



CARTA AL EDITOR

Intervención de una UFISS de geriatría en pacientes con fractura de cadera ingresados en un Servicio de Traumatología***Intervention by a geriatric interdisciplinary health and welfare unit (UFISS) in patients with hip fractures admitted to a Traumatology Department***

Sr. Editor:

Leemos con interés el artículo sobre la implantación de una Unidad de Orto geriatria en el Hospital Universitario Infanta Sofía¹.

El envejecimiento de la población hace necesario un ajuste de los modelos asistenciales para adaptar el tratamiento de determinadas enfermedades a la actual realidad socioeconómica. Este reajuste toma relevancia en una enfermedad tan importante como es la fractura de cadera en los pacientes ancianos, por su alta incidencia en este grupo de población (20-25% de la ocupación de camas en Traumatología), la repercusión en la capacidad funcional, el estado de salud del anciano y la cantidad de recursos sanitarios y sociales que requieren². El esfuerzo de los profesionales sanitarios que trabajan en este campo para aplicar la evidencia clínica de la que disponemos, se pone de manifiesto en los distintos trabajos publicados en esta revista, donde se revisan los aspectos clínicos, asistenciales y las experiencias en distintos centros hospitalarios³⁻⁶. En nuestra comunidad, la colaboración entre los Servicios de Geriatría y Traumatología se inició con las Unidades Funcionales Interdisciplinarias Sociosanitarias de Geriatría (UFISS) que son equipos de valoración geriátrica en el ámbito hospitalario, con una eficiencia y eficacia óptima en su intervención sobre los ancianos frágiles ingresados en Traumatología⁷.

El Servicio de Geriatría del Hospital Santa María-Gestió de Serveis Sanitaris de Lleida se hizo cargo de la UFISS de Geriatría del Hospital Universitario Arnau de Vilanova a finales del año 2006. Durante el año 2007 se fue consolidando el equipo que formaría definitivamente dicha unidad y que está formado por: un geriatra, una enfermera, una fisioterapeuta, una trabajadora social y una administrativa. Inicialmente, la UFISS de Geriatría trabajaba a demanda mediante interconsulta, para colaborar en el manejo clínico del paciente o para la planificación del alta. Al analizar los datos de intervención durante el año 2007, el servicio que más solicitaba nuestra colaboración era Traumatología y el perfil del paciente era el de un paciente con características geriátricas con fractura de cadera. Nuestro primer objetivo fue intentar implantar un mecanismo de detección proactiva de estos pacientes desde el momento del ingreso. Se consensuó que la UFISS de Geriatría valoraría a todos los pacientes con fractura de cadera mayores de 80 años y los pacientes entre 75-80 años en función del perfil del paciente (presencia de síndromes geriátricos, sobre todo demencia o delirium, pluripatología y polifarmacia, inmovilismo previo y pacientes procedentes de centros sociosanitarios o residencias o ya en seguimiento por el Servicio de Geriatría). Nuestra

intervención tiene como objetivo el control clínico y la movilización precoz del paciente para intentar el alta a su entorno habitual y nuestra metodología de trabajo se basa en la realización de una valoración geriátrica integral, el control clínico pre y postoperatorio, la intervención precoz de la fisioterapeuta y un plan de alta desde el momento del ingreso, donde se valorará la necesidad de utilización de los distintos niveles asistenciales de los que disponemos en nuestro entorno. Entre enero de 2009 y diciembre de 2012 recogimos los datos de nuestra intervención; valoramos 1.620 pacientes con fractura de cadera, con una edad media de 86 años, un predominio de mujeres sobre varones (4:1) y una estancia media de 9 días. El índice de Barthel (IB) previo fue de 65,2 de media; el IB al ingreso fue de 12,55 de media y al alta de 29,45. Esto supuso un porcentaje de recuperación de 31,57 y una eficiencia de la ganancia funcional de 1,83. En el momento del alta, el 41,13% de los pacientes retornaron a su domicilio; el 27,13% fueron derivados a residencia y el 26,46% de los pacientes ingresaron en centros sociosanitarios. La mortalidad fue del 3,16%. De los pacientes que retornaron a domicilio, el 28,18% recibieron fisioterapia domiciliaria.

