

OC-095

Estudio de fragilidad en pacientes mayores de 70 años sometidos a cirugía cardiaca. Análisis epidemiológico e influencia en la morbimortalidad y resultados a medio plazo

M.M. López Tatis, J.M. González Santos, F.J. López Rodríguez, M.E. Arnáiz García, A. Arévalo Abascal, A.M. Barral Varela, C. Amorós Rivera

Hospital Universitario de Salamanca, Salamanca, España

Objetivo: Comparar la mortalidad de los pacientes frágiles vs no frágiles al mes, a los 6 meses y al año de la intervención. Además, pretendemos valorar el impacto de los parámetros nutricionales, funcionales, depresión y estado cognitivo en la supervivencia y la calidad de vida.

Métodos: Estudio poblacional de cohorte prospectiva realizado en pacientes mayores de 70 años aceptados para cirugía con circulación extracorpórea desde octubre de 2017 hasta enero de 2018. En los pacientes se ha realizado una valoración por geriatría incluyendo las siguientes escalas: para la valoración cognitiva el test de MOCA, para la depresión Yesavage, para las actividades básicas de la vida diaria Katz, e instrumentales Lawton, para el estado nutricional MNA y para fragilidad el cuestionario FRAIL 5-dominios y los criterios de Fried. Se ha llevado a cabo tanto en la consulta preoperatoria como en planta de hospitalización para aquellos pacientes y a ingresados, excluyendo las urgencias.

Resultados: Se analizan unos 60 pacientes preoperatorios con una edad media de 76 años (rango 70-84), siendo el 68,3% varones. La puntuación del EuroScore II fue $3,78 \pm 2,71$, y el 54,4% estaban en clase funcional III de la NYHA. La cardiopatía que presentaban era valvular en el 76%, coronaria en el 31%, combinada en el 17,5%, aneurisma de aorta en el 5%, valvular y aneurisma de aorta en el 3,2%. Los resultados de las escalas utilizadas fueron: media del MOCA 21, la depresión estaba presente en el 26,7%, el 98,3% eran independientes, media de 6 en la escala Lawton, el 50% estaban en riesgo de malnutrición y el 3,3% en malnutrición. Según los resultados de la escala FRAIL, el 55% eran frágiles y el 40% pre-frágiles; con los criterios de Fried, el 45% eran frágiles y el 43,3% eran pre-frágiles.

Conclusiones: La prevalencia de fragilidad y pre-fragilidad en esta población es muy elevada. Una gran parte de los pacientes están en riesgo de malnutrición y presentan deterioro cognitivo, pero son independientes para las ABVD. La valoración preparatoria de la fragilidad es una herramienta adicional que puede mejorar la precisión en la toma de decisiones en pacientes sometidos a cirugía cardiaca.

<https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.04.115>

OC-096

Estudio cuasiexperimental de una intervención multidimensional en ancianos frágiles al alta de una unidad de corta estancia

C. Fernández Alonso^a, A.I. Hormigo Sánchez^b, M.E. Fuentes Ferrer^a, J.J. González Armengol^a, P. Gil Gregorio^a, F.J. Martín Sánchez^a

^a Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España

^b Hospital Jiménez Díaz, Madrid, España

Introducción: En las unidades de corta estancia (UCE) ingresan con frecuencia pacientes ancianos. La realización de una valoración geriátrica abreviada (VGA), especialmente en ancianos considerados como frágiles o de alto riesgo, permite identificar una serie



de problemas clínicos, funcionales, mentales y sociales asociados a malos resultados al alta. Hasta la fecha, en el entorno de las UCE de nuestro país no se conocen modelos de intervención que mejoren los resultados al alta.

Objetivo: Estudiar el efecto de una intervención multidimensional en el pronóstico a 30 días en los ancianos frágiles dados de alta desde una UCE de nuestro país.

Material y método: Estudio cuasiexperimental con una cohorte de control histórica. Se incluyeron pacientes frágiles (*Identification of Senior at Risk* ≥ 2), de ≥ 75 años, dados de alta desde la unidad de corta estancia de urgencias en el Hospital Clínico San Carlos durante 2 meses en 2013 (grupo control) y un año (2016; grupo de intervención). Se realizó una intervención basada en la activación de recursos, en función de los déficit detectados tras una valoración geriátrica abreviada, más la coordinación con atención primaria. La variable de resultado principal fue la presencia de algún resultado adverso (muerte o reingreso por cualquier causa o deterioro funcional grave) a los 30 días del alta.

Resultados: Se incluyeron 137 (62,8%) pacientes en el grupo de intervención y 81 (37,2%) en el grupo control. Dieciocho (13,1%) pacientes en el grupo de intervención y 29 (35,8%) en el grupo control presentaron algún evento adverso a los 30 días. Tras un análisis multivariante, se demostró que la realización de una intervención multidimensional fue un factor de protección para la presentación de algún evento adverso a los 30 días tras el alta (RR ajustado 0,40; IC 95%: 0,23-0,68; $p = 0,001$).

