

PC-029

¿Anticoagulamos a los pacientes con fibrilación auricular y edad avanzada?

I. Ramos Gómez, H.S. Rosario Mendoza, I. Pulido González, J.A. Martín Armas, A. Merlán Hermida, A. Conde Martel

Hospital de Gran Canaria Dr. Negrín, Las Palmas de Gran Canaria, España

Objetivos: Analizar el tratamiento antitrombótico que reciben los pacientes mayores de 85 años (ancianos mayores) ingresados en un servicio de medicina interna (MI) con diagnóstico de fibrilación auricular (FA) y compararlo con los de menor edad.

Métodos: Estudio longitudinal observacional donde se incluyeron los pacientes que ingresaron en MI entre 2014 y 2016 con diagnóstico de fibrilación auricular no valvular. Se recogieron datos demográficos, antecedentes personales, INR en urgencias, tratamiento al ingreso y al alta y puntuación CHA2DS2-VASc y HASBLED. Se realizó seguimiento hasta junio de 2017, considerando la mortalidad al final de este período, y se compararon ambos grupos de edad.

Resultados: Se incluyeron 905 pacientes; 311 (34,4%) eran mayores de 85 años (edad media: 88,6); presentando FA previa el 85,5%. Todos los ancianos mayores tenían un CHA2DS2-VASc ≥ 2 , estando anticoagulados al ingreso con menos frecuencia que los pacientes de menor edad (48,1% vs 61,5%; $p < 0,001$), a pesar de mayor puntuación en la escala CHA2DS2-VASc (5 vs 4,8 puntos; $p = 0,019$). No existían diferencias en el riesgo de sangrado (HASBLED) ($p = 0,41$). El INR en urgencias se encontraba en rango 2-3 en el 34% de los ancianos mayores y el 26,3% de los menores de 85 años ($p = 0,14$). Al alta recibió tratamiento anticoagulante oral el 44,9% (119) de los mayores de 85 años frente al 59,6% (319) de los pacientes de menor edad ($p < 0,001$), recibiendo ACOD con menos frecuencia los ancianos muy mayores (6,8% vs 13,85%; $p = 0,004$). La antiagregación y la utilización exclusiva de HBPM al alta no difirieron entre ambos grupos. Al analizar la relación entre tratamiento antitrombótico y mortalidad en ancianos mayores no se observó asociación entre el riesgo tromboembólico ($p = 0,26$), hemorrágico ($p = 0,17$) o tratamiento antitrombótico prescrito al alta.

Conclusiones: Contrariamente a las recomendaciones actuales, la anticoagulación está infrautilizada en todos los pacientes y de forma más marcada en los pacientes de mayor edad, estando anticoagulados menos de la mitad (44,4%).

Aunque solo un tercio de los pacientes tenía un INR en rango terapéutico, los fármacos más prescritos al alta fueron los antivitaminas K, siendo muy baja la utilización de los ACOD, especialmente en los ancianos mayores.

<https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.04.175>

PC-030

Morbilidad y mortalidad en el anciano hospitalizado con delirium

J.A. Monforte Porto, C. Gelado Matellán, A. Caldero Alonso

Servicio de Psiquiatría, Complejo Asistencial de Zamora, Zamora, España

Introducción: El delirium es un «gran síndrome geriátrico» cuya frecuencia de aparición oscila entre el 10 y el 56% de los pacientes mayores hospitalizados. Se asocia a una elevada morbilidad y a una mayor mortalidad (entre un 9-34%) en los pacientes que lo presentan. Es además un predictor de institucionalización y

rehospitalización, e implica un incremento de los días de estancia hospitalaria y un aumento de los costes sanitarios asociados.

Objetivos: Determinar la morbilidad y la mortalidad por delirium en la persona mayor ingresada en el hospital general por patologías medicoquirúrgicas.

Material y métodos: *Material.* Variables sociodemográficas (edad, sexo), clínicas (motivo de consulta, tipo de patología somática que motiva el ingreso, consumo de tóxicos, número de fármacos para su patología somática, número de patologías somáticas concomitantes) y asistenciales (número de visitas, derivación al alta, mortalidad). *Método.* Diseño del estudio: estudio epidemiológico prospectivo sobre 1.046 pacientes (≥ 65 años) de las 1.833 interconsultas psiquiátricas solicitadas desde el 1 de enero de 2012 hasta el 30 de septiembre de 2017. Consideraciones bioéticas: el estudio cumple los principios de justicia, no-maleficencia, autonomía y beneficencia.