Desde el 22 de octubre de 2012 hemos iniciado una base de datos más exhaustiva con el fin de analizar los resultados de nuestra intervención. Hasta el 31 de marzo de este año, hemos recogido información de 177 pacientes. Las características de edad, distribución por sexos y función son iguales a las de la población descrita anteriormente. La mayoría de pacientes presentan una fractura peritrocantérea (64,41%) y el 13,46% había sufrido una fractura de cadera previa. El 26,70% presentaba un índice de Charlson alto y el 38,42% tenía un diagnóstico previo confirmado de demencia (estadios GDS 6-7 en el 30%). La media de fármacos por paciente al ingreso era de 6,04, y el 61% de los pacientes tomaba algún psicofármaco. Durante el ingreso, el 36,72% desarrolló delirium y en el 37,28% se diagnosticaron otras complicaciones médicas, siendo las más frecuentes la infección respiratoria, la insuficiencia cardíaca y la ITU, en este orden. En el momento del alta calculamos el índice de Heinemann, que fue de 36,19. De los pacientes que fueron ingresados desde domicilio, el 66,64% retornaron a su medio habitual. La mortalidad de este grupo en la fase aguda fue del 3,95%.

La doctora Vidan nos recordaba que la asistencia de calidad viene determinada por el conocimiento de la evidencia clínica, la aplicación de esta en la práctica diaria y el control de los principales resultados de salud, todo ello teniendo en cuenta las preferencias del paciente⁸. Es evidente el importante trabajo que desde Geriatría y Traumatología se está realizando para implantar el modelo asistencial de la Orto geriatria, modelo cuya eficacia y eficiencia no solo clínicas sino también de racionalización de costes está demostrada⁹. Nuestros esfuerzos deberían centrarse en intentar evitar la variabilidad de la asistencia y recoger los indicadores de actividad que nos permitan analizar los resultados de nuestra intervención. En un escenario ideal, deberíamos poder compartir estos indicadores entre los distintos centros que ofrecen este tipo de asistencia, para comparar y corregir nuestras intervenciones y, además,

serviría como estímulo para futuros estudios que permitan resolver áreas de mejora en la Ortogeriatría¹⁰.

Bibliografía

1. Bielza Galindo R, Ortiz Espada A, Arias Muñana E, Velasco Guzmán de Lázaro R, Mora Casado A, Moreno Martín R, et al. Implantación de una Unidad de Ortogeriatría en un hospital de segundo nivel. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2013;48:26-9.
2. Avellana Zaragoza JA, Fernández Portal L. Guía de la buena práctica clínica en Geriatría. Anciano afecto de fractura de cadera. Barcelona: Sociedad Española de Geriatría y Gerontología, Sociedad Española de Cirugía Ortopédica y Elsevier Doyma; 2007.
3. González Montalvo JI, Alarcón Alarcón T, Pallardo Rodil B, Gotor Pérez P, Mauleón Álvarez de Linera JL, Gil Garay E. Ortogeriatría en pacientes agudos (I). Aspectos asistenciales. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2008;43:239-51.
4. González Montalvo JI, Alarcón Alarcón T, Pallardo Rodil B, Gotor Pérez P, Pareja Sierra T. Ortogeriatría en pacientes agudos (II). Aspectos clínicos. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2008;43:316-29.
5. Duaso E, Marimón P, Sosa JC, Vega D, Navarro A, Escalante E, et al. Once meses de atención a los pacientes con fractura de fémur en una Unidad Geriátrica de Agudos. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2012;47:132-3.
6. Romero Pisonero E, Mora Fernández J. Rehabilitación en pacientes con fractura de cadera y demencia: un reto. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2012;47:285-6.
7. Herrera J. Los equipos de valoración y cuidados geriátricos: expectativas defraudadas. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2005;40:120-5.
8. Vidán MT. Investigación sobre modelos asistenciales en geriatría: propuestas para el futuro. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2010;45:311-3.
9. 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.
10. Johansen A. The future of orthogeriatrics. *Age Ageing.* 2010;39:664-5.

Mariano de Miguel Artal * y Olga Roca Chacón

Unidad Funcional Interdisciplinar Sociosanitaria de Geriatría, Gestió de Serveis Sanitaris, Hospital Santa María, Lleida, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: mdemiguel@gss.scs.es (M. de Miguel Artal).