

Bibliografía

1. Bray ST, Johnstone WH, Dee PM, Pope Jr TL, Teates CD, Tegtmeyer CJ. The "mucous plug syndrome". A pulmonary embolism mimic. Clin Nucl Med. 1984;9:513-8.
2. Nair SR, Pearson SB. Mucous plug in the bronchus causing lung collapse. N Engl J Med. 2002;347:1079.
3. Pham DH, Huang D, Korwan A, Greyson ND. Acute unilateral pulmonary nonventilation due to mucous plugs. Radiology. 1987;165:135-7.
4. Vereen LE, Payne DK, George RB. Unilateral absence of ventilation and perfusion associated with a bronchial mucous plug. South Med J. 1987;80:391-3.

Nicolás Martínez-Velilla^{a,*}, Helena Gómez-Herrero^b,
Alvaro Casas-Herrero^a y Agurne García-Baztán^a

^a Servicio de Geriatría, Hospital de Navarra, Pamplona, Navarra, España

^b Sección de Radiología, Complejo Hospitalario de Navarra C, Pamplona, Navarra, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: nicolas.martinez.velilla@cfnavarra.es
(N. Martínez-Velilla).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.regg.2012.05.001>

Deterioro funcional secundario a fractura de cadera y adecuación de recursos sociosanitarios al alta

Functional impairment secondary to a hip fracture and adequacy of social welfare resources at discharge

Sr. Editor:

Los ancianos que ingresan por fractura de cadera suelen ser pacientes geriátricos, que sufren un deterioro funcional, que solo recuperan el 40% a los 3 meses y el 80% al año¹. Existen varios modelos de colaboración entre traumatología y geriatría para la asistencia de estos pacientes, tanto en la fase aguda como en la rehabilitadora. Con esta colaboración se ha demostrado mayor tasa de cirugía y más precoz, reducción de complicaciones y de mortalidad, mayor acceso a la rehabilitación, mejor situación funcional al alta, reducción de las estancias, de las interconsultas a otros especialistas y menos coste del tratamiento².

Tras la fractura de cadera, un porcentaje que oscila entre el 20 y el 67% de los ancianos precisan de tratamiento rehabilitador en Unidades de Media Estancia, para intentar recuperar su situación funcional previa²⁻⁴. Realizamos un trabajo descriptivo para conocer el grado de deterioro funcional que sufren los ancianos al alta y a los 3 meses, tras sufrir una fractura de cadera y los recursos sociosanitarios disponibles al alta en la provincia de Ávila. Por otro lado, se pretende conocer en qué medida el paciente utiliza el recurso sociosanitario considerado como ideal por el Equipo de Valoración Geriátrica (EVG), formado por el geriatra, la enfermera y el trabajador social, utilizando la valoración geriátrica y el diagrama propuesto por González Montalvo para el correcto uso de los niveles asistenciales⁵. También se investigan los motivos por los que no se utilizan los recursos recomendados.

Se incluye a los mayores de 65 años, que ingresan en el hospital por fractura de cadera. Se recogen los datos epidemiológicos, clínicos, funcionales y sociales previos al ingreso, al alta y a los 3 meses. La edad media de los 49 pacientes fue de 84,9 años y el 79,2% eran mujeres. El 35,4% vivían solos o con pareja de similar edad y el 18,7% venían de residencias. La estancia media fue de 15 días. En el 25% de los casos intervienen los trabajadores sociales, utilizando residencia privada al alta el 27% de los pacientes. En el 22,9% de los casos, el EVG considera como ideal la Unidad de Media Estancia (UME), de la que no disponemos en nuestra provincia. Porcentajes de derivación a unidades de rehabilitación parecidas y mayores se han publicado en nuestro medio²⁻⁴. El EVG recomienda al 10,4% de los pacientes estancia temporal en residencia pública, pero no la utilizan porque no hay plazas en ese momento o porque solo las hay en otra provincia lejana. Hay un 20,8% de nuevas institucionalizaciones. En el trabajo de Ortiz⁴, a pesar de disponer de la UME, encuentran mayor porcentaje de pacientes que van a residencia después del alta en el grupo en que realizan una intervención multidisciplinar, respecto

al grupo control. Sin embargo, en el trabajo de González Montalvo², un 16,7% de pacientes del grupo intervención utilizaron residencias al alta cuando procedían de su domicilio, frente al 18,5% del grupo control. Esta variabilidad depende mucho de la disponibilidad de recursos y de la estructura sociofamiliar de cada zona geográfica. Encontramos una pérdida funcional media al alta de 33,3 puntos en el índice de Barthel, recuperando 12,6 puntos pasados 3 meses. Solo el 18,75% de los pacientes recuperan la puntuación de Barthel previa a la fractura pasados 3 meses. En otros centros donde disponen de recursos para rehabilitación, el 47% de los pacientes recuperan la capacidad de deambulación previa a la fractura a los 3 meses y el 43% recuperan la independencia previa en AVD⁴. En el estudio de Bachmann encuentran mayor recuperación funcional y menor estancia hospitalaria para el grupo de pacientes ortopédicos que utilizan una UME, respecto al grupo de rehabilitación general⁶. La mortalidad de nuestros pacientes en los primeros 3 meses es del 6,25 frente al 12,8% encontrado por Ortiz⁴ o cifras que oscilan entre el 5 y 24% según Todd⁷.

