

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 $85,39 \pm 4,974$, 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: $68,68 \pm 27,55$ / $52,95 \pm 23,17$ ($p = 0,019$); ILp: $4,03 \pm 3,08$ / $2,22 \pm 2,61$ ($p = 0,016$); FACa $2,57 \pm 1,05$ / $1,81 \pm 0,90$ ($p = 0,003$); FAC12m $3,88 \pm 1,39$ / $2,77 \pm 1,02$ ($p = 0,001$); IL12m $2,57 \pm 2,86$ / $0,68 \pm 1,28$ ($p = 0,04$); GDSp $2,38 \pm 1,84$ / $3,59 \pm 2,32$ ($p = 0,016$); 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 delirium 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. Suárez 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%, peritrocantérea: 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 SPSS 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%.

Motivo consulta: deterioro cognitivo: 35,4%, trastorno depresivo: 18,7%, desnutrición: 13,2%. Visado tratamiento: 8%. Valoración: 5,2%. Desorientación: 3,7%.

Patologías más frecuentes: HTA 62,5%, déficit visual: 34,8%, DL: 30,2%, demencia: 30%, artrosis: 26,3%, patología digestiva: 25,9%, arritmias: 25,2%, cardiopatías: 24,8%, hipoacusia: 22,6%, diabetes: 18,9%, trastorno depresivo: 15,9%, ictus: 15,9%.

Fármacos más consumidos: antihipertensivos 51,8%, diuréticos 48,8%, inhibidores bomba de protones 46,1%, antidepresivos 34,9%, benzodiacepinas 33,3%, antiagregantes 28,6%, estatinas 28,1%.

Grupo de edad mayoritario: 85-89 años; es el que presenta más fracturas patológicas, tiene más cirugías y más ingresos. Presenta mayor porcentaje de patologías con más HTA, dislipemias, patología cardíaca, arritmias, anemia, artrosis, patología respiratoria y déficit sensoriales. Consumo más anticoagulantes orales, betabloqueantes, benzodiacepinas, neurolépticos, Ca + VitD y dopaminérgicos.

Grupo con mayor independencia funcional y cognitiva el de menor edad. Mejor funcionalidad y cognición el grupo de 95 años o más respecto al de 85 a 94 años.

Conclusiones: Toda la muestra presentaba patologías asociadas. Solo un 1,1% de la muestra no consume fármacos, todos varones. El grupo de 85-89 años es el de mayor población y con mayor número de patologías asociadas, pero no es el que más fármacos consume. Grupo de edad 80-84 años, mayor consumidor de fármacos. Peor funcionalidad y mayor deterioro cognitivo el grupo de 94-94 años.

<https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.04.323>

PC-178

No está justificado el uso y prescripción de sujetaciones para evitar la «tan temida» fractura de cadera

M.M. Román García, M.L. Pinilla Crespo, J. Fernandez Aviles, R.M. Rodriguez Maestre, L. Reveriego Martín

Residencia de Mayores Geryvida, Cáceres, España



Objetivos: 1) Estudiar todas las caídas, circunstancias y consecuencias acontecidas en una residencia de mayores durante 7 años consecutivos, con énfasis especial en las que ocasionaron fracturas y específicamente de cadera. 2) Analizar características de residentes que presentaron fractura de cadera. 3) Documentar la utilidad o no de la indicación de medidas de sujeción para evitar concretamente este tipo de fracturas en el medio institucional, debido a la frecuencia con que la familia las solicita para evitar la «tan temida fractura de cadera».

Metodología: Estudio descriptivo, observacional y retrospectivo durante 7 años, contabilizando toda caída, circunstancia y consecuencia sobre residentes conocidos; sin utilizar sujetaciones como prevención. Se diseñó cuestionario específico. Se realizó cuantificación anual y seguimiento. Análisis de porcentaje de datos. Se registraron fracturas, excluyendo patológicas, contabilizando fracturas de cadera y otras. Se analizaron características de residentes. Los datos se organizaron en tablas de frecuencias y formato Excel.

