

Intervención geriátrica en la fractura de cadera

José Antonio Serra Rexach^a y Maite Vidán Astiz^b

^aJefe de Servicio. Servicio de Geriátrica. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid. España

^bMédico Adjunto. Servicio de Geriátrica. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid. España.

Cada año se producen en nuestro país unas 33.000 fracturas de cadera en personas de 65 años o más¹. Se trata de pacientes muy mayores (alrededor de 83 años de edad media), la mayoría mujeres (80%), con múltiples enfermedades crónicas (hipertensión, diabetes, cardiopatía), con elevado porcentaje de demencia (alrededor del 25%), que consumen gran cantidad de fármacos. Estas características hace que sean pacientes con elevado riesgo de complicaciones durante el ingreso en el hospital: anemia, desnutrición, deshidratación, cuadro confusional agudo, estreñimiento, reagudización de sus enfermedades crónicas, úlceras por presión, etc. A pesar de ello, un elevado porcentaje de estos ancianos caminaban por sus propios medios antes de la fractura (según nuestra experiencia alrededor del 80%).

Siguiendo las recomendaciones de los grupos de expertos, debemos desterrar el concepto de que el único tratamiento necesario para la fractura osteoporótica es el manejo propio de la fractura². Los objetivos fundamentales que debemos plantearnos ante un anciano con fractura de cadera son, básicamente, disminuir la mortalidad y conseguir recuperar la situación funcional previa a la fractura, procurando conseguir estos logros en el menor tiempo y al menor coste posible, y estableciendo las estrategias necesarias para que estos beneficios se mantengan a medio y largo plazo.

A pesar de que el tratamiento ortopédico está bastante consensuado, existe una enorme variación en los resultados, tanto entre hospitales como entre profesionales del mismo centro, en lo que respecta a la mortalidad hospitalaria y a la recuperación de la situación funcional que el paciente tenía antes de la fractura¹. Así, la mortalidad hospitalaria varía entre el 4 y el 8%, alcanzando entre el 25 y el 30% al año de la fractura. De aquellos que sobreviven, sólo el 50-60% recuperan la capacidad para caminar que tenían previamente, entre el 40-50% recuperan la independencia para las actividades de la vida diaria y sólo entre el 25-30% recuperan la independencia para las instrumentales.

Se han descrito multitud de variables que influyen tanto en la mortalidad como en la recuperación funcional: edad, sexo, tiempo que transcurre desde el ingreso hasta la cirugía, grado de riesgo quirúrgico, situación funcional previa

a la fractura, deterioro cognitivo, complicaciones perioperatorias, plan de rehabilitación, soporte domiciliario, etc.^{3,4}. Recientemente se han publicado guías de práctica clínica que, tras una revisión exhaustiva de la evidencia científica, describen las estrategias necesarias para lograr los mejores resultados^{5,6}.

El tipo de pacientes y las variables que influyen en los resultados hace necesario el concurso de otros profesionales sanitarios además del cirujano y el anestesista: médicos rehabilitadores, fisioterapeutas, trabajadores sociales, enfermeras y médicos clínicos entrenados en el tratamiento de estos pacientes.

El médico geriatra, por su formación y conocimiento del trabajo en equipo, puede desempeñar un papel relevante en el tratamiento de estos pacientes, colaborando en la valoración geriátrica en el momento del ingreso y en la realización del plan de cuidados, colaborando para que el paciente pueda ser intervenido lo antes posible y en las mejores condiciones, minimizando las complicaciones médicas perioperatorias, fomentando una rehabilitación lo más temprana posible y cooperando con los servicios de atención primaria para garantizar la continuidad de los cuidados, una vez el paciente haya sido dado de alta.

En la bibliografía se pueden encontrar multitud de trabajos que demuestran cómo la intervención geriátrica puede ser beneficiosa en el tratamiento de ancianos con fractura de cadera, al disminuir la mortalidad intrahospitalaria, acortar la estancia, disminuir las complicaciones perioperatorias, mejorar la recuperación funcional, etc., mediante distintos tipos de intervenciones^{7,8,9}.

En el presente número de la revista se publica un artículo de Sáez et al¹⁰ cuyo objetivo es evaluar la influencia de un equipo consultor geriátrico en la prescripción de fármacos en ancianos ingresados con fractura de cadera en un gran hospital universitario. Mediante un estudio prospectivo, se analiza el tratamiento farmacológico que reciben los ancianos con fractura de cadera, que son valorados por un equipo consultor geriátrico (202 pacientes), y se compara con el que recibe un grupo control (200 pacientes) que no son seguidos por geriatría. La intervención del equipo consultor consiste en un seguimiento clínico durante el tiempo que el paciente permanece ingresado con el fin de detectar y tratar las

enfermedades agudas y crónicas, evitar las complicaciones médicas, conseguir el mayor grado de recuperación funcional posible, prevenir la iatrogenia y planificar el alta hospitalaria.

Los pacientes por los que el servicio de traumatología consultaba al de geriatría eran mayores en edad, con un mayor deterioro funcional previo a la fractura, con mayor porcentaje de dementes, mayor número de enfermedades, mayor número de fármacos consumidos, mayor riesgo quirúrgico y mayor riesgo social que los no consultados. Durante el seguimiento, a los pacientes vistos por el servicio de geriatría se les detectó un mayor número de complicaciones, más enfermedades y un mayor número de problemas geriátricos. Además, los pacientes vistos por geriatría tomaban más fármacos antes, durante y en el momento del alta hospitalaria.

