

y toraco-abdomino-pélvico que no mostraron alteraciones. Permaneció estable, la deglución mejoró con corrección postural y experimentó mejoría del estado anímico, por lo que se decidió el alta hospitalaria añadiendo suplementos proteicos y se citó en consultas externas para valorar la evolución.

A los 30 días, el paciente sufrió una parada cardiorrespiratoria en la calle e ingresó en la unidad de cuidados intensivos (UCI). Se realizó un electromiograma que mostró un patrón neurógeno severo, con signos de cronicidad, y afectación de motoneurona inferior específico de esclerosis lateral amiotrófica (ELA). Tras 70 días de hospitalización presenta una evolución tórpida y es trasladado a una unidad de cuidados paliativos, donde fallece.

Discusión

La ELA es una enfermedad neurológica degenerativa que afecta a la vía piramidal a nivel de primera y segunda motoneurona. Se distinguen 2 formas, esporádica y familiar. La forma esporádica es más frecuente, el 90% de los casos, afecta principalmente a varones con una relación 1,78:1, la edad media del diagnóstico es de 65 años, y la media de supervivencia es 2-5 años¹.

La etiopatogenia de la forma esporádica es desconocida, aunque se han postulado diferentes factores: enfermedades virales, exposición a metales pesados, factores ambientales, actividad física extenuante, etc. Existen 2 formas de inicio de la enfermedad, espinal y bulbar. El inicio espinal o medular es el más frecuente (80% de los casos), con debilidad muscular focal y distal de una extremidad, atrofia y espasticidad, que se generalizan a todo el cuerpo. El inicio bulbar o parálisis bulbar progresiva es menos frecuente (20% de los casos) y se caracteriza por disartria, disfonía y disfagia, acompañado de atrofia y fasciculaciones linguales, y labilidad emocional.

En la literatura se refiere que los mayores de 70 años representan el 31-43% de los casos y los mayores de 80 años el 7-11%²⁻⁴. En la octava década de la vida se encuentra la mayor prevalencia, con 17 casos por 100.000 habitantes³. Algunas peculiaridades de la enfermedad en los ancianos son que a partir de los 75 años es más frecuente en mujeres y cobra más importancia el inicio bulbar, siendo en algunos estudios la forma más frecuente de aparición a partir de los 80 años⁴ y presenta un peor pronóstico, con 5 meses menos de supervivencia²⁻⁵. Es conocida la relación que existe entre esta enfermedad y la demencia, principalmente frontotemporal⁶, esta relación es aún más fuerte cuando el inicio es bulbar,

presentando el 48% de los pacientes un déficit cognitivo leve y un 3,5% demencia frontal¹.

La afectación neuropsicológica puede no correlacionarse con la clínica neurológica y, en ocasiones, pueden aparecer desde fases iniciales¹. Según diversos autores, la ELA en los ancianos está infradiagnosticada⁷ por múltiples factores de confusión: la forma bulbar dificulta y demora el diagnóstico, algunos pacientes pueden fallecer antes de ser diagnosticados, el deterioro cognitivo en fases tempranas de la enfermedad enlentece el diagnóstico, y la disfagia o disfonía son síntomas frecuentes en la edad avanzada, y pueden atribuirse a otras causas.

Ante la alta prevalencia de esta enfermedad en la población anciana, y su presentación atípica, consideramos de interés tenerla en cuenta en el diagnóstico diferencial de los pacientes que presentan disfagia y disfonía, como en el caso que presentamos.

Bibliografía

1. Guía para la atención de la esclerosis lateral amiotrófica (ELA) en España. Ministerio de Sanidad y Política Social. Madrid; 2009.
2. Logroscino G, Traynor B, Hardiman O. Incidence of amyotrophic lateral sclerosis in Europe. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2010;81:385-90.
3. Mehta P, Antao V, Kaye W, Sanchez M, Williamson D, Bryan L, et al. Prevalence of amyotrophic lateral sclerosis-United States, 2010-2011. *Am J Public Health*. 2015;105:e7-9.
4. Forbes RB, Colville S, Swingler RJ, Scottish ALS/MND Register. The epidemiology of amyotrophic lateral sclerosis (ALS/MND) in people aged 80 or over. *Age Ageing*. 2004;33:131-4.
5. Rodríguez de Rivera FJ, Oreja Guevara C, Sanz Gallego I. Evolución de pacientes con esclerosis lateral amiotrófica atendidos en una unidad multidisciplinar. *Neurología*. 2011;26:455-60.
6. Lomen-Hoerth C, Anderson T, Miller B. The overlap of amyotrophic lateral sclerosis and frontotemporal dementia. *Neurology*. 2002;59:1077-9.
7. Espauella Ferrer M, Aragonès Pascual JM, Amblàs Novellas J, Molist Brunet N. Esclerosis lateral amiotrófica y disfagia en el anciano. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2015;50:101.

