



CARTAS CIENTÍFICAS

Una aportación más sobre la intervención geriátrica en el anciano ingresado por fractura de cadera



One more contribution to Geriatric intervention in older people hospitalised due to hip fracture

Sr. Editor:

Nos ha sido muy grato leer el original de Pareja et al.¹ de reciente publicación en esta revista. Sus resultados nos muestran, una vez más, los beneficios que aportan los modelos de intervención ortogeriatrica en el anciano ingresado por fractura de cadera.

Los 4 modelos referenciados últimamente, en la literatura de nuestro entorno se corresponden a modelos de ortogeriatrica colaboracionista que se han llevado a término en la planta de hospitalización de cirugía ortopédica y traumatología¹⁻⁴. González Montalvo et al.² han aportado un estudio prospectivo cuasi-experimental aleatorizado de intervención ortogeriatrica respecto al modelo traumatológico clásico. El diseño de los otros 3 estudios^{1,3,4} ha sido un diseño comparativo entre una muestra de un nuevo modelo ortogeriatrico y una muestra histórica del modelo clásico traumatológico.

Creemos oportuno aportar nuestra experiencia en la atención a pacientes mayores de 69 años con fractura de cadera a través, también, de un estudio comparativo entre un modelo ortogeriatrico colaboracionista actual (junio 2010-mayo 2013, con 371 pacientes) y una muestra histórica de un modelo traumatológico clásico (junio 2007-mayo 2010, con 421 pacientes). Nuestro modelo ortogeriatrico está basado en la aplicación de un protocolo elaborado conjuntamente de forma multiprofesional entre los servicios de urgencias, cirugía ortopédica y traumatología, anestesiología y geriatrica. La mayor diferencia que aportamos respecto a los 4 modelos que estamos referenciando¹⁻⁴, es que la atención al paciente con fractura de cadera la llevamos a término en la unidad geriátrica de agudos (UGA), fuera del entorno de hospitalización de COT, por un equipo interdisciplinar especializado en geriatrica. La gestión del proceso, desde el ingreso procedente de urgencias hasta el alta, ha correspondido a geriatrica.

En la tabla 1 mostramos la comparación entre las características de los pacientes y los resultados de ambos modelos. Los pacientes del modelo ortogeriatrico respecto al modelo traumatológico, tienen una menor tasa de no intervención quirúrgica, un periodo de espera quirúrgica inferior, menor estancia y mortalidad hospitalaria. Hubo una tendencia a tener menos complicaciones médicas, siendo la diferencia estadísticamente significativa en el caso de las infecciones y de la anemia con requerimiento de transfusión sanguínea. La proporción de pacientes que en el momento del alta de agudos requirieron ser ingresados en la unidad de media estancia rehabilitadora se mantuvo similar en ambos modelos. Se encontró también una tendencia a la reducción de reingresos al mes por causa

Tabla 1

Características de los pacientes y resultados asistenciales

	Modelo traumatológico (n = 421)	Modelo ortogeriatrico (n = 371)	Valor de p
Género^a			
Varón	119 (28,2%)	74 (19,9%)	0,006
Mujer	302 (71,7%)	297 (80,0%)	
Edad^b			
Años	84,33 ± 5,89	85,6 ± 6,38	0,095
Pacientes no intervenidos quirúrgicamente^a			
No intervención quirúrgica	23 (5,5%)	6 (1,6%)	<0,001
Tiempo de espera quirúrgica^b			
Días	2,70 ± 1,79	1,86 ± 1,192	<0,001
Estancia media^b			
Días	15,76 ± 8,39	5,90 ± 2,59	<0,001
Mortalidad hospitalaria^a			
Éxito	19 (4,5%)	5 (1,3%)	0,010
Complicaciones médicas intrahospitalarias^a			
Anemia con transfusión	254 (60,3%)	151 (40,7%)	<0,001
Respiratorias	29 (6,9%)	15 (4,0%)	0,143
Cardíacas	48 (11,4%)	31 (8,4%)	0,298
Infecciones	32 (7,6%)	13 (3,5%)	0,027
Alta^a			
Unidad media estancia rehabilitadora ^a	158 (37,5%)	143 (38,5%)	<0,001
Reingreso al mes^a			
Médico	23 (5,4%)	14 (3,7%)	0,234
Traumatológico	18 (4,2%)	8 (2,1%)	0,085
Motivo reingreso traumatológico^a			
Luxación prótesis	10 (2,3%)	2 (0,5%)	0,032
Refractura al año^a			
Refractura de fémur	14 (3,3%)	11 (2,9%)	0,723
Éxito al seguimiento^a			
Seis meses	94 (23,7%)	81 (22,0%)	0,570
Doce meses	108 (27,3%)	100 (27,5%)	0,951

^a n (%).^b media ± DE.

médica y/o traumatológica, siendo esta reducción estadísticamente significativa en los reingresos traumatológicos por luxación protésica. Al año de seguimiento se apreció una tendencia a la reducción del número de refracturas, sin diferencias en la mortalidad acumulada.

