

**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<sup>a</sup>, J. Idoate Gil<sup>a</sup>, P. Sáez López<sup>b</sup>, C. Benítez González<sup>a</sup>, E. Martín Pérez<sup>c</sup>, M.P. López Viñas<sup>d</sup>, J. Seco Calvo<sup>e</sup>

<sup>a</sup> Complejo Asistencial de León, León, España

<sup>b</sup> Fundación Jiménez Díaz, Madrid, España

<sup>c</sup> Hospital San Juan de Dios de León, León, España

<sup>d</sup> Centro de Mayores de Armunia, León, España

<sup>e</sup> 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/bastón el 66% mujeres y el 59% varones ( $p > 0,05$ ). No hay diferencias estadísticas ( $p > 0,05$ ) en el tipo de fractura, siendo peritrocanterea 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 las 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 cardiaca 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<sup>a</sup>, J. Idoate Gil<sup>a</sup>, J. Seco Calvo<sup>b</sup>, C. Benítez González<sup>c</sup>, E. Martín Pérez<sup>d</sup>, M.P. López Viñas<sup>e</sup>, P. Sáez López<sup>a,b,c,d,e</sup>

<sup>a</sup> Complejo Asistencial Universitario de León, León, España

<sup>b</sup> Universidad de León, León, España

<sup>c</sup> Hospital San Juan de Dios de León, León, España

<sup>d</sup> Centro de Mayores de Armunia, León, España

<sup>e</sup> 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 cardiaca (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