

fractura de cadera *de novo* desde enero de 2017 hasta diciembre de 2017, análisis de la incidencia de mortalidad, y de la incidencia y causas de reingresos hospitalarios al mes, 3 meses y 6 meses postintervención. Los datos se recopilaron de la historia clínica informatizada de atención especializada, historia clínica informatizada de atención primaria y encuestas telefónicas, y los resultados se analizaron con el sistema SPSS.

Resultados: Desde enero a diciembre del año 2017 han ingresado 406 pacientes por fractura de cadera *de novo*, distribuyéndose respecto al tipo de fractura en: 108 fracturas intracapsulares no desplazadas, 16 fracturas intracapsulares desplazadas, 238 fracturas pertrocantáreas y 43 subtrocantáreas. Durante el ingreso hospitalario fallecieron 24 pacientes, lo que supone una incidencia de mortalidad intrahospitalaria aguda del 5,9%. La incidencia de mortalidad global en el período de 6 meses fue del 7,97%, siendo máxima al primer mes. La principal causa de muerte fue la sepsis, por lo general de origen respiratorio con fallo multiorgánico.

Respecto a los reingresos en el primer mes post-cirugía, la incidencia es del 1,84%, figurando como principales causas: infección respiratoria y edema agudo de pulmón.

Desde el primer mes hasta el tercer mes postintervención la incidencia de reingresos hospitalarios es de 2,14%, correspondiendo el mayor porcentaje a causas nuevamente infecciosas, principalmente neumonías.

Hasta el sexto mes, la incidencia de reingreso es del 4,91%, siendo la principal causa infecciosa tanto de tracto urinario como neumonías.

Conclusiones: Los datos de nuestra área se acercan a los estándares respecto a mortalidad intrahospitalaria, y se deben analizar los datos de mortalidad al año para confirmar esa tendencia. En cuanto a la incidencia de reingresos en el primer mes, los datos son muy favorables en comparación con otras series de la población española (1,84% vs 5%), manteniéndose dicha tendencia durante los meses posteriores. Las causas principales de reingreso son similares a las de otras series.

<https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.04.251>

PC-106

Factores de riesgo asociados a mortalidad temprana en nonagenarios operados de fractura de cadera

N. Montero-Fernández^a, J. Cava-Mayordomo^b, L. Abásolo-Alcázar^c, J. Ortiz-Alonso^d, M. Vidán-Astiz^e, J.A. Serra-Rexach^e

^a Servicio de Geriatría, Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Instituto de Investigación Sanitaria Gregorio Marañón, Madrid, España

^b Centro de Investigación en Red Fragilidad y Envejecimiento Saludable, CIBERFES, Madrid, España

^c Servicio de Reumatología, Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España

^d Servicio Geriatría Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, España

^e Universidad Complutense de Madrid, Madrid, España

Objetivos: El objetivo principal del estudio fue analizar los factores de riesgo implicados en la mortalidad temprana, a los 30 días del ingreso, de 1.177 nonagenarios operados por fractura de cadera.

Métodos: Explotación de una base de datos propia realizada desde 1997 a 2016 con variables sociodemográficas, situación funcional basal, comorbilidades, tipo y características de la fractura, variables asociadas a la cirugía, así como complicaciones médicas

postoperatorias, estancia media hospitalaria y día del ingreso. Se consultó la fecha de mortalidad al Índice Nacional de Defunciones (INDEF). Se realizó un análisis multivariante por regresión logística con la mortalidad a los 30 días como variable principal.

Resultados: Los resultados del análisis de distintos factores en una muestra de 1.177 nonagenarios operados de fractura de cadera han mostrado que la polifarmacia (OR: 2,06; IC 95%: 1,28-3,31) y el desarrollo de complicaciones médicas como la infección respiratoria (OR: 4,56; IC 95%: 2,73-7,63), arritmia (OR: 2,73; IC 95%: 1,35-5,53) y las alteraciones electrolíticas (OR: 2,23; IC 95%: 1,37-3,63) durante la estancia hospitalaria son los factores de riesgo de más peso (en términos de *odds ratio*) asociados a mortalidad temprana en este colectivo.

