

PC-168

Resultados funcionales 30 días después de una fractura de cadera por fragilidad

E. Lueje Alonso, Y. Parada Freitas, V. Garay Airaghi, L. Fernández Arana, J. Mora Fernández

Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España

Objetivos: Analizar la evolución funcional a los 30 días tras una fractura de cadera y las variables que influyen en la recuperación.

Material y métodos: Estudio prospectivo. Pacientes > 75 años con diagnóstico de fractura de cadera, excluyendo fracturas de acetábulo, diafisarias y periprotésicas (enero 2017-diciembre 2017). Variables: situación basal (movilidad, demencia), datos quirúrgicos (riesgo, retraso), estancia, complicaciones médicas y destino al alta. A los 30 días: movilidad (1-10 puntos según escala de Parker modificada [EPm]). Se toma como punto de corte para una evolución favorable el empeoramiento en menos de 3 puntos respecto a la movilidad prefractura. Análisis estadístico: chi-cuadrado y Mann-Whitney. Programa SPSS v23.0.

Resultados: Tamaño muestral: 226. Edad media 86,5 años (DE 5,7). Sexo femenino 76,2%. Barthel basal 88 (RI 27), FAC 4 (RI 2), Lawton 4 (RI 6). Demencia moderada-severa 18,1%. Deambulacion sin ayudas técnicas 42%, riesgo ASA-3 61%. Se sentó primer día postoperatorio 63,1%. Retraso quirúrgico: 60% tras 48 h desde su admisión (2/3 por logística de quirófano). Estancia media 10,2 días. Recuperación funcional a los 30 días (n=204): 46,6% empeoran menos de 3 puntos en la EPm. Los factores que se asociaron con esa mejor recuperación son: menor edad (p=0,002) y destino al domicilio (p<0,001). Presentan peor recuperación funcional los que se derivan a residencia (64%), unidad de convalecencia (65,3%) y hospital de larga estancia (83,3%) frente a los que regresan al domicilio (30,9%). No se encontró relación estadística con el resto de variables (clínicas, funcionales o complicaciones). A los 30 días persiste empeoramiento de EPm en aquellos ubicados en lugar distinto al domicilio (p<0,05).

Conclusiones: A los 30 días de una fractura de cadera por fragilidad, solamente la edad influye en la recuperación funcional.

Una mayor pérdida de movilidad condiciona el destino al alta y el lugar de residencia a los 30 días.

A corto plazo, tras una fractura de cadera, no se evidencia con claridad la influencia de otras variables en el impacto funcional residual. Sería necesario prolongar el seguimiento para objetivar otras relaciones estadísticas.

<https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.04.314>

PC-169

Abordaje de una paciente con demencia moderada ingresada por infección de herida quirúrgica tras colocación de prótesis parcial de cadera. Abordaje nutricional. Importancia del apoyo sociofamiliar

I. Criado Martín, N. Amguita Sanchez, L. Lozano Vivario, B. Vasquez Brulen, P. Vivent Valverde, V. Martín Lopez

Hospital Universitario de Getafe, Getafe, Madrid, España

Objetivo: Abordaje integral del paciente anciano ingresado por infección de herida quirúrgica. Importancia de una adecuada nutrición. Vigilancia de efectos secundarios. Papel del cuidador durante el ingreso.

Resumen de caso clínico: Mujer de 89 años con antecedentes de HTA, demencia mixta y fractura subcapital de cadera izquierda intervenida con colocación de prótesis parcial hace 6 semanas. Situación basal previa de dependencia parcial (Barthel 65), deambulacion independiente recuerda tras cirugía, demencia GDS 5, vive en residencia y tiene muy buen apoyo familiar. Ingresos por infección de herida quirúrgica, realizándose recambio de la prótesis. Se aísla *S. aureus* resistente a meticilina, instaurándose tratamiento con vancomicina y rifampicina, inicialmente i.v.

Durante el ingreso la paciente permanece aislada, se encuentra más desorientada e inquieta de lo habitual y se establece una negativa a la ingesta.

Dada la situación hipermetabólica que implica una infección, y la cada vez más importante desnutrición de la paciente (albúmina <2), proporcionar un adecuado aporte calórico es de vital importancia. Se autoriza a la familia a aportar comida, que la paciente ingiere ligeramente mejor, y se combinan suplementos de distintos sabores, texturas y marcas, de modo que son mejor tolerados.

En relación con la administración de rifampicina i.v. aparecen cuadros de malestar generalizado, por lo que enfermería disminuye la velocidad de infusión, perdiendo eficacia. Este problema se limita al pasar el medicamento a vía oral.

