

venir de la mano de mejorar la calidad de vida percibida, no solo por el paciente sino por el cuidador, evaluando otros factores como la recuperación de la marcha, el control del dolor y complicaciones, y el mejor soporte social.

La fractura de cadera y la demencia en el anciano presentan un aumento exponencial durante los últimos años, siendo en la actualidad un problema de salud pública por su carga socioeconómica con importante morbilidad y mortalidad asociada. Esta relación ya ha sido descrita en la literatura como «amistades peligrosas»³, compartiendo características comunes como ser muy frecuentes e invalidantes. Sin embargo, la heterogeneidad de la fractura de cadera y los factores de mortalidad y mal pronóstico han hecho que distintos autores busquen subgrupos para poder predecir recuperación funcional y riesgo de mortalidad. El estudio de Penrod et al.⁴, que intenta encontrar grupos homogéneos dentro de los pacientes con fractura de cadera, describe que el subgrupo de mayores de 85 años con demencia, mayor dependencia previa y comorbilidad presentan peor pronóstico rehabilitador y mayor mortalidad. Este hallazgo se repite en el estudio de Alarcón et al.⁵, que objetiva que los mayores de 84 años con mayor dependencia y demencia presentaban peores datos de recuperación (un 30%) y mayor mortalidad (hasta el 70%). Aún así, en la mayoría de estudios, se siguen eludiendo otros factores pronósticos como son: el tiempo de tratamiento rehabilitador en función de recursos, problemática social individual, actividades instrumentales y calidad de vida como objetivos.

La evaluación funcional debe entenderse como un proceso global y multidimensional, por lo que se ha de ser cuidadoso a la hora de planificar las estrategias rehabilitadoras y al analizar los resultados conseguidos. Para valorar la consecución de los objetivos propuestos en cada una de estas áreas es imprescindible conocer perfectamente la situación previa y la capacidad funcional, utilizando escalas para valorar la evolución. Actualmente, las más utilizadas son el índice de Barthel y sus versiones modificadas y el *Functional Independence Measure* con niveles parecidos de fiabilidad, validez y sensibilidad. El índice de Barthel es capaz de detectar un progreso o deterioro en ciertos niveles del estado funcional, aunque la capacidad para detectar cambios en situaciones extremas y en pacientes con demencia es limitado.

Respecto a la efectividad de la rehabilitación en Unidades de Recuperación Funcional varía según el modelo utilizado, obteniendo resultados muy heterogéneos; aunque se dispone de una creciente evidencia sobre la rehabilitación específica de los pacientes geriátricos complejos, incluidos aquellos con demencia⁶. La ganancia funcional o el índice de Montebello son indicadores

con frecuencia utilizados en la evaluación en estas unidades. Sin embargo, hay que puntualizar que deben valorarse con prudencia los resultados, ya que la no ganancia funcional no es siempre sinónimo de ausencia de beneficio funcional⁷, pues en la práctica clínica pueden estar condicionadas por la complejidad de las características de los pacientes y, por tanto, para mejorar su interpretación es necesario conocer su relación con comorbilidad, grado y tipo de demencia, así como tipo de soporte social.

En definitiva, estudios como los de Guil Sánchez¹ sobre lo conseguido tras una larga rehabilitación nos tiene que hacer reflexionar sobre cuánto hemos de invertir en recursos, qué escalas son las más adecuadas para valorar la eficacia del tratamiento y si debería evaluarse simultáneamente otro tipo de indicadores como la calidad de vida en los resultados asistenciales para pacientes con demencia y fractura de cadera.

Bibliografía

1. Guil Sánchez JL. Influencia de la demencia en la recuperación funcional de la fractura de fémur en la población anciana. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2012;47:85-6.
2. Stanvell M, Berggren M, Lundström M, Gustafson Y, Olofsson B. A multidisciplinary intervention program improved the outcome after hip fracture for people with dementia. *Arch Gerontol Geriatr.* 2012;54:284-9.
3. Cruz Jentoft AJ. Demencia y fractura de cadera: amistades peligrosas. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2007;42:133-4.
4. 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.
5. Alarcón T, González-Montalvo JI, Gotor P, Madero R, Otero A. A new hierarchical classification for prognosis of hip fracture after 2 years follow-up. *J Nutr Health Aging.* 2011;15:919-23.
6. González Montalvo JI, Alarcón T, Mauleón JL, Gil-Garay E, Gotor P, Martín-Vega A. The orthogeriatric unit for acute patients: a new model of care that improves efficiency in the management of patients with hip fracture. *Hip Int.* 2010;20:229-35.
7. Baztán JJ, Fernández-Alonso M, Aguado R, Socorro A. Resultado al año de la rehabilitación tras la fractura de cadera de fémur proximal en mayores de 84 años. *An Med Interna.* 2004;21:433-40.

