



318 - IMPACTO DE LA INTRODUCCIÓN DE UN PROGRAMA DE ASISTENCIA COMPARTIDA CON MEDICINA INTERNA EN PACIENTES CON FRACTURA DE CADERA DE UN HOSPITAL COMARCAL

Ana Rodríguez Álvarez¹, José López Castro², Blanca Ayuso García³, Yoana Besteiro Balado³, Rubén Darío Martínez Casas³, Alba Tobío Romero³ y Álvaro Marchán López²

¹Hospital Público da Mariña/SERGAS, Lugo, España. ²Hospital Público de Monforte/SERGAS, Lugo, España. ³Hospital Universitario Lucus Augusti/SERGAS, Lugo, España.

Resumen

Objetivos: El objetivo principal de este estudio fue evaluar el impacto de la Asistencia Compartida con Medicina Interna en los resultados hospitalarios (mortalidad, estancia) y el tratamiento para la osteoporosis en pacientes hospitalizados con fractura de cadera en comparación con un control histórico ya caracterizado previamente.

Métodos: Estudio observacional prospectivo unicéntrico en pacientes hospitalizados con fractura de cadera con y sin atención por un programa de Asistencia Compartida de Medicina Interna en un hospital comarcal.

Resultados: Se incluyeron 207 pacientes en total. Los 97 pacientes que recibieron Asistencia Compartida fueron en su mayoría mujeres (73,6%) con una mediana de edad de 88 años (rango intercuartílico 83-92) con elevada comorbilidad (mediana del índice de Charlson de 6 puntos) y una prevalencia elevada de demencia (46%), dependencia para las actividades básicas (50%) y anticoagulación (25%). A pesar de no haber diferencias en cuanto a edad, sexo ni situación cognitiva y funcional, se observó una disminución de la mortalidad a 30 días respecto a los 110 controles sin Asistencia Compartida (9,3% frente a 20,0%), así como una mayor tasa de tratamiento antiosteoporótico, tanto de calcio/vitamina D (87,8% frente a 60,7%), como de antirresortivos y osteoformadores (42,4% frente a 15,7%), sin impactar en la estancia ni la mortalidad intrahospitalaria.

Tabla 1. Características de los 97 pacientes valorados en Asistencia Compartida

Variable	n (%)
Sexo, varón	30 (30,9)
Edad, años; mediana (P25-75)	88 (83-92)

Demora de la primera valoración por Medicina Interna, días; mediana (P25-75)	1 (1-2)
Antecedentes	
Hipertensión	71 (73,2)
Diabetes	22 (22,7)
Enfermedad renal crónica	16 (16,5)
Cardiopatía isquémica	9 (9,3)
Insuficiencia cardíaca	21 (21,6)
Fibrilación auricular	22 (22,7)
Ictus previo	11 (11,3)
EPOC	6 (6,2)
Neoplasia activa	9 (9,3)
Consumo de alcohol	7 (7,2)
Deterioro cognitivo	45 (46,4)
Índice de Charlson	6 (5-7)
Dependiente para las ABVD	49 (50,5)
Institucionalizados	20 (20,6)
Tratamiento farmacológico habitual	
IECA/ARA-II/ARNi	39 (40,2)

Antialdosterónicos	4 (4,2)
Betabloqueantes	27 (27,8)
Tiazidas	10 (10,3)
Antidiabéticos orales	19 (19,6)
Digoxina	4 (4,2)
Anticoagulantes orales	24 (24,7)
Acenocumarol	11 (11,3)
Acción directa	13 (13,4)

Tabla 2. Resultados pacientes con AC (n = 97) y controles históricos (n = 110)

Variable	AC, n (%)	Controles, n (%)	p
Sexo, varón	30 (30,9)	23 (20,9)	0,137
Edad, años; mediana (P25-75)	88 (83-92)	87 (84-92)	0,886
Deterioro cognitivo	45 (46,4)	47 (55,3)*	0,294
Dependiente para las ABVD	49 (50,5)	41 (37,6)**	0,085
Mortalidad hospitalaria	8 (8,2)	11 (10,0)	0,846
Mortalidad a 30 días	9 (9,3)	22 (20,0)	0,049
Estancia, días; mediana (P25-75)	6 (4-8)	5 (4-8)	0,192

Reingreso a 30 días	7 (7,9)	10 (10,1)	0,594
Calcio/vitamina D a los 30 días	87 (87,8)	54 (60,7)	0,001
Antirresortivos/osteoformadores a los 30 días	42 (42,4)	14 (15,7)	0,001

Conclusiones: La Asistencia Compartida por Medicina Interna de pacientes con fractura de cadera osteoporótica se asoció con una disminución de la mortalidad a medio plazo y un aumento del tratamiento antiosteoporótico en un hospital comarcal.