

OC-077**Cambio de tendencia en el tratamiento osteoprotector tras fractura de cadera**

C. Elías de Molins Peña, E. Álvarez Gómez, G. Jiménez Clemente, L. Vargas Alata, M.P. Mesa Lampré

Hospital Nuestra Señora de Gracia, Zaragoza, España



Objetivos: Estudiar la evolución del tratamiento osteoprotector pautado tras fractura de cadera. Observar si se ha modificado en cantidad y/o calidad a lo largo del tiempo y sus posibles causas.

Método: Estudio observacional descriptivo retrospectivo en pacientes ≥ 70 años dados de alta tras fractura de cadera entre febrero de 2009 y febrero de 2018. Se agrupan en dos períodos: antes y después de 2014 (grupos I y II, respectivamente).

Se analiza: edad, sexo, comorbilidad, funcionalidad previa y al alta, fractura previa, complicaciones, tipo de tratamiento osteoprotector y vivienda. SPSS 22.

Resultados: 1.274 pacientes (grupos: I 602, II: 672). Tratamiento osteoprotector 67,9% grupo I y 48% grupo II. Recibieron menor tratamiento en los dos grupos ($p < 0,05$): mayor edad (OR 2,912 para > 90 años), mayor dependencia funcional (Barthel ≤ 60 previo o ≤ 35 al alta), mayor comorbilidad, institucionalizados, dementes, presencia de delirium o retención aguda de orina en el ingreso.

En el grupo II se relacionó también el «no tratamiento» con padecer cáncer (OR 1,84), cardiopatía isquémica (OR 1,916), insuficiencia cardíaca (OR 2,337) o haber recibido transfusión (OR 1,677).

Los pacientes con cardiopatía isquémica asociaron mayor edad ($p < 0,05$), y los que presentaban insuficiencia cardíaca se asociaron con delirium ($p < 0,05$), como «posibles justificantes».

Diferencia del grupo II respecto al I: descenso de calcio con vitamina D (87,5% vs 32%) a favor de la vitamina D sola (26,5% vs 91,1%), aumento de alendronato, reserva de risedronato para la osteoporosis del varón (OR 2,996), desaparición de ranelato de estroncio y aumento de denosumab, que representa el 53,56% de todos los tratamientos. PTH estable. No relación de tratamiento osteoprotector al alta con fractura previa.

Conclusiones: A pesar de que el porcentaje de pacientes tratados es más alto que en otras series (RNFC 42,3%), es muy mejorable y nos invita a reflexionar sobre algunas características del grupo de «no tratados» que nunca podrían justificar el no tratamiento sin otros factores acompañantes.

En nuestra muestra observamos un cambio claro en la elección de los diferentes fármacos osteoprotectores en los últimos años. Preferencia del denosumab, posiblemente por su comodidad de administración y mayor seguridad de cumplimiento terapéutico.

<https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.04.095>

OC-078**Capacidad predictiva de mortalidad del índice Frágil-VIG en pacientes con fractura de fémur**

N. Latorre Vallbona^a, L. Yataco Carbajal^a, J. Amblàs Novellàs^b, J.C. Martori^c, R. Oller^c, N. Molist Brunet^b, J. Espaulella Panicot^b

^a Consorci Hospitalari de Vic, Vic, Barcelona, España

^b Hospital de la Santa Creu, Vic, Barcelona, España

^c Universitat de Vic, Vic, Barcelona, España

Introducción y objetivos: La fractura de fémur es una entidad prevalente en personas frágiles; así mismo, la fragilidad constituye un síndrome geriátrico complejo en el cual la pérdida de reserva multidimensional incrementa la vulnerabilidad del individuo a

sufrir malos resultados de salud, especialmente en términos de mortalidad. La disponibilidad de una herramienta que correlacione el grado de fragilidad y el riesgo de mortalidad supondría un dato clave en la toma de decisiones individualizada del manejo del paciente. En el presente estudio se valora la capacidad predictiva de mortalidad del índice Frágil-VIG (IF-VIG) en pacientes que ingresan en una unidad geriátrica de agudos (UGA) con fractura de fémur.

Métodos: Estudio observacional longitudinal prospectivo de una cohorte de pacientes que ingresaron con fractura de fémur en una UGA a lo largo del año 2014, realizando posterior seguimiento hasta 24 meses o constar defunción. Los participantes fueron clasificados según la puntuación de su IF-VIG basal en 5 grupos: 0-0,35; 0,36-0,45; 0,46-0,55; 0,55-0,65, y 0,66-1). Se ha realizado un contraste de hipótesis log-rank para las curvas de supervivencia según IF-VIG y análisis de curvas ROC para determinar la capacidad pronóstica.