Elena Romero Pisonero*
y Jesús Mora Fernández

Unidad de Ortopediatria, Servicio de Geriatria, Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España

* Autor para correspondencia.
Correo electrónico: elenaromeropisonero@gmail.com
(E. Romero Pisonero).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.regg.2012.06.003>

Respuesta de los autores

Author's reply

Sr. Editor:

He leído con atención el artículo «Rehabilitación en pacientes con fractura de cadera y demencia: un reto». En dicho artículo se menciona un estudio¹ publicado en esta misma sección y se reflexiona sobre la eficacia del tratamiento rehabilitador y sobre la idoneidad de las escalas utilizadas en su evaluación. En el estudio mencionado, los resultados obtenidos tras la rehabilitación de la fractura de fémur (FF) en pacientes con demencia fueron peores a los del subgrupo de pacientes sin demencia, en la línea de los obtenidos por Baztán JJ et al.² para el que la presencia de demencia es el principal factor de riesgo independiente de mortalidad, peor

situación funcional e institucionalización al alta, o por Belmonte Martínez R et al.³, que concluye que la demencia influye negativamente en la recuperación funcional. Tanto es así, que se ha llegado a usar la presencia de demencia como un marcador negativo de recuperación en la fractura de cadera⁴.

Estos resultados nos enfrentan a una situación desalentadora al plantear un tratamiento rehabilitador en pacientes con FF y demencia, aunque también es cierto que existe una gran variabilidad en los resultados obtenidos entre hospitales, tanto en España como en el resto de países y diversos estudios muestran que la rehabilitación geriátrica puede ser beneficiosa en los ancianos con demencia y FF al obtener mejoría funcional, disminución de mortalidad y de institucionalización⁵⁻⁷.

Son muchos los factores asociados a un peor pronóstico después de una FF, entre ellos la edad avanzada, una alta comorbilidad, la desnutrición, una mala capacidad funcional previa a la fractura y

la presencia de demencia. Esta es la razón por la que los pacientes con demencia no deben ser excluidos de la rehabilitación, ya que se benefician de una valoración multidisciplinar geriátrica⁸ y porque el único tratamiento necesario de la FF no es el tratamiento de la propia fractura sino el de todos los aspectos que intervienen en su recuperación. En este sentido sería interesante incorporar variables como la desnutrición, medida mediante la escala del *Mini Nutritional Assessment*, y la polifarmacia, haciendo especial hincapié en los psicofármacos, aspectos que no se valoraron en el estudio de Guil Sánchez J¹.

En cuanto a la evaluación de los resultados de la rehabilitación de la FF en pacientes con demencia, los más usados actualmente son los reflejados en el estudio: ganancia funcional, índice de Montebello, porcentaje de alta, de mortalidad y de institucionalización y la recuperación de la independencia para las actividades de la vida diaria (AVD) y de la capacidad de deambulación. Se han valorado otros indicadores: Baztán JJ et al.² evaluó la movilidad tras la rehabilitación por medio de la Escala Física de la Cruz Roja; Robles Raya MJ et al.⁹ encontró una correlación significativa entre el índice de Wallace y la capacidad funcional evaluada mediante el índice de Barthel, pero no para la estancia media ni el destino al alta; Vilarmau M et al.¹⁰ propuso la utilización del índice de Tinetti como indicador de calidad y efectividad de la rehabilitación de la FF en el anciano, y aunque el MEC promedio de los pacientes del estudio fue 22,75, la presencia del diagnóstico de demencia era excluyente, por lo que no sería extrapolable a pacientes con demencia. Finalmente, se pueden barajar otras escalas validadas como la *Probability Home Discharge*, que establece la probabilidad de que un paciente sea dado de alta a domicilio.

Como en todo, no podemos olvidar que el mejor tratamiento es el preventivo, y en esa línea, Formiga F et al.¹¹ propuso que si realmente queremos disminuir de una forma notable la mortalidad de la FF, deberíamos disminuir las caídas, esto apoyado en el correcto manejo de la osteoporosis, ya que el tratamiento con bifosfonatos y la prevención de las caídas tienen un efecto preventivo sobre las fracturas de cadera.

Una vez repasada la evidencia al respecto, no debemos olvidar que los objetivos principales de la rehabilitación en FF son disminuir la mortalidad, conseguir la recuperación de la capacidad de deambulación y de la independencia para la realización de las AVD. Las graves secuelas sobre el pronóstico y la calidad de vida poste-

rior junto a la necesidad de consumir recursos sanitarios y sociales, hace más necesaria la individualización de la detección y selección de los pacientes para optimizar recursos. Esta es una línea de trabajo, y prueba del interés que suscita este tema es el artículo que precede a esta réplica.

