

## ¿Interesa la creación de grupos interdisciplinarios para el tratamiento integral del anciano con fractura de cadera?

M. A. MOLEÓN CAMACHO\* y J. L. MILLARES LORENZO\*\*

\*Unidad de Cadera B, Servicio de Traumatología y Cirugía Ortopédica, Hospital Universitario «Virgen del Rocío». Sevilla. \*\*Departamento de Planes Específicos. Consejería de Salud de la Junta de Andalucía.

**Resumen.**—Las personas mayores de 65 años con fractura de cadera suelen tener antecedentes de fracturas vertebrales o de muñeca, así como presentar patologías crónicas de cierta importancia (enfermedades cardiovasculares, insuficiencia respiratoria, alteraciones metabólicas, etc.) y, una vez presentada la fractura, complicaciones postquirúrgica (mortalidad entre el 11-20%, descompensación de patologías crónicas previas, etc.). En nuestro trabajo encontramos que para disminuir las complicaciones es necesario la intervención de grupos interdisciplinarios de profesionales (Cirujano ortopédico, anestesista, médico internista o geriatra, rehabilitador, enfermeras, asistentes y trabajadores sociales, médico de atención primaria o de cabecera, siendo discutible la creación de Equipos de atención domiciliaria) para el tratamiento integral e integrado de los pacientes con fractura de cadera.

### INTERDISCIPLINARY GROUPS FOR INTEGRAL TREATMENT OF OLD PEOPLE WITH HIP FRACTURES

**Summary.**—Subjects with hip fracture aged over 65 years used to have antecedents of wrist or vertebral fractures, in addition to other severe chronic illnesses (cardiovascular disease, respiratory insufficiency, metabolic disturbances, etc.) and, after the occurrence of the hip fracture, post-surgical complications (mortality between 11-20%, alterations of previous chronic illnesses, etc.). In this study we found that in order to diminish those complications it is necessary an interdisciplinary approach to provide an integral treatment to those patients through groups of professionals (orthopaedist surgeon, anaesthetist, internist or geriatrician, rehabilitative, nurses, social workers, family doctors, being under discussion the establishment of domiciliary care units).

### INTRODUCCIÓN

Es preciso dejar claro que, desde el punto de vista social, al mayor de 65 años se le suele considerar como viejo o anciano. Es un concepto económico y no sanitario, relacionado con la edad de jubilación de los trabajadores y no con las condiciones psicofísicas de las personas (1). En nuestro estudio hemos considerado esa edad y terminología por ser

la de referencia en la literatura que se ocupa de las fracturas de cadera en ancianos, y porque desde el punto de vista médico la ancianidad es un deterioro psicofísico evidente. Además, las fracturas en estas edades presentan una problemática especial.

Las fracturas más frecuentes en el anciano son las vertebrales, las de muñeca y cadera, siendo para algunos autores más habituales las vertebrales y para otros no, dependiendo de lo que cada uno entiende por fractura vertebral. Muchas de éstas se relacionan con la osteoporosis, apareciendo ante traumatismos mínimos, pero es evidente que la caída es el primer factor determinante de las fracturas del anciano.

*Correspondencia:*  
MIGUEL ÁNGEL MOLEÓN CAMACHO  
C/ Genaro Parladé, 9, 3.º D  
41013 Sevilla

Para nosotros, desde un punto de vista predictivo, la importancia de las fracturas vertebrales y de muñeca residen en que, en bastantes casos, preceden a la de cadera, sin olvidar su coste y morbilidad frecuentemente subvaloradas. El riesgo de fracturas de cadera en mujeres con fractura vertebral previa suele ser un 1,8 veces superior al de los controles; dicho riesgo es mucho mayor para las fracturas trocantéreas que para las cervicales (2). Los hombres que han sufrido anteriormente una fractura de muñeca tienen un riesgo 2,3 veces superior de padecer una fractura de cadera (3).

