

PC-103

Proyecto: implantación de una unidad de I+D+i en un centro de alto requerimiento

F.J. Fortes Ponce^a, A.J. Medina Ponce^b, R. Fortes Ponce^c, B. Gil Guillén^d, J. Benítez Jerez^c

^a Centro Sociosanitario El Pino, Las Palmas de Gran Canaria, España

^b Centro de Salud de San José, Las Palmas de Gran Canaria, España

^c Hospital General Doctor Negrín, Las Palmas de Gran Canaria, España

^d Hospital Insular de Gran Canaria, Las Palmas de Gran Canaria, España

Objetivos: General: Crear un nuevo departamento de I+D+i en un centro de personas mayores de alta dependencia.

Específicos: Certificar el servicio según los estándares de calidad. Encontrar líneas de financiación propias para la ejecución de los proyectos. Dirigir, coordinar y gestionar el equipo humano, las acciones y actividades que se desarrollen, además de aplicarlas dentro del proceso productivo del centro.

Método: En primer lugar han de establecerse las bases mediante la misión, visión y valores propios del servicio, que han de integrarse en la filosofía del centro. Luego hemos utilizado el método DAFO como elemento de análisis para conocer las debilidades, amenazas, fortalezas y oportunidades de nuestro proyecto. Como elemento de acreditación nos hemos decantado por la acreditación AENOR I+D+i, ya que permite evaluar tanto al servicio como al personal investigador. Para la evaluación del funcionamiento del servicio en materia de calidad nos basamos en los principios del modelo Avedis Donabedian (Estructura-Proceso-Resultado). En cuanto a las líneas de financiación, hemos realizado una revisión dentro de los recursos que se ponen a disposición en el portal web de la Secretaría de Estado de Investigación, Desarrollo e Innovación pertenecientes al Ministerio de Economía, Industria y Competitividad.

Resultados: El análisis previo de nuestra situación y entorno nos permitirá realizar una valoración realista de los pros y contras de la puesta en marcha de la Unidad I+D+i en nuestro centro de alto requerimiento. Es factible la acreditación AENOR I+D+i del servicio y personal investigador. La búsqueda de financiación da como resultado que a nivel estatal podríamos acogernos al Plan Estatal de Investigación Científica y Técnica y de Innovación 2017-2020, que además permite la colaboración con otras entidades investigadoras.

Conclusiones: Clarificar inicialmente la filosofía de valores y objetivos es elemental para conciliar la labor del equipo de trabajo hacia unas metas comunes. Anticiparse a los problemas que puedan surgir será fundamental para minimizar el daño que estos puedan causar en un futuro. Existen más vías de financiación para invertir en I+D+i de las expectantes. No es estrictamente necesario acreditar el servicio si se llevan a cabo un mínimo de estándares de calidad.

<https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.04.249>



PC-104

Demencia rápidamente progresiva, diagnóstico diferencial hasta enfermedad de Creutzfeldt-Jakob

D. Cabezas Jaén, S. Alfonso Gómez, N.C. Herrera Fernández, F.J. Balea Fernández, B. Torres Moreno, R. Paz Maya, M.J. Rodríguez Ojeda

Hospital Insular de Lanzarote, Arrecife, Las Palmas de Gran Canaria, España

Las encefalopatías espongiiformes constituyen un grupo de enfermedades caracterizadas por pérdida neuronal, gliosis y espongiosis con depósitos de proteína priónica; en general se presentan con una demencia de evolución rápida y siempre fatal.

Entre ellas encontramos la enfermedad de Creutzfeldt-Jakob (ECJ), cuya incidencia anual en España es de 1,13 casos por millón de habitantes. El grupo de edad con mayores tasas de ECJ es el de 69 a 79 años. El 55% son mujeres.

Dado el pronóstico fatal de la enfermedad, debe realizarse cribado de otras posibilidades antes de establecer un diagnóstico. Tras la sospecha, el diagnóstico es clínico, por exclusión, y solo confirmable mediante biopsia cerebral tras el fallecimiento del paciente.

El caso que nos ocupa se trata de una mujer de 76 años que ingresa por deterioro neurológico progresivo con debilidad y pérdida de sensibilidad en hemicuerpo derecho más anomia. Sin antecedentes de interés, independiente para actividades básicas e instrumentadas, no traumatismos previos, no hábitos tóxicos, no clínica infecciosa, no deterioro cognitivo previo. Índice de Barthel al ingreso de 55.

