

PC-120

Perfil del paciente anciano con hiponatremia ingresado por fractura de cadera en un servicio de traumatología



S. Yarleque Leon, A. Quesada Diez, M.V. Farré Mercadé

Fundació Hospital Asil de Granollers, Granollers, Barcelona, España

Objetivos: Describir características sociodemográficas, clínicas, funcionales y severidad de la hiponatremia en pacientes mayores de 75 años con hiponatremia ingresados por fractura de cadera, y evaluar la incidencia de hiponatremia pre y posquirúrgica, y su prevalencia. Comparar la estancia media, y la ubicación al alta de los pacientes fracturados con hiponatremia con los que no presentaron hiponatremia.

Método: Estudio descriptivo y retrospectivo de pacientes ingresados en un servicio de traumatología >75 años por fractura de cadera que presentaron hiponatremia durante su ingreso desde enero a diciembre de 2017. Mediante la revisión de la historia clínica se analizan los antecedentes personales y patológicos, funcionales (índice de Barthel [IB]) comorbilidad (Charlson modificado [ChM]), fragilidad por la Escala Clínica de Fragilidad (ECF), fármacos asociados, tipo de fractura e intervención realizada (osteosíntesis o prótesis), valores de sodio pre y posquirúrgico, estancia media hospitalaria y ubicación al alta.

Resultados: De los 207 pacientes ingresados con fractura de cadera, 76 presentaron hiponatremia durante el ingreso. La mayoría fueron mujeres (70%) con una edad media de 86 años que vivía en su domicilio (71,5%) con familiares (60%). Su ChM promedio fue de 7, IB 64,41%, y presentaban deterioro cognitivo un 58,5%. Los fármacos más frecuentemente presentes en estos pacientes fueron: IECA/ARA II (59,7%), omeprazol (49,8%), diuréticos (49,3%) y psicofármacos (43%). La mayoría de fracturas fueron extracapsulares (61,4%). El tipo más frecuente de hiponatremia presentada fue la leve, tanto prequirúrgica como posquirúrgica, con una estancia media de 9,4 días, siendo la mitad de los pacientes alta a su domicilio (49,8%). No se observaron diferencias estadísticamente significativas entre los pacientes fracturados de fémur con y sin hiponatremia, ni en la estancia media ni la ubicación al alta ($p > 0,05$).

Conclusiones: Los pacientes ingresados con fractura de fémur >75 años tienen una prevalencia de hiponatremia del 36%. Presentan una alta comorbilidad y fragilidad, similar a los que no presentan hiponatremia, siendo la severidad de la hiponatremia del tipo leve, lo cual podría explicar que no se observan diferencias en cuanto a la estancia media ni a la ubicación al alta respecto a los fracturados de fémur mayores de 75 años sin hiponatremia.

<https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.04.266>

PC-121

Mieloma múltiple en paciente anciano



S. Alfonso Gómez, D. Cabezas Jaén, N.C. Herrera Fernández, F.J. Balea Fernández, J. Alonso Ramírez

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

Motivo de consulta: Malestar general.

Antecedentes personales: HTA .ERC estadio III. Prostatectomía en 2009.

Situación basal: Barthel 100. No deterioro cognitivo. Dos hijas. Vive con hija.

Enfermedad actual: Paciente con muy buen estado basal acude al servicio de urgencias por pérdida de apetito hace 3 días, tos y malestar general. No otra clínica. En la exploración destacaba disminución del murmullo vesicular en base pulmonar de hemitórax derecho, fiebre.

Evolución: Paciente varón de 94 años, ingresa con diagnóstico de sepsis de origen respiratorio. Iniciamos tratamiento con betalactámicos. Durante su ingreso presenta una serie de complicaciones: síndrome confusional agudo (con buena respuesta a neurolepticos), alteración del tránsito intestinal (deposiciones diarreas alternadas con estreñimiento), ingesta nula, con requerimiento de canalización de vía central (edematización de miembros por hipoproteinemia) y requerimiento de transfusión sanguínea. Ante esta última, y tratando de filiar el origen, se inicia estudio digestivo, que no fue concluyente (en endoscopia: gastritis atrófica crónica) y colonoscopia (no valorable por poca colaboración del paciente: se encontraba nauseoso). Solicitamos TAC toracoabdominal, donde se evidenció neumonía bilateral (no presentaba clínica) y engrosamiento mural de ciego inespecífico e imágenes nodulares en cúpula vesical. El deterioro de la función renal fue muy rápido. Se pautó EPO y se solicitó proteinograma, sugestivo de mieloma múltiple. Presentó deterioro psicofuncional importante, teniendo que adoptar actitud paliativa.

