

Necesidad de valoración geriátrica integral en traumatología

Santana Suárez, R.Y.*; Navarro García, R.*; Navarro Navarro, R.*; Valencia Sola, L.**; Martín García, F.*

* Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología. Hospital Universitario Insular de Gran Canaria. Las Palmas de Gran Canaria

** Servicio de Anestesiología y Reanimación. Hospital Universitario Dr. Negrín

Introducción

La Valoración Geriátrica (VG) es un proceso diagnóstico multidimensional que se realiza en los ancianos para establecer y diseñar un tratamiento geriátrico integral.

En las últimas décadas ha aumentado la frecuentación de ancianos en los hospitales. El declive funcional al alta del hospital y después del alta en los ancianos es bastante frecuente.

El modelo tradicional de práctica clínica en nuestros hospitales no permite abordar todos los problemas de salud de los ancianos, siendo necesaria la implantación del modelo funcional.

Objetivo

La Valoración Geriátrica es el único instrumento que puede permitir mantener la independencia, prevenir el declive funcional y mejorar la calidad de vida relacionada con la salud de todos los ancianos.

Así pues, nos encontramos delante de un escenario hospitalario en el que los ancianos representan la mayoría de las altas, están más días ingresados y utilizan otros recursos sanitarios posteriores

La valoración geriátrica es el proceso que permite conseguir este objetivo en los ancianos y que favorece la continuidad de cuidados entre niveles asistenciales.

La valoración geriátrica es un proceso diagnóstico multidimensional, de todas las dimensiones importantes (clínica, funcional, mental y social), que se realiza en los ancianos para establecer y diseñar un tratamiento geriátrico integral que permita cuantificar la respuesta¹.

Esta valoración nos evalúa cuatro aspectos en el anciano: su situación clínica, su capacidad funcional, su estado mental y su situación sociofamiliar.

Los aspectos de la valoración que más relevancia tienen en los tratamientos rehabilitadores son la existencia de otras enfermedades, la presencia de síndromes geriátricos, la motivación, la estabilidad médica, la capacidad de aprendizaje y de participación activa, la hipotensión ortostática, alteraciones del patrón de marcha y de equilibrio, deterioro cognitivo, depresión, malnutrición, edad, déficit sensitivos, tiempo desde el inicio de la enfermedad, los tratamientos médicos asociados y el dolor.

Epidemiología del envejecimiento y las caídas en Canarias

En el año 2001 el Instituto de Estadística de Canarias cifró el Índice de Envejecimiento de la población canaria (población de 65 y más años/población total x100) en

11,80%, con una población por encima de 65 años de 210.201 individuos.

Para el año 2019 se estima que habrán 285.866 personas por encima de los 65 años. Se estima que al menos un 1% de la población >65 años está totalmente inmovilizada, un 6% padece severas limitaciones en las actividades de la vida diaria y hasta un 10% más presenta incapacidad moderada, disparándose las cifras por encima de los 80 años.

La incidencia anual de caídas entre personas ancianas que viven en la comunidad aumenta del 25 % entre los 65-70 años, al 35 % después de los 75. La mitad de las personas mayores que se caen lo hacen repetidas veces y son más frecuentes en hogares de ancianos y residencias. Las mujeres parecen sufrir más caídas que los hombres hasta los 75 años, a partir de la cual la frecuencia es similar en ambos sexos^{3,9}.

Consecuencias de las caídas en el anciano

Las consecuencias de las caídas en los ancianos las podemos agrupar en tres:

• Físicas:

La fractura es la consecuencia más seria de las caídas. La tasa de mortalidad entre los enfermos que han sufrido una fractura de cadera es del 10-20 % más alta que entre aquellas de igual sexo y edad que no la han sufrido. La mayor parte de estos fallecimientos ocurren en los 4 meses siguientes, además es causa de incapacidad física posterior, ya que la mitad de los que sobreviven

Correspondencia

Dr. Santana Suárez, R.Y.

