

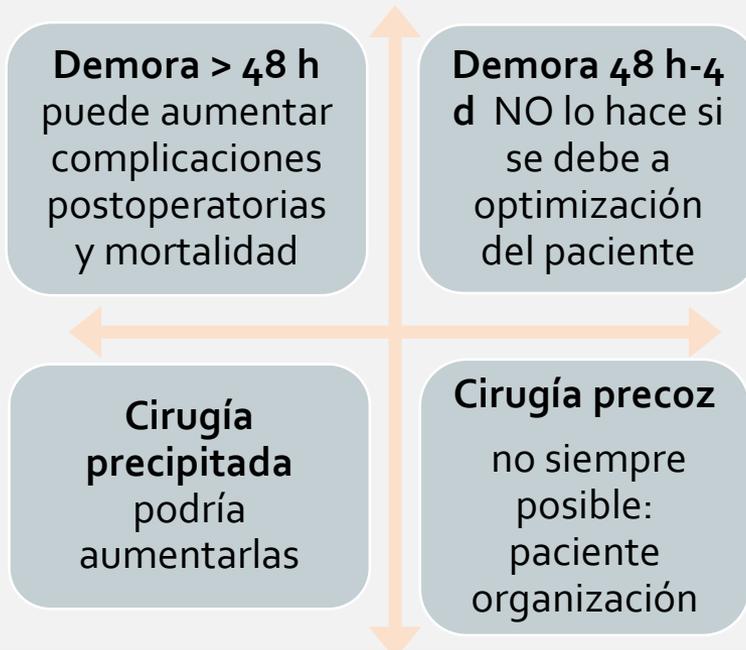
**FRACTURAS DE CADERA EN ANCIANOS. ANÁLISIS DE LAS CAUSAS DEL
RETRASO PARA
LA CIRUGÍA Y SU IMPACTO SOBRE LA MORTALIDAD.**
GONZÁLEZ-NAVARRO B, LIZAUR-UTRILLA A, MAHIQUES-SEGURA G,
RUBIO-MORALES M,
HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE ELDA.

- ✓ La fractura de cadera representa una lesión frecuente y severa en pacientes de edad avanzada con baja reserva fisiológica y comorbilidades previas.
- ✓ Es de elección el tratamiento quirúrgico, salvo en pacientes con pronóstico infausto. No obstante, conlleva una alta mortalidad cifrándose en un 37% al año en hombres y un 26% en mujeres.
- ✓ En multitud de estudios se ha discutido acerca de los factores de riesgo que pueden asociarse al incremento de mortalidad postoperatoria. Destaca la edad avanzada, sexo masculino, el hecho de vivir en un geriátrico antes de la fractura, capacidad funcional baja previa a la fractura, y la presencia de enfermedades concomitantes.
- ✓ Entre los factores de riesgo, en la última década ha cobrado importancia el retraso en proceder a la cirugía cuando es mayor de 48 horas.

JUSTIFICACIÓN, HIPÓTESIS Y OBJETIVOS

FRACTURAS DE CADERA EN ANCIANOS. ANÁLISIS DE LAS CAUSAS DEL RETRASO PARA LA CIRUGÍA Y SU IMPACTO SOBRE LA MORTALIDAD.
González-Navarro B, Lizaur-Utrilla A, Mahiques-Segura G, RUBIO-MORALES M,
Hospital General Universitario de Elda.

Existe controversia en la bibliografía en cuanto a la demora quirúrgica:



HIPÓTESIS:

Los pacientes de edad, con fractura de cadera y comorbilidad activa severa, deberían recibir tratamiento médico previo a la intervención quirúrgica para la optimización de su estado general y superar más favorablemente la cirugía.

Ese retraso de la intervención debería tener una influencia positiva sobre la mortalidad postoperatoria.

OBJETIVOS PRINCIPALES

1. Identificar las causas de demora quirúrgica en los pacientes ancianos con fractura de cadera.
2. Analizar el impacto de estas causas sobre la mortalidad postquirúrgica.

OBJETIVOS SECUNDARIOS

1. Determinar si otros factores de riesgo de mortalidad descritos en la literatura tenían influencia de acuerdo a las causas de demora quirúrgica.

MATERIAL Y MÉTODOS

FRACTURAS DE CADERA EN ANCIANOS. ANÁLISIS DE LAS CAUSAS DEL RETRASO PARA LA CIRUGÍA Y SU IMPACTO SOBRE LA MORTALIDAD.
González-Navarro B, Lizaur-Utrilla A, Mahiques-Segura G, RUBIO-MORALES M,
Hospital General Universitario de Elda.

Diseño y ética del estudio

- Estudio de cohortes prospectivo

Criterios de inclusión

- Edad > 65 años
- Fractura de cadera
- Indicación quirúrgica

Criterios de exclusión

- Indicación no quirúrgica
- Mortalidad antes de cirugía
- Indicación de prótesis total
- Fractura previa de cadera
- Fractura periimplante
- Fractura patológica
- Otra fractura concomitante
- Neoplasia maligna asociada

Población de estudio

Pacientes atendidos en el Servicio de COT del Hospital Universitario de Elda, entre Enero de 2012 y Diciembre de 2017

