

($p=0,004$); tenían anemia 5 (29,41%) vs 12 (70,59%) ($p=0,043$); sin IVRB 64 (84,21%) vs 12 (15,79%) ($p=0,001$); con DEB 9 (11,84%) vs 12 (70,59%) ($p=0,000$); BA <40: 37 (48,68%) vs 15 (88,24%), y $\geq 41-100$: 39 (51,32%) vs 2 (11,76%) ($p=0,003$) respectivamente.

En el análisis entre los pacientes sin M12m vs con M12m se encontraron diferencias significativas respecto a Charlson ≥ 3 y <3: 16 (27,12%) vs 18 (52,94%) y 43 (72,88%) vs 16 (47,06%) respectivamente ($p=0,013$); PCC/MACA 13 (22,03%) vs 19 (55,88%) respectivamente ($p=0,001$); con DEB 8 (13,56%) vs 13 (38,24%) ($p=0,006$), y en BA <40: 27 (45,76%) vs 25 (73,53%) y $\geq 41-100$: 32 (54,24%) vs 9 (26,47%) ($p=0,009$) respectivamente.

La fractura de fémur asocia elevada mortalidad postoperatoria y durante el primer año. La mortalidad a los 3 meses y al año se relaciona a peor estado funcional al alta y elevada comorbilidad con facilidad de descompensación. Solo en los primeros 3 meses también se ve la asociación de mortalidad con anemización aguda y sobreinfección respiratoria. Se han de extremar las medidas de prevención de factores de riesgo para complicaciones asociadas con la fractura y posible mortalidad.

<https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.04.337>

PC-192

Características diferenciales entre pacientes menores de 80 años, octogenarios y nonagenarios con fractura de fémur



R. Dorantes^a, M. Montoya^b, E. Carballedo^b, M.D. Villegas^b, C. Béjar^b, P. Mercadal^b

^a Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona, España

^b Parc de Salut Mar, Barcelona, España

Objetivo del estudio: Describir las características de los pacientes con fractura de cadera en una unidad de convalecencia.

Método: Estudio descriptivo y retrospectivo. Pacientes con fractura de cadera ingresados en una unidad de convalecencia de enero de 2014 a noviembre de 2017. Los 93 pacientes se dividieron en 3 grupos: grupo 1 (G1) <79 años, grupo 2 (G2) $\geq 80-89$ y grupo 3 (G3) ≥ 90 . Se analizó: sexo, estado cognitivo prefractura (existencia de demencia y GDS), hipoalbuminemia, polifarmacia, Charlson, si son crónicos complejos (PCC/MACA), estado funcional al ingreso (BI), estado funcional al alta (BA), tipo de fractura (subcapital, pertrocantérea, cervical), tipo de intervención quirúrgica (artroplastia total, hemiartroplastia, clavo endomedular, DHS, tornillos canulados); tiempo de espera quirúrgica (en horas), estancia hospital, estancia sociosanitaria; aparición de delirium, anemia, infección de orina o respiratoria, descompensación de enfermedades de base, caídas durante el ingreso, mortalidad intrahospitalaria, a los 3 meses y a los 12 meses, destino al alta (hospital de agudos [HA], larga estancia [ULE], domicilio, residencia).

Resultados: Por análisis bivariado solo se encontraron diferencias significativas a nivel Barthel, albúmina y sexo. BI >41-100 (G1 7 [47%], G2 11 [20%], G3 2 [9%]) y BI <40 (G1 8 [53%], G2 44 [80%], G3 21 [91,30%]) ($p=0,019$); BA >41-100 (G1 10 [67%], G2 25 [46%], G3 6 [26%]) y BA <40 (G1 5 [33%], G2 30 [55%], G3 17 [74%]) ($p=0,046$). Albúmina rango 0-3,4 (G1 6 [40%], G2 38 [69%], G3 22 [96%]) y rango >3,5 (G1 9 [60%], G2 17 [31%], G3 1 [4,35%]) ($p=0,001$). Sexo femenino (G1 7 [47%], G2 42 [76%], G3 21 [91%]); sexo masculino (G1 8 [53%], G2 13 [24%], G3 21 [91,3%]) ($p=0,007$).

