

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 $\leq 30 \mu\text{g/l}$: 73,2%; hipoproteïnemia: 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 descompensación 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.

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