



## EDITORIAL

**Delirium y fractura de fémur. Básico anticiparse****Delirium and hip fracture. Anticipating is basic**María José Robles<sup>a,\*</sup> y Francesc Formiga<sup>b</sup><sup>a</sup> Servicio de Geriatria, Centre Fòrum, Parc de Salut Mar, Barcelona, España<sup>b</sup> Programa de Geriatria, Hospital Universitari de Bellvitge, L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona, España

La fractura de fémur proximal en ancianos constituye un problema de salud complejo, que se asocia con una significativa morbilidad y pérdida de función. En España se producen entre 50.000 y 60.000 fracturas de fémur al año, con una tasa de hospitalización actual de 100 ingresos por cada 100.000 habitantes/año<sup>1,2</sup>. En el año 2008 el coste global de los casos de hospitalización en el Sistema Nacional de Salud<sup>2</sup>, como consecuencia de una fractura de cadera fue de 395,7 millones de euros y los costes medios por paciente al alta de 8.365,25 €<sup>2</sup>.

El *delirium* es una de las complicaciones postoperatorias más común que aparece en pacientes ancianos hospitalizados por fractura de fémur, con una incidencia que oscila según las series entre el 10-65%<sup>3,4</sup> ocurriendo con mayor frecuencia en el postoperatorio inmediato (entre los días segundo y quinto del postoperatorio). Además, estas cifras quizás estén infraestimadas debido al alto número de casos de *delirium* que pueden pasar desapercibidos, ya sea por la fluctuación de los síntomas, su sobreposición con la demencia o la ausencia de estrategias formales de valoración del mismo.

Las consecuencias clínicas de la aparición del *delirium* pueden llegar a ser deletéreas en la salud del paciente. Se sabe que la presencia de *delirium* está asociada con deterioro funcional, aumento de la mortalidad y nueva institucionalización<sup>5</sup> así como, mayor riesgo de persistencia de deterioro cognitivo y deterioro funcional a los 6 meses posfractura<sup>6</sup>, ya que hasta una tercera parte de los episodios de *delirium* pueden persistir al alta del hospital<sup>7</sup>.

Según el modelo multifactorial del *delirium* propuesto por Inouye<sup>8</sup> e Inouye y Charpentier<sup>9</sup>, en la fractura de fémur todos los pacientes compartirían unos factores precipitantes suficientemente severos para desencadenar el *delirium* como serían: el traumatismo que provoca la fractura, la cirugía y la exposición a la anestesia. Para anticiparse al *delirium* es necesario pues identificar factores predisponentes de riesgo en el periodo pre e intraoperatorio que favorezcan la aparición de este en el postoperatorio, los que serían claves y fundamentales en la detección temprana, en el tratamiento y en el desarrollo de estrategias preventivas. Estos factores predisponentes varían con relación al estado cognitivo previo del

paciente. Es decir, la presencia de demencia preoperatoria resulta crítica en el desarrollo del *delirium* postoperatorio<sup>5</sup>, siendo la incidencia de este mayor que en pacientes sin demencia, observándose un aumento de la morbilidad en pacientes con demencia que desarrollan *delirium* respecto a los que presentan demencia o *delirium* solamente<sup>5</sup>. En pacientes sin demencia, la edad, el sexo masculino, el número de comorbilidades médicas ( $ASA \geq 4$ ) y un tiempo quirúrgico superior a 2 h son factores independientes asociados al desarrollo de *delirium* postoperatorio<sup>5</sup>. Mientras que en los pacientes con demencia previa, el tiempo transcurrido desde que el paciente llega a urgencias hasta que es intervenido, se asocia de forma más significativa al riesgo de desarrollar el mismo.

Afortunadamente, el *delirium* es una complicación que puede ser evitable en la fractura de fémur. Múltiples trabajos han demostrado que los programas de intervención multifactorial e interdisciplinar resultan, en general, estrategias de éxito coste efectivas en la prevención y en el tratamiento del mismo<sup>10</sup> demostrando que la incidencia del *delirium* postoperatorio y la duración del mismo pueden ser reducidas hasta un 50% y en consecuencia acortar la duración de la estancia hospitalaria. Y porque no, como nuevo reto a conseguir, el de intentar iniciar todas estas estrategias de prevención del *delirium* lo más precoz posible, es decir desde atención primaria, una vez que acontece la fractura, incluyendo el traslado del paciente hasta el hospital, como si se tratase de un código «fractura de fémur» parecido al del ictus o dolor torácico con un protocolo de actuación sistematizada.

