



Revista Clínica Española



<https://www.revclinesp.es>

1159 - ESTUDIO DE LOS FACTORES RELACIONADOS CON MAYOR RIESGO DE REFRACTURA Y MORTALIDAD EN PACIENTES ANCIANOS INGRESADOS POR FRACTURA DE CADERA

María del Rocío Fernández Díaz, Michel Martos Ruiz y María del Pilar Aguilar Jaldo

Medicina Interna, Hospital Universitario San Cecilio, Granada, España.

Resumen

Objetivos: Analizar los factores relacionados con un mayor riesgo de refractura y mortalidad en los pacientes ingresados por fractura de cadera.

Métodos: Estudio analítico, observacional, retrospectivo, de casos y controles incluyendo todos los pacientes mayores de 75 años dados de alta por fractura de cadera en un hospital de segundo nivel, entre el 1 de enero y el 30 de abril de los años 2019 y 2024. Se analizaron distintas variables demográficas, clínicas, analíticas y terapéuticas; comparando entre aquellos pacientes que presentaron una refractura al año y los que no, así como los que fallecieron al año y los que no.

Resultados: Se incluyeron 178 pacientes que cumplían los requisitos para el estudio. La mediana de edad fue de 85 años siendo el 29% mujeres. En cuanto a la comorbilidad previa al ingreso, el 25,8% de los pacientes era diabético y el 7,3% presentaba osteoporosis. La mediana de la escala Barthel fue de 55 puntos. La media de hemoglobina al ingreso fue de 12,1 g/dL y el filtrado glomerular medio del 56,9 ml/min/m³. Respecto a la prevalencia de tratamiento previo: el 52,2% tomaba inhibidores de la bomba de protones, el 23,6% estatinas y el 25,3% antidepresivos, mientras que tan solo 2 pacientes tomaba corticoides. El 18% de pacientes tomaba calcio y vitamina D, pero tan solo el 6,7% recibía antiosteoporótico. En cuanto a las condiciones al alta, al 49,4% de pacientes se pautó calcio/vitamina D, mientras que al 35,4% se les indicó antiosteoporótico, siendo los bifosfonatos los más comúnmente empleados (19,1%). En nuestra cohorte no identificamos ningún factor de riesgo asociado a un mayor riesgo de refractura al año de tratamiento (tabla 1). Por otro lado, los pacientes varones asociaron un riesgo de mortalidad hasta 7 veces mayor, mientras que el tratamiento con estatinas presentó una tendencia a asociar mayor mortalidad sin conseguir la significación estadística (tabla 2).

	Conjunto de pacientes	Refractura al año	No fractura al año	p Valor	OR
Total de pacientes	178	10	168		
Sexo	Mujeres: 52 (29,2%) Hombres: 126 (70,8%)	Mujeres: 2 (20%) Hombres: 8 (80%)	Mujeres: 50 (29,8%) Hombres: 118 (70,2%)	0,51	0,59 (0,12-2,88)
Edad (años) (mediana y RIQ)	85 (79,5-89,5)	86 (76-89,25)	85 (80-90)	0,33	
Filtrado Glomerular (ml/ min/1,73m ²) (media y DE)	56,9 (23,9)	57,8 (22,36)	63,69 (24,06)	0,68	
Hemoglobina (g/ dL) (media y DE)	12,14 (1,70)	12,79 (2,02)	12,24 (1,69)	0,69	
Diabetes Mellitus	46 (25,8%)	2 (20%)	44 (26,2%)	0,66	0,71 (0,14-3,45)
Osteoporosis diagnosticada previa	13 (7,3%)	0	13 (7,7%)	0,36	0,94 (0,9-1,98)
Barthel (mediana, RIQ)	55 (35-85)	37,5 (17,5-76,25)	57,5 (40-96,25)	0,56	
Tratamiento con IBP	93 (52,2%)	5 (50%)	88 (52,4%)	0,88	0,91 (0,25-3,26)
Tratamiento con estatina	42 (23,6%)	2 (20%)	40 (23,8%)	0,78	0,80 (0,16-3,92)
Tratamiento con corticoide	2 (1,1%)	0	2 (1,2%)	0,73	0,94 (0,91-1,98)
Tratamiento con antidepresivos	45 (25,3%)	4 (40%)	41 (24,4%)	0,27	2,07 (0,56-7,68)
Tratamiento con calcio/vitamina D	32 (18%)	0	32 (19%)	0,13	0,93 (0,89-1,97)
Tratamiento osteoporosis previo	12 (6,7%)	0	12 (7,1%)	0,38	0,94 (0,9-1,97)
Revisión en consulta Medicina Interna	43 (24,2%)	3 (30%)	40 (23,8%)	0,66	1,37 (0,34-5,55)
Tratamiento con calcio/vitamina D al alta	88 (49,4%)	5 (50%)	83 (49,4%)	0,97	1,02 (0,29-3,67)
Tratamiento osteoporosis al alta	63 (35,4%)	4 (40%)	59 (35,1%)	0,75	1,23 (0,33-4,54)
Tipo de tratamiento osteoporótico	Bifosfonatos: 34 (19,1%) Denosumab: 23 (12,9%) Osteoformador: 6 (3,4%)	Bifosfonatos: 2 (20%) Denosumab: 2 (20%) Osteoformador: 0	Bifosfonatos: 32 (19%) Denosumab: 21 (12,5%) Osteoformador: 6 (3,6%)	0,85	

