéticos e hipertensos con una comorbilidad evidente sí es posible pautarla de forma temprana.

https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.04.212

PC-067

Riesgo anticolinérgico en pacientes mayores institucionalizados, ¿asignatura pendiente?

A. Andújar Mateos[a], J. Andújar Blesa[b], A. Martí Llorca[c], P. Ortiz Sáez[a], M. Pascual Martínez[a], M. Espert Roig[a], M.D.L.A. Cánoves Escolano[a]

[a] *Centro Sociosanitario La Florida, Alicante, España*
[b] *Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia, España*
[c] *Hospital General Universitario de Elche, Elche, Alicante, España*

Objetivos: El objetivo principal del estudio fue obtener una visión general sobre la situación de riesgo anticolinérgico en nuestros usuarios institucionalizados en residencias para personas mayores (RPM) con el fin de detectar áreas de mejora, dada la extensa evidencia sobre sus efectos adversos (EA) a nivel tanto central como periférico.

Métodos: Estudio transversal, observacional, llevado a cabo durante el mes de enero de 2018 en dos RPM.

El riesgo anticolinérgico se midió mediante una escala validada (*Anticholinergic risk scale* [ARS], Rudolph JL y cols) que ha relacionado el uso de fármacos anticolinérgicos con un mayor número de EA como los anteriormente nombrados.

Sujetos: usuarios de las RPM de nuestra zona de influencia, con edad ≥ 65 años y en tratamiento con ≥ 1 fármaco.

Variables a estudio: proporción de sexos, edad, número de fármacos total, porcentaje de pacientes en tratamiento con algún anticolinérgico y puntuación ARS.

Se realizó una adaptación de la ARS a los fármacos disponibles en nuestra guía farmacoterapéutica: trazodona, selegilina, risperidona, ranitidina, quetiapina, paroxetina, mirtazapina, haloperidol, levodopa/carbidopa (1 punto, riesgo bajo); tolterodina, olanzapina, clozapina, baclofeno (2 puntos, riesgo medio); hidroxizina, clorpromazina, amitriptilina (3 puntos, riesgo alto).

Se excluyeron: fármacos estrictamente puntuales, tópicos, óticos e inhalados.

Resultados: Fueron incluidos todos los pacientes de ambas residencias (154), de los que se excluyeron 6 por razones de edad, obteniendo un total de 148. Ambas cohortes fueron homogéneas en los parámetros de base.

El porcentaje de varones fue de 41,2% y la media de edad de 79,95 años (±8,21).

El número medio de fármacos prescritos fue de 8,1 (±4). Un 75,68% de residentes tomaba ≥1 fármaco anticolinérgico.

La puntuación obtenida de la escala fue: 0 puntos: 40%, 1 punto: 35%, 2 puntos: 12% y ≥3 (3-6) puntos: 13%.

Conclusiones: Como vemos, aproximadamente el 25% de los residentes se encuentran en riesgo anticolinérgico medio/alto.

Teniendo en cuenta la evidencia disponible al respecto de los EA que se pueden producir, su correlación mediante escalas, la existencia de alternativas en la mayoría de los casos y a la vista de los resultados de este pequeño estudio, podemos afirmar que debe formar parte de nuestra práctica asistencial la reevaluación periódica del uso de este tipo de fármacos.

https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.04.213

PC-068

El paciente anciano en urgencias: urgen actuaciones

B. Cámara, O. Saavedra, M. Bermúdez, J. Montero, P. Solla, J.J. Solano, J. García

Hospital Monte Naranco, Oviedo, España

Introducción: Los ancianos utilizan los servicios de urgencias (SUH) cada vez con más frecuencia. Debido a sus características, la valoración tiene sus peculiaridades y en muchas ocasiones es más complicada que la del resto de pacientes.

Objetivos: Valorar el impacto del anciano respecto al joven en los SUH.

Material y métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de pacientes valorados en el SUH del Hospital Central de Asturias (HUCA) el año 2016.

Resultados: La población en Asturias en 2016 fue de 1.042.605 habitantes. En el Área Sanitaria IV, zona de referencia del HUCA, había 333.985 personas (249.497 > 14 años).

Ese año se recibieron 109.118 visitas, 33,3% > 70 años. La tasa de frecuentación fue 37,06%, < 70 años del 30,2% y > 70 años del 67.94%. Según el Triage Manchester se clasificaron como mínimo urgente (amarillo) el 40,26% < 70 años y el 70,23% de > 70 años.

