

## MESA 10

### Área clínica: caídas y alteraciones del equilibrio y de la marcha

Viernes, 7 de junio, 11.30 horas

Moderadores:

Carlos Escobar Sánchez  
Sociedad Murciana de Geriátría y Gerontología

Rafael Peñalver Castellano  
Secretario General del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha

15

#### INCIDENCIA DE REFRACTURAS EN UNA POBLACIÓN GERIÁTRICA CON FRACTURA DE FÉMUR PREVIA. ANÁLISIS DEL TRATAMIENTO PARA LA OSTEOPOROSIS

Formiga, F.; Rivera, A.; Vivanco, V.; Fernández, X.; Carbó, S.; Valencia, E.; Mascaró, J.; Pujol R.

Medicina Interna-UFISS de Geriátría, CSU de Bellvitge \*. L'Hospitalet de Llobregat. Barcelona.

**Introducción:** La fractura de fémur (FF) es la complicación más importante de la osteoporosis (OP). Los pacientes con FF deberían recibir tratamiento para la OP para intentar evitar la aparición de nuevas fracturas.

**Objetivos:** Estudiar el porcentaje de pacientes > 65 años con FF que recibían el tratamiento recomendado por la National Osteoporosis Foundation (bifosfonatos, calcio y/o Vitamina D) para OP y analizar la frecuencia de refracturas en un período de seguimiento de 5 años.

**Métodos:** Se valoraron 165 pacientes consecutivos ingresados en la CSU de Bellvitge por FF osteoporótica en el año 1996. Se excluyeron los pacientes con fracturas traumáticas (6), múltiples fracturas (4), fracturas patológicas (2), con expectativas de vida < 6 meses (6) y los que fallecieron durante el ingreso (18), y las pérdidas de seguimiento (15). Se utilizó el Índice de Barthel (IB); y el Índice de Charlson (IC).

**Resultados:** Se estudiaron 114 pacientes (84 mujeres - 30 varones, con edad media en el momento de la fractura de 78,5 años. El IC fue de 1,4. Los valores del IB previo fueron de 88. Solo el 6% de los pacientes habían recibido algún tipo de tratamiento para la OP al alta del hospital. En 25 pacientes (22%) se detectó una nueva fractura durante una media de seguimiento de 38 meses. A los 5 años sólo el 12% de los 43 pacientes revalorados (71 nuevos fallecimientos), recibía tratamiento para la OP. El IB a los 5 años en estos 43 pacientes es de 39, inferior al suyo propio previo a la fractura (89;  $p < 0,001$ ).

**Conclusiones:** El índice de tratamiento de la OP en pacientes fracturados de fémur es baja una mejoría en la tasa de tratamiento para la OP posiblemente permitiría disminuir las refracturas y mejorar la calidad de vida.

111

#### CALIDAD DE VIDA Y CAÍDAS

Moreno, N. R.; Budoy, E.; Ruiz, D.; Vázquez, G.

Hospital Santa Cruz y San Pablo. Servicio Medicina Interna. Unidad de Geriátría. Barcelona.

**Objetivo:** Conocer si existen diferencias en la calidad de vida (QoL) autopercebida entre sujetos que caen y que no caen.

**Método:** Estudio cohortes. 4 Áreas Básicas Salud Urbanas (120.000 hab.). Ensayo clínico para prevenir caídas. 120 voluntarios, edad media 79,38 DE: 3,53; 61% mujeres, 31% viven solos, 26% caen, contabilizan 49 caídas, media número de caídas 0,41 DE: 0,9. Criterios inclusión: 75 años, viven en la comunidad, Índice Barthel= 100, T. Folstein 23, sin caídas ni ingresos en el año previo. Se valoró la QoL autopercebida mediante el Sickness Impact Profile al inicio y final del estudio: puntuación global, sus dimensiones y sus categorías. El estadístico utilizado fue la t-student.

**Resultados:** Puntuación global media al inicio caen/no caen: 16,16/10,43 y al final: 24,10/18,20; asociaciones significativas.

