

Perfil del paciente valorado por la enfermera de práctica avanzada en una unidad de ortogeriatría

Profile of the patient assessed by the advanced practice nurse in an orthogeriatrics unit

DOI: S1134-928X2025000100003

Laura Puertas Molina^{1,*}
Verónica Gil Romero²
Montserrat Requero García²

1. Enfermera gestora. Unidad de Traumatología Geriátrica. Hospital Universitari Mútua de Terrassa. Terrassa, Barcelona, España.
2. Enfermera. Unidad de Soporte de Geriatría. Hospital Universitari Mútua de Terrassa. Terrassa, Barcelona, España.

*Autora para correspondencia.
Correo electrónico: lpuertas@mutuaterrassa.cat (Laura Puertas Molina).

Recibido el 6 de febrero de 2024; aceptado el 9 de octubre de 2024.

RESUMEN

Objetivos: Describir el perfil de paciente ingresado en una unidad de ortogeriatría y evaluar la prevalencia de los diferentes síndromes geriátricos aparecidos durante la estancia hospitalaria. **Metodología:** Se realizó un estudio observacional retrospectivo, durante 2022, en un hospital de tercer nivel. Se incluyeron a todos los pacientes iguales o mayores de 65 años, ingresados con diagnóstico de fractura proximal de fémur y valorados por una enfermera de práctica avanzada. Se excluyeron a los que no cumplían los criterios de inclusión. Se recogieron las variables sociodemográficas, tipo de fractura y tratamiento, estancia, mortalidad, procedencia y destino al alta, demora quirúrgica y resultados funcionales, cognitivos, de nutrición y fragilidad. También se analizaron los síndromes geriátricos previos y aparecidos durante el ingreso. **Resultados:** Se valoraron 208 pacientes con una media de 84,7 años, de los que el 75,5% eran mujeres. La estancia media fue 8,2 días y la mortalidad intrahospitalaria del 3,4%. La mitad de los pacientes presentaba dependencia leve previamente y no presentaba deterioro cognitivo. El síndrome geriátrico con mayor prevalencia era la polifarmacia en un 82,6% de los casos, seguido de constipación intestinal con un 78%. Existe una clara relación entre la aparición de síndromes geriátricos con deterioro cognitivo, dependencia funcional y fragilidad previa. **Conclusiones:** Un alto porcentaje de los pacientes de nuestra unidad son frágiles y esto está directamente relacionado con la aparición de síndromes geriátricos durante la estancia hospitalaria. La valoración de la enfermera de práctica avanzada permite detectarlos precozmente para evitar complicaciones durante el ingreso.

PALABRAS CLAVE: Fracturas de cadera, ortogeriatría, síndromes geriátricos, enfermera de práctica avanzada.

ABSTRACT

Objectives: To describe the profile of the patient admitted to an orthogeriatric unit and to assess the prevalence of the different geriatric syndromes that appear during hospital stay. **Methodology:** A retrospective observational study was conducted during 2022 in a tertiary level hospital. All patients equal to or older than 65 years, admitted with a diagnosis of proximal femur fracture and assessed by an advanced practice nurse were included. Those who did not meet the inclusion criteria were excluded. Sociodemographic variables, type of fracture and treatment, length of stay, mortality, prior residence and discharge destination, surgical delay, functional, cognitive, nutritional, and frailty outcomes were collected. Pre-existing or newly developed geriatric syndromes during hospitalization were also analyzed. **Results:** A total of 208 patients were assessed with an average age of 84.7 years. Of these, 75.5% were women. The average hospital length of stay was 8.2 days, and in-hospital mortality was 3.4%. Half of the patients had mild dependence and did not exhibit cognitive impairment prior to the fracture. The most prevalent geriatric syndrome was polypharmacy in 82.6% of cases, followed by intestinal constipation in 78%. There was a clear relationship between the appearance of different geriatric syndromes and previous cognitive impairment, functional dependence, and frailty. **Conclusions:** A high percentage of patients admitted to our unit are frail, directly linked to the occurrence of various geriatric syndromes during hospitalization. The assessment of the advanced practice nurse allows early detection to avoid complications during the hospital stay.

KEYWORDS: Hip fractures, orthogeriatrics, geriatric syndromes, advanced practice nurse.

