



CARTAS AL EDITOR

Déficit de vitamina D en una cohorte de pacientes mayores de 69 años con fractura de fémur atendidos en la Unidad Geriátrica de Agudos del Hospital de Igualada



Vitamin D deficiency in a cohort of patients over 69 years with femoral fracture admitted to an Acute Geriatric Unit of Hospital Igualada

Sr. Editor:

Nos complace gratamente la lectura del artículo original publicado en la REVISTA ESPAÑOLA DE GERIATRÍA Y GERONTOLOGÍA por Carmen Mateo-Pascual et al.¹, dado que compartimos la opinión respecto a que el déficit de vitamina D es un problema de salud pública que se ha convertido en una epidemia en la Europa del siglo XXI, afectando principalmente a los grupos de pacientes de edad avanzada y representando un factor de riesgo para el desarrollo de múltiples enfermedades relacionadas con su función²⁻⁴.

La mayoría de las enfermedades relacionadas con la hipovitaminosis D repercuten en el sistema osteomuscular en forma de osteoporosis, osteomalacia, alteraciones funcionales y riesgo de caídas con lesiones asociadas, tales como fracturas, por lo que nos reiteramos en el interés y la importancia que tiene el estudio realizado por dichos autores¹.

Aprovechando los datos publicados que nos aporta el estudio de Carmen Mateo-Pascual et al.¹, nosotros quisiéramos corroborar parte de dichos resultados y aportar distintos aspectos que hemos analizado en el estudio realizado, por nuestro grupo, en el Hospital de Igualada, considerando una muestra de pacientes con fractura de fémur de fémur proximal, siendo precisamente a los que más se asocia el déficit de vitamina D⁵.

En nuestro estudio hemos incluido una cohorte formada por los pacientes atendidos por fractura de fémur proximal por fragilidad, entre junio de 2010 y mayo de 2013, en que implementamos un modelo multiprofesional (Traumatología, Anestesiología y

Geriátría) de ortogeriatría, en que la gestión del proceso de hospitalización aguda recae en el equipo interdisciplinar de geriatría de la Unidad Geriátrica de Agudos (UGA), desde el ingreso por el servicio de urgencias, hasta que es dado de alta.

De un total de 306 pacientes, 60 (19,61%) varones y 246 (80,39%) mujeres, 69 pacientes (22,55%) procedían de residencia y 237 pacientes (77,45%) de domicilio. En referencia a los niveles de calcidiol que presentaron los pacientes, en relación a su edad y funcionalidad previa (índice de Barthel previo, índice de Lawton previo y FAC basal), obtuvimos los datos que se muestran en la [tabla 1](#).

Al analizar los resultados en referencia a la suplementación previa de vitamina D, de 295 de los pacientes de los que obtuvimos respuesta, se observó que 256 pacientes (86,8%) no seguían dicha suplementación y solo 39 pacientes (13,2%) sí. De los 256 pacientes que no tomaban suplemento de vitamina D, 178 pacientes (69,53%) presentaban deficiencia grave de calcidiol, 61 pacientes (23,83%) deficiencia moderada de dicha vitamina, 13 pacientes (5,08%) deficiencia leve de calcidiol y en 4 pacientes (1,56%) los niveles eran correctos, mientras que de los 39 pacientes que sí tomaban suplementos de calcidiol, 10 pacientes (25,64%) presentaron deficiencia grave de calcidiol, 14 pacientes (35,90%) deficiencia moderada, 8 pacientes (20,51%) deficiencia leve de calcidiol y 7 pacientes (17,95%) tenían los niveles correctos.

