

44,04 puntos, el 54,13% con IB < 40 y el 29,34% con IB > 80. Un 53,04% tenía deterioro cognitivo previo. El 31,17% vivía en residencia y el 70,65% tenía polifarmacia. Solo 38 pacientes (8,26%) acudieron de nuevo a urgencias en el mes siguiente al alta por el mismo motivo, ingresando solo 28 pacientes (6,08%). La mitad de los pacientes que volvieron a urgencias por la misma causa tenían un IB < 40.

Conclusiones: El trabajo de un equipo interconsultor de geriatría en colaboración con el SUH evita ingresos innecesarios de pacientes, tanto de aquellos con gran deterioro funcional y deterioro cognitivo previo, como aquellos con excelente calidad de vida, evitando decondicionamiento durante el ingreso con la pérdida funcional y de calidad de vida que supone.

<https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.04.216>

PC-071

Características y resultados de los pacientes ancianos atendidos en una unidad de cirugía



O. Saavedra^a, C. Herrera^b, A. Sanz^a, C. Gala^b, J.M. Arche^a, J.J. Solano^a

^a Hospital Monte Naranco, Oviedo, España

^b Ficyt, Oviedo, España

Introducción: Las personas mayores representan una proporción cada vez mayor de la atención quirúrgica en los hospitales. Describimos las características de los pacientes mayores de 75 años de edad en una unidad de cirugía general y estudiamos los factores asociados a la mortalidad al año de seguimiento.

Material y métodos: Estudio descriptivo, prospectivo, que incluye pacientes mayores de 75 años valorados en consulta externa o ingresados en el servicio de cirugía entre agosto de 2014 y febrero de 2015. Realizamos seguimiento telefónico al año para valorar reingresos y mortalidad.

Resultados: N 172, 59,3% hombres, edad media 81 años, 59% casados, 95% vivían en domicilio; 56% independientes. Fragilidad 29,1%, polifarmacia 57,1%, y 44,1% pluripatológicos, la estancia media fue de 11 días. Reingresaron al año 30,4%, la mortalidad al año fue del 17%. Se asoció a mortalidad al año la edad ($p=0,04$), funcionalidad ($p=0,001$), deterioro cognitivo ($p=0,01$), peor estado anímico ($p=0,006$), fragilidad ($p=0,001$), reingresos durante el año ($p=0,000$). Al realizar el análisis multivariante vemos que solo mantiene relación con la mortalidad en los pacientes que reingresaron (OR: 13; IC 95%: 2,6-63; $p=0,002$) y la fragilidad (OR: 8,8; IC 95%: 2-38; $p=0,004$).

Conclusiones: Los pacientes valorados en el servicio de cirugía son en su mayoría hombres, casados, con buen estado funcional, cognitivo y anímico. Destaca la alta prevalencia de fragilidad, polifarmacia y pluripatología.

Se relaciona la mortalidad a factores conocidos como la edad, peor estado funcional, peor situación cognitiva, fragilidad y reingresos.

Los pacientes que reingresan durante el año de seguimiento tienen 13 veces más posibilidades de fallecer. Así mismo, los pacientes frágiles tienen 8,8 veces más mortalidad que los no frágiles.

<https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.04.217>

PC-072

Factores predictores y prevalencia de la disfagia en atención primaria: DISFAP 1 año



À. Martínez Forte, C. Fernández Martínez, S. del Rey Vitó, L. Pérez Campos, P. Ferre Moreso

Consorci Sanitari de Terrassa, Terrassa, Barcelona, España

Introducción: La disfagia orofaríngea es un síntoma de alta prevalencia que aumenta con la edad y que puede causar graves trastornos, como desnutrición, deshidratación e infecciones respiratorias, provocando un aumento de la hospitalización y de la comorbilidad. Desde el Proyecto Disfagia en Atención Primaria (DISFAP) se aborda la disfagia en el entorno real del paciente.

Objetivos: Detectar la disfagia desde atención primaria para realizar un tratamiento con la mayor precocidad y así evitar las posibles complicaciones.

Material y métodos: Estudio descriptivo sobre la disfagia en la población de riesgo desde atención primaria durante su primer año de implantación, desde febrero de 2017 a febrero de 2018. Se ha realizado un cribado inicial mediante EAT-10, y si sale positivo se realizan los diferentes tests: *Standardized Swallowing Assessment*, Test de Agua DePippo, Test volumen viscosidad MECV-V.

Criterios de inclusión: > 75 años con diagnóstico de demencia, enfermedad de Parkinson, enfermedades cerebrovasculares.

Resultados: N = 79. Edad media: 82,3. Personas diagnosticadas de disfagia *de novo*: 36. Personas con espasmo: 36. Personas con cambio de dieta: 32.

Conclusiones: Dado el envejecimiento progresivo de la población, la disfagia debería incluirse como un ítem más en la valoración global del paciente anciano dentro de la atención primaria, ya que su rápida detección y su precoz tratamiento evitarían numerosos ingresos hospitalarios, mejorando la calidad de vida del paciente y disminuyendo costes.

<https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.04.218>

PC-073

Factores de riesgo relacionados con pérdida de masa muscular en mujeres ancianas mediados por fractura de fémur



A. Llopis Calvo, M. Méndez Brich, M. Arus, C. Harto, E. Palomera, M. Serra

Consorci Sanitari del Maresme, Mataró, Barcelona, España

Objetivos: Describir la evolución de la masa muscular en las mujeres de 70 años o más con fractura de fémur con buena situación funcional previa, al mes y a los 3 y 6 meses de la fractura, y conocer los factores asociados a la pérdida de masa muscular.

Métodos: Estudio observacional y prospectivo de seguimiento durante seis meses de una cohorte de ancianas de 70 años o más intervenidas quirúrgicamente por fractura de fémur.

Resultados: n=29, edad media 83,73, Barthel 95 (80-100); procedencia: 38% domicilio/sola, 35% domicilio/pareja, 24% domicilio/hijos, 3,4% residencia; Charlson 0-1: 72%, > 2: 28%. Riesgo de malnutrición (MNA) 33,3%. Déficit severo vitamina D: 51,7% Alta: Barthel 50; días de inmovilidad: 4; destino: 86% CSS, Handgrip < 17: 76%, Sarcopenia-DXA: 21%. Factores asociados a la diferencia de índice de masa muscular (DXA) entre alta y 3 meses: número de fármacos ($p=0,05$), Hb ($p=0,025$), proteínas ($p=0,031$), no salir de casa ($p=0,017$), fragilidad ($p=0,047$) y fractura inestable ($p=0,05$).