



## EDITORIAL

## Utilidad de las vías clínicas en el tratamiento del anciano con fractura de cadera



### Usefulness of clinical pathways in the treatment of hip fracture in the elderly

Teresa Pareja Sierra

Sección de Geriátría, Hospital Universitario, Gerencia de Atención Integrada de Guadalajara, Guadalajara, España

Desde sus inicios en los años 50, la evolución de la ortogeriatría ha sido constante, tanto en el desarrollo de modelos de atención cada vez más eficaces, como en investigación continua sobre las pautas de actuación médica más adecuadas y específicas para el anciano en situación quirúrgica.

Las numerosas publicaciones referentes a los resultados de la intervención de los geriatras en el tratamiento del anciano ingresado para cirugía por fractura de cadera han sido recientemente evaluadas por varios metaanálisis<sup>1,2</sup> que ponen de manifiesto su eficacia, especialmente en términos de mortalidad y estancia hospitalaria. Sin embargo, estos trabajos reseñan también que la heterogeneidad de los artículos al respecto, en cuanto a tipo de estudio, población evaluada y parámetros analizados es tan alta que la comparación y extrapolación de conclusiones globales es sumamente compleja. Por otro lado, la repercusión económica de esta intervención supone un ahorro de estancias que supera con creces el coste de la contratación de especialistas en geriatría para atender a las plantas quirúrgicas<sup>3,4</sup>. De hecho, son cada vez más numerosos los centros hospitalarios que disponen de este equipo interconsultor e incluso de unidades interdisciplinares de tratamiento. Sus resultados tanto clínicos como asistenciales los han convertido en imprescindibles.

En cualquier caso, tras una evolución, tanto en volumen pacientes atendidos como en eficacia, tan importante en las últimas décadas, a día de hoy se plantean nuevos retos. En primer lugar, dotar a la ortogeriatría como subespecialidad de nuevos estudios prospectivos, aleatorizados y controlados que sigan demostrando beneficios, asegurando su reproductibilidad. Para ello es fundamental estandarizar y universalizar los parámetros a analizar y conocer cuáles son los más adecuados en cada momento<sup>5</sup>. Por otro lado es fundamental profundizar en los aspectos clínicos específicos del tratamiento del anciano con fractura de cadera en situación periquirúrgica e ir incrementando la evidencia científica disponible, para establecer las mejores pautas de actuación médica en estos enfermos. Sobre el tema de valoración médica perioperatoria en el anciano, del cual hace años solo hablaban algunos tratados de

geriatría y, brevemente, de cardiología y anestesia, hay actualmente cada vez más publicaciones específicas de los muchos especialistas implicados, dada la frecuencia creciente con la que los ancianos son sometidos a intervenciones que antes no eran planteables por su edad. Las particularidades de esta disciplina y su progresiva difusión justifican la investigación diferenciada para dotar de la máxima evidencia sus pautas de funcionamiento mediante estudios específicos de calidad sobre aspectos clínicos aún muy mejorables y tan relevantes como el *delirium*, complicaciones infecciosas, deterioro funcional o mortalidad a corto y largo plazo, etc.

Como se refleja en la bibliografía, el abordaje multidisciplinar simultáneo médico-quirúrgico es la fórmula de colaboración ortogeriatría que parece más eficiente. Dado que este es el modelo asistencial a promover, es fundamental la coordinación entre los especialistas implicados y el establecimiento de pautas de actuación uniformes para cada uno de ellos. La fractura de cadera por ser un proceso muy prevalente, de gran impacto en la salud de los afectados, que implica gran consumo de recursos y que se beneficia de la colaboración multidisciplinar, es un objetivo claro para el establecimiento de vías clínicas. Estas proporcionan el múltiple objetivo de establecer las funciones de cada profesional y el momento en el que deben llevarse a cabo, disminuir la variabilidad asistencial, estimar la dotación de recursos, permitir el análisis exhaustivo de resultados y detectar las áreas de mejora. Es este un proceso en el que los tiempos son fundamentales, ya que las consecuencias del retraso quirúrgico, de la descoordinación entre profesionales o el entretimiento en la realización de pruebas complementarias pueden ser graves. El objetivo será el mismo de siempre: disminuir la mortalidad a corto y medio plazo, y optimizar la recuperación funcional.

El artículo de Sáez et al. publicado en este número de la revista pone de manifiesto los beneficios de la protocolización del tratamiento interdisciplinar del anciano con fractura de cadera, demostrando su enorme repercusión en mortalidad y estancia hospitalaria en concordancia con otros estudios recientes<sup>6-8</sup>. Los protocolos de intervención diseñados tras una exhaustiva revisión bibliográfica<sup>9</sup> abordan los problemas más prevalentes en la cirugía por fractura de cadera y la investigación previamente desarrollada para su puesta en marcha debe ser el objetivo común de los

Correo electrónico: [tpareja@sescam.jccm.es](mailto:tpareja@sescam.jccm.es)

profesionales dedicados a la ortogeriatría en la actualidad<sup>10,11</sup>. En congruencia con publicaciones anteriores<sup>12</sup> los resultados expuestos en este trabajo corroboran la teoría de que el abordaje multidisciplinar coordinado es capaz de contrarrestar parcialmente el exceso de mortalidad y estancia hospitalaria de estos pacientes derivadas de su mayor comorbilidad. Si bien los objetivos de la protocolización del trabajo son sobre todo clínicos, se derivan de su implantación otros beneficios como disminución de costes y satisfacción del equipo terapéutico. De hecho, es creciente el interés de los directivos sanitarios por esta aportación del clínico a la gestión eficiente de la atención al anciano con fractura de cadera. Por todo lo anterior, las instituciones deberían responder con la dotación de recursos humanos y materiales que permita el adecuado funcionamiento de estas unidades.