■ INTRODUCCIÓN

La fractura de fémur por fragilidad es aquella que se produce como consecuencia de una caída accidental desde la propia altura en pacientes mayores. Según la localización de la fractura, se pueden clasificar en fracturas intracapsulares o extracapsulares y, en la mayoría de los casos, el tratamiento más indicado es el manejo quirúrgico. Este tipo de fractura es la más representativa de las enfermedades traumatológicas que afectan

a la población anciana, mayoritariamente a las mujeres posmenopáusicas y tiene gran asociación con la osteoporosis y la frecuencia es de 3 a 4 casos en las mujeres por cada hombre^{1,2}.

Según la Organización Mundial de la Salud, en el año 1990 se produjeron 1,7 millones de fracturas de fémur en el mundo y la previsión para el año 2050 es de 6 millones de fracturas. El estudio AFOE publicado en 2003 hablaba de una incidencia real en nuestro país de 720 pacientes con fractura por cada 100.000 habitantes. Cataluña es una de las comu-

nidades autónomas con una incidencia más elevada (897 casos por cada 100.000 habitantes)³.

Esta patología comporta un deterioro cognitivo y funcional importante, solo un 50-60% de pacientes recuperan la capacidad previa de caminar a los 6 meses de la fractura³. También supone una mortalidad muy elevada, alrededor de un 7% a los 30 días, un 18% a los 6 meses y un 24,5% durante el primer año después de la fractura⁴.

Las complicaciones que implica esta patología suponen estancias hospitalarias más largas y un elevado coste para el sistema sanitario, ya que se estima que el gasto medio por paciente durante los 12 meses posteriores a la fractura es de 10.797 € frente a los 4.076 € en los 12 meses previos³.

En la década de 1960 aparecieron las primeras unidades específicas atendidas conjuntamente por geriatras y equipos de traumatología en los hospitales de Hastings y Stoke-on-Trent, pero fue el “modelo de Hastings” el que obtuvo mayor difusión^{2,5}. Los responsables de este modelo, Michael Devas, cirujano ortopédico, y Bobby Irvine, geriatra, compartían el mismo objetivo ante el paciente con fractura de cadera, que no era otro que el de la recuperación funcional. Ambos difundieron sus resultados de colaboración y numerosos hospitales aplicaron modelos similares². Estos modelos de trabajo se asocian a una mejora en la precisión diagnóstica, los resultados clínicos y funcionales y una disminución de las complicaciones, tasas de mortalidad, demora quirúrgica y estancia hospitalaria⁵⁻⁷.

La valoración y seguimiento por parte de un equipo de enfermería especializado desde el ingreso hasta el momento del alta hospitalaria mejora la calidad de los cuidados y la detección de complicaciones y síndromes geriátricos de estos pacientes⁸. Los síndromes geriátricos se definen como “condiciones de salud multifactoriales que aparecen cuando los efectos acumulados de deficiencias de diferentes sistemas hacen que la persona se vuelva vulnerable ante diferentes situaciones” y se relacionan con disminución de la calidad de vida, incremento de la dependencia, mayor riesgo de institucionalización e incluso fallecimiento⁹. La valoración de cada uno de los síndromes geriátricos requiere la utilización adecuada de diferentes escalas, test o herramientas de cribado existentes y permiten llevar a cabo las acciones necesarias para la mejora en la recuperación del paciente. La valoración geriátrica integral (VGI) es un instrumento de evaluación biopsicosocial y funcional que permite identificar y priorizar problemas y necesidades del anciano con el fin de elaborar un plan de tratamiento y seguimiento. Esta valoración ha demostrado una mejora en los indicadores de calidad de cuidado, funcionalidad, menor morbimortalidad, disminución de estancias hospitalarias, menor uso de medicamentos y mejora en la calidad de vida relacionada con la salud¹⁰.

■ OBJETIVOS

El objetivo principal de este estudio es definir el perfil de paciente ingresado en la Unidad de Traumatología Geriátrica (UTG) del Hospital Universitari Mútua de Terrassa durante 2022. Además, evaluar la prevalencia de los diferentes síndromes geriátricos previos o aparecidos durante la estancia hospitalaria, describir la valoración realizada por la enfermera de práctica avanzada utilizando las diferentes herramientas de valoración y cribado, e identificar factores asociados a la aparición de los diferentes síndromes geriátricos.