Discusión: El mieloma múltiple representa el 1% de todos los tumores malignos y el 10% de los hematológicos. Existen síntomas relacionados que pueden preceder en años al diagnóstico y que por su naturaleza pueden confundirse muy fácilmente con otras enfermedades. La prueba que confirmará el diagnóstico: electroforesis sérica y/o urinaria con detección de un componente monoclonal.

Conclusión: En nuestro paciente la evolución fue tórpida, pero ha de hacernos cuestionar cuántos síntomas se incluyen en sujetos afectados por mieloma múltiple, que, si no somos conocedores y certeros en el diagnóstico, nos alejan de realizar una buena práctica clínica.

<https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.04.267>

PC-122

Factores asociados al ingreso hospitalario en pacientes con enfermedad renal crónica avanzada



M.E. Portilla Franco^a, R. Sosa Suárez^b, L. Gómez Armas^b, F. Tornero Molina^b, J.A. Herrero Calvo^b, P. Gil Gregorio^b

^a Hospital Hestia Madrid, Madrid, España

^b Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España

Objetivos: Conocer los factores asociados con el ingreso hospitalario de causa médica en pacientes con enfermedad renal crónica avanzada (ERCA) sin tratamiento renal sustitutivo, durante su seguimiento de un año.

Metodología: Pacientes mayores de 65 años con ERCA (filtrado glomerular [FG] <20 ml/min medido mediante CKD-EPI) atendidos en las consultas externas de ERCA del servicio de Nefrología. Variables: datos sociodemográficos; funcionales (índices de Barthel, Lawton); situación cognitiva (test MoCA); comorbilidad (CIRS-G); ingresos hospitalarios por causa médica; motivo del ingreso, entrada en diálisis; fallecimiento. Datos analíticos basales. Fórmula Huge.

Estudio observacional y prospectivo. Análisis estadístico chi cuadrado ($p < 0,10$), regresión logística binaria ($p < 0,05$). SPSS 15.

Resultados: n = 100 pacientes (62% varones), edad media 78,6 ($\pm 7,2$) años. Situación funcional basal Barthel ≥ 80 : 85%; Lawton <4: 46%; MoCA 22 (17-25). CIRS-G >2,5 45%; ≥ 6 categorías 64%.

Fármacos: mediana 9,2; diuréticos 62%, ISRAA 50%, estatinas 67%, anticoagulantes orales 15%. Comorbilidades: HTA 93%, DM2 48%, privación sensorial 38%; ICC 29%, fibrilación auricular 23%, cardiopatía isquémica 23%, enfermedad cerebrovascular 15%. Analítica basal: FG medio 15,8; Hb 11,9; sodio 139; potasio 4,8.

Ingreso hospitalario en el 45% de los pacientes. Causas: complicación cardiovascular 26%, infecciosa 21%, ictus 6%, sangrado 5%, otros 13%. Entrada en diálisis 22%. Fallecimiento: 13 pacientes.

El ingreso hospitalario se asoció con (análisis univariante): edad ≥ 80 años ($p=0,001$), CIRS-G $> 2,5$ ($p=0,006$), Barthel ≥ 80 ($p=0,001$), Hb $\leq 11,5$ ($p=0,023$), HUGÉ ≥ 9 ($p=0,006$), ISRAA ($p=0,027$).

Análisis multivariante permanecen: edad ≥ 80 años ($p=0,008$), Barthel ≥ 80 ($p=0,037$), HUGÉ ≥ 9 ($p=0,008$), menor uso de ISRAA ($p=0,044$). Tendencia estadística con CIRS-G $> 2,5$ ($p=0,057$).

Conclusiones:

1. Nuestros pacientes con ERCA presentan alta comorbilidad y alta carga de enfermedad cardiovascular.
2. Un mayor deterioro funcional junto con la edad y la mayor puntuación en la fórmula HUGÉ se asocian con el ingreso hospitalario, mientras que el uso de ISRAA actuaría como factor protector.
3. La multimorbilidad que acompaña a estos pacientes podría ser un factor que incrementa el riesgo de hospitalización.

<https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.04.268>

PC-123

Variables asociadas a polifarmacia y prescripción inadecuada en el medio residencial geriátrico



F. Uriz^a, M.A. Arizcuren^b, Y. Burguete^c, L. Leache^b, A. Arizcuren^c, V. Malafarina^c

^a Hospital San Juan de Dios, Pamplona, España

^b Residencia Landazábal, Burlada, Navarra, España

^c Complejo Hospitalario Navarra, Pamplona, España

Objetivo: Analizar el perfil de persona mayor con polifarmacia, los factores relacionados, y la prescripción inadecuada en una unidad residencial

Método: Estudio transversal, observacional, descriptivo de los usuarios ingresados en la Residencia Landazábal. Se obtienen variables: demográficas, médicas (síndromes geriátricos y patologías prevalentes), cognitivas (MEC, GDS Reisberg) y funcionales (Barthel) y marcha (Tinetti). Se define polifarmacia como el consumo mayor de 5 fármacos durante más de 30 días. Se define el tipo de prescripción inadecuada según los criterios validados STOPP-START. Analizamos la asociación entre variables cuantitativas-cuantitativas mediante test U Mann-Whitney y la t de Student; la asociación entre las variables cuantitativas: coeficiente de Pearson o de Spearman. Análisis estadístico: programa STATA[®] 13.0.