Los pacientes mayores de 65 años con fractura de cadera presentan características especiales que los diferencian del grupo de población de su misma edad sin esta patología: su estado funcional y orgánico está más deteriorado, son pacientes más frágiles y sedentarios (4-7). La fractura en estos casos descompensa, a veces de forma fatal, este precario equilibrio.

Consideramos que del análisis de estas características surgirá la necesidad o, por el contrario, la improcedencia de crear grupos interdisciplinarios que mejoren el pronóstico vital y funcional del anciano con fractura de cadera, sin elevar los costes, ya de por sí altos, a niveles difícilmente asumibles por la colectividad.

### **FACTORES QUE INCIDEN EN EL PRONÓSTICO DE LAS FRACTURAS DE CADERA**

Existen factores que influyen de manera sustancial en el pronóstico de las fracturas de cadera, tanto en la recuperación psicofísica como en la supervivencia. Estos factores son:

a) El estado de salud previo, entendiendo como tal aquella patología previa importante, más o menos compensada, que puede descompensarse tras la fractura.

b) El tipo de fractura, que condiciona un determinado procedimiento sujeto a complicaciones generales y específicas, así como el ulterior tratamiento rehabilitador.

c) Las condiciones socioeconómicas del paciente, el vivir en su domicilio, con su familia o en residencias asistidas.

La existencia de patología crónica es muy frecuente en la población anciana, y aún más en el anciano con fractura de cadera (8). Bajó J. et al (5), en un estudio sobre 316 personas mayores de 75 años, detectaron que el 91% padecía de algún trastorno crónico. Estas enfermedades son el origen, muchas veces, de la caída (fallo cardíaco, AVC, hipoglucemia, trastornos del equilibrio, visión y audición, alteraciones del aparato locomotor...). Las enfermedades cardiovasculares, la insuficiencia respiratoria y las alteraciones metabólicas influyen en la mortalidad; la patología del aparato locomotor o una insuficiencia en los órganos de los sentidos, facilitan la caída y dificultan enormemente la recuperación tras la fractura (7, 9). La descompensación de estas patologías previas retrasa el momento de la intervención, aumenta las complicaciones postoperatorias y la mortalidad precoz, siendo un obstáculo para una correcta recuperación postfracturaria.

El tratamiento quirúrgico de la fractura va a estar influenciado en gran medida por las características del paciente, el hábito del cirujano y la organización del Servicio de Urgencias. Los pacientes sin patología previa o portadores de patología menor no descompensada deben de intervenir cuanto antes (10): la mortalidad de los pacientes operados en las primeras ocho horas tras la fractura es del 11%, ascendiendo al 26% si la intervención se retrasa 24-48 horas (11). Aquellos que, por el contrario, son portadores a su llegada al hospital de una patología general seria, o de trastornos hidroelectrolíticos, precisarán estudios y tratamientos que los sitúen en las mejores condiciones para la intervención, que por muy poco agresiva que sea, supone un nuevo traumatismo que podría resultar fatal. Con respecto al cirujano y la capacitación del servicio de urgencias en general, consideramos que es mejor una correcta osteosíntesis diferida que una mala en urgencias; las fracturas cervicales subsidiarias de prótesis, evidentemente, no pueden ser operadas en el servicio de urgencias.

Aunque el anciano haya sido intervenido de forma correcta, si no se sigue un tratamiento rehabilitador adecuado que tenga como finalidad la recuperación de las actividades habituales para la vida diaria y, preferentemente, de la capacidad de marcha, no habremos conseguido nada (12). Ésta es la enorme importancia del re-