■ METODOLOGÍA

Se realizó un estudio observacional de carácter retrospectivo en el que se reclutaron todos los pacientes de 65 años o más ingresados con diagnóstico de fractura proximal de fémur en un hospital de tercer nivel, que cuenta

con 378 camas, 34 especialidades médicas y quirúrgicas, con una atención hospitalaria y comunitaria de una población de más de 260.000 personas.

Se incluyó a los pacientes que además habían sido valorados por alguna de las enfermeras de práctica avanzada de la UTG. Se excluyeron a los pacientes que no cumplían los criterios de inclusión.

La VGI la realizó la enfermera de práctica avanzada de la unidad de soporte de geriatría o la de la unidad de ortogeriatría. Esta valoración se realizó una vez el paciente estaba en la planta de hospitalización de traumatología durante las primeras 24 h de ingreso. La información se obtuvo del propio paciente o del cuidador principal. La recogida de datos se hizo a través de un formulario, en papel, diseñado en nuestro hospital, en el que aparecen todas las escalas que se deben valorar y un apartado para anotar los resultados que más tarde se pasan a la historia clínica del paciente, y estos se vuelcan automáticamente en el informe de alta del paciente. Los síndromes geriátricos previos o detectados durante el ingreso se registraron de la misma manera y se registraron además en la base de datos propia de la unidad.

Las variables que se analizaron son variables sociodemográficas, tipo de fractura y tratamiento, estancia hospitalaria, mortalidad intrahospitalaria, procedencia y destino al alta, demora quirúrgica y motivos de esta demora. También los resultados del índice de Barthel¹¹, de la escala de Lawton y Brody¹², del test Mini Nutritional Assessment¹³, del test de Pfeiffer¹⁴, de la escala FAC¹⁵ y del índice de fragilidad¹⁶. Se evaluó la prevalencia de los diferentes síndromes geriátricos previos o aparecidos durante el ingreso como la constipación intestinal o estreñimiento, considerándose como tal cuando un paciente requiere un esfuerzo excesivo para defecar, presenta heces duras, no consigue una sensación confortable de vaciamiento rectal después de defecar, tiene sensación de obstrucción en la ampolla rectal, utiliza maniobras para facilitar la expulsión o evacua menos de tres veces por semana. También se evaluó la incontinencia urinaria y rectal entendiéndose como la pérdida involuntaria de orina o material fecal; el cuadro confusional o *delirium* que se caracteriza por un trastorno del nivel de consciencia y de la capacidad de atención, que conlleva a alteraciones cognitivas, del estado de ánimo, del sueño y/o de la conducta; la disfagia, que es la dificultad para tragar; la retención aguda de orina o incapacidad repentina para orinar; la polifarmacia, que se considera como el empleo de más de 5 fármacos al día y la aparición de lesiones por presión o lesiones cutáneas asociadas a la humedad durante el ingreso.

Los datos se recogieron de la historia clínica del paciente a través del programa HCIS y de la base de datos propia de la unidad.

Se realizó un análisis estadístico descriptivo haciendo servir porcentajes, medias y desviación típica según tipos de variable y un análisis comparativo utilizando la herramienta del chi-cuadrado con el programa EPIDAT versión 3.1.

Este estudio fue aprobado por el Comité de Ética del Hospital Universitari Mútua de Terrassa. Al tratarse de un estudio retrospectivo que recoge datos de nuestra práctica habitual, no se solicitó consentimiento informado a los pacientes. La investigadora principal se compromete a custodiar y hacer uso de los datos recogidos respetando los principios de confidencialidad.

■ RESULTADOS

Se valoraron un total de 208 pacientes con edades comprendidas entre 65 y 104 años (media 84,7 ± 8 años).

Según las características sociodemográficas de la muestra (tabla 1), se trata mayoritariamente de mujeres con fractura extracapsular, sin diferencias de lateralidad de la fractura, que fueron tratadas quirúrgicamente con clavo intramedular.

