

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-Withney. 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%. Deambulación 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), deambulación independiente recuerda tras cirugía, demencia GDS 5, vive en residencia y tiene muy buen apoyo familiar. Ingresa por infección de herida quirúrgica, realizándose recambio de la prótesis. Se aíslo *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 (prescindiendo así menos medicación) y acompañándola activamente en la deambulación, de modo que al alta mantiene la marcha (Barthel al alta 60).

Conclusiones: En pacientes complejos con infección 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 traumatológica.

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 domiciliaria: 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)