Los pacientes mayores tenían 7,91 veces más probabilidad de fallecer respecto a los jóvenes, 3,33 veces más de ingreso, 1,65 veces más de solicitarles una bioquímica básica, 2,67 veces más de tener determinación de troponina T, 1,61 veces más de solicitud de hemograma, 2,71 veces más de solicitar coagulación, 2,54 veces más probabilidad de realizar Rx de tórax y 4,34 veces de que fuera portátil, 2,81 veces más de solicitud de TAC, 6,66 veces de solicitarles gasometría arterial, 1,57 veces más de realizar sistemático y sedimento de orina. Tenían 4,86 veces más probabilidad de recibir transfusión de hematíes en urgencias, 2,39 veces más de solicitar antígenos de *Legionella* y *Pneumococcus* en orina.

Los jóvenes tenían 6,49 veces más probabilidad de fuga y 3,49 veces más de solicitar el alta voluntaria. La estancia media de los pacientes no ingresados fue de 4:15 h en < 70 años y 7:34 h en > 70 años.

Conclusiones: Los ancianos utilizan las urgencias de forma más apropiada, presentan mayor gravedad, mayor uso de recursos y precisan mayor tiempo para su resolución.

Es preciso adaptar los SUH a estos pacientes y valorar la implementación de campañas educativas dirigidas hacia los pacientes más jóvenes para un mejor empleo de los SUH.

https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.04.214

PC-069

Uso de una unidad de observación en urgencias por geriatras

B. Cámara, O. Saavedra, M. Bermúdez, E. Valle, B. Peña, J.J. Solano, J. García

Hospital Monte Naranco, Oviedo, España

Introducción: Las unidades de corta estancia y áreas de observación (UO) en los servicios de urgencias han demostrado que reducen la estancia en el hospital y la necesidad de hospitalización convencional sin disminuir la calidad asistencial ni los reingresos.

Valoramos la utilización de una UO por geriatras interconsultores en el SUH de un hospital de tercer nivel.

Material y métodos: Estudio prospectivo descriptivo de 9 meses de pacientes con solicitud de ingreso por parte del SUH que, tras valoración por geriatras, se dejaron en la UO 24 h para su posterior reevaluación.

Resultados: 135 pacientes dejados en la UO por parte de los geriatras; edad media, 88,34. Índice de Barthel medio (IBM) de 45,11 puntos: el 57,77% tenía deterioro cognitivo, el 55,55% residía en domicilio con familia, el 8,14% solos y el 36,3% institucionalizado. El 78,51% tenían polifarmacia y 43,7% eran frecuentadores del SUH. Los diagnósticos más prevalentes fueron infección respiratoria (IRVB) 41,48%, infección urinaria (ITU) 25,92%, insuficiencia cardiaca 14,81%.

Un total de 103 pacientes (76,29%) fueron alta a las 24 h, edad media 88,52 y un IBM de 44,9 puntos; el 58,25% tenía deterioro cognitivo, el 53,4% residía en domicilio, el 6,8% solos y el 39,8% institucionalizado.

En el mes volvieron al SUH por el mismo motivo 11 pacientes (9,36% de las altas); 9 ingresaron (8,73% de las altas).

Conclusión: Un equipo interconsultor de geriatría en urgencias utiliza de forma adecuada la UO evitando un alto porcentaje de ingresos hospitalarios, muchos de ellos innecesarios.

https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.04.215

PC-070

Ingresos evitados por un equipo interconsultor de geriatría en urgencias de un hospital de tercer nivel

O. Saavedra, B. Cámara, M. Bermúdez, A. Cruz, S. Mohamed, J. García, J.J. Solano

Hospital Monte Naranco, Oviedo, España

Introducción: El paciente anciano utiliza cada vez más los servicios de urgencias (SUH) como puerta de entrada al Servicio de Salud. La presencia de unidades de geriatría y de equipos interconsultores de geriatría en urgencias está cada vez más extendida en el mundo.

Objetivos: Valorar el impacto de un equipo interconsultor de geriatría presencial en urgencias.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo realizado en el servicio de urgencias del Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA) sobre pacientes con petición de ingreso en el Área de Gestión Clínica de Geriatría (AGCG) desde urgencias entre abril de 2015 a marzo de 2016.

Resultados: Se solicitaron 2.775 valoraciones de ingreso. Tras valoración por geriatría, 2.271 (81,83%) se ingresaron en el AGCG, 460 (16,58%) fueron alta, 36 (1,3%) se ingresaron en otros servicios hospitalarios y 8 (0,29%) fallecieron en urgencias.

La edad media de los pacientes que fueron alta fue de 87,53 años, un 61,3% fueron mujeres, con un índice de Barthel (IB) medio de