



Revista Clínica Española



<https://www.revclinesp.es>

O-005 - MORTALIDAD DE LOS ENFERMOS INGRESADOS POR FRACTURA DE CADERA OSTEOPORÓTICA EN EL Hospital NTRA. SRA. DEL PRADO

A. Muñoz, A. Roa, A. Blanco, S. Martín, L. de Matías y S. Casallo

Medicina Interna. Hospital Nuestra Señora del Prado. Talavera de la Reina (Toledo).

Resumen

Objetivos: Principal: conocer la mortalidad de los pacientes que ingresan en el Servicio de Traumatología del Hospital Nuestra Señora del Prado (HNSP) por fractura osteoporótica de cadera (FOC). Secundario: conocer las principales causas de muerte de estos enfermos y si existe relación con el tratamiento realizado.

Material y métodos: Estudio observacional, descriptivo llevado a cabo en el HNSP de Talavera de la Reina. Se incluyeron pacientes adultos > 18 años, diagnosticados de FOC, pertenecientes al área de Talavera de la Reina y que ingresaron en el Servicio de Traumatología durante el año 2015. Los datos se obtuvieron de la historia clínica informatizada (Mambrino®). Se recogieron variables epidemiológicas, clínicas y terapéuticas. Para el análisis de los datos se utilizó el paquete estadístico SPSS® versión 21.

Resultados: Se incluyeron un total de 208 pacientes, 147 mujeres (70,7%) y 61 varones (29,3%). La edad media fue de 84,96 años (DT \pm 7,79). La incidencia estimada en la población mayor de 65 años fue de 920/100.000 hab. La mortalidad fue del 4,3% en el ingreso, 12,5% a los 3 meses y 21,6% al año. No hubo diferencias significativas entre hombres y mujeres, exceptuando el ingreso, (6,6% H/3,4% M). La edad media de los enfermos fallecidos fue 84,96 años (\pm 7,79). En los 3 primeros meses 89,94 años, siendo esta diferencia significativamente mayor que la de los enfermos vivos (84,37 años; p 0,004). No se encontraron diferencias significativas de mortalidad en los enfermos que habían presentado entre sus antecedentes personales fractura previa, sedentarismo, consumo de tabaco y/o alcohol. Tampoco en los que presentaban enfermedad reumática (13,3%/12,4%), endocrinológica (10,5%/13,6%), digestiva (0%/13,3%), neoplásica 12%/12,6%, o insuficiencia renal crónica (23,3%/10,7%). Los enfermos que habían recibido tratamiento adecuado al alta vivieron más. La mortalidad en enfermos no tratados a los 3 meses fue significativamente mayor que en los tratados adecuadamente, 10,9%/7,3% (p > 0,001). Los enfermos no tratados de forma adecuada por protocolo presentaron mortalidad del 40,9%, (p 0,001). Estas diferencias se mantienen en el tiempo a los 6, 12 y 24 meses (15,5%, 20,9% y 24,1%) para los no tratados, (7,3%, 7,3%, 7,3%) para los tratados adecuadamente y (54,5%, 65,8% y 82%) para los no tratados por protocolo (deterioro marcado físico y/o psíquico).

Discusión: Encontramos cifras elevadas de mortalidad tras sufrir una FOC. Los enfermos más ancianos, en peor situación clínica con deterioro marcado físico/psíquico son los que presentan mayores cifras. En nuestra serie, no hemos encontrado que la presencia de enfermedades concomitantes, ni el sexo se asocian a una mayor mortalidad. El hecho de instaurar tratamiento para la enfermedad osteoporótica reduce significativamente la mortalidad y esta reducción se mantiene en el tiempo, por lo que consideramos interesante adoptar medidas para que estos enfermos reciban a su alta el tratamiento más adecuado a su

situación.

Conclusiones: La mortalidad por fractura de cadera es muy elevada. Los enfermos más ancianos, en peor situación clínica y, en especial, los que no reciben tratamiento al alta presentan mayor mortalidad. La presencia de enfermedades concomitantes no se asoció a una mayor mortalidad. Los enfermos que reciben tratamiento adecuado para la OP presentan cifras inferiores de mortalidad y este efecto beneficioso se mantiene en el tiempo. Consideramos una necesidad establecer protocolos de tratamiento al alta.