Tabla 1. Características sociodemográficas, tipo de fractura y tratamiento

		Frecuencia (porcentaje)	
		Mujeres n = 157 (75,5%)	Hombres n = 51 (24,5%)
Edad		85,1 años (DE 8,1)	83,6 años (DE 8,3)
Tipo de fractura	Intracapsular	73 (46,5)	24 (47,1)
	Extracapsular	84 (53,5)	27 (52,9)
Lateralidad	Izquierda	78 (49,7)	30 (58,8)
	Derecha	79 (51,3)	21 (41,2)
Tratamiento quirúrgico	Hemiartroplastia bipolar	36 (22,9)	9 (17,6)
	Hemiartroplastia Austin Moore	15 (9,5)	3 (5,9)
	Artroplastia total	8 (5,1)	–
	Tomillos canulados	12 (7,6)	11 (21,6)
	Clavo intramedular	81 (51,6)	27 (52,9)
	Conservador	3 (1,9)	1 (1,9)
Estancia media		7,8 días (DE 4,3)	9,4 días (DE 6,3)
Mortalidad pre-IQ		2 (0,96)	–
Mortalidad post-IQ		2 (0,96)	3 (1,44)

DE: desviación estándar; IQ: intervención quirúrgica.

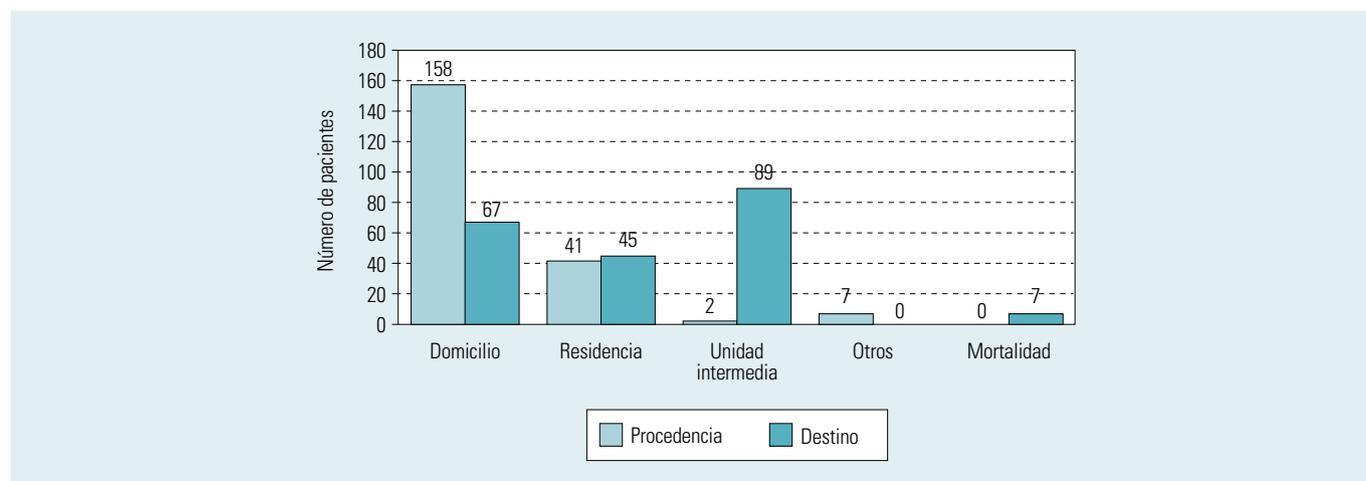


Figura 1. Procedencia y destino al alta.

La estancia media de los pacientes fue de 8,2 días (DE 4,9) y la tasa de mortalidad intrahospitalaria fue de 3,4%.

En cuanto a la procedencia y destino al alta hospitalaria, la mayoría de los pacientes venían de domicilio. Un gran porcentaje de pacientes se trasladaron a una unidad intermedia antes de regresar a su domicilio (fig. 1).

No hay diferencia numérica significativa entre los pacientes que se intervinieron durante las primeras 48 h, que fueron un 48,8% (98) del total, y los que se intervinieron posteriormente, que fueron un 51,2% (103). Las causas de esta demora quirúrgica se debieron mayoritariamente a causas organizativas del hospital ya sea por falta de personal o disponibilidad de quirófano, ya que un 44,7% (46) no se intervino por este motivo, un

36,9% (38) por tratamiento con antiagregantes o anticoagulantes y un 18,4% (19) por motivos médicos.

A partir de la valoración realizada, el paciente ingresado en nuestra UTG, es un paciente tipo mujer, con una dependencia funcional leve antes de la fractura, totalmente dependiente para las actividades instrumentales de la vida diaria, sin problemas de nutrición, sin deterioro cognitivo, con fragilidad leve, que caminaba de forma independiente y era capaz de subir y bajar escaleras antes de la fractura (tabla 2).

