

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%.

Conclusiones: 1. Pocos diagnósticos de osteoporosis a pesar de alta presencia de fracturas patológicas en la muestra. 2. Elevado consumo de fármacos pero bajo de calcio-vitamina D, y más bajo aún el de fosfonatos y osteofomadores. 3. La osteoporosis es una patología silente, pero no sus efectos, y sin embargo no aparece en los antecedentes patológicos (infradiagnóstico o patología «no importante») ni en los tratamientos.

A pesar de que las fracturas patológicas secundarias a osteoporosis afectan a un porcentaje muy importante de la población, sobre todo mayor, y que ocasionan un gasto muy elevado, sigue siendo una enfermedad apenas prevenida y poco tenida en cuenta; se diagnostica poco y se trata aún menos.

<https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.04.325>

PC-180

Implementación de la formación en prevención de caídas del programa de ejercicios OTAGO en Canarias



S.M. Díaz González

Instituto de Atención Social y Sociosanitario de Tenerife (IASS), Santa Cruz de Tenerife

Objetivos:

- Difundir la formación en cascada del programa de ejercicios OTAGO en Canarias.
- Instruir al mayor número de fisioterapeutas antes de marzo de 2016 (finalización proyecto ProFouND).

Método: El curso de Cascade Trainer (CT) del OTAGO Exercise Program (OEP), desarrollado por Later Life Training (LLT) para la prevención de caídas y reducción de costes sanitarios, se implementó en España en 2015, con 23 CT formados.

Entre julio de 2015 y febrero de 2016, las dos CT canarias impartimos 5 cursos OEP Leader (Lanzarote, coordinado por Investén-isciii, y Gran Canaria, Fuerteventura, Tenerife y La Palma, en colaboración con el Colegio de Fisioterapeutas de Canarias) formando un total de 49 OEP Leader (91% fisioterapeutas).

La formación se organizó en 8 semanas teoría online (manuales, vídeos, tareas) más 2 días de práctica presencial de los 24 ejercicios del método y evaluación.

Resultados: La formación online fue superada por 58 personas ($M = 47,59/50$, $DE = 1,54$). A la presencial acudieron 50, obteniendo 49 (98%) la certificación OEP Leader.

Se enfatizó en la práctica de ejercicios de calentamiento, fuerza, equilibrio estático/dinámico y enfriamiento, siendo los de fuerza y equilibrio dinámico los que más problemas reportaron. Se realizó prueba «t» de muestras relacionadas, encontrándose diferencias significativas entre la colocación de pesos (ítem 9: $M = 0,73$) y el nivel de esfuerzo (ítem 16: $M = 4,61$) y la seguridad en las transiciones (ítem 20: $M = 4,36$); $t(49) = -44,25$, $p = 0,000$; los resultados indican la necesidad de poseer buena técnica de colocación de pesos que garantice la seguridad en los ejercicios.

Los recursos fueron valorados con 3,9/5 (4 = muy bien) y las formadoras obtuvieron un 4,72/5 (5 = excelente).

Conclusiones: El objetivo del entrenamiento en cascada se ve materializado en Canarias y cuenta con 51 instructores del programa de ejercicios OTAGO y 2 entrenadores en cascada.

Sería necesario revisar la traducción y simplificar los documentos aportados a los alumnos para la evaluación y consecución del título. Así podríamos dedicar más horas al entrenamiento práctico del programa de prevención de caídas.

La labor de las CT es crucial para la adquisición de destrezas y motivación del alumnado, garantizando la correcta implementación del programa de caídas OTAGO en mayores.

<https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.04.326>

PC-181

Uso de fentanilo parenteral en personas mayores con dolor por enfermedad terminal



M.I. Rosa González^a, M.A. Benitez del Rosario^a, E. González Davila^b

^a Unidad de Cuidados Paliativos-HUNS Candelaria, Santa Cruz de Tenerife, España

^b Departamento de Matemáticas, Estadística e Investigación Operativa de la Universidad de la Laguna, Santa Cruz de Tenerife, España

Introducción: El uso del fentanilo transdérmico en dolor oncológico está ampliamente extendido, pero existen actualmente escasos estudios con fentanilo parenteral.

Objetivo: Valorar la eficacia del fentanilo parenteral en el control del dolor en personas mayores con enfermedad terminal.

Material y método: Estudio retrospectivo con revisión de historias de pacientes > 75 años que ingresaron en la unidad de paliativos de Tenerife y fueron tratados con fentanilo parenteral. La clasificación del dolor se definió según intensidad referida por el paciente (EN) y consumo de dosis extras analgésicas: (a) no dolor; (b) dolor leve, EN 1-3/10 y/o número de rescates ≤ 2 /día; (c) dolor moderado si EN 4-6/10 y/o rescates 3 o 4/día; (d) dolor severo, EN 7-10/10 y/o ≥ 5 rescates al día; (e) dolor controlado, cuando no había dolor o existía dolor leve, EN 0-3 y no rescates en 24 h. La eficacia se valoró a las 24-48 y 72 h tras el ingreso. Los datos fueron analizados con el ANOVA, Kruskal-Wallis y modelo multinomial ordinal.

Resultados: Se analizaron historias de 140 pacientes > 75 años tratados con fentanilo parenteral. El 83% presentaba una enfermedad oncológica terminal. 53 pacientes ingresaron por dolor. En más del 80% el dolor estaba controlado en las primeras 24 h; en los días sucesivos el control del dolor es significativamente mayor en pacientes ≥ 80 años. La mediana de dosis para el control del dolor a las 24, 48 y 72 h fueron en los pacientes de 75-80 años de 25, 16,6 y 25 $\mu\text{g/h}$. En los > 80 años: 12,5, 12,5 y 16,6 $\mu\text{g/h}$. Existió una relación inversa entre la dosis de fentanilo y la edad ($r_s = -0,325$, $p < 0,05$), pero no relación entre la dosis y el sexo ni con el tipo de tumor ni con la extensión. No existió ningún caso de suspensión del fentanilo por toxicidad.

Conclusiones: El tratamiento con fentanilo parenteral es una buena alternativa para el tratamiento del dolor en los pacientes mayores con enfermedad terminal.

<https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.04.327>