habilitador y el gran desafío que comparte con el cirujano, pues es necesario que el paciente inicie en plena fase aguda, en el postoperatorio inmediato, un tratamiento rehabilitador enérgico, sin que éste ponga en peligro la consolidación de la fractura. Dicho tratamiento será selectivo con idea de recuperar lo antes posible al paciente, según sus capacidades previas y consistirá en la sedestación inmediata, ejercicios de extremidades para mejorar el retorno venoso y el trofismo, instrucciones para valerse por sí mismo en las actividades diarias, ejercicios para enseñarles de nuevo a caminar y en definitiva, todos aquellos cuidados generales que sean necesarios para devolverlo cuanto antes a un estado funcional lo más parecido al previo. Sería útil y muy conveniente incluirlo en un programa social (comidas en comunidad, charlas sobre profilaxis de caídas, medicación en el anciano y otras cuestiones interesantes para los mayores), con la idea de mejorar el nivel de autoestima, su motivación, y evitar nuevas caídas. Este tratamiento, iniciado idealmente durante la fase hospitalaria, debe de continuarse en medio ambulatorio para no prolongar la estancia hospitalaria inútilmente; para ello podemos valernos de los medios existentes en cada área sanitaria (13).

Es imprescindible tratar la patología previa que pueda ser causa de mortalidad precoz o de nuevas caídas, estudiar y modificar, si es preciso, el hábitat del fracturado, y revisar los hábitos alimenticios. Si hay osteoporosis clínicamente manifiesta se tratará de forma conveniente y, en cualquier caso, se impartirá instrucciones para su prevención (13).

A pesar de las mejoras en la atención hospitalaria, habitualmente vamos a tener un número importante de pacientes que no alcanzarán un grado de recuperación suficiente para valerse por sí mismos y, por lo tanto, necesitarán ayuda de otras personas. A estos pacientes es preciso garantizarles una calidad de cuidados que pueden ser prestados con distintos medios, como es el caso de cuidados familiares con o sin apoyo social, unidades de largas estancias, residencias para ancianos o instituciones para crónicos. Desde el momento de su ingreso, conviene detectar aquellos pacientes que con seguridad van a presentar problemas de recuperación, debido a su estado general, al tipo de fractura o a la falta de apoyo familiar. En estos casos, la función del

Asistente Social es muy importante, pues les proporcionará las ayudas convenientes para facilitarles una situación ulterior lo más digna posible.

Todos los factores descritos con anterioridad influyen en el pronóstico de las fracturas de cadera; la mortalidad a los seis meses de producirse la fractura es de un 30% (4, 14, 15). Transcurrido este plazo, la esperanza de vida no difiere de la población general, hechos que indican la importancia de la atención sanitaria durante los primeros meses (16, 17). Las enfermedades cardiovasculares y respiratorias son la causa más frecuente de mortalidad durante los seis primeros meses (18).

Los factores, por orden de importancia, que tienen relación con estas tasas de mortalidad, son los siguientes (17):

a) Ante todo, el deterioro mental severo, aplicándose este término a los pacientes que no se comunican, están desconectados o sin respuesta al dolor (69%).

b) Las enfermedades asociadas, si son importantes (50%).

c) Las complicaciones, sobre todo la neumonía, las úlceras por decúbito y la infección urinaria.

d) Finalmente, otros factores pueden tener influencia, como la edad superior a 85 años, el mal estado físico previo (pacientes en casa o que apenas deambulaban, es decir, pacientes totalmente dependientes) y el tiempo de espera quirúrgico.

Las características socioeconómicas del paciente se relacionan con la estancia media. En un estudio realizado en el Área I de Madrid (15), se encontró que las estancias medias en pacientes con fracturas de cadera oscilaba entre los 9,5 y 43,7 días:

a) En pacientes adaptados socialmente, sin problemas económicos, no soltero, con hijos y cuya familia acepta cuidarlo, la estancia media era de 9,5 días (63% de la serie).

b) Cuando los pacientes proceden de otros centros o de residencias de ancianos, la estancia media se elevó a 16 días (19% de la serie).

c) Aquéllos con condicionantes socioeconómicos o familiares (viudos sin hijos, soltero, pobre, en ruina física, etc.) es difícil darles el alta hospitalaria tras la fractura; su estancia media es de 43,7 días (18% de la serie).