Bibliografía

1. Guil Sánchez J. Influencia de la demencia en la recuperación funcional de la fractura de fémur en la población anciana. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2012;47:85-6.
2. Baztán JJ, Fernández-Alonso M, Aguado R, Socorro A. Resultado al año de la rehabilitación tras la fractura de cadera de fémur proximal en mayores de 84 años. *An Med Interna.* 2004;21:433-40.
3. Belmonte Martínez R, Muniesa Portolés JM, Duarte Oller E, Orient López F, Escalada Recto F. Nivel funcional tras ingreso en rehabilitación en 552 pacientes con fractura de cadera. *Rehabilitación (Madr).* 1998;32:149-56.
4. Brossa Torruella A, Tobías Ferrer J, Zorrilla Ribeiro J, López Borrás E, Alabart Teixidó A, Belmonte Garrido M. Mortalidad a los 3 años de los pacientes con fractura de fémur. *Med Clin (Barc).* 2005;124:53-4.
5. Goldstein FC, Strasser DC, Woodard JL, Roberts VJ. Functional outcome of cognitive impaired hip fracture patients on a geriatric rehabilitation unit. *J Am Geriatr Soc.* 1997;45:35-42.
6. 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 patient with dementia. *BMJ.* 2000;321:1107-11.
7. Halbert J, Crotty M, Whitehead C, Cameron I, Kurrle S, Graham S, et al. Multi-disciplinary rehabilitation after hip fracture is associated with improved outcome: a systematic review. *J Rehabil Med.* 2007;39:507-12.
8. Stanvell M, Berggren M, Lundström M, Gustafson Y, Olofsson B. A multidisciplinary intervention program improved the outcome after hip fracture for people with dementia. *Arch Gerontol Geriatr.* 2012;54:284-9.
9. Robles Raya MJ, Muniesa Portolés JM, Miralles Basseda R, Belmonte Martínez R, Duarte Oller E, Escalada Recto F. Utilidad del índice de Wallace modificado en el pronóstico de pacientes ancianos con fractura de fémur. *Rehabilitación (Madr).* 1998;32:301-5.
10. Vilarmau M, Noguera A, Huguet J, Bell X. La fractura de fémur en el anciano: utilidad del índice de Tinetti como indicador en la rehabilitación física. *Med Clin (Barc).* 2001;116:677.
11. Formiga F, Pujol R. Mortalidad por fractura de fémur: analizando las causas de un viejo problema. *Med Clin (Barc).* 2005;124:55-6.

Josep Guil Sánchez

Departamento médico, Centre Socio-Sanitari Casal de Curació, Vilassar de Mar, Barcelona, España

Correo electrónico: josep.guil@curacio.e.telefonica.net

<http://dx.doi.org/10.1016/j.regg.2012.06.005>

Discriminación diagnóstica y terapéutica en ancianos

Diagnostic and therapeutic discrimination in the elderly

Sr. Editor:

La toma de decisiones clínicas se basa en un razonamiento práctico acerca de pacientes determinados, casos específicos y situaciones únicas, por lo que se puede orientar a 3 elementos: proporcionalidad de la intervención, responsabilidad médica sobre el conjunto de ese proceso y el de los fines u objetivos que se persiguen. La clínica es la actividad realizada ante la cama del enfermo, siempre es una actividad concreta, individual. Es posible en clínica que 2 profesionales sabios y experimentados, deliberando sobre un mismo caso lleguen a decisiones distintas. Esto es lo propio del razonamiento prudente, que admite más de una solución¹.

La Valoración Geriátrica Integral al integrar aspectos cognitivos, funcionales, sociales y también clínicos es una herramienta de primer orden que ayudará a hacer más adecuadas nuestras decisiones en los ancianos, desde la vista de la clínica, la eficiencia y la ética². Un adecuado uso de los elementos considerados, es

básico para evitar la discriminación por la edad³. Para la actuación autónoma, los pacientes deben recibir la información que precisen de forma asequible. La capacidad de autodeterminación madura durante la vida del individuo y se modifica debido a la enfermedad, perturbación mental o circunstancias severamente restrictivas de la libertad⁴. Mientras no se demuestre lo contrario, todo sujeto es competente para la toma de decisiones sanitarias. Hablamos siempre de «capacidad para» siempre relacionada con una actividad y un momento concreto⁵. Respetar la autonomía del paciente supone, por una parte hacerle participe de su enfermedad, creer en lo que nos manifiesta y diseñar con él el plan diagnóstico-terapéutico, en la medida que este es competente. La beneficencia nos exige buscar el bien para el paciente, y a ofrecer el mejor tratamiento disponible adecuado a la situación del enfermo. El principio de no maleficencia nos obliga a evitar los daños, y a minimizar los riesgos de una intervención. La ignorancia, falta de pericia o formación atenta contra una asistencia correcta y en condiciona decisiones equivocadas. Cada acción debe conllevar una valoración previa de beneficio-riesgo y el análisis de efectos secundarios que permita la mejor adecuación clínica. Todos los pacientes tienen el