Resultados: De las 1.046 interconsultas en ≥ 65 años, 485 (46,4%) fueron diagnosticadas de delirium. La edad media fue significativamente mayor en los pacientes con delirium (81,35 frente a 76,71; $p = 0,000$), siendo más prevalente el delirium en varones (271 [55,9%], $p = 0,003$). Los motivos de consulta más frecuentes en los pacientes con delirium fueron las alteraciones de la conducta, la desorientación, el deterioro cognitivo y los síntomas psicóticos ($p = 0,000$). Las patologías somáticas que motivaban el ingreso en los pacientes con delirium fueron las de tipo infeccioso (respiratoria, neumonía, sepsis) y las insuficiencias cardíaca y renal ($p = 0,000$). La mortalidad fue más elevada en pacientes con delirium (8,9%) que en los que no lo presentaban (3,9%; $p = 0,001$).

Conclusiones: Elevada prevalencia de delirium en el anciano hospitalizado por patologías medicoquirúrgicas (46,4%). La identificación de los pacientes mayores en riesgo de padecer delirium durante su hospitalización es un objetivo clínico que permitiría focalizar los esfuerzos preventivos en este grupo de pacientes, reduciendo los efectos negativos que este cuadro clínico implica.

<https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.04.176>

PC-031

Estudio sobre las variables clínicas, terapéuticas y asistenciales del anciano hospitalizado procedente de centros residenciales

J.A. Monforte Porto, M. Pérez López

Servicio de Psiquiatría, Complejo Asistencial de Zamora, Zamora, España

Introducción: Los factores de riesgo implicados en la prescripción inapropiada en la persona mayor abarcan, entre otros, edad avanzada, polimedicación, prescripción de psicótropos o institucionalización.

Objetivos: Determinar las variables clínicas, terapéuticas y asistenciales de la persona mayor ingresada en el hospital general que procede de centros residenciales.

Material y métodos: *Material.* Variables sociodemográficas (edad), clínicas (motivo de consulta, patología somática motivo de ingreso y comórbida), terapéuticas (tratamiento psicofarmacológico al ingreso, número de psicofármacos al ingreso y al alta) y asistenciales (días de estancia, mortalidad). *Métodos.* Diseño del estudio: estudio epidemiológico prospectivo sobre 1046 pacientes ≥ 65 años del total de las 1.833 interconsultas solicitadas desde el 1 de enero de 2012 hasta el 30 de septiembre de 2017. Método estadístico: descriptivo (tablas de frecuencias, medias...) e inferencial (chi cuadrado...). Consideraciones bioéticas: el estudio cumple los principios de justicia, no-maleficencia, autonomía y beneficencia.

Resultados: De las 1.046 interconsultas en ≥ 65 años, 178 (17%) correspondían a pacientes institucionalizados. Se evidenció una mayor edad media en los pacientes que procedían de residencias (81,58 frente a 78,30, $p=0,029$). Los motivos de consulta más frecuentes en el anciano institucionalizado fueron las alteraciones de la conducta (52,2% frente a 35,9%, $p=0,000$) y la desorientación (51,7% frente a 36,6%, $p=0,000$). La deshidratación, la fractura de cadera y los procesos infecciosos motivaron el ingreso de forma más prevalente en las personas procedentes de centros residenciales ($p=0,297$). Los antidepresivos (48,3% frente al 37,9%, $p=0,010$), los ansiolíticos (39,9% frente al 34,3%, $p=0,158$), los hipnóticos (20,8% frente al 11,1%, $p=0,000$) y los antipsicóticos (42,1% frente al 15,1%, $p=0,000$) estaban más frecuentemente prescritos en el anciano institucionalizado. Al ingreso, la media de psicofármacos fue de 3,7, y al alta, de 2,9. Las personas mayores procedentes de residencias permanecieron más días ingresados (8,93 frente a 4,53, $p=0,000$) y tuvieron una mortalidad más elevada (8,4% frente a 5,7%, $p=0,166$).

Conclusiones: Elevada comorbilidad y polimedicación con psicofármacos en la persona mayor de centros residenciales que ingresa en el hospital general. Necesidad de aplicar herramientas para racionalizar la prescripción de psicofármacos en los ancianos que viven en residencias.

<https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.04.177>

PC-032

Desnutrición relacionada con disfagia orofaríngea en la enfermedad de Parkinson



S. Pérez Niño^a, V. Niño Martín^b, N. García Granja^b, R. López Mongil^a, I. Martín Gil^c

^a Centro Asistencial Dr. Villacián, Valladolid, España

^b Centro de Salud La Victoria, Valladolid, España

^c Centro de Salud Medina del Campo, Medina del Campo, Valladolid, España

Objetivos:

- Valorar el estado nutricional en los pacientes con enfermedad de Parkinson (EP) que presentan disfagia orofaríngea.
- Conocer el deterioro funcional que produce la desnutrición en los pacientes con EP.

Métodos: Estudio descriptivo, transversal durante los meses de septiembre a diciembre de 2017 en pacientes diagnosticados de EP de la zona básica de salud urbana. Quedaron excluidos del estudio los pacientes con deterioro cognitivo.

