La mayor ganancia funcional tras el ingreso se relaciona con mayores niveles de vitamina D basales, mejor situación funcional previa y ausencia de demencia.

La demora quirúrgica se asocia a mayor descompensación de ICC y mayor estancia hospitalaria en traumatología.

https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.04.318

PC-173

Estudio sobre el uso de laxantes en pacientes mayores institucionalizados

A. Martí Llorca[a], A. Andújar Mateos[b], S. García Cases[b], P. Ortiz Sáez[b], M. Espert Roig[b], A. Navarro Ruiz[a], M.A. Cánoves Escolano[b]

[a] *Hospital General Universitario, Elche, Alicante, España*
[b] *Residencia de la tercera edad «La Florida», Alicante, España*

Objetivo: Analizar el uso de fármacos laxantes (FL) en residencias de personas mayores y evaluar si su uso se encuentra asociado al tratamiento con fármacos con potencial astringente (FPA).

Material y métodos: Estudio observacional transversal realizado en el mes de enero de 2018 en 11 residencias cuyo tratamiento farmacológico se dispensa desde un servicio de farmacia sociosanitario.

Para llevarlo a cabo, se realizó una búsqueda bibliográfica para determinar qué FPA se consideraban, de los cuales se encontraban en nuestra guía farmacoterapéutica: morfina, fentanilo, buprenorfina, tramadol, biperideno, memantina, clorpromazina, clozapina, hidroxizina, levomepromazina, tolterodina, nifedipino, verapamilo y amitriptilina.

El total de los pacientes fue separado en dos grupos según se encontrasen en tratamiento o no con FL.

La relación se analizó mediante la prueba estadística de chi cuadrado. El estudio se complementó con la prueba estadística de análisis del riesgo odds ratio.

Resultados: Se analizaron los tratamientos de un total de 1.015 residentes (63% mujeres) distribuidos en las 11 residencias, con una mediana de edad de 83 años.

El uso de FL fue del 40,5% del total de residentes. De ellos, 142 (34,5%) tenían prescrito además un FPA de los nombrados anteriormente. Por otra parte, de los residentes que no estaban en tratamiento con un FL, los que tenían prescrito un FPA fueron 166 (27,5%). Con la prueba estadística chi cuadrado se obtiene una $p = 0{,}016$ para dicha asociación.

La odds ratio fue de 1,393 (1,063-1,826).

Conclusiones: Hay un elevado uso de laxantes en las residencias de ancianos incluidas en el estudio, y pese a que son diversos los factores que influyen en el estreñimiento, la relación que existe entre este y los pacientes institucionalizados tratados con FPA es un factor más a tener en cuenta en el abordaje terapéutico de esta población.

https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.04.319

PC-174

Conciliación de medicación: importancia de la intervención del farmacéutico al ingreso en un centro sociosanitario

M. Pérez Fernández, T.I. Usieto Piedrafita, J. Rodríguez García, L. Martínez Sotelo

Centro Sociosanitario El Pino, Las Palmas de Gran Canaria, España

Objetivo: Analizar la necesidad de implantar un programa de conciliación de la medicación en el proceso de transición asistencial del paciente, mediante la detección de errores producidos en la medicación, integrando al farmacéutico en el protocolo de ingreso.

Método: Se realiza un estudio retrospectivo de los ingresos durante el año 2017. Criterios de inclusión: paciente mayor o igual de 60 años, con 4 fármacos o más, que ingresa en la unidad de residencia, procedente de su domicilio, clínica concertada o centro sociosanitario. La medicación es analizada conforme a sus discrepancias y gravedad de las mismas.

Resultados: Se ha obtenido información completa de su historia farmacoterapéutica gracias a la historia clínica y la entrevista con la familia. Tras analizar la medicación a las 24 h del ingreso se observa un 53,48% sin discrepancias, un 15,82% de discrepancias justificadas y un 30,70% de discrepancias no justificadas o de errores en la conciliación, ya sea por omisión 45,26%, inicio 12,37%, cambio de vía, frecuencia y/o dosis del medicamento 39,17%, medicamento diferente 1,03% y prescripción incompleta 2,06%.

Asimismo, atendiendo a la clasificación de la gravedad de los errores de medicación obtenemos un 12,37% tipo A, un 71,13% tipo B, un 8,24% tipo C, un 6,18% tipo D y un 2,06% tipo E.

