



2^o JORNADA CATALANA D'ORTOGERIATRIA
2^o JORNADA CATALANA DE ORTOGERIATRIA
31 DE MAIG – 31 DE MAYO 2019

Demencia y fractura de cadera

María José Robles

Geriatra

Hospital del Mar

Servei de Geriatria. Parc de Salut Mar

Buenas tardes, me llamo Nines



Y yo soy Ramón



uff!!, Nines.., Pero cuanta gente....

Paciente 74 años
con deterioro
cognitivo
moderado, GDS
4-5

RAMÓN, (MON) I ANGELINES (NINES) SÓN UN MATRIMONI JUBILAT A LA SETANTENA, QUE TENEN UNA VIDA TRANQUIL·LA EN UNA PETITA CIUTAT MEDITERRÀNIA. COMPARTEIXEN LA VIVENDA FAMILIAR AMB UN GOS, FIDEL, TAMBÉ EN LA SETANTENA...

ÉS DIMARTS I LA PARELLA VA AL MERCAT DE FRUITES I VERDURES, PASSEJANT AMB EL SEU GOS.



NINES, QUINA ÉS LA DE DORMIR?

LA GROGAAAAA...



NOIA AMB TANTES PASTILLES M'ATABALO

AH, I DEIXA'T PREPARADES LES PASTILLES DE LA PRESSIÓ I DEL SUCRE, QUE SEMPRE TE'N DESCUIDES

ZZAP!



DE MOMENT PRENGUI AQUESTES PASTILLES PEL DOLOR I EL PROTECTOR D'ESTÒMAC...



...I LI RECOMANARIA ANAR PRACTICANT AMB EL BASTÓ...

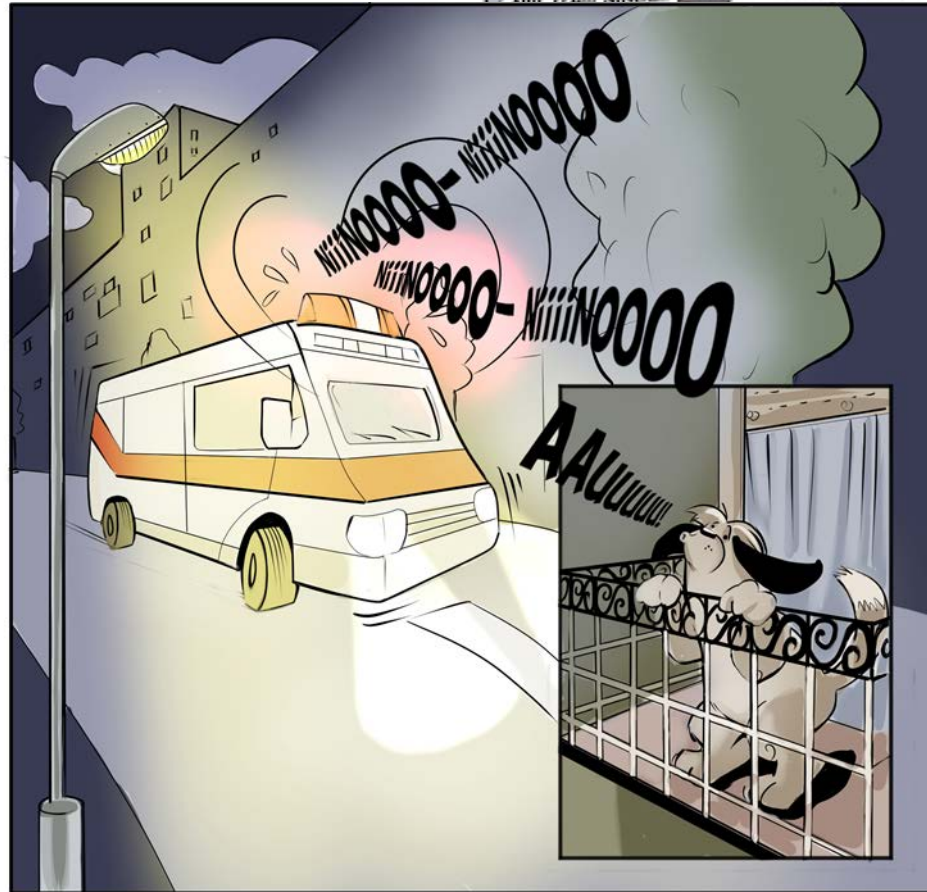
BASTÓOO?!







Paciente con multimorbilidad, y polifarmacia, (antiHTA, psicotropos)



2

JCS

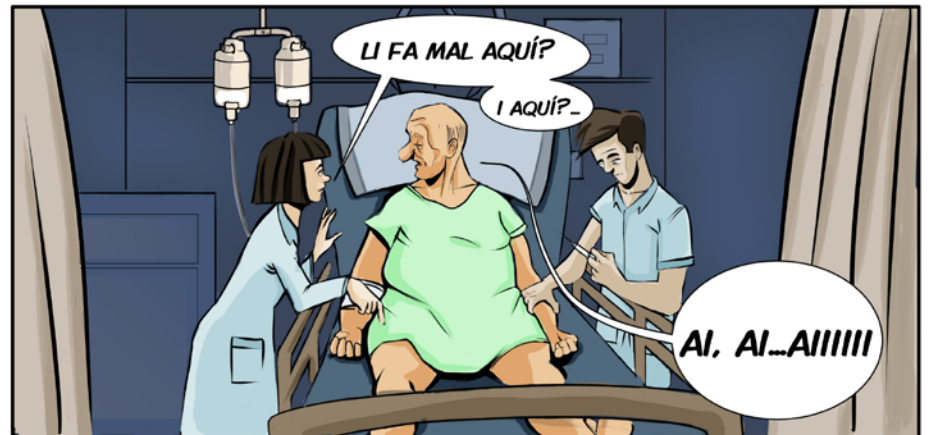


1

JCS

¿Qué será de Mon?

AUUUGH!



Síndromes geriátricos, Kane 1989

- *Immobility*: inmovilidad.
- *Instability*: inestabilidad v caídas.
- *Incontinence*: incontinencia urinaria y fecal.
- *Intellectual impairment*: deterioro cognitivo y síndrome de confusión.
- *Infection*: infección.
- *Inanition*: desnutrición.
- *Impairment of vision and hearing*: alteraciones de la visión y audición.

Síndromes geriátricos

Demencia

Inestabilidad, caída
Fractura de fémur proximal

- *Iatrogenesis*: yatrogenia.
- *Inmune deficiency*: inmunodeficiencias.
- *Impotence*: impotencia o alteraciones sexuales.

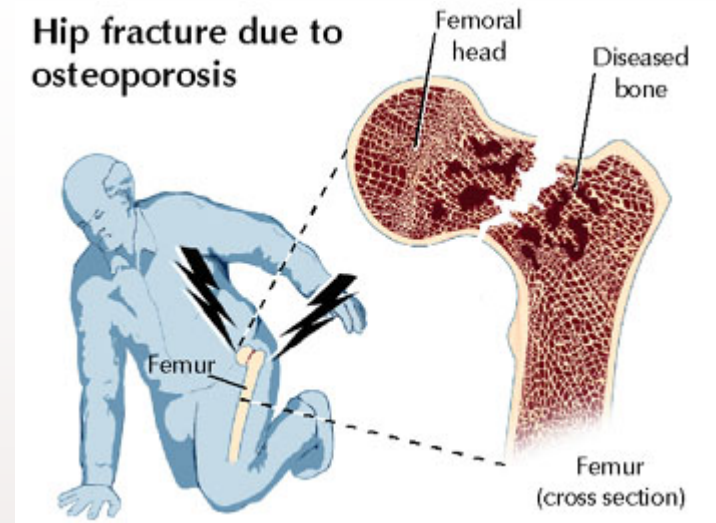
Dos
condiciones

Ante el imparable “boom geriátrico” de las poblaciones, es importante conocer estas dos condiciones, sus factores de riesgo y cómo se relacionan entre si.

85% de fracturas de fémur proximal ocurren en personas >65 años

“*Boom geriátrico*” hace posible que el número de fractura de fémur en el mundo **aumente de 1,7 millones en 1990 hasta 6,3 millones en 2050**

Int J Gen Med. 2010;3:1-17.





REVISIÓN

Guías clínicas de fractura de cadera. Comparación de sus principales recomendaciones

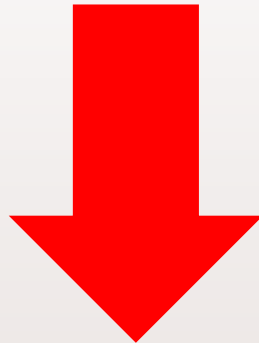
Yadira Bardales Mas^{a,*}, Juan Ignacio González Montalvo^b, Pedro Abizanda Soler^a y María Teresa Alarcón Alarcón^b

^a Servicio de Geriátría, Complejo Hospitalario Universitario de Albacete, Albacete, España

^b Servicio de Geriátría, Hospital Universitario La Paz, Madrid, España



Cancio Trujillo JM, Clèries M, Inzitari M, Ruiz Hidalgo D, Santaegènia González SJ, Vela E. Impacte en la supervivència i despesa associada a la fractura de fèmur en les persones grans a Catalunya. Monogràfics de la Central de Resultats, número 16. Barcelona: Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2015.



Fractura de cadera (FC) complicación más grave de la osteoporosis.

Problema de salud frecuente en el anciano.

En España se producen 50.000 y 60.000 FC.

Incidencia anual 100 casos/100.000 hab.

La mayoría suelen ser ≥ 80 años de edad.

Mujeres/hombres 3-4:1 casos

En Cataluña tasa anual de fractura de fémur 5,93 por cada 1.000 hab.

La mortalidad hospitalaria es del 5% y el anual del 24%.



