



Revista de Osteoporosis y Metabolismo

Mineral

ISSN: 1889-836X

msosah@hotmail.com

Sociedad Española de Investigación
Ósea y del Metabolismo Mineral
España

Mesa Ramos, M

Prevención interdisciplinaria de la fractura de cadera

Revista de Osteoporosis y Metabolismo Mineral, vol. 5, núm. 1, enero-marzo, 2013, pp. 5-6

Sociedad Española de Investigación Ósea y del Metabolismo Mineral

Islas Canarias, España

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=360933657001>

- ▶ 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

Prevención interdisciplinar de la fractura de cadera

Mesa Ramos M

Director de la Unidad del Aparato Locomotor - Área Sanitaria Norte de Córdoba - Pozoblanco - Córdoba

Correspondencia: Manuel Mesa Ramos - Unidad del Aparato Locomotor - Hospital Valle de Los Pedroches (Área Sanitaria Norte de Córdoba) - Juan del Rey Calero s/n - 14400 Pozoblanco - Córdoba
Correo electrónico: mmesar@hotmail.com

España soporta uno de los mayores gastos hospitalarios por fractura de cadera, con 9.936 euros por ingreso relacionado con esta patología¹. A estos costes económico-sanitarios hemos de sumar los generados en el entorno del paciente y, sobre todo, los gastos no cuantitativos derivados del cambio en el estilo de vida y la pérdida de productividad que producen las fracturas por fragilidad, tanto para los pacientes, como para sus familiares, como para la sociedad en su conjunto. Su cuantía es difícil de cifrar, y habrá que estar pendiente de los resultados de los estudios ICUROS y PROA² que tienen como objetivo su estimación.

Si tenemos en cuenta el elevado número de fracturas de cadera que se tratan anualmente, 720 casos anuales por cada 100.000 mayores de 60 años, no es difícil de entender el grave problema de salud pública que supone. Pero el verdadero problema no está en los costos, sino en los costes personales que conlleva y que se traduce en una elevada morbilidad.

La fractura de cadera, fruto de la pérdida de resistencia femoral y en muchos casos de una caída, es el más grave exponente de las complicaciones de la osteoporosis. Su tratamiento debe cimentarse en resolver el problema funcional, mejorar el estado nutricional y metabólico del lesionado, evitar nuevas caídas y tratar de recuperar y fortalecer la estructura ósea.

Si estas acciones no se hacen de forma diligente, el pronóstico clínico y vital se agrava. Aproximadamente un tercio de los pacientes con fractura de cadera fallece como consecuencia de ésta siendo el índice de mortalidad en pacientes autónomos, sin enfermedad aguda al ingreso e intervenidos por fractura de cadera durante el primer día desde su ingreso hospitalario o al siguiente, significativamente menor al de los pacientes intervenidos más tarde³.

Esta mortalidad se ve incrementada en aquellos pacientes con estado nutricional deteriorado^{4,5} que presentan niveles de albúmina inferiores a <3,5 g/dl y en pacientes con demencia, entre otros factores⁶. A pesar de que la mejora nutricional de los pacientes es imprescindible, y que se ha probado que la administración de suplementos proteicos resulta efectiva para la recuperación del paciente y la prevención de complicaciones⁷, la prescripción de recomendaciones dietéticas y de prevención de caídas es prácticamente inexistente en las historias clínicas⁸.

Pero también es preciso frenar la pérdida de hueso y en la medida de lo posible recuperar su estructura, pues puede acontecer una segunda fractura de cadera hasta en el 14% de los casos en un periodo de tiempo inferior a los 5 años, la mayor parte de ellas en los primeros 18 meses. Mas no se puede tratar una enfermedad si no se tiene presente. En primer lugar, hay que tener conciencia de que tras una fractura de cadera por baja energía subyace la osteoporosis. Sin embargo, en el estudio ABOPAP se reflejó que un 67,7% de los médicos encuestados referían que la osteoporosis no estaba incluida entre las actividades preventivas de su centro de trabajo⁹.

En segundo lugar, establecer un tratamiento farmacológico. Los fármacos más utilizados durante años en el tratamiento y en la prevención secundaria han sido los bifosfonatos. Su eficacia es tal que se han relacionado con la reducción de la frecuencia de fracturas de cadera detectada desde mediados de la década pasada¹⁰ y en la aparición de una segunda fractura de cadera¹¹. Sin embargo, el Acta de Fracturas Osteoporóticas en España (estudio AFOE), elaborada por el Grupo de Estudio e Investigación de la Osteoporosis (GEIOS) de la Sociedad Española de Cirugía Ortopédica y Traumatología (SECOT), probó en que el diagnóstico de osteoporosis previo a la fractura era testimonial y sólo el 18,4% de los pacientes recibían algún tratamiento para la osteoporosis antes de la

fractura. Pero, lo que era peor, el 25,6% de los casos recibía tratamiento al alta. Una iniciativa posterior, el proyecto GIOS (Gestión Integral de la Osteoporosis), mostró cómo se podía mejorar la prescripción hasta el 61,8% de los casos¹², resultados exitosos fruto de la colaboración entre traumatólogos y médicos de Atención Primaria, tal y como reconocen los autores del trabajo.