Actuando sobre los factores mencionados, deberíamos conseguir disminuir la mortalidad y alcanzar una recuperación del paciente que le permita realizar el máximo de actividades fundamentales sin ayuda (andar, vestirse, asearse, etc.), siempre teniendo en cuenta el estado funcional previo a la fractura. Consideramos que estos dos objetivos pueden conseguirse si se utilizan mejor los recursos existentes, por lo que no necesariamente una mejoría en los resultados aumenta el coste global del tratamiento.

### NIVELES ASISTENCIALES Y PROFESIONALES QUE PARTICIPAN EN LOS GRUPOS INTERDISCIPLINARIOS

Las características socioeconómicas y médicas de los pacientes fracturados de cadera impiden alcanzar los objetivos mencionados, si no se realiza una atención integral e integrada al paciente. Las tasas de mortalidad e incapacidad actuales pueden mejorarse muy poco con la actual estructura de la organización hospitalaria de algunos centros (19). La complejidad de estos pacientes y la multiplicidad de los factores que influyen en su recuperación, justifican la creación de grupos interdisciplinarios funcionales en los centros asistenciales (20), para que los pacientes consigan una mejor calidad y mayor esperanza de vida tras la fractura, disminuyendo las complicaciones médicas y las estancias hospitalarias (tabla 1) (21).

**Tabla 1**

	Grupo programa	Grupo control
Estancia media	24,7	29,7
Deambulaci3n con o sin bastones	83%	61%
Regreso al hábitat previo	86%	74%
Precisaron cuidados médicos menores durante los seis primeros meses	9,5%	18,6%

Estamos convencidos de que la magnitud del problema justifica la creaci3n de estos grupos, pero también lo estamos de las dificultades que existen para la realizaci3n de este proyecto. Intentaremos definir en qué niveles sanitarios es preciso actuar, qué profesionales y disciplinas sanitarias deben intervenir y cuál es el papel de los ciudadanos, al ser los que van a recibir, en último término, la acci3n de los servicios y de los profesionales sanitarios.

Las características de cada centro hospitalario, del Área Sanitaria de referencia en cuanto a la existencia de Centro Periférico de Atenci3n Especializada, Atenci3n Primaria o Médico de Cabecera, así como el nivel de desarrollo socio-cultural y económico de los ciudadanos, van a determinar, de una manera dinámica, las formas y los contenidos de los grupos interdisciplinarios.

Es necesario un escalonamiento asistencial que garantice unos cuidados reales y efectivos desde la fase aguda hasta la resoluci3n del proceso, sobre todo cuando se trata de pacientes incapacitados que van a precisar una ayuda especial. Es también trascendental que el paciente pueda volver lo más precozmente posible a su hábitat previo, evitando la dependencia del hospital, sin que por ello se dificulte su correcta recuperaci3n. Articular estas dos necesidades, cuidados especiales y reinserci3n precoz al hábitat previo, es el objetivo fundamental a conseguir.

El grupo interdisciplinario estará formado por: cirujano ortopédico, anestesista, médico internista o geriatra, rehabilitador, enfermeras, asistentes y trabajadores sociales. Deben colaborar estrechamente con los Equipos Básicos de Atenci3n Primaria o, en su defecto, los Médicos Generalistas de su Zona. La creaci3n de Equipos de Atenci3n Domiciliaria, integrados por un fisioterapeuta, una enfermera y un asistente social debe valorarse cuidadosamente, pues en algunas zonas pueden resultar muy caros (16, 22), y de traer recursos para otras actividades. En nuestro caso pueden ser suplidos por los equipos de atenci3n primaria y de participaci3n ciudadana.