Se descartan analíticamente demencias carenciales, LOE o ictus mediante TAC cerebral. Tanto en TAC como en RM se objetiva enfermedad de pequeño vaso. Se realizan EEG seriados, siendo normal el primero y 10 días después encontrando un patrón de ondas trifásicas frontales bilaterales de predominio izquierdo, compatible con ECJ. Se añade al registro un deterioro progresivo con mayor dificultad para el lenguaje, distonía en extremidades derechas, presencia de reflejos frontales (hociqueo y succión) y pérdida de la capacidad para deambular. El estudio de LCR evidencia la presencia de proteína 14-3-3, que con una sensibilidad del 91% y una especificidad del 85% confirma la sospecha de ECJ.

Tras el alta, la paciente queda a cargo de la unidad de cuidados paliativos con un pronóstico vital inferior a 2 años.

LA ECJ es una encefalopatía transmisible que está incluida en las Enfermedades de Declaración Obligatoria desde el momento de su sospecha. Debido a su baja incidencia, es un diagnóstico poco sospechado, pero que por su pronóstico vital y la ausencia de tratamiento no debemos dejar de planteárnoslo como diagnóstico diferencial.

<https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.04.250>

PC-105

Mortalidad y reingreso hospitalario post-fractura de cadera en el área sanitaria de Toledo

V. Landaluze Pelligra, A. Cruz Santaella, R. Rivas Espinoza, F. Quiñonez Bareiro, E. García Tercero

Hospital Virgen del Valle, Toledo, España

Objetivo: Calcular la incidencia de mortalidad y reingresos hospitalarios post-fractura de cadera al mes, 3 meses y 6 meses para mejorar la calidad asistencial.

Método: Estudio descriptivo observacional de la población mayor de 75 años ingresada en nuestro centro hospitalario con



fractura de cadera *de novo* desde enero de 2017 hasta diciembre de 2017, análisis de la incidencia de mortalidad, y de la incidencia y causas de reingresos hospitalarios al mes, 3 meses y 6 meses postintervención. Los datos se recopilaron de la historia clínica informatizada de atención especializada, historia clínica informatizada de atención primaria y encuestas telefónicas, y los resultados se analizaron con el sistema SPSS.

Resultados: Desde enero a diciembre del año 2017 han ingresado 406 pacientes por fractura de cadera *de novo*, distribuyéndose respecto al tipo de fractura en: 108 fracturas intracapsulares no desplazadas, 16 fracturas intracapsulares desplazadas, 238 fracturas pertrocantéreas y 43 subtrocantéreas. Durante el ingreso hospitalario fallecieron 24 pacientes, lo que supone una incidencia de mortalidad intrahospitalaria aguda del 5,9%. La incidencia de mortalidad global en el período de 6 meses fue del 7,97%, siendo máxima al primer mes. La principal causa de muerte fue la sepsis, por lo general de origen respiratorio con fallo multiorgánico.

Respecto a los reingresos en el primer mes post-cirugía, la incidencia es del 1,84%, figurando como principales causas: infección respiratoria y edema agudo de pulmón.

Desde el primer mes hasta el tercer mes postintervención la incidencia de reingresos hospitalarios es de 2,14%, correspondiendo el mayor porcentaje a causas nuevamente infecciosas, principalmente neumonías.

Hasta el sexto mes, la incidencia de reingreso es del 4,91%, siendo la principal causa infecciosa tanto de tracto urinario como neumonías.

Conclusiones: Los datos de nuestra área se acercan a los estándares respecto a mortalidad intrahospitalaria, y se deben analizar los datos de mortalidad al año para confirmar esa tendencia. En cuanto a la incidencia de reingresos en el primer mes, los datos son muy favorables en comparación con otras series de la población española (1,84% vs 5%), manteniéndose dicha tendencia durante los meses posteriores. Las causas principales de reingreso son similares a las de otras series.

