



## 1092 - ACTIVIDAD EN ASISTENCIA COMPARTIDA DE LA UNIDAD DE FRACTURA DE CADERA DE UN HOSPITAL TERCIARIO DURANTE EL AÑO 2024. COMPARACIÓN CON DATOS DEL REGISTRO NACIONAL DE FRACTURA DE CADERA (RNFC)

*Raquel Marín Baselga<sup>1</sup>, Giorgina Salgueiro Origlia<sup>1</sup>, Belén Gutiérrez Sancerni<sup>1</sup>, Sarah Mills Gañán<sup>2</sup>, Patricia Condorhuaman Alvarado<sup>3</sup>, Luis Cabrera Lama<sup>1</sup>, M.<sup>a</sup> Angustias Quesada Simón<sup>1</sup> y José Ramón Arribas López<sup>1</sup>*

<sup>1</sup>Medicina Interna, Hospital Universitario La Paz, Madrid, España. <sup>2</sup>Cirugía Ortopédica y Traumatología, Hospital Universitario La Paz, Madrid, España. <sup>3</sup>Geriatría, Hospital Universitario La Paz, Madrid, España.

### Resumen

**Objetivos:** Analizar los datos disponibles derivados de la atención del paciente mayor con fractura de cadera en una unidad de asistencia compartida (Traumatología, Medicina Interna y Geriatría), compararlos con los datos del Registro Nacional de Fractura de Cadera (RNFC) y proponer opciones de mejora.

**Métodos:** Estudio descriptivo realizado en un hospital terciario entre enero y diciembre de 2024. Se incluyeron pacientes de 65 o más años con fracturas intracapsulares, pertrocanteréas y subtrocanteréas, excluyendo fracturas patológicas o atípicas. Se analizaron variables epidemiológicas, clínicas, de funcionalidad, desnutrición, tratamiento antes del ingreso, variables quirúrgicas, complicaciones y variables de evolución.

**Resultados:** (entre paréntesis los datos del RNFC). Pacientes incluidos: 448. Edad media: 85,7 años. Mujeres: 75%. El 74% vivían en domicilio. El 79% eran IABVD (82%). El 90% no recibían tratamiento osteoprotector (OP). El 58% estaban desnutridos. Fueron intervenidos el 96,2%. Tenían un ASA  $\geq 3$  el 85,5% (79,5%). Media de demora quirúrgica: 64,5 h (64,9 h). El 55,2% se intervino en las primeras 48 h (46,6%). Un 30% tomaba anticoagulantes o antiagregantes que obligaron a demorar la cirugía. El 20% sufrió una demora > 48 h injustificada. El 94% se intervinieron con anestesia neuroaxial. Se realizó bloqueo de nervio periférico en 1,4% (25,2%). Sedestación en las primeras 24 h: 81,4% (75,8%). Delirium durante el ingreso: 32,6%. UPP: 9,4% (5,7%). Pacientes en descarga tras la cirugía: ninguno (6,9%). Tratamiento OP al alta: 79,9% (55,2%). El 40% fue a domicilio, 32,8% a residencia, 21,2% a URF (Unidad de Recuperación Funcional). Falleció el 3,6% (4,7%). Estancia media: 8,25 días (9,83). Datos a los 30 días: el 10,9% reingresó, 7,4% (5,9%) por causa médica, 3,5% (2,2%) causa quirúrgica. El 63,8% recuperaron movilidad independiente. El 70,5% mantenían tratamiento OP. Habían fallecido el 3,6% de los pacientes.

**Discusión:** Observamos datos epidemiológicos y funcionales muy similares entre nuestros pacientes y los del RNFC, siendo nuestros pacientes más complejos según ASA. Más de la mitad presentaban algún grado de desnutrición, factor muy relevante en todo el proceso. Poco más de la mitad se intervinieron en las primeras 48 horas. Casi todos se intervinieron con anestesia neuroaxial y apenas se realizaron bloqueos de N. periférico. La mayoría se sentó en las primeras 24 h, (mejores datos que RNFC). Nuestros pacientes tuvieron mayor incidencia de UPP durante el ingreso. Ninguno estuvo en descarga tras la cirugía. La mayoría se fue

con tratamiento OP al alta, en comparación con poco más de la mitad en RNFC. La estancia media y la mortalidad fue menor que en el registro a pesar de la mayor complejidad de nuestros pacientes, aunque presentamos una mayor tasa de reingresos.

*Conclusiones:* Aunque tenemos muy buenos datos en muchas variables (sedestación en las primeras 24 h, ausencia de descarga tras la cirugía, tratamiento osteoprotector al alta...), debemos plantear opciones de mejora tanto en el abordaje quirúrgico y prequirúrgico (reversión de anticoagulación precoz, aumento de recursos de personal y quirófanos para aumentar el% de cirugías en las primeras 48 horas...), como en el abordaje posquirúrgico y médico (prevención del delirium, aumento de sedestación en las primeras 24 horas y movilización precoz, con menor UPP, aumentar camas en URF, entre otras medidas).