



Original

Eficacia de la asistencia compartida entre cirujanos e internistas para ancianos con fractura de cadera



Alejandro Lizaur-Utrilla^{a,*}, Juan V. Calduch Broseta^b, Francisco A. Miralles Muñoz^a, Mar Segarra Soria^b, Manuel Díaz Castellano^b y Lucio Andreu Giménez^b

^aServicio de Cirugía Ortopédica, Hospital Universitario de Elda, Elda, Alicante, España

^bUnidad de Corta Estancia, Servicio de Medicina Interna, Hospital Universitario de Elda, Elda, Alicante, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 15 de mayo de 2013

Aceptado el 15 de julio de 2013

On-line el 28 de enero de 2014

Palabras clave:

Fractura de cadera
Ancianos
Asistencia compartida
Mortalidad

RESUMEN

Fundamento y objetivo: La fractura de cadera es una lesión frecuente en ancianos con comorbilidades, lo que aumenta los riesgos de morbimortalidad, que podrían reducirse con asistencia compartida (AC) entre cirujanos ortopédicos e internistas. El objetivo de este trabajo fue evaluar la eficacia de esta AC. **Pacientes y método:** Estudio prospectivo de 138 pacientes mayores de 64 años con fractura de cadera tratados con AC y seguimiento de un año. Se comparó con una cohorte de 153 pacientes tratados con asistencia convencional y similares criterios de inclusión. Se analizaron diversas variables prequirúrgicas y posquirúrgicas, complicaciones, y factores de riesgo potenciales de mortalidad. Se utilizaron el índice de Charlson, un test mental, el de calidad de vida de Katz y el SF-12, y para la función de cadera, la escala de Merle D'Aubigné.

Resultados: La demora quirúrgica fue menor en la cohorte AC ($p = 0,001$). Las tasas de complicaciones y reingresos fueron similares en ambas cohortes. La estancia media fue menor ($p = 0,001$) en la cohorte AC. La mortalidad intrahospitalaria y a 3 meses fueron similares, pero era menor en la cohorte AC a los 6 ($p = 0,04$) y 12 meses ($p = 0,03$). En ambas cohortes no fueron predictores de mortalidad el sexo, el número de comorbilidades, la puntuación ASA, el índice de Charlson ni el tipo de cirugía. En la cohorte AC era predictora la demora quirúrgica > 2 días, mientras que en la cohorte convencional lo era la edad. Los resultados funcionales finales fueron similares en ambas cohortes.

Conclusión: Nuestros resultados muestran la efectividad de la AC para reducir la demora quirúrgica, la estancia y la mortalidad a partir de 6 meses.

© 2013 Elsevier España, S.LU. Todos los derechos reservados.

Effectiveness of co-management between orthopaedic surgeons and internists for inpatient elders with hip fracture

ABSTRACT

Keywords:

Hip fracture
Elder patients
Comanaged care
Mortality

Background and objective: Hip fracture is a common injury in elder patients who have comorbidities, and it increases the risk of morbimortality. They could benefit from co-management (CM) between orthopaedic surgeons and internists. The objective was to evaluate the effectiveness of this CM.

Patients and method: Prospective study of 138 patients over 64 years with hip fracture treated with CM care and one-year of follow-up. The control group was a cohort of 153 patients with similar criteria who had been treated with conventional care. Several pre- and postsurgical variables, complications, and potential risk factors for mortality were analyzed. The Charlson index, mental test, Katz and SF-12 quality of life questionnaires, and Merle D'Aubigné hip score were used.

Results: Surgical delay was lower in the CM cohort ($P = .001$). The rates of complications and readmissions were similar in both cohorts. The average stay was lower ($P = .001$) in the CM cohort. In-hospital and 3-month mortality were similar, but it was lower in the CM cohort at 6 ($P = .04$) and 12 months ($P = .03$). In both cohorts, gender, number of comorbidities, ASA score, Charlson index or surgery

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: lizaur1@telefonica.net (A. Lizaur-Utrilla).

type were not predictors of mortality. Surgical delay > 2 days was a predictor in the CM cohort, whereas age was a predictor in the control cohort. The final functional outcomes were similar in both cohorts. **Conclusion:** Our results show the effectiveness of this CM to reduce surgical delay, hospital stay and mortality at 6 months.

