Rev Clin Esp. 2013;213(Espec Congr):332

Revista Clínica Española

https://www.revclinesp.es

# EA-22. - NIVEL COGNITIVO, FUNCIONAL Y COMORBILIDAD EN PACIENTES ANCIANOS INGRESADOS POR FRACTURA DE CADERA

*A. Aljibe Aguilar, C. Campo*

*Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario La Fe. Valencia.*

## Resumen

*Objetivos:* La fractura de cadera es la causa más frecuente de ingresos urgentes en servicios de Traumatología. Se trata de pacientes ancianos y por tanto con una carga importante de morbilidad, afectación del nivel cognitivo y funcional. El objetivo de nuestro estudio es describir las características basales de estos pacientes y la posible relación de éstas con la morbimortalidad intrahospitalaria, con el fin de incidir sobre estos aspectos para mejorar las complicaciones de los pacientes con fractura de cadera.

*Métodos:* Estudio descriptivo y prospectivo en el que se recogieron todos los pacientes ingresados en el servicio de Traumatología del Hospital Universitario y Politécnico La Fe (Valencia) con el diagnóstico de fractura de cadera desde septiembre de 2011 hasta octubre de 2012, y que fueron evaluados por un médico especialista en Medicina Interna como consultor. Se valoraron datos epidemiológicos relacionados con su fractura (edad, sexo, residencia, tipo de fractura, tipo de intervención, demora quirúrgica, estancia media y mortalidad), el grado de deterioro cognitivo y funcional previo al ingreso (Índice de Pfeifer e Índice de Barthel), la comorbilidad (Índice de Charlson) y los principales factores de riesgo cardiovascular (HTA, DM, DL, tabaquismo).

*Resultados:* Se recogieron un total de 235 pacientes ingresados por fractura de cadera, con una edad media de 82,19 años (DT ± 10,41 años), siendo un 69,4% mujeres. Un 27,2% de los pacientes presentaban deterioro cognitivo previo ya diagnosticado, lo que coincidía con el 28% de los pacientes que tenían un Índice de Pfeiffer con signos de deterioro cognitivo (11,1% leve, 8,1% moderado y 9,4% grave). Según el Índice de Barthel el 7,2% presentaban una dependencia total, el 5,1% grave, 11,5% moderada y 76,2% leve. En cuanto a los factores de riesgo cardiovascular el 67,7% de los pacientes eran hipertensos, el 32,8% diabéticos, el 23,4% dislipémicos y sólo un 5% eran fumadores activos. Un 58,3% de los pacientes tenían ausencia de comorbilidad medida por el Índice de Charlson, con una comorbilidad baja y alta del 20 y el 21% respectivamente. Destacaban, entre otros antecedentes, la cardiopatía, en el 38% de los pacientes, y la neoplasia en el 14,9%. Se observó una relación estadísticamente significativa entre el deterioro cognitivo y la presencia de complicaciones ($p = 0,001$), el destino al alta ($p = 0,001$) y la mortalidad ($p = 0,038$); y el Índice de Barthel y el destino al alta ($p = 0,001$) Se obtuvo una relación estadísticamente significativa entre días de estancia y complicaciones ($p = 0,010$), y entre días de espera quirúrgica y complicaciones ($p = 0,012$) No se obtuvo relación significativa entre días de estancia o demora quirúrgica con mortalidad intrahospitalaria. Sin embargo, se encontró una relación significativa entre

complicaciones y mortalidad intrahospitalaria (p = 0,008).

*Discusión:* El deterioro cognitivo previo y el nivel de dependencia previo de los pacientes afectos de fractura de cadera son los principales factores asociados al peor pronóstico intrahospitalario de estos pacientes por su relación tanto con el número de complicaciones como con la mortalidad. Ello va asociado a una mayor derivación a Unidades de Media-Larga Estancia y Residencias, y por ende a un mayor gasto sociosanitario.

*Conclusiones:* El envejecimiento general de la población ocasiona también un envejecimiento de los pacientes con fractura de cadera, asociando un mayor deterioro cognitivo y mayor nivel de dependencia en estos pacientes. Todo ello hace necesario un manejo médico integral, y no sólo quirúrgico, con el fin de mejorar el tratamiento precoz de las complicaciones y disminuir la mortalidad intrahospitalaria.

0014-2565 / © 2013, Elsevier España S.L.U. y Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI). Todos los derechos reservados.