



# Revista Clínica Española



<https://www.revclinesp.es>

## EA-31. - RESULTADOS DE LA APLICACIÓN DEL MODELO HOSPITALISTA EN PACIENTES SOMETIDOS A ARTROPLASTIA DE CADERA Y RODILLA

J. Buades Mateu<sup>1</sup>, D. Martínez-Urbistondo<sup>1</sup>, M. de la Torre<sup>1</sup>, A. Huerta<sup>1</sup>, J. Valentí<sup>2</sup>, A. Valentí<sup>2</sup>, F. Alegre<sup>1</sup>, F. Lucena<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Unidad de Médicos Hospitalistas. Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología. Clínica Universitaria de Navarra. Pamplona/Iruña. Navarra.

### Resumen

**Objetivos:** Valorar la aplicación del modelo hospitalista en una cohorte de pacientes de edad avanzada sometidos a la colocación de prótesis de cadera o rodilla y compararla con una cohorte histórica sin su participación.

**Métodos:** Se realizó un estudio retrospectivo en nuestro centro, en el que se incluyeron todos los pacientes mayores de 65 años intervenidos de artroplastia de cadera o rodilla por un mismo equipo quirúrgico entre 2010 y 2013, con valoración perioperatoria por el equipo de hospitalistas. Esta cohorte se comparó con una cohorte histórica de 2009 del mismo centro sin control hospitalista. Se valoró: comorbilidad cardiovascular, riesgo anestésico (medido por escala ASA), técnica anestésica, complicaciones post-operatorias, estancia media del ingreso, complejidad de los casos por APR-GRD y reingreso no programado a 30 días.

**Resultados:** La cohorte de estudio incluyó 102 pacientes, (50% varones, edad media de 75 años, 52% intervenidos de artroplastia de cadera). Las principales comorbilidades fueron la hipertensión arterial (76%), la obesidad (39%) y la diabetes mellitus tipo 2 (17%). La anestesia fue general en un 73%, 44% fueron ASA 2 y un 51% ASA 3. La tasa de complicaciones generales (hematoma/seroma de partes blandas, infección intrahospitalaria y/o delirium) fue del 28%. La estancia media fue de 8,25 días (DE  $\pm$  3,4). El peso medio de APR GRD fue de 1,91 (DE  $\pm$  0,2). El reingreso a los 30 días fue del 5%. Por otro lado, la cohorte control incluyó 50 pacientes (58% varones; edad media 77 años; 50% intervenidos de artroplastia de cadera). La estancia media fue de 8,06 días (DE  $\pm$  2,7). 54% hipertensos, 26% obesos y 16% diabéticos tipo 2. En el 70% de los casos la anestesia fue general con un 60% de ASA 2 y un 34% de ASA 3. La tasa de complicaciones generales fue del 24% y el peso medio del APR GRD fue de 1,73 (DE  $\pm$  0,1). El reingreso a los 30 días fue del 6%. En la comparación de ambas cohortes se encontró una prevalencia significativamente mayor de hipertensión arterial (p 0,016) y de enfermedad cerebrovascular (p 0,016); una mayor complejidad de los pacientes valorados por APR GRD (p 0,0001) y una tendencia de mayor riesgo quirúrgico valorado por ASA (p 0,082) en la cohorte hospitalista. Además estos pacientes mostraron tendencia a presentar una mayor comorbilidad cardíaca (p 0,09) y obesidad (p 0,099). No se encontraron diferencias significativas en la técnica anestésica, la estancia hospitalaria, el porcentaje global de complicaciones ni en el reingreso no programado a 30 días y no se detectaron eventos tromboembólicos en ninguna de las cohortes.

**Discusión:** Es necesario realizar estudios con un mayor número de pacientes para encontrar los beneficios y limitaciones reales de la aplicación del modelo hospitalista en esta población. Sin embargo este estudio sugiere que pacientes mayores de 65 años, con mayor comorbilidad y riesgo anestésico pueden ser

intervenidos de forma segura sin aumentar el tiempo de ingreso ni las complicaciones post quirúrgicas. La mayor comorbilidad cardiovascular encontrada en la cohorte de estudio puede deberse a un mayor esfuerzo diagnóstico por parte del grupo hospitalista. Cabe destacar la ausencia de complicaciones tromboembólicas en las dos cohortes, probablemente debido a la aplicación sistemática de un protocolo de profilaxis antitrombótica en todos los pacientes.

*Conclusiones:* La aplicación del modelo hospitalista en el paciente mayor sometido a artroplastia de cadera y rodilla permite intervenir pacientes de mayor complejidad, con mayor riesgo anestésico y con mayor comorbilidad cardiovascular sin detrimento del tiempo de ingreso y sin un aumento significativo de las complicaciones postoperatorias.