Los familiares permanecen las 24 h con la paciente, incentivando la ingesta, controlando las alteraciones del comportamiento (prestando así menos medicación) y acompañándola activamente en la deambulacion, de modo que al alta mantiene la marcha (Barthel al alta 60).

Conclusiones: En pacientes complejos con infecciones de herida quirúrgica y tiempos de ingreso prolongados es imprescindible un abordaje integral enfocado a conservar la función y no solo tratar la infección. Agotar las otras opciones de nutrición enteral antes de plantear la colocación de sonda nasogástrica es lo más adecuado en estos pacientes. Es importante vigilar la aparición de efectos secundarios; en ocasiones solventarlos no es complicado. Un buen apoyo sociofamiliar facilita el manejo y mejora el pronóstico funcional.

<https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.04.315>

PC-170

Características del paciente ingresado tras fractura de cadera en la unidad de convalecencia de un centro sociosanitario

P.A. Garibaldi Tolmos, C. Rodríguez González, M.D.L.O. Dominguez Lopez, F. Drago Leyseca, N. Albiol Tomás, E. Martínez Almazán, A. Garnica Fernandez

Hospital i Llars de la Santa Creu, Tortosa, Tarragona, España

Objetivos: Analizar el perfil del paciente ingresado por fractura de cadera osteoporótica en una unidad de convalecencia traumática.

Material y métodos: Estudio observacional descriptivo de 41 pacientes ingresados tras fractura de cadera osteoporótica, mayo-diciembre de 2017. Datos demográficos, funcionales al ingreso y al alta, médicos y analíticos. Análisis mediante SPSS.

Resultados: Edad: 84,12 (DE 6,04) años; mujeres: 65,9%; > 5 fármacos: 82,9%; procedencia domiciliar: 95,15%. Comorbilidad: HTA: 87,8%; DM: 31,7%; cardiopatía: 41,5%; dislipemia: 43,9%; demencia: 26,8%; DCL: 9,8%; osteoporosis: 19,5%; tratamiento antirresortivo previo: 2,63%. Situación funcional-cognitiva: Barthel previo a la fractura 80,62 (DE 20,19), al ingreso (en convalecencia)

37,44 (DE 19,25), al alta 67,69 (DE 22,67). Pfeiffer al ingreso >3: 60,60%. Fractura pertrocanterea: 56,1%, intracapsular desplazada: 31,7%. Tratamiento: clavo intramedular: 61,54%; artroplastia parcial: 28,20%; demora quirúrgica mediana 17,3 h (RI: 51,4); estancia media en agudos: 8,2 (DE 4,36) días. Datos analíticos: vitamina D ≤ 30 µg/l: 73,2%; hipoproteínemia: 58,5%; hipoalbuminemia: 51,2%; anemia: 92,7%, Hb 10,43 g/dl (DE 1,46), transfusión: 39%, Fe intravenoso: 2,4% y oral: 70,7%. Complicaciones: delirium: 31,7%, infección respiratoria: 19,5%, urinaria: 17,1%, insuficiencia cardíaca: 26,8%, insuficiencia renal: 22%, estreñimiento: 31,7%. Resultado funcional: ganancia absoluta de Barthel: 30,26; relativa: 72,23%. Deambulación a 30 días: independiente fuera de casa: 50%, independiente en domicilio: 28,9%. Suplementación al alta de calcio: 75,66%, vitamina D: 94,6%. Antirresortivos a los 30 días: 32,43%. Mortalidad: 4,9% durante el ingreso, 7,3% a los 3 meses.

Conclusiones:

- Los pacientes atendidos en nuestra unidad por fractura de cadera presentan edad avanzada, alta comorbilidad y polifarmacia, alta prevalencia de déficit de vitamina D.
- La osteoporosis es un problema no diagnosticado e incluso, en los pacientes diagnosticados, no tratado.
- El ingreso en la unidad consigue recuperación funcional al alta y al mes en un porcentaje elevado de pacientes.
- El abordaje terapéutico de la osteoporosis mejora tras el ingreso.

<https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.04.316>

PC-171

Valoración de la fragilidad en ancianos institucionalizados y abordaje a través del hospital de día de geriatría



M.D.R. Malfeito Jiménez, G.E. Sedano Gómez

Hospital Universitario Lucus Augusti, Lugo, España

Introducción: El aumento progresivo del envejecimiento y el mayor número de ancianos institucionalizados hace que nos encontremos ante un nuevo perfil de pacientes.

El paciente institucionalizado es complejo, con una edad media de 80 años, más de cinco enfermedades crónicas, polifarmacia, elevada dependencia y deterioro cognitivo grave en más del 50% de ellos. Esto hace que se trate de una población muy vulnerable, frecuentadora de los servicios de urgencias y reingresadores, a pesar de los cuidados recibidos tanto por parte de atención primaria como por parte de los médicos de las residencias.