La polifarmacia, como síndrome geriátrico previo al ingreso, fue el que se dio con mayor prevalencia, en un 82,6% (170) de los pacientes.

Durante la estancia hospitalaria, la constipación intestinal o estreñimiento fue el síndrome geriátrico más prevalente seguido del cuadro

Tabla 2. Características de la muestra

		Frecuencia (porcentaje)	
		Mujeres n = 157	Hombres n = 51
Índice de Barthel	Dependencia total (< 20 puntos)	12 (7,6)	2 (3,9)
	Dependencia severa (20-35 puntos)	15 (9,6)	5 (9,8)
	Dependencia moderada (40-55 puntos)	21 (13,4)	7 (13,7)
	Dependencia leve (60-95 puntos)	73 (46,5)	27 (52,9)
	Independencia total (100 puntos)	35 (22,3)	10 (19,6)
	Desconocida	1 (0,6)	–
Escala de Lawton y Brody	Dependencia total (0-1 puntos)	56 (35,7)	22 (43,1)
	Dependencia importante (2-3 puntos)	12 (7,6)	11 (21,6)
	Dependencia moderada (4-5 puntos)	13 (8,3)	3 (5,9)
	Dependencia ligera (6-7 puntos)	13 (8,3)	4 (7,8)
	Independencia (8 puntos)	23 (14,6)	2 (3,9)
	Desconocida	40 (25,5)	9 (17,6)
Test Mini Nutritional Assessment (MNA)	Desnutrición (0-7 puntos)	11 (7)	4 (7,8)
	Riesgo de desnutrición (8-11 puntos)	38 (24,2)	10 (19,6)
	Normonutrición (> 11 puntos)	67 (42,7)	28 (54,9)
	Desconocido	41 (26,1)	9 (17,6)
Test de Pfeiffer	Deterioro cognitivo severo (8-10 errores)	21 (13,4)	5 (9,8)
	Deterioro cognitivo moderado (5-7 errores)	20 (12,7)	4 (7,8)
	Deterioro cognitivo leve (3-4 errores)	24 (15,3)	13 (25,5)
	No deterioro cognitivo (0-2 errores)	68 (43,3)	21 (41,2)
	Desconocido	24 (15,3)	8 (15,7)
Índice de fragilidad (IF-VGI)	Fragilidad avanzada (> 0,55)	7 (4,5)	4 (7,8)
	Fragilidad moderada (0,37-0,54)	36 (22,9)	13 (25,5)
	Fragilidad leve (0,2-0,36)	55 (35)	18 (35,3)
	No fragilidad (< 0,2)	37 (23,6)	8 (15,7)
	Desconocido	22 (14)	8 (15,7)
Escala FAC	No camina o lo hace con ayuda de 2 personas (0)	8 (5,1)	1 (2)
	Camina con gran ayuda de una persona (1)	2 (1,3)	1 (2)
	Camina con pequeña ayuda de una persona (2)	13 (8,3)	3 (5,9)
	Camina con supervisión (3)	40 (25,5)	7 (13,7)
	Camina de forma independiente en terreno llano (4)	27 (17,2)	12 (23,5)
	Camina de forma independiente y sube y baja escaleras (5)	59 (37,6)	25 (49)
	Desconocido	8 (5,1)	2 (3,9)

VGI: valoración geriátrica integral.

confusional o *delirium*. No hay diferencias estadísticamente significativas en cuanto al sexo de los pacientes y los síndromes geriátricos (fig. 2).

Respecto a los factores asociados a la aparición de estos síndromes geriátricos, se muestra que solamente hay diferencias estadísticamente

significativas en cuanto a la capacidad funcional, el deterioro cognitivo y la fragilidad del paciente. A mayor dependencia funcional mayor prevalencia en *delirium*, disfagia y aparición de lesiones en la piel. En caso de deterioro cognitivo de moderado a grave y una fragilidad de moderada

