

Demencia y fracturas de cadera: amistades peligrosas

Alfonso José Cruz Jentoft y Lourdes Rexach Cano

Servicio de Geriátría. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid. España.

La demencia y la fractura de cadera (fractura del tercio proximal del fémur) son dos de los grandes síndromes geriátricos. Ambas enfermedades comparten muchas características: son muy frecuentes, extremadamente invalidantes y están en la lista de problemas más temidos por las personas mayores.

Cuando la demencia y la fractura de cadera se combinan en un mismo individuo, la situación se agrava enormemente. Esta combinación es habitual: el riesgo de sufrir una fractura de cadera a lo largo de la vida de una persona es del 16 al 18% en las mujeres y del 5 al 6% en los varones¹ y el riesgo de presentar una demencia es de uno entre tres^{2,3}. No es extraño, por tanto, que una persona mayor afectada por una enfermedad crónica de larga evolución como la demencia sufra en algún momento de su vida la catástrofe que conlleva una fractura de cadera.

El hecho de tener una demencia es un factor de riesgo de sufrir fracturas. Se estima que presentar una demencia multiplica al menos por dos el riesgo de sufrir una fractura de cadera en las personas mayores⁴; en muchas series publicadas la presencia de demencia o el deterioro cognitivo surgen como factor de riesgo independiente de este tipo de fracturas. Esto sucede también en estudios hechos en subgrupos de enfermos crónicos: por ejemplo, la demencia aumenta el riesgo de sufrir fracturas de cadera en presencia de una enfermedad de Parkinson⁵. Como consecuencia, la prevalencia de demencia en pacientes con fractura de cadera es más elevada que en la población general. Aunque el número varía entre el 15 y el 25%, las estimaciones más precisas consideran que alrededor del 22% de los pacientes ingresados por una fractura de cadera sufren una demencia^{6,7}. No obstante, estas cifras podrían estar subestimadas, ya que en estos estudios se analiza solamente la demencia que ya había sido diagnosticada en el momento del ingreso. En un estudio prospectivo aún en curso, nosotros hemos encontrado que el 17% de los pacientes ingresados por fractura sufrían una demencia ya conocida, pero que con una historia clínica detallada hasta un 27% adicional de los pacientes mayores de 70 años cumplían criterios DSM-IV de demencia sin ha-

ber sido diagnosticados con anterioridad⁸. Otros autores han encontrado también cifras más elevadas cuando se realiza una detección sistemática del deterioro cognitivo⁹. Además, en sujetos ingresados por una segunda fractura de cadera, la prevalencia de demencia asciende hasta un 35%⁷, lo que convierte a la demencia en un factor de riesgo de sufrir segundas fracturas de cadera.

Cualquier geriatra que haya trabajado en una planta de traumatología sabe que la presencia de una demencia complica el curso hospitalario del ingreso por la fractura de cadera y ensombrece el pronóstico vital y funcional. Para empezar, muchos enfermos con demencia tienen ya antes de la fractura problemas para deambular (ya que diversas enfermedades demenciantes se asocian desde el principio a un trastorno de la marcha y éste surge en las fases avanzadas de cualquier demencia) y tienen mayor dependencia para la realización de sus actividades de la vida diaria; estos dos hechos son factores de mal pronóstico funcional. La incidencia de delirium en estos pacientes es muy elevada⁹ y actúa como factor agravante. Además, estos pacientes son más frágiles, tienen problemas para identificar el dolor perioperatorio y sufren un mayor número de complicaciones intrahospitalarias. Son siempre pacientes complejos.

La presencia de un deterioro cognitivo predice una mayor mortalidad a corto y largo plazo en pacientes con fractura de cadera¹⁰, algo que se agrava cuando el paciente sufre un delirium¹¹. En este número de la Revista aparece precisamente un estudio de cohortes realizado por Brossa Torruella et al¹² que describe cómo la demencia se comporta como un factor de mal pronóstico a largo plazo en ellos. Se sabe también desde hace años que los pacientes con demencia muestran de forma muy constante un mayor deterioro funcional inmediato y tardío tras la fractura. Un artículo muy reciente que intenta encontrar grupos (*cluster*) homogéneos dentro de los pacientes con fractura de cadera describe un grupo muy mayor, con fractura de cadera y demencia, que tiene más dependencia previa, mayor comorbilidad y un pronóstico mucho más sombrío⁶.

Una vez superada la fase hospitalaria, la rehabilitación de los pacientes dementes con fracturas es complicada y supone un reto, si bien es cierto que en muchas de las series publicadas se excluye a los pacientes con demencia porque se considera que su potencial de rehabilitación es limitado. Esta es una opinión que no se apoya en datos y que debería ir modificándose. Existe una creciente evidencia clínica sobre la rehabilitación específica de los pacientes geriátricos complejos, incluidos aquellos con demencia^{13,14}. Cuando se aplican de forma adecuada estos conceptos pueden conseguirse buenos resultados de rehabilitación, al menos en la demencia leve o moderada^{15,16}. Los programas ortogeriátricos sistemáticos pueden ayudar a manejar la fase hospitalaria, pero su influencia sobre la función es discutible¹⁷.

