



Revista Clínica Española



<https://www.revclinesp.es>

V-85. - MORTALIDAD DE LOS PACIENTES OPERADOS DE FRACTURA DE CADERA: ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO DESDE LA MEDICINA INTERNA

P. Quijano Rodríguez, R. Arceo Solís, N. González Galiano, J. Rubio Prendes, C. Menéndez Losada, M. Amorín Díaz, E. García-Alcalde Suárez, M. Fernández Gutiérrez

Servicio de Medicina Interna. Fundación Hospital de Jove. Gijón. Asturias.

Resumen

Objetivos: Conocer los factores que influyen en la mortalidad de los pacientes con fractura de cadera en nuestro medio.

Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de los pacientes ingresados con fractura de cadera en los años 2012 y 2013. Se recoge la mortalidad durante el ingreso, al mes y los seis meses tras el alta, y se comparan entre los fallecidos y los supervivientes. Se obtienen los datos de las revisiones realizadas en los distintos servicios tras el alta, evolución en reingresos y datos en la historia electrónica a través del seguimiento en Atención Primaria. Se evalúa la posible influencia de los antecedentes personales y la presencia de complicaciones durante el ingreso, el índice de Charlson corregido por edad, el índice de Barthel y el ASA. También se valoró la demora quirúrgica. Se analizan los resultados en programa SPSS.

Resultados: Se recogieron datos de 133 pacientes que fueron intervenidos de fractura de cadera en los años 2012 y 2013. La mortalidad al alta fue de un 3,8%, al mes 7,5% (un paciente perdido), a los seis meses 18,0% (cuatro pacientes perdidos). No hubo diferencias por sexo. Al compararlos con los supervivientes en el tiempo, se aprecia una diferencia de edad según pasa éste: desde el alta por exitus con 83,2 años (DE 8,7) vs alta hospitalaria con 83,8 años (DE 18,7) hasta la situación a los seis meses: exitus 86,2 años (DE 9,2) vs supervivientes 82,3 años (DE 9,1) pero que no alcanza significación estadística. En la mortalidad al alta no se encuentra relación con los antecedentes, el índice de Charlson, las variables que lo componen, el ASA o el Barthel. La patología intercurrente durante el ingreso estuvo más presente en los pacientes fallecidos: respiratorios (18,2% vs 2,5%), metabólicos (11,1% vs 2,6%), infecciosos (8,3% vs 2,8%), síndrome confusional agudo (6,8% vs 2,2%), renales (5,6% vs 3,5%), aunque solo las complicaciones cardiocirculatorias alcanzaron la significación estadística (12,0% vs 1,9%, $p = 0,046$). Al mes del alta los antecedentes tampoco son concluyentes, pero la presencia de complicaciones vuelve a ser más prevalente entre los fallecidos: metabólicos (16,7% vs 6,1%), renales (16,7% vs 6,1%), cardiocirculatorios (12,0% vs 6,5%), conductuales (11,4% vs 5,7%), infecciosos (8,7% vs 7,3%), pero sólo alcanzan la significación estadística los procesos respiratorios (30,0% vs 5,7%, $p = 0,03$), o el haber presentado complicaciones en el ingreso (11,0% vs 0,0%, $p = 0,031$). Para el grupo de fallecidos dentro de los seis meses, son significativos el índice de Charlson por edad (6,5 DE 2,6 vs 5,3 DE 2,2, $p = 0,02$) y el ASA preoperatorio (3,1, DE 0,4 vs 2,7, DE 0,6; $p = 0,01$), no difiriendo entre sí el resto de los antecedentes. Si bien, los procesos intercurrentes durante el ingreso vuelven a ser más prevalentes en el grupo de fallecidos: renales (35,3% vs 16,1%), respiratorios (30% vs 17,6%), conductuales (27,9% vs 14,0%), metabólicos (27,8% vs 17,1%), cardiocirculatorios (25,0% vs 17,1%), infecciosos (21,7% vs 17,9%), pero esta vez ninguno alcanza la significación estadística ($p >$

0,05). El estudio específico de la demora quirúrgica no mostró ninguna diferencia entre los dos grupos.

Discusión: Los procesos intercurrentes durante el ingreso (cardiocirculatorios y respiratorios) y en menor medida la morbilidad previa (peor Charlson y ASA), están relacionados con una mayor mortalidad en el tiempo. El pequeño tamaño muestral no permite establecer conclusiones definitivas respecto a otras variables. El estudio específico de la demora quirúrgica no mostró ninguna influencia sobre la mortalidad.

Conclusiones: La fractura de cadera alcanza una mortalidad del 18% a los seis meses. Se relaciona tanto con factores de morbilidad previos al ingreso como a la presencia de complicaciones asociadas durante el ingreso hospitalario. Se aconseja realizar estudios epidemiológicos previos a la implantación de programas dirigidos en esta patología para establecer sus objetivos terapéuticos.