Se observó también asociación significativa ( $p < 0,05$ ) en la media de las siguientes categorías.

Al inicio destacaban la dimensión física, psicosocial; categorías: sueño-descanso, actividad emocional, cura y movimiento corporal (CMC), movilidad, y ocio-pasatiempo.

Al final la dimensión física; categorías: CMC, movilidad, y desplazamiento.

**Conclusiones:**

1. Los sujetos que caen tienen peor QoL al inicio y al final del estudio.
2. Al inicio del estudio los sujetos que cayeron percibían peor QoL en puntuación global, categorías relacionadas con dimensión física y psicosocial, así como sueño-descanso y ocio-pasatiempo.
3. Los sujetos que caen perciben al final del estudio peor QoL en puntuación global y categorías relacionadas con dimensión física.

Estudio financiado beca FIS 99/1011.

131

#### ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO DE FRACTURAS ANUALES DE CADERA EN ANCIANOS DE UN ÁREA DE SALUD DE MADRID. DATOS AL AÑO DE SEGUIMIENTO

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

Servicio de Geriátría. Hospital Universitario Getafe. Madrid.

**Objetivos:** Análisis de la incidencia anual de fracturas de cadera en un área hospitalaria así como de las complicaciones, mortalidad y situación funcional previa y al año de seguimiento.

**Método:** Estudio protocolizado prospectivo de todas las fracturas de cadera producidas, en > 65 años, entre 01/12/1999 y 30/11/2000, en un área de 250.000 h, con índice de envejecimiento del 10%. Base de Datos File Maker Pro 5.0 y paquete estadístico Epi-Info.

**Resultados:** Se produjeron un total de 165 fracturas de cadera en 162 pacientes, 80,61% mujeres y 19,39% hombres, con tasas de 66/100.000 h y 660/100.000 h > 65 a. La edad media fue 82,69 a (65-101 DS 7,67) y

la estancia media 14,6 días (DS 6,07). Fueron intervenidas 157 fracturas (95%).

Fallecieron 11 pacientes durante el ingreso (6,67%), 18 a los tres meses (10,9%), 32 a los 6 meses (19,39%) y 45 al año (27,27%).

La mediana de la situación funcional previa a la fractura fue, para el conjunto de la muestra de 85 puntos en el Barthel. A los tres meses del alta era de 55 puntos, pasando a 60 puntos a los 6 meses y a 65 a los 12 meses. En el grupo de fallecidos estos valores eran 80 puntos previos 30 a los tres meses y 20 a los 6 meses, siendo la diferencia estadísticamente significativa, con  $p < 0,05$ .

**Conclusiones:**

1. La tasa de fracturas fue de 66/100.000 habitantes y de 66/100.000 en pacientes mayores de 65 años.
2. Se intervino quirúrgicamente a la mayoría de los pacientes (95%).
3. La estancia media hospitalaria fue de 14,6 días.
4. A los 3 meses se constata una significativa y lógica reducción de la situación funcional respecto a la previa a la fractura, recuperándose esta progresiva y parcialmente a los 6 y 12 meses de seguimiento.
5. La mortalidad hospitalaria fue de un 6,7%, y al año de un 27,7%.
6. Un 40 % de las muertes se producen en los primeros tres meses.
7. El grupo de pacientes que fallecieron tenía una peor situación funcional previa a la fractura y, sobre todo, en los controles previos al fallecimiento.

**137**

**MORTALIDAD TRAS FRACTURA DE FÉMUR**

Guillén Álvaro, A.; Alcalde Tirado, P.; Martos Gutiérrez, J.; Dapena, M. D.

Hospital General de Granollers. Granollers.

**Objetivo:** Establecer la mortalidad y sus determinantes mas relevantes tras una fractura del tercio proximal de fémur.

**Metodología:** Estudio prospectivo de pacientes con perfil geriátrico ingresados en el servicio de Traumatología del Hospital General de Granollers durante el año 2000. Se realiza una valoración geriátrica durante su ingreso hospitalario por el equipo de Geriátria tras la interconsulta del traumatólogo, y se efectúa una posterior entrevista telefónica a los 6 meses.

