

Área clínica 7

Viernes, 8 de junio, 17.45 horas

Moderadores:

**Juan Antonio González y González
Carlos Hinojal Ortega**

65

ESTADO NUTRICIONAL EN LA RESIDENCIA ZORROAGA

Izagirre Balda, A.; Calvo Aguirre, J. J.

Residencia de ancianos Zorroaga. San Sebastián.

Introducción: La Residencia Zorroaga está ocupada por 310 residentes, con una edad media de 83 años y en sus dos terceras partes son dependientes para alguno/s de los AVD.

Método: Al inicio del año 2000 nos planteamos realizar una valoración del estado nutricional de sus residentes. Para ello una enfermera ha realizado esta labor como complemento de su trabajo asistencial diario. Se ha utilizado para el cribaje de valoración el Mini Nutricional Assesment (MNA) y en los casos en los que se detectaban signos clínicos/análíticos de malnutrición se aplicaba un protocolo que incluía: datos generales antropométricos, medidas de grasa corporal y de proteína muscular y determinaciones analíticas de sangre. Además se realizaba una valoración individualizada y protocolizada de la dieta, parámetros dietéticos, valoración subjetiva, percepción de otra persona, estado funcional, patología invalidante/crónica, estado de ánimo y estado nutricional. Conforme a lo anterior se realizaban unas intervenciones en dieta, fármacos, estado funcional y controles antropométricos. En 137 residentes se realizó una valoración real de la altura y mediante la fórmula específica para hombres y mujeres del índice suelo-rodilla.

Resultado: Los resultados obtenidos indican que tras la aplicación del MNA a 215 residentes, 118 estaban bien nutridos (55%), 82 presentaban un MNA de riesgo (38%) y 15 residentes estaban mal nutridos según el MNA (7%).

Presentamos el protocolo completo de valoración nutricional y los resultados obtenidos tras aplicarlo a 42 residentes. (Desnutrición energética: 14%, desnutrición mixta: 24%, desnutrición protéica: 36% y estado nutricional normal: 26%).

La medida real de altura y de la obtenida por la fórmula (suelo-rodilla) nos ha ofrecido unos resultados que desglosamos en cuatro grupos en razón a la menor/mayor diferencial entre el dato objetivo de altura obtenido y el que se deriva de la aplicación de la fórmula:

Nº casos	Desvío	Real			Fórmula	Depend.	Edad	Ayudas
		Baja	Media	Alta				
46	±2 cm	156,2	156,6	69%	26%	5%	81,4	27%
29	±3-4 cm	152	155,8	55%	40%	5%	82,5	33%
29	±5-7 cm	150,2	155,8	58%	38%	4%	82,4	43%
33	±8 cm	148,0	156,3	45%	45%	10%	86,0	54%

Conclusiones: La fórmula suelo-rodilla puede ser útil para realizar una aproximación a la altura real del sujeto en población mayor de edad no muy avanzada, con menos grado de dependencia y con menor necesidad de soportes técnicos para el desplazamiento. La fórmula es muy grosera para prever la altura en la población más anciana, más dependiente y con mayor necesidad de soportes técnicos para el desplazamiento.

66

COMPARACIÓN ENTRE LA TALLA REAL Y LA TALLA ESTIMADA MEDIANTE FÓRMULA DE CHUMLEA EN ANCIANOS INGRESADOS EN UN CENTRO SOCIOSANITARIO

Arellano, M.; Vázquez, O.; Porta, M.; Llorach, I.; Miralles, R.; Cervera, A. M.

Servicio de Geriatría. Centro Geriátrico Municipal. IMAS. Barcelona.

Introducción: Uno de los parámetros fundamentales para valorar el estado nutricional en ancianos es el índice de masa corporal. Para su cálculo, es necesaria la talla, pero en muchos de los pacientes ingresados en centros socio-sanitarios (CSS) no es posible obtener la talla real, por lo que se utiliza la distancia talón-rodilla para el cálculo de la talla estimada según la fórmula de Chumlea (*J Gerontol 1992; 47: M197*), validada para población norteamericana, observándose a priori, diferencias entre las tallas reales y las tallas estimadas.

