



EA-150 - COMORBILIDAD COMO FACTOR DE RIESGO DE MORTALIDAD EN LA FRACTURA DE CADERA

C. Gonzalez de Villaumbrosia, J. Martínez Peromingo, C. Oñoro Algar, M. Asenjo Martínez, T. Álvarez Espejo Montiel, M. Angelina García, R. Barba Martín

Servicio de Medicina Interna/Geriatría. Hospital Universitario Rey Juan Carlos. Móstoles (Madrid).

Resumen

Objetivos: La fractura de cadera es un problema frecuente que ocurre generalmente en pacientes ancianos, con mucha comorbilidad, por lo que la supervivencia de dichos pacientes está condicionada por aspectos no solo relacionados con la fractura y la intervención. Decidimos analizar la mortalidad durante el ingreso de la fractura de cadera en nuestro país en relación con la comorbilidad para determinar hasta qué punto los factores asociados condicionaban el pronóstico del paciente.

Métodos: Analizamos todas las fracturas de cadera ingresadas en los hospitales de España durante el año 2012. Se usó el CMBD (Conjunto Mínimo Básico de Datos) cuyos datos fueron cedidos por el ministerio de Sanidad, incluyéndose todos los pacientes con un código diagnóstico 820.xx. Se consideró fractura de cadera secundaria aquella que no aparecía en el código diagnóstico principal. Para cada caso se calculó el índice de Charlson que determina la comorbilidad del paciente, ajustado por edad. Se analizó la mortalidad intrahospitalaria de los pacientes ingresados por esta patología y la asociación de la comorbilidad con el exitus

Resultados: En el año 2012 ingresaron 51.520 fracturas de cadera en nuestro país. EL 93% de ellas ingresaron en traumatología, un 2,5% en medicina interna, un 1,7% en geriatría. La edad media de los pacientes fue de 81,14 años (DE 11,6), y el 73% de los pacientes eran mujeres. El 90,9% tenían un índice de Charlson > 2 (ajustado por edad), un 10,8% eran dementes y un 3,6% tenían neoplasia. El 96,2% de los pacientes tuvieron una fractura de cadera como motivo de ingreso y un 3,8% de ellos presentaron una fractura de cadera secundaria (producida durante el ingreso). La estancia media fue de 11,4 (9,6) días, y un 5,5% de los pacientes fallecieron durante el ingreso. Cuando se compara los pacientes que tuvieron una fractura secundaria se ve que estos pacientes tienen una estancia media mucho mayor (18,2 vs 11,1; $p < 0,001$), y una mortalidad muy superior (16,1% vs 5,1%) y tienen con más frecuencia un índice de Charlson > 2 (91,3% vs 81,3%). Un 89,7% de los pacientes fueron intervenidos durante el ingreso. Cuando consideramos los pacientes ingresados por fractura de cadera, el tiempo medio hasta la intervención fue de 3,72 días. El 56% de los pacientes se intervino antes de las 72 horas. La mortalidad en los pacientes intervenidos más allá de las 72 horas fue superior a la de los pacientes intervenidos precozmente (4,4% vs 3,1%; RR 1,41 IC95% 1,26-1,58). La mortalidad de los pacientes con Charlson > 2 fue de 6% frente a 1,2% en los pacientes con un Charlson inferior. Tener un Charlson > 2 multiplica por 5 el riesgo de fallecer (RR 5,4 IC95%

4,1 vs 7,1) en el análisis univariado y 3 veces cuando se ajusta por sexo, edad o tiempo de intervención (OR 3,3 IC95% 2,8-3,8). La estancia media fue 1 día superior en los pacientes con Charlson más elevado (11,5 vs 10,8; $p < 0,001$).

Discusión: La fractura de cadera es una patología frecuente en los pacientes ancianos, y la comorbilidad va a ser un factor muy importante que determine el pronóstico de estos pacientes. Las intervenciones precoces (menos de 72 horas) se asocian a menor mortalidad, por lo que debería valorarse precozmente a los pacientes para determinar si pueden ser intervenidos y así que este factor contribuya a su mejor pronóstico. Los servicios médicos pueden apoyar con su valoración a los servicios de traumatología para favorecer las intervenciones precoces y las valoraciones adecuadas de los pacientes con especial riesgo.