

CARTA AL DIRECTOR

Ortogeriatría. ¿Caminamos en la dirección adecuada?



Orthogeriatrics. Are we walking the right direction?

Queremos felicitar al Dr. Gamboa-Arango et al. y de forma extensiva al servicio de Geriatria del Hospital de Igualada por su estudio sobre los factores pronósticos de buena funcionalidad a los 12 meses en pacientes con fractura de cadera (FC)¹. El trabajo que están realizando desde hace años en el ámbito de la ortogeriatría en el Hospital de Igualada es muy interesante. Los objetivos del tratamiento de la FC han sido desde el inicio conservar la vida y mantener la función. La colaboración entre los servicios de Geriatria y COT ha sido un ejemplo pionero de colaboración médico-quirúrgica². La geriatria ha aportado la valoración geriátrica integral (VGI) y el análisis de los datos que ella aporta. Sin embargo, debemos avanzar integrando en este análisis información sobre las preferencias de los pacientes y el estudio de la reserva fisiológica de los mismos.

A la hora de tomar decisiones tras una FC nos topamos con la visión de una sociedad que está exigiendo que los pacientes permanezcan sin deterioro funcional e independientes para las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) el mayor tiempo posible³. Sin embargo, el envejecimiento se asocia a un deterioro progresivo de la reserva fisiológica que en algunos casos puede dificultar la recuperación de la situación basal tras una FC. Sabemos que después de una FC sólo alrededor del 30% puede llegar a recuperarse completamente⁴. Disponer de herramientas con las que objetivamente se pueda orientar a los pacientes y las familias de las necesidades de cuidados que el paciente requerirá es importante. Ser capaces de informar de forma clara y objetiva de cuándo ha llegado el momento de cuidar y no de rehabilitar continúa siendo una tarea muy complicada desde nuestro punto de vista. El análisis de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) y la utilización de índices de fragilidad pueden ayudar a la toma de decisiones clínicas y de gestión de recursos.

A pesar de la elevada mortalidad tras una FC, el 70% de los pacientes siguen vivos al año⁵. Los modelos de investigación en el campo de la ortogeriatría se han centrado en aspectos clínicos de mortalidad, complicaciones médicas y quirúrgicas y recuperación funcional. Sin embargo, cada vez tenemos más presente que se ha de analizar la

recuperación de los pacientes tras una FC como un concepto multidimensional. Para ello se están utilizando cuestionarios que miden la CVRS o PROMs (del inglés, *Patient Reported Outcomes Measures*) los cuales permiten que los pacientes evalúen subjetivamente distintas dimensiones de salud (físicas, psicológicas y sociales) importantes para el bienestar del individuo. De todos los instrumentos de medición de la CVRS, el EuroQol-5D (EQ-5D) es el más utilizado y recomendado en pacientes con FC^{5,6} y deberíamos acostumbrarnos a incluirlo en nuestros estudios.

El estudio de la fragilidad y de las herramientas y protocolos para identificarla en la práctica clínica nos ayudará a individualizar el pronóstico clínico y de recuperación funcional, la planificación de cuidados y la intensidad terapéutica de nuestros pacientes⁷. Sin embargo, las evidencias de los estudios de fragilidad todavía no se han aplicado de forma consensuada y generalizada en la práctica clínica²; por eso nos parece muy interesante el trabajo del Dr. Amblás et al. con el Índice Frágil-VGI⁸. Su aplicación en la ortogeriatría nos permitiría estratificar a los pacientes en función del grado de fragilidad, determinando el nivel de intensidad terapéutica en función de un objetivo de supervivencia, funcionalidad o bienestar o control sintomático.

La población geriátrica se caracteriza por su gran heterogeneidad⁹ y, en función de sus niveles de reserva funcional y cognitiva y comorbilidades, los pacientes pueden ser clasificados como en forma o buen estado, vulnerables o con fragilidad grave¹⁰. Sabemos que la población que sufre una FC, comparada con sus pares sin fractura, es una población con más patología crónica de alto riesgo y máxima complejidad¹¹. La idea de los autores en esta carta es reflexionar sobre distintas herramientas que nos ayuden a tomar decisiones centradas en la persona y a identificar la fragilidad como complemento a la valoración geriátrica integral que se realiza en los pacientes ancianos que ingresan con una FC. No es nuestra intención plantear un debate sobre los criterios de distribución de recursos, sino obtener más información que nos ayude a tomar decisiones y ofrecer los mejores tratamientos en función de las características del paciente, siguiendo los principios de utilidad, proporcionalidad y equidad.

Después de un año en que todo ha estado condicionado por la pandemia, esperamos que poco a poco podamos retomar cierta normalidad lo antes posible para seguir aportando mejoras en los distintos aspectos de la asistencia al paciente anciano con FC.

Nivel de evidencia

Nivel de evidencia V.

Bibliografía

1. Gamboa-Arango A, Duaso E, Formiga F, Marimón P, Sandiumenge M, Salgado MT, et al. Factores pronósticos de buena funcionalidad a los 12 meses, de una fractura de cadera. Estudio Maluc Anoa. *Rev Esp Cir Traumatol*. 2020;64:57–63.
2. González-Montalvo JI, Ramírez-Martín R, Menéndez Colino R, Alarcón T, Tarazona-Santalbina FJ, Martínez-Velilla N, et al. Geriatria transversal. Un reto asistencial para el siglo XXI. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2020;55:84–97.
3. Falaschi P, Marsh D. Orthogeriatrics. Practical Issues in Geriatrics. 2021, http://dx.doi.org/10.1007/978-3-030-48126-1_1.
4. Centre for Clinical Practice at NICE (UK) Falls: Assessment and prevention of falls in Older People. London: National Institute for Health and Care Excellence; 2013.
5. Moppett I. Hip fractures: are we asking the right questions? *Age Ageing*. 2018;47:633–4.
6. Haywood KL, Griffin XL, Achten J, Costa ML. Developing a core outcome set for hip fracture trials. *Bone Joint*. 2014;96-B:1016–23, <http://dx.doi.org/10.1302/0301-620X.96B8.33766>.
7. Clegg A, Young J, Iliffe S, Rikkert MO, Rockwood K. Frailty in elderly people. *Lancet*. 2013;381:752–62.
8. Amblàs-Novellas J, Martori JC, Molist Brunet N, Oller R, Gómez-Batiste X, Espauella Panicot J. Índice frágil-VGI: diseño y evaluación de un índice de fragilidad basado en la Valoración Integral Geriátrica. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2017;52:119–27.
9. Penrod J, Litke A, Hawkes WG, Magaziner J, Koval KJ, Doucette JT, et al. Heterogeneity in hip fracture patients: Age, functional status, and comorbidity. *J Am Geriatr Soc*. 2007;55:407–13.
10. Rockwood K, Song X, McKnight C, Bergman H, Hogan DB, McDowell I, et al. A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. *CMAJ*. 2005;173:489–95.
11. Cancio Trujillo JM, Clèries M, Inzitari M, Ruiz Hidalgo D, Santaeugènia González SJ, Vela E. Impacte en la supervivència i despesa associada a la fractura de fèmur en les persones grans a Catalunya Monogràfics de la Central de Resultats, número 16. Barcelona: Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2015.

M. de Miguel Artal^{a,*}, O. Roca Chacón^a, M. Serrano Godoy^a y J. Mas Atance^b

^a Servicio de Geriatria, Hospital Universitari Santa Maria-Gestió de Serveis Sanitaris, Lleida, España

^b Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología, Hospital Universitari Arnau de Vilanova, Lleida, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: mdmartal@gmail.com (M. de Miguel Artal).