Objetivo: Comparar las tallas reales y las estimadas mediante la fórmula de Chumlea en pacientes ingresados en un CSS.

Pacientes y métodos: Se estudiaron 40 pacientes ingresados en las unidades de media y larga estancia de nuestro centro, 17 hombres (42,5%) y 23 mujeres (57,5%). Todos ellos fueron tallados en centímetros y paralelamente, se les midió la distancia talón-rodilla para aplicar la fórmula de Chumlea y calcular la talla estimada, obteniéndose así para cada enfermo las dos medidas.

Resultados: Hallamos una correlación significativa entre talla real y talla estimada en la muestra total de pacientes ($r=0,83$; $p<0,01$), en los hombres ($r=0,74$; $p<0,001$) y en las mujeres ($r=0,60$; $p<0,01$). La media de la talla real de la muestra total fue de $156 \pm 11,29$ cm, la media de la talla estimada fue $148,81 \pm 10,52$ cm ($p<0,01$); la diferencia entre ambas medias fue de 7,83 cm. En el caso de los varones, la media de la talla real fue $165,58 \pm 8,83$ cm y la media de la talla estimada $158,9 \pm 5,59$ cm ($p<0,05$). Para las mujeres, la media de la talla real fue $150,04 \pm 7,88$ cm y la de la talla estimada $141,36 \pm 6,07$ cm ($p<0,01$).

Conclusiones:

1. Existió una correlación significativa entre la talla estimada y la real.
2. La talla estimada fue en general inferior a la real, con un valor medio de 8 cm menos en la muestra total, de 6,68 para los hombres y 8,68 para las mujeres.
3. Debería valorarse la posibilidad de utilizar un factor de corrección en la evaluación de la talla en pacientes ancianos encamados.

67

PROGRAMA DE INTERVENCIÓN DIETÉTICO-NUTRICIONAL EN UNA POBLACIÓN INSTITUCIONALIZADA

Pagán, C.; De Antonio, J. A.; Alias, T.; Pou, C.

Sección de Medicina Geriátrica y Rehabilitación. Residencia geriátrica «Llar dels Ancians». Palma de Mallorca, Illes Balears.

Objetivo: Valorar la eficacia de un programa de intervención dietético-nutricional en sujetos institucionalizados con riesgo de malnutrición o mal

estado nutricional, valorado mediante el Mini Nutritional Assessment (MNA), tras un período determinado y revaluando el estado nutricional mediante el mismo instrumento.

Método: Es un tipo de estudio descriptivo antes-después. Se valoró el estado nutricional, mediante el MNA, de 223 sujetos (162 mujeres y 61 varones) con sospecha clínica de malnutrición. Se establecieron tres categorías: buen estado nutricional, riesgo de malnutrición y mal estado nutricional. La población con MNA < 23,5 fue de 119 sujetos (89 mujeres 30 varones) con edad media de 81,07 años (Li 46 - Ls 100) y una estancia media en la institución de 7,8 años. Se les realizó una valoración funcional mediante el índice de Katz una valoración cognitiva mediante la escala de Pfeiffer y un registro del número de fármacos por individuo. El programa de intervención, de seis meses de duración (de marzo a septiembre del 2000), está basado en: ajuste de horarios de comidas, cálculo individualizado de las necesidades nutricionales, control de ingesta, adaptación de la dieta básica y suplementación dietética en casos necesarios. Posteriormente se reevaluó el estado nutricional, mediante el MNA.

Resultados: Primera valoración: MNA con puntuación igual o superior a 24 = 75 sujetos (33,63% de la población valorada) MNA con puntuación entre 23,5 y 17 = 100 sujetos (44,84% de la población valorada); MNA con puntuación inferior a 17 = 48 sujetos (21,52% de la población valorada). El total de la población en la que se intervino fue de 119 sujetos. Segunda valoración (después de la intervención): MNA con puntuación igual o superior a 24 = 47 sujetos (39,49% de la población intervenida); MNA con puntuación entre 23,5 y 17 = 67 sujetos (56,3% de la población intervenida); MNA con puntuación inferior a 17 = 5 sujetos (4,2% de la población intervenida). A un total de 20 sujetos no se les reevaluó por diferentes motivos, y nueve fueron exitus antes de finalizar el estudio por lo que no fueron incluidos.

