

en un plazo de 18 meses con FA en tratamiento anticoagulante, sin anemia en los 6 meses previos. Se recogieron variables clínicas, analíticas, mortalidad intrahospitalaria, tratamiento al ingreso y administrado durante el mismo. Se definió anemia grave como una determinación de  $Hb < 8 \text{ g/dl}$ .

**Resultados:** Se incluyeron 79 pacientes, edad media  $86,4 \pm 5,3$  años, 64,6% mujeres. El 89,6% ingresaron en la unidad de ortogeriatría. El 82,1% recibían tratamiento con acenocumarol. La incidencia de anemia grave fue del 20,3%. Precisaron trasfusión pre o intraquirúrgica de 1 a 4 concentrados el 38% y posquirúrgica el 32,9%. Otras complicaciones fueron: hematoma perilesional 55,7%, ICC 32,9%, FA rápida 30,4%, hemorragia digestiva 3,8%, ictus 1,3%, isquemia arterial aguda 1,3%, infección precoz de herida quirúrgica 1,3%; siendo la mortalidad del 8,9%. Todos los pacientes recibieron heparina en las primeras 24 h; de ellos, el 89,9% recibieron dosis terapéutica, aunque presentaban INR en rango o sobredosificación (53,9%). El 46,8% recibieron vitamina K, siendo esta administrada en las primeras 24 h. No hubo diferencias estadísticamente significativas en el desarrollo de complicaciones en función de la administración de heparina a dosis profiláctica o terapéutica, ni en función de la administración o no de vitamina K.

**Conclusiones:** Uno de cada cinco pacientes ingresados por FC en tratamiento anticoagulante por FA presentó anemia grave y casi dos tercios precisaron transfusión intrahospitalaria. Llama la atención el uso de terapia puente con anticoagulación completa en casi todos los pacientes, cuando en más de la mitad se objetivó INR elevado. Protocolizar el manejo de la anticoagulación en las primeras 24 h de ingreso podría mejorar los resultados de salud y la seguridad del paciente mayor con fractura de cadera.

<https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.04.227>

## PC-082

### Conciliación farmacológica en pacientes portadores de SNG/PEG institucionalizados



A.I. Hormigo Sánchez, T. de la Huerga Fernández, Bofill, M. Hernández Segurado, P. Sáez López, J. Sánchez Martín, J. Becares

Fundación Jiménez Díaz, Madrid, España

**Introducción:** El área sanitaria cuenta con 23 centros de salud (CS) y 54 residencias privadas, 25 de ellas incluidas en el portal sociosanitario (PSS), plataforma informática que sirve para mejorar la comunicación entre el hospital, las residencias y el CS.

#### Objetivos:

- Conciliar la mediación de aquellos pacientes incluidos en el PSS portadores de SNG/PEG, con la ayuda del Servicio de Farmacia y los criterios STOPP/START.
- Garantizar que reciben todos los medicamentos necesarios, con la dosis, vía y frecuencia correctas.

**Metodología:** El médico de la residencia envía e-consulta a geriatra consultor a través del PSS, el cual realiza como respuesta un informe de valoración no presencial con los ajustes de medicación indicados por el Servicio de Farmacia, así como su propia aportación con los criterios STOPP/START. La e-consulta tiene trazabilidad con atención primaria, por lo que su médico y enfermera del CS conocen las recomendaciones propuestas.

Se adaptó el tipo de preparado o forma farmacéutica. Se buscó siempre alternativa del fármaco en forma de sobres, solución oral u otro de la misma familia compatible. También se tuvo en consideración si se inactivaba con los alimentos o había que administrarlos con ella.

**Resultados:** Se recibieron 11 e-consultas para conciliar los tratamientos habituales de 11 pacientes portadores de SNG/PEG incluidos en el PSS en el año 2017, de los 33 registrados existentes en estas residencias. La media de fármacos que estaban tomando cada uno en el momento de realizar la e-consulta fue de 6,72 (74 en total).

Por parte de farmacia, se detectaron 12 fármacos (10%) no compatibles con SNG/PEG, principalmente Adiro y omeprazol cápsulas. Se dieron recomendaciones de incompatibilidades con la nutrición sobre 13 fármacos (17%).

En relación con los criterios de STOPP/START, se observó que 6 fármacos cumplían criterios STOPP y se recomendó iniciar un fármaco por los criterios START.

**Conclusiones:** La conciliación de la medicación supone beneficios clínicos y de ahorro en gastos farmacéuticos. La e-consulta demuestra ser efectiva en la comunicación entre niveles asistenciales, mejorando la calidad asistencial y la seguridad de los pacientes.

<https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.04.228>

## PC-083

### Estudio controlado de una intervención de reminiscencia en ancianos hospitalizados por enfermedad aguda. Descripción de la intervención y datos basales



E. Ocaña <sup>a</sup>, N. González Senac <sup>a</sup>, M.T. Vidán <sup>a</sup>, J. Ortiz <sup>a</sup>, R. Oropeza <sup>b</sup>

<sup>a</sup> Hospital Universitario Gregorio Marañón, Madrid, España

<sup>b</sup> Universidad Complutense de Madrid, Madrid, España

**Objetivos:** Descripción de un programa basado en terapia de reminiscencia grupal durante la hospitalización por enfermedad aguda en una unidad de agudos de geriatría.

**Material y métodos:** Se trata de un estudio prospectivo controlado, con diseño antes (grupo control [GC]) y después (grupo intervención [GI]), sobre el efecto de una intervención con ancianos hospitalizados realizado en la unidad de agudos. Sesiones diarias de 45-60 min dirigidas por una psicóloga, con estimulación del recuerdo basado en los sentidos y referidas al propio lugar de origen, con el objetivo de reducir el grado de ansiedad asociado al ingreso. Se excluyeron los pacientes con deterioro cognitivo severo (MMS < 15) o incapaces de realizar el MMS al ingreso por cualquier motivo. Se recogieron variables sociodemográficas, funcionales y clínicas y se administraron la escala de ansiedad (Hamilton), depresión (Yesavage) y miedo a la muerte (Collet-Lester parcial) al ingreso y alta hospitalaria en ambos grupos.

**Resultados:** Resultados preliminares sobre 251 pacientes consecutivos: 162 en el GC de febrero a diciembre de 2016 y 89 pacientes en el GI desde marzo hasta la actualidad (todavía abierto). La edad media era  $86,6 \pm 5,4$ , 56,6% mujeres, la mayoría viudas y vivían en casa con familia, con un Barthel medio de 77,6. Solo rechazaron la intervención 9 pacientes. El número medio de sesiones realizadas en el GI fue  $2,64 \pm 1,5$  (1-10). Los pacientes en el GI fueron ligeramente más jóvenes ( $85,2 \pm 6,1$  vs  $87,3 \pm 4,9$ ), presentaban basalmente menor grado de ansiedad (Hamilton GI:  $12,6 \pm 7$  vs  $14,6 \pm 7$  en GC;  $p = 0,031$ ), menor percepción de soledad (Este II:  $11,5 \pm 3,6$  vs  $12,6 \pm 4,1$ ;  $p = 0,04$ ) y ligeramente peor nivel cognitivo (MMS GI:  $22,39 \pm 5,1$  vs GC:  $24,57 \pm 4,9$ ;  $p = 0,001$ ). Basalmente no hubo diferencias entre grupos, en los motivos de ingreso, en el índice de Barthel medio, en el grado de estudios realizados, ni en la percepción subjetiva de salud.