Rev Clin Esp. 2015;215 (Espec Congr):970

Revista Clínica Española

https://www.revclinesp.es

EA-162 - INFLUENCIA DE LA TERAPIA ANTIAGREGANTE EN LOS PACIENTES QUE INGRESAN POR FRACTURA DE CADERA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

B. Ruiz Estévez[1], M. Gómez Durán[1], F. Brun Romero[2], E. Sifuentes Díaz[1], M. Sánchez Rodríguez[1], V. Aragón Domínguez[1]

[1]Servicio de Medicina Interna. [2]Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología. Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz.

Resumen

Objetivos: Evaluar si existen diferencias en los tiempos quirúrgicos, evolución y pronóstico de los pacientes que se someten a cirugía de fractura de cadera y se encuentran en tratamiento antiagregante. Determinar el grado de adecuación a las Guías de Práctica Clínica (GPC) de la indicación de tratamiento antiagregante indefinido.

Métodos: Estudio retrospectivo de cohortes en el que se han incluido todos los pacientes intervenidos de cirugía de fractura de cadera de manera consecutiva entre enero de 2013 y marzo de 2015. Se han analizado variables demográficas, relacionadas con la cirugía primaria (tiempo hasta intervención, complicaciones perioperatorias, estancia media y mortalidad) y con el tratamiento en los pacientes antiagregados (tipo de antiagregante, indicación y adecuación a las GPC).

Resultados: Total de 245 pacientes, 69,8% (171) mujeres. Edad media total 78,63 ± 12,10 años. Estancia hospitalaria media de 8,99 ± 6,75 días y demora hasta la cirugía de 2,09 ± 2,63 días. Índice de Charlson (IC) medio de 5,60 ± 4,55. El 17,1% (42) desarrolló alguna complicación perioperatoria: infecciosa (7,3%), cardiovascular (3,3%), hemorrágica (2,9%) o respiratoria (0,4%). Durante los primeros 6 meses tras la fractura de cadera fallecieron 15 (6,1%) pacientes: 5 (2,04%) en el ingreso, 6 (2,44%) en los 3 meses y 4 (1,63%) entre los 3-6 meses tras la fractura. El 20,8% precisaron transfusión de hemoderivados. 87 (35,5%) estaban bajo tratamiento antiagregante: 74,7% (65) con ácido acetilsalicílico (AAS), 13,8% (12) con clopidogrel y 11,5% (10) con combinación de ambos. La distribución por sexos fue similar a la del grupo total. Edad media de 80,34 ± 11,00 años, mayor que la del total (p = 0,09). Estancia hospitalaria media de 9,89 ± 7,20 días, con una demora desde el ingreso hasta la cirugía de 2,63 ± 3,19 días, ambas mayores que en el grupo total, alcanzando significación estadística sólo la demora hasta la cirugía (p = 0,10 y p = 0,016, respectivamente). Según el tipo de antiagregante, los pacientes con clopidogrel presentaron una estancia hospitalaria y demora hasta la cirugía significativamente mayor que aquellos sin antiagregación (13,95 ± 7,8 vs 8,50 ± 6,40; 5,18 ± 5,3 vs 1,78 ± 1,96; p < 0,001 en ambos casos). El IC medio de este grupo fue de 5,89 ± 2,03. El 18,4% (16) desarrolló alguna complicación perioperatoria: infecciosa (9,2%), cardiovascular (3,4%) y otras (5,7%). Durante los primeros 6 meses tras la fractura de cadera fallecieron 6 (7,0%): 1 (1,2%) durante el ingreso, 3 (3,5%) en los primeros 3 meses y 2 (2,3%) entre los 3-6 meses tras la fractura. Las indicaciones de la antiagregación fueron: enfermedad vascular

isquémica cerebral (36; 41,4%), cardiopatía isquémica (22; 25,3%), prevención primaria (22; 25,3%) y fibrilación auricular (3; 3,4%). El 17,2% necesitaron transfusión de hemoderivados. En el 31,0% de los casos (27) la indicación de antiagregación no se adecuaba a las GPC actuales: dosis inadecuada en el 63% (17) y no indicación en el 27% (10).

Discusión: El mayor riesgo de la antiagregación en la fractura de cadera son las complicaciones relacionadas con la raquianestesia y la hemorragia quirúrgica, lo que se minimiza retrasando la cirugía, aunque ello puede asociarse a un incremento en la morbimortalidad. En nuestro estudio, los pacientes antiagregados con clopidogrel presentaron una demora hasta la cirugía y estancia hospitalaria mayor que aquellos sin antiagregación, aunque sin diferencias significativas con respecto a complicaciones perioperatorias y mortalidad. Es remarcable la elevada tasa de casos en los que la indicación de antiagregación no se adecua a las GPC actuales.

Conclusiones: Los pacientes antiagregados con clopidogrel presentaron una mayor estancia hospitalaria y demora en los tiempos quirúrgicos, sin diferencias significativas en cuanto a las complicaciones perioperatorias ni mortalidad.

0014-2565 / © 2015, Elsevier España S.L.U. y Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI). Todos los derechos reservados.