Conclusiones: La puesta en marcha de un programa de intervención dietético-nutricional en una población institucionalizada, previamente valorada mediante una escala como el MNA, mejoró notablemente el estado nutricional de los sujetos que formaron parte del estudio, como así se demuestra, al revalorar el estado nutricional de dicha población, utilizando el mismo instrumento.

Palabras clave: MNA. Valoración estado nutricional. Intervención dietético-nutricional. Anciano.

68

INTERVENCIÓN NUTRICIONAL EN EL ANCIANO INSTITUCIONALIZADO

Varona, M. A.; Urcelay, C.

Hospital San Juan de Dios. Arrasate.

Introducción: El estado nutricional del anciano es un importante indicador de salud, de capacidad funcional y de calidad de vida. La desnutrición constituye de hecho un factor de riesgo independiente referido a la morbilidad, siendo además, un aspecto que presenta una mayor prevalencia en medios institucionalizados. De allí la importancia de la «intervención nutricional» en un medio institucionalizado.

Material y métodos: Nuestro programa nutricional, con más de dos años de experiencia, está compuesto por el siguiente recorrido terapéutico: 1º. Valoración. 2º. Análisis de causas de posibles déficits. 3º. Cálculo de necesidades (proteico-calóricas). 4º. Aplicación de dieta nutricional adecuada. 5º. Evaluación y seguimiento. Hemos de resaltar el método de Valoración utilizado y que sirve como instrumento de evaluación: consiste en dos instrumentos validados: Mini Nutritional Assesment (MNA) e Índice Pronóstico Nutricional (IPN), cuya interrelación nos permite clasificar el Estado Nutricional en cinco grados: I= No malnutrición (NM); II= Riesgo de malnutrición (RM); III= Malnutrición leve (ML); IV= Malnutrición Moderada (MM); V=Malnutrición importante (MI).

Población: En total se han realizado cinco valoraciones distanciadas en un período de ± 1/2 año, al grupo de pacientes ingresados en nuestra Unidad de Psicogeriatría, con diagnósticos varios: procesos psiquiátricos crónicos, s. demenciales, retrasos mentales.

Resultados:

1. Evolución del estado nutricional. Valoración global (VEN).

Nº val.	nº pac.	I		II		III		IV		V	
		NM	RM	ML	MM	MM	MI				
1º XII/98	71	19	41	6	4	1					
2º VI/99	71	28	30	8	3	2					
3º XII/99	71	29	33	6	3	0					
4º VI/00	84	32	41	7	2	2					
5º XII/00	91	25	50	7	7	2					

2. MNA vs. MNA + IPN.

	1º Valoración			2º Valoración			3º Valoración					
	nºpa	NM	RM	EM	nºpa	NM	RM	EM	nºpa	NM	RM	EM
MNA	71	30	39	2	71	34	34	3	71	31	37	3
MNA + IPN		19	41	11		28	30	13		29	33	9

	4º Valoración			5º Valoración					
	nºpa	NM	RM	EM	nºpa	NM	RM	EM	
MNA	84	35	41	8	91	33	47	11	
MNA + IPN		32	41	11		25	50	16	

3. Medias de parámetros nutricionales.

Peso	PT	CB	CP	Talla	Album.	Transf.	RL	RVL	CMB	IMC	IPN	MNA
68,0	14,4	272,7	333,1	1,63	3,8	238,9	1,9	1,5	227,4	25,6	27,0	23,2
69,1	18,3	273,5	331,7	1,62	3,5	263,9	1,9	1,5	216,1	26,4	23,5	23,3
69,1	19,9	276,7	329,4	1,62	4,0	250,8	1,9	1,5	214,2	26,3	16,8	23,0
68,1	18,0	270,5	335,1	1,62	3,8	241,5	2,0	1,5	213,9	25,8	23,3	22,2
68,1	17,2	260,6	331,2	1,62	3,9	241,5	2,0	1,5	206,7	25,7	22,8	22,2

4. Total pacientes valorados: 119

5. Nº pacientes con alteraciones del VEN: 38

6. Pacientes fallecidos: 18 (NM= 2; RM= 6; EM= 10)

Conclusiones:

1. La elaboración de un Programa Nutricional estructurado es un punto definitorio de la necesaria Intervención Nutricional en el medio institucionalizado.