Como la fragilidad en este grupo poblacional es mayor, entendiéndose como fragilidad el síndrome clínico fruto de la disminución de las reservas fisiológicas que condiciona una menor capacidad de respuesta al estrés y que se asocia a un mayor riesgo de incapacidad y morbilidad, debemos buscar optimizar su manejo, su tratamiento y las alternativas a la hospitalización.

Objetivo:

- Estratificar a los pacientes institucionalizados según la pirámide de Kaiser de acuerdo al grado de fragilidad.
- Aplicar medidas de prevención en aquellos con fragilidad leve o moderada y plan de cuidados en los de avanzada.
- Mejorar la comunicación entre las residencias y el hospital de día.

Material y métodos: Estudio descriptivo y observacional de 2 residencias (pertenecientes al Sistema Farmacia Hospitalaria) A y B desde el 15 de diciembre de 2017 al 15 de marzo de 2018 con 132 y 165 pacientes, respectivamente.

Realizamos visitas semanales para la captación de pacientes según criterios de fragilidad y para consensuar cuidados con médicos y enfermería.

Aplicamos los criterios de fragilidad según el índice fragilidad-VIG.

Resultados: Centro A, edad media 83 años, 67% mujeres (89) y 33% (43) varones; 8 sin fragilidad, 20 con fragilidad leve, 87 (66%) fragilidad moderada y avanzada en 17 residentes. Centro B, edad media 75 años, 108 (65%) mujeres y 57 varones. Fragilidad leve, moderada y avanzada en un 16% (28), 60% (100) y 15% (26), respectivamente. Ausencia de fragilidad en 11 ancianos.

Conclusión: Establecer al hospital de día como eje regulador de la atención integral al paciente frágil e institucionalizado, reduciendo las hospitalizaciones y las visitas a urgencias.

<https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.04.317>

PC-172

Factores asociados a recuperación funcional en pacientes ingresados en una unidad de convalecencia tras fractura de cadera de perfil osteoporótico



P.A. Garibaldi Tolmos, C. Rodríguez González, E. Martínez Almazán, M.D.L.O. Domínguez López, E. Rios Kompaniets, N. Albiol Tomás, A. Garnica Fernández

Hospital i Llars de la Santa Creu, Tortosa, Tarragona, España

Objetivos: Analizar los factores relacionados con la recuperación funcional, complicaciones médicas y estancia hospitalaria tras una ingreso por fractura de cadera osteoporótica en una unidad de convalecencia.

Material y métodos: Estudio observacional prospectivo de 41 pacientes ingresados tras fractura de cadera osteoporótica, de mayo a diciembre de 2017. Se recogen datos demográficos, funcionales al ingreso y al alta y médicos. Análisis descriptivo, comparación de proporciones (chi-cuadrado) y medias (t de Student, ANOVA).

Resultados: Edad: 84,12 (DE: 6,03) años, Funcional: Barthel prefractura 80,62 (DE: 20,19), al ingreso (convalecencia) 37,44 (DE: 19,25), al alta 67,69 (DE: 22,67). Movilidad prefractura: dentro de casa con ayuda: 13,2%; independiente dentro de casa 18,4%; independiente fuera de casa 63,4%. Tratamiento: 61,54% clavo intramedular; 28,20% artroplastia parcial. Demora quirúrgica: mediana: 17,26 h (RI: 51,4). Comorbilidad: HTA: 87,8%; cardiopatía: 41,5%; demencia: 26,8%; polifarmacia: 82,9%. Vitamina D (ng/ml) al ingreso: <10 19,5%; 10-20: 31,7%; 20-29 22%. Complicaciones (traumatología + convalecencia): delirium: 31,7%; infección respiratoria: 19,5%; infección urinaria: 17,1%; insuficiencia cardíaca: 26,8%; anemia: 92,7%; transfusión 39%. Sedestación primer día posquirúrgico: 60,53%. Traumatología: estancia: 8,23 ± 4,36 días. Recuperación marcha autónoma: 78,9%. Menor delirium en los que recuperan marcha autónoma: 16,7% vs 83,3%, p=0,019. Relación vitamina D basal-ganancia funcional (Barthel al alta-Barthel al ingreso): <10 ng/ml: 17,5; >29: 34,55, p=0,021. Mayor ganancia funcional si Barthel previo ≥ 60 ; p=0,018, y ausencia de demencia, p=0,001. La demora quirúrgica >48 h se asocia a mayor frecuencia de descompensación de ICC (p=0,001) y mayor estancia hospitalaria en traumatología (p=0,002).

Conclusiones: Se produce recuperación de la autonomía de la marcha en la mayoría de enfermos, siendo inferior en los enfermos que presentan delirium.