Si bien en las 4 experiencias referencias que reportamos¹⁻⁴ y en la nuestra propia se aprecia mejoría en los resultados en salud y en gestión asistencial, vemos que los distintos resultados son dispares entre sí. Ello nos hace pensar que sería interesante poder comparar los distintos modelos asistenciales. Con ello tal vez pudiéramos discernir si existen diferencias reales entre los distintos modelos en nuestro entorno¹⁻⁴ y con ello, poder ayudar a nuestros gestores a encontrar aquel modelo que pueda ser más beneficioso

en la atención a los pacientes con fractura de cadera, en el momento agudo y a medio plazo.

Quisiéramos agradecer a todos aquellos que han publicado los resultados de sus experiencias ortogeríatras¹⁻⁴ y animar a hacerlo a todos aquellos que puedan aportar mayor luz a esta área de la geriatría que cada vez cuenta con más y mejores profesionales.

Bibliografía

1. Pareja T, Rodríguez J, Alonso P, Torralba M, Hornillos M. Intervención geriátrica en el anciano ingresado por fractura de cadera en el Hospital Universitario de Guadalajara: repercusión clínica, asistencial y económica. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2017;52:27–30.
2. González Montalvo JJ, Gotor Pérez P, Martín Vega A, Alarcón Alarcón T, Mauleón Álvarez de Linera JL, Gil Garay E, et al. La unidad de ortogeriatría de agudos. Evaluación de su efecto en el curso clínico de los pacientes con fractura de cadera y estimación de su impacto económico. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2011;46:193–9.
3. Bielza R, Ortiz A, Arias E, Velasco R, Mora A, Moreno R, et al. Implantación de una Unidad de Ortopediatria de Agudos en un Hospital de segundo nivel. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2013;48:26–9.
4. Sáez P, Sánchez N, Paniagua S, Valverde JA, Montero M, Alonso N, et al. Utilidad de una vía clínica en el manejo del anciano con fractura de cadera. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2015;50:161–7.

Enric Duaso Magaña^{a,*}, Andrés Gamboa Arango^a,
Patricia Marimón Nieves^b y Víctor Murga Marquinez^c

^a Unidad Geriátrica de Agudos, Servicio de Geriatría, Hospital de Igualada, Igualada, Barcelona, España

^b Unidad Geriátrica de Agudos, Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología, Hospital de Igualada, Igualada, Barcelona, España

^c Unidad Geriátrica de Agudos, Servicio de Anestesiología, Hospital de Igualada, Igualada, Barcelona, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: eduasoo@csa.cat (E. Duaso Magaña).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.regg.2017.02.006>

0211-139X/

© 2017 SEGG. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Hiperpigmentación inducida por minociclina



Minocycline induced hyperpigmentation

Sr. Editor:

Presentamos el caso de una mujer de 81 años de edad, caucásica y alérgica a rifampicina. Antecedentes médicos de hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2, fibrilación auricular en tratamiento anticoagulante, insuficiencia cardíaca congestiva, síndrome coronario agudo sin elevación del ST, artrosis generalizada y antecedentes de melanoma BRAF negativo en región inguinal derecha hace 20 años, tratado quirúrgicamente. Portadora de prótesis total de cadera derecha y prótesis de rodilla izquierda. Índice de Barthel de 30/100, no camina se desplaza en silla de ruedas, sin deterioro cognitivo.

Hace 2 años, presentó una bacteriemia complicada por *S. aureus* meticilin sensible, con afectación de la prótesis de rodilla izquierda,

prótesis en cadera derecha y absceso de psoas ipsilateral. Se descartó endocarditis. Durante este ingreso se realizó extracción de la prótesis de cadera derecha y limpieza quirúrgica del absceso de psoas, pero presentó múltiples complicaciones postoperatorias (parada cardiorrespiratoria, infarto de miocardio, sepsis de origen urinario) que contraindicaron nuevas cirugías, por lo que recibió tratamiento médico inicial con cefazolina más rifampicina. En la segunda semana presentó toxicodermia generalizada siendo estudiada por el servicio de alergia, que lo relacionó con uso de rifampicina, por lo que continuó con cefazolina intravenosa hasta completar 8 semanas. En ese momento fue dada de alta, continuando tratamiento oral prolongado y supresivo con minociclina 100 mg/12 h y seguimiento en consultas externas.

Historia actual: La paciente fue ingresada debido a la reactivación de la infección de la prótesis de rodilla. A la exploración presentaba signos inflamatorios en rodilla izquierda y destacaban la presencia de máculas hiperpigmentadas azul-grisáceas en cara y cuello, así como en miembros superiores e inferiores, donde eran



Figura 1. A) Lesiones maculares hiperpigmentadas negro-grisáceas en cara y cuello. B) Lesiones maculares hiperpigmentadas negro-grisáceas en brazos y piernas.