

0-25 (gran dependencia) 22,7%, 26-50 (dependencia severa) 25%, 51-75 (dependencia moderada) 31,2%, 76-100 (dependencia leve o independiente) 21,1%. Downton: <3 (no riesgo caídas) 10%, >3 (riesgo importante) 90%. Polimedico: sí 17,3%, no 82,7%. Patología ingreso: respiratoria 6,5%, neurológica 23,1%, cardiológica 3,8%, traumatológica 26,2%, medicina interna 5,8%, otros 26,9%, terminal no oncológico 3,1%, terminal oncológico 4,6%. Destino alta: hospital 4,6%, domicilio 48,1%, residencia 5,8%, media estancia 0,8%, larga estancia 31,5%, muerte 9,2%; Charlson: 0-1 puntos (ausencia) 26,5%, 2 p (baja) 19,3%, ≥ 3 p (alta) 54,2%.

Un 68,54% de los usuarios con Pfeiffer < 5 tienen como destino al alta al domicilio. Un 60% de los pacientes que van a residencia tienen un Pfeiffer > 5. Un 83% de los pacientes que han fallecido presentaban una severa/gran dependencia. Un 80% de los pacientes con destino residencia tienen alto riesgo de caídas. Los pacientes con destino larga estancia en un 56,1% tienen diagnóstico neurológico o traumatológico.

**Conclusiones:** Los principales destinos al alta de los usuarios del sociosanitario son el domicilio e ingreso en otra unidad sociosanitaria. En un porcentaje muy pequeño de casos ingresan en hospital de agudos o residencia.

Las variables que pueden condicionar el destino al alta de los usuarios son el deterioro cognitivo y el riesgo de caídas para domicilio o residencia, y el diagnóstico de enfermedad neurológica o traumatológica al ingreso para unidad de larga estancia.

<https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.04.299>

#### PC-154

#### Diferencias entre sexos en pacientes con fractura de cadera



M. Alcantud Ibáñez<sup>a</sup>, E. Fernández<sup>a</sup>, A. Ruiz-Pinto<sup>b</sup>, A. del Cerro<sup>a</sup>, R. Larraínzar<sup>a</sup>, F. Brañas Bazzán<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Hospital Universitario Infanta Leonor, Madrid, España

<sup>b</sup> Hospital del Tajo, Aranjuez, Madrid, España

**Objetivos:** Conocer las diferencias prefractura y poscirugía con respecto al sexo de los pacientes con fractura de cadera.

**Métodos:** Estudio prospectivo. Se incluyeron todos los pacientes ≥ 65 años ingresados por fractura de cadera entre el 1 de enero de 2009 y el 31 de diciembre de 2016.

**Resultados:** Se incluyeron 1.221 pacientes, 936 (76,6%) mujeres, 285 (23,3%) hombres, con una edad media de 83,5 sin diferencias entre sexos. Existen diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la situación social prefractura: las mujeres viven más solas o con un cuidador (63,1%), y los hombres mayoritariamente viven con su pareja (58,2%) ( $p=0,000$ ), sin diferencias en cuanto a la institucionalización. La polifarmacia (≥ 6 fármacos) fue estadísticamente mayor en varones (65,8% vs 55,8%,  $p=0,004$ ). No existen diferencias significativas en cuanto a la situación funcional basal entre sexos, con un FAC medio de 4,08 y un índice de Barthel medio de 77,7.

Los hombres presentaban peor estado de salud según la escala de riesgo preoperatorio ASA. El 77,6% de los hombres se clasificaron como ASA III/IV, mientras que el 95,09% de las mujeres se clasificaron como ASA II/III ( $p=0,00$ ).

No hubo diferencias entre sexos en: tipo de fractura, técnica anestésica ni tipo de cirugía. El porcentaje de pacientes no operados fue significativamente mayor en los hombres que en las mujeres (4,6% vs 1,7%,  $p=0,01$ ) y el tiempo hasta la cirugía era también mayor en los hombres (85,72 vs 74,09 h,  $p=0,005$ ). La inestabilidad

clínica como causa de demora quirúrgica fue mayor en los hombres, con significación estadística (13,8% vs 9%,  $p=0,04$ ).

En el postoperatorio los hombres tienen mayor riesgo que las mujeres de desarrollar complicaciones como infección respiratoria ( $p=0,002$ ), insuficiencia cardiaca ( $p=0,02$ ) y delirium ( $p=0,01$ ). Sin diferencias entre sexos en desarrollar retención aguda de orina, siendo más frecuente en las mujeres la infección de orina ( $p=0,04$ ).

La mortalidad intrahospitalaria fue significativamente mayor en los hombres (9,8% vs 3,7%,  $p=0,00$ ).

**Conclusiones:** La fractura de cadera es una patología fundamentalmente de mujeres. Sin embargo, los hombres que se rompen la cadera tienen peor estado de salud precirugía, más polifarmacia, mayor riesgo de desarrollar complicaciones médicas posquirúrgicas y mayor mortalidad intrahospitalaria.

<https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.04.300>

#### PC-155

#### Análisis de multimorbilidad en un área de salud muy envejecida de Cantabria



G. González Gutiérrez<sup>a</sup>, A. Bueno Díaz<sup>a</sup>, C. Aguirre Gutierrez<sup>a</sup>, A. Delgado Uría<sup>b</sup>, I. Lapuente Heppe<sup>b</sup>, C. Fernández-Viadero<sup>c</sup>

<sup>a</sup> Centro de Salud Nansa, Servicio Cántabro de Salud, Puentenansa, Cantabria, España

<sup>b</sup> Oficina de Cronicidad y Pluripatología, Servicio Cántabro de Salud, Santander, España

<sup>c</sup> Servicio de Psiquiatría, Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Servicio Cántabro de Salud, Santander, España

**Introducción y objetivos:** Aunque la multimorbilidad crónica aparece en cualquier edad, su máxima prevalencia ocurre entre la población anciana. El envejecimiento, como fenómeno, es universal pero heterogéneo, afectando desigualmente a la población según su ubicación geográfica. El objetivo es describir la multimorbilidad del Valle del Nansa, (región occidental de Cantabria con población de 2.071 personas), cuyo índice de envejecimiento es del 39,2% (417 varones y 395 mujeres con 65 y más años) y un sobre-envejecimiento del 17,7% (366 personas de 80 y más años).

