claudicación mandibular ni de ambas cinturas escapular y pelviana. En los antecedentes destaca hipertensión arterial, hipercolesterolemia, insuficiencia mitral severa, síncopes vasovagales y ERC grado 3. Ingreso previo por hiponatremia 4 años antes. Tratamiento con bisoprolol, simvastatina, enalapril + hidroclorotiazida, amitriptilina, hierro, ácido alendrónico. En las pruebas analíticas realizadas se objetivó hiponatremia hipoosmolar, Na 120 osmolaridad plasmática de 250, Cr 1,0, leve anemia normocítica, leucocitos y fórmula normal. Calcio corregido con albumina de 9,8. Se realizó una TAC craneal con el siguiente resultado: moderada angiopatía de vaso de pequeño calibre. Calcificaciones bilaterales y simétricas en globos pálidos y núcleos dentados (cerebelo), sugestivas de enfermedad de Fahr.

Resultados: Tras la retirada de diurético presenta normalización de hiponatremia y resolución de cefalea. Se solicitó TAC craneal para descartar otras causas. Revisando la historia clínica se objetivó otro episodio similar de cefalea en el contexto de hiponatremia, de forma específica.

La enfermedad de Fahr es una entidad de etiología desconocida que presenta de forma característica calcificaciones bilaterales generalmente simétricas, con mayor compromiso de los ganglios basales y el cerebelo. La clínica varía desde déficit cognitivo, crisis comiciales a sintomatología parkinsoniana. Deben descartarse alteraciones paratiroideas, calcificaciones por encefalopatías, radio o quimioterapias previas. En su historial destacaba tomografías realizadas años anteriores con las mismas imágenes sin variación y sin presentar ninguna de la clínica anteriormente descrita, lo que sugiere un estado asintomático para la misma.

Conclusiones: Se presenta un caso donde en dos ocasiones la paciente sufre cefalea importante en el contexto de hiponatremia objetivándose en TAC imágenes que obligan a descartar influencia de las mismas en dicha sintomatología. En esta ocasión, ante la resolución completa al normalizarse la hiponatremia y la larga data de los hallazgos radiológicos, se descarta razonablemente la influencia de los hallazgos intracraneales en la clínica presentada.

https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.04.263

PC-118

Prevalencia y características de los pacientes con sobrepeso ingresados en una unidad de agudos de geriatría

P. Fernández-Montalbán, E. Sánchez García, J. Albéniz López, E. Rodríguez Espeso, L. Hernández Sánchez, A. Merello de Miguel, A.J. Cruz-Jentoft

Hospital Ramón y Cajal, Madrid, España

Objetivos: Describir la prevalencia de pacientes con sobrepeso u obesos al ingreso en una unidad de agudos de geriatría (UAG) y sus características frente a los demás pacientes.

Método: Estudio prospectivo, observacional de todos los pacientes ingresados en una UAG en un periodo de 8 meses. Se determinó el índice de masa corporal (peso kg/talla^2) al ingreso, y se recogieron variables sociodemográficas, funcionales, clínicas, antropométricas, estancia media y mortalidad intrahospitalaria. Se comparó el grupo de pacientes con IMC > 28 frente a los que lo tenían por debajo de esa cifra.

Resultados: Ingresaron 449 pacientes, de los cuales se incluyeron en el estudio 227 (72% mujeres, edad media 93 ± 4 años). Estancia media 6 ± 4 días. El motivo principal de ingreso fue infección (71%). Mortalidad intrahospitalaria: 9%.

La prevalencia de pacientes con IMC > 28 al ingreso fue del 52%, edad media 93 ± 3 años. Respecto a los pacientes con IMC más bajo, aquellos con sobrepeso u obesidad eran con más frecuencia varones (46% vs 13%, p < 0,001), provenían de su domicilio (82% vs 65%, p < 0,05) y estaban casados (32% vs 15%, p < 0,001). Además, presentaban menor porcentaje de malnutrición (medido con MNA) (32% vs 75%, p < 0,001), mejor funcionalidad (Katz 2,5 ± 0,3 vs 2 ± 0,3, p < 0,05; FAC > 3 60% vs 29%, p < 0,05) y mayor fuerza de prensión (30,0 ± 0,3 kg vs 10,0 ± 0,2 kg). No hubo diferencias en la masa muscular, la mortalidad u otras variables.

Conclusiones: Alrededor de la mitad de los pacientes ingresados en geriatría presentan sobrepeso u obesidad, siendo más frecuente en los hombres. Los pacientes con IMC > 28 tenían características basales diferentes, mejor estado de nutrición y funcional y mayor fuerza de prensión que aquellos con IMC más bajo.

https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.04.264

PC-119

El adulto mayor con enfermedad renal crónica avanzada. ¿Qué ocurre al año de seguimiento?

M.E. Portilla Franco[a], L. Gómez Armas[b], R. Sosa Suárez[b], F. Tornero Molina[b], J.A. Herrero Calvo[b], P. Gil Gregorio[b]

[a] *Hospital Hestia Madrid, Madrid, España*
[b] *Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España*

Objetivos: Conocer los factores asociados con la mortalidad en pacientes con enfermedad renal crónica avanzada (ERCA) que no reciben tratamiento renal sustitutivo, durante su seguimiento de 1 año.

Metodología: Pacientes mayores de 65 años con ERCA (filtrado glomerular [FG] < 20 ml/min medido mediante CKD-EPI) atendidos en las consultas externas de ERCA del servicio de Nefrología. Variables: datos sociodemográficos; funcionales (índices de Barthel, Lawton), velocidad de la marcha; situación cognitiva (test MoCA); comorbilidad (CIRS-G); ingresos hospitalarios por causa médica; entrada en diálisis; fallecimiento. Datos analíticos basales.

Estudio observacional y prospectivo. Análisis estadístico chi cuadrado (p < 0,10), regresión logística binaria (p < 0,05). SPSS 15.

Resultados: n = 100 pacientes (62% varones), edad media 78,6 (± 7,2) años. Situación funcional basal Barthel ≥ 80: 85%; Lawton < 4: 46%; Velocidad de la marcha ≥ 8 s: 40,7%. MoCA 22 (17-25). CIRS-G > 2,5 45%; ≥ 6 categorías 64%. Fármacos: mediana 9,2. Comorbilidades: HTA 93%, DM2 48%, deprivación sensorial 38%; ICC 29%, fibrilación auricular 23%, cardiopatía isquémica 23%, enfermedad cerebrovascular 15%. Analítica: FG medio 15,8; Hb 11,9; sodio 139; potasio 4,8.

Ingreso hospitalario en el 45% de los pacientes. Entrada en diálisis 22%. Fallecimiento: 13 pacientes.

La mortalidad se asoció con (análisis univariante): edad ≥ 80 años (p = 0,025), ingresos hospitalarios ≥ 2 (p < 0,003), CIRS-G > 2,5 (p = 0,060), MoCA < 22 (p = 0,072), Barthel ≥ 80 (p = 0,024), velocidad de la marcha ≥ 8 s (p < 0,001). Análisis multivariante: ingresos hospitalarios ≥ 2 (p = 0,048), velocidad de la marcha ≥ 8 s (p = 0,014).

Conclusiones:

1. El ingreso hospitalario en estos pacientes se asocia con un incremento del riesgo de mortalidad.
2. La velocidad de la marcha es una herramienta útil en la valoración de la situación funcional y puede identificar la población en riesgo de sucesos adversos graves.
3. Realizar una valoración amplia que permita conocer aspectos como la funcionalidad nos permite optar por un mejor tratamiento y que aporte mayor beneficio a estos pacientes.

https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.04.265