2. La utilización de instrumentos integrados de valoración nutricional, facilita una Intervención Nutricional adecuada. En este sentido el MNA es un instrumento facilitador de la valoración nutricional, que viene reforzada su sensibilidad para la detección de malnutrición con su interrelación con el IPN.

3. Según nuestros resultados la alteración del estado nutricional, presupone un alto valor predictivo de mortalidad.

69

ESTADO NUTRICIONAL AL INGRESO EN CENTROS GERONTOLÓGICOS

Arriola, E.; Hernanz, R.; Alaba, J.; Alkurta, L.; Cestan, I.; Olaizola, A.

Fundación Matía. San Sebastián.

Objetivo: Determinar prevalencia de desnutrición en población de personas mayores en el momento de su institucionalización en un Centro Gerontológico, así como estudiar la posible asociación con factores de riesgo como lugar de procedencia, demencia y dependencia para la alimentación.

Método: Se realiza el estudio en tres Centros Gerontológicos de Guipúzcoa, con el total de residentes ingresados durante los años 1999 y 2000, obteniéndose una muestra de 115 residentes. Han sido recogidos datos antropométricos (peso, talla, IMC, PT, SUB, CB), bioquímicos (albúmina, linfocitos), valoración estado cognitivo (MEC35), dependencia para la alimentación (mediante índice de Barthel), así como el lugar de donde proceden (domicilio, hospital, otro centro residencial).

Los datos antropométricos se consideran alterados por debajo del percentil 25, la albúmina < 3,5 mg/dl y linfocitos < 1.800. Se establece deterioro cognitivo leve-moderado 15-24 y severo ≤ 14.

Definimos desnutrición de predominio calórico cuando existen dos o más datos antropométricos alterados; desnutrición de predominio protéico con dos marcadores bioquímicos alterados o uno en grado severo; desnutrición mixta al coexistir los dos casos anteriores. Así mismo se categorizan los estados de desnutrición en desnutrición leve, moderada o severa.

Resultados: La prevalencia de desnutrición obtenida es 69,6%: protéica 18,3%; calórica 16,5% mixta 34,8%, siendo en el 1,7% leve, 30,4% moderada y 17,4% severa.

En relación al deterioro cognitivo: deterioro severo 71,2% de desnutrición; deterioro leve-moderado 63,6% desnutrición; no deterioro cognitivo 73,3% desnutrición.

Los residentes autónomos para la alimentación presentan desnutrición en un 57,8%; los que requieren ayuda parcial un 65,9% y los que precisan ayuda total en un 93,1% de desnutrición.

Los residentes que vienen del domicilio presentan desnutrición el 71%, de hospital el 69% y de otros centros residenciales el 70%.

Conclusiones: Se observa una alta prevalencia de desnutrición en el momento del ingreso en el medio residencial. Existe una relación entre desnutrición y dependencia funcional para la alimentación ($p < 0,05$); llama la atención la alta prevalencia de desnutrición en residentes con nivel cognitivo normal, similar a la encontrada en residentes con deterioro cognitivo severo, en probable relación a pluripatología y plurifarmacía como principales factores de riesgo de desnutrición.

A diferencia de otros estudios publicados, la prevalencia de desnutrición es similar para los diferentes subgrupos de residentes según su procedencia.

La valoración nutricional es un elemento fundamental para la valoración integral del residente en los centros gerontológicos.

70

ESTADO NUTRICIONAL, MORBIMORTALIDAD Y COMPLICACIONES EN ANCIANOS DESNUTRIDOS A LOS TRES MESES DEL ALTA HOSPITALARIA

Fabre, C.; Pastor Vicente, E.; Pallardo Rodil, B.; Ribera, J. M.

Servicio de Geriatría. Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

Objetivo: Comparar la aparición de complicaciones y mortalidad en ancianos desnutridos, a los tres meses del alta hospitalaria, frente a ancianos normonutridos.