Conclusiones: Existen factores de riesgo en nonagenarios operados de fractura de cadera asociados a un aumento de la mortalidad a 30 días. Al ser algunos de estos factores modificables, se recomienda mayor atención a los mismos con el fin de disminuir la mortalidad a corto plazo asociada a dicha patología.

<https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.04.252>

PC-107

Perfiles de pacientes con mayor riesgo de mortalidad hospitalaria y al año tras fractura de cadera



P. Sáez López^a, N. Alonso García^b, N. Sanchez Hernandez^c, A.I. Hormigo Sanchez^a, M. Mejía Ramírez^a, M. Bravo Jiménez^c, J.A. Valverde García^d

^a Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz, Madrid, España

^b Complejo Asistencial de Segovia, Segovia, España

^c Complejo Asistencial de Ávila, Ávila, España

^d Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid, España

Introducción: La fractura de cadera es la complicación más importante de la osteoporosis en términos de mortalidad, morbilidad y costes. En España se producen anualmente cerca de 50.000 fracturas de cadera y el 30% de los pacientes fallecen durante el primer año. Se han descrito numerosos factores que podrían asociarse a un mayor riesgo de mortalidad, pero se desconoce qué combinación de variables implica un perfil clínico de mayor riesgo.

Objetivos: Identificar qué combinación de variables (de todas las que se han asociado a una mayor mortalidad) definen el perfil de paciente con mayor riesgo de fallecer tras fractura de cadera.

Material y método: Se analizó un total de 410 pacientes mayores de 75 años ingresados en nuestro centro durante los años 2010 y 2013 con diagnóstico de fractura de cadera. En cada paciente se registraron datos demográficos, comorbilidad, analíticos, situación funcional, cognitiva y social, así como las complicaciones durante el ingreso. Se registró la presencia o no de muerte durante el primer año y se analizó la relación entre la mortalidad y las variables recogidas. Para tratar de identificar perfiles diferenciados de pacientes con mayor tendencia a fallecer durante el primer año tras la fractura se utilizó el análisis multivariante de segmentación de Chaid.

Resultados: Se identificó que el perfil con mayor riesgo de fallecer en el primer año lo constituyen los pacientes con demencia que desarrollan complicaciones respiratorias. En este subgrupo la tasa de mortalidad al año fue de casi un 73%, más del doble que la tasa de mortalidad determinada para el conjunto de la muestra (30,7%).

Conclusiones: Hay un gran número de factores, tanto clínicos como epidemiológicos y asistenciales, que se relacionan con mayor mortalidad al año tras sufrir una fractura de cadera. Pero

los pacientes con demencia que tienen complicaciones respiratorias son aquellos con perfil clínico de mayor riesgo, por ello se debe realizar una monitorización más estrecha para intentar mejorar su pronóstico.

<https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.04.253>

PC-108

Diseño, implantación y resultados de un estándar de calidad de atención farmacéutica sociosanitaria. sello pqc



L. Murcia Torregrosa^a, M. Salvador Sánchez-Marco^a, R. Ramírez^b, M. Montoya^b

^a Domus Vi, Elche, Alicante, España

^b Atepharma, Madrid, España

Introducción: La farmacia comunitaria se sitúa como agente principal gracias a su proximidad y experiencia en atención al paciente crónico para garantizar la prestación farmacéutica a los pacientes institucionalizados. AFP Pharmaceutical Development propone a las farmacias y centros residenciales un modelo testado y fruto de 13 años de trabajo en el sector sociosanitario.

De la experiencia en esta metodología de trabajo llevada a cabo por más de 30 farmacéuticos colaboradores, 40 oficinas de farmacia en más de 70 centros sociosanitarios, ha surgido el desarrollo del estándar de calidad Programa de Atención Farmacéutica Sociosanitaria (*Pharmaceutical Quality Care* [PQC]).