**Resultados:** Se incluyen 106 pacientes. Fallecen 21 pacientes en los seis meses de seguimiento. La causa fundamental de muerte fue: 4 desconocida, 6 por patología pulmonar, 6 por insuficiencia cardíaca, 3 por insuficiencia renal, 2 por avc. Las variables más relevantes con respecto a la causa de muerte se describen en la tabla siguiente:

Variables	Fallecidos	Supervivientes
Nº de pacientes	21	85
Edad media	86,3	82,7
Deterioro cognitivo	17 (81%)	33 (38%)
Fractura persubtroc.	18 (85,7%)	48 (56%)
Dependencia en deambulación intradomiciliaria	7 (33%)	16 (18%)
Dependencia en deambulación extradomiciliaria	19 (90%)	45 (53%)
Transferencias	11 (52%)	21 (24%)
Water	13 (61%)	22 (26%)
Vestirse	12 (57%)	30 (35%)
Comer	5 (23%)	16 (18%)
Institucionalizado en residencia	11 (52%)	30 (35%)

**Conclusiones:** La mortalidad es similar a la descrita en la literatura médica, asociándose en nuestro estudio a edad elevada, deterioro cognitivo, fractura persubtrocantérea, gran deterioro funcional e institucionalización en residencia de crónicos.

**157**

**ESPECÍFICA SÍNDROME DE TEMOR A CAERSE ENTRE PACIENTES MAYORES EN UNA CONSULTA DE MAREOS Y SÍNCOPE CON MESA BASCULANTE**

Olmos Zapata, P.\*; Pérez Jara, J.; Gómez Salvador, B.; Baz Carranza, R.; Rodríguez Arroyo, L. A.; Fernández Quintas, J. M.

Hospital del Bierzo. Ponferrada.

**Objetivos:** Determinar qué porcentaje de pacientes de una consulta específica de mareos, caídas y síncope en personas mayores (CEMCSM) desarrollan síndrome de temor a caerse (STAC). Analizar qué factores estudiados se asocian con el STAC.

**Métodos:** Tipo de estudio: Transversal.

**Población:** Pacientes que acuden a CEMCSM entre abril de 2000 y junio de 2001 (n= 46). Se registra historia clínica, fármacos, patología, exploración (incluida maniobra de Hallpike), si tienen temor a caerse, dejan de salir solos o de hacer actividades de la vida diaria, pruebas complementarias habituales y otras si precisan. Pruebas con mesa basculante (Hipotensión ortostática, Head-up-tilt test -40 minutos-, masaje del seno carotídeo si síncope o lesiones).

**Análisis estadístico:** Chi-cuadrado para variables cualitativas, t-student para variables cuantitativas y U Mann-Whitney si precisa, con probabilidad alfa del 95%.

**Resultados:** Desarrollan STAC 21 pacientes (45,7%). Dejaron de salir solos a la calle 18 pacientes (39,1%). Dejaron de hacer las actividades de la vida diaria 6 pacientes (13%). Esta población tiene tendencia a presentar niveles de urea y creatinina en límites superiores a la normalidad. Los factores que se relacionan con la aparición del STAC son urea (58,9 v 48,68;  $p = 0,005$ ), creatinina (1,29 v 0,99;  $p = 0,001$ ), tensión arterial diastólica en ortostatismo (74,1 v 81,4;  $p = 0,037$ ), caída de la tensión arterial sistólica y diastólica con la bipedestación (24,2 v 6,6;  $p = 0,006$ ; 6,7 v 0,20;  $p = 0,025$ ). Sufrir caídas no resultó significativa.

**Conclusiones:** El STAC es muy frecuente entre pacientes con elevado riesgo de caerse como aquellos que sufren mareos, caídas y síncope. Esta población presenta cierta tendencia a tener alterada la función renal. El STAC parece tener relación con la caída de tensión arterial con el ortostatismo así como con posible deshidratación. Curiosamente el caerse no se relaciona en este estudio con STAC.