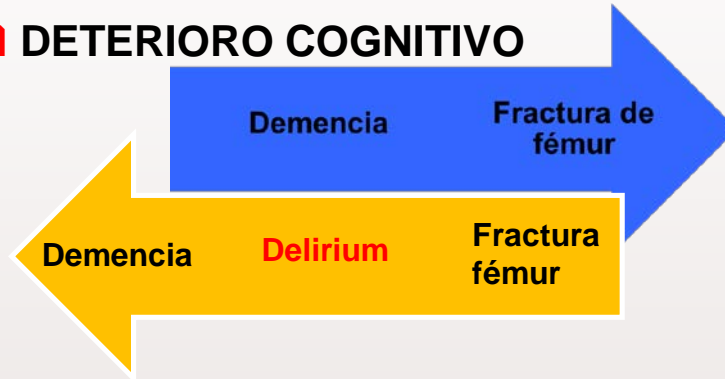
OUTCOMES fractura fémur



❑ DETERIORO FUNCIONAL

- DEAMBULACIÓN
- Actividades de la vida diaria

❑ DETERIORO COGNITIVO



❑ SOCIAL

Además, los cambios en las necesidades de atención social de las personas tras una FC son notables y pueden abarcar desde un incremento de ayudas en el propio domicilio, hasta la necesidad de ingreso en el medio residencial

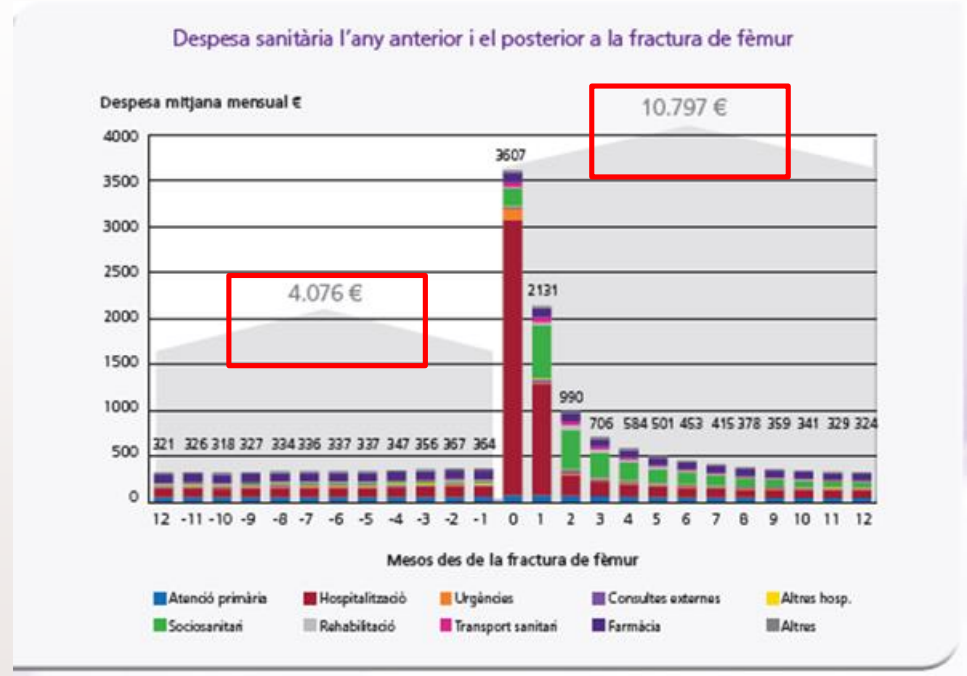


❑ ECONOMICO

Asocia a un importante aumento del gasto sanitario tanto durante la hospitalización inicial como después del alta



Cancio Trujillo JM, Clèries M, Inzitari M, Ruiz Hidalgo D, Santaeugènia González SJ, Vela E. Impacte en la supervivència i despesa associada a la fractura de fèmur en les persones grans a Catalunya. Monogràfics de la Central de Resultats, número 16. Barcelona: Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2015.



- **Gasto medio/paciente:**
 12 meses *posteriores* a la fractura **10.797€** frente **4.076€**
 12 meses *previos* a la fractura.
- **80%** del gasto se hace en los **primeros 6 meses**: **62%** ingresos hospitalarios y el **31%** uso de recursos socio-sanitarios.



ELSEVIER

JAMDA

journal homepage: www.jamda.com



Original Study

Long-term Impact of Hip Fracture on the Use of Healthcare Resources: a Population-Based Study

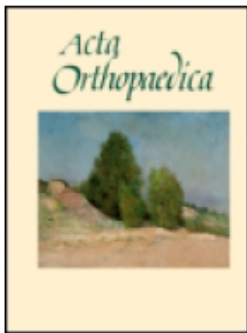
Jose M. Cancio Msc^{a,b,c,*}, Emili Vela Bsc^d, Sebastià Santaeugènia PhD^{b,e},
Montse Clèries Msc^d, Marco Inzitari PhD^{c,f}, Domingo Ruiz PhD^{b,c,g}

J Am Med Dir Assoc. 2019 Apr;20(4):456-461.

Table 2

Yearly Expenditures (Average) per Patient (Euros, %)

	Before Hip Fracture		After Hip Fracture		
		(1 Year)	1st Year	2nd Year	3rd Year
Hospitalization	★	859.57 (24.6)	★4740.29 (40.4)	999.14 (27.4)	896.95 (26.6)
Primary care		544.18 (15.6)	642.15 (5.5)	513.65 (14.1)	487.00 (14.5)
Skilled nursing facility		354.17 (10.1)	★3913.15 (33.4)	403.37 (11.0)	374.73 (11.1)
Emergency department		144.93 (4.1)	316.62 (2.7)	151.14 (4.1)	148.94 (4.4)
Specialist visits		257.25 (7.4)	370.48 (3.2)	247.44 (6.8)	223.04 (6.6)
Nonurgent health transport		48.05 (1.4)	189.05 (1.6)	66.98 (1.8)	56.08 (1.7)
Rehabilitation		23.15 (0.7)	224.38 (1.9)	43.75 (1.2)	32.49 (1.0)
Pharmacy	★	1043.81 (29.9)	1121.67 (9.6)	1041.75 (28.5)	971.79 (28.9)
Other		221.72 (6.3)	203.27 (1.7)	183.82 (5.0)	175.30 (5.2)
Total		3495.83	11,721.06	3651.03	3366.32



Similar mortality rates in hip fracture patients over the past 31 years

Simran Mundi, Bharadwaj Pindiprolu, Nicole Simunovic & Mohit Bhandari

Acta Orthopaedica 2014; 85 (1): 54–59

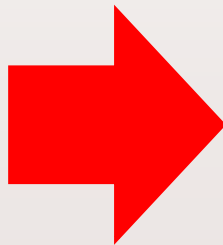


Table 4. Mortality and reoperation rates in femoral neck and intertrochanteric hip fractures over time

	No. of RCTs	1980s	1990s	2000+	p-value
Mortality rate ^a					
Overall	44	24%	23%	21%	0.7
Intertrochanteric	14	34%		23%	0.005 ^b
★ Neck	30	19%	20%	20%	0.8
Reoperation rate ^a					
Overall	19	9.9%	11%	6.6%	0.6

^a Mortality and reoperation rates are weighted by sample size.

^b Statistically significant.

Tabla 5 Lugar de residencia de los pacientes antes de la fractura de cadera y tras el alta hospitalaria

	Andalucía (n = 105)	Cataluña (n = 114)	Comunidad Valenciana (n = 80)	Galicia (n = 60)	Madrid (n = 88)	País Vasco (n = 40)	Total (n = 487)
--	------------------------	-----------------------	----------------------------------	---------------------	--------------------	------------------------	--------------------

Previamente a la

ORIGINAL

Coste de la fractura por comunidad au

A. Bartr
P. Carpi
en repre

Tabla 4 Calidad de vida y autonomía del paciente según comunidad autónoma

	Andalucía		Cataluña		Comunidad Valenciana		Galicia		Madrid		País Vasco		Total	
	n	Media (DE)	n	Media (DE)	n	Media (DE)	n	Media (DE)	n	Media (DE)	n	Media (DE)	n	Media (DE)
EQ-5D^a														
Basal ^b	101	0,53 (0,43)	109	0,57 (0,35)	77	0,62 (0,43)	50	0,60 (0,33)	78	0,52 (0,43)	39	0,70 (0,24)	454	0,57 (0,39)
Al alta	100	0,03 (0,42)*	106	-0,004 (0,36)	77	0,006 (0,42)*	50	0,09 (0,38)*	75	0,07 (0,35)*	38	0,13 (0,40)*	446	0,04 (0,39)*
12 meses	78	0,49 (0,44)	79	0,44 (0,42)	48	0,63 (0,38)	38	0,61 (0,40)	45	0,57 (0,42)	30	0,58 (0,32)*	318	0,53 (0,41)*
Escala de cadera de Harris^c														
Basal ^b	85	79,2 (17,2)	92	72,5 (18,8)	42	83,5 (17,9)	50	68,8 (18,9)	46	68,5 (24,9)	38	77,3 (16,9)	353	74,9 (19,6)
Al alta	81	50,6 (14,1)*	88	44,5 (15,4)*	42	47,3 (12,9)*	50	41,3 (14,4)*	43	47,2 (14,7)*	37	48,2 (13,5)*	341	46,6 (14,6)*
12 meses	65	71,4 (18,4)	64	63,2 (17,2)*	27	76,9 (20,6)	36	68,6 (19,3)	23	76,5 (16,0)	29	64,8 (19,9)	244	69,1 (18,9)*
Índice de Barthel modificado^c														
Basal ^b	88	74,0 (28,2)	104	75,1 (26,7)	78	86,2 (21,5)	57	69,4 (34,5)	77	81,1 (24,6)	37	79,8 (20,3)	441	77,4 (31,1)
Al alta	86	38,4 (25,7)*	101	39,9 (22,0)*	78	39,6 (21,0)*	57	35,2 (27,7)*	75	44,6 (25,7)*	36	47,9 (23,8)*	433	40,4 (24,3)*
12 meses	68	71,1 (32,8)	73	66,1 (30,9)	48	79,8 (25,9)	41	68,1 (35,1)	46	73,4 (31,9)	30	62,8 (26,1)*	306	70,4 (31,1)*

DE: desviación estándar.

^a Las puntuaciones oscilan entre -0,594 y 1,0, siendo las puntuaciones más altas indicadoras de un mejor estado de salud.

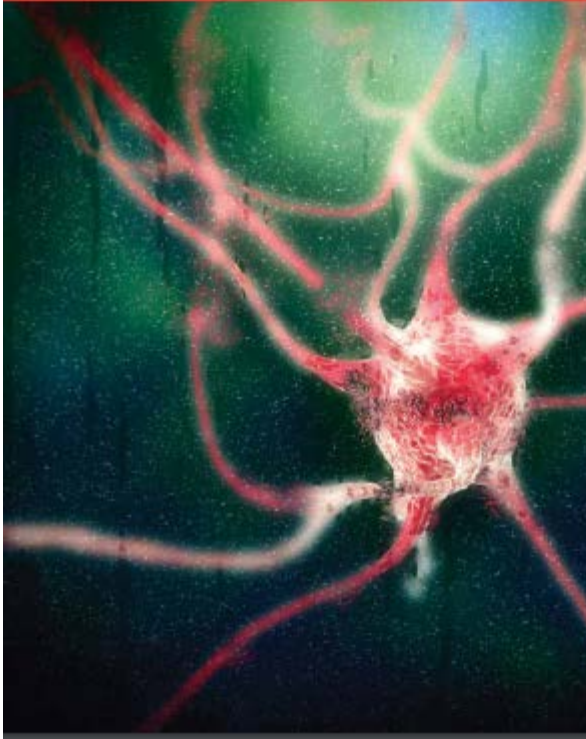
^b Previo a la fractura de cadera.

