

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

insuficiencia cardíaca se asocia de forma independiente con mayor mortalidad.

<https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.04.179>

PC-034

Aneurisma de aorta abdominal: a propósito de un caso



R. Gómez Vázquez^a, I. Patiño Amboaje^b,
L. Barros Vigo^b, N. Gesto Mouro^b, M.D.C. Mato
Baneira^c, B. Puente González^b, F. Álvarez Blanco^a

^a Urgencias Sanitarias 061, Santiago de Compostela,
La Coruña, España

^b Galimedical Los Arcángeles, Cacheiras-Teo, La
Coruña, España

^c Centro de Salud de Cacheiras, Cacheiras-Teo, La
Coruña, España

Objetivos: Conocer e identificar la sospecha clínica de un aneurisma de aorta abdominal

Metodos: Estudio descriptivo de un paciente de 83 años con antecedentes de hipertensión arterial, diabetes, cardiopatía isquémica, insuficiencia venosa, diverticulosis. Presentaba dolor epigástrico que irradiaba a cuello de 2 h de evolución, cortejo vegetativo. A la llegada del médico el paciente presenta auscultación cardiopulmonar normal, exploración abdominal con abdomen blando, depresible molestia a la presión epigástrica, se palpa una masa abdominal pulsátil con soplo. Constantes: PA 180/90 mmHg, FC 110 lpm, glucemia 118 mg/dl, spO_2 93% y ECG con RS a 110 lpm, PR a 165 ms, QRS estrecho, sin alteraciones de la repolarización y con extrasístoles ventriculares aisladas. Tras valorar al paciente y dadas la cifra de PA, se pauta enalapril sublingual de 5 mg y se diagnostica epigastralgia compatible con reflujo gastroesofágico y posible aneurisma de aorta abdominal, siendo derivado al hospital para confirmación diagnóstica y tratamiento.

Resultados: En el hospital, tras la realización de ECO abdominal se detecta un aneurisma de aorta abdominal de 3,4 cm y diagnosticado también de reflujo gastroesofágico, siendo tratado con omeprazol y ondansetrón 1 amp/i.v. y es dado de alta a los 16 h tras el ingreso.

Conclusiones: El aneurisma de aorta abdominal es generalmente un proceso asintomático y su diagnóstico suele ser casual durante exploraciones realizadas por otros motivos.

Es fundamental hacer el diagnóstico de sospecha en atención primaria o en la residencia sociosanitaria, mediante la historia clínica y la exploración del paciente, en los pacientes susceptibles (mayores de 60 años, aterosclerosis y/u otros factores de riesgo cardiovascular) así como la palpación y auscultación de la aorta abdominal.

La ECO abdominal es la técnica de elección para la confirmación de sospecha diagnóstica, por sus altas sensibilidad, especificidad y eficiencia (coste/beneficio).

No hay un tratamiento médico específico y la evolución natural es hacia la rotura, por lo que resulta fundamental el diagnóstico previo, el seguimiento del paciente y, según el tamaño y las características, la cirugía programada, ya que la cirugía de urgencia asocia una alta mortalidad.

<https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.04.180>

PC-035

Atención domiciliaria urbana del paciente geriátrico no oncológico en una unidad de medicina paliativa



P. Procopio Balcedas, M. Ojeda Martín

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

Introducción: El paciente no oncológico está irrumpiendo cada vez más en las unidades de medicina paliativa, ya que necesita ayuda especializada al final de su vida.

Objetivos: Considerar el paciente no oncológico de diferentes patologías como clave para su control en el final de la vida.

Material y métodos: Estudio prospectivo de los pacientes no oncológicos atendidos en el área urbana dependiente de la unidad de medicina paliativa del Hospital Universitario. Se tuvieron en cuenta el diagnóstico y el porcentaje del total de pacientes atendidos.

Resultados:

Demencia	3
ERC	8
EPOC	1
Ictus	1
Alzheimer	2
Demencia Parkinson	1
Pluripatología	4
Insuficiencia respiratoria global	1
Parkinson	1
ICC	2
EAO + FA	1
Angor intestinal	1
SIC IV-Deterioro cognitivo	1
Pluripatología-Fx cadera	1
Cirrosis hepática + HTP + VE	1
ELA	1
Total	30

Oncológicos	Pacientes	%
Total pacientes controlados	113	100,00
Oncológicos	83	73,45
No oncológicos	30	26,55

Conclusiones:

1. El paciente no oncológico es objetivo terapéutico y juega un papel importante en las unidades de medicina paliativa para su control en el final de su vida.
2. El trabajo conjunto entre geriatría y resto de especialidades, junto con la atención primaria y unidades de medicina paliativa, es fundamental para controlar al paciente no oncológico avanzado.
3. El total de pacientes controlados fue 113, de los que 30 fueron no oncológicos, es decir, un 26,55% de los pacientes atendidos, cifra que se está incrementando.

<https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.04.181>