**178**

**¿EXISTEN DIFERENCIAS ENTRE LOS ANCIANOS Y LAS ANCIANAS INGRESADOS POR FRACTURA DE FÉMUR?**

Prats, R.; Fuster, G.; Galán, E.; Valls, R.; Barceló, M.; Ruiz, D.

Unidad Funcional de Geriátria. Departamento de Medicina. Universidad Autónoma Barcelona.

**Objetivo:** Averiguar la existencia de diferencias socio-demográficas, clínicas, de resultados de salud y de uso de recursos socio-sanitarios atribuibles al género en la fractura proximal de fémur en los ancianos.

**Pacientes y métodos:** Se evaluaron 179 ancianos ingresados por fractura de fémur de entre los 401 que ingresaron durante el año 2001 en el Hospital de Sant Pau de Barcelona y que fueron evaluados por el Equipo de valoración Geriátrica. A todos se les realizó una Valoración Geriátrica Integral. Se utilizaron como instrumentos el índice de Charlson, el índice de Barthel, el Hospital Admission Risk Profile, el test de Pfeiffer y la Global Deterioration Scale de Reisberg. Se incluyeron variables sociodemográficas (nivel de convivencia, la pensión y tener ascensor), resultados de salud (función física al alta y mortalidad) y uso de recursos sociosanitarios (estancia media y la derivación al alta). Se hicieron dos grupos: mujeres (145) y hombres (34) comparándose las variables categóricas mediante la Chi cuadrado de Mantel-Haentzel y las variables continuas por la t Student. Se consideró significación estadística 0,05 o inferior.

Resultados:

	Hombres (34)	Mujeres (145)	Significación
Edad	82,3 ± 14,5	83,1 ± 6,9	NS
Estancia (días)	15,5 ± 10,4	14,8 ± 7,3	NS
Tipo fractura	Pertrocanterea (47)	Pertrocanterea (52)	<0,05
	Subcapital (35)	Subcapital (28)	<0,05
Complicaciones (%)	100	95	NS
Anemia	94	97	NS
Delirium	70,6	60,7	<0,01
Deshidratación	64,7	43	<0,05
Neumonía	24	12	NS
Infección orina	3	9,7	NS
Comorbilidad media	1,47 ± 1,34	1,26 ± 1,39	NS
Fragilidad media	3,58 ± 1,3	3,18 ± 1,46	<0,0005
Demencia (%)	26,5	29,6	NS
GDS de Reisberg medio	4,83 ± 1,4	4,43 ± 1,55	NS
Errores medio Pfeiffer	3,64 ± 3,6	4,43 ± 1,55	NS
Albumina (g/L) media	29,4 ± 4,6	28 ± 3,4	<0,025
Barthel previo medio	77,8 ± 24,7	80,3 ± 21,7	NS
Barthel alta medio	30 ± 17,8	33,2 ± 15,4	NS
Hipoacusia (%)	53	41,4	<0,05
Déficit visual (%)	85,3	79,3	NS
Vivir solo (%)	20,6	44,1	<0,05
No ascensor (%)	32,3	40	<0,05
No recursos (%)	28,2	51,7	<0,05
Mortalidad (%)	8,82	1,38	NS
Alta domicilio (%)	11,76	4,14	NS
Alta centro media estancia (%)	70,6	83,45	<0,05

**Conclusiones:** Existen diferencias entre hombres y mujeres ingresados por fractura de fémur. Los hombres son más frágiles y tienen mayor incidencia de síndrome confusional. Las mujeres tienen, en cambio, peores condiciones sociales que comportan un mayor uso de recursos socio-sanitarios.

182

**VALORACIÓN DEL EQUILIBRIO ESTÁTICO EN ANCIANOS MEDIANTE POSTUROGRAFÍA**

Sánchez, C.; Montiel, M.; Feijoo, R.; Matía, P.\*; Cuesta, F.; Lázaro, M.; Ribera, J. M.