Resultados: Se incluyeron 103 pacientes (edad media de 87,4 años, 73,8% mujeres). La mortalidad a los 3, 6, 12 y 24 meses fue del 16,5, del 24,3, del 36,9 y del 47,6%, respectivamente. Para cada una de las distintas puntuaciones del IF-VIG, las curvas de supervivencia muestran diferencias significativas entre ellas (χ^2 106, $p < 0,001$). El área bajo la curva (AUC) ROC a los 3, 6, 12 y 24 meses fue de 0,90 (0,83-0,97), de 0,90 (0,82-0,97), de 0,91 (0,86-0,97) y de 0,88 (0,81-0,94), respectivamente.

Conclusiones: La situación basal del paciente con fractura de fémur condiciona de forma clave el pronóstico: la mortalidad aumenta con el tiempo, estando relacionada con el grado de fragilidad. El IF-VIG se demuestra como buena herramienta para predecir mortalidad, con capacidad discriminativa para los diferentes grados de fragilidad.

Ante estos resultados, podríamos utilizar el índice en situaciones de complejidad clínica para prever resultados de salud, realizar un diagnóstico situacional y adecuar la intensidad del tratamiento y el uso de recursos de forma individualizada.

<https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.04.096>

OC-079**Factores de riesgo asociados a mortalidad temprana en pacientes ancianos operados por fractura de cadera**

N. Montero-Fernández^a, J. Mayordomo-Cava^b, L. Abásolo Alcazar^c, J. Ortiz-Alonso^d, M. Vidán-Astiz^e, J.A. Serra-Rexach^e

^a Servicio de Geriatría, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Instituto de Investigación Sanitaria Gregorio Marañón, Madrid, España

^b Instituto de Investigación Sanitaria Gregorio Marañón, Centro de Investigación en Red Fragilidad y Envejecimiento Saludable, CIBERFES, Madrid, España

^c Servicio de Reumatología, Hospital Clínico San Carlos., Madrid, España

^d Servicio de Geriatría, Instituto de Investigación Sanitaria Gregorio Marañón, Centro de Investigación en Red Fragilidad y Envejecimiento Saludable, CIBERFES, Madrid, España

^e Servicio de Geriatría, Instituto de Investigación Sanitaria Gregorio Marañón, Centro de Investigación en Red Fragilidad y Envejecimiento Saludable, CIBERFES, Universidad Complutense de Madrid, Madrid, España

Objetivos: El objetivo principal del estudio fue analizar los factores de riesgo implicados en la mortalidad temprana (30 días del

ingreso) de 5.204 pacientes mayores de 65 años operados por fractura de cadera.

Métodos: Explotación de una base de datos propia realizada desde 1997 a 2016 con variables sociodemográficas, situación funcional basal, comorbilidades, tipo y características de la fractura, variables asociadas a la cirugía, así como complicaciones médicas postoperatorias, estancia media hospitalaria y día del ingreso. Se consultó la fecha de mortalidad al Índice Nacional de Defunciones (INDEF). Se dividió la muestra en dos grupos: supervivencia (GS) y no supervivencia (GNS) a 30 días. Se realizó un análisis descriptivo de ambos grupos y un análisis multivariante por regresión logística con la mortalidad a los 30 días como variable principal.

Resultados: A los 30 días, la prevalencia de mortalidad fue del 5,7%. La edad media en el GS fue de $83,5 \pm 7,1$ años frente a $87,1 \pm 6,9$ en el GNS. No encontramos diferencias significativas entre grupos en los días de estancia media hospitalaria (GS de $12,5 \pm 9,0$ vs. GNS $11,6 \pm 6,6$; $p = 0,124$). Tampoco se encontró un «efecto del fin de semana» (ingresar en viernes-domingo) en la mortalidad a 30 días (GS: 42,0% [$n = 2.059$] vs. GNS: 39,6% [$n = 118$]; $p = 0,420$). El modelo de regresión final obtenido indica que factores como la infección respiratoria (OR: 3,06; IC95%: 2,19-4,26), la isquemia cardiaca (OR: 2,02; IC95%: 1,40-2,41), la insuficiencia renal aguda (OR: 2,53; IC95%: 1,51-3,59), alteraciones electrolíticas (OR: 2,46; IC95%: 1,82-3,33) o la suboclusión intestinal (OR: 2,29; IC95%: 1,11-4,74) tienen más peso (en términos de *odd ratio*) que el resto de variables.

Conclusiones: Existen factores de riesgo en pacientes ancianos operados de fractura de cadera asociados a un aumento de la mortalidad a 30 días. Algunos de los factores encontrados pueden ser prevenibles durante el curso hospitalario. Estos pacientes deben ser evaluados con especial interés, dado que pueden presentar un mayor riesgo de mortalidad a corto plazo.

<https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.04.097>

OC-080

Factores de riesgo preoperatorios para desarrollar delirium en pacientes con fractura de cadera



M. Alcantud^a, A. Ruiz-Pinto^b, E. Fernández^a, A. del Cerro^a, R. Larrainzar^a, F. Brañas^a

^a Hospital Universitario Infanta Leonor, Madrid, España

^b Hospital del Tajo, Aranjuez, Madrid, España

Objetivos: Conocer los factores de riesgo preoperatorios para desarrollar delirium en los pacientes ingresados con fractura de cadera.