La gran variabilidad clínica de este proceso hace complejo el diseño de una vía clínica y dificulta su implementación. Los múltiples profesionales implicados deben ser capaces de organizar y dar a conocer sus protocolos de trabajo individuales, para integrarlos con los del resto de los miembros del equipo, siendo este proceso en sí mismo ya enriquecedor para todos. Las características de las vías clínicas publicadas al respecto hasta ahora son muy variadas en función de las características del área sanitaria en que se desarrollan<sup>13-17</sup>. El artículo de Sáez et al. demuestra que la puesta en marcha de protocolos sencillos de cumplimiento asequible proporciona resultados evidentes, por lo que, al menos inicialmente, no parecen ser imprescindibles vías clínicas muy complejas en un proceso ya altamente complicado de uniformizar como este. La colaboración de los Servicios de Admisión y Documentación Clínica es muy interesante para dar a los protocolos integrados estructura formal de guía clínica, incluyendo el diseño de indicadores que contribuyan a la evaluación objetiva de sus características y resultados de funcionamiento. Cada vez más centros optan por el establecimiento de al menos una breve guía clínica (el concepto vía clínica implica una necesidad de infraestructura presente y futura para la cual la mayoría de los centros aún no están preparados) que establezca las pautas de funcionamiento de las unidades de trabajo médico quirúrgico simultáneo, dejando abierta la posibilidad de desarrollo pormenorizado de protocolos de trabajo individuales de cada parte del equipo multidisciplinar. Dado que estas guías de actuación son beneficiosas para el paciente, los profesionales implicados y la administración parece razonable la recomendación de su elaboración de forma individualizada en cada área sanitaria y ámbito poblacional.

## Bibliografía

1. Grigoryan KV, Javedan H, Rudolph JL. Ortho-geriatric care models and outcomes in hip fracture patients: A systematic review and meta-analysis. *J Orthop Trauma*. 2014;28:49-55.
2. Kammerlander C, Roth M, Friedman S, Suhm N, Luger U, Kammerlander-Knauer D, et al. Ortho-geriatric service, a literature review comparing different models. *Osteoporos Int*. 2010;21:637-46.
3. González Montalvo JI, Gotor Pérez P, Martín Vega A, Alarcón Alarcón MT, Mauleón 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 Ger Gerontol*. 2011;46:193-9.
4. González-Montalvo JI, Alarcón T, Mauleón JL, Gil-Garay E, Gotor P, Martín-Vega A. The orthogeriatric unit for acute patients: A new model of care that improves efficiency in the management of patients with hip fracture. *Hip Int*. 2010;20:229-35.
5. Liem IS, Kammerlander C, Suhm N, Kates SL, Blauth M. Literature review of outcome parameters used in studies of Geriatric Fracture Centers. *Arch Orthop Trauma Surg*. 2014;134:181-7.
6. Sáez López P, Sánchez Hernández N, Paniagua Tejo S, Valverde García JA, Montero Díaz M, Alonso García N, et al. Utilidad de una vía clínica en el manejo del anciano con fractura de cadera. *Rev Esp Ger Gerontol*. 2015;50:161-7.
7. Ventura C, Trombetti S, Pioli G, Belotti LM, de Palma R. Impact of multidisciplinary hip fracture program on timing of surgery in elderly patients. *Osteoporosis Int*. 2014;25:2591-7.
8. Suhm N, Kaelin R, Studer P, Wang Q, Kressig RW, Rikli D, et al. Orthogeriatric care pathway: A prospective survey of impact on length of stay, mortality and institutionalization. *Arch Orthop Trauma Surg*. 2014;134:1261-9.
9. Sáez López P, Faour Martin O, Valverde García JA, Sánchez Hernández N. Estrategias de tratamiento en la fractura de cadera en el anciano. Madrid: CPG S.L.; 2013, ISBN 978-84-695-8948-9.
10. Pareja Sierra T, Rodríguez Solís J. Protocolo de tratamiento perioperatorio del anciano ingresado por fractura de cadera. *Med Clin*. 2014;143:455-60.
11. Friedman S, Mendelson D. Fragilit fractures clinics in geriatric medicine. 2014;30:175-394.
12. Menzies IB, Kates SL, Mendelson DA, Friedman SM. The impact of comorbidity on peri-operative outcomes of hip fractures in a geriatric fracture model. *Geriatr Orthop Surg Rehabil*. 2012;3:129-34.
13. Palmer JS, Huber CP. Operative management of hip fractures: a review of the NICE guidelines. *Br J Hosp Med*. 2012;73:141-4.
14. Avellana JA, Ferrández L. Guía de buena práctica clínica en Geriatría. Anciano afecto de fractura de cadera. Sociedad Española de Geriatría y Gerontología, Sociedad Española de Cirugía Ortopédica y Traumatológica. Elsevier Doyma; 2007.
15. Mesa M. Tratamiento multidisciplinar de la fractura de cadera. Grupo de Estudio e Investigación de la Osteoporosis de la Sociedad Española de Cirugía Ortopédica y Traumatología. Madrid: Multimédica Proyectos; 2009.
16. Mesa M. Vías clínicas fractura de cadera. Grupo de Estudio e Investigación de la Osteoporosis de la Sociedad Española de Cirugía Ortopédica y Traumatología. Madrid: Multimédica Proyectos; 2011.
17. Lau TW, Fang C, Leung F. The effectiveness of a geriatric hip fracture clinical pathway in reducing hospital and rehabilitation length of stay and improving short term mortality rates. *Geriatr Orthop Surg Rehabil*. 2013;4:3-9.