

Morbimortalidad y tasa de reingreso hospitalario en mayores de 95 años operados por fractura de cadera mediante hemiartroplastia.

Análisis de la situación funcional, cognitiva y nivel de deambulación.

Rubio-Morales M, Mahiques-Segura G, Martín-Grandes MR, Martínez-Méndez D, Pineda-Salazar M, Lizaur-Utrilla A.
Hospital General Universitario de Elda, Alicante

INTRODUCCIÓN

En los pacientes mayores de 95 años, la cirugía por fractura de cadera debe indicarse cuidadosamente por los problemas asociados a edad avanzada y comorbilidades que presentan.

Objetivo: evaluar el resultado de la hemiartroplastia cementada de cadera en mayores de 95 años con fractura intracapsular de cadera, analizando la morbilidad y tasa de reingresos, la situación funcional, función cognitiva y el nivel de deambulación.

MATERIAL Y MÉTODOS

- Estudio retrospectivo observacional 2000-2018
- Seguimiento mínimo: 1 año o hasta éxitus
- Fracturas intracapsulares de cadera en >95 años con prótesis parcial de cadera cementada

Se recogieron los datos epidemiológicos, evaluando el tratamiento quirúrgico, complicaciones intraoperatorias, demora quirúrgica, estancia hospitalaria, readmisiones, mortalidad, y funcionalidad del paciente, función cognitiva y nivel de deambulación.



RESULTADOS

1. Datos epidemiológicos preoperatorios

Edad	96,3 ± 1,9 (rango: 95-103)	Comorbilidades	
Sexo		HTA	23
Mujer	23 (69,7 %)	Diabetes mellitus	7
Varón	10 (30,3 %)	Cardiopatía isquémica	5
Fractura de cadera contralateral		Insuficiencia renal crónica	3
No	28 (84,8 %)	AIT/ACVA	3
Sí	5 (15,2 %)	Dislipemia	2
Años entre PPC¹	5,6 ± 5,5 (rango: 1-14)	Cáncer	1
ASA		IAM	1
II	9 (27,3 %)	Anemia ferropénica	1
III	23 (69,7 %)	Hepatopatía crónica	1
IV	1 (3,0 %)		
ICC²	6,3 ± 1,1 (rango: 5-10)	Grado de dependencia	
Supervivencia estimada a 10 años	6,1 % ± 1,1 (rango: 0-21,3)	Autónomo	18 (54,5 %)
No influyeron en la demora la toma de medicación antiagregante o anticoagulante (p=0,170), ni las comorbilidades (p=0,837).		Ayuda de familia	14 (42,4 %)
		Incapacitado	1 (3,0 %)
		Domicilio habitual	
		Domicilio familiar	29 (87,9 %)
		Geriátrico	4 (12,1 %)
		Tipo de fractura (Garden)	
		II	2 (6,1 %)
		III	19 (57,6 %)
		IV	12 (36,4 %)

2. Datos postoperatorios

Demora quirúrgica (días)	3,9 ± 1,6 (rango: 1-7)
Antes de 48 horas	5 (15,2 %)
Después de 48 horas	28 (84,8 %)
Estancia hospitalaria (días)	10,9 ± 3,4 (rango: 6-23)
Deambulación hospitalaria	
Sí	8 (24,2 %)
No	25 (75,8 %)
Transfusiones de sangre	8 (24,2%)
Complicaciones intraoperatorias	1 (3 %)
Complicaciones médicas durante ingreso	8 (24,2%)
Readmisión en 30 días	6 (18,1 %)
Mortalidad a los 30 días	6 (18,1 %)
Mortalidad en el primer año	10 (30,3 %)

Variables cuantitativas: media ± desviación estándar (rango).

3. Evaluación clínica

Deterioro cognitivo Escala GDS,

GDS 1	Normal
GDS 2	Quejas subjetivas de déficit de memoria
GDS 3	Deterioro cognitivo límite. Déficit sutil de actividades complejas
GDS 4	Demencia leve. Niega el deterioro. Alteraciones en actividades complejas
GDS 5	Demencia moderada. Ayuda en las AVD instrumentales
GDS 6	Demencia severa. Ayuda en las AVD básicas
GDS 7	Demencia severa. Sd. Afaso-apraxo-agnósico. Dependencia en las ABVD²

Escalas de valoración	Preoperatorio	Postoperatorio	p
ÍNDICE DE BARTHEL			0,000
Independencia total	2 (6,06 %)	0 (0 %)	
Dependencia leve	5 (15,2 %)	0 (0 %)	
Dependencia moderada	16 (48,5 %)	7 (21,2 %)	
Dependencia grave	9 (27,2 %)	13 (39,3 %)	
Dependencia total	1 (3 %)	13 (39,3 %)	
ESCALA DE VOLPICELLI			0,000
Marcha independiente por exterior	3 (9,1 %)	0 (0 %)	
Marcha dependiente por exterior	16 (48,5 %)	1 (3 %)	
Marcha independiente en domicilio	7 (21,2 %)	6 (18,2 %)	
Marcha limitada en domicilio	3 (9,1 %)	5 (15,2 %)	
Marcha supervisada en domicilio	4 (12,1 %)	6 (18,2 %)	
Silla de ruedas que impulsa	0 (0 %)	1 (3 %)	
Silla de ruedas dependiente	0 (0 %)	14 (42,4 %)	

► Nivel de deambulación postoperatoria

8 pacientes iniciaron la deambulación con ayuda de andador durante el ingreso (24,2 %), mientras 25 fueron dados de alta hospitalaria sin caminar (75,8 %), encontrando relación significativa con la valoración

► Complicaciones médicas postoperatorias :

- a) No se relacionó la presencia de **complicaciones médicas** con la **edad** (p=0,405), **sexo** (p=0,612), **ASA** (p=0,669) o **índice de comorbilidad de Charlson** (0,395).
- b) Hubo mayor número de **complicaciones médicas** en los pacientes **transfundidos** (p=0,004), y aquellos con **hemiartroplastia bilateral** (p=0,043)

- ✓ Hubo empeoramiento significativo (p<0,000) en la escala funcional (Barthel) y el nivel de deambulación (Volpicelli), tras la cirugía.
- ✓ No hallamos relación entre demencia y valoración funcional postoperatoria (p=0,549).
- ✓ Tampoco encontramos asociación entre éxitus y nivel de demencia preoperatorio (p=0,858) ni con el nivel de deambulación postoperatorio (0,083).
- ✓ Significativo también el nº de pacientes que finalizan en silla de ruedas (45,4 %)

CONCLUSIONES

- 1 Son pacientes de edad muy avanzada con muchas comorbilidades y complicaciones postquirúrgicas, en los que la cirugía no debe indicarse de manera estándar, **debiendo estudiar cada caso de manera individualizada**.
- 2 Debemos informar del **pronóstico funcional limitado** y tenerlo en cuenta a la hora de indicar la cirugía en este tipo de pacientes.
- 3 Al contrario que algunos estudios, no hemos encontrado relación entre demencia y resultados funcionales y exitus, por lo que la **demencia**, según nuestros resultados, no ha de ser un factor limitante para el tratamiento quirúrgico.
- 4 Consideramos fundamental el nivel de **deambulación pre-fractura**, para una planificación terapéutica correcta.