Resultados: 175 usuarios, edad $84 \pm 5,6$ años, 71% mujeres, Barthel 35 ± 10 , alto riesgo caída Tinetti 15 (0-28). La mitad (55%) presentan un deterioro cognitivo moderado (GDS 4-5). La polifarmacia está presente en el 74% de los pacientes, con un consumo $8 \pm 3,6$ medicamentos por paciente. Las patologías más prevalentes: osteoarticular 72%, neurológica 70% (demencias 68%), cardiovascular 58%. Los factores relacionados con el número de medicamentos consumidos fueron la situación funcional: Barthel ($\rho: 0,192$; $p=0,015$) y cognitiva: MEC ($\rho: 0,325$; $p<0,001$). No se obtuvo relación con otros parámetros como la edad, síndromes geriátricos y el riesgo de caída ($p<0,05$). El único factor relacionado

con la presencia o no de polifarmacia fue la situación cognitiva MEC ($p=0,042$). Un 20% del total de los tratamientos son prescripciones inadecuadas: 200 son STOPP y 142 START. Los criterios STOPP más prevalentes corresponden al sistema nervioso cerebral (35%) en relación a fármacos que aumentan el riesgo de caída (neurolépticos y benzodiazepinas), sistema cardiovascular (22%), analgesia (12%). Los criterios START más frecuentes corresponden al sistema cardiovascular (41%, anticoagulación en fibrilación auricular), musculoesquelético (36,9%) y endocrino (12%).

Conclusiones: El perfil de nuestro residente es el de mujer, edad avanzada, con deterioro funcional-cognitivo y alto riesgo de caída.

La polifarmacia es frecuente en nuestro medio, relacionándose con la situación cognitiva y funcional de nuestros mayores.

Un alto porcentaje de las prescripciones inadecuadas corresponde al uso de fármacos que aumentan el riesgo de caída (neurolépticos y benzodiazepinas) y a la no indicación de anticoagulación profiláctica cardioembólica.

<https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.04.269>

PC-124

Uso de recursos sanitarios en la población geriátrica



P.L. Carrillo García, D. Padrón Guillen, L. Bermejo García, B. Carballido de Miguel, M. Vigarra García, L. Guardado Fuentes, P. Gil Gregorio.

Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España

Objetivo: Describir el fenotipo clínico y funcional de los pacientes mayores no institucionalizados y el uso de recursos sanitarios.

Material y métodos: Estudio descriptivo, observacional, longitudinal y retrospectivo.

- Criterios de inclusión: pacientes > 75 años atendidos en consultas de geriatría durante el periodo de septiembre de 2017 a diciembre de 2017. Se excluyen pacientes con deterioro cognitivo (GDS 6-7) y funcional (Barthel < 40) severo.
- Se recogen datos sociodemográficos, funcionales (índice de Barthel, índice de Lawton), comorbilidad (CIRS-G). Uso de recursos sanitarios 6 meses anteriores: urgencias, especialistas y atención primaria. Se define una variable según el uso de recursos sanitarios (≤ 4 , menor uso; ≥ 5 , mayor uso).
- Se realiza un análisis descriptivo de la muestra y un análisis bivariable comparando los grupos de menor o mayor uso de recursos. SPSS v. 23.

Resultados: $n=101$. Edad media 84,3 años (DE: 4,6), 60,4% mujeres.

- Funcional: Barthel 93,5 puntos (DE 12,6), Lawton 5,7 (DE 2,5). El 72,3% no presenta deterioro cognitivo diagnosticado.
- Comorbilidad: CIRS-G medio 6,05 (DE 3,2).
- Uso de recursos: 66,3% 1 visita a MAP, 27,7% 1 visita a urgencias y 84,2% a algún especialista. El 64,4% se realizó alguna prueba complementaria.

Análisis bivariable: no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos respecto a sexo o situación civil.

La población 85 años, con menor nivel de estudios y sin deterioro cognitivo diagnosticado, usa más recursos sanitarios ($p=0,015$, $p=0,04$ y $p<0,01$).

Se observa una tendencia a mayor uso cuando mayor comorbilidad, pero no diferencia estadísticamente significativa ($p=0,10$).