A todos los pacientes diagnosticados con EP que acudían a la consulta de enfermería y que no presentaban deterioro cognitivo (112) se les pasó el EAT10 para cribado de disfagia (se considera al paciente con riesgo de disfagia cuando el EAT10 es igual o superior a 3) como parte de su evaluación rutinaria. De ellos se obtuvieron 72 ($n=72$, edad media $79,2 \pm 10,5$ años, rango 32-98, 75,2% mujeres). A los 72 se les realizó el MNA-SF para detección de trastornos nutricionales y el índice de Barthel para el estudio de su capacidad funcional. Se procedió a un análisis descriptivo de las variables utilizadas (medidas de tendencia central, distribución de frecuencias) y un análisis de varianza considerando un nivel de significación para $p < 0,05$.

Resultados: De los 72 casos, no presentaron riesgo nutricional 42 personas (58,35%), riesgo nutricional 20 (27,77%) y desnutrición 10 (13,88%). En general, la capacidad funcional según el índice de Barthel ha sido de $72,45 \pm 25,32$, rango 0-100, obteniendo una mayor dependencia funcional los pacientes

malnutridos. Se evidenció mayor dependencia funcional (42-50 puntos) en los pacientes con desnutrición o riesgo de la misma.

Conclusiones: Realizar una adecuada valoración del estado nutricional es de suma trascendencia para la detección precoz de la desnutrición así como para identificar las causas de los posibles déficits nutricionales en pacientes con disfagia.

Es necesaria la inclusión de la detección rutinaria de disfagia y desnutrición en los pacientes con EP.

La desnutrición contribuye al deterioro funcional y la debilidad muscular, pudiéndose la considerar como uno de los factores de fragilidad en estos pacientes.

<https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.04.178>

PC-033

Perfilando a los ancianos muy mayores con fibrilación auricular



I. Ramos Gómez, I. Pulido González, J.A. Martín Armas, A. Merlán Hermida, H.S. Rosario Mendoza, A. Conde Martel

Hospital de Gran Canaria Dr. Negrín, Las Palmas de Gran Canaria, España

Objetivos: Analizar las características de los pacientes mayores de 85 años (ancianos mayores) ingresados en Medicina Interna (MI) con diagnóstico de fibrilación auricular no valvular (FANV), comparando los resultados con los pacientes de menor edad en cuanto a comorbilidad y a mortalidad.

Métodos: Estudio longitudinal observacional que incluyó los pacientes que ingresaron en MI entre 2014 y 2016 con FANV. Se recogieron datos demográficos, índice de Barthel, antecedentes personales, determinaciones analíticas, CHA2DS2-VASc y HAS-BLED. Se realizó seguimiento hasta junio de 2017, considerando la mortalidad al final de este período, y se compararon ambos grupos de edad en cuanto a comorbilidades, riesgo tromboembólico y hemorrágico, y se analizó la mortalidad de los pacientes muy mayores.

Resultados: Se incluyeron 905 pacientes; 311 eran mayores de 85 años (edad media = 88,6 años), predominando el sexo femenino (59,2% vs 40,8%; $p < 0,001$). Los ancianos mayores presentaron con menor frecuencia cardiopatía isquémica (21,3% vs 34,3%; $p < 0,001$), diabetes (42,8% vs 59,7%; $p < 0,001$) y hepatopatía (7,1% vs 14,8%; $p = 0,001$), así como mayor prevalencia de FEVI preservada (85% vs 74%; $p < 0,001$), deterioro cognitivo (25,5% vs 18,1%; $p < 0,001$) y mortalidad hospitalaria y durante el seguimiento (66,2% vs 46,3%; $p < 0,001$). Además, presentaron peor índice de Barthel (66,4 vs 82,51; $p < 0,001$), mayores valores de Pro-BNP (9067,72 vs 7360,10; $p = 0,028$), mayor riesgo tromboembólico (CHA2DS2-VASc 5,03 vs 4,80; $p = 0,019$) y menor estancia hospitalaria (13,93 vs 16,22; $p = 0,008$). No se observaron diferencias en la prevalencia de HTA, IC y enfermedad renal, número de reingresos, HASBLED o INR en ambos grupos. En el análisis univariante la mortalidad en ancianos mayores se relacionó significativamente con diabetes, IC, cardiopatía isquémica, enfermedad hepática, enfermedad renal, FA previa, mayor número de reingresos, fracción de eyección reducida, menor hemoglobina, hipervitaminosis B₁₂ y mayor pro-BNP. En el análisis multivariante la mortalidad de los ancianos mayores se relacionó de forma significativa con el diagnóstico de IC ($p = 0,004$), diabetes ($p = 0,005$), FA previa ($p = 0,049$) y valores de Pro-BNP ($p < 0,001$).

Conclusiones: La FA se asocia a elevada prevalencia de comorbilidad, existiendo diferencias entre los pacientes muy mayores con los de menor edad. La coexistencia de FA, diabetes e