Conclusiones: El proceso de la conciliación de la medicación debería ser una práctica integrada en la actividad asistencial diaria en todas las transiciones asistenciales. Ha demostrado ser una estrategia importante para reducir los errores de medicación, los costes de los tratamientos y los riesgos potenciales para los pacientes, siempre y cuando, se revisen los tratamientos farmacológicos en las primeras 24 h de la admisión y el responsable de realizar este proceso posea suficiente conocimiento y experiencia en el manejo de la medicación, siendo generalmente un farmacéutico, aunque en muchos casos puede haber una responsabilidad compartida.

La participación del farmacéutico dentro del equipo multidisciplinar aumenta la calidad asistencial de este procedimiento clínico.

https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.04.320

PC-175

Factores relacionados con la adherencia global y diferenciada al tratamiento antirresortivo parenteral al año de un ingreso por fractura de cadera en una unidad geriátrica

A. Gamboa Arango, E. Duaso, M. Banque, P. Marimón, M. Sandiumenge, E. Escalante, C. Lumbreras

Consorci Sanitari de l'Anoia, Igualada, Barcelona, España

Objetivos: Prescribir, al alta de la UGA por FCFO, medicación parenteral antirresortiva en prevención secundaria posfractura, seguimiento presencial en la unidad de fractura osteoporótica (UFO) y conocer la adherencia (global y diferenciada por fármaco) al año. Analizar los factores pronósticos a dicha adherencia

Materiales y métodos: Estudio prospectivo de análisis de datos bivariante para los factores relacionados y multivariante para los predictores de adherencia en la muestra prospectiva (año 2015).

Se recogieron variables demográficas, índice Lawton; índice Barthel previo, ingreso, alta y 12 meses (IBp, IBi, IBa, IB12); capacidad de la marcha previa, alta y 12 m (FACp, FACa, FAC12m); cognición(GDS), índice de Charlson (C); espera quirúrgica; ASA; estancia hospitalaria; destino alta; prescripción farmacológica antirresortiva parenteral al alta y a los 12 meses de seguimiento. Estudio estadístico con SPSS 19.0.0.

Resultados: Del 1 marzo al 31 diciembre de 2015, al alta, se prescribió antirresortivo parenteral a 95 (90,47%) pacientes de los 105 atendidos por FC. De estos 95 pacientes, a los 12 meses vivían 83 (87,36%); 61 (73,5%) con adherencia al tratamiento parenteral y 22 (26,5%) sin adherencia. La edad media era de 85,39 ± 4,974, con 81,9% de mujeres. En el análisis bivariado se asociaron con adherencia Sí/No el no haber presentado delirium durante el ingreso: 27 (44,3%) / 19 (86,4%) (p = 0,011); IB12m: 68,68 ± 27,55 / 52,95 ± 23,17 (p = 0,019); ILp: 4,03 ± 3,08 / 2,22 ± 2,61 (p = 0,016); FACa 2,57 ± 1,05 / 1,81 ± 0,90 (p = 0,003); FAC12m 3,88 ± 1,39 / 2,77 ± 1,02 (p = 0,001); IL12m 2,57 ± 2,86 / 0,68 ± 1,28 (p = 0,04); GDSp 2,38 ± 1,84 / 3,59 ± 2,32 (p = 0,016); destino 12 m domicilio/residencia 48 (79%) / 13(21%) (p = 0,001). El GDSp y el FG12m son factores predictivos de falta de adherencia. Estamos pendientes de obtener el análisis diferenciado por fármaco (zolendrónico/denosumab).

Conclusiones: El tratamiento parenteral con antirresortivo al alta de la UGA por FCFO y el seguimiento presencial en la UFO consiguen aumentar los porcentajes de adherencia en los pacientes ancianos con FCFO. El no haber presentado delírium durante el ingreso, mantener el domicilio a los 12 meses y una mejor situación funcional (previa y 12 meses) se relacionan con la adherencia global al año de tratamiento. En el análisis multivariante, el deterioro cognitivo y el de la función renal son predictores de falta de adherencia global.

https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.04.321

PC-176

Psicofármacos y síndrome confusional agudo como determinantes de la funcionalidad en pacientes con fractura de cadera

M.I. Porras Guerra, M.L. Suarez Huertas, M.A. Alonso de la Torre López, R.M. Arias García

Complejo Asistencial de León, León, España

Introducción: Tomar psicotropos se asocia a mayor riesgo de caídas, que a su vez son la causa principal de fracturas de cadera en pacientes mayores. Teniendo en cuenta que los pacientes hospitalizados por fractura de cadera presentan un riesgo mayor de sufrir un síndrome confusional agudo (SCA) durante el ingreso, la asociación de estos factores es un condicionante importante de su evolución.