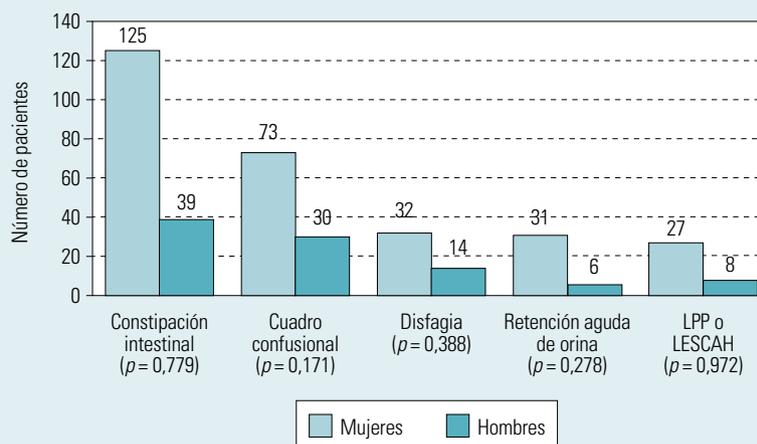


Figura 2. Prevalencia de síndromes geriátricos durante el ingreso.

LESCAH: lesiones cutáneas asociadas a la humedad; LPP: lesiones por presión.

a avanzada existe mayor prevalencia de todos los síndromes geriátricos aparecidos durante el ingreso (tabla 3).

■ DISCUSIÓN

En este estudio se muestra que las variables demográficas de edad y sexo se encuentran en correlación con la literatura publicada que reportan una media de edad de 87 años con un 76% de mujeres^{6,17,18}.

Según el Registro Nacional de Fractura de Cadera (RNFC), la estancia media hospitalaria es de 9,9 días (DE 6)¹⁷; en nuestra muestra, la estancia es de 8,2 días y, por lo tanto, está cerca de la media nacional, lo que sugiere una gestión eficiente de los recursos hospitalarios en términos de tiempo de hospitalización.

La relación entre la demora quirúrgica y el aumento de la morbimortalidad y la aparición de complicaciones durante el ingreso está descrita en la literatura¹⁹⁻²². La recomendación de las diferentes guías clínicas sobre el manejo del paciente con fractura de cadera de realizar la cirugía en los 2 primeros días, no se cumple en elevado porcentaje en nuestro estudio. Hay que tener en cuenta que la necesidad de retirar la medicación anticoagulante o antiagregante antes de la cirugía, por el riesgo de sangrado intraoperatorio y hematoma espinal, es una causa justificada de una demora quirúrgica mayor de 48 h²². En nuestro caso, un elevado porcentaje de los pacientes que se intervinieron después de esta franja fue por este motivo.

En cuanto a la dependencia funcional y el deterioro cognitivo, los hallazgos obtenidos en nuestro estudio resaltan la importancia de evaluar estos aspectos de los pacientes geriátricos por una enfermera de práctica avanzada, para adaptar el plan de cuidados de forma individualizada y mejorar los resultados a largo plazo, tal y como se describe en estudios similares⁷⁻⁹. En general, se observa que los pacientes ingresados en la unidad presentan un perfil de fragilidad y dependencia parecido al descrito en otros estudios^{18,23}. Esto se relaciona directamente con la aparición de diferentes síndromes geriátricos durante la estancia hospitalaria y los hallazgos concuerdan con la literatura publicada que destaca la vulnerabilidad de la población anciana ante las complicaciones asociadas a las fracturas de cadera⁹.

Uno de los aspectos más relevantes del estudio fue la alta prevalencia de síndromes geriátricos, siendo la polifarmacia el de mayor prevalencia, en coherencia con el estudio de Perea et al.⁹.

La presencia de síndromes geriátricos durante la estancia hospitalaria subraya la importancia de abordar de manera integral la atención a los pacientes geriátricos. No se debe considerar solo la fractura de cadera, sino también las comorbilidades y síndromes geriátricos asociados que pueden influir en el pronóstico y la recuperación de estos pacientes, provocando un gran impacto negativo en su calidad de vida.

Por otro lado, una valoración enfermera realizada de forma precoz se destaca como una herramienta crucial para detectar estas complicaciones geriátricas. Además, está respaldado por la literatura que describe el papel fundamental de la enfermería de práctica avanzada en el cuidado de pacientes con fractura de cadera, destacando su contribución en la detección temprana de complicaciones y síndromes geriátricos, así como en la mejoría de la calidad de los cuidados²⁴.

■ CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos en nuestro estudio confirman que el perfil del paciente ingresado en nuestra unidad, en general, es el de un paciente frágil con un grado de dependencia funcional leve antes de la fractura, que previamente tomaba más de 5 fármacos.