Conclusiones: A menor edad mejor Barthel, en todos los grupos hay una mejoría del Barthel al alta de la unidad, la hipoalbuminemia se observa con mayor frecuencia en nonagenarias, hay más hombres <79 años pero más mujeres >80 años; en el resto de las variables no hay diferencias significativas, por lo que la edad podría

no estar relacionada como factor de riesgo con la variables analizadas. El sesgo puede existir por el tamaño de la muestra, que es pequeño. Sería bueno realizar análisis multivariado para analizar más relaciones entre variables y poder valorar pronóstico en este tipo de pacientes.

<https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.04.338>

PC-193

Características diferenciales entre los pacientes con fractura de cadera según grupo etario en una unidad de convalecencia



M. Montoya, C.M. Béjar, R. Dorantes, P. Mercadal, T. Abellán, E. García, E. Carballedo

Parc de Salut Mar, Barcelona, España

Describir las características diferenciales entre pacientes <80 años, octogenarios y nonagenarios que sufren fractura de fémur.

Estudio de prevalencia descriptivo de pacientes con fractura de cadera enviados a una unidad de convalecencia en el periodo entre enero de 2014 y noviembre de 2017. Se obtuvo una muestra de 93 pacientes; se dividió en 3 grupos etarios: grupo 1 (G1) <79 años, grupo 2 (G2) $\geq 80-89$, grupo 3 (G3) ≥ 90 . Variables: sexo, estado cognitivo prefractura (GDS), hipoalbuminemia, polifarmacia, comorbilidades (Charlson), crónicos complejos (PCC/MACA), Barthel ingreso (BI), Barthel alta (BA), tipo de fractura (subcapital, pertrocantérea, cervical), tipo de tratamiento (artroplastia total, hemiartroplastia, clavo endomedular, DHS, tornillos canulados [TC]); tiempo de espera quirúrgica (en horas), estancia hospital, estancia sociosanitaria; delirium, anemia, infección urinaria o respiratoria, descompensación de enfermedad de base, caídas, mortalidad a 3 meses y a 12 meses. Destaca: mujeres G1: 7 (47%), G2: 42 (76%), G3: 21 (91%); estado cognitivo prefractura GDS6-7: G1: 2 (13%), G2: 15 (27%), G3: 8 (35%); GDS4-5: G1: 7 (47%), G2: 21 (38%), G3: 10 (43%); hipoalbuminemia: G1: 6 (40%), G2: 38 (69%), G3: 22 (96%); polifarmacia: G1: 14 (93%), G2: 52 (95%) y G3: 20 (87%); Charlson >3, G1: 4 (26%), G2: 24 (44%), G3: 6 (26%); PCC/MACA G1: 2 (13%), G2: 21 (38%), G3: 9 (39%); BI >41-100, G: 7 (47%), G2: 11 (20%), G3: 2 (9%); BI <40, G1: 8 (53%), G2: 44 (80%), G3: 21 (91,30%) y BA >41-100, G1: 10 (67%), G2: 25 (46%), G3: 6 (26%) y BA <40, G1: 5 (33%), G2: 30 (55%), G3: 17 (74%); fractura subcapital, G1: 6 (40%), G2: 27 (49%), G3: 11 (48%), pertrocantérea, G1: 9 (60%), G2: 25 (46%), G3: 11 (48%) y cervical, G1: 0, G2: 3 (5%), G3: 1 (4%). Tratamiento: artroplastia, G1: 5 (33%), G2: 17 (30%), G3: 6 (26%), hemiartroplastia, G1: 1 (7%), G2: 13 (24%), G3: 5 (22%), clavo G1: 4 (27%), G2: 12 (21%), G3: 7 (30%); DHS, G1: 4 (27%), G2: 13 (24%), G3: 5 (22%); TC, G1: 1 (7%), G2: 0 (0%), G3: 0 (0%); tiempo/espera qx <24 h, G1: 8 (53%), G2: 22 (40%), G3: 13 (57%), estancia hospital <10, G1: 5 (33%), G2: 15 (27%), G3: 9 (39%); estancia sociosanitaria <45, G1: 10 (66%), G2: 33 (60%), G3: 17 (74%), delirium, G1: 7 (46%), G2: 39 (71%), G3: 18 (79%); ITU, G1: 3 (20%), G2: 22 (40%), G3: 13 (56%); IVRB, G1: 1 (7%), G2: 15 (28%), G3: 5 (22%); DescEB, G1: 2 (13%), G2: 14 (26%), G3: 5 (22%); caídas, G1: 1 (7%), G2: 6 (11%), G3: 0 (0%). Mortalidad 3 meses, G1: 1 (7%), G2: 10 (18%), G3: 6 (26%); mortalidad 12 meses, G1: 4 (27%), G2: 19 (35%), G3: 11 (48%).