Material y métodos: Estudio comparativo realizado en 186 pacientes (64 varones) mayores de 65 años (edad media de 85 años) ingresados en el Servicio de Geriatría, mediante un protocolo estandarizado que incluía parámetros bioquímicos (albúmina, transferrina, prealbúmina, hierro, colesterol, hemoglobina y linfocitos) y variables clínicas con posible influencia en la situación nutricional y la aparición de complicaciones (situación funcional, dependencia funcional, física y psíquica, dependencia para la alimentación, dificultad de acceso a la comida, depresión sensorial, trastornos deglutorios pluripatología, plurifarmacía e inmunosupresión). Los pacientes fueron revisados a los tres meses analizando la aparición de complicaciones desde el alta hospitalaria. La situación de desnutrición se consideró cuando la albúmina al ingreso fue ≤ 3 gr/dl.

Resultados: En el 29% de la muestra (54) presentaban parámetros bioquímicos de desnutrición sin evidenciar en el estudio bivariante diferencias significativas en la frecuencia de complicaciones y muerte frente a los normonutridos. El deterioro funcional, los problemas para la alimentación y

los datos sugerentes de inmunosupresión sí que se asociaron con un aumento en la mortalidad, en el número de infecciones y de úlceras por presión, así como en el número de reingresos ($p < 0,05$). De las complicaciones analizadas las más frecuentes en ambos grupos fue la infección respiratoria (40%). En el estudio multivariante la situación de desnutrición apareció como factor independiente asociado a una mayor aparición de complicaciones (excepto infección) y mortalidad, junto con los niveles de transferrina que se asociaron significativamente a mayor presencia de infecciones.

Conclusiones: 1. La hipoalbuminemia se asoció de manera independiente en el estudio multivariante a una mayor mortalidad e incidencia de complicaciones no infecciosas en nuestra muestra. 2. La transferrina baja se asoció a una mayor frecuencia de complicaciones infecciosas. 3. La dependencia funcional, inmunosupresión y patologías que dificultan la alimentación fueron otras variables asociadas a la aparición de complicaciones. 4. La complicación analizada más frecuente fue la infección respiratoria.

71

PACIENTES CON NUTRICIÓN ENTERAL EN UNA UNIDAD GERIÁTRICA DE AGUDOS DE UN HOSPITAL GENERAL. ESTUDIO DE INCIDENCIA Y SUPERVIVENCIA

Moya López, M. J.; Perucho López, M.C.; García Sánchez, R.; Albert Gallego, S.; Mesas Sotos, R.

Unidad de Enfermería. Servicio de Geriatría. Hospital Universitario de Getafe. Madrid.

Objetivos: 1. Evaluar la incidencia y perfil de los pacientes subsidiarios de nutrición enteral (NE) permanente. 2. Valorar la complejidad de cuidados y la presencia de Síndromes Geriátricos (SG) 3. Cuantificar la supervivencia de estos pacientes.

Material y métodos: Estudio de los pacientes con NE ingresados durante 1999 y 2000 a partir del informe de enfermería. Protocolo «ad hoc» recogiendo las variables citadas. Seguimiento evolutivo telefónico.

Resultados: Sobre un total de 2.360 pacientes, 73 (3,1%) fueron tributarlos de NE mediante sonda b/g (86,3%) o gastrostomía (13,7%). La edad media fue de 84,7 años, siendo mujeres el 56,2%. La estancia media fue de 11,4 días. Las causas principales de ingreso fueron ACVA (31,9%) y neumonía aspirativa (21,9%) y las patologías de base más prevalentes ACVA previo y demencia aunque solo el 17,8 del total de pacientes con estos diagnósticos precisó NE. Los principales SG asociados fueron: inmovilismo (98,6%) deterioro cognitivo (93,1%), incontinencia urinaria (94,91%) y UPP (38,3%). Fallecieron en el hospital el 23%. Al alta, un 27,4% vivían en Residencia frente al 19,2% previo al ingreso. Al mes habían fallecido el 38,3% de los pacientes; entre 1-24 meses el 40,4%, continuando en la actualidad con NE el 21,3%, el 60% de ellos con sonda n/g y el 50% viviendo en Residencia.

