

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. Consume 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 sujeciones para evitar la «tan temida» fractura de cadera



M.M. Román García, M.L. Pinilla Crespo, J. Fernández Aviles, R.M. Rodríguez 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 sujeciones 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 sujeciones.

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. Sánchez, 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%, mórnicos 8,5%, calciovitamina D 7,4%, bifosfonatos 2,6%, osteoformadores 1,3%.