^c Las puntuaciones oscilan entre 0 y 100, siendo las puntuaciones más altas indicadoras de mejor función.

* p < 0,05 vs. valores basales.

Informe mundial sobre el Alzheimer 2018

La investigación de vanguardia sobre la
 Nuevas fronteras



INFOGRAFÍA

Las consecuencias de la d

incidencia

En 2015, aparecerán 9,9 millones de casos de demencia nuevos en todo el mundo

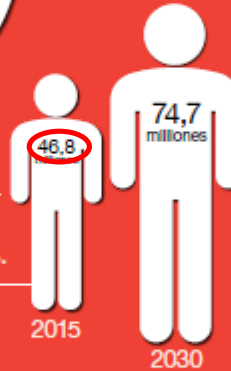
uno cada
 3 segundos



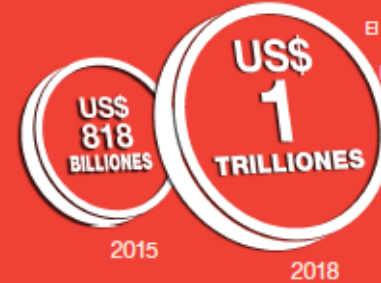
prevalencia

46,8 millones de personas sufren demencia en todo el mundo en 2015.

Esta cifra casi se duplicará cada 20 años.



Gran parte del incremento se da en países con bajas y media renta. En 2015, el 58% de las personas con demencia vive en países con renta que ascenderá al 68% en 2050.



El coste mundial total de la demencia en 2015 se sitúa en 818 000 millones USD. En 2018, la demencia se convertirá en la enfermedad del billón de dólares, y ascenderá a

2 billones en 2030.

Si la demencia mundial fuera un país, sería la **décimo octava economía**

más grande del mundo y superaría los valores de mercado de empresas como Apple y Google.



Fuente: ranking Forbes 2015



Ahora debemos involucrar a más países y regiones en la acción mundial contra la demencia.

Dementia-Associated Mortality at Thirteen Years in the NEDICES Cohort Study

Alberto Villarejo^{a,b,+}, Julián Benito-León^{a,b,c}, Rocío Trincado^{a,b}, Ignacio J. Posada^{a,c},
Verónica Puertas-Martín^a, Raquel Boix^d, M^a José Medrano^d and Félix Bermejo-Pareja^{a,b,c}

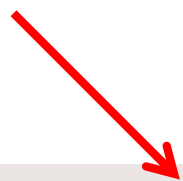
^a*Department of Neurology, University Hospital "12 de Octubre", Madrid, Spain*

^b*Centro de Investigación Biomédica en Red sobre Enfermedades Neurodegenerativas (CIBERNED), Madrid, Spain*

^c*Department of Medicine, Faculty of Medicine, Complutense University, Madrid, Spain*

^d*Unit of Vascular Risk Factors, National Center for Epidemiology, ISCIII, Madrid, Spain*

Accepted 28 April 2011



Estudio prospectivo
N=5300
Multicéntrico
Variable pcal estudio: mortalidad

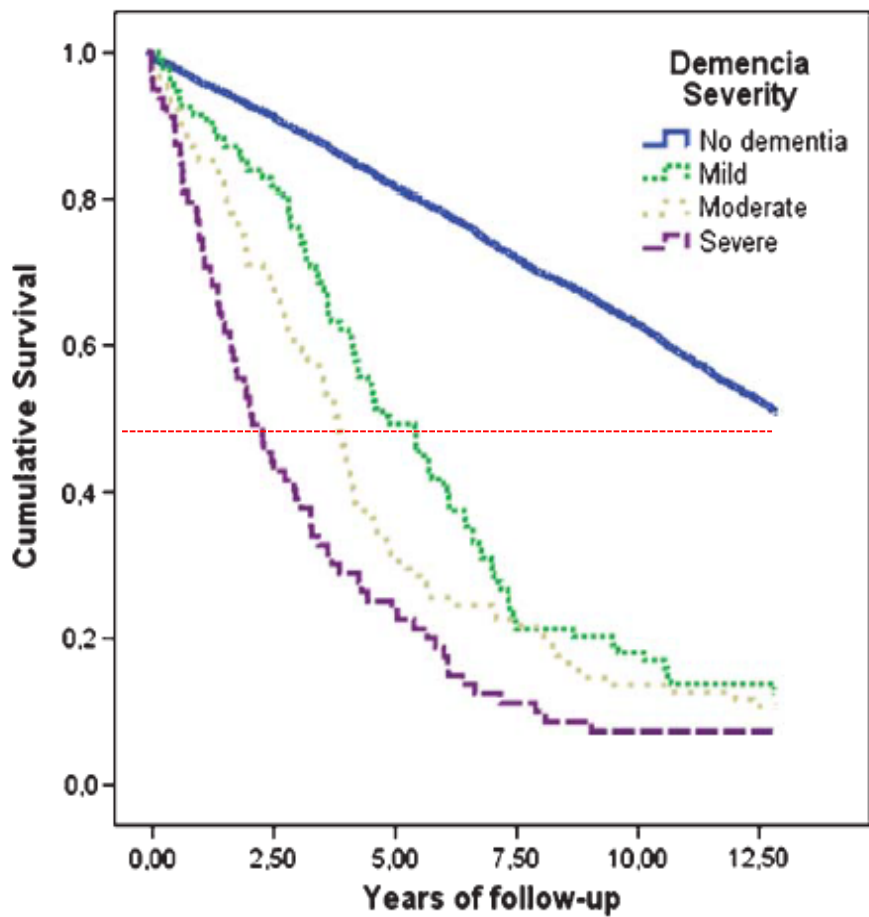


Fig. 1. Kaplan-Meier curves comparing survival according to dementia intensity (DSM-III-R).

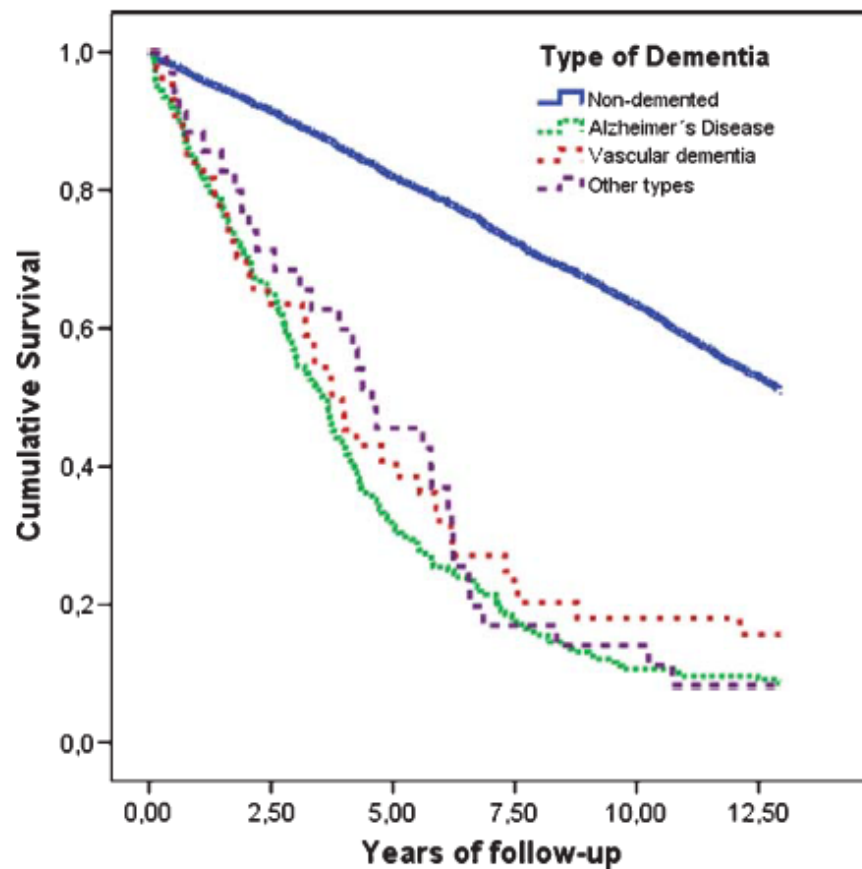


Fig. 2. Kaplan-Meier curves comparing survival according to type of dementia.

La demencia

Incrementa el riesgo de caídas de bajo impacto $\times 5$

Fracturas $\times 2,2$

Tinetti ME, Speechley M, Ginter SF. Risk factors for falls among elderly persons living in the community. *New Engl J Med* 1988; 319: 1701–7.



Tolppanen et al. *BMC Geriatrics* (2016) 16:204
DOI 10.1186/s12877-016-0383-2

BMC Geriatrics

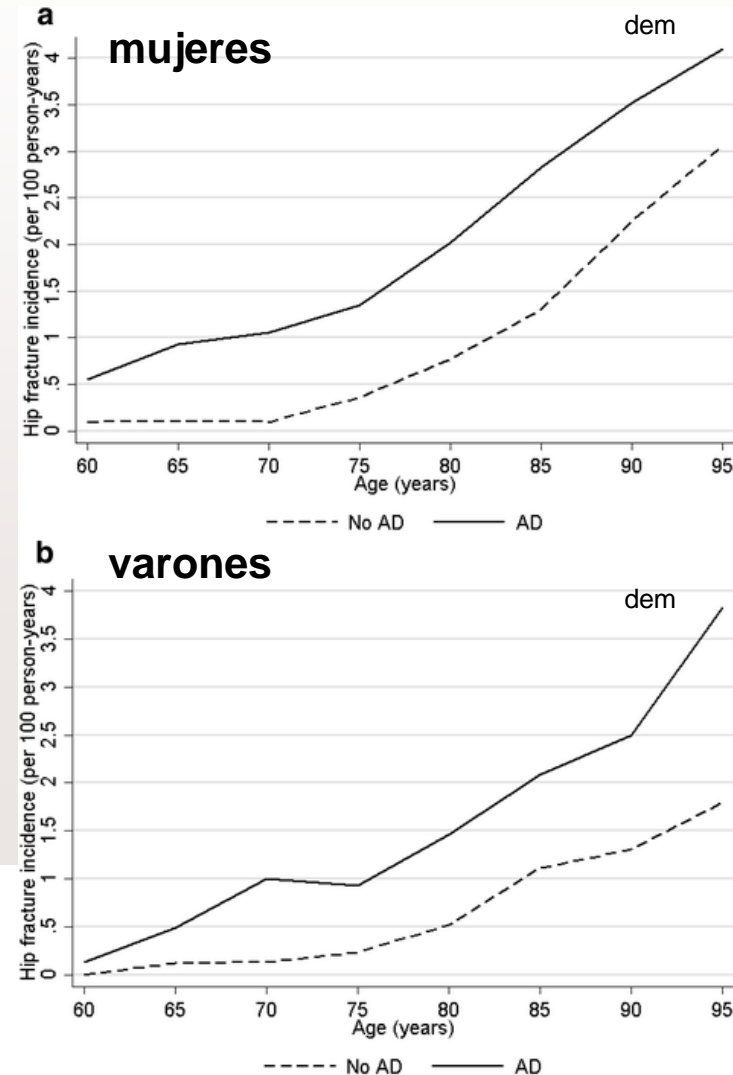
RESEARCH ARTICLE

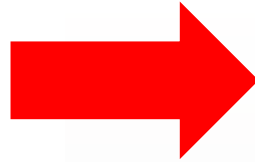
Open Access



Comparison of predictors of hip fracture and mortality after hip fracture in community-dwellers with and without Alzheimer's disease – exposure-matched cohort study