Conclusiones: 1. El 17% de los pacientes con ACVA o demencia precisan NE para mantener una nutrición adecuada. 2. El perfil clínico de los pacientes es de una severa dependencia funcional. 3. Aunque la mortalidad a los 24 meses es muy elevada, un 50% de los supervivientes continua, pese a la complejidad de los cuidados, viviendo en medio comunitario. 4. Fue más frecuente el uso de sonda n/g. 5. No hubo diferencias en cuanto a supervivencia por el uso de sonda n/g o gastrostomía.

72

MORTALIDAD TRAS FRACTURA DE CADERA

Martín Pérez, E. M.; Vinuesa Acosta, F.; Quintana Luque, F.; Corera Alvarez, E.; Romero Morell, C.; García Monlleo, J.

Unidad de Geriatría. Hospital San Rafael. O. H. San Juan de Dios. Granada.

Objetivo: Evaluación e identificación a través de la evolución de los posibles factores pronósticos determinantes de mortalidad tras fractura de

cadera, en ancianos remitidos a un hospital de media-larga estancia hospitalaria.

Material y métodos: Estudio retrospectivo con revisión de las historias clínicas de dos años consecutivos, desde 1-01-1999 hasta 31-12-2000, ambos incluidos. Se recogen datos básicos de filiación, hospital y servicio de procedencia, estancia hospitalaria tanto en hospital de agudos como en nuestro centro. Diagnósticos principal y secundarios al ingreso y al alta según las normas internacionales de clasificación de la CIE-9-MC. Factores de vulnerabilidad al ingreso, comorbilidades, tipo y grado de rehabilitación; situación funcional y cognitiva previa fractura y al ingreso, estado civil y tipo de apoyo social.

Resultados: Entre los años 1999 y 2000 hubo 1.123 ingresos hospitalarios, de los cuales fallecieron el 29,22% de ellos, el 8,5% fue por fractura de cadera. La edad media está en 82 años, siendo el 72% mujeres y el 27% hombres. El 54% presentaban estado confusional agudo al ingreso con posterior estabilización de deterioro cognitivo severo. El 36,3% no presentaba deterioro cognitivo alguno al ingreso. En cuanto a la situación funcional (índice de Barthel) el 81% ingresó con un IB< 20 y el resto se hallaban por encima de 30. En cuanto al grado de soporte socio-familiar el 90% proceden del domicilio familiar viudos el 82% con hijos y familiares indirectos como principales cuidadores. Varias comorbilidades presentes: DM, HTA, insuficiencia cardíaca, úlceras por presión y antecedentes de ACVA. La causa más frecuente de fallecimiento fue fallo cardíaco global.

Conclusiones: El anciano que fallece por fractura de cadera y remitido a una Unidad de media-larga estancia suele ser mujer de más de 80 años, procedente de domicilio familiar apoyo familiar indirecto y varias comorbilidades presentes. Deterioro funcional y cognitivo previo a fractura. Se trata pues, de pacientes con escasas posibilidades de recuperación funcional y cuya correcta ubicación sería en residencias asistidas.

73

EVOLUCIÓN A LOS TRES AÑOS DE ANCIAÑOS MAYORES DE 80 AÑOS CON FRACTURA DE CADERA

Brañas Baután, F.; Alvarez Nebreda, L.; Vidán Astiz, M.; Marañón Fernández, E.; Ortiz Alonso, J.; Serra Rexach, J. A.

Servicio de Geriatría. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.

Objetivo: Evaluar la supervivencia y la capacidad funcional a largo plazo en ancianos mayores de ochenta años tras fractura de cadera.

Métodos: Estudio prospectivo con seguimiento de supervivencia, situación médica, funcional (AVD según índice de Katz de 0-5 excluido el alimento) y marcha (según la escala funcional de la deambulación) y social (ubicación) a los tres años de la fractura. Se presentan datos de evolución de los pacientes que sufrieron fractura de cadera con edad mayor o igual a 80 años y que no habían fallecido al año de seguimiento.