Raquel Ramírez Martín*, Macarena Díaz de Bustamante Ussia, Rocío Menéndez Colino y Juan Ignacio González Montalvo

Servicio de Geriatría, Hospital Universitario La Paz, Madrid, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: raquel.ramirezmartin@gmail.com

(R. Ramírez Martín).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.regg.2015.12.005>

Vía clínica de fractura de cadera de la Unidad de Ortopediatria del Hospital Universitario Infanta Sofía



Clinical pathway for hip fracture in the Orthogeriatric Unit of the Hospital Infanta Sofia

Sr. Editor:

Hemos leído con atención el artículo original publicado por Pilar Sáez López et al., sobre la utilidad de una vía clínica en el manejo del anciano con fractura de cadera, recientemente publicado en la REVISTA ESPAÑOLA DE GERIATRÍA Y GERONTOLOGÍA¹, puesto que compartimos su visión acerca de los beneficios que aporta a la asistencia de los pacientes con fractura de cadera (FC).

Las vías clínicas, tienen como objetivo establecer las funciones de cada profesional y el momento en que deben realizarse. Es habitual su uso en unidades de ortogeriatría, y permite disminuir la variabilidad en la práctica clínica, mejorando la asistencia^{2,3}.

Los resultados, serán por tanto parecidos entre hospitales, que comparten características, y que apliquen vías en las unidades de ortogeriatría. El objetivo que nos planteamos es comparar el resultado de las distintas variables, entre 2 hospitales que han usado una vía clínica como elemento de mejora en la asistencia de los pacientes con FC. Presentamos una cohorte formada por los pacientes atendidos por FC en la Unidad de Ortopediatria del Hospital Universitario Infanta Sofía (HUIS). En nuestro centro, contamos con una vía clínica, desde el año 2010 en donde se encuentran protocolizados los principales problemas clínicos, y los beneficios de su aplicación fueron publicados previamente⁴.

En la tabla, se muestran los resultados de las principales variables al ingreso. Las características basales de los 391 pacientes con FC incluidos en nuestro estudio; edades superiores a 80 años (85,6 ± 6,3), con un predominio de mujeres (78,3%), que padecen principalmente fracturas extracapsulares (63,7%), con una buena situación funcional previa medida, tanto por el índice de Barthel (IB) (67,2 ± 28,5), como por la capacidad de deambular (92,6% son capaces de caminar antes del ingreso); son similares a las series

Tabla 1
Resultado de las variables registradas en los 391 pacientes ingresados por fractura de cadera en la Unidad de OrtoGeriatría del Hospital Universitario Infanta Sofía

Variables registradas al ingreso en la unidad		Variables registradas al alta y durante el ingreso	
Edad, (años)	85,6 ± 6,3	Estancias	
Sexo:		Estancia prequirúrgica (días)	4,0 ± 2,1
Varones, n.º (%)	85 (21,7)	Estancia posquirúrgica (días)	7,3 ± 3,8
Mujeres, n.º (%)	306 (78,3)	Estancia media (días)	11,3 ± 4,4
Situación funcional previa		Situación funcional al alta	
Caminaban previamente, n.º (%)	362 (92,6)	Caminan al alta, n.º (%)	329 (84,1)
No caminaban, n.º (%)	29 (7,4)	No caminan, n.º (%)	62 (15,9)
Índice de Barthel previo	67,2 ± 28,6	Índice de Barthel al alta	31,7 ± 20,1
Índice de Barthel al ingreso	12,6 ± 9,6	Eficiencia funcional ^a	3,1 ± 3,3
Situación cognitiva previa		Situación cognitiva ingreso	
No demencia (CRM ≤ 2), n.º (%)	273 (69,8)	Delirium, n.º (%)	218 (55,8)
Demencia (CRM > 3), n.º (%)	118 (30,2)	Complicaciones, n.º (%)	280 (71,6)
Tipo de fractura de cadera		Hierro sacarosa intravenoso, n.º (%)	309 (79,0)
Extracapsular, n.º (%)	249 (63,7)	Transfusiones, n.º (%)	212 (54,2)
Intracapsular, n.º (%)	142 (36,3)	Destino al alta:	
Procedencia		Residencia, n.º (%)	171 (43,7)
Residencia, n.º (%)	186 (47,6)	Domicilio, n.º (%)	97 (24,8)
Domicilio, n.º (%)	205 (52,4)	URF, n.º (%)	104 (26,6)
Riesgo anestésico		Mortalidad, n.º (%)	19 (4,9)
ASA I-II, n.º (%)	59 (15,1)	Tipo de anestesia:	
ASA > II, n.º (%)	332 (84,9)	Anestesia intradural, n.º (%)	318 (81,3)
		Anestesia general, n.º (%)	65 (16,6)
		No intervención, n.º (%)	8 (2,1)

CRM: escala de la Cruz Roja Mental; Escala ASA: escala de la American Society of Anesthesiologists; URF: unidad de recuperación funcional.