La desnutrición o riesgo de desnutrición está presente en un gran número de pacientes, así como el deterioro cognitivo. El estreñimiento y el cuadro confusional son los síndromes geriátricos más prevalentes durante la estancia hospitalaria. Los menos presentes, pero no por ello menos importantes, son la disfagia, la retención aguda de orina y la aparición de lesiones por presión durante el ingreso.

Una valoración temprana realizada por una enfermera de práctica avanzada, utilizando las escalas validadas y recomendadas para el paciente geriátrico, permite detectar complicaciones y síndromes geriátricos y prevenir el impacto negativo en la calidad de vida y la recuperación de estos pacientes.

Según nuestros resultados, una fragilidad de moderada a avanzada es indicador de mayor prevalencia de aparición de síndromes geriátricos durante el ingreso ■

Conflicto de intereses

Las autoras declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Tabla 3. Factores asociados a síndromes geriátricos

Barthel	Frecuencia (porcentaje)		p
	Barthel 0-55 n = 62	Barthel 60-100 n = 145	
Constipación intestinal o estreñimiento	51 (82,3)	113 (77,9)	0,606
Cuadro confusional o delirium	44 (71)	59 (40,7)	0,0001
Disfagia	27 (43,5)	19 (13,1)	< 0,0001
Retención aguda de orina	11 (17,7)	26 (17,9)	0,869
Polifarmacia	55 (88,7)	115 (79,3)	0,156
LPP o LESCAH	16 (25,8)	19 (13,1)	0,042
Pfeiffer	Pfeiffer 0-4 n = 126	Pfeiffer 5-10 n = 50	p
Constipación intestinal o estreñimiento	93 (73,8)	46 (92)	0,014
Cuadro confusional o delirium	41 (32,5)	39 (78)	< 0,0001
Disfagia	16 (12,7)	19 (38)	0,0003
Retención aguda de orina	18 (14,3)	14 (28)	0,056
Polifarmacia	97 (77)	48 (96)	0,0057
LPP o LESCAH	14 (11,1)	14 (28)	0,011
MNA	MNA 0-11 n = 63	MNA 12-14 n = 95	p
Constipación intestinal o estreñimiento	53 (84,1)	79 (83,2)	0,954
Cuadro confusional o delirium	32 (50,8)	47 (49,5)	1,000
Disfagia	15 (23,8)	22 (23,2)	0,927
Retención aguda de orina	10 (15,9)	19 (20)	0,655
Polifarmacia	56 (88,9)	76 (80)	0,209
LPP o LESCAH	13 (20,6)	10 (10,5)	0,125
IF-VGI	IF-VGI (< 0,2-0,36) n = 118	IF-VGI (> 0,55-0,37) n = 60	p
Constipación intestinal o estreñimiento	88 (74,6)	54 (90)	0,026
Cuadro confusional o delirium	45 (38,1)	38 (63,3)	0,0025
Disfagia	13 (11)	29 (48,3)	< 0,0001
Retención aguda de orina	16 (13,6)	15 (25)	0,090
Polifarmacia	92 (78)	55 (91,7)	0,038
LPP o LESCAH	14 (11,9)	17 (28,3)	0,011

LESCAH: lesiones cutáneas asociadas a la humedad; LPP: lesiones por presión; MNA: Mini Nutritional Assessment; IF: índice de fragilidad; VGI: valoración geriátrica integral.

BIBLIOGRAFÍA

- Rougereau G, Naline C, Boisrenoult P, Langlais T, Pujol N. Proximal femoral fracture and female gender are risk factors for recurrent fracture: Cohort study of 292 patients over 75 years-old with iterative osteoporotic fractures. *Injury*. 2023;54:1716-20.
- González Montalvo JI, Alarcón Alarcón T, Pallardo Rodil B, Gotor Pérez P, Mauleón Álvarez de Linera JL, Gil Garay E. Ortogeriatría en pacientes agudos (I). Aspectos asistenciales. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2008;43:239-51.
- Cancio JM, Clèries M, Inzitari M, Ruiz D, Santaegùènia 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.
- Observatori del Sistema de Salut de Catalunya. *Central de Resultats. Processos*. La fractura de coll de fèmur en població de 65 anys o més. Dades 2014. Barcelona: Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2015.
- González JI, Gotor P, Martín A, Alarcón T, Mauleón JL, Gil 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 Geriatr Gerontol*. 2011;46:193-9.
- Molina MJ, González C, Martín de Francisco E, Alarcón T, Montero N, Illán J, et al. Registro de fracturas de cadera multicéntrico de