**Metodología:** Los datos provienen de la estratificación poblacional de la Estrategia de Cronicidad de Cantabria y se han obtenido mediante la BDCAP y los CMDB correspondientes al año 2017.

**Resultados:** En esta población solamente 45 ancianos (5,5%) no tienen registrada ninguna patología crónica, mientras 669 presentan 3 o más patologías crónicas (66,9%). La edad media de las mujeres ( $79,3 \pm 8,4$  años) es mayor ( $p<0,001$ ) que en los varones ( $77,2 \pm 8,5$  años). Entre los muy ancianos la edad no presenta diferencias por género. El número medio de patologías crónicas por persona es mayor en las mujeres que en los varones ( $6,9 \pm 4,4$  vs  $6,1 \pm 4,5$ ,  $p=0,013$ ) y aparece una correlación positiva 0,253 ( $p<0,01$ ) entre la edad y el número de patologías crónicas. Las cuatro patologías crónicas más frecuentes son HTA 61,1%, depresión 24,6%, artrosis 24,3% y diabetes 18,7%. En los muy ancianos permanece la HTA 69,1%, aparece la demencia con un 29,5%, seguida de la depresión con 29,2% y la diabetes con 20,8%. Por sexos, las mujeres padecen más HTA (67,8%), depresión (35,2%), artrosis (29,6%) y diabetes (21%), mientras que en los varones las cronicidades más prevalentes son HTA (54,7%), artrosis (19,2%), cardiopatía isquémica (17,0%) y diabetes (16,5%).

**Conclusiones:** En la población anciana analizada la multimorbilidad es muy frecuente; dos tercios padecen 3 o más enfermedades

crónicas, y aparece una asociación entre la edad y la frecuencia de multimorbilidad. Entre los muy ancianos aumenta la presencia de demencia, mientras que por sexos la depresión es más frecuente en la mujer y la cardiopatía isquémica en el varón.

<https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.04.301>

## PC-156

### Ensayo sobre los efectos de una intervención multicomponente en población usuaria frágil de centros de día municipales de la ciudad de Madrid

A. Caba Rubio<sup>a</sup>, M. Cabello Herranz<sup>a</sup>, E. Lorente Moreta<sup>a</sup>, P.J. Rodríguez Buitrago<sup>b</sup>, J. Suárez Fernández<sup>c</sup>, I. Sánchez Entrrena<sup>d</sup>, I. Das Castro<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Centro Integrado Municipal Jazmín, Madrid, España

<sup>b</sup> Centro de Día Municipal Esfinge, Madrid, España

<sup>c</sup> Centro de Día Municipal Pablo Casals, Madrid, España

<sup>d</sup> Centro de Día Municipal Carmen Laforet, Madrid, España

**Objetivos:** Comprobar la reversibilidad de la fragilidad y/o pre-fragilidad tras intervención multicomponente entre usuarios con deterioro cognitivo de centros de día e integrados. Medir influencia del programa sobre la movilidad funcional.

**Método:** Ensayo longitudinal, aleatorizado y controlado durante 12 semanas sobre población usuaria de 10 centros de día. La muestra se estratifica con asignación proporcional en grupo control e intervención. Se define criterio de inclusión: población usuaria de CD con puntuación basal en batería de desempeño físico (SPPB) entre 4 y 9.

Muestra inicial de 160 personas, edad media grupo de intervención: 84,47, desviación típica 5,47; grupo control: 84,87, desviación típica: 5,13. Se definen características de la intervención: entrenamiento multicomponente (1, entrenamiento aeróbico con marcha incentivada; 2. fuerza; 3, equilibrio) y del grupo control (1, tratamiento habitual; 2, marcha libre). Se evalúan las intervenciones aplicando batería SPPB para índice de fragilidad, Test levántate y anda (TUG) y el Test 6 minutos marcha (T6MM) para medir la movilidad funcional.

Diseño y comunicación del ensayo realizado según recomendaciones de la declaración *Consolidated Standard Of Reporting Trials* (CONSORT). Se obtiene del comité de ética de ASISPA. Se evalúan variables independientes: GDS, edad, género. Para el análisis de los datos se emplea el SPSS 12.0.

**Resultados:** Se determina la correlación entre variables cuantitativas y cuantitativas mediante análisis con t de Student. Para analizar la influencia pre-post se utiliza un ANOVA de medidas repetidas.

En el grupo de intervención se observa correlación significativa entre las variables puntuación obtenida en SPPB pre-post,  $p < 0,05$ , pudiéndose afirmar que el entrenamiento puede influir sobre el índice de fragilidad. En cambio, no son estadísticamente significativos los cambios registrados en la variable movilidad funcional. T6MM y TUG pre-post,  $p = 0,188$  y  $p = 0,160$ .

En grupo control no se observa significación estadística entre las variables SPPB pre-post,  $p = 0,200$ . Si existe correlación significativa entre la variable movilidad funcional medida con T6MM pre-post,  $p < 0,01$ .

**Conclusiones:** La intervención produce mejoras significativas en el índice de fragilidad, si bien no se observan diferencias significativas en las mejoras obtenidas sobre la movilidad funcional respecto del grupo control.