Resultados: Las caídas registradas en 7 años fueron 1.888. Se produjeron 47 fracturas (2,4%) siendo 30 de cadera (1,59%). Todo residente que sufrió la fractura de cadera caminaba, y esta se produjo tras caída desde posición de bipedestación al suelo, posiblemente con traumatismo de bajo impacto. La proporción por sexos (V/M) observada fue 5 V/25 M. El diagnóstico de demencia/DC, las caídas previas y las alteraciones de marcha fueron

las circunstancias más frecuentemente asociadas a la caída y en ningún caso estaba indicado restringir la movilidad al ser personas que deambulaban habitualmente.

Conclusiones: En este estudio la prevalencia de fracturas por caídas fue <2,5%. Las de cadera fueron las más frecuentes (63,8%), suponiendo tan solo el 1,59% del total de fracturas.

El índice de caídas se mantuvo en rango de referencia recomendado (1,4-3,3) a lo largo de 7 años consecutivos sin utilizar ni prescribir sujetaciones.

La mayor prevalencia fue hallada en mujeres, y los factores acompañantes más frecuentemente observados fueron: caídas previas, demencia/DC y alteración de la marcha.

Según nuestro estudio, está totalmente injustificado el uso y prescripción de medias de sujeción para evitar «concretamente» la fractura de cadera, ya que esta se produjo en todos los casos en personas mayores que caminaban.

<https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.04.324>

PC-179

Osteoporosis, la patología silente con consecuencias de gran impacto



R.M. Arias García, M.I. Porras Guerra, B. Izaguirre García, M.J. García, O. Martín, M. Sanchez, M.D.R. Cueto

Complejo Asistencial de León, León, España

Introducción: Las fracturas patológicas por osteoporosis producen un gran impacto en el sistema de salud. Sin embargo, es una patología infradiagnosticada e infratratada, ya que a pesar de su elevada prevalencia y sus graves consecuencias, tanto su diagnóstico como su tratamiento son poco frecuentes.

Objetivo: Determinar la prevalencia y el tratamiento de la osteoporosis según los antecedentes patológicos, en una muestra de pacientes mayores que acuden a la consulta.

Material y métodos: Datos obtenidos de la historia clínica de pacientes escogidos al azar de entre los que acuden a nuestra consulta.

Variables: sexo, edad, domicilio, derivación, motivo de consulta, antecedentes patológicos y de fracturas, consumo de fármacos y funcionalidad.

Estadística: SPSS v. 15.0

Resultados: n = 270. Varones 34,4%. Mujeres 65,6%.

Edad media 85,4 (DE 5,8). Barthel 68,1 (DE 29,5). Fracturas 28,9% (colles, vertebrales y cadera). Domicilio: familiar 48,5%, residencia 35,6%, solos 15,9%.

Derivación: atención primaria: 79,3%, medicina interna 3,3%, cardiología 1,9%, psiquiatría 1,9%, otros 12,5%.

Motivo de consulta: deterioro cognitivo 34,4%, trastorno de ánimo 17,7%, desnutrición 12,2%, visado de tratamiento 7%, valoración geriátrica 4,1%, desorientación 3,7%, alteración del comportamiento 3,3%, seguimiento 3,3%, alteración de la marcha 1,9%, otros: 15,7%.

Patologías asociadas: HTA 62,2%, déficit visual 34,8%, dislipemia 30,7%, demencia 30%, patología digestiva 25,9%, arritmias 25,2%, cardiopatías 24,8%, hipoacusia 22,6%, trastorno depresivo 21,9%, diabetes 18,9%, ictus 15,9%, neoplasias 14,9%, EPOC/asma 14,1%, insomnio 12,2%, osteoporosis 10,4%.

Fármacos: antihipertensivos 51,5%, diuréticos 48,5%, inhibidores de la bomba de protones 45,6%, antidepresivos 34,1%, benzodiacepinas 33%, estatinas 27,8%, anticoagulantes 25,6%, antiagregantes 23,3%, neurolépticos 18,9%, antidiabéticos orales 14,1%, hipnóticos 13,3%, betabloqueantes 11,9%, mórfitos 8,5%, calciovitamina D 7,4%, bisfosfonatos 2,6%, osteoformadores 1,3%.