Queda, por último, el aspecto fundamental de la prevención de las fracturas de cadera en estos pacientes. Sabemos bien que existen muchas medidas bien demostradas de prevención, fundamentalmente basadas en el uso de bifosfonatos y en la prevención de las caídas. Pues bien, se ha demostrado que las fracturas de cadera se pueden prevenir incluso en enfermos con demencia¹⁸. Además, muchos factores de riesgo adicionales son similares en los enfermos con y sin demencia¹⁹. Algunas de las medidas propuestas en las guías clínicas de prevención de las caídas pueden usarse pese a la presencia de un deterioro cognitivo²⁰. Desgraciadamente, los pacientes con demencia están muchas veces infratratados en muchas de sus enfermedades asociadas.

La fractura de cadera y la demencia son malas compañías. Tenemos, sin embargo, cada vez más datos sobre cómo mejorar el curso hospitalario (fundamentalmente, mediante la cooperación entre traumatólogos y geriatras), prevenir el delirium y recuperar la marcha y la capacidad funcional. Debemos aplicar estos conocimientos en nuestra práctica habitual. Y, fundamentalmente, tendremos que avanzar en la prevención de ambas enfermedades.

BIBLIOGRAFÍA

1. Kannus P, Parkkari J, Sievanen H, Heinonen A, Vuori I, Jarvinen M. Epidemiology of hip fractures. *Bone*. 1996;18:575-635.
2. Seshadri S, Beiser A, Kelly-Hayes M, Kase CS, Au R, Kannel WB, et al. The lifetime risk of stroke: estimates from the Framingham Study. *Stroke*. 2006;37:345-50.
3. Hagnell O, Ojesjo L, Rorsman B. Incidence of dementia in the Lundby Study. *Neuroepidemiology*. 1992;11 Suppl 1:61-6.
4. Weller I, Schatzker J. Hip fractures and Alzheimer's disease in elderly institutionalized Canadians. *Ann Epidemiol*. 2004;14:319-24.
5. Melton LJ, III, Leibson CL, Achenbach SJ, Bower JH, Maraganore DM, Oberg AL, et al. Fracture risk after the diagnosis of Parkinson's disease: Influence of concomitant dementia. *Mov Disord*. 2006;21:1361-7.
6. Penrod JD, 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.
7. Fukushima T, Sudo A, Uchida A. Bilateral hip fractures. *J Orthop Sci*. 2006;11:435-8.
8. De Tena Fontaneda A, Rexach L, Cruz-Jentoft AJ. A program for the detection of dementia in hip fracture patients. *J Nutr Health Aging*. 2006;10:43.
9. Gruber-Baldini AL, Zimmerman S, Morrison RS, Grattan LM, Hebel JR, Dolan MM, et al. Cognitive impairment in hip fracture patients: timing of detection and longitudinal follow-up. *J Am Geriatr Soc*. 2003;51:1227-36.
10. Pioli G, Barone A, Giusti A, Oliveri M, Pizzonia M, Razzano M, et al. Predictors of mortality after hip fracture: results from 1-year follow-up. *Aging Clin Exp Res*. 2006;18:381-7.
11. Olofsson B, Lundstrom M, Borssen B, Nyberg L, Gustafson Y. Delirium is associated with poor rehabilitation outcome in elderly patients treated for femoral neck fractures. *Scand J Caring Sci*. 2005;19:119-27.
12. Brossa Torruella A, Tobias Ferrer J, Garde A, Soler Conde M, Comet Jaumet D, Saavedra Vilchez D. La demencia y la fractura de fémur. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2007;42:135-41.
13. Wells JL, Seabrook JA, Stolee P, Borrie MJ, Knoefel F. State of the art in geriatric rehabilitation. Part II: clinical challenges. *Arch Phys Med Rehabil*. 2003;84:898-903.
14. Toussant EM, Kohia M. A critical review of literature regarding the effectiveness of physical therapy management of hip fracture in elderly persons. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2005;60:1285-91.
15. Huusko TM, Karppi P, Avikainen V, Kautiainen H, Sulkava R. Randomised, clinically controlled trial of intensive geriatric rehabilitation in patients with hip fracture: subgroup analysis of patients with dementia. *BMJ*. 2000;321:1107-11.
16. Goldstein FC, Strasser DC, Woodard JL, Roberts VJ. Functional outcome of cognitively impaired hip fracture patients on a geriatric rehabilitation unit. *J Am Geriatr Soc*. 1997;45:35-42.
17. Vidan M, Serra JA, Moreno C, Riquelme G, Ortiz J. Efficacy of a comprehensive geriatric intervention in older patients hospitalized for hip fracture: a randomized, controlled trial. *J Am Geriatr Soc*. 2005;53:1476-82.
18. Sato Y, Kanoko T, Satoh K, Iwamoto J. The prevention of hip fracture with risedronate and ergocalciferol plus calcium supplementation in elderly women with Alzheimer disease: a randomized controlled trial. *Arch Intern Med*. 2005;165:1737-42.
19. Sato Y, Kanoko T, Satoh K, Iwamoto J. Risk factors for hip fracture among elderly patients with Alzheimer's disease. *J Neurol Sci*. 2004;223:107-12.
20. Oliver D, Connelly JB, Victor CR, Shaw FE, Whitehead A, Genc Y, et al. Strategies to prevent falls and fractures in hospitals and care homes and effect of cognitive impairment: systematic review and meta-analyses. *BMJ*. 2007;334:82.