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 ± 7,1 años frente a 87,1 ± 6,9 en el GNS. No encontramos diferencias significativas entre grupos en los días de estancia medía hospitalaria (GS de 12,5 ± 9,0 vs. GNS 11,6 ± 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; IC 95%: 2,19-4,26), la isquemia cardiaca (OR: 2,02; IC 95%: 1,40-2,41), la insuficiencia renal aguda (OR: 2,53; IC 95%: 1,51-3,59), alteraciones electrolíticas (OR: 2,46; IC 95%: 1,82-3,33) o la suboclusión intestinal (OR: 2,29; IC 95%: 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 presentan 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 vs 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 cardiaca 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).

**Conclusiones:**

1. Los pacientes ancianos ingresados en la unidad de Ortogeriatría presentan edad avanzada y buena funcionalidad basal.
2. La edad, el género masculino, la demencia, una peor funcionalidad, mayor puntuación ASA y complicaciones durante el ingreso, como neumonía, ICC, fracaso renal agudo y SCA, influyeron tanto en la mortalidad temprana como en la tardía.
3. La historia oncológica se asoció únicamente con la mortalidad tardía.

https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.04.099