



Revista Española de Salud Pública

ISSN: 1135-5727

resp@msc.es

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales
e Igualdad
España

Alarcón, Teresa; González-Montalvo, Juan Ignacio; Mauleon, José Luis; Menéndez Colino, Rocío
Demora del tratamiento quirúrgico de la fractura de cadera. Un suma y sigue de problemas
Revista Española de Salud Pública, vol. 89, núm. 1, enero-febrero, 2015, pp. 117-118

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad
Madrid, España

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=17033372013>

- ▶ Cómo citar el artículo
- ▶ Número completo
- ▶ Más información del artículo
- ▶ Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

CARTA A LA DIRECCIÓN

DEMORA DEL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA FRACTURA DE CADERA. UN SUMA Y SIGUE DE PROBLEMAS

Teresa Alarcón (1), Juan Ignacio González-Montalvo (1), José Luis Mauleon (2) y Rocío Menéndez Colino (1).

(1) Servicio de Geriatría. Hospital Universitario La Paz. IdiPAZ. Madrid.

(2) Servicio de Traumatología. Hospital Universitario La Paz. Madrid.

Hemos leído con atención el artículo de Etxebarria-Foronda et al¹ en el que estudian la mortalidad y costes asociados a la demora del tratamiento quirúrgico por fractura de cadera (FC). Tras analizar una muestra de 1.856 intervenciones con una estancia preoperatoria de 2,7 días y una postoperatoria de 9,7 días y un coste medio por ingreso de 12.552 euros, encuentran que la demora quirúrgica muestra una clara influencia en el coste del proceso. Hecho que no debe pasar desapercibido en estos tiempos en que es necesario modificar las prácticas que se demuestren superadas por otras menos costosas.

En España la mediana de tiempo entre el ingreso y la intervención se sitúa alrededor de los 3 días y hasta el 25% de los pacientes son intervenidos después del sexto día², cifras muy superiores proba-

blemente a las de los países de desarrollo similar al nuestro, sobre todo teniendo en cuenta que las principales guías de práctica clínica recomiendan que la intervención se realice en las primeras 24 o 48 horas tras la FC^{3,4}.

La demora quirúrgica, además de aumentar el coste por proceso, puede afectar al propio paciente. Durante los últimos 20 años la asociación entre el retraso quirúrgico y la mortalidad tras la FC ha sido un tema muy controvertido⁵, si bien se acepta que en los retrasos importantes entre la FC y la intervención quirúrgica (superiores a 3 días) se encuentra una mayor mortalidad en los pacientes intervenidos tardíamente. La cirugía tardía se asocia también con un incremento de las infecciones, las ulceras por presión y otras complicaciones médicas^{6,7}, el incremento de días con dolor⁸,

Correspondencia
Teresa Alarcón Servicio de Geriatría.
Hospital Universitario La Paz
Paseo de Castellana 261.
28046 Madrid
mteresa.alarcon@salud.madrid.org

más reingresos en el primer mes tras el alta⁹, mayores costes de la asistencia y prolongación de la estancia hospitalaria postoperatoria y global.

En esta línea queremos presentar los resultados preliminares de un estudio realizado en 467 pacientes que ingresaron desde el Servicio de urgencias por fractura de cadera (FC) y cuya edad media fue 85,02 (DE 6,9) años. La media de tiempo hasta la cirugía fue de 3,2 días (DE 2,1) y la estancia media hospitalaria de 10,8 días (DE 4,3). El objetivo del estudio fue conocer aquellos factores que se asociaban con la situación funcional al alta tras una FC. Tras el análisis de regresión, las variables asociadas de forma independiente con peor resultado funcional al alta (necesidad de ayuda de más de una persona para caminar, frente a caminar sólo o con una persona) fueron la edad avanzada, peor deambulación y situación funcional global previas y la mayor comorbilidad, así como el retraso quirúrgico. De todas ellas sólo el retraso quirúrgico es modificable. Sin duda mejorar la función de estos pacientes no sólo le aporta beneficios a él mismo y a su entorno familiar, también precisarán menos ayudas y aumentará la posibilidad de seguir viviendo en su domicilio habitual. La probabilidad de ingresar en una residencia aumenta para las personas que han sufrido una FC al comparar con controles sin fractura. Se han descrito algunas circunstancias que se asocian con el traslado a residencias como son el deterioro en la movilidad, la dependencia en las actividades de la vida diaria, la presencia de complicaciones postoperatorias, el número de enfermedades concomitantes y el carecer de cuidadores en el domicilio¹⁰. Por último, los pacientes que ingresan en una residencia tras el alta por una FC muestran un incremento significativo de costes asistenciales respecto a los que son atendidos en la comunidad¹⁰.

Otros autores⁸ también encuentran asociación entre el retraso quirúrgico y un peor resultado funcional, lo que suma una razón

más para aunar los esfuerzos de todos en el objetivo de reducir dicho retraso en los hospitales de nuestro país.

BIBLIOGRAFÍA

1. Etxebarria-Foronda I, Mar J, Arrospide A, Ruiz de Egino J. Mortalidad y costes asociados a la demora del tratamiento quirúrgico por fractura de cadera. Rev Esp Salud Pública. 2013; 87: 639-49.
2. Bernal-Delgado E, Librero J, Peiró S, Leutscher E, Ridao M, Martínez N por el grupo Atlas VPM. Reparación de fractura de cadera en personas mayores. Asociación entre el tiempo hasta la intervención y la mortalidad en la fractura de cadera en el Sistema Nacional de Salud. Documento de trabajo 03-2009. [Citado 8 de enero de 2010] Disponible en: www.atlasvpm.org.
3. The British Orthopaedic Association. The care of patients with fragility fracture. London: The British Orthopaedic Association; 2007. Disponible en: <http://www.boa.ac.uk/site/show/publications>.
4. Manuel Mesa Ramos (Coordinador). Tratamiento multidisciplinar de la fractura de cadera. Grupo de Estudio e Investigación de la Osteoporosis de la Sociedad Española de Cirugía Ortopédica y Traumatología. GEIOS. Madrid: Sociedad Española de Cirugía Ortopédica y Traumatología; 2009.
5. Vidal EIO, Moreira-Filho DC, Coeli CM, Camargo KR, Fukushima FB, Blais R. Hip fracture in the elderly: does counting time from fracture to surgery or from hospital admission to surgery matter when studying in-hospital mortality? Osteoporos Int. 2009; 20: 723-9.
6. Grimes JP, Gregory PM, Noveck H, Butler MS, Carson JL. The effects of time-to-surgery on mortality and morbidity in patients following hip fracture. Am J Med. 2002; 112: 702-9.
7. Al-Ani AN, Samuelsson B, Tidermark J, Norling A, Ekström W, Cederholm T et al. Early operation on patients with a hip fracture improved the ability to return to independent living. A prospective study of 850 patients. J Bone Joint Surg Am. 2008; 90: 1436-42.
8. Orosz GM, Magaziner J, Hannan EL, Morrison RS, Koval K, Gilbert M et al. Association of timing of surgery for hip fracture and patient outcomes. JAMA. 2004; 291: 1738-43.
9. Novack V, Jotkowitz A, Etzion O, Porath A. Does delay in surgery after hip fracture lead to worse outcomes? A multicenter survey. Int J Qual Health Care. 2007; 19: 170-6.
10. Braithwaite RS, Col NF, Wong JB. Estimating hip fracture morbidity, mortality and costs. J Am Geriatric Soc. 2003; 51: 364-70.