	Fallecidos al año	No fallecidos	p Valor	OR
Total de pacientes	20	158		
Sexo	Mujeres: 10 (50%) Hombres: 10 (50%)	Mujeres: 116 (73,4%) Hombres: 42 (26,6%)	0,03	2,76 (1,07-7,1)
Edad (años) (mediana y RIQ)	85,5 (82-90,75)	85 (79-89)	0,24	
Filtrado Glomerular (ml/min/1,73m ²) (media y DE)	57,2 (24,66)	64,28 (23,81)	0,94	
Hemoglobina (g/dL) (media y DE)	11,7 (1,79)	12,3 (1,69)	0,73	
Diabetes Mellitus	6 (30%)	40 (25,3 %)	0,65	1,26 (0,45-3,5)
Osteoporosis diagnosticada previa	0	13 (8,2%)	0,18	0,88 (0,83-0,93)
Barthel (mediana, RIQ)	60 (35-100)	50 (35-81,25)	0,94	
Tratamiento con IBP	9 (45%)	84 (53,2%)	0,49	0,72 (0,28-1,84)
Tratamiento con estatina	8 (40%)	34 (21,5%)	0,07	2,4 (0,92-6,43)
Tratamiento con corticoide	0	2 (1,3%)	0,61	0,89 (0,84-1,94)
Tratamiento con antidepresivos	3 (15%)	42 (26,6%)	0,26	0,49 (0,14-1,75)
Tratamiento con calcio/vitamina D	1 (5%)	31 (19,6%)	0,11	0,22 (p,03-1,67)
Tratamiento osteoporosis previo	0	12 (7,6%)	0,2	0,88 (0,84-1,93)
Revisión en consulta Medicina Interna	3 (15%)	40 (25,3%)	0,31	0,52 (0,15-1,87)
Tratamiento con calcio/vitamina D al alta	7 (35%)	81 (51,3%)	0,17	0,51 (0,19-1,35)
Tratamiento osteoporosis al alta	5 (25%)	58 (36,7%)	0,30	0,58 (0,2-1,66)
Tipo de tratamiento osteoporótico	Bifosfonatos: 3 (15%) Denosumab: 2 (10%) Osteoformador: 0	Bifosfonatos: 31 (19,6%) Denosumab: 21 (13,3%) Osteoformador: 6 (3,8%)	0,99	

Discusión: La fractura de cadera supone una importante causa de morbilidad en los ancianos, con tasas de mortalidad del 33% el año posterior a la misma. La edad mayor a 75 años, el sexo masculino o la comorbilidad medida en índice de Charlson o por asociación a enfermedad hepática, renal, diabetes o demencia son factores relacionados a un aumento de mortalidad¹. El impacto del tratamiento crónico de los pacientes no está aclarado, mientras que los sucesivos estudios sí demuestran mejoría de los índices de mortalidad con el empleo de tratamiento antiosteoporótico tras la fractura, siendo los datos más discordantes en la disminución del riesgo de refractura².

Conclusiones: La morbimortalidad asociada a fractura de cadera puede ser modificada mediante intervenciones médicas como el empleo de tratamiento antiosteoporótico, siendo necesarios estudios con mayor número de pacientes para analizar el impacto de otros factores en el riesgo de mortalidad y refractura.

Bibliografía

1. Guzon-Illescas O, et al. Mortality after osteoporotic hip fracture: incidence, trends, and associated factors. *J Orthop Surg Res.* 2019;14(1):203. doi: 10.1186/s13018-019-1226-6
2. Dobre R, et al. Adherence to Anti-Osteoporotic Treatment and Clinical Implications after Hip Fracture: A Systematic Review. *J Pers Med.* 2021;11(5):341. doi: 10.3390/jpm11050341