Por todo ello, hemos de destacar que actualmente el tratamiento de la fractura de cadera no puede ni debe ser llevado a cabo sólo por el traumatólogo. La actuación conjunta de profesionales de distintas especialidades (traumatólogos, geriatras, rehabilitadores, anestesistas, enfermeros, trabajadores sociales, etc.) permite una resolución más rápida, completa y satisfactoria de la fractura de cadera. Colaboración cimentada en la evidencia científica, tal y como propuso y desarrolló el GEIOS junto a otras sociedades médico-quirúrgicas, y que hoy día son una realidad en un gran número de centros de nuestro país¹³.

El trabajo publicado en este número y desarrollado por el Dr. Herrera Pérez y cols.¹⁴ prueba que el establecimiento de vías clínicas consensuadas por las diferentes especialidades implicadas en el tratamiento de la fractura de cadera, e implantar medidas de comprobación (*checklist*) de que se realiza una prevención secundaria de nuevas fracturas osteoporóticas al alta, contribuye en la adhesión al tratamiento. Trabajo interesante que habrá de ser evaluado en unos años para constatar el impacto que ha podido tener en la reducción de nuevas fracturas.

Bibliografía

1. Manzarbeitia J. Las fracturas de cadera suponen un coste de 25.000 millones de euros al año en la UE. Rev Esp Econ Salud 2005;4:216-7.
2. Caeiro Rey JR, Álvarez Nebreda L, Mesa M, Sorio F, Gatell S, Ferreira I, et al. (En nombre de los investigadores del estudio PROA). Carga asociada a las fracturas de cadera osteoporótica en España. Resultados del análisis intermedio del estudio PROA. Rev Osteoporos Metab Miner 2012;3:37.
3. Sánchez Crespo MR, Bolloque R, Pascual Carra A, Pérez Aguilar MD, Rubio Lorenzo M, Alonso Aguirre MA, et al. Mortalidad al año en fracturas de cadera y demora quirúrgica. Rev Ortop Traumatol 2010;54:34-8.
4. Miyanishi K, Jingushi S, Torisu T. Mortality after hip fracture in Japan: the role of nutritional status. J Orthop Surg 2010;18:265-70.
5. Pimlott BJ, Jones CA, Beaupre IA, Johnston DW, Majumdar SR. Prognostic impact of pre-operative albumin on short-term mortality and complications in patients with hip fracture. Arch Gerontol Geriatr 2011;53:90-4.
6. Herskowitz A, Polatov I, Beloosesky Y, Brill S. Factors affecting mortality of frail hip-fractured elderly patients. Arch Gerontol Geriatr 2010;51:113-6.
7. Botella-Carretero JI, Iglesias B, Balsa JA, Arrieta F, Zamarrón I, Vázquez C. Perioperative oral nutritional supplements in normally or mildly undernourished geriatric patients submitted to surgery for hip fracture: a randomized clinical trial. Clin Nutr 2010;29:574-9.
8. Zwart M, Fradera M, Solanas P, González C, Adalid C. Abordaje de la osteoporosis en un centro de atención primaria. Aten Primaria 2004;33:183-7.
9. Aragónés R, Orozco P, Grupo de Osteoporosis de la Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitaria. Abordaje de la osteoporosis en la atención primaria en España (estudio ABOPAR-2000). Aten Primaria 2002;30:350-6.
10. Fisher AA, O'Brien ED, Davis MW. Trends in hip fracture epidemiology in Australia: Possible impact of bisphosphonates and hormone replacement therapy. Bone 2009;45:246-53.
11. Lee YK, Ha YC, Yoon BH, Koo KH. Incidence of second hip fracture and compliant use of bisphosphonate. Osteoporos Int 2012 Dec 18. [Epub ahead of print].
12. Herrera A, Carpintero P, Fernández-Pérez C, Hernández-Vaquero D, Martínez AA, Suso S. Prevención secundaria en fracturas osteoporóticas. Resultados del proyecto GIOS. Med Clin (Barc) 2011;136:50-5.
13. Mesa Ramos M y GEIOS. Tratamiento multidisciplinar de la fractura de cadera. Edit. Multimedica Proyectos SL. ISBN: 978-84-692-5584-1. Madrid. 2009.
14. Herrera Pérez M, Rodríguez Rodríguez E, Alvisa Negrín JC, País Brito JL. Listado de comprobación al alta en la prevención de nuevas fracturas osteoporóticas de cadera. Rev Osteoporos Metab Miner 2013;5:7-14.