Anna-Majja Tolppanen^{1,2*}, Heidi Taipale^{1,3,4,5}, Antti Tanskanen^{4,5,6}, Jari Tiihonen^{4,5} and Sirpa Hartikainen^{1,3,7}





La mitad de los pacientes presenta deterioro cognitivo medido por el Short Portable Mental Status Questionnaire de E. Pfeiffer (SPMSQ)

REVIEW

Prevalence of Dementia and Cognitive Impairment Among Older Adults With Hip Fractures

Dallas P. Seitz, MD, Nikesh Adunuri, BSc, Sudeep S. Gill, MD, and Paula A. Rochon, MD

J. Am Med Dir Assoc.. 2011;12:556-62

Aging Clinical and Experimental Research

Characteristics of fall-related hip fractures in community-dwelling elderly patients according to cognitive status

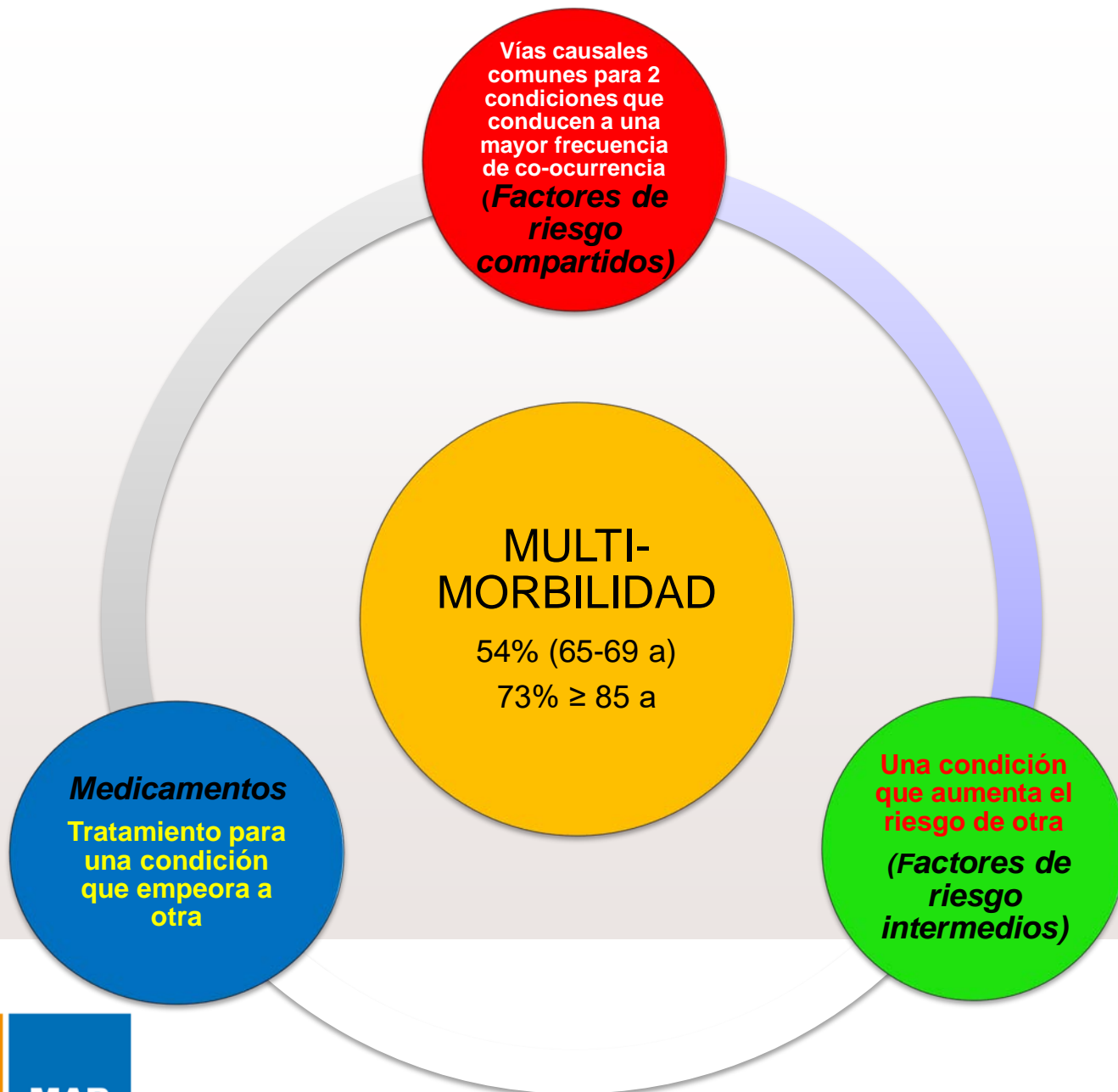
Francesc Formiga¹, Alfonso Lopez-Soto², Enric Duaso³, Domingo Ruiz⁴, David Chivite⁵, Juan Manel Perez-Castejon⁵, Margarita Navarro² and Ramon Pujol¹

¹Geriatric Unit, Internal Medicine Service, Hospital Universitari de Bellvitge, L'Hospitalet de Llobregat, ²Geriatric Unit, Internal Medicine Service, Hospital Clinic, ³Geriatric Unit, Internal Medicine Service, Hospital Mutua Terrassa, Terrassa, ⁴Geriatric Unit, Internal Medicine Service, Hospital Sant Pau, ⁵Head of Medical Care, Clinica Barceloneta, Barcelona, Spain

Registro Nacional de Fracturas de Caderas por Fragilidad. Informe anual 2017. p. 44 [consultado 15 Jun 2018]. Disponible en: https://www.segg.es/media/descargas/INFORME_RNFC_CON_ISBN.pdf4

34 estudios, N=6666

19,2 % Demencia (DSM III/IV)
41,8% Deterioro cognitivo (MMSE)



EMERGENCIA -

LIMITACIONES EN EL ACCESO A REHABILITACION

PROBLEMA DE SALUD EN TODO EL MUNDO

Elevados costes

Discapacidad

Mortalidad

Mayor riesgo de institucionalización

2 407 (40.6%) personas con AD,
de sufrir una
versus 923
sin AD (SEP-
95% CI 1.31-



■ TRAUMA

Dementia predicted one-year mortality for patients with first hip frac

Bai et al. *Journal of Orthopaedic Surgery and Research* (2018) 13:298
<https://doi.org/10.1186/s13018-018-0988-6>

RESEARCH ARTICLE

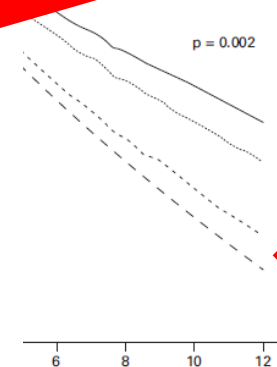
Open Access



Demencia es un factor de riesgo independiente para fractura de fémur y mortalidad tras sufrir una fractura de fémur

and
patients undergoing
surgery: a meta-analysis

ing Bai¹, Pei Zhang¹, Xinyu Liang¹, Zhipeng Wu², Jingcheng Wang^{3*} and Yuan Liang^{3*}



Mortalidad pacientes con demencia que se sometieron a una cirugía por fractura de cadera es del 12%, 32%, 39% y 45% a los 30 días, 6 meses, 1 año y más de 1 año.

La demencia aumentó 1.57, 1.97, 1.77 y 1.60 veces la mortalidad en pacientes sometidos a fractura de cadera a los 30 días, 6 meses, 1 año y más de 1 año.

discharge for patients
ditions.

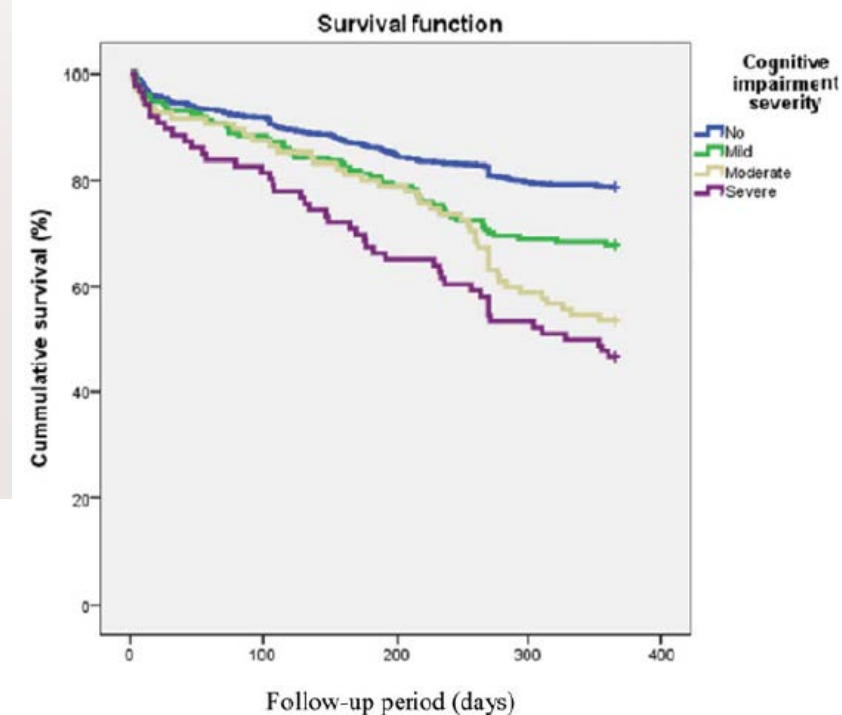
ORIGINAL ARTICLE: EPIDEMIOLOGY,
CLINICAL PRACTICE AND HEALTH**Severity of cognitive impairment as a prognostic factor for mortality and functional recovery of geriatric patients with hip fracture**

Francisco José Tarazona-Santabalbina,¹ Ángel Belenguer-Varea,¹ Eduardo Rovira Daudi,² Enmanuel Salcedo Mahiques,³ David Cuesta Peredó,⁴ Juan Ramón Doménech-Pascual,¹ Homero Gac Espínola⁵ and Juan Antonio Avellana Zaragoza¹

Demencia severa

Deterioro funcional al alta
(OR 0.272, 95% CI 0.140–0.526, $P < 0.001$)
y a los 6 m (OR 0.439, 95% CI 0.197–0.979, $P = 0.04$)

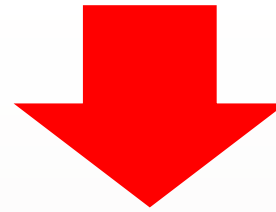
Elevada mortalidad
(HR 1.640, 95% CI 1.020–2.635, $P = 0.04$).