Hay mayor prevalencia del sexo femenino en octogenarios y nonagenarios y más prevalencia masculina en <80 años. Mayor dependencia funcional a mayor edad, así como mayor prevalencia de hipoalbuminemia. Delirium, anemia, ITU, IVRB, descompensación de enfermedad de base son más frecuentes en octogenarios y nonagenarios, más días de estancia hospitalaria; en convalecencia es similar entre los tres grupos. En los tres se observa mejora funcional al alta. Fractura más frecuente: subcapital y pertrocantérea;

el tratamiento más prevalente fue la artroplastia total y el clavo endomedular.

<https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.04.339>

PC-194

Influencia indebida como forma de maltrato en el anciano



L. Lozano Vicario^a, V. Martín López^a, P. Vicent Valverde^a, I. Criado Martín^a, B.D. Vasquez Brölen^a, M.J. del Yerro Álvarez^b

^a Hospital Universitario de Getafe, Getafe, Madrid, España

^b Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, España

Objetivo: Destacar la importancia del abuso financiero como tipo de maltrato en el paciente mayor.

Descripción del caso: Mujer de 86 años que es traída al hospital por intento autolítico. Es independiente para las actividades básicas de la vida diaria, no tiene deterioro cognitivo ni antecedentes psiquiátricos y vive sola en su domicilio (viuda).

Tras ser atendida por el servicio de urgencias, es derivada al programa de psicogeriatría para evaluación.

Pruebas complementarias y resultados: Durante la exploración la paciente relata avergonzada cómo una vecina, con la excusa de los problemas de deambulación de la paciente, se ofrece «altruistamente» a cuidarla, acompañarla al médico, hacer las compras e incluso gestionar su economía. Al mismo tiempo evita que la paciente tenga contacto con sus hijos, delegando en ella prácticamente todas las actividades. Un día, su vecina acude al banco y, extrayendo una importante suma de dinero de la cuenta corriente de la paciente, se da a la fuga.

Tras nuestra intervención, la paciente denuncia el caso y se va a vivir con una de sus hijas, recuperándose con éxito.

Conclusiones: La influencia indebida es un tipo de maltrato en el anciano que consiste en la explotación o uso ilegal de los fondos o recursos de una persona de edad avanzada. La prevalencia, por lo general subestimada por la falta de denuncias, es del 0,5-5%. Los sujetos más vulnerables son aquellos de edad avanzada, con renta media/alta, que sufren aislamiento social y geográfico y que tienen algún tipo de enfermedad, déficit motor o cognitivo. El agresor suele ser un individuo con trastorno de personalidad antisocial, rasgos sociopáticos o enfermedad mental, que se relaciona con la víctima e incluso convive con ella. Poco a poco crea una situación de dependencia víctima-agresor a través del ofrecimiento de falsos gestos de buena voluntad, manipulando y aislando a la víctima, para finalmente causarle perjuicio (pérdida económica).