Hospital Clínico San Carlos. Madrid. \* Hospital Virgen de la Torre. Madrid.

**Objetivo:** Describir el equilibrio estático en ancianos que sufren caídas, comparándolo con sujetos que no se caen.

**Material y métodos:** Estudio transversal, descriptivo. Se seleccionaron sujetos mayores de 65 años, con al menos una caída en los últimos 6 meses, valorados en la Unidad de Caídas del Hospital Clínico San Carlos. Los ancianos sin caídas se obtuvieron del registro del estudio longitudinal *Envejecer con Éxito* realizado por el Servicio de Geriátrica del mismo hospital. Se excluyeron del estudio aquellos sujetos que no aceptaron el Consentimiento Informado, ancianos con deterioro cognitivo moderado-severo y con incapacidad para mantener la bipedestación. Se realizaron pruebas de equilibrio estático (*Weight Bearing-Squat -WBS-* y *Modified Clinical Test for the Sensory Interaction on Balance -MCTSIB-*) con el posturógrafo *Balance Master* (Neurocom®). Para la comparación de medias se empleó t de Student para muestras independientes, para la comparación de proporciones  $\chi^2$  Pearson, y para la medida de la fuerza

de asociación (OR), interacción y confusión, regresión logística binaria (SPSS -v.9.0-).

**Resultados:** Se estudiaron 61 pacientes (33 con caídas de repetición y 28 sujetos sin caídas). La edad media fue de 78.5 años (DE 7,5) y de 75,3 (DE 3,9) respectivamente (p= 0,035). Un 78,8% y un 53,6% en cada grupo fueron mujeres (p= 0,037). El consumo de diuréticos, benzodiacepinas e ISRS fue similar en ambos grupos. Sólo recibían neurolépticos el 9% de los ancianos con caídas. No se observaron diferencias estadísticamente significativas en la distribución de carga corporal en bipedestación con diferentes grados de flexión de miembros inferiores (*WBS*). Cuando se valoró mediante la prueba *MCTSIB* el desplazamiento del centro de gravedad en bipedestación, sobre superficie firme o almohadillada, con y sin aferencia visual, no se apreciaron diferencias significativas entre ambos grupos. Un 60% de los sujetos con caídas de repetición presentaron inestabilidad y caída cuando intentaron mantener la bipedestación al alterar la sensibilidad propioceptiva y anular la aferencia visual, frente a un 21,4% de los controles (p= 0,03,  $\chi^2$  Pearson; OR crudo 5,50 -IC 95%: 1,72-17,57-). En el análisis estratificado se observó interacción con edad y sexo: esta asociación sólo se mantuvo en mujeres (OR 7,50 -IC 95%: 1,63-35,58) y en sujetos con 75 o más años (OR 6,50 -IC 95%: 1,47 -28,8). No se encontraron diferencias en el número de caídas al mantener bipedestación sobre superficie firme (con y sin aferencia visual) y sobre superficie almohadillada sin anulación de aferencia visual.

**Conclusiones:** Respecto a los pacientes sin caídas, los ancianos que se caen presentan mayor inestabilidad cuando se anulan conjuntamente las aferencias visual y propioceptiva. Esta asociación resulta evidente en mujeres y en sujetos con 75 o más años de edad. La presencia de déficit vestibulares que se compensan habitualmente mediante la aferencia visual podría justificar este hecho.

183

**VALORACIÓN DEL EQUILIBRIO DINÁMICO EN ANCIANOS MEDIANTE POSTUROGRAFÍA**

Feijoo, R.; Sánchez, C.; Ramírez, S.; Montiel, M.; Cuesta, F.; Lázaro, M.; Ribera, J. M.

Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

**Objetivo:** Describir el equilibrio dinámico en ancianos que sufren caídas, comparándolo con sujetos que no se caen.

**Material y métodos:** Estudio transversal, descriptivo. Se seleccionaron sujetos mayores de 65 años, con al menos una caída en los últimos 6 meses, valorados en la Unidad de Caídas del Hospital Clínico San Carlos. Los ancianos sin caídas se obtuvieron del registro del estudio longitudinal *Envejecer con Éxito*, realizado por el Servicio de Geriátrica del mismo hospital. Se excluyeron del estudio aquellos sujetos que no aceptaron el Consentimiento Informado, ancianos con deterioro cognitivo moderado-severo y con incapacidad para mantener la bipedestación. Mediante la prueba denominada *Rhythmic Weight Shift (RWS)*, del posturógrafo *Balance Master* (Neurocom®), se valoró la capacidad de mover de forma voluntaria el propio centro de gravedad siguiendo a un estímulo visual en diversas direcciones. Se consideraron la velocidad del balanceo y la concordancia en la dirección como componentes fundamentales del control postural. Para la comparación de medias se empleó t de Student para muestras independientes, para la comparación de proporciones 2 Pearson, y para la medida de la fuerza de asociación (OR), interacción y confusión, regresión logística binaria (SPSS -v.9.0-).

**Resultados:** Se estudiaron 61 pacientes (33 con caídas de repetición y 28 sujetos sin caídas). La edad media fue de 78,5 años (DE 7,5) y de 75,3 (DE 3,9) respectivamente (p= 0,035). Un 78,8% y un 53,6% en cada grupo fueron mujeres (p= 0,037). El consumo de diuréticos, benzodiacepinas e ISRS fue similar en ambos grupos. Sólo recibían neurolépticos el 9% de los ancianos con caídas. La velocidad (grados/segundo) de balanceo en la dirección izquierda-derecha con diferentes velocidades del estímulo visual de los sujetos con caídas de repetición fue menor que en el resto (lenta: 2,82 (DE 1,22) vs 3,49 (DE 1,23) -p= 0,038-, moderada: 4,46 (DE 2,1) vs 6,28 (DE 2,49) -p= 0,003-, rápida: 8,02 (DE 4,35) vs 10,63 (DE 3,62) -p= 0,015-). El porcentaje (%) de control direccional correcto

fue mayor en los sujetos sin antecedentes de caídas, independientemente de la velocidad (lento: 73,93 (DE 8,45) vs 56,66 (DE 18,13)  $-p < 0,001$ –; moderada: 80,82 (de 7,08) vs 64,81 (DE 20,15)  $-p < 0,001$ –; rápida: 84,57 (DE 6,58) vs 71,06 (DE 20,95)  $-p = 0,001$ –). Sólo se observó confusión por edad en la velocidad lenta de balanceo dcha-izda (OR ajustado 0,64 – IC 95% 0,40 – 1,01,  $p = 0,05$ ). No se observó interacción ni confusión por edad o sexo en el resto de las asociaciones. En el estudio de balanceo en el plano anteroposterior sólo se alcanzó significación estadística cuando la velocidad (grados/segundo) fue rápida (caídas 2,96 (DE 1,51), no caídas 4,00 (DE 1,88)  $-p = 0,024$ ). No se observó interacción ni confusión por edad y sexo. No se observaron diferencias en el porcentaje de control direccional anteroposterior.

*Conclusiones:* Los individuos con caídas de repetición presentan menor capacidad para seguir estímulos visuales cuando éstos oscilan en el plano frontal. Si el estímulo se mueve en el plano anteroposterior sólo se aprecian diferencias entre ambos grupos de estudio cuando la velocidad de balanceo es mayor.

## 202

### REHABILITACIÓN DEL PACIENTE GERIÁTRICO CON FRACTURA DE FÉMUR EN UNIDADES DE CONVALECENCIA. ANÁLISIS DEL SUBGRUPO CON DETERIORO COGNITIVO

*Ariño, S.\*; Martos, J.\*; Martínez, F.; Vallés, E.; Salvá, A.*

Servicio de Geriátria. Fundación Hospital Asilo de Granollers. Granollers.

*Objetivo:* Valorar las características clínicas de pacientes con fractura de fémur y deterioro cognitivo y los resultados de un programa de rehabilitación en unidades de convalecencia sociosanitaria.

