

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 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^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 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

pacientes que han sido derivados para valorar el grado de fragilidad y/o con caídas de repetición y analizar en qué medida la nutrición es un factor predisponente.

Métodos: Trata de un estudio de corte transversal donde fueron incluidos todos los pacientes derivados desde abril de 2016 hasta enero de 2018. Se seleccionaron los pacientes derivados de forma consecutiva a la consulta por cumplir criterios de fragilidad o con caídas de repetición en la unidad de Fragilidad de nuestro hospital. Las variables recogidas fueron datos sociodemográficos, situación basal (índice de Barthel, índice de Lawton), *Short Physical Performance Battery* (SPPB), fragilidad (escala de L. Fried), actividad física diaria (PASE), valoración nutricional (MNA, IMC, perímetros, índice cintura/cadera), tipo de dieta, con registro semanal y datos de laboratorio (colesterol, albumina, linfocitos y transferrina). Los datos fueron analizados usando un modelo de regresión lineal múltiple para la asociación entre la nutrición y la fragilidad usando SPSS, versión 20,0.

Resultados: Fueron evaluados 42 pacientes (66,7% mujeres) con una edad media de $85 \pm 4,8$ años. Situación basal: Barthel $82,5 \pm 15,3$; Lawton $4,3 \pm 2-2,3$. Según los criterios de L. Fried, el 28,6% de los pacientes eran pre-frágiles y el 71,4% eran frágiles; el SPPB fue de $5,8 \pm 2,5$ puntos. El 12,2% presentaban malnutrición, el 36,6% riesgo de malnutrición y el 51,2% un estado nutricional normal. Se encontró una asociación estadísticamente significativa entre el estado nutricional medido con el MNA y la fragilidad ($\beta = -0,098$; $p < 0,003$). Al evaluar la asociación entre valores de laboratorio y la fragilidad no fueron estadísticamente significativos.

Conclusiones: En los pacientes derivados a consulta para valorar el grado de fragilidad y caídas de repetición se ha objetivado que la escala de MNA es una herramienta mejor asociada a la fragilidad que los datos analíticos de laboratorio.

<https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.04.222>

PC-077

Perfil de pacientes que aceptan realizar un programa de ejercicio físico tras un ingreso hospitalario



M. Urkiza ^a, A. Rodríguez-Larrad ^a, A. Errasti ^a, I. Etxeberria ^a, J. Irazusta ^a, H. Arrieta ^a, A. Besga ^b

^a Departamento de Fisiología, Facultad de Medicina y Enfermería, Universidad del País Vasco-Euskal Herriko Unibertsitatea, Leioa, Bizkaia, España

^b Hospital Universitario Araba. OSi Araba, Vitoria-Gasteiz, España

Objetivos: Determinar las diferencias entre los pacientes que aceptan o declinan participar en un programa de ejercicio físico dirigido a recuperar los efectos negativos secundarios a la hospitalización.

Métodos: Se valoraron pacientes hospitalizados en el servicio de medicina interna del HUA (septiembre de 2017-enero de 2018) que cumplían los criterios de inclusión (≥ 70 años, MMSE ≥ 20 y capacidad de deambular). Los criterios de exclusión fueron pacientes con IRC, IAM, fractura reciente (≤ 3 meses) y/o padecer enfermedad neuromuscular autoinmune. Se comparó mediante t de Student la edad, estancia hospitalaria media, ABVD (Barthel), capacidad funcional (SPPB), velocidad de la marcha (4 m) estado cognitivo (Pfeiffer), estado nutricional (MNA-SF) y fragilidad (FRIED) de los pacientes que aceptaron con los que declinaron participar.

Resultados: De los 151 pacientes valorados, 25 (16,5%) aceptaron ser incluidos en el programa, mientras que 126 (83,5%) declinaron participar.

Los pacientes que aceptaron fueron más jóvenes (80,92 años en mujeres y 81,41 en hombres) que los que declinaron (85,7 en mujeres, $p = 0,016$, y 83,78 en hombres, $p = 0,28$), aunque las diferencias en hombres no fueron significativas.

La estancia media de los pacientes que aceptaron fue de 6,2 días, frente a los 8 días de los que declinaron, aunque estas diferencias no fueron significativas.

El estado nutricional es significativamente mejor en mujeres ($p = 0,006$) y en hombres ($p = 0,011$) que aceptan realizar el programa. Las mujeres que aceptan tienen mejor capacidad funcional ($p = 0,003$), mejor velocidad de la marcha ($p = 0,003$) y mejor estado cognitivo ($p = 0,003$).

No se observan diferencias significativas entre los grupos respecto a las ABVD y la fragilidad.

Conclusiones:

- Se observa una proporción elevada de pacientes que declinan participar en un programa de ejercicio físico posthospitalización.
- Un peor estado nutricional se asocia a una menor participación en un programa de ejercicio físico.
- Las mujeres que presentan una mejor condición física y cognitiva muestran una mayor predisposición a realizar ejercicio al alta hospitalaria.
- Parece necesario diseñar estrategias para fomentar la realización de ejercicio físico en las personas menos proclives a ello.

<https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.04.223>

PC-078

Resultados oncológicos del cáncer de recto localmente avanzado en mayores de 70 años



C. Cerdán, M. Merichal, J. Viñas, J. Cerdán, J.E. Sierra, J.J. Olsina

Hospital Universitari Arnau de Vilanova, Lleida, España

Objetivos: Analizar los resultados oncológicos en pacientes mayores de 70 años frente a los de menor edad, en una serie de enfermos tratados mediante neoadyuvancia y cirugía por cáncer de recto localmente avanzado.

Métodos: Se analizan los datos obtenidos de una Base mantenida de forma prospectiva dentro del programa «Vikingo», valorando recidiva local y a distancia, supervivencia libre de enfermedad y supervivencia global en pacientes mayores y menores de 70 años.

El estudio estadístico se realiza mediante el test de chi cuadrado o el test exacto de Fisher en variables cualitativas. Se calculan las curvas de Kaplan-Meier para supervivencia libre de enfermedad y supervivencia global.

Resultados: Se han incluido en el estudio 134 pacientes (97 hombres y 37 mujeres); 57 mayores de 70 años (entre 70 y 84 años) y 77 de edad inferior (37 a 69 años).

No ha habido diferencias en cuanto a la realización de neoadyuvancia en ambos grupos; sin embargo, sí se puede apreciar que la realización de adyuvancia ha sido mucho más selectiva en pacientes mayores de 70 años. La tasa de intolerancia a la quimioterapia ha sido similar en ambos grupos. La intención de la intervención se ha considerado curativa en más del 90% de los casos en ambos grupos, sin diferencias entre ellos; en cinco de los casos existían metástasis hepáticas al diagnóstico y en otros 3 se encontró carcinomatosis peritoneal.

No se han encontrado diferencias en cuanto a la tasa de recidiva local ni a distancia entre los grupos. La supervivencia libre de enfermedad y supervivencia global son del 56% y del 60% en la serie