

CARTA AL DIRECTOR

La fractura de cadera como proceso tiempo-dependiente



Hip fracture as a time-dependent process

Sr. Director:

Hemos leído con mucho interés el trabajo recientemente publicado por Balvis-Balvis et al.¹ acerca de la mejora en la calidad asistencial del proceso de fractura de cadera tras la implantación de un programa de ortogeriatría, apreciándose no solo una notable mejoría en mortalidad y funcionalidad, sino también en términos de coste-eficacia, con una reducción muy significativa de los costes inherentes al proceso. Si bien es indiscutible el modelo de gestión de asistencia compartida llevada a cabo entre un cirujano ortopédico y un médico generalista en el proceso de fractura de cadera, no tenemos ninguna duda de que también lo es para cualquier paciente ingresado de edad avanzada y/o comorbilidad manifiesta en una planta de cirugía ortopédica y traumatología, sea cual sea el proceso, en consonancia con otros trabajos². El envejecimiento de la población es parejo al aumento de la complejidad, de la fragilidad y la polifarmacia de los pacientes que se someten a una cirugía, incluso en aquellos que lo hacen de manera electiva. Está demostrado que la complejidad de los pacientes en unidades quirúrgicas se ha equiparado ya a aquellos hospitalizados en unidades médicas³, por lo que parece razonable pensar que necesitan unos cuidados similares.

A diferencia de la cirugía programada, en el proceso de fractura de cadera es difícil poder optimizar a los pacientes antes de una cirugía urgente, ya que se trata de un proceso con elevadas pérdidas hemáticas con altas necesidades de soporte hemoterápico; se han desarrollado estrategias de ahorro de sangre basadas en tratamientos antifibrinolíticos, como el ácido tranexámico, el uso de la eritropoyetina o el hierro intravenoso; si bien a la hora de optimizar un paciente es posible que necesite un umbral de hemoglobina para evitar complicaciones cardiopulmonares en el postoperatorio inmediato, es posible que al llevar a cabo un programa de manejo de transfusión del paciente operado⁴ los resultados que muestran Balvis et al. podrían ser mejores en términos de ahorro de sangre.

Otro aspecto que llama la atención a la hora de evaluar los indicadores de resultado es la discreta mejoría de los pacientes intervenidos precozmente, en las primeras 48 h, que como es sabido, es un indicador de calidad asistencial, habida cuenta que impacta en la morbilidad de los pacientes que sufren una fractura de cadera⁵. Aunque los autores lo mencionan en la discusión, no quedan reflejadas las causas de demora quirúrgica; creemos que más allá de la inestabilidad o necesidad de optimización del paciente antes de la cirugía, o la antiagregación/anticoagulación que impediría una cirugía en tiempo, el mayor porcentaje de demora quirúrgica se debe a motivos estructurales/organizativos, como son ingresar en fin de semana, la falta de quirófano o el simple hecho de no ser considerado un proceso verdaderamente urgente.

Presentamos un estudio observacional, retrospectivo y multicéntrico, cuyo objetivo fue comparar la tasa de cirugía precoz de fractura de cadera (< 48 h) antes y después de realizar un proceso de auditoría externa basado en la revisión por pares (RPP), analizando las historias clínicas de aquellas fracturas de cadera en pacientes > 65 años intervenidas después de 48 h en los hospitales auditados por un equipo multidisciplinar de evaluadores externos, centrándose en las causas de demora quirúrgica. Se revisaron 244 pacientes no intervenidos precozmente correspondientes a 11 hospitales dentro del Grupo Quironsalud. Las causas de demora quirúrgica fueron: estructural/organizativa (119; 48,7%), pacientes antiagregados/anticoagulados sin justificación para demora (46; 18,8%), antiagregados/anticoagulados con justificación para demora (50; 20,5%), complicaciones médicas con necesidad de optimización (27; 11,1%) y otras (2; 0,9%). La tasa de intervención quirúrgica precoz mejoró en los hospitales auditados, partiendo en el año 2017 previo a la RPP de un 58%, al periodo posterior a RPP, año 2020, a un 79%, $p < 0,001$, con una RRR del 65,1% (IC 95% 48,3-83,6%).

Entendemos que el análisis de indicadores sanitarios debe formar parte de la cultura de calidad de las organizaciones sanitarias. Si bien el modelo de gestión basado en la asistencia compartida entre cirujanos y médicos generalistas impacta favorablemente en los resultados de salud, estos serían mejores, en primer lugar, si se contase con el apoyo de la institución para minimizar barreras estructurales y organizativas; y en segundo lugar, si se entendiese el proceso de fractura de cadera como un proceso tiempo-dependiente,

con el objetivo de reducir la morbilidad y mortalidad de los pacientes que lo sufren.

Nivel de evidencia

Nivel de evidencia III.

Bibliografía

1. Balvis-Balvis PM, Dominguez-Prado DM, Ferradás García L, Pérez-García M, García-Reza A, Castro-Menendez M. Influencia de la atención ortogeriátrica integrada en la morbilidad y el tiempo de estancia hospitalaria de la fractura de cadera. *Rev Esp Cir Ortop Traumatol*. 2022;66:29–37, <http://dx.doi.org/10.1016/j.recot.2021.02.004>.
2. Montero Ruiz E, Montes Secades R, Padilla Lopez DR, Palomo Antequera C, Gomez Fernandez RC, Marco Martinez J, et al. Modelos colaborativos hospitalarios de asistencia compartida e interconsultas a demanda. ¿Cuál ofrece mejores resultados en cirugía ortopédica y traumatológica? *Rev Clin Esp*. 2020;220:167–73.
3. Montero Ruiz E, Pérez Sanchez L, Rubal Bran D. ¿Hay diferencias importantes en la comorbilidad entre los pacientes ingresados en servicios quirúrgicos y los ingresados en

servicios médicos? *Rev Esp Anestesiología Reanim*. 2022;69:203–7, <http://dx.doi.org/10.1016/j.redar.2021.05.020>.

4. Puckeridge G, Terblanche M, Wallis M, Fung YL. Blood management in hip fractures; are we leaving it too late? A retrospective observational study. *BMC Geriatrics*. 2019;19:79, <http://dx.doi.org/10.1186/s12877-019-1099-x>.
5. Moja L, Piatti A, Pecoraro V, Ricci C, Virgili G, Salanti G, et al. Timing matters in hip fracture surgery: patients operated within 48 hours have better outcomes. A meta-analysis and meta-regression of over 190.000 patients. *PLoS One*. 2012;7:e46175.

H. Mejjide Míguez^{a,*}, C. Suarez Rueda^b,
I. Gredilla Zubiría^a y A. Albarracín Serra^c

^a Servicio de Medicina Interna, Hospital Quironsalud A Coruña, A Coruña, España

^b Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología, Hospital Universitario Infanta Elena, Valdemoro, Madrid, España

^c Dirección Corporativa de Planificación y Evaluación Asistencial, Grupo Quironsalud, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: hectormejjide@hotmail.com (H. Mejjide Míguez).