*Método:* Estudio prospectivo, descriptivo y comparativo de 588 pacientes ingresados con fractura de fémur en unidades de convalecencia, 97 de los cuales presentaban un deterioro cognitivo definido por una puntuación igual o superior a 4 en la escala Cognitive Performance Scale equivalente a MMS Folstein  $< 15$ .

*Resultados:* 97 pacientes (16,5%) con edad media de 83,4 años, índice de Charlson (adaptado MDS) de 5,5 y claro predominio de sexo femenino 22 vs 75, componían el subgrupo de pacientes con fractura de fémur y deterioro cognitivo ingresados en las unidades de convalecencia. El índice funcional al ingreso ( $17,5 \pm 8,1$  vs  $34,9 \pm 9,2$ ), el índice funcional al alta ( $22,4 \pm 11,3$  vs.  $43,3 \pm 10,4$ ), la ganancia funcional ( $3,33 \pm 7,35$  vs.  $8,9 \pm 9,1$ ), la mortalidad (3% vs 15,5%), la estancia media ( $48,2 \pm 34,5$  vs.  $55,7 \pm 33,4$ ) y la eficiencia rehabilitadora ( $0,11 \pm 0,3$  vs  $0,15 \pm 0,8$ ) eran dife-

rentes a nivel estadísticamente significativo al grupo de pacientes sin deterioro cognitivo.

*Conclusiones:* En nuestro estudio los pacientes con deterioro cognitivo y fractura de fémur se caracteriza por ser más añosos, presentar peores índices funcionales (ingreso y alta), menor ganancia funcional y eficiencia rehabilitadora y mayor mortalidad. Estos resultados confirman la necesidad de un ajuste previo, a la hora de analizar resultados o emitir valoraciones pronósticas entre los pacientes con fractura de fémur.

## 203

### COMORBILIDAD MÉDICA Y EFICIENCIA REHABILITADORA DE LA FRACTURA DE FÉMUR EN UNIDADES DE CONVALECENCIA

*Ariño, S.\*; Martos, J.\*; Alcalde, P.\*; Martínez, F.; Vallés, E.; Salvá, A.*

Servicio de Geriátria. Fundación Hospital Asilo de Granollers. Granollers.

*Objetivo:* Medir el impacto de la comorbilidad en la ganancia funcional del paciente geriátrico con fractura de fémur ingresado en unidades de media estancia.

*Población:* 588 pacientes con fractura de cadera, ingresados en unidades de Media Estancia Sociosanitaria de Catalunya. Mediana de edad de 81,9 años rango intercuartil 75,9-87,1. Predominio de sexo femenino 453 (77%). Mortalidad intrahospitalaria 5%. Índice de Case Mix RUG III 1,6.

*Mediciones:* El índice de eficiencia rehabilitadora basado en la ganancia funcional por unidad de tiempo (estancia media) y su relación con la comorbilidad al ingreso en la unidad de convalecencia. Se utilizaron estadísticos para pruebas no paramétricas.

*Resultados:* 45% de la población estudiada presenta una comorbilidad expresada con el índice MDS\_Charlson superior a 5. La situación funcional valorada al ingreso fue MDS\_FIM 33,50, con una estancia media de 55 días, una ganancia funcional de 7 puntos y una eficiencia de 0,15 (SD  $\pm 0,80$ ). Cuando categorizamos la comorbilidad con punto de corte superior o inferior a 5, existe asociación estadísticamente significativa con status funcional al ingreso y al alta, mortalidad intrahospitalaria pero no con estancia media, ganancia funcional ni eficiencia.

*Conclusiones:* La comorbilidad asociada al paciente con fractura de fémur en una unidad de convalecencia es considerable. A diferencia de lo observado en otros colectivos de pacientes geriátricos ingresados en unidades de media estancia, la comorbilidad del paciente con fractura de fémur se asocia con status funcional y mortalidad si bien no parece condicionar diferencias en cuanto a la ganancia ni la eficiencia de la rehabilitación.