Objetivos:

- Desarrollo e implantación de un estándar de calidad propio que establece los requisitos mínimos que debe cumplir la prestación farmacéutica a pacientes dependientes en centros sociosanitarios.
- Garantizar la calidad del servicio prestado en cuanto a eficiencia y seguridad del paciente gracias a los protocolos implantados.
- Seguimiento y medición de los resultados de Programa de Atención Farmacéutica Sociosanitaria desarrollado

Material y métodos:

- Conjunto de instrucciones técnicas y registros del sello PQC que describen los diferentes procesos de la atención farmacéutica en los centros.
- El método utilizado ha sido la implantación y la posterior comprobación a través de auditorías del cumplimiento de los protocolos y su repercusión en la mejora del servicio.

Resultado:

- Centros en los que se ha implantado el estándar: 64.
- Centros que han superado la auditoría: 61.
- Farmacias acreditadas: 39.
- Farmacéuticos colaboradores acreditados: 28.

Discusión y conclusiones:

La implantación del sello PQC ha conseguido trabajar de forma protocolizada en:

- Logística y almacenamiento de medicamentos.
- Gestión de pedidos.
- Control y almacenamiento de los medicamentos.
- Acondicionamiento de los medicamentos de manera personalizada.

- La gestión de la comunicación y de la información relativa a los medicamentos tanto a los profesionales del centro como a los usuarios.

Todo esto redunda en una mejora de la calidad asistencial al paciente institucionalizado

<https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.04.254>

PC-109

Evolución del dolor y de la prescripción de tratamiento analgésico desde la fase aguda hasta el año tras una fractura de cadera



R. Menéndez-Colino, P. Gotor, I. Martín-Maestre, M. Díaz de Bustamante, A. Algara, T. Alarcon, J.I. González-Montalvo

Hospital Universitario La Paz, Madrid, España

Objetivo: Conocer la intensidad del dolor y su evolución en el tiempo en una serie de pacientes intervenidos por fractura de cadera (FC), así como el perfil de prescripción de analgésicos para el mismo.

Método: Se aplicó una escala descriptiva verbal (EDV) de evaluación del dolor en cadera a una serie de pacientes tratados por FC en una unidad de ortogeriatría de un hospital universitario seguidos posteriormente en la consulta externa. El dolor se evaluó en 6 momentos: al ingreso, postoperatorio (PO) inmediato, al alta, a los 3, 6 y 12 meses, en reposo y en movimiento/deambulación. La escala clasifica en 6 categorías de dolor (0: no dolor, 1: un poco, 2: bastante, 3: mucho, 4: muchísimo, 5: insoportable). Se consideró dolor moderado-grave al descrito como ≥ 2 . Todos los pacientes fueron tratados mediante un protocolo analgésico estandarizado consistente en una pauta alterna de paracetamol y metamizol, con rescate de tramadol. Se recogieron variables demográficas, funcionales, cognitivas y analíticas en todos los pacientes.

Resultados: Se incluyeron 100 pacientes de $82,9 \pm 6,3$ años de edad media, el 78% mujeres. La puntuación media en la EDV en reposo fue siempre inferior a 1, pero mayor con el movimiento/deambulación (2,7 al ingreso, 1,8 en el PO, 1,4 al alta y < 1 a partir de entonces). Presentaron dolor moderado-grave el 86% de los pacientes al ingreso, el 64% en el PO, el 30% al alta, el 13% a los 3 meses, el 7% a los 6 meses y el 10% a los 12 meses. Tomaban previamente analgésicos menores el 29%, opiáceos menores el 7% y opiáceos mayores el 3%. A prácticamente todos (99%) se les prescribió la pauta descrita de analgésicos menores durante el ingreso y al alta y a alrededor del 40% durante todo el año. Solo hubo un ligero aumento de opiáceos menores (13% al ingreso y 9% al alta) y no hubo diferencias en los mayores.

Conclusión: El dolor tras una fractura de cadera tratado mediante un protocolo estándar es leve en la mayoría de los casos a partir del alta hospitalaria, pero un porcentaje elevado de pacientes precisan analgésicos durante los meses siguientes a la fractura.

<https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.04.255>