En relación con el tratamiento, a los pacientes vistos por geriatría se les prescribieron con mayor frecuencia transfusiones, suplementos orales nutricionales, vitamina D y calcio, laxantes, paracetamol, neurolépticos e hipnóticos.

A los pacientes vistos por geriatría se les diagnosticó un número mayor de enfermedades en el momento del ingreso. No fueron operados de la fractura un número significativamente menor. En relación con la recuperación funcional, los pacientes del grupo de geriatría recibieron con mayor frecuencia fisioterapia, tenían una mejor situación funcional al alta y fueron remitidos en un mayor porcentaje a unidades de media estancia. La mortalidad también fue significativamente menor en el grupo de geriatría (3 frente al 6%).

Con estos resultados, los autores concluyen que la intervención del equipo consultor de geriatría en ancianos ingresados por fractura de cadera es beneficiosa para optimizar el tratamiento médico.

A pesar de que los grupos no son en absoluto comparables, este artículo sirve para demostrar cómo el mantener una buena calidad de cuidados, extremando el cumplimiento de las guías de práctica clínica (mayor número de pacientes intervenidos, mejor control del dolor, más utilización de suplementos nutricionales, detección y tratamiento de las complicaciones médicas y optimización de la rehabilitación y de la prevención secundaria) mejora los resultados funcionales y de mortalidad.

Sorprende, sin embargo, la alta tasa de pacientes no intervenidos (8% en el grupo seguido por geriatría y 16% en el grupo control) teniendo en cuenta la mala calidad de vida que esto provoca, no sólo por la incapacidad sino también por el mal control del dolor, así como por el bajo porcentaje de pacientes tratados al alta con calcio y vitamina D (50 frente al 1% del grupo control), muy lejos de las recomendaciones de las guías clínicas.

No creemos relevante el hecho de que los pacientes vistos por geriatría consuman más o menos fármacos; lo importante es que consuman sólo los necesarios, los que precisen por sus enfermedades.

Es necesario publicar más trabajos de este tipo. La geriatría es la especialidad que mejor conoce la calidad de los cuidados en el anciano. Hay multitud de equipos de geriatría realizando trabajos similares en muchos hospitales de nuestro país, pero no se escriben ni publican los resultados de estas intervenciones. Debemos hacer un esfuerzo por registrar la actividad que realizamos, analizarla y publicarla, ya que es la única manera de poder demostrar la utilidad de nuestra intervención.

Este trabajo supone otro ejemplo más de los beneficios de la participación de la geriatría en el manejo de la fractura de cadera: es bueno para el paciente (menor mortalidad hospitalaria, menos complicaciones, mayor porcentaje de recuperación funcional); bueno para la institución (menor estancia media); bueno para el sistema sanitario (mejor utilización de los recursos, menos discapacidad), y es positivo también para el desarrollo de la geriatría, ya que es una buena manera de demostrar los beneficios del tratamiento multidisciplinar.

BIBLIOGRAFÍA

1. Serra JA, Garrido G, Vidán M, Marañón E, Brañas F, Ortiz J. Epidemiología de la fractura de cadera en ancianos en España. *An Med Interna*. 2002;19:389-95.
2. NIH consensus development panel on osteoporosis prevention, diagnosis, and therapy. Osteoporosis prevention, diagnosis, and therapy. *JAMA*. 2001;285:785-95.
3. Alarcón Alarcón MT, González Montalvo JI. Fractura osteoporótica de cadera. Factores predictivos de recuperación funcional a corto y largo plazo. *An Med Interna*. 2004;21:87-96.
4. Hannan EL, Magazinger J, Wang JJ, et al. Mortality and locomotion 6 months after hospitalisation for hip fracture. Risk factors and risk-adjusted hospital outcomes. *JAMA*. 2001;285:2736-42.
5. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Prevention and management of hip fracture in older people. A national clinical guideline. January 2002. [Disponible en: www.sign.ac.uk].
6. Best practice evidence-based guideline. Acute management and immediate rehabilitation after hip fracture amongst people aged 65 years and over. New Zealand Guidelines Group. June 2003. [Disponible en: www.nzgg.org.nz].
7. Koval KJ, Chen AL, Aharonoff GB, Egol KA, Zuckerman JD. Clinical pathway for hip fractures in the elderly. The hospital for joint diseases experiences. *Clin Orthop Relat Res*. 2004;425:35-43.
8. Heyburn G, Beringer T, Elliott J, Marsh D. Orthogeriatric care in patients with fractures of the proximal femur. *Clin Orthop Relat Res* 2004;425:35-43.
9. Vidán M, Serra JA, Moreno C, Riquelme G, Ortiz J. Efficacy of a comprehensive geriatric intervention in older patients hospitalized for hip fracture: a randomized, controlled trial. *JAGS*. 2005;53:1476-82.
10. Sáez P, González Montalvo JI, Alarcón Alarcón MT, Madruga F, Bárcena A. Optimización del tratamiento médico en pacientes geriátricos con fractura de cadera. Influencia del equipo consultor geriátrico. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2006;41:87-93.