Por tanto, nuestro estudio muestra que en pacientes con fractura de fémur proximal, el porcentaje de pacientes con déficit grave de vitamina D es mucho mayor que en la cohorte incluida en el estudio de Carmen Mateo-Pascual et al.¹, dado que se trata de un grupo de pacientes que ya han presentado enfermedad en relación con hipovitaminosis D. En nuestro estudio también muestra que hay un porcentaje importante de pacientes con deficiencia de dicha vitamina, mayor que en el de Carmen Mateo-Pascual et al., pero no se relaciona con el lugar de procedencia (domicilio o residencia), seguramente debido al sesgo de que estamos hablando de pacientes con fractura por fragilidad de fémur proximal. Únicamente un pequeño porcentaje de pacientes con fractura de fémur proximal presentaba valores normales de calcidiol correspondiendo a aquellos pacientes

Tabla 1
Situación funcional de los pacientes en función del nivel de calcidiol

Niveles de calcidiol		Edad	Índice de Barthel previo	Índice de Lawton previo	FAC: 0-5
< 10	N.º	193 (63,07%)			
	Media	85,34	72,44	2,66	4,11
	Desviación estándar	6,529	29,996	3,222	1,417
10-20	N.º	80 (26,14%)			
	Media	84,76	74,38	3,16	4,26
	Desviación estándar	5,967	28,996	3,451	1,385
20,01-30	N.º	22 (7,19%)			
	Media	85,36	78,64	3,59	4,55
	Desviación estándar	6,411	25,316	3,621	0,912
> 30	N.º	11 (3,59%)			
	Media	79,73	79,55	2,64	4,45
	Desviación estándar	5,255	24,027	3,202	0,688

más jóvenes y que están recibiendo suplementación con vitamina D, siendo esta relación estadísticamente significativa.

Estos datos nos orientan, de forma no concluyente, a que la toma previa de vitamina D podría disminuir el riesgo de presentar fractura de fémur proximal dado que disminuye el número de pacientes que presentan niveles de calcidiol bajos (deficiencia grave o moderada).

Estudios como el de Carmen Mateo-Pascual et al. y el nuestro mismo ponen de manifiesto de que, aún haciendo énfasis del déficit de vitamina D en la población mayor, nos queda mucho camino por recorrer y no solo en la población institucionalizada.

Agradecimientos

Al personal Sanitario de la Unidad Geriátrica de Agudos del Hospital de Igualada, así como a la dirección del centro y la administración, por su imprescindible colaboración.

Bibliografía

1. Mateo-Pascual C, Julián-Viñals R, Alarcón-Alarcón T, Castell-Alcalá MV, Iturzaeta-Sánchez JM, Otero-Piñero A. Déficit de vitamina D en una cohorte de mayores de 65 años: prevalencia y asociación con factores sociodemográficos y de salud. *Rev Esp de Geriatr Gerontol.* 2014;49:211-6.

2. Maraño E, Omonte J, Álvarez ML, Serra JA. Vitamina D y fracturas en el anciano. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2011;46:151-162.
3. Vaquero M, Baré ML, Anton E, Andreu E, Moya A, Sampere R, grupo de estudio AVIS. Hipovitaminosis D asociada a exposición solar insuficiente en la población mayor de 64 años. *Med Clin (Barc).* 2007;129:287-91.
4. Formiga F, Ferrer A, Almeda J, San José A, Gil A, Pujol R. Utility of geriatric assessment tools to identify 85-years old subjects with vitamin D deficiency. *J Nutr Health Aging.* 2011;15:110-4.
5. Martin E, Haney E, Shannon J, Cauley J, Ensrud K, Keaveny T, et al. Femoral volumetric bone density, geometry and strength in relation to 25-hydroxy vitamin D in older men. *J Bone Miner Res.* 2015;30:475-82.

Jaume Castellà Aumedes^{a,*}, Enric Duaso Magaña^a, José David Sulbaran Sierra^b y Alba Romero Carles^b

^a Servicio de Geriátrica y Gerontología, Hospital de Igualada, Consorci Sanitari Anoia, Igualada, Barcelona, España

^b Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología, Hospital de Igualada, Consorci Sanitari Anoia, Igualada, Barcelona, España

* Autor para correspondencia.

Correos electrónicos: jcastella@csa.cat, jcastella@hotmail.com (J. Castellà Aumedes).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.regg.2015.02.006>

Geriatría: atención a la fragilidad, cronicidad y dependencia en el medio comunitario



Geriatrics: Frailty care, chronic disease and dependence for activities of daily living in the community

Sr. Editor:

Desde la Unidad de Valoración Geriátrica del Hospital Dr. José Molina Orosa de Lanzarote queremos apoyar los argumentos esgrimidos por Francisco Javier Castellote e Inés Gil Briceño¹.

