

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 ($p=0,05$).

Conclusiones: Este tipo de pacientes presentan una importante pérdida funcional tras la fractura de fémur, así como una disminución de la fuerza de la mano y aumento de la fragilidad. La mayoría de pacientes presentan un déficit severo de vitamina D previo a la fractura. Existe una alta necesidad de recursos asistenciales posterior al alta hospitalaria. Los principales factores que se asocian con pérdida de masa muscular tras la fractura de fémur (según DXA) son: número de fármacos, nivel de Hb y proteínas al ingreso, no salir de casa, fragilidad y fractura inestable.

<https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.04.219>

PC-074

Varones y fractura de cadera: ¿por qué mayor mortalidad?



S. Jiménez Mola^a, J. Idoate Gil^a, P. Sáez López^b, C. Benítez González^a, E. Martín Pérez^c, M.P. López Viñas^d, J. Seco Calvo^e

^a Complejo Asistencial de León, León, España

^b Fundación Jiménez Díaz, Madrid, España

^c Hospital San Juan de Dios de León, León, España

^d Centro de Mayores de Armunia, León, España

^e Universidad de León, León, España

Objetivos: Uno de los factores pronósticos relacionados con la mortalidad en pacientes con fractura de cadera es el sexo masculino. El objetivo de este estudio es valorar qué factores influyen en el aumento de mortalidad intrahospitalaria de los varones durante el ingreso por fractura de cadera.

Material y métodos: Estudio observacional, longitudinal, prospectivo, de los pacientes mayores de 75 años con fractura de cadera ingresados durante el año 2014. Variables: edad, sexo, situación basal y al alta, ASA, comorbilidades, complicaciones y mortalidad intrahospitalaria. Se analizan las diferencias entre ambos sexos. SPSS®, v. 22.0

Resultados: Tenemos una muestra de 534 pacientes, 135 (25,3%) varones. Mortalidad intrahospitalaria 5,8% (31 pacientes, de los cuales 17 son varones y 14 mujeres). La mitad de los varones que fallecen lo hace previo a la cirugía. Barthel > 60 en 72% de mujeres y 60% varones ($p > 0,05$). Deambulan independiente/1 bastón el 66% mujeres y el 59% varones ($p > 0,05$). No hay diferencias estadísticas ($p > 0,05$) en el tipo de fractura, siendo pertrocanterea el 54,8% en varones y el 55% en mujeres. No diferencias en estancia media y prequirúrgica. Son intervenidos el 87% de los varones y el 96% de la mujeres ($p < 0,001$). En los hombres se encuentra una mayor incidencia de forma significativa en: fibrilación auricular, con $p < 0,05$ (27,4% vs 17,5%), en enfermedad renal crónica, con $p < 0,01$ (24,4% vs 12,5%), en EPOC, con $p < 0,001$ (26,7% vs 11,5%) y en cardiopatía isquémica, con $p < 0,01$ (14,8% vs 6,5%). El ASA IV es más frecuente en varones (24,4% vs 9%). Como complicaciones son más frecuentes en hombres ($p < 0,01$) la infección/insuficiencia respiratoria, la insuficiencia cardíaca y la mortalidad intrahospitalaria (12,6% vs 3,5%). La mortalidad intrahospitalaria se relaciona de forma significativa ($p < 0,001$) con las comorbilidades fibrilación auricular, anemia, enfermedad renal crónica, EPOC y cáncer ($p < 0,05$), cardiopatía y cardiopatía isquémica. No se encuentran diferencias ($p > 0,05$) en la deambulación ni destino al alta.

Conclusiones: No se objetivan diferencias en la situación basal, ni en el tipo de fractura, pero las patologías más prevalentes en los varones y su reagudización durante el ingreso por fractura de cadera condicionan la mayor mortalidad de estos pacientes.

<https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.04.220>

PC-075

Riesgo quirúrgico ASA y capacidad funcional en la fractura de cadera



S. Jiménez Mola^a, J. Idoate Gil^a, J. Seco Calvo^b, C. Benítez González^c, E. Martín Pérez^d, M.P. López Viñas^e, P. Sáez López^{a,b,c,d,e}

^a Complejo Asistencial Universitario de León, León, España

^b Universidad de León, León, España

^c Hospital San Juan de Dios de León, León, España

^d Centro de Mayores de Armunia, León, España

^e Fundación Jiménez Díaz, Madrid, España

Objetivos: Analizar si la clasificación ASA de riesgo quirúrgico en los pacientes con fractura de cadera se relaciona con la capacidad funcional al alta.

Material y métodos: Estudio observacional, longitudinal, prospectivo, de los pacientes mayores de 75 años con fractura de cadera ingresados en nuestro hospital de diciembre de 2013 a noviembre de 2014. Se registran variables clínicas, funcionales, cognitivas, sociales y asistenciales y se comparan entre los diferentes grupos de ASA. SPSS®, v. 22.0.

Resultados: Tenemos una muestra de 534 pacientes. Mujeres: 399 (74,7%). Edad media: $86,66 \pm 5,32$. Se realiza tratamiento quirúrgico en el 93,4%. Son clasificados como ASA III 335 (62,7%) pacientes, ASA II el 24,2% y ASA IV el 13%. Se objetivan diferencias ($p < 0,001$) en la estancias prequirúrgica y media, siendo mayor para ASA IV. No se objetivan diferencias ($p > 0,05$) ni en el tipo de fractura ni en el tratamiento realizado, pero sí en la indicación de anestesia general ($p < 0,5$), que es más frecuente en ASA IV (22,4% vs 10,5% y 9,7%). El 94% de pacientes ASA II tienen un Barthel > 60 frente al 62% ASA III y al 49% ASA IV ($p < 0,001$). En cuanto a la deambulación previa, el 90% de pacientes ASA II lo hace de forma independiente, mientras que solo el 57% de ASA III y el 51% de ASA II ($p < 0,001$). No hay deterioro cognitivo en el 76,7% de pacientes ASA II, 49% de pacientes ASA III y 39% de ASA IV ($p < 0,001$). En relación con las complicaciones, hay diferencias ($p < 0,001$) en el grupo ASA IV respecto a la alteración de la función renal (42% vs 17% y 4%), infección/insuficiencia respiratoria (42% vs 12% y 7%), insuficiencia cardíaca (35% vs 11% y 2%) y mortalidad intrahospitalaria (26% vs 4% y 0%). Solo el 10% de pacientes ASA IV camina al alta con andador frente al 27% ASA III y al 55% ASA II ($p < 0,001$). Al alta, el 43% de pacientes ASA IV son derivados a otro centro para continuar tratamiento rehabilitador y/o control de las complicaciones ($p < 0,01$).

Conclusiones: La escala ASA de riesgo quirúrgico se muestra como factor pronóstico vital y funcional durante el ingreso por fractura de cadera.

<https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.04.221>

PC-076

Valoración nutricional de pacientes con criterios de fragilidad y caídas de repetición



S. Martín Braojos, I. Baltasar Fernández, E. García Tercero, M.I. Uceta Espinosa, J. Losa Reyna, F.J. García García, A. Alfaro Acha

Hospital Geriátrico Virgen del Valle-Complejo Hospitalario de Toledo, Toledo, España

Objetivos: La fragilidad es un síndrome geriátrico considerado un problema de salud que confiere un riesgo elevado de sufrir caídas. El objetivo del estudio es determinar el estado nutricional en