- unidades de Ortojeriatría de la Comunidad Autónoma de Madrid. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2019;54:5-11.
7. Balvis PM, Domínguez DM, Ferradás L, Pérez M, García M, Castro M. Influencia de la atención ortogeriatría integrada en la morbilidad y el tiempo de estancia hospitalaria de la fractura de cadera. *Rev Esp Cir Ortop Traumatol.* 2022;66:29-37.
 8. Miguélez A, Casado MI, Company MC, Balboa E, Font MA, Román I. Enfermería de Práctica Avanzada y gestión de casos: elementos imprescindibles en el nuevo modelo de atención a la cronicidad compleja en España. *Enferm Clin.* 2019;29:99-106.
 9. Perea M, Martori JC, Del Moral M, Amblàs J. Síndromes geriátricos en recursos de atención intermedia: cribado, prevalencia y mortalidad intrahospitalaria. Estudio prospectivo multicéntrico. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2023;58:134-40.
 10. Guía de práctica clínica para la Valoración Geriátrica Integral en Unidades de Atención Familiar. México: Secretaría de Salud; 2010.
 11. Cid J, Damián J. Valoración de la discapacidad física: El índice de Barthel. *Rev Esp Salud Publica.* 1997;71:177-37.
 12. Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist.* 1969;9:179-86.
 13. Guigoz Y, Vellas B, Garry PJ. Mini Nutritional Assessment: A practical assessment tool for grading the nutritional state of elderly patients. *Facts Res Gerontol.* 1994;4:15-59.
 14. Pfeiffer E. A short portable mental status questionnaire for the assessment of organic brain deficit in elderly patients. *Jam Geriatr Soc.* 1975;23:433-41.
 15. Viosca E, Martínez JL, Almargo PL, García A, González C. Proposal and validation of a new functional ambulation classification scale for clinical use. *Arch Phys Med Rehab.* 2005;86:1234-8.
 16. Amblàs J, Martori JC, Molist N, Oller R, Gómez X, Espauella J. Índice frágil-VIG: diseño y evaluación de un índice de fragilidad basado en la Valoración Integral Geriátrica. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2017;52:119-27.
 17. Sáez López P, González Montalvo JI, Ojeda Thies C, Pareja Sierra T, Condorhuamán Alvarado PY, Gómez Campelo P. Registro Nacional Fracturas de Cadera por Fragilidad en el Anciano. Informe anual 2021. RNFC; 2021.
 18. Marchán López A, Casto Conde BA, Cambón Coteló J, Quevedo Vila V, López Castro J. Perfil clínico-epidemiológico del paciente atendido en una unidad multidisciplinar de fractura de cadera de un hospital de primer nivel en el noroeste de España. *Rev Esp Cir Ortop Traumatol.* 2023;67:210-5.
 19. Correoso Castellanos S, Lajara Marco F, Díez Galán MM, Blay Domínguez E, Bernádez Silveti PF, Palazón Banegas MA, et al. Analysis of surgical delay and its influence on morbimortality in patients with hip fracture. *Rev Esp Cir Ortop Traumatol.* 2019;63:246-51.
 20. Sanz-Reig J, Salvador Marín J, Ferrández Martínez J, Orozco Beltrán D, Martínez López JF. Factores de riesgo para la demora quirúrgica en la fractura de cadera. *Rev Esp Cir Ortop Traumatol.* 2017;61:162-9.
 21. Mak JC, Cameron ID, March LM. National health and medical research council. Evidence based guidelines for the management of hip fractures in older persons: An update. *Med J Aust.* 2010;192:37-41.
 22. Grupo de Trabajo de Ortojeriatría de la SCGIG. Guía de Ortojeriatría. Actualización 2021. Societat Catalana de Geriatria i Gerontologia; 2021.
 23. González MA, Hernández R, Malagón JM, García A, Manrique J. Perfil epidemiológico de los pacientes adultos mayores de 65 años con fractura de cadera. Estudio de cohorte transversal. *Rev Colomb Ortop Traumatol.* 2021;35:273-9.
 24. Jordán Agud AI, Estrada Reventos D. Rol enfermero en la valoración de síndromes geriátricos y estado funcional en una consulta de geriatría. *Gerokomos.* 2018;29:160-4.