C/Profesor Nicolás Espino, nº1. Telde. Las Palmas 35200

Tf. 639 242 919

e-mail: romenyone@hotmail.com

tras ella no recuperan nunca el nivel funcional anterior².

Otras consecuencias son daños de tejidos blandos, los traumas de tejidos nerviosos (poco frecuente, pero graves); así como la hipotermia, deshidratación, infecciones respiratorias y sobre todo, el tromboembolismo pulmonar y las úlceras de decúbito.

- **Psíquicas:**

Generan miedo a caer otra vez, o un estado continuo de ansiedad, pérdida de confianza en sí mismo, y restricción de las actividades de la vida diaria.

- **Sociales:**

Los familiares ante una caída, con frecuencia reaccionan con ansiedad y se convierten en sobreprotectores que limitan la relativa autonomía del anciano y consecuentemente repercute sobre la recuperación física del paciente

Valoración geriátrica previa a la fractura de cadera

En múltiples estudios donde se menciona la capacidad para deambular previamente a la fractura, la mayoría de los ancianos, entre el 70 y el 90%, presentan una marcha independiente, con ó sin bastón.

En lo referente al resto de las actividades básicas de la vida diaria las proporciones de pacientes independientes se encuentran entre el 60 y el 75% en los diversos estudios revisados.

En los estudios realizados en población que vive en su domicilio se encuentran mejores porcentajes; la prevalencia de independencia para actividades como vestirse o asearse, subir y bajar escaleras e incluso ser independiente en todas las actividades puede llegar al 85 y 90%.

En la literatura actual escasean los estudios que se refieren la capacidad previa de los ancianos para realizar las actividades instrumentales de la vida diaria.

La proporción de realizar estas determinadas actividades disminuye, siendo independientes para estas actividades entre el 40 y el 75% existiendo incluso estudios con cifras inferiores al 30% .

La tasa de recuperación de la capacidad para caminar de forma independiente con o sin bastón presentan una alta variabilidad en la literatura científica actual. Oscilan, según los diferentes estudios desde el 20% al 40% al alta hospitalaria, entre el 25 y el 55% durante los primeros meses tras la fractura, el 30 al 50% a los 12 meses, 72% a lo largo de los dos primeros años tras la fractura o 55% a los 3 años^{8,10}.

La situación mental de los ancianos que sufren la fractura parece influir en las tasas de recuperación. Entre los pacientes con buena función cognitiva, tan sólo el 22% muestran una disminución significativa en las actividades básicas a los 3 meses, cifra que se eleva al 60% en aquéllos con alteración cognitiva^{6,7,8}.

Las actividades básicas de autocuidado y las actividades instrumentales se recuperan en menor proporción que la capacidad para caminar a lo largo del primer año tras la fractura de cadera.

Persiste una limitación en las actividades de la vida diaria incluso a los 9-10 años en más de un tercio de los supervivientes. Sin embargo, por el contrario, existen estudios que, al comparar con la capacidad de los pacientes para caminar antes de la fractura, encuentran mayores tasas de recuperación del nivel de independencia previo para las actividades básicas e instrumentales que para la recuperación de la habilidad para caminar.

Entre las habilidades para realizar las actividades básicas que más se afectan tras la fractura figuran la capacidad de independencia en el baño (40%) y en el vestido (25%) en los ancianos con buena función cognitiva, y las transferencias (54%), el vestido (46%) y la capacidad de caminar (45%) entre aquéllos con alteración cognitiva^{4,5,6} .

La mayoría de las actividades básicas de autocuidado y las actividades instrumentales se recuperan más lentamente que la capacidad para caminar a lo largo del primer año tras la fractura de cadera.

Otros ponen de manifiesto, que una vez recuperada la capacidad

para deambular, la capacidad para realizar actividades básicas de alimentación, vestido y aseo, se mantiene apenas sin modificación a los ocho meses tras la fractura de cadera con respecto a la situación previa.

