

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 ^a, N. González Senac ^a, M.T. Vidán ^a, J. Ortiz ^a, R. Oropeza ^b

^a Hospital Universitario Gregorio Marañón, Madrid, España

^b 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.

Conclusiones: Una intervención grupal de terapia de reminiscencia durante la hospitalización es factible y bien aceptada en pacientes muy ancianos y con distintos motivos de ingreso. Por azar hubo algunas diferencias basales en variables importantes que serán controladas en el análisis final del estudio.

<https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.04.229>

PC-084

Estudio controlado de una intervención psicológica durante la hospitalización en la unidad de agudos de geriatría: factores asociados a mejoría de la ansiedad

E. Ocaña^a, N. Gonzalez Senac^b, R. Oropesa^b, M.T. Vidán^a, J. Ortiz^a

^a Hospital Universitario Gregorio Marañón, Madrid, España

^b Universidad Complutense de Madrid, Madrid, España

Objetivo: Evaluar los factores asociados a mejoría de la ansiedad durante la hospitalización por enfermedad aguda en ancianos.

Material y métodos: Estudio prospectivo controlado, con diseño antes (grupo control GC) y después (grupo intervención GI), realizado en la unidad de agudos. La intervención consistió en sesiones diarias de 45-60 min dirigidas por una psicóloga. Exclusión si deterioro cognitivo severo (MMS < 15) o incapacidad para realizarlo. Se recogieron variables sociodemográficas, funcionales y clínicas, número de sesiones de intervención, escala de ansiedad (Hamilton), depresión (Yesavage) y miedo a la muerte (Collett-Lester parcial) al ingreso y al alta hospitalaria en ambos grupos. Análisis estadístico: test de Anova y chi cuadrado. Análisis ajustado de regresión logística múltiple para evaluar el efecto independiente de la intervención así como del número de sesiones.

Resultados: Presentamos resultados preliminares sobre 162 pacientes en el GC y 89 en el GI. La edad media fue $85,2 \pm 6,1$ vs $87,3 \pm 4,9$, $p = 0,03$, y un MMS basal $22,39 \pm 5,1$ vs $24,57 \pm 4,9$; $p = 0,001$ en GI y GC, respectivamente. Mejoraron la ansiedad al alta 135 pacientes (55,8% del total), 85,4% en GI vs 40,6% en GC, $p < 0,001$. Mejoraron el 51,8% de las mujeres, frente al 61,2% de los varones. No hubo diferencias en la edad, Barthel, MMS, grado de ansiedad o grado de dolor al ingreso entre los que mejoraron o no al alta. Los pacientes con ansiedad en grado severo (Hamilton > 18) mejoraron el 59,7% frente al 54,1% de los que tenían ansiedad leve; $p = 0,422$. La intervención se asoció a mejoría en el grado de ansiedad al alta, independientemente de la edad, sexo, grado de ansiedad basal, función cognitiva, con un OR 13,05 (IC 95%: 5,8-29,2). Entre los que recibieron la intervención, el único factor asociado de forma independiente a mejoría fue el número de sesiones realizadas, OR 5,5 (IC 95%: 1,4-22,3) por cada una.

Conclusiones: Un programa de intervención grupal de terapia de reminiscencia durante la hospitalización en ancianos mejora el grado de ansiedad basal independientemente de las características del enfermo, el motivo de ingreso o el grado de ansiedad basal. El principal factor asociado a mejoría fue el número de sesiones recibidas.

<https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.04.230>

PC-085

Hospitalizaciones derivadas desde un centro gerontológico con 2 modelos de atención sanitaria



J.J. Calvo Aguirre^a, P. Garmendia Freire^a, A. Izaguirre Araña^a, N. Mendiluce Erkizia^a, C. Martínez Burgui^a, O. Bueno Yañez^b

^a Residencia Zorroaga, San Sebastián, España
^b Hospital Universitario Donostia, San Sebastián, España

Objetivos: Las derivaciones a urgencias hospitalarias desde el medio residencial, y las hospitalizaciones derivadas (Burke, 2015), constituyen un área de mejora para las organizaciones sanitaria y sociosanitaria y para el propio usuario residente. La repercusión económica de las mismas es alta.

En un periodo de 5 años (2013-2017) nos hemos planteado conocer desde una atención sanitaria residencial cuáles han sido nuestras ratios de derivación a urgencias hospitalarias y las hospitalizaciones derivadas de las mismas, y comparar los resultados con los publicados por Burke, así como con las hospitalizaciones generadas en un grupo de residentes de nuestro medio cuya atención sanitaria está siendo únicamente gestionada por atención primaria (AP) de Osakidetza.

Métodos: La población residencial de Zorroaga en estos 5 años se divide en dos grupos:

- Grupo A (93,9% del número de estancias residenciales), 664 residentes con un nivel de dependencia alto y una edad media de 84,7 años, que reciben una atención sanitaria integrada médica y de enfermería desde la propia residencia Zorroaga.
- Grupo B (6% del número de estancias residenciales), 46 residentes con un nivel de dependencia bajo y una edad media de 72,9 años, cuya atención sanitaria procede de AP de Osakidetza.

En ambos grupos evaluamos derivaciones a urgencias, hospitalizaciones, tiempos de estancia hospitalaria, ratios de ingreso hospitalario y mortalidad.

Resultados: Durante 5 años (1 de enero de 2013 a 31 de diciembre de 2017), en el grupo A se incluyen 664 residentes con una edad media de 84,7 años, que han generado 568.627 días de estancia residencial, habiendo fallecido 326. El grupo B incluye 46 residentes con una edad media de 72,9 años que han generado 36.678 días de estancia residencial, habiendo fallecido 4.

En el grupo A, la ratio de derivación a urgencias ha sido de 0,35/residente/año, con una tasa de hospitalizaciones derivadas del 57,4%, lo que ofrece una tasa de hospitalizaciones de 0,25/residente/año. En el grupo B, la tasa de hospitalizaciones ha sido de 0,71/residente/año ($p < 0,000001$).

Conclusiones: Con una población de edad más avanzada y mayores niveles de dependencia, la atención sanitaria integrada en nuestro medio residencial genera una minorización importante de los ingresos hospitalarios.

<https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.04.231>