No cabe duda, que para hacer frente al tratamiento de estas 2 importantes entidades, la fractura de fémur proximal en ancianos y el *delirium*, se precisa de un modelo de cooperación entre las especialidades más implicadas y conocedoras de las mismas, traumatología y geriatría, mediante la creación de unidades de ortogeriatría<sup>11,12</sup>, con responsabilidad compartida entre ambos servicios para la atención conjunta, ya desde el servicio de urgencias de los ancianos con fractura de fémur proximal, de tal manera que los emergentes «cuidados ortogeriatricos» no solo deben ser vistos como una actividad multidisciplinaria, sino como la alternativa más eficaz y adecuada al modelo tradicional de atención de la fractura de fémur proximal en el anciano, una alternativa que debe incluir todas aquellas estrategias donde la evidencia ha demostrado una mejoría en los resultados de la atención a las personas mayores

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: 91737@parcdesalutmar.cat (M.J. Robles).

fracturadas. Por eso desde la geriatría tenemos el compromiso de que en cada hospital, la unidad de ortogeriatría debe representar un centro de excelencia para el tratamiento de pacientes ancianos con fracturas de fémur proximal donde adelantarse es básico si queremos y podemos evitar la aparición del *delirium*.

## Bibliografía

1. González Montalvo JL, Gotor Pérez P, Martín Vega A, Alarcón Alarcón T, Álvarez de Linera JL, Gil Garay E, et al. La unidad de ortogeriatría de agudos. Evaluación de su efecto en el curso clínico de los pacientes con fractura de cadera y estimación de su impacto económico. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2011;46:193–9.
2. Instituto de Información Sanitaria. Estadísticas comentadas: la atención a la fractura de cadera en los hospitales del SNS [Publicación en Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2010 [consultado 19 Abr 2014]. Disponible en: <http://www.msps.es/estadEstudios/estadisticas/cmbdhome.htm>
3. Björkelund KB, Hommel A, Thorngren KG, Gustafson L, Larsson S, Lundberg D. Reducing delirium in elderly patients with hip fracture: A multi-factorial intervention study. Acta Anaesthesiol Scand. 2010;54:678–88.
4. Marcantonio ER, Flacker JM, Michaels M, Resnick NM. Delirium is independently associated with poor functional recovery after hip fracture. J Am Geriatr Soc. 2000;48:618–24.
5. Lee HB, Mears SC, Rosenberg PB, Leoutsakos JM, Gottschalk A, Sieber FE. Predisposing factors for postoperative delirium after hip fracture repair in individuals with and without dementia. J Am Geriatr Soc. 2011;59:2306–13.
6. Sanders RD, Pandharipande PP, Davidson AJ, Ma D, Maze M. Anticipating and managing postoperative delirium and cognitive decline in adults. BMJ. 2011;343:d4331.
7. National Institute for Health and Clinical Excellence (2010) Delirium: diagnosis, prevention and management. London: National Institute for Health and Clinical Excellence; 2010 [consultado 19 Abr 2014]. Disponible en: <http://guidance.nice.org.uk/CG103/Guidance>
8. Inouye SK. Predisposing and precipitating factors for delirium in hospitalized older patients. Dement Geriatr Cogn Disord. 1999;10:393–400.
9. Inouye S, Charpentier PA. Precipitating factors for delirium in hospitalized elderly persons: Predictive model and interrelationship with baseline vulnerability. JAMA. 1996;275:852–7.
10. Robles MJ, Formiga F, Vidan MT. Prevención y tratamiento del *delirium* en ancianos con fractura de cadera. Med Clin (Barc). 2014;142:365–9.
11. De Miguel Artal M, Roca Chacón O. Intervención de una UFISS de geriatría en pacientes con fractura de cadera ingresados en un Servicio de Traumatología. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2014;49:96–7.
12. González-Montalvo JL, Alarcón Alarcón T. Ortojeriatría en pacientes agudos: actuar, pero también evaluar y comparar, como medidas para mejorar. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2014;49:101–2.