Esta Unidad de Valoración Geriátrica está compuesta por un geriatra, un trabajador social y el apoyo de la enfermería de enlace. Viene desarrollando, desde hace un año y medio un programa de atención al anciano con fragilidad avanzada en el medio comunitario ante el alto consumo de recursos sanitarios que este tipo de paciente realiza, como así se objetiva en otros estudios². Para iniciar la captación de este grupo de pacientes, se llevó a cabo un programa de formación a los Equipos de Atención Primaria. Se realizó una selección de temas geriátricos a impartir, con el fin de dar a conocer aspectos del anciano frágil, herramientas de la valoración geriátrica, características del anciano en situación de terminalidad y aspectos éticos en el envejecimiento.

Tras este periodo de formación se estableció el perfil del paciente con fragilidad avanzada con el fin de dar continuidad a la atención en su domicilio: alta dependencia para las actividades básicas de la vida diaria que impide salir del domicilio, comorbilidad crónica avanzada (síndromes geriátricos) uso reiterado de recursos sanitarios, dificultad en el abordaje del paciente por su médico de cabecera y aumento del estrés emocional del cuidador.

Una vez definido el perfil del paciente, su médico de cabecera solicita la interconsulta a la Unidad de Valoración Geriátrica. El geriatra, junto con el Equipo de Atención Primaria (bien la trabajadora social, enfermería de enlace o médico de cabecera) acude al domicilio del paciente en las 24-48h siguientes a la interconsulta. Se realiza una valoración geriátrica integral, y se elabora un plan funcional de cuidados que hace llegar al Equipo de Atención Primaria y lo vuelca en el sistema informático sanitario

del área de salud para que, de este modo, haya una continuidad en la atención. Tras dicha actuación, la Unidad de Valoración Geriátrica actúa como apoyo al Equipo de Atención Primaria y realiza seguimiento, a través de teléfono, e-mail, nueva interconsulta, etc., de aquellos casos con grave complejidad y que está condicionada por la coexistencia de síndromes geriátricos. Se consigue de este forma una intervención dinámica todo el tiempo que el anciano la necesite.

Durante el tiempo de desarrollo del programa se han detectado los síndromes geriátricos asociados y la intervención a realizar. Se ha dado atención e información al cuidador, con el objetivo de entender, comprender y naturalizar los problemas de salud en el proceso del envejecimiento. Se ha abordado la polifarmacia mediante conciliación de la medicación y la retirada de fármacos fútiles. Hemos realizado programas de prevención de los trastornos de la alimentación, úlceras por presión, atención al dolor, cuadros conductuales y psicológicos en la demencia, etc. También destacamos el abordaje bioético mediante el inicio del procedimiento de toma de decisiones complejas al final de la vida, si no existiera documento de voluntades previas. Y se ha establecido en qué momento el equipo de cuidados paliativos inicia el tratamiento de soporte en el domicilio.

Se logra de esta forma que el paciente tenga todos los recursos sanitarios necesarios para mejorar la calidad de vida en todas las etapas de su deterioro, y que las familias tengan la información y preparación adecuada para poder llevar los últimos momentos del paciente en el domicilio^{3,4}.

No cabe duda que la captación del paciente, no solo corresponde a los Equipos de Atención Primaria. Es preciso implicar a todos aquellos espacios de atención que asistan a los ancianos frágiles: atención especializada, urgencias, residencia de ancianos, trabajo social o cualquier otro profesional o voluntariado que pueda conocer al paciente⁵.

Después de analizar este tiempo asistencial en el entorno del paciente con fragilidad avanzada, observamos, que tiene su máxima cobertura y eficacia de atención en el domicilio, si se lleva a cabo de forma inmediata (entre las 24-48h tras la detección del caso), y si el paciente y la familia tienen una atención de 7 días por 24h