Conclusiones: La realización de un plan de atención individualizado, basado en la activación de recursos, en función de los déficit detectados tras una valoración geriátrica abreviada, y la coordinación con atención primaria entre los pacientes ancianos frágiles podría mejorar los resultados a los 30 días tras el alta desde una UCE.

<https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.04.116>

OC-097

Perfil del paciente octogenario en urgencias

M.N. Gomez Gonzalez^a, E. Magaz^a, M.C. Perez Panizo^b, Y. Dávila Barboza^c, K. Clerger Thomas^d, F. Cañón Díaz^a

^a Complejo Asistencial de León, León, España

^b Hospital Universitario del Río Hortega, Valladolid, España

^c San Juan de Dios, León, España

^d Obra Hospitalaria Ntra. Sra. de la Regla, León, España



Objetivos: Definir el perfil del paciente octogenario que acude a urgencias del hospital.

Material y métodos: Población: 50 pacientes mayores de 80 años que acuden al servicio de urgencias hospitalarias. Tipo de estudio: descriptivo retrospectivo. Se recogieron datos demográficos, antecedentes personales, polifarmacia, diagnósticos más frecuentes.

Resultados: De los 50 pacientes, la edad promedio era 86 años; mujeres 30 y hombres 20. La estancia media en el servicio de urgencias fue de 2 h 13 min. Doce pacientes vivían en residencia y 38 en domicilio familiar. Dependientes ABVD 19 e independientes 31. Polifarmacia: <6: 19, >10: 12, >15: 1. Los antecedentes más frecuentes fueron: HTA: 22, DL: 15, FA: 14, síndrome depresivo: 11, deterioro cognitivo: 11, diabetes mellitus: 10, neoplasia: 9. Medicamentos más frecuentes: IBP: 31, antihipertensivo: 27, diuréticos: 22, benzodiacepinas: 15, hipolipemiante: 12, betabloqueante: 10, sintrom: 9, ISRS: 10, opiáceos: 10. Motivo de consulta: disnea:

12, síncope y caída: 6, dolor abdominal: 4, diarrea y vómitos: 3, malestar general: 3. Diagnósticos: insuficiencia cardíaca descompensada: 10, infección urinaria: 6, infección respiratoria: 5, arritmia cardíaca: 4. Pruebas complementarias: analítica 96% pacientes, Rx 92%, ecografía 8%, ECG 58%, escáner 6%, interconsultas 6%. Ingresos: 18 (36%). Altas: 32 (64%).

Conclusiones: Es importante que en los servicios de urgencias tengamos herramientas que se adapten al perfil del paciente anciano. Dadas las presentaciones clínicas atípicas de este grupo poblacional, es necesario realizar valoraciones a medida de cada paciente, para orientar así el plan diagnóstico y el tratamiento.

<https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.04.117>

OC-098

Diferencias en la atención de pacientes adultos con crisis epilépticas en servicios de urgencias hospitalarios en función de la edad (proyecto ACESUR)



C. Fernández Alonso^a, G. Jiménez Díaz^b,

R. Alonso Avilés^c, M. Liñán López^d,

F. González Martínez^e, M.E. Fuentes Ferrer^a

^a Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España

^b Hospital Príncipe de Asturias, Alcalá de Henares, Madrid, España

^c Hospital Clínico Universitario, Valladolid, España

^d Complejo Hospitalario Universitario de Granada, Granada, España

^e Hospital General Virgen de la Luz, Cuenca, España

Las crisis epilépticas (CE) representan casi el 1% de las atenciones urgentes. Poco se conoce del manejo de estos pacientes en nuestro entorno.

Objetivo: Conocer la frecuencia de CE en pacientes > 65 años e identificar si existen diferencias según la edad.

Metodología: Estudio observacional prospectivo multicéntrico realizado en 19 servicios de urgencias hospitalarios (SUH). Se seleccionó a pacientes con 18 años o más, con CE al alta del SUH atendidos los días pares de febrero y julio e impares de abril y octubre de 2017. Se solicitó consentimiento informado al paciente o representante legal y aprobación por Comité Ético de Investigación Clínica de cada centro. Se presenta análisis de la muestra en función de la edad (jóvenes ≤ 65 años vs mayores > 65 años).