Resultados: Se analizan los 149 enfermos que sobrevivían al año de la fractura de los cuales 15 se perdieron a lo largo del seguimiento. La edad media era 86 ± 4 años. El 88% eran mujeres. Tenían una media de $2,68 \pm 1,28$ enfermedades previas y el 25,5% padecían demencia según los criterios DSM-IV. El Katz basal medio era $3,5 \pm 1,6$ y el 75,8% eran independientes para la marcha antes de la fractura. Vivían en residencia antes de la fractura el 17,4%.

A los tres años de seguimiento 32,2% habían fallecido. Estaban institucionalizados el 29,9%. Los principales datos de evolución funcional se presentan en la tabla siguiente.

A pesar del deterioro funcional inevitable secundario al envejecimiento, de los pacientes que no habían recuperado la marcha independiente al año, 6 (37,5%) la recuperaron a los tres años.

	6 m	12 m	3 años
Capacidad funcional similar a la basal*	47%	38,8%	27,5%
Marcha independiente n (%)	76 (51%)	82 (55,8%)	42 (48%)

* Porcentaje de pacientes independientes para el mismo número de AVD básicas.

No se encontró relación entre la falta de recuperación funcional o la dependencia para la marcha con la institucionalización.

Conclusión: La fractura de cadera en los pacientes muy ancianos es altamente incapacitante y produce una alta tasa de mortalidad. A los tres años de la fractura la mayoría de los que sobreviven no han recuperado su situación funcional previa ni la independencia para la marcha. No obstante, la no recuperación de la marcha un año después de la fractura no implica necesariamente falta de recuperación posterior.

El porcentaje de institucionalización es alto e independiente de la recuperación funcional.

74

ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO DE FRACTURA DE CADERA EN ANCIAÑOS DE UN ÁREA DE SALUD DE MADRID: RESULTADOS A TRES MESES DE SEGUIMIENTO

Carrasco Meza, V. H.; Jiménez Páez, J. M.; García Martín, R.; Fernández Martínez, N.; Petidier Torregrosa, R.; Guillén Llera, F.

Servicio de Geriatría. Hospital Universitario Getafe. Madrid.

Objetivos: Análisis de prevalencia de fracturas de cadera, factores de riesgo asociados, mortalidad y repercusión funcional a tres meses.

Método: Estudio protocolizado prospectivo de fracturas producidas entre 01-12-1999 y 30-11-2000, en un área de 250.000 habitantes, con índice de envejecimiento de 10%. Base de datos File Maker 5.0 y estadística Epilinfo.

Resultados: Se produjeron 165 fracturas (162 pacientes) 80,61% mujeres y 19,39% hombres, con tasas de 66/100.000 h y 660/100.000 h > 65 años. La edad media fue 82,69 años (65-101 DS 7,67), estancia media 15,01 días (DS 6,07). Principales factores de riesgo: antecedente caídas (62,42%), polifarmacia (55,75%), depravación sensorial (49,69%), fracturas previas (33,33%), y deterioro cognitivo (25,65%). Sólo un 16,37% realizaban tratamiento para osteoporosis. Hubo caída en el 93,3%.

Previamente sin deterioro funcional (Escala Cruz Roja ECR) o leve 43% (0% al alta y 10% a los tres meses), moderado 49,7% (23,37% al alta y 49,28% a los tres meses) y severo 7,3% (60,60% al alta y 33,25% a los tres meses); con Barthel < de 50 18,18% (40,71% a los tres meses). Se realizó cirugía en el 93,3%. Fallecieron 11 pacientes durante el ingreso (6,67%) y un total de 24 a los tres meses (14,54%).

Conclusiones: 1. La tasa de fracturas fue de 66/100.000 h y 660/100.000 h > 65 años. 2. Las caídas (93,3%) fue la principal causa. 3. Un escaso porcentaje (16,4%) realizaba tratamiento previo para osteoporosis. 4. Se intervino quirúrgicamente a más del 90% de los fracturados. 5. La estancia media fue de 15 días. 6. Los principales factores de riesgo fueron antecedente de caídas, polifarmacia y depravación sensorial. 7. Después de tres meses se produce una significativa reducción de la situación funcional, según diferentes instrumentos con respecto a la previa y una importante recuperación con relación a la situación al alta. 8. La mortalidad intrahospitalaria fue 6,67% y a los tres meses 14,54%, ambas cifras son similares a las descritas en la literatura especializada.