Esta situación debe ser identificada y manejada adecuadamente por los profesionales sanitarios, diagnosticando, previniendo y tratando las secuelas psicológicas que puedan aparecer para evitar pérdidas emocionales en las víctimas, con el fin de preservar su autonomía y patrimonio.

<https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.04.340>

PC-195

Demencia por infarto estratégico



V. Martín López, L. Lozano Vicario, B.D. Vázquez Brölen, I. Criado Martín, P. Vicent Valverde

Hospital Universitario de Getafe, Getafe, Madrid, España

Objetivos: Mostrar la importancia del deterioro cognitivo adquirido tras un ictus, con intensidad suficiente para interferir en las actividades básicas de la vida diaria.

Descripción del caso clínico: Varón de 84 años con excelente situación basal (independiente para las actividades básicas e instrumentales y sin deterioro cognitivo) y sin antecedentes personales filiados, únicamente colocación de prótesis de rodilla izquierda. Actualmente no recibe ningún tratamiento farmacológico. Acude a urgencias por episodio de desorientación, fenómenos alucinatorios y heteroagresividad desde esa tarde. En la exploración física se encuentra consciente pero desorientado en las tres esferas, poco colaborador e inatento, verborreico y sin otra focalidad neurológica. Se realiza una analítica de sangre y orina descartando una posible infección, un ECG que se encuentra dentro de la normalidad y una radiografía de tórax sin hallazgos significativos, por lo que se decide realizar un CT de cráneo, en el que se observa un infarto lacunar de 6 mm en tálamo izquierdo y datos sugerentes de patología vascular en la sustancia blanca profunda. Ante los hallazgos en las pruebas complementarias y la persistencia del cuadro clínico se decide ingreso en el servicio de geriatría.

En la valoración por geriatría el paciente persiste desorientado, con discurso incoherente, no reconoce a sus familiares y con cuadros de inquietud nocturna durante el ingreso, precisando valoración por psicogeriatría.

Resultados: El paciente cuando es valorado por psicogeriatría permanece con el cuadro confusional, con fluctuación del nivel de consciencia e imposibilidad para realizar la exploración psicopatológica, por lo que ante la presencia de un delirium hiperactivo probablemente secundario al deterioro cognitivo vascular por la lesión isquémica en tálamo izquierdo se inicia primero tratamiento antidepresivo con duloxetina. Posteriormente se introduce un IACE (rivastigmina), un antipsicótico a dosis bajas (quetiapina) y pregabalina, con mejoría clínica, permaneciendo el paciente tranquilo, más orientado, sin nuevos episodios de heteroagresividad y pudiendo recuperar su situación funcional previa.

Conclusiones: La demencia por infarto estratégico es un tipo de demencia vascular de instauración aguda y causada por la presencia de un único infarto o hemorragia en localizaciones específicas implicadas en las funciones cognitivas y la conducta.

<https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.04.341>

PC-196

Angiosarcoma de Kaposi en una nonagenaria



L.A. Porta González, E. García Tercero, M. Alonso Seco, C. Pedro Monfort, V. Landaluce Pelligra, M.A. Carbonell Rabanal, M. Araujo Ordoñez

Hospital Geriátrico Virgen del Valle-Complejo Hospitalario de Toledo, Toledo, España

Presentación: Mujer de 92 años. No RAMC. HTA en tratamiento con hidrocloruro de amilorida/HTZ 5/50 mg diario, no DL, no DM, deterioro cognitivo al menos moderado. Ingresó en planta de geriatría por neumonía necrotizante abscesificada. Durante su estancia en planta presenta lesiones papulonodulares violáceas en MMII, cuello y tronco.