37,44 (DE 19,25), al alta 67,69 (DE 22,67). Pfeiffer al ingreso > 3: 60,60%. Fractura pertrocantérea: 56,1%, intracapsular desplazada: 31,7%. Tratamiento: clavo intramedular: 61,54%; artroplastia parcial: 28,20%; demora quirúrgica mediana 17,3 h (RI: 51,4); estancia media en agudos: 8,2 (DE 4,36) días. Datos analíticos: vitamina D $\leq 30\,\mu g/l$: 73,2%; hipoproteinemia: 58,5%; hipoalbuminemia: 51,2%; anemia: 92,7%, Hb 10,43 g/dl (DE 1,46), transfusión: 39%, Fe intravenoso: 2,4% y oral: 70,7%. Complicaciones: delirium: 31,7%, infección respiratoria: 19,5%, urinaria: 17,1%, insuficiencia cardiaca: 26,8%, insuficiencia renal: 22%, estreñimiento: 31,7%. Resultado funcional: ganancia absoluta de Barthel: 30,26; relativa: 72,23%. Deambulación a 30 días: independiente fuera de casa: 50%, independiente en domicilio: 28,9%. Suplementación al alta de calcio: 75,66%, vitamina D: 94,6%. Antirresortivos a los 30 días: 32,43%. Mortalidad: 4,9% durante el ingreso, 7,3% a los 3 meses.

Conclusiones:

- Los pacientes atendidos en nuestra unidad por fractura de cadera presentan edad avanzada, alta comorbilidad y polifarmacia, alta prevalencia de déficit de vitamina D.
- La osteoporosis es un problema no diagnosticado e incluso, en los pacientes diagnosticados, no tratado.
- El ingreso en la unidad consigue recuperación funcional al alta y al mes en un porcentaje elevado de pacientes.
- El abordaje terapéutico de la osteoporosis mejora tras el ingreso.

https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.04.316

PC-171

Valoración de la fragilidad en ancianos institucionalizados y abordaje a través del hospital de día de geriatría

M.D.R. Malfeito Jiménez, G.E. Sedano Gómez

Hospital Universitario Lucus Augusti, Lugo, España

Introducción: El aumento progresivo del envejecimiento y el mayor número de ancianos institucionalizados hace que nos encontremos ante un nuevo perfil de pacientes.

El paciente institucionalizado es complejo, con una edad media de 80 años, más de cinco enfermedades crónicas, polifarmacia, elevada dependencia y deterioro cognitivo grave en más del 50% de ellos. Esto hace que se trate de una población muy vulnerable, frecuentadora de los servicios de urgencias y reingresadores, a pesar de los cuidados recibidos tanto por parte de atención primaria como por parte de los médicos de las residencias.

Como la fragilidad en este grupo poblacional es mayor, entendiéndose como fragilidad el síndrome clínico fruto de la disminución de las reservas fisiológicas que condiciona una menor capacidad de respuesta al estrés y que se asocia a un mayor riesgo de incapacidad y morbimortalidad, debemos buscar optimizar su manejo, su tratamiento y las alternativas a la hospitalización.

Objetivo:

- Estratificar a los pacientes institucionalizados según la pirámide de Kaiser de acuerdo al grado de fragilidad.
- Aplicar medidas de prevención en aquellos con fragilidad leve o moderada y plan de cuidados en los de avanzada.
- Mejorar la comunicación entre las residencias y el hospital de día.

Material y métodos: Estudio descriptivo y observacional de 2 residencias (pertenecientes al Sistema Farmacia Hospitalaria) A y B desde el 15 de diciembre de 2017 al 15 de marzo de 2018 con 132 y 165 pacientes, respectivamente.

Realizamos visitas semanales para la captación de pacientes según criterios de fragilidad y para consensuar cuidados con médicos y enfermería.

Aplicamos los criterios de fragilidad según el índice fragilidad-VIG.

Resultados: Centro A, edad media 83 años, 67% mujeres (89) y 33% (43) varones; 8 sin fragilidad, 20 con fragilidad leve, 87 (66%) fragilidad moderada y avanzada en 17 residentes. Centro B, edad media 75 años, 108 (65%) mujeres y 57 varones. Fragilidad leve, moderada y avanzada en un 16% (28), 60% (100) y 15% (26), respectivamente. Ausencia de fragilidad en 11 ancianos.

Conclusión: Establecer al hospital de día como eje regulador de la atención integral al paciente frágil e institucionalizado, reduciendo las hospitalizaciones y las visitas a urgencias.

https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.04.317

PC-172

Factores asociados a recuperación funcional en pacientes ingresados en una unidad de convalecencia tras fractura de cadera de perfil osteoporótico

P.A. Garibaldi Tolmos, C. Rodríguez González, E. Martínez Almazán, M.D.L.O. Domínguez López, E. Rios Kompaniets, N. Albiol Tomás, A. Garnica Fernández

Hospital i Llars de la Santa Creu, Tortosa, Tarragona, España

Objetivos: Analizar los factores relacionados con la recuperación funcional, complicaciones médicas y estancia hospitalaria tras una ingreso por fractura de cadera osteoporótica en una unidad de convalecencia.

Material y métodos: Estudio observacional prospectivo de 41 pacientes ingresados tras fractura de cadera osteoporótica, de mayo a diciembre de 2017. Se recogen datos demográficos, funcionales al ingreso y al alta y médicos. Análisis descriptivo, comparación de proporciones (chi-cuadrado) y medias (t de Student, ANOVA).

Resultados: Edad: 84,12 (DE: 6,03) años, Funcional: Barthel prefractura 80,62 (DE: 20,19), al ingreso (convalecencia) 37,44 (DE: 19,25), al alta 67,69 (DE: 22,67). Movilidad prefractura: dentro de casa con ayuda: 13,2%; independiente dentro de casa 18,4%; independiente fuera de casa 63,4%. Tratamiento: 61,54% clavo intramedular; 28,20% artroplastia parcial. Demora quirúrgica: mediana: 17,26 h (RI: 51,4). Comorbilidad: HTA: 87,8%; cardiopatía: 41,5%; demencia: 26,8%; polifarmacia: 82,9%. Vitamina D (ng/ml) al ingreso: < 10 19,5%; 10-20: 31,7%; 20-29 22%. Complicaciones (traumatología + convalecencia): delirium: 31,7%; infección respiratoria: 19,5%; infección urinaria: 17,1%; insuficiencia cardiaca: 26,8%; anemia: 92,7%; transfusión 39%. Sedestación primer día posquirúrgico: 60,53%. Traumatología: estancia: $8{,}23 \pm 4{,}36$ días. Recuperación marcha autónoma: 78,9%. Menor delirium en los que recuperan marcha autónoma: 16,7% vs 83,3%, $p = 0{,}019$. Relación vitamina D basal-ganancia funcional (Barthel al alta-Barthel al ingreso): < 10 ng/ml: 17,5; > 29: 34,55, $p = 0{,}021$. Mayor ganancia funcional si Barthel previo ≥ 60; $p = 0{,}018$, y ausencia de demencia, $p = 0{,}001$. La demora quirúrgica > 48 h se asocia a mayor frecuencia de descompesación de ICC ($p = 0{,}001$) y mayor estancia hospitalaria en traumatología ($p = 0{,}002$).

Conclusiones: Se produce recuperación de la autonomía de la marcha en la mayoría de enfermos, siendo inferior en los enfermos que presentan delirium.