



## 1334 - ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE PACIENTES CON FRACTURA DE CADERA EN SEGUIMIENTO POR INTERCONSULTA POR MEDICINA INTERNA EN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

*Laura Lucena Torres, Clara Beatriz Palacios Morenilla y Carlos García de los Ríos*

*Hospital Universitario Virgen de las Nieves de Granada, Granada, España.*

### Resumen

**Objetivos:** Describir los sujetos con fractura de cadera con interconsulta (HIC) solicitada por Cirugía Ortopédica y Traumatología al servicio de Medicina Interna.

**Métodos:** Estudio descriptivo, unicéntrico, retrospectivo. Se recopilaban consecutivamente los datos clínico-epidemiológicos de las fracturas de cadera producidas entre enero 2023 y marzo 2023 en el Hospital Universitario Virgen de las Nieves de Granada.

**Resultados:** Se estudiaron 50 sujetos con fractura de cadera, 70% mujeres, con edad media de 83,8 años. El 54% ingresados por fractura de cadera pertrocantérea, 42% subcapital y 4% subtrocantérea. Como antecedentes personales de interés presentaban hipertensión arterial (HTA) (76%), diabetes mellitus (DM) (40%), hipercolesterolemia (30%), insuficiencia cardíaca (IC) (30%), fibrilación auricular (FA) (34%), prótesis metálica valvular (6%), estenosis aórtica (10%), patología respiratoria (EPOC 16%, asma 14%), cardiopatía isquémica (18%), accidente cerebrovascular (14%), enfermedad arterial periférica o vascular establecida (14%), anticoagulados (antivitamina K 26%, anticoagulantes de acción directa 12%), antiagregados (32%) la mayoría con aspirina, anemia (18%), osteoporosis/osteopenia (14%), déficit vitamina D (6%), fractura previa (10%), trastorno psiquiátricos (22%) y demencia (16%). El 12% institucionalizados y como hábitos tóxicos el 6% presentaba tabaquismo activo. La mayoría fueron intervenidos quirúrgicamente (98%) y las HIC se realizaron tras la cirugía (70%). Entre los motivos por los que se solicitó HIC: la disnea (26%), pruripatología (18%), HTA/glucemias (10%), fiebre (14%), alteraciones digestivas (4%), FA (2%), dolor torácico (2%), bajo nivel de conciencia (6%) y otros (18%) como recorte del ritmo de diuresis o hemorragia digestiva. Recibieron una media de 10,2 días de seguimiento destacando como complicaciones la descompensación de HTA (12%), DM (14%), anemia (52%) que requirió transfusión (50%), infección (64%) con foco urinario (28%) estando el 100% de los pacientes con sondaje vesical durante la hospitalización, IC (26%), FA *de novo* o con ritmo ventricular rápido (18%), insuficiencia respiratoria (18%), enfermedad renal crónica o fracaso renal agudo (12%), síndrome confusional (32%), estreñimiento (18%) y las alteraciones iónicas (16%). Fallecieron durante el ingreso 5 pacientes (10%) y otros 5 durante el primer mes por cualquier otra causa. Precisarons ajuste de medicación crónica 15 sujetos (30%) y se dejaron recomendaciones al alta de Traumatología a 17 (34%).

**Conclusiones:** La coexistencia de comorbilidades, tratarse de pacientes polimedicados y el deterioro cognitivo da como resultado altas tasas de complicaciones en esta población<sup>1</sup>. Estudios prospectivos han demostrado que la posibilidad de desarrollar infección respiratoria o insuficiencia cardíaca es elevada y todo ello con implicación en la mortalidad, siendo un objetivo para la evaluación médica especializada<sup>2</sup>. Se han descrito tasas de complicación del 20-75% según las series. La mayoría de las complicaciones no están directamente asociadas con el procedimiento quirúrgico, representando éstas tan solo el 6,9%. Además, se ha demostrado que son las complicaciones médicas las que están asociadas con un aumento de la mortalidad<sup>3</sup>. La literatura confirma la necesidad de equipos multidisciplinares, con tendencia a los modelos de asistencia compartida, con repercusión directa en la mortalidad<sup>4-7</sup>. Por todo ello, y de acuerdo con lo reflejado en nuestra serie, en la asistencia de estos pacientes complejos la implicación de un equipo multidisciplinar con médicos internistas se prevé fundamental.

## **Bibliografía**

1. Tosounidis TH, Castillo R, Kanakaris NK, *et al.* Common complications in hip fracture surgery: Tips/tricks and solutions to avoid them. *Injury*. 2015 Nov 1;46:S3-11.
2. Roche JJW, Wenn RT, Sahota O, *et al.* Effect of comorbidities and postoperative complications on mortality after hip fracture in elderly people: prospective observational cohort study. *BMJ*. 2005 Dec 8;331(7529):1374.
3. Knauf T, Hack J, Barthel J, *et al.* Medical and economic consequences of perioperative complications in older hip fracture patients. *Arch Osteoporos*. 2020 Dec;15(1):174.
4. Folbert EC, Hegeman JH, Vermeer M, *et al.* Improved 1-year mortality in elderly patients with a hip fracture following integrated orthogeriatric treatment. *Osteoporos Int*. 2017;28(1):269-77.
5. Gosch M, Hoffmann-Weltin Y, Roth T, *et al.* Orthogeriatric co-management improves the outcome of long-term care residents with fragility fractures. *Arch Orthop Trauma Surg*. Oct;136(10):1403-9.
6. Middleton M, Wan B, da Assunção R. Improving hip fracture outcomes with integrated orthogeriatric care: a comparison between two accepted orthogeriatric models. *Age Ageing*. 2017;46(3):465-70.
7. Sabharwal S, Wilson H. Orthogeriatrics in the management of frail older patients with a fragility fracture. *Osteoporos Int*. 2015;26(10):2387-99.