

septiembre de 2017 y febrero de 2018 con diagnóstico de FA. El MPI incluye variables sociodemográficas, funcionales (Katz, Lawton y FAC), nutricionales (MNASF), cognitivas, de riesgo de úlceras por presión, la comorbilidad y el número de fármacos, y permite estratificar a los pacientes según el riesgo de mortalidad: MPI-1 ($\leq 0,33$ bajo riesgo), MPI-2 (0,34-0,66 riesgo moderado) y MPI-3 (0,67-1,0 riesgo alto). También se recogieron antecedentes médicos (demencia y GDS), tratamiento anticoagulante previo, complicaciones de anticoagulación, CHA2DS2-VASc y HAS-BLED.

Resultados: Se incluyeron 62 pacientes (69% mujeres, edad media 94 ± 4 años). Estancia media 7 ± 5 días. La mitad vivía en domicilio (familiares/cuidadora privada). El 69% tenía demencia (44% grado moderado). El 61% era dependiente para las ABVD y el 94% para las AIVD. FAC 0 en el 29%. El 77% presentaba gran comorbilidad CIRS-CI ≥ 3 y tomaba ≥ 7 fármacos al ingreso. El 48% presentaba malnutrición y un 32% riesgo alto para el desarrollo de UPP. El 9% de los pacientes se incluyeron en el grupo MPI-1, 28% en MPI-2 y 63% en MPI-3. La mortalidad intrahospitalaria fue del 13%.

El 92% tenía FA crónica y el 8% FA *de novo*. El 79% recibía anticoagulantes: 57% con acenocumarol, 37% con nuevos anticoagulantes y 6% con heparinas de bajo peso molecular. El NACO más frecuente fue apixabán (44%). El 87% presentaban un CHA2DS2-VASc ≥ 2 y el 58% HAS-BLED ≥ 3 . El 10% presentaron complicaciones intrahospitalarias relacionadas con la anticoagulación (hematuria, metrorragia, rectorragia y hemorragia en colostomía). Se suspendió la anticoagulación al 6% por alto riesgo de sangrado y caídas, demencia avanzada o manejo paliativo.

Conclusiones: La mayoría de nuestros pacientes muy mayores anticoagulados con FA son dependientes, con gran comorbilidad, polifarmacia y demencia. Además, cuando ingresan, más del 60% presentan un riesgo alto de mortalidad calculado mediante el MPI.

<https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.04.211>

PC-066

¿Tienen nuestros residentes niveles inadecuados de hormona D? Y si es así, ¿debemos tratarlos?



M. Gómez Coll, P. García Méndez

Residencia Caser Betharram, Hondarribia, Guipúzcoa, España

Objetivos: Observar la prevalencia de deficiencia de hormona D en nuestros residentes.

Iniciar tratamiento con colecalciferol o calcifediol en un número determinado de residentes viendo si mejoraban sus cifras 25 OH-Vit D.

Observar si los residentes diabéticos e hipertensos mejoraban su perfil glucémico y cifras tensionales.

Métodos: Estudio descriptivo transversal determinando, mediante analíticas realizadas en el periodo marzo de 2017-febrero de 2018, la 25 OH-Vit D de 103 residentes.

Se realizó nuevo control analítico de 25 OH-Vit D a los 2-3 meses de tratamiento a 15 residentes, añadiendo un control Hb glucosilada a 5 residentes diabéticos y controles de PA manual a 5 hipertensos.

Resultados: 25 OH-Vit D obtenidas: 16 obtuvieron < 5 ng/ml, 40 entre 5-10 ng/ml, 33 entre 10-20 ng/ml, y 14 > 20 ng/ml (12 residentes ya tomaban calcio/vit D y/o calciferol o calcifediol, por lo que en realidad solo 2 residentes obtuvieron cifras > 20 ng).

Concentración media de 25(OH)D3: 8,1 ng/ml (rango < 3 -32,8).

Destacar que mejoró de una manera más llamativa en general la 25(OH)D3 de los residentes que tenían cifras más deficientes.

Calcemias obtenidas: el 83% en rango, el 11% en límite bajo y el 6% en límite alto, que eran los que tenían calcio/vit D en su tratamiento y hubo que reducirles dosis.

Concentración media de calcio: 9,28 mg/dl (rango 8,2-10,6).

El 100% de los residentes tratados mejoraron sus cifras de 25(OH)D3: 8 > 30 ng/ml, 6 entre 20-30 ng/ml y 1 entre 15-20 ng/ml.

De los 5 residentes que eran diabéticos, la HbA1C a los 3 meses mejoró en 4 (disminuyó entre 1-1,5%) y precisaron disminución de ADO y/o de insulina.

De los 5 residentes hipertensos, 4 disminuyeron sus cifras tensionales de forma progresiva y en uno hubo que reducir la dosis de antihipertensivo.

Conclusiones: Podemos afirmar que existe una altísima prevalencia de déficit de hormona D en nuestros residentes.

La hipovitaminosis D se corrige en poco tiempo, y si los pacientes mantienen cifras adecuadas de calcemia, parece razonable plantearnos reducir incluso suplementaciones con calcio.

En diabéticos e hipertensos con una comorbilidad evidente sí es posible pautarla de forma temprana.

<https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.04.212>

PC-067

Riesgo anticolinérgico en pacientes mayores institucionalizados, ¿asignatura pendiente?



A. Andújar Mateos^a, J. Andújar Blesa^b, A. Martí Llorca^c, P. Ortiz Sáez^a, M. Pascual Martínez^a, M. Espert Roig^a, M.D.L.A. Cánoves Escolano^a

^a Centro Sociosanitario La Florida, Alicante, España

^b Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia, España

^c Hospital General Universitario de Elche, Elche, Alicante, España

Objetivos: El objetivo principal del estudio fue obtener una visión general sobre la situación de riesgo anticolinérgico en nuestros usuarios institucionalizados en residencias para personas mayores (RPM) con el fin de detectar áreas de mejora, dada la extensa evidencia sobre sus efectos adversos (EA) a nivel tanto central como periférico.

Métodos: Estudio transversal, observacional, llevado a cabo durante el mes de enero de 2018 en dos RPM.

El riesgo anticolinérgico se midió mediante una escala validada (*Anticholinergic risk scale* [ARS], Rudolph JL y cols) que ha relacionado el uso de fármacos anticolinérgicos con un mayor número de EA como los anteriormente nombrados.

Sujetos: usuarios de las RPM de nuestra zona de influencia, con edad ≥ 65 años y en tratamiento con ≥ 1 fármaco.

Variables a estudio: proporción de sexos, edad, número de fármacos total, porcentaje de pacientes en tratamiento con algún anticolinérgico y puntuación ARS.

Se realizó una adaptación de la ARS a los fármacos disponibles en nuestra guía farmacoterapéutica: trazodona, selegilina, risperidona, ranitidina, quetiapina, paroxetina, mirtazapina, haloperidol, levodopa/carbidopa (1 punto, riesgo bajo); tolterodina, olanzapina, clozapina, baclofeno (2 puntos, riesgo medio); hidroxizina, clorpromazina, amitriptilina (3 puntos, riesgo alto).

Se excluyeron: fármacos estrictamente puntuales, tópicos, óticos e inhalados.

Resultados: Fueron incluidos todos los pacientes de ambas residencias (154), de los que se excluyeron 6 por razones de edad, obteniendo un total de 148. Ambas cohortes fueron homogéneas en los parámetros de base.