La funci3n de cada uno de los miembros de grupo sería la correspondiente a su especialidad:

a) El cirujano ortopédico se ocuparía de la intervenci3n quirúrgica, seguimiento hospitalario de la fractura tratada y revisiones tras el alta hospitalaria.

b) Al anestesiista compete preparar al paciente para la intervención, pues conoce los problemas que se producen cuando se retrasa más de 48 horas (10, 11).

c) El médico de Medicina Interna o el geriatra, debe mantener al paciente en las mejores condiciones para su intervención, así como evitar las complicaciones que aparecen como consecuencia de las patologías previas, con frecuencia descompensadas tras la fractura, o agravadas durante la estancia hospitalaria; es el responsable de las recomendaciones para la atención extrahospitalaria.

d) Al rehabilitador, conseguir cuanto antes que el paciente recupere sus capacidades previas. En los casos complicados, diseñará protocolos específicos de tratamiento y revisará periódicamente la evolución del fracturado hasta conseguir la máxima capacitación posible.

e) Las enfermeras realizarán los cuidados necesarios para mantener en las mejores condiciones de recuperación al paciente.

f) Los asistentes y trabajadores sociales, tanto hospitalarios como de atención primaria, se ocuparán de facilitar o crear las condiciones necesarias para la integración del paciente al lugar de donde procede o del lugar donde debe estar por sus condiciones psicofísicas.

g) Al médico de familia compete: valorar las condiciones psicofísicas de estos pacientes, realizar el seguimiento extrahospitalario, aportar sus conocimientos sobre las condiciones socioeconómicas y sanitarias del hábitat, aplicar el tratamiento prescrito por el nivel hospitalario, detectar la aparición de complicaciones generales y consultar con el especialista correspondiente en los casos necesarios.

Cada grupo interdisciplinar elaborará un protocolo (16), que no es más que el consenso entre los profesionales sobre qué y cómo hacer, adaptado a su realidad concreta, considerando las ca-

racterísticas de los profesionales que participan en el equipo, del área sanitaria y del nivel socio-cultural de los pacientes que atienden. Estos protocolos no deben copiarse, han de ser originales o validarse; suelen fracasar los protocolos elaborados en otras áreas que no son validados.

## LA PARTICIPACIÓN DE LOS CIUDADANOS EN LOS GRUPOS INTERDISCIPLINARIOS

Ésta se fundamenta en la participación de las organizaciones sociales y de las asociaciones de autoayuda, que facilitarían el regreso del paciente a su entorno. El grupo interdisciplinario debe contactar con las asociaciones y organizaciones sociales de su área sanitaria, haciéndolos partícipes de los problemas existentes (inconvenientes del ingreso hospitalario injustificado, beneficio que el alta precoz y la reintegración al medio previo suponen para la recuperación del anciano, coste social y económico, problema de ocupación hospitalaria indebida).

Los resultados conseguidos por estos grupos interdisciplinarios (21) parecen prometedores y estamos convencidos de que en nuestro medio, con una estructura sanitaria definida, pueden ser de fácil creación y funcionamiento. El principal obstáculo existente es la falta de un conocimiento profundo del problema por parte de las autoridades sanitarias y del conformismo de los facultativos ante una situación que viven diariamente. Confiamos que el impulso de ambos o la influencia creciente de las personas mayores, posibiliten este nuevo enfoque, que mejorará el porvenir del anciano con fractura de cadera.

Las opiniones de los autores no tienen que coincidir necesariamente con las de las Instituciones en las que trabajan.

## Bibliografía

1. Marcos Alonso, JA. Aspectos sociológicos del proceso de envejecimiento. *Quadern CAPS* 1995;(22):40-6.
2. Mautalen C. Stemmelin G, Bagur A. Epidemiología de la osteoporosis. *Pan American Congress of Rheumatology*. Recife, Brasil, 1994. *Jano*, vol 1, n.º 1159, p. 1-4.
3. Baudoin C. Epidemiología e impacto socioeconómico de la osteoporosis en el anciano y de la fractura de cadera. En: Ringe JD, Meunier PJ. *Fracturas por osteoporosis en el Anciano. Prevención y tratamiento clínico*. Barcelona, J&C. 1997. p. 1-16.