MANEJO CLINICO DE LA FRACTURA DE FÉMUR PROXIMAL EN PACIENTE CON DEMENCIA



Unidades de Ortopediatria:



Evaluación precoz y abordaje integral del paciente

Optimización del manejo peri-operatorio

Disminución demora quirúrgica

Incremento en el nº de pacientes operados

REDUCCION



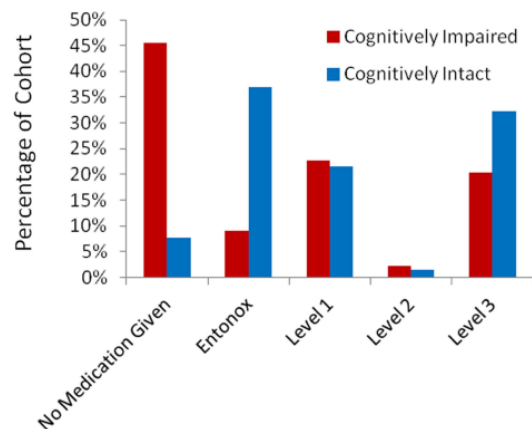
Friedman et al. Arch Intern Med. 2009



A case-control study examining inconsistencies in pain management following fractured neck of femur: an inferior analgesia for the cognitively impaired

J H McDermott, D R Nichols, M E Lovell
Emerg Med J 2014;31:e2–e8.

(a)



(a)

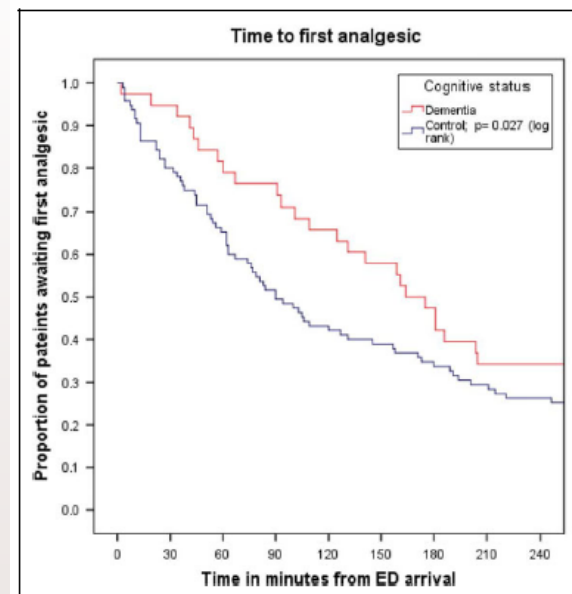
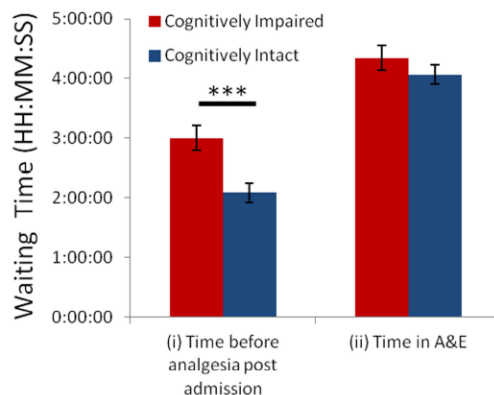


Figure 1. Time to first dose of analgesia by cognitive status.

- ❑ Los pacientes con DC recibieron un nivel de analgesia más débil que los individuos sin DC tanto en la ambulancia como en UCAS
- ❑ En la ambulancia, al 45% de los pacientes DC **NO** se les prescribió analgesia comparación con solo el 8% de los individuos sin DC.
- ❑ En UCAS, 69% pacientes sin DC recibió la analgesia con opioides más fuerte en comparación con solo el 37% de la cohorte con deterioro cognitivo.
- ❑ La cohorte con DC esperan en promedio una hora más antes de recibir este alivio inicial del dolor.

Tiempo medio 164 min vs 90 min (DC /sin DC)

Delayed Emergency Analgesia for Patients With Dementia and Hip Fracture

Gerard Markey, MCh¹, Noel Reilly, MD¹, Paul Kelly, MD², and Conor Kelly, MD¹

RESEARCH ARTICLE

Open Access

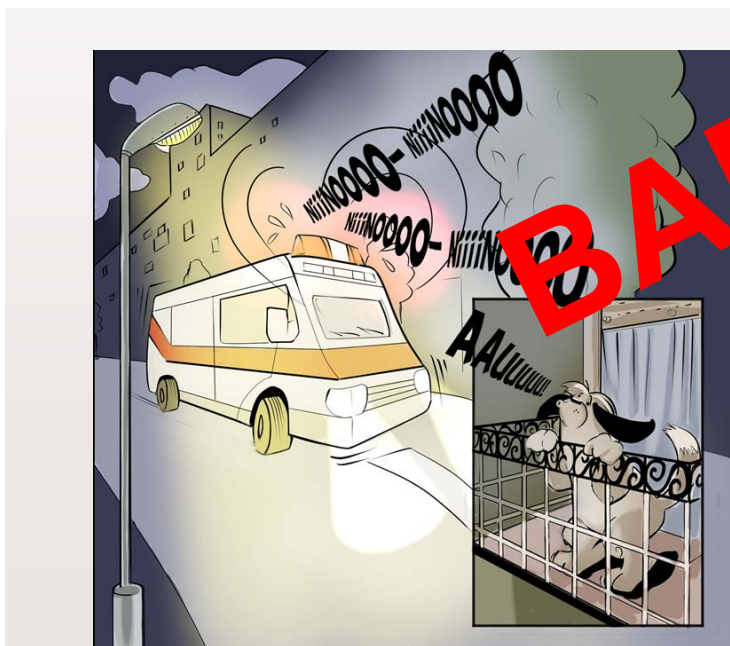
Drug-based pain management for people with dementia after hip or pelvic fractures: a systematic review



Kai Moschinski^{1*}, Silke Kuske¹, Silke Andrich¹, Astrid Stephan^{1,3}, Irmela Gnass¹, Erika Sirsch² and Andrea Icks¹



BARRERAS



- El conocimiento clínico y experiencia del profesional en el manejo de estos pacientes.
- Dificultad para detectar el dolor y evaluar la respuesta.
- Retraso en el triaje/valoración.
- Diagnóstico tardío de fracturas.

The Abbey pain scale: a 1-minute numerical indicator for people with end-stage dementia

Jennifer Abbey, Neil Piller, Anita De Bellis, Adrian Esterman, Deborah Parker, Lynne Giles, Belinda Lowcay

International Journal of Palliative Nursing, 2004, Vol 10, No 1



Rev Soc Esp Dolor
2013; 20(1): 3-7

Traducción al castellano y validación de la escala Abbey para la detección del dolor en pacientes no comunicativos

P. Chamorro¹ y E. Puche²

¹Médico Geriatra. Hospital Cruz Roja. Almería. ²Prof. Farmacología Médica y Clínica. Facultad Medicina, Universidad de Granada. Unidad de Farmacología Clínica. Hospital Universitario San Cecilio. Granada



Evaluación más activa en el manejo del dolor

ANEXO I. ESCALA DE DOLOR ABBEY

Vocalización: lamentos, gruñidos, llanto

Ausente 0 Leve 1 Moderado 2 Grave 3

Expresión facial: expresión tensa, fruncida, lamentándose, aspecto asustado

Ausente 0 Leve 1 Moderado 2 Grave 3

Cambios de lenguaje corporal: movimientos de nerviosismo, de vaivén, protegiendo una parte del cuerpo, retraído.

Ausente 0 Leve 1 Moderado 2 Grave 3

Cambios de comportamiento: aumento de confusión, rehúsa comer, alteración de patrones usuales

Ausente 0 Leve 1 Moderado 2 Grave 3

Cambios fisiológicos: temperatura, pulso o de tensión sanguínea fuera de los límites normales, sudor, enrojecimiento facial o palidez

Ausente 0 Leve 1 Moderado 2 Grave 3

Cambios físicos: cortes en la piel, áreas de presión, artritis, contracturas, heridas anteriores

Ausente 0 Leve 1 Moderado 2 Grave 3

Suma Puntuación Total

0-2 Sin dolor 3-7 Leve 8-13 Moderado 14+ Severo

Dolor

Mejora la calidad de vida

**Disminuye riesgo de delirium
(RR 4,0 95% CI 1.6-10,4)**

Mejora la capacidad funcional

TRATAMIENTO QUIRURGICO

- ¿El paciente con fractura de fémur proximal y demencia requiere un abordaje quirúrgico diferente?





REVISIÓN

Guías clínicas de fractura de cadera. Comparación de sus principales recomendaciones

Yadira Bardales Mas^a
y María Teresa Alarcón^b

^a Servicio de Geriátría, Complejo Hospitalario de Navarra
^b Servicio de Geriátría, Hospital Universitario de Navarra

INDIVIDUALIZAR

Tratamiento

- Todas las guías recomiendan la intervención quirúrgica (IQ) como el tratamiento de elección.
- El tratamiento **conservador** tiene unos resultados **muy pobres**, provoca persistencia del dolor, es causa de dependencia y requiere una estancia hospitalaria prolongada.