Método: Estudio prospectivo. Se incluyeron todos los pacientes ≥ 65 años ingresados por fractura de cadera entre el 1 de enero de 2009 y el 31 de diciembre de 2016.

Resultados: Se incluyeron 1.205 pacientes. La prevalencia de delirium fue del 28,2%, mayor en hombres (37,6%) que en mujeres (26,61%) ($p = 0,01$).

Los pacientes con delirium eran significativamente más mayores ($85,48 \pm 83,23$ años; $p = 0,00$). No hubo diferencias en cuanto a la polifarmacia. El delirium fue más frecuente en los que tomaban benzodiazepinas ($p = 0,03$), hipnóticos ($p = 0,04$) y neurolépticos ($p = 0,00$).

Presentaron más delirium los que estaban previamente institucionalizados o vivían con un cuidador con respecto a los que los que vivían solos o en pareja ($p = 0,00$).

Los pacientes con delirium estaban significativamente peor funcionalmente antes de la fractura. Eran más dependientes en las

ABVD, con un índice de Barthel medio de 68,11 en el grupo con delirium vs 82,2 en el grupo que no presentó delirium ($p = 0,00$) y una menor puntuación en la escala de la deambulación (FAC): 3,78 vs 4,19 ($p = 0,00$).

El grupo que no presentó delirium tenía mejor estado de salud, según la escala de riesgo preoperatorio ASA ($p = 0,02$). No hubo diferencias en el tipo de fractura ni en la técnica quirúrgica, tampoco en el tiempo que el paciente pasa en urgencias hasta el ingreso en planta.

Existe una relación entre la presencia de delirium con mayor tiempo de espera quirúrgica, siendo menor el porcentaje de pacientes que se operan en las primeras 48 h en el grupo que presenta delirium (33,8% vs 41,4%). El porcentaje de pacientes con retraso en la cirugía debido a inestabilidad clínica es significativamente mayor en el grupo de pacientes con delirium (10,7% vs 9,4%; $p = 0,03$).

Conclusiones: Los pacientes con alto riesgo de presentar delirium al ingresar por fractura de cadera son: varones, de mayor edad, que toman psicofármacos, con peor funcionalidad basal y mayor ASA. El delirium se asocia a retraso en la cirugía. Es importante identificar a estos pacientes de alto riesgo en el momento del ingreso para realizar intervenciones precoces.

<https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.04.098>

OC-081

Mortalidad temprana y tardía en el paciente anciano con fractura de cadera



Y. Parada Freitas, L. Fernández Arana, V. Garay Airaghi, E. Lueje Alonso, J. Mora Fernández

Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España

Objetivos: Describir las características demográficas, clínicas, funcionales y sociales y definir los factores asociados con la mortalidad al mes (temprana) y al año (tardía) en pacientes mayores con fractura de cadera.

Metodología: Estudio observacional de seguimiento. Se incluyeron pacientes ingresados por fractura de cadera por fragilidad (enero 2015-enero 2017) ≥ 75 años. Variables: sociodemográficas, funcionales (índice de Barthel, índice de Lawton, *Functional Ambulation Classification* [FAC]), mortalidad al mes y a 1 año tras la fractura. Análisis estadístico: regresión logística binaria, chi cuadrado, U Mann-Withney ($p < 0,05$). Programa SPSS v. 23,0.

Resultados: El tamaño muestral total fue de 1011 pacientes con edad media de 86,5 (DE 5,7) años. Situación funcional previa a la fractura: índice de Barthel 84 (RIC 63-95), FAC 4 (RIC 3-5), índice de Lawton 2 (RIC 0-6). El 40,3% deambulaba sin ayudas técnicas.

Cincuenta y ocho pacientes (5,7%) fallecieron durante el ingreso. La mortalidad a un mes ($n = 994$) fue del 7,4% y al año ($n = 707$) fue del 17,1%. Los factores que se asociaron con la mortalidad al mes en el análisis univariado fueron: edad ($p < 0,001$), sexo masculino ($p = 0,02$), antecedente de radioterapia ($p = 0,035$), peor situación funcional con un menor puntuación en el índice de Barthel ($p = 0,001$) y en el FAC y el índice de Lawton ($p < 0,001$). También se asoció con la mortalidad temprana la demencia ($p = 0,049$), una mayor puntuación en la escala de riesgo anestésico ($p < 0,001$), la presencia de complicaciones durante el ingreso, como neumonía ($p < 0,001$), insuficiencia cardíaca descompensada (ICC) ($p < 0,001$), fracaso renal agudo ($p < 0,001$) o síndrome confusional agudo (SCA) ($p < 0,001$). Así mismo todas estas variables se relacionaron con significación estadística con la mortalidad al año, asociándose también el antecedente de historia oncológica ($p = 0,008$). Se encontró una tendencia estadística en la asociación entre mortalidad al año y la presencia de diabetes mellitus o patología tiroidea ($p = 0,063$ y $p = 0,058$, respectivamente).