El estudio pone de manifiesto el alto porcentaje de pacientes que no utilizan el recurso sociosanitario recomendado por el EVG (58%) (fig. 1), en gran medida por no existir el recurso en la provincia (25%), o por no disponer de plazas en el momento que se necesitan (42,9%).

Los pacientes subsidiarios de utilizar estos recursos en nuestra área, optan por las residencias privadas, o su propio domicilio, a veces en situación precaria. Dado que las UME cuentan con un grado de recomendación A⁸ y, que en un reciente metaanálisis⁶ han demostrado mejoría funcional, prevención de ingreso en residencias y menor mortalidad, creemos que su desarrollo sería muy beneficioso para los pacientes que sufren dependencia aguda reversible. Este metaanálisis⁶ no ha encontrado datos suficientes

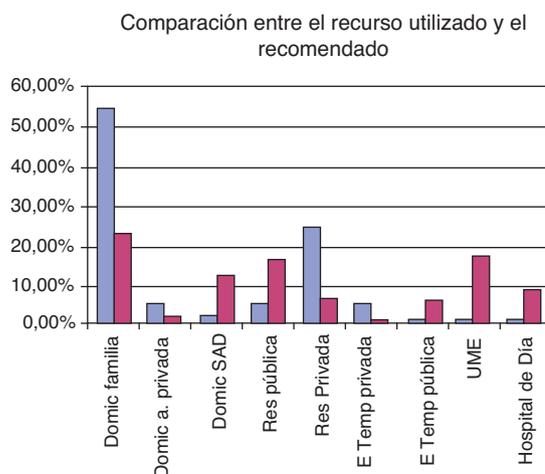


Figura 1. Comparación entre el recurso utilizado y el recomendado.

que demuestren beneficio en términos de coste-eficacia de estas unidades. Sin embargo, en trabajos realizados en nuestro país, se encuentra que la estancia hospitalaria total (agudos y media estancia) se reduce entre un 19⁹ y un 11%² en el grupo donde interviene un equipo multidisciplinar de traumatología y geriatría, respecto al grupo que recibe el tratamiento habitual, a pesar de derivar más pacientes a unidades de media estancia.

Conclusiones

Podemos evitar en gran medida la dependencia secundaria a la fractura de cadera ofreciendo recursos dirigidos a la rehabilitación de estos pacientes. De este modo podrán volver antes a su domicilio previo, evitar las complicaciones secundarias al inmovilismo y a largo plazo probablemente resultará menos costoso al no precisar de recursos sociales definitivos.

Bibliografía

- Alarcón Alarcón T, González Montalvo JI. Fractura osteoporótica de cadera. Factores predictivos de recuperación funcional a corto y largo plazo. *An Med Interna (Madrid)*. 2004;21:87-96.
- González Montalvo JI, Gotor Pérez P, Martín Vega A, Alarcón Alarcón T, Mauleón Álvarez de Linera JL, Gil Garay E, et al. La unidad de ortogeriatría de agudos. Evaluación de su efecto en el curso clínico de los pacientes con fractura de cadera y estimación de su impacto económico. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2011;46:193-9.
- Sáez López P. Estudio sobre la intervención geriátrica en el curso clínico en fase aguda de los ancianos que ingresan con fractura de cadera. Madrid: Tesis Doctoral Universidad Complutense de Madrid; 2002.
- Ortiz Alonso FJ, Vidán Astiz M, Marañón Fernández E, Álvarez Nebreda L, García Alambra MA, Alonso Armesto M, et al. Evolución prospectiva de un programa de intervención geriátrica interdisciplinaria y secuencial en la recuperación funcional del anciano con fractura de cadera. *Trauma Fund MAPFRE*. 2008;19:13-21.
- González Montalvo JI, Gutiérrez J, Alarcón Alarcón MT. Aplicación de la valoración geriátrica para el correcto uso de niveles asistenciales en la atención al anciano. Propuesta de un diagrama objetivo de toma de decisiones. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 1998;33:115-20.
- Bachmann S, Bosch R, Finger Ch, Huss A, Egger M, Stuck A, et al. Inpatient rehabilitation specifically designed for geriatric patients: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *BMJ*. 2010:340.
- Todd CJ, Freeman CJ, Camillero-Ferrante C, Palmer CR, Hyder A, Laxton CE, et al. Differences in mortality after fracture of hip: the East Anglian audit. *BMJ*. 1995;310:904-8.
- Jovell AJ, Naarro-Rubio MD. Evaluación de la evidencia científica. *Med Clin (Bar)*. 1995;105:740-3.
- Álvarez Nebreda ML, Marañón Hernández E, Alonso Armesto M, Toledano Iglesias M, Vidán Astiz MT, García Alambra MA, et al. Eficacia de una unidad de ortogeriatría en el tratamiento integral del anciano con fractura de cadera: comparación con un modelo previo. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2005;40 Supl. 1:S52.

Pilar Sáez López*, Teresa Hernández Jiménez
e Inmaculada Romero Mayoral

Unidad de Geriatría, Complejo Asistencial de Ávila, Ávila, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: pisalop@gmail.com (P. Sáez López).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.regg.2012.04.004>