Excepciones TRATAMIENTO CONSERVADOR

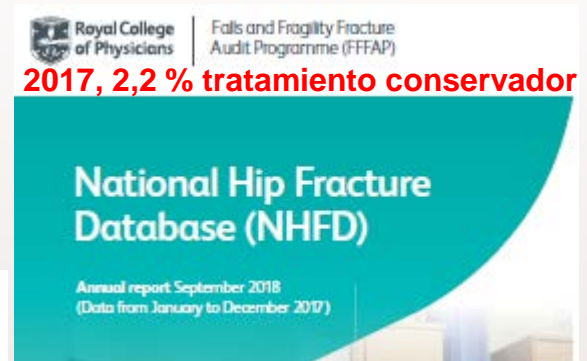
- Pacientes con una esperanza de vida muy corta y que no van a recibir ningún beneficio o el riesgo sea mayor con una intervención quirúrgica.
- Pacientes inmovilizados (la guía BOA-BGS reconoce que, incluso en estos, la cirugía ofrece alivio del dolor y facilita los cuidados del paciente, especialmente las movilizaciones).
- Pacientes con FC subagudas que presentan signos de consolidación.
- Pacientes que no quieren ser operados.



Tabla 17 – Pacientes intervenidos

		Frecuencia	%	% Válido
Intervenidos	Manejo no quirúrgico	164	2,4	2,4
	Manejo quirúrgico	6641	95,4	97,6
	Total	6805	97,8	100
Perdidos	Sistema	154	2,2	
Total		6959	100	

Registro Nacional de Fracturas de Caderas por Fragilidad.
 Informe anual 2017. p. 44 [consultado 15 Jun 2018].
 Disponible en: https://www.segg.es/media/descargas/INFORME_RNFC_CON_ISBN.pdf4



Clinical focus

Goals of care: a clinical framework for limitation of medical treatment

Med J Aust 2014;201:452–55.

The three-phase model of goals of care (GOC)

1. Curative or restorative phase ("beating it")	2. Palliative phase ("living with disease, anticipating death")	3. Terminal phase ("dying very soon")
The default position for all patients — all appropriate life-prolonging treatment will be deployed as indicated (Categories A and B in our forms)	The disease is deemed to be incurable and progressive (Category C in our forms)	Death is believed to be imminent (ie, within a few days) — implementation of a terminal care pathway, where available, is indicated (Category D in our forms)

Association of Clinical Outcomes With Surgical Repair of Hip Fracture vs Nonsurgical Management in Nursing Home Residents With Advanced Dementia

Sarah D. Berry, MD, MPH; Randi R. Rothbaum, DO, MPH; Douglas P. Kiel, MD, MPH; Yoojin Lee, MS, MPH; Susan L. Mitchell, MD, MPH

JAMA Intern Med. 2018 Jun 1;178(6):774-780.

30 días (IQ: 11.5% [n = 300] vs NO IQ: 30.6% [n = 143])

Media supervivencia fue 1.4 años en pacientes con IQ comparado con 0.4 años en los tratados de forma conservadora.

3083 pacientes con demencia avanzada y fractura de femur
(edad media 84,2 a; mujeres 79,2% [n = 2441], 28.5% deambulan [n = 879])

Voluntades anticipadas y PDA

↓
IQ: 2615 (84.8%)

↓ 6 meses

SI CIRUGIA

Mortalidad 31.5% (n = 824)
Dolor 29.0% (n = 465)
UPP 11.2% (n = 200)

aHR, 0.88; 95%CI, 0.79-0.98).
aHR, 0.78; 95%CI, 0.61-0.99
aHR, 0.64; 95%CI, 0.47-0.86

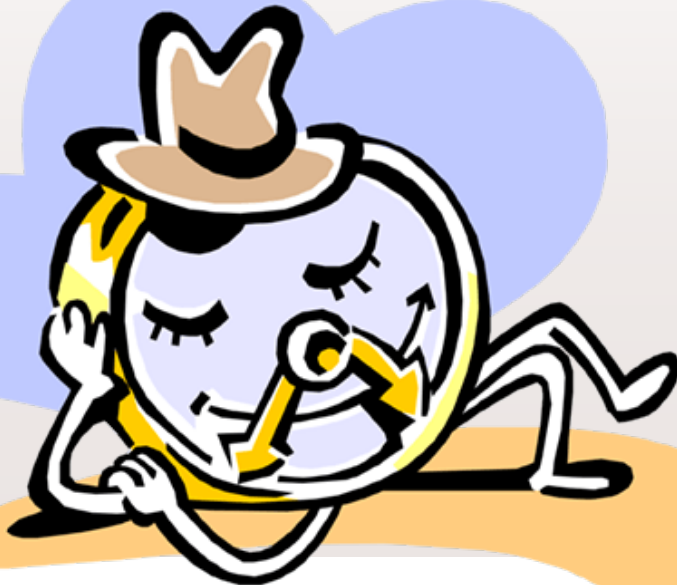
No CIRUGIA

Mortalidad 53.8% (n = 252)
Dolor 30.9% (n = 59)
UPP 19.0% (n = 41)



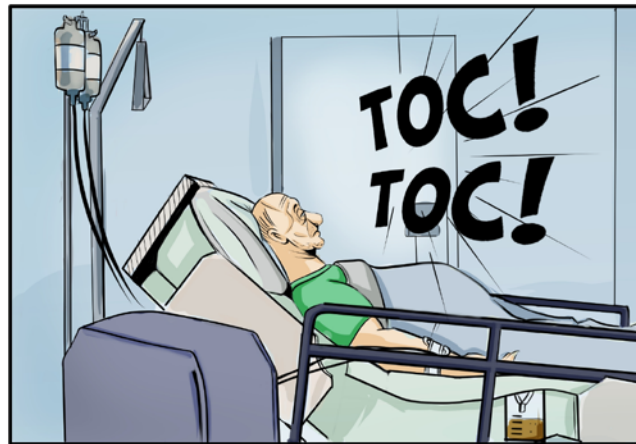
Superviventes:
IQ: deambularon 10.7% (n = 55) vs NO IQ: 4.8% (n = 1)

Àrea urgències....
paciente permanece en
urgències sin ingressar en
la UH, en ayunas en
espera de poder ser
operado



CoolClips.com





A las 36 horas el paciente permanece en un box del área de UCIA. En ayunas. Finalmente se realiza la cirugía, la que transcurre sin incidencias y el paciente horas después ingresa en la Unidad de Hospitalización.



El geriatra les informa sobre el estado actual de Mon





3d

- ✓ Demencia
- ✓ Delirium
- ✓ Depresión

Melton et al, J Am Geriatr Soc 1994.

Demencia

Fractura de
fémur

Demencia

Delirium

Fractura
de
fémur

Conclusions

A large proportion of older hip fracture patients have CSF evidence of AD pathology.

Preoperative determination of AD biomarkers may play a crucial role in identifying persons without dementia who have underlying AD pathology in perioperative settings.

RESEARCH ARTICLE

Abnormal CSF amyloid- β 42 and tau levels in hip fracture patients without dementia

Esther S. Oh^{1,2,3*}, Kaj Blennow⁴, George E. Bigelow², Sharon K. Inouye^{5,6,7}, Edward R. Marcantonio^{5,6,7}, Karin J. Neufeld², Paul B. Rosenberg², Juan C. Troncoso³, Nae-Yuh Wang^{1,8,9}, Henrik Zetterberg^{4,10,11}, Frederick E. Sieber¹², Constantine G. Lyketsos²



PLoS ONE 13(9): e0204695. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0204695>



> 53,3%

Hochang et al. J Am Geriatr Soc, 2011
Bruce et al. Int Psychogeriatr. 2007

The In-Hospital Length of Stay after Hip Fracture in Octogenarians: Do Delirium and Dementia Shape a New Care Process?

Fiammetta Monacelli^a, Monica Pizzonia^a, Alessio Signori^b, Alessio Nencioni^a, Chiara Gianotti^a, Cecilia Minaglia^a, Tommaso Granello di Casaleto^a, Silvia Podestà^a, Federico Santolini^c and Patrizio Odetti^a

^aDepartment of Internal Medicine and Medical Specialities, Section of Geriatrics, Ospedale Policlinico San Martino, Genova, Italy

^bDISSAL, Department of Health Science, University of Genoa, Italy

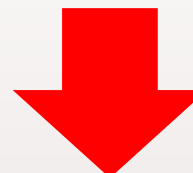
^cOrthopaedics and Traumatology Unit, Ospedale Policlinico San Martino, Genova, Italy

N= 218

Prevalencia: 8 pacientes (3,1%) al ingreso (preop)

Incidencia 77 pacientes (35%) (posop), 40 pacientes (52%) tenían demencia (DSD)

:



Factores predictivos independientes de prolongar estancia

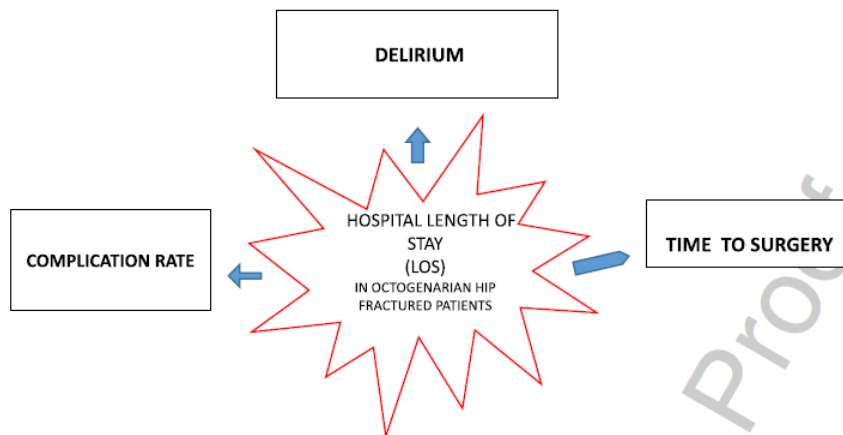


Fig. 2. Clinical factors associated with prolonged length of stay in octogenarian hip fractured patients.