4. Rico Lenza H, Parreno Rodríguez J. La actividad física en la Osteoporosis. Barcelona, Pharma Consult. 1991.
5. Bajó J, Fernández Aramburu MC, Orfila F, Dalfó A, Casajuana J, Vila MA, et al. Autopercepción de salud y evaluación integral del paciente anciano en un Centro de Atención Primaria. *Atención Primaria* 1996;17(4):273-9.
6. Finsen V, Benum P. Changing incidence of hip fractures in rural and urban Central Norway. *Clin Orthop* 1987;218:104-10.
7. Jarnlo GB, Thorngren KG. Background factors to hip fractures. *Clin Orthop* 1993;287:41-9.
8. López-Durán Stern L, Cabadas González MI, García Navarrete F, Pérez Pérez A, Zarzosa Sánchez R. Complicaciones en las fracturas intracapsulares del cuello. *Rev Ortop Traum* 1991;31 (Supl. 1):51-8.
9. Johnell O, Gullberg B, Allander E, Kanis JA. Medos Study Group. The apparent incidences of hip fracture in Europe: study of national register sources. *Osteoporosis Int* 1992;2:298-302.
10. Thorngren KG. Optimal treatment of hip fractures. *Acta Orthop. Scand.* 1991;62 (Suppl 241):31-4.
11. Dolk T. Operation in hip fracture patients-analysis of the time factor. *Injury* 1990;21:369-72.
12. Parreño Rodríguez J. Tratamiento y rehabilitación de las fracturas de cadera. En: *Osteoporosis y caídas en el anciano*. Barcelona, Fahoemo-Dipharma. 1994. p. 137-60.
13. Guillen Llera F, Fuente C. Aspectos socioasistenciales de la osteoporosis en el anciano. En: *Osteoporosis y caídas en el anciano*. Barcelona, Fahoemo-Dipharma. 1994. p. 161-77.
14. Fisher ES, Baron JA, Malenka DJ, Barret JA, Kniffin WD, Whaley FS, et al. Hip fracture incidence and mortality in New England. *Epidemiology* 1991;2(2):116-22.
15. Rodríguez Álvarez J, Riquelme G, Miño F, San Martín M, Zambrano A. Estudio epidemiológico y socioeconómico de las fracturas de cadera en el Área I de Madrid. *Rev Ortop Traum* 1995;39:256-9.
16. Olgivie-Harris DJ, Botsford DJ, Worden Hawker R. Elderly patients with hip fractures; Improved outcome with the use of case maps with high-quality medical and nursing protocols. *J Orthop Trauma.* 1993;7(5):428-37.
17. Pitto RP. The mortality and social prognosis of hip fractures. *Int Orthop (SICOT)* 1994; 18:109-13.
18. Rapado Errazti A, López Gavilanes E. La fractura de cadera. Impacto asistencial y socioeconómico. *Osteoporosis y caídas en el anciano*. Barcelona, Fahoemo-Dipharma. 1994. p. 73-91.
19. Farnworth MG, Kenny P, Shiell A. The costs and effects of early discharge in the management of fractured hip. *Age Ageing* 1994;23:190-4.
20. Rivera Latas J, Osende Robert C. El hospital del siglo XXI. *Harvard DEUSTO Business Review* 1977;(76):59-65.
21. Zuckerman J, Fabian DR, Ahaanoff G, Koval KJ, Frankel VH. Enhancing independence in the older hip fracture patient. *Geriatrics* 1993;48(5):76-81.
22. Ilife S, Gould M. Hospital at home: a troubles-hooter's guide. *Br J Healt Care Manag* 1995;1:699-701.