Resultados: Se comparan 463 (69,7%) < 65 años con 41 ± 13 años vs 201 (30,3%) > 65 años con 78 ± 8 años. Sexo mujer: 172 (37,1%) vs 96 (47,8%), p = 0,11. Índice de Barthel > 90: 355 (77,0%) vs 82 (41,4%), p < 0,001. Índice de Charlson ≥ 3: 71 (15,3%) vs 82 (40,8%), p < 0,001. Triaje urgente (I-II): 264 (61,8%) vs 122 (65,9%), p = 380. Motivo de consulta (crisis no convulsiva/alteración comportamiento): 92 (19,9%) vs 65 (32,3%), p = 0,001. Primer episodio de CE: 132 (28,5%) vs 97 (48,3%), p < 0,001. Estatus epiléptico: 37 (8,0%) vs 23 (11,4%), p = 0,162. Clasificación (crisis sintomática aguda vs crisis sintomática remota vs crisis espontánea): 178 (38,5%), 90 (19,5%), 194 (42,9%) vs 64 (32,0%), 79 (39,5%), 57 (28,5%), p < 0,001. TAC craneal: 246 (54,2%) vs 158 (80,2%), p < 0,001. Fármacos antiepilépticos (FAE) i.v. en SUH: 226 (48,8%) vs 125 (62,2%), p = 0,001. FAE de inicio como prevención secundaria al alta del SUH: 189 (40,8%) vs 106 (52,7%), p < 0,006. Estancia media (h): 14 ± 14 h vs 19 ± 13 h, p < 0,001. Hospitalización: 76 (16,4%) vs 60 (29,9%), p < 0,001.

Conclusiones: Uno de cada tres pacientes con CE en el SUH es mayor de 65 años. Se diferencian de los más jóvenes en tener mayor probabilidad de ser mujer, dependiente, alta comorbilidad, consultar por crisis epiléptica no convulsiva, primer episodio o crisis sintomática tardía. A su vez, se les solicita más TAC, reciben más FAE y tienen una mayor estancia y probabilidad de ingreso.

<https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.04.118>

OC-099

Delirium en pacientes ancianos con fractura de cadera ingresados en una unidad de ortogeriatría: incidencia, características y factores de riesgo asociados



O. Miranda, L. Canchucaja, I. Arnau, O. Vázquez, C. Monllau, S. Martínez, M.J. Robles

Centre Forum de l'Hospital del Mar, Barcelona, España

Objetivo: Determinar la incidencia y los factores asociados de delirium en pacientes mayores de 65 años con fractura de cadera ingresados en una unidad de ortogeriatría y que reciben atención geriátrica integral desde el momento del ingreso hospitalario.

Método: Estudio observacional de pacientes con fractura de cadera que ingresaron en la unidad de ortogeriatría de un hospital de agudos universitario entre noviembre de 2017 y enero de 2018. La principal variable del estudio fue la incidencia de delirium durante el ingreso, definido por los criterios CAM y DSM-V. Se realizó un análisis de regresión lineal múltiple para analizar las variables sociales y clínicas relacionadas con la incidencia de delirium. Como variable secundaria se evaluó la mortalidad intra-hospitalaria asociada a la incidencia de delirium.

Resultados: Se incluyeron 111 pacientes, 71 mujeres (64%), edad media $85,5 \pm 7,76$ años. Lugar de procedencia: domicilio 100 (90,1%), residencia 6 (5,4%), otros servicios hospitalarios 5 (4,5%). Demencia: 43 (38,7%). Barthel < 60: 27 (24,3%). Charlson ≥ 2: 75 (67,6%). Déficit sensorial: 52 (46,8%). Polifarmacia/uso de psicótropos: 90 (81,1%). Cirugía en las primeras 48 h: 57 (51,4%). Complicaciones postoperatorias: insuficiencia renal 55 (49,5%), deshidratación 45 (40,5%), diselectrolitemia 28 (25,2%), anemia 107 (96,4%), desnutrición 92 (82,9%), RAO/estreñimiento/sonda vesical 94 (84,7%). Durante el ingreso hospitalario, 4 (3,6%) pacientes fallecieron.

En total 50 pacientes presentaron delirium, siendo la incidencia del 45% (IC 95%: 35,7-54,3). En el análisis multivariado los factores asociados con la incidencia del delirium fueron el sexo femenino (OR: 0,19; IC 95%: 0,06-0,56) y la demencia (OR 6,73; IC 95%: 2,47-18,3). Los pacientes con delirium tuvieron un riesgo de mortalidad hospitalaria de 4,2 (IC 95%: 3,4-5,3).

Conclusiones: A pesar de la intervención geriátrica integral durante la fase hospitalaria, la incidencia de delirium es muy elevada en pacientes ancianos ingresados por fractura de fémur, especialmente entre los pacientes varones y diagnosticados de demencia. Además, la aparición de delirium incrementa el riesgo de mortalidad. Por lo tanto, junto a la intervención geriátrica es necesaria la implementación de medidas adicionales de prevención para disminuir la incidencia de delirium en la fase aguda de la fractura de cadera.

<https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.04.119>