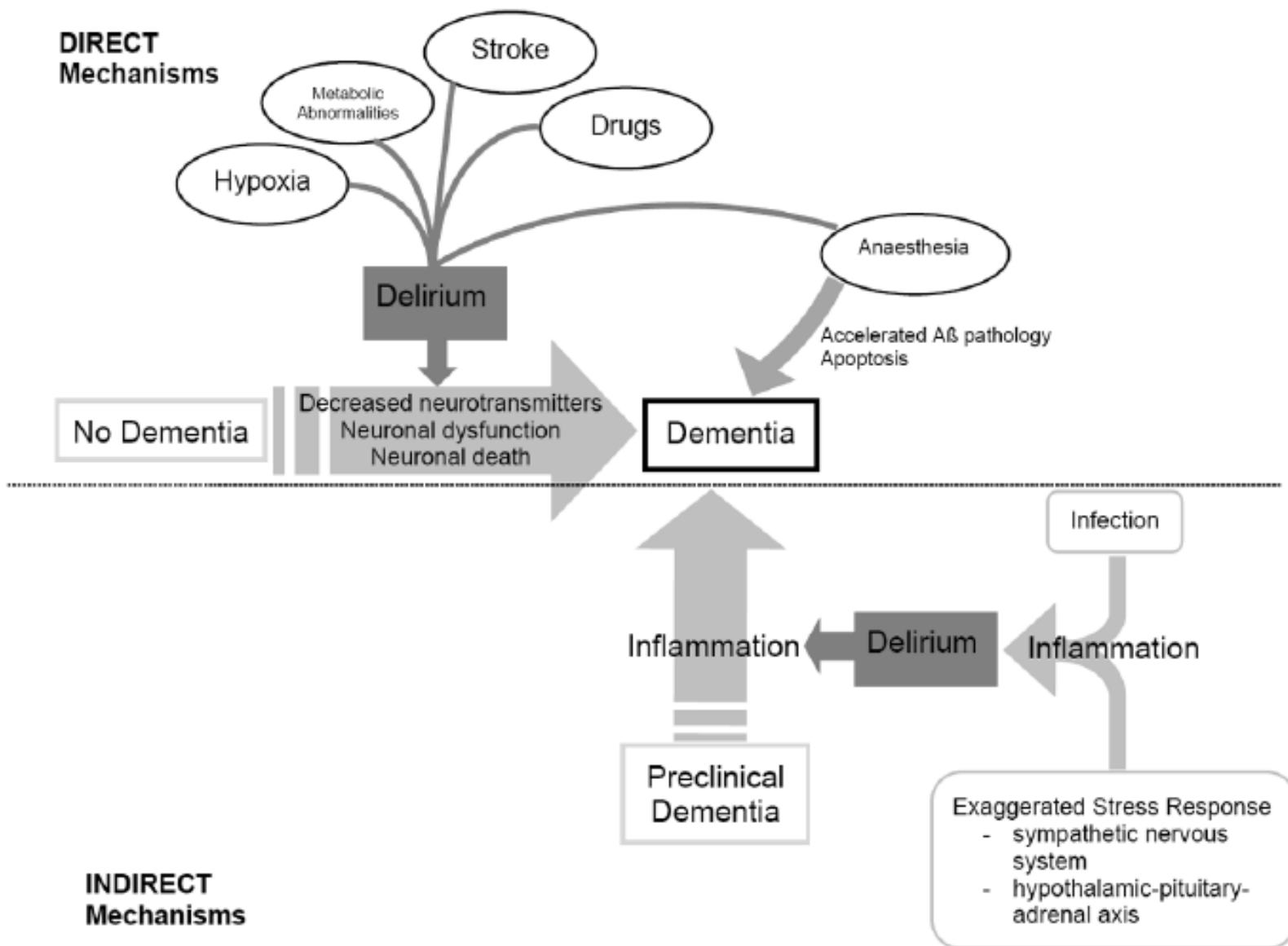


Figure 1

Dementia and delirium, the outcomes in elderly hip fracture patients

Clinical Interventions in Aging 2017:12 421–430

Estudio retrospectivo. N=566;
Incidencia Delirium: 35%

Presencia de delirium

	Demencia (N=168)	No demencia	p
Pre-op	27 (16,1%)	19 (4,8%)	P<0,001
Pos-op	70 (35%)	80 (21%)	P<0,001

97 (57,7%)

mayor incidencia de complicaciones
mayor duración de la estancia hospitalaria,
mayor dependencia funcional
mayor tasa de mortalidad a los 6 meses.

FACTORES DE RIESGO

- edad
- elevada comorbilidad
- Demencia
- delirium previo
- dependencia funcional,
- bajo nivel de hemoglobina postoperatoria
- alto número de transfusiones de sangre.

Depressive symptoms combined with dementia affect 12-months survival in elderly patients after rehabilitation post-hip fracture surgery

Giuseppe Bellelli^{1,2*}, Giovanni B. Frisoni³, Renato Turco^{1,2} and Marco Trabucchi^{2,4}

¹*Rehabilitation and Aged Care Unit, 'Ancelle della Carità' Hospital Cremona, Brescia, Italy*

²*Geriatric Research Group, Brescia, Italy*

³*Laboratory of Epidemiology and Neuroimaging, LENITEM, IRCCS San Giovanni di Dio—FBF, Brescia, Italy*

⁴*University Tor Vergata, Rome, Italy*



**Fractura de fémur con
Demencia y Depresión: incremento del riesgo de
mortalidad y deterioro funcional
RR 8,7 (demencia/depresión) vs 3,4 (demencia)**

Connections between the outcomes of osteoporotic hip fractures and depression, delirium or dementia in elderly patients: rationale and preliminary data from the CODE study

Clinical Cases in Mineral and Bone Metabolism 2012; 9(1): 40-44

Se observó diferencias significativas ($p=0.010$) en la capacidad funcional después de FC entre deprimidos y no deprimidos con peor capacidad funcional.

Elevada prevalencia de depresión en pacientes ancianos con fractura osteoporótica (69,1%)

REHABILITACION, TODO UN RETO



¿Se asocia la demencia con una evolución menos favorable en la rehabilitación después de una fractura de fémur?

¿ En pacientes con fractura de fémur y demencia, es efectivo un programa de rehabilitación geriátrica?

¿Existe un nivel asistencial para realizar la rehabilitación donde el resultado funcional final sea mejor?

¿Qué dificultades encuentran estos pacientes para acceder a las unidades de rehabilitación?



© Can Stock Photo - csp18164741

Factores pronósticos de RHB

REVISIÓN

Rehabilitación geriátrica multidisciplinar en el paciente con fractura de cadera y demencia

Elena Romero Pisonero^{a,*} y Jesús Mora Fernández^b^a Sección de Geriátría, Hospital La Fuenfria, Madrid, España
^b Servicio de Geriátría, Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España

- Características de la demencia**
- Situación funcional previa**
- Estado nutricional** (*soporte nutricional*).
- Comorbilidad** (*comorbilidad asociada a demencia factor independiente de mortalidad. Demencia factor de riesgo de fractura y de mortalidad de forma independiente a otros factores*).
- Delirium**
- Dolor**
- Nuevas caídas** (*prioritario prevenirlas; sd pos-caida; ausencia de evidencia; polémica en el uso de restricciones de la movilidad*).
- Soporte social** (*mejores resultados funcionales a largo plazo si implicación cuidador, sd. burnout*).

Factores pronósticos de RHB

❑ Características de la demencia

- ✓ Tipo demencia
- ✓ Estadio de demencia
- ✓ SPCD

Relacionado con demencia severa con recuperación funcional peor



★ *Miedo pos-caída*

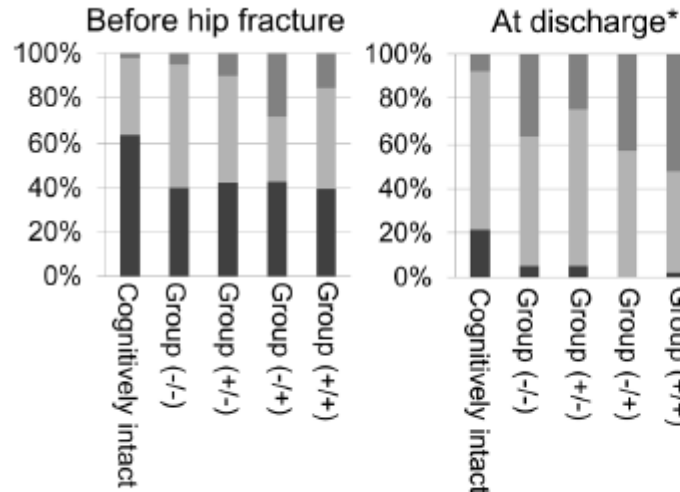
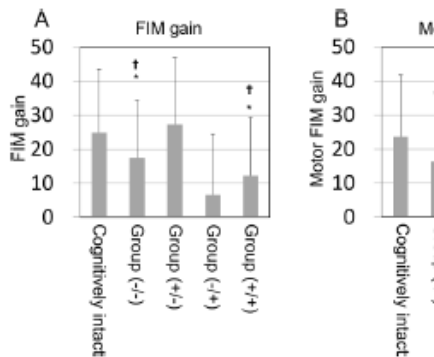
(Injury 2012; 43: 1978–84)

PLOS ONE

RESEARCH ARTICLE

Rehabilitation strategy for hip fracture, focused on behavioral psychological symptoms of dementia for older people with cognitive impairment: A nationwide Japan rehabilitation database

PLoS ONE 13(7): e0200143



Cannot walk
 Walk with cane or walker
 Walk independently

Fig 3. Transition of walking ability. *p<0.001 Chi-squared test among subgroups.

Medios terapéuticos de RHB

REVISIÓN

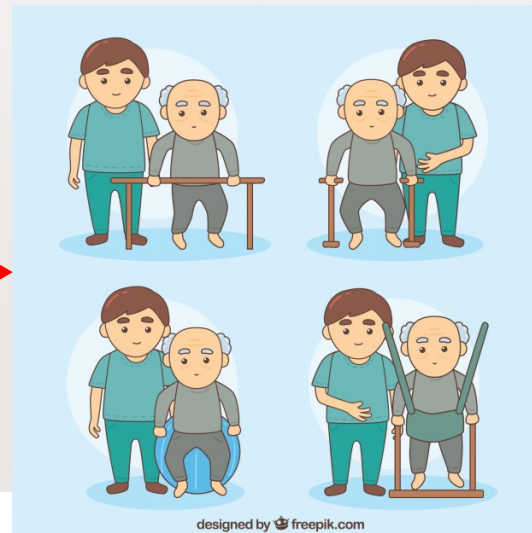
Rehabilitación geriátrica multidisciplinar en el paciente con fractura de cadera y demencia

Elena Romero Pisonero^{a,*} y Jesús Mora Fernández^b

^a Sección de Geriátría, Hospital La Fe, Madrid, España
^b Servicio de Geriátría, Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España

- ❑ Fisioterapia y TO
- ❑ Personal de enfermería
- ❑ Integración del cuidador principal
- ❑ Tecnologías de la información y comunicación