Objetivo: Determinar la funcionalidad al alta de pacientes ingresados por fractura de cadera que presentaron un SCA durante el ingreso y tomaban previamente psicofármacos.

Material y métodos: Estudio observacional, prospectivo. Datos de la historia clínica de pacientes de 75 años o más, ingresados por fractura de cadera durante 2014. Variables: sexo, edad, domicilio, tipo de fractura, estancia media, Barthel, deambulación previa al ingreso y al alta, toma de psicofármacos, SCA y tipo, mortalidad. Estadística: SPSS v15.0.

Resultados: n = 254. Mujeres: 73,5%. Varones: 26,5%.

Edad media: 87,5 (DE 5,4) años. Domicilio: 48% con familiares, 31, 8% residencia, 20,2% solos.

Fractura: cuello fémur: 42,4%, pertrocantérea: 26,3%, subtrocantérea: 31,3%. Tratamiento quirúrgico: 91,8%, resto conservador. Estancia media: 11,4 días; pacientes con SCA 14,3 días. Barthel 69,2 (DE 28,5). Movilidad: 64% FAC 5, 26% FAC 4, resto FAC 0. Complicación más frecuente: infecciones de orina (39,1%), después SCA (37%). La mitad de los pacientes con demencia presentaron SCA durante la hospitalización, 26% de SCA sin antecedentes de deterioro cognitivo. SCA hiperactivo (66,1%) el más frecuente. El 53% presentaba algún tipo de patología neuropsiquiátrica, insomnio lo más frecuente, después trastorno depresivo y deterioro cognitivo. El 59% tomaba algún psicofármaco, benzodiacepinas y antidepresivos los más frecuentes. Mortalidad: 9,1%, sin diferencia por sexos.

Al alta, de los pacientes que presentaron SCA un 18,3% van a residencia. Del resto de pacientes, 1 de cada 3 precisa más ayuda.

Conclusiones: El deterioro cognitivo es el principal factor predisponente para sufrir SCA, seguido de mayor edad y antecedentes depresivos en pacientes ingresados por fractura de cadera.

Sufrir un SCA durante la hospitalización junto al consumo de psicofármacos repercute negativamente en la funcionalidad y la independencia. Aumenta la estancia media, retrasa la recuperación funcional y el paciente precisa más ayuda.

El seguimiento y la revisión del tratamiento son fundamentales en el paciente mayor, sobre todo de fármacos cuyos efectos secundarios puedan tener consecuencias determinantes en su funcionalidad.

https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.04.322

PC-177

Prevalencia de patologías crónicas y consumo de fármacos en la población geriátrica del área de salud de León. Distribución por grupos de edad

M.I. Porras Guerra [a], G. Gómez Porras [b], Y. de la Nava Calvo [c]

[a] *Complejo Asistencial de León, León, España*
[b] *Informática, Salamanca, España*
[c] *E.A.P. Béjar, Béjar, Salamanca, España*

La pluripatología y la polifarmacia van asociadas a la edad. El aumento de la esperanza de vida hace que vivamos más años pero con «mayor carga» patológica de enfermedades crónicas y de consumo de fármacos para su tratamiento.

Objetivo: Determinar la prevalencia de patologías crónicas y la toma de fármacos en la población geriátrica de nuestra área de salud por grupos de edad.

Material y métodos: Estudio observacional, transversal, descriptivo.

Datos de 404 historias clínicas, escogidas al azar, de pacientes derivados a consulta de geriatría.

Variables: sexo, edad, domicilio, origen de derivación, motivo de consulta, patologías asociadas, consumo de fármacos, Barthel y Minimental. Ingresos últimos 5 años, fracturas y cirugías previas.

Tratamiento de datos: programa estadístico SPPS v.15.0.

Resultados: n = 404. Varones 35,9%. Mujeres 64,1%.

Edad media: 86,7 (DE 5), Barthel: 65,1 (DE 28,5). Mini Mental: 19,1 (DE 9,4). Patologías: 6,3 (DE 2,3). Fármacos 6,4 (DE 3,3). Patologías: 6,3 (DE 2,3). Varón 6,3 (DE 2). Mujer 6,3 (DE 2,4).

Cirugías: 49,6%. Fracturas: 15,9%. Ingresos (5 últimos años) 36,3%.

Domicilio: familiar: 48,6%, residencia: 39,5%, solos: 11,9%.

Derivación: atención primaria: 79,8%, medicina interna: 5,7%, cardiología: 2,4%, psiquiatría: 2,3%, otros: (7) 9,8%.