Rev Clin Esp. 2023;224(Supl 2):S405

Revista Clínica Española

https://www.revclinesp.es

1334 - ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE PACIENTES CON FRACTURA DE CADERA EN SEGUIMIENTO POR INTERCONSULTA POR MEDICINA INTERNA EN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Laura Lucena Torres, Clara Beatriz Palacios Morenilla y Carlos García de los Ríos

Hospital Universitario Virgen de las Nieves de Granada, Granada, España.

Resumen

Objetivos: Describir los sujetos con fractura de cadera con interconsulta (HIC) solicitada por Cirugía Ortopédica y Traumatología al servicio de Medicina Interna.

Métodos: Estudio descriptivo, unicéntrico, retrospectivo. Se recopilaron consecutivamente los datos clínico-epidemiológicos de las fracturas de cadera producidas entre enero 2023 y marzo 2023 en el Hospital Universitario Virgen de las Nieves de Granada.

Resultados: Se estudiaron 50 sujetos con fractura de cadera, 70% mujeres, con edad media de 83,8 años. El 54% ingresados por fractura de cadera pertrocantérea, 42% subcapital y 4% subtrocantérea. Como antecedentes personales de interés presentaban hipertensión arterial (HTA) (76%), diabetes mellitus (DM) (40%), hipercolesterolemia (30%), insuficiencia cardíaca (IC) (30%), fibrilación auricular (FA) (34%), prótesis metálica valvular (6%), estenosis aórtica (10%), patología respiratoria (EPOC 16%, asma 14%), cardiopatía isquémica (18%), accidente cerebrovascular (14%), enfermedad arterial periférica o vascular establecida (14%), anticoagulados (antivitamina K 26%, anticoagulantes de acción directa 12%), antiagregados (32%) la mayoría con aspirina, anemia (18%), osteoporosis/osteopenia (14%), déficit vitamina D (6%), fractura previa (10%), trastorno psiquiátricos (22%) y demencia (16%). El 12% institucionalizados y como hábitos tóxicos el 6% presentaba tabaquismo activo. La mayoría fueron intervenidos quirúrgicamente (98%) y las HIC se realizaron tras la cirugía (70%). Entre los motivos por los que se solicitó HIC: la disnea (26%), pruripatología (18%), HTA/glucemias (10%), fiebre (14%), alteraciones digestivas (4%), FA (2%), dolor torácico (2%), bajo nivel de conciencia (6%) y otros (18%) como recorte del ritmo de diuresis o hemorragia digestiva. Recibieron una media de 10,2 días de seguimiento destacando como complicaciones la descompensación de HTA (12%), DM (14%), anemia (52%) que requirió transfusión (50%), infección (64%) con foco urinario (28%) estando el 100% de los pacientes con sondaje vesical durante la hospitalización, IC (26%), FA *de novo* o con ritmo ventricular rápido (18%), insuficiencia respiratoria (18%), enfermedad renal crónica o fracaso renal agudo (12%), síndrome confusional (32%), estreñimiento (18%) y las alteraciones iónicas (16%). Fallecieron durante el ingreso 5 pacientes (10%) y otros 5 durante el primer mes por cualquier otra causa. Precisaron ajuste de medicación crónica 15 sujetos (30%) y se dejaron recomendaciones al alta de Traumatología a 17 (34%).

Conclusiones: La coexistencia de comorbilidades, tratarse de pacientes polimedicados y el deterioro cognitivo da como resultado altas tasas de complicaciones en esta población[1]. Estudios prospectivos han demostrado que la posibilidad de desarrollar infección respiratoria o insuficiencia cardíaca es elevada y todo

ello con implicación en la mortalidad, siendo un objetivo para la evaluación médica especializada[2]. Se han descrito tasas de complicación del 20-75% según las series. La mayoría de las complicaciones no están directamente asociadas con el procedimiento quirúrgico, representando éstas tan solo el 6,9%. Además, se ha demostrado que son las complicaciones médicas las que están asociadas con un aumento de la mortalidad[3]. La literatura confirma la necesidad de equipos multidisciplinares, con tendencia a los modelos de asistencia compartida, con repercusión directa en la mortalidad[4-7]. Por todo ello, y de acuerdo con lo reflejado en nuestra serie, en la asistencia de estos pacientes complejos la implicación de un equipo multidisciplinar con médicos internistas se prevé fundamental.

Bibliografía

1. Tosounidis TH, Castillo R, Kanakaris NK, *et al.* Common complications in hip fracture surgery: Tips/tricks and solutions to avoid them. Injury. 2015 Nov 1;46:S3-11.
2. Roche JJW, Wenn RT, Sahota O, *et al.* Effect of comorbidities and postoperative complications on mortality after hip fracture in elderly people: prospective observational cohort study. BMJ. 2005 Dec 8;331(7529):1374.
3. Knauf T, Hack J, Barthel J, *et al*. Medical and economic consequences of perioperative complications in older hip fracture patients. Arch Osteoporos. 2020 Dec;15(1):174.
4. Folbert EC, Hegeman JH, Vermeer M, *et al*. Improved 1-year mortality in elderly patients with a hip fracture following integrated orthogeriatric treatment. Osteoporos Int. 2017;28(1):269-77.
5. Gosch M, Hoffmann-Weltin Y, Roth T, *et al.* Orthogeriatric co-management improves the outcome of long-term care residents with fragility fractures. Arch Orthop Trauma Surg. Oct;136(10):1403-9.
6. Middleton M, Wan B, da Assunçao R. Improving hip fracture outcomes with integrated orthogeriatric care: a comparison between two accepted orthogeriatric models. Age Ageing. 2017;46(3):465-70.
7. Sabharwal S, Wilson H. Orthogeriatrics in the management of frail older patients with a fragility fracture. Osteoporos Int. 2015;26(10):2387-99.

0014-2565 / © 2023, Elsevier España S.L.U. y Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI). Todos los derechos reservados.