

El porcentaje de varones fue de 41,2% y la media de edad de 79,95 años ($\pm 8,21$).

El número medio de fármacos prescritos fue de 8,1 (± 4). Un 75,68% de residentes tomaba ≥ 1 fármaco anticolinérgico.

La puntuación obtenida de la escala fue: 0 puntos: 40%, 1 punto: 35%, 2 puntos: 12% y ≥ 3 (3-6) puntos: 13%.

Conclusiones: Como vemos, aproximadamente el 25% de los residentes se encuentran en riesgo anticolinérgico medio/alto.

Teniendo en cuenta la evidencia disponible al respecto de los EA que se pueden producir, su correlación mediante escalas, la existencia de alternativas en la mayoría de los casos y a la vista de los resultados de este pequeño estudio, podemos afirmar que debe formar parte de nuestra práctica asistencial la reevaluación periódica del uso de este tipo de fármacos.

<https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.04.213>

PC-068

El paciente anciano en urgencias: urgen actuaciones



B. Cámara, O. Saavedra, M. Bermúdez, J. Montero, P. Solla, J.J. Solano, J. García

Hospital Monte Naranco, Oviedo, España

Introducción: Los ancianos utilizan los servicios de urgencias (SUH) cada vez con más frecuencia. Debido a sus características, la valoración tiene sus peculiaridades y en muchas ocasiones es más complicada que la del resto de pacientes.

Objetivos: Valorar el impacto del anciano respecto al joven en los SUH.

Material y métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de pacientes valorados en el SUH del Hospital Central de Asturias (HUCA) el año 2016.

Resultados: La población en Asturias en 2016 fue de 1.042.605 habitantes. En el Área Sanitaria IV, zona de referencia del HUCA, había 333.985 personas (249.497 > 14 años).

Ese año se recibieron 109.118 visitas, 33,3% > 70 años. La tasa de frecuentación fue 37,06%, < 70 años del 30,2% y > 70 años del 67,94%. Según el Triage Manchester se clasificaron como mínimo urgente (amarillo) el 40,26% < 70 años y el 70,23% de > 70 años.

Los pacientes mayores tenían 7,91 veces más probabilidad de fallecer respecto a los jóvenes, 3,33 veces más de ingreso, 1,65 veces más de solicitarles una bioquímica básica, 2,67 veces más de tener determinación de troponina T, 1,61 veces más de solicitud de hemograma, 2,71 veces más de solicitar coagulación, 2,54 veces más probabilidad de realizar Rx de tórax y 4,34 veces de que fuera portátil, 2,81 veces más de solicitud de TAC, 6,66 veces de solicitarles gasometría arterial, 1,57 veces más de realizar sistemático y sedimento de orina. Tenían 4,86 veces más probabilidad de recibir transfusión de hematíes en urgencias, 2,39 veces más de solicitar antígenos de *Legionella* y *Pneumococcus* en orina.

Los jóvenes tenían 6,49 veces más probabilidad de fuga y 3,49 veces más de solicitar el alta voluntaria. La estancia media de los pacientes no ingresados fue de 4:15 h en < 70 años y 7:34 h en > 70 años.

Conclusiones: Los ancianos utilizan las urgencias de forma más apropiada, presentan mayor gravedad, mayor uso de recursos y precisan mayor tiempo para su resolución.

Es preciso adaptar los SUH a estos pacientes y valorar la implementación de campañas educativas dirigidas hacia los pacientes más jóvenes para un mejor empleo de los SUH.

<https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.04.214>

PC-069

Uso de una unidad de observación en urgencias por geriatras



B. Cámara, O. Saavedra, M. Bermúdez, E. Valle, B. Peña, J.J. Solano, J. García

Hospital Monte Naranco, Oviedo, España

Introducción: Las unidades de corta estancia y áreas de observación (UO) en los servicios de urgencias han demostrado que reducen la estancia en el hospital y la necesidad de hospitalización convencional sin disminuir la calidad asistencial ni los reingresos.

Valoramos la utilización de una UO por geriatras interconsultores en el SUH de un hospital de tercer nivel.

Material y métodos: Estudio prospectivo descriptivo de 9 meses de pacientes con solicitud de ingreso por parte del SUH que, tras valoración por geriatras, se dejaron en la UO 24 h para su posterior reevaluación.

Resultados: 135 pacientes dejados en la UO por parte de los geriatras; edad media, 88,34. Índice de Barthel medio (IBM) de 45,11 puntos: el 57,77% tenía deterioro cognitivo, el 55,55% residía en domicilio con familia, el 8,14% solos y el 36,3% institucionalizado. El 78,51% tenían polifarmacia y 43,7% eran frecuentadores del SUH. Los diagnósticos más prevalentes fueron infección respiratoria (IRVB) 41,48%, infección urinaria (ITU) 25,92%, insuficiencia cardiaca 14,81%.

Un total de 103 pacientes (76,29%) fueron alta a las 24 h, edad media 88,52 y un IBM de 44,9 puntos; el 58,25% tenía deterioro cognitivo, el 53,4% residía en domicilio, el 6,8% solos y el 39,8% institucionalizado.

En el mes volvieron al SUH por el mismo motivo 11 pacientes (9,36% de las altas); 9 ingresaron (8,73% de las altas).

Conclusión: Un equipo interconsultor de geriatría en urgencias utiliza de forma adecuada la UO evitando un alto porcentaje de ingresos hospitalarios, muchos de ellos innecesarios.

<https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.04.215>

PC-070

Ingresos evitados por un equipo interconsultor de geriatría en urgencias de un hospital de tercer nivel



O. Saavedra, B. Cámara, M. Bermúdez, A. Cruz, S. Mohamed, J. García, J.J. Solano

Hospital Monte Naranco, Oviedo, España

Introducción: El paciente anciano utiliza cada vez más los servicios de urgencias (SUH) como puerta de entrada al Servicio de Salud. La presencia de unidades de geriatría y de equipos interconsultores de geriatría en urgencias está cada vez más extendida en el mundo.

Objetivos: Valorar el impacto de un equipo interconsultor de geriatría presencial en urgencias.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo realizado en el servicio de urgencias del Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA) sobre pacientes con petición de ingreso en el Área de Gestión Clínica de Geriatría (AGCG) desde urgencias entre abril de 2015 a marzo de 2016.

Resultados: Se solicitaron 2.775 valoraciones de ingreso. Tras valoración por geriatría, 2.271 (81,83%) se ingresaron en el AGCG, 460 (16,58%) fueron alta, 36 (1,3%) se ingresaron en otros servicios hospitalarios y 8 (0,29%) fallecieron en urgencias.

La edad media de los pacientes que fueron alta fue de 87,53 años, un 61,3% fueron mujeres, con un índice de Barthel (IB) medio de

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 espesante: 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 ($p=0,05$).