<https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.04.251>

PC-106

Factores de riesgo asociados a mortalidad temprana en nonagenarios operados de fractura de cadera



N. Montero-Fernández^a, J. Cava-Mayordomo^b, L. Abásolo-Alcázar^c, J. Ortiz-Alonso^d, M. Vidán-Astiz^e, J.A. Serra-Rexach^e

^a Servicio de Geriatría, Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Instituto de Investigación Sanitaria Gregorio Marañón, Madrid, España

^b Centro de Investigación en Red Fragilidad y Envejecimiento Saludable, CIBERFES, Madrid, España

^c Servicio de Reumatología, Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España

^d Servicio Geriatría Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, España

^e Universidad Complutense de Madrid, Madrid, España

Objetivos: El objetivo principal del estudio fue analizar los factores de riesgo implicados en la mortalidad temprana, a los 30 días del ingreso, de 1.177 nonagenarios operados por fractura de cadera.

Métodos: Explotación de una base de datos propia realizada desde 1997 a 2016 con variables sociodemográficas, situación funcional basal, comorbilidades, tipo y características de la fractura, variables asociadas a la cirugía, así como complicaciones médicas

postoperatorias, estancia media hospitalaria y día del ingreso. Se consultó la fecha de mortalidad al Índice Nacional de Defunciones (INDEF). Se realizó un análisis multivariante por regresión logística con la mortalidad a los 30 días como variable principal.

Resultados: Los resultados del análisis de distintos factores en una muestra de 1.177 nonagenarios operados de fractura de cadera han mostrado que la polifarmacia (OR: 2,06; IC95%: 1,28-3,31) y el desarrollo de complicaciones médicas como la infección respiratoria (OR: 4,56; IC95%: 2,73-7,63), arritmia (OR: 2,73; IC95%: 1,35-5,53) y las alteraciones electrolíticas (OR: 2,23; IC95%: 1,37-3,63) durante la estancia hospitalaria son los factores de riesgo de más peso (en términos de *odds ratio*) asociados a mortalidad temprana en este colectivo.

Conclusiones: Existen factores de riesgo en nonagenarios operados de fractura de cadera asociados a un aumento de la mortalidad a 30 días. Al ser algunos de estos factores modificables, se recomienda mayor atención a los mismos con el fin de disminuir la mortalidad a corto plazo asociada a dicha patología.

<https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.04.252>

PC-107

Perfiles de pacientes con mayor riesgo de mortalidad hospitalaria y al año tras fractura de cadera



P. Sáez López^a, N. Alonso Garcia^b, N. Sanchez Hernandez^c, A.I. Hormigo Sanchez^a, M. Mejía Ramírez^a, M. Bravo Jiménez^c, J.A. Valverde García^d

^a Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz, Madrid, España

^b Complejo Asistencial de Segovia, Segovia, España

^c Complejo Asistencial de Ávila, Ávila, España

^d Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid, España

Introducción: La fractura de cadera es la complicación más importante de la osteoporosis en términos de mortalidad, morbilidad y costes. En España se producen anualmente cerca de 50.000 fracturas de cadera y el 30% de los pacientes fallecen durante el primer año. Se han descrito numerosos factores que podrían asociarse a un mayor riesgo de mortalidad, pero se desconoce qué combinación de variables implica un perfil clínico de mayor riesgo.

Objetivos: Identificar qué combinación de variables (de todas las que se han asociado a una mayor mortalidad) definen el perfil de paciente con mayor riesgo de fallecer tras fractura de cadera.

Material y método: Se analizó un total de 410 pacientes mayores de 75 años ingresados en nuestro centro durante los años 2010 y 2013 con diagnóstico de fractura de cadera. En cada paciente se registraron datos demográficos, comorbilidad, analíticos, situación funcional, cognitiva y social, así como las complicaciones durante el ingreso. Se registró la presencia o no de muerte durante el primer año y se analizó la relación entre la mortalidad y las variables recogidas. Para tratar de identificar perfiles diferenciados de pacientes con mayor tendencia a fallecer durante el primer año tras la fractura se utilizó el análisis multivariante de segmentación de Chaid.

Resultados: Se identificó que el perfil con mayor riesgo de fallecer en el primer año lo constituyen los pacientes con demencia que desarrollan complicaciones respiratorias. En este subgrupo la tasa de mortalidad al año fue de casi un 73%, más del doble que la tasa de mortalidad determinada para el conjunto de la muestra (30,7%).

Conclusiones: Hay un gran número de factores, tanto clínicos como epidemiológicos y asistenciales, que se relacionan con mayor mortalidad al año tras sufrir una fractura de cadera. Pero