En ancianos previamente independientes para la deambulación y las actividades básicas de la vida diaria se encuentra que la proporción de pacientes que se recuperan completamente se incrementa progresivamente durante los primeros dieciocho meses tras la fractura. A partir de los dos primeros años la proporción persiste sin apenas cambio a lo largo de los nueve años y medio del estudio.

Las actividades básicas relacionadas con los miembros superiores alcanzan su mayor recuperación en el cuarto mes tras la fractura, seguidos de la marcha y el equilibrio a los 9 meses.

Por último, las actividades instrumentales de la vida diaria y las actividades básicas relacionadas con los miembros inferiores a los 11 meses.

Conclusión

El principal objetivo de este artículo es proporcionar elementos para la reflexión en la atención hospitalaria de los ancianos y demostrar que proporcionar una atención de calidad a los ancianos pasa de forma inevitable por su adecuada valoración geriátrica.

Las caídas son por su incidencia y gravedad un problema de salud pública muy importante, no sólo por las repercusiones sobre la calidad de vida de nuestros mayores, sino por las consecuencias de las mismas. Provocan un aumento de la dependencia que es una causa fundamental de institucionalización.

Una correcta valoración geriátrica abarcando los aspectos anteriormente mencionados tras la caída, con la identificación de factores de riesgo y la puesta en marcha de medidas preventivas, puede reducir la discapacidad y los costes secundarios.

Debemos recordar que un número elevado de caídas es evitable

si controlamos la medicación, enfermedades y déficits de nuestros de prevención en la vivienda e ins- mantenemos un control sobre las ancianos y vigilamos las medidas tituciones.

BIBLIOGRAFÍA

1. Fried LP, Walston J. Frailty and Failure to Thrive. En: Principles of Geriatric Medicine and Gerontology. Hazzard WR, Blass JP, Ettinger WH, Halter JB, Ouslander JG. Eds Mc Graw-Hill ed 1999;1387- 402.
2. Gutiérrez J, Domínguez V, Solano JJ. Deterioro funcional secundario a la hospitalización por enfermedad aguda en los ancianos. Un análisis de su incidencia y factores de riesgo asociados. Rev Clin Esp 1999;199(7):418-
3. Serra JA, Garrido G, Vidán M, Marañón E, Brañas F, Ortiz J. Epidemiología de la fractura de cadera en ancianos en España. An Med Interna (Madrid) 2002; 19: 389-395.
4. Norton R, Butler M, Robinson E, Lee-Joe T, Campbell AJ. Declines in physical functioning attributable to hip fracture among older people: a follow-up study of case-control participants. Disabil Rehabil 2000; 22: 345-351.
5. Wolinsky FD, Fitzgerald JD, Stump TE. The effect of hip fracture on mortality, hospitalization, and functional status: a prospective study. Am J Public Health 1997; 87: 398-403.
6. Zuckerman JD, Koval KJ, Aharonoff GB, Skovron ML. A functional recovery score for elderly hip fracture patients: II. Validity and reliability. J Orthop Trauma 2000; 14: 26-30
7. Svensson O, Strömberg L, Öhlén G, Lindgren U. Prediction of the outcome after hip fracture in elderly patients. J Bone Joint Surg [Br] 1996; 78B: 115-118.
8. Fox KM, Hawkes WC, Hebel JR, Felsenthal G, Clark M, Zimmerman SI, et al. Mobility after hip fracture predicts health outcomes. J Am Geriatr Soc 1998; 46: 169-173.
9. Montecinos H. Caídas en el adulto mayor. Grandes Síndromes Geriátricos. En: Manual de Geriatria. Universidad Pontificia Católica de Chile. Disponible en: www.medicinainformacion.com.
10. Keene GS, Parker MJ, Pryor GA. Mortality and morbidity after hip fracture. BMJ 1993;307:1248-1250.