



## 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<sup>1</sup>, M. Gómez Durán<sup>1</sup>, F. Brun Romero<sup>2</sup>, E. Sifuentes Díaz<sup>1</sup>, M. Sánchez Rodríguez<sup>1</sup>, V. Aragón Domínguez<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. <sup>2</sup>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  $78,63 \pm 12,10$  años. Estancia hospitalaria media de  $8,99 \pm 6,75$  días y demora hasta la cirugía de  $2,09 \pm 2,63$  días. Índice de Charlson (IC) medio de  $5,60 \pm 4,55$ . 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  $80,34 \pm 11,00$  años, mayor que la del total ( $p = 0,09$ ). Estancia hospitalaria media de  $9,89 \pm 7,20$  días, con una demora desde el ingreso hasta la cirugía de  $2,63 \pm 3,19$  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 ( $13,95 \pm 7,8$  vs  $8,50 \pm 6,40$ ;  $5,18 \pm 5,3$  vs  $1,78 \pm 1,96$ ;  $p < 0,001$  en ambos casos). El IC medio de este grupo fue de  $5,89 \pm 2,03$ . 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 morbilidad. 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.