

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 intrahospitalaria asociada a la incidencia de delirium.

Resultados: Se incluyeron 111 pacientes, 71 mujeres (64%), edad media 85,5 ± 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>