Programa
intensivo
y temprano



Integración del
cuidador principal

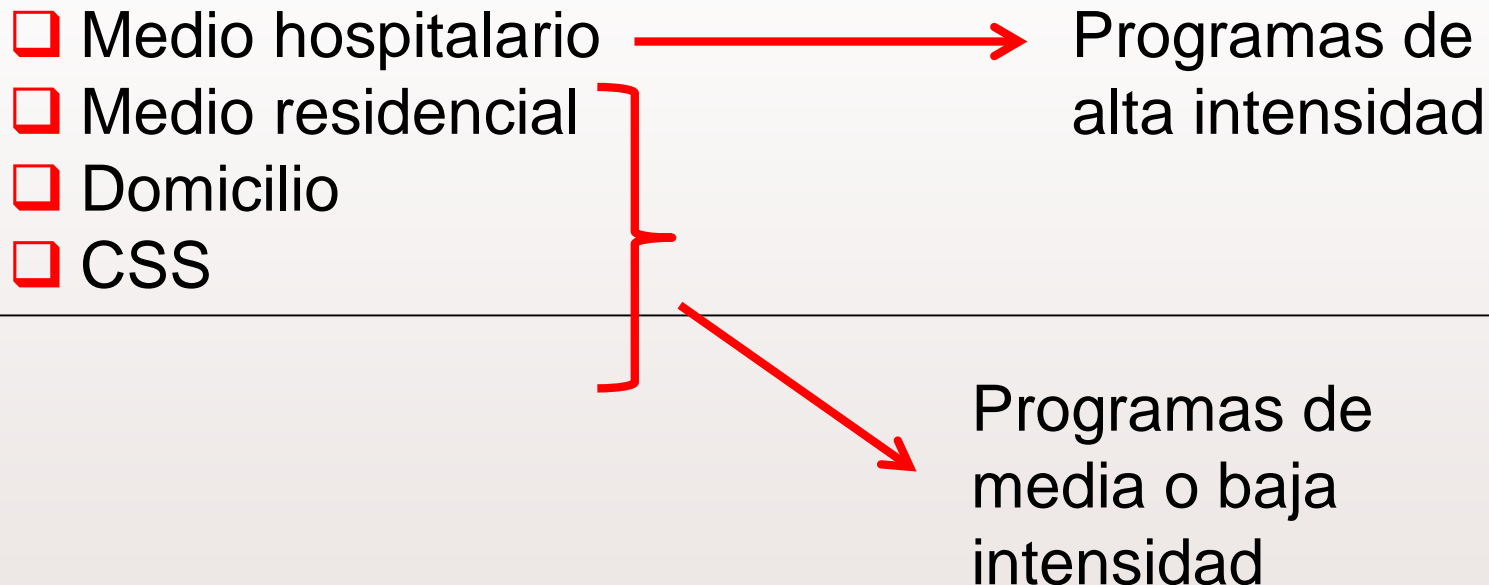


Colaboración
ortogeriatrica

Niveles asistenciales de RHB

REVISIÓN

Rehabilitación geriátrica multidisciplinar en el paciente con fractura de cadera y demencia

Elena Romero Pisonero^{a,*} y Jesús Mora Fernández^b^a Sección de Geriatria, Hospital La Fuenfria, Madrid, España
^b Servicio de Geriatria, Hospital Clinico San Carlos, Madrid, España

Adecuar intensidad de Rhb a los recursos disponibles y a la tolerancia del paciente


Tabla 2
Características de la rehabilitación geriátrica multidisciplinaria

Modelo de RHB multidisciplinaria

Romero et al.

Componentes	Personal sanitario	Efectos
<i>1. Rehabilitación</i>		
Evaluación funcional y cognitiva	ME en rehabilitación	Mejoría funcional ^{18,21,54,63}
Objetivo individualizado	ME en geriatría	Disminución
Tratamiento multidisciplinario	ME en traumatología	institucionalización ^{18,21,22,39,63}
Rehabilitación temprana e intensiva	Enfermera	Disminución estancia
Reuniones semanales para valorar el progreso del paciente	Auxiliar de enfermería	hospitalaria ^{18,20,39,54,63}
Planificación del alta desde la primera semana	Fisioterapeuta	
	Terapeuta ocupacional	
	Logopeda	
	Trabajadora Social	
<i>2. Manejo de la demencia</i>		
Herramientas de valoración	ME en geriatría	Mejoría funcional ^{53,56}
Correcta comunicación	ME en psiquiatría	Disminución agitación ⁵⁶
Control ambiental	ME en neurología	
Mejorar habilidades	ME en rehabilitación	
Identificar cuidador principal	Enfermera	
Conocer personalidad del paciente	Auxiliar de enfermería	
	Fisioterapeuta	
	Terapeuta ocupacional	
	Neuropsicólogo	
<i>3. Manejo del delirium y dolor</i>		
Herramientas de valoración	ME en geriatría	Disminución de complicaciones ^{55,56}
Prevención	ME en psiquiatría	Disminución estancia hospitalaria ⁵⁸
Detección y tratamiento	ME en rehabilitación	Mejoría funcional ⁵⁷
	Enfermera	
	Auxiliar de enfermería	
	Fisioterapeuta	
	Terapeuta ocupacional	
<i>4. Manejo de la comorbilidad y las complicaciones</i>		
Prevención	ME en geriatría	Disminución estancia
Detección y tratamiento	ME según patología	hospitalaria ^{18,20,39,54,63}
Riesgo caídas y desnutrición	Enfermera	Disminución mortalidad ^{18,20}
	Auxiliar de enfermería	Disminución riesgo caídas ^{38,39}
	Nutricionista	
<i>5. Apoyo y educación al equipo sanitario</i>		
Talleres y sesiones sobre principales síndromes geriátricos	ME en geriatría	Mejora la actitud del equipo hacia
	Enfermera	pacientes con demencia ^{46,59}
Formación de nuevas enfermeras y enfermeras de enlace	Enfermera de enlace	Mejora el conocimiento y las
		habilidades
		del cuidado al anciano ⁶⁰
<i>6. Apoyo y educación al cuidador/familia</i>		
Talleres y sesiones sobre conocimiento en cuidados	ME en geriatría	Mejora el ambiente de trabajo ⁶¹
de pacientes con demencia	Enfermera	Disminución institucionalización ⁶²
Detección sobrecarga cuidador	Auxiliar de enfermería	
	Terapeuta ocupacional	
	Psicólogo	
	Trabajadora social	

Factors Considered by Interprofessional Team for Treatment Decision in Hip Fracture with Dementia

Alice C. Baker, MD, MPH,* Catherine G. Ambrose, PhD,* Paula L. Knudson,*
Smita S. Saraykar, MBBS, MPH,† Linda B. Piller, MD, MPH,* Sheryl A. McCurdy, PhD,‡ and
Nahid J. Rianon, MD, DrPH* 

J Am Geriatr Soc 00:1–6, 2019.

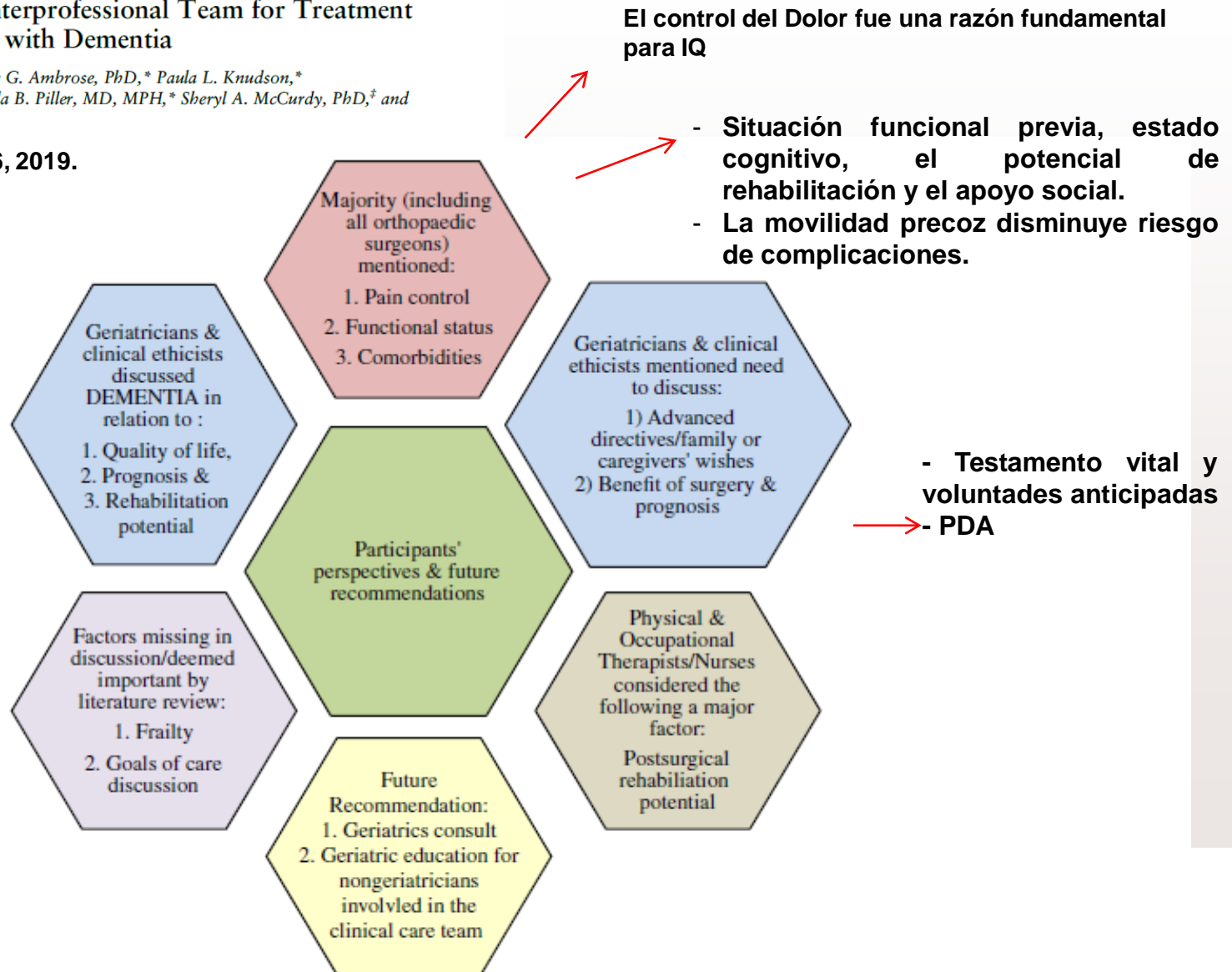


Figure 1. Responses from members of interprofessional care team and orthopaedic surgeons about factors to consider for treatment decision in hospitalized hip fracture patients with dementia.





Utilidad del cómic como instrumento docente: una experiencia en el aprendizaje de factores de riesgo de caídas en ancianos y su prevención

Montserrat Soro, *Lorena García, **Javier García-Sempere, Cristina Roqueta, M^a Pilar García, M. José Robles, Ramón Miralles
Centre Fòrum, Parc de Salut Mar. Barcelona
* Licenciada Comunicación Audiovisual, ** Ilustrador

Congreso Nacional Geriatria Valencia 2013

¡Gracias!