Variables principales

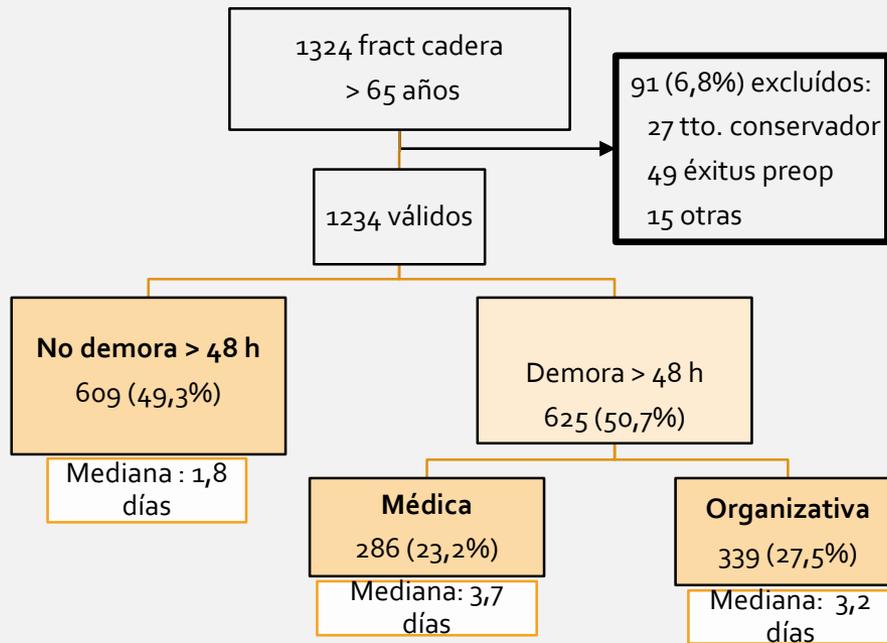
- Demora quirúrgica (ingreso-cirugía)
- En caso de demora, causa médica o organizativa
- Tasa de mortalidad

Variables secundarias

- Demográficas (edad, género, IMC)
- Comorbilidades:
 - Índice de Charlson (≤ 2 vs. > 2)
 - ASA (1-2 vs. < 2)
- Estado general del paciente:
 - Escala de Katz (independencia AVD, escala 0-6)
 - SF12 (calidad vida, escala 0-100)
 - Test mental de Hodkinson (0-10, deterioro < 6)
- Periquirúrgicas:
 - Tipo de fractura (intra vs. extra capsular)
 - Tipo de cirugía (fijación vs. hemiartroplastia)
- Complicaciones:
 - Médica y quirúrgicas

RESULTADOS

Grupos de Estudio



FRACTURAS DE CADERA EN ANCIANOS. ANÁLISIS DE LAS CAUSAS DEL RETRASO PARA LA CIRUGÍA Y SU IMPACTO SOBRE LA MORTALIDAD.
González-Navarro B, Lizaur-Utrilla A, Mahiques-Segura G, RUBIO-MORALES M,
Hospital General Universitario de Elda.

Causas médicas (n= 286)

Enf pulmonar crónica	68 (23,8%)
Terapia antiplaquetaria	66 (23,1%)
Arritmia cardíaca	42 (14,7%)
Neumonía	26 (9,1%)

Causas organizativas (n= 339)

Qx no disponible	78 (23%)
Respuesta cta médica esp	68 (20%)
Ingreso fin de semana/festivo	64 (18,9%)

P-20

- ✓ El grupo con demora médica presentaba comorbilidades más severas y con significativamente peor grado ASA ($p=0,001$) e índice de Charlson ($p=0,001$) que los otros dos grupos.
- ✓ Las comorbilidades más prevalentes en todos los grupos fueron hipertensión, enfermedad cardíaca, diabetes y enfermedad pulmonar obstructiva crónica.
- ✓ No había diferencia significativa en la tasa de pacientes complicados entre el grupo sin demora y el de demora médica ($p=0,302$), pero el grupo con demora organizativa presentó una tasa significativamente mayor que los otros dos grupos ($p=0,001$).
- ✓ Las diferencias correspondían a infección urinaria ($p=0,047$), exacerbación de enfermedad pulmonar ($p=0,004$) y neumonía ($p=0,039$).

RESULTADOS

- ✓ Factores de riesgo significativos para la ocurrencia de complicaciones postoperatorias la edad avanzada (OR: 1,3; IC 95%: 1,1-3,1; p= 0,004), género varón (OR: 1,1; IC 95%: 1,05-2,8; p= 0,023), enfermedad pulmonar crónica (OR: 1,6; IC 95%: 1,01-3,05; p= 0,016) y la demora por causa organizativa (OR: 1,9; IC 95%: 1,3-4,2; p= 0,002).
- ✓ La mortalidad a largo plazo de 1 año fue significativamente mayor en el grupo de demora organizativa (p= 0,009), mientras que no había diferencia entre el grupo sin demora y el de demora médica (p= 0,231).
- ✓ Las principales causas de muerte fueron neumonía (31,3%) y fallo cardíaco (22,4%).
- ✓ Factores de riesgo significativos para la ocurrencia de mortalidad a 1 año, la edad avanzada (OR: 1,2; IC 95%: 1,03-2,2; p= 0,003) y la demora por causa organizativa (OR: 2,3; IC 95%: 1,1-5,3; p= 0,002)

CONCLUSIONES

P-20

- ✓ La demora quirúrgica mayor de 48 horas y no mayor de 4 días no se asociaba a un aumento de las complicaciones postoperatorias o de la mortalidad a un año si esa demora estaba dirigida a la optimización del paciente con estado de salud comprometido a su ingreso.
- ✓ Consideramos inadecuado como objetivo de calidad institucional la tasa global de cirugía en las primeras 48 horas. Debería de ser individualizado para cada paciente, realizando la cirugía precoz en aquellos pacientes sin comorbilidad activa en el momento del ingreso.
- ✓ La demora quirúrgica mayor de 48 horas por causas organizativas es un significativo factor de riesgo de complicaciones y mortalidad a un año