© 2013 Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

En España¹, el 91% de las fracturas de cadera se presentan en pacientes mayores de 65 años, con una incidencia bruta para esa edad de 511 por 100.000 habitantes/año, que se incrementa exponencialmente con la edad, llegando a ser de 1.898 por 100.000 habitantes/año en los mayores de 85 años. También se ha observado² en nuestro país una tendencia al aumento, junto al envejecimiento de la población, con un crecimiento interanual del 2,8%, a expensas principalmente de los mayores de 75 años. Todo ello hace que la fractura de cadera en ancianos adquiera una gran importancia tanto como problema de salud como por sus implicaciones sociales y de costes para el sistema sanitario³. La fractura de cadera es una grave agresión por sí misma, por el tratamiento quirúrgico y por ocurrir preferentemente en personas ancianas con deterioro físico, lo que implica serios riesgos potenciales para la morbimortalidad⁴.

En la última década se están produciendo cambios en el régimen de asistencia aguda y poslesional precoz a estos pacientes ancianos con fracturas^{5,6}. Muchos de ellos presentan comorbilidades que deben ser tratadas por internistas o geriatras, pero estos especialistas frecuentemente no conocen en profundidad las implicaciones y tratamientos específicos de la fractura. Por otro lado, los cirujanos ortopédicos no suelen saber tratar adecuadamente la condición médica compleja de estos pacientes. De ahí que se haya planteado la conveniencia de desarrollar programas interdisciplinarios^{7,8} coordinando a cirujanos ortopédicos, internistas y anestesiólogos en la fase aguda prequirúrgica y posquirúrgica. Los objetivos principales de estos programas son estabilizar adecuadamente al paciente para reducir la demora quirúrgica, prevenir la morbilidad posquirúrgica y promover la rápida deambulacion, todo lo cual debe conducir a una reducción de la mortalidad, de los costes en términos de estancias hospitalarias y de los reingresos. En nuestro hospital, en enero de 2011 se implementó la atención aguda prequirúrgica y posquirúrgica inmediata de los fracturados de cadera mayores de 65 años mediante un programa de asistencia compartida (AC) entre cirujanos ortopédicos y un equipo de médicos internistas específicamente dedicados a esta tarea.

El objetivo de este estudio fue investigar si la AC mejoraba los resultados en términos de demora quirúrgica, estancia y morbimortalidad.

Pacientes y método

El nuestro es un hospital universitario de nivel II de titularidad pública, único para asistencia de una población de 210.000 habitantes, disponiendo el Departamento de Cirugía Ortopédica de 40 camas. Por las características sociodemográficas, prácticamente todos los pacientes ancianos con fractura de cadera son ingresados en este centro. El estudio fue aprobado por el Comité Ético de Investigación Clínica local.

En enero de 2011 se inició la aplicación del programa de asistencia aguda preoperatoria y posoperatoria compartida entre cirujanos ortopédicos y un equipo específico de médicos internistas. Para valorar su efectividad se diseñó un estudio observacional prospectivo de los pacientes consecutivos mayores de 64 años ingresados por fractura de cadera entre enero y diciembre de 2011. Los criterios de exclusión fueron otro trauma

asociado, grado 5 en la escala de la *American Society of Anesthesiologists* (ASA)⁹ y contraindicación anestésica o quirúrgica. Para la comparación se utilizó una cohorte retrospectiva de los pacientes consecutivos con iguales criterios de inclusión y exclusión ingresados en el año inmediatamente anterior, y cuya asistencia era la convencional. Los datos del control fueron obtenidos de la historia clínica informatizada de las especialidades que hubieran intervenido, y cuando correspondía, fueron contactados telefónicamente.

Modelo de asistencia médica compartida

El programa consistió en información del nuevo tipo de asistencia a todo el personal sanitario, de Urgencias y de la sala de Ortopedia; necesidad de rápida transición administrativa de Urgencias a la sala de Ortopedia, con