^a Eficiencia funcional: IBA-IBI/estancia posquirúrgica.

publicadas en otras unidades de ortogeriatría⁵. Destacan algunos resultados respecto los de la Dra. Sáez: el mayor número de pacientes procedentes de residencias (47,57 vs. 28,26%), que es superior también a lo publicado en otras unidades de ortogeriatría de nuestro país^{6,7}, debido a que en nuestra área de influencia hay más de 50 residencias; la presencia de un riesgo quirúrgico superior, medido por el ASA (84,91, tienen un ASA III-IV vs. 71,42%) y el registro de una tasa de demencia previa inferior (30 vs. 47,9%).

Respecto a los resultados al alta, se observa tanto una incidencia de *delirium* (55,7 vs. 53%) como una situación funcional similar, medida por el IB (31,7 ± 20,1 vs. 36,71). Se reflejan las diferencias más relevantes, respecto al estudio de la Dra. Sáez: La presencia de menor número de complicaciones clínicas en nuestro estudio 71,6% (una complicación, excluyendo anemia) vs. 89,4% (2 o más complicaciones). El registro de una mortalidad mayor (4,8 vs. 2,9%), posiblemente por el mayor riesgo quirúrgico registrado en nuestra muestra; la estancia media superior (11,3 ± 4,4 vs. 9,08), con un tiempo previo a la cirugía similar (4,0 ± 2,1 vs. 4,4 días) y un incremento en el período postoperatorio. El acceso a recursos rehabilitadores de forma más precoz, puede explicar esta diferencia; la tasa transfusional, fue similar (54,2 vs. 56,15%), aunque el uso de hierro intravenoso en nuestro caso fue superior.

El beneficio de las unidades de ortogeriatría y su evidencia es cada vez mayor, como se ha demostrado en este y otros estudios⁵ y, actualmente, se desaconseja, realizar ensayos clínicos destinados a demostrar la eficacia de estas unidades, ya que no se considera ético privar de esta asistencia a los pacientes con FC, si se dispone de recursos. En todo caso se recomienda realizar estudios comparativos entre centros³, como se ha realizado. Sin embargo, la heterogeneidad metodológica de los trabajos realizados en ortogeriatría⁵, impide hacer comparaciones entre unidades. Aunque en este caso, se han empleado métodos de registro similares, es necesario estandarizar las variables a registrar y las escalas a utilizar⁸. El empleo de vías clínicas ha permitido mejorar la asistencia a los pacientes con FC en ambos centros, consolidando los

buenos resultados iniciales en el caso de la Unidad de OrtoGeriatría del HUIS. Las vías clínicas son un primer paso, pero es importante realizar estudios que permitan mejorar la evidencia sobre el manejo de problemas clínicos concretos como el *delirium*, la anemia, las complicaciones infecciosas, el deterioro funcional o la mortalidad a corto y largo plazo. Las iniciativas destinadas a la creación de bases de datos compartidas a nivel regional, nacional o internacional, y la creación de grupos de trabajo, permitirán ampliar la evidencia y establecer recomendaciones al respecto (tabla 1).

Bibliografía

- Sáez P, Sánchez N, Paniagua S, Antonio J, García V, Montero M, et al. Utilidad de una vía clínica en el manejo del anciano con fractura de cadera. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2015;50:161-7.
- Pareja Sierra P. Utilidad de las vías clínicas en el tratamiento del anciano con fractura de cadera. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2015;50:157-8.
- Mendelson DA, Friedman SM. Principles of comanagement and the geriatric fracture center. Clin Geriatr Med. 2014;30:183-9.
- Bielza Galindo R, Ortiz Espada A, Arias Muñana E, Velasco Guzmán de Lázaro R, Mora Casado A, Moreno Martín R, et al. Implantación de una Unidad de OrtoGeriatría de Agudos en un hospital de segundo nivel. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2013;48:26-9.
- Grigoryan KV, Javedan H, Rudolph JL. Orthogeriatric care models and outcomes in hip fracture patients: A systematic review and meta-analysis. J Orthop Trauma. 2014;28:e49-55.
- González-Montalvo JI, 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.
- Vidán M, Serra JA, Moreno C, Riquelme G, Ortiz J. Efficacy of a comprehensive geriatric intervention in older patients hospitalized for hip fracture: A randomized, controlled trial. J Am Geriatr Soc. 2005;53:1476-82.
- Liem IS, Kammerlander C, Suhm N, Blauth M, Roth T, Gosch M, et al. Identifying a standard set of outcome parameters for the evaluation of orthogeriatric comanagement for hip fractures. Injury. 2013;44:1403-12.

Rafael Bielza Galindo^{a,*}, Estefanía Arias Muñana^a,
Marta Neira Álvarez^a, Jorge Francisco Gómez Cerezo^b
y Javier Escalera Alonso^c

^a Unidad de Geriátría, Servicio de Medicina Interna-Geriátría,
Hospital Universitario Infanta Sofía, San Sebastián de Los Reyes,
Madrid, España

^b Servicio de Medicina Interna-Geriátría,
Hospital Universitario Infanta Sofía, San Sebastián de Los Reyes,
Madrid, España

^c Servicio de Traumatología, Hospital Universitario Infanta Sofía, San
Sebastián de Los Reyes, Madrid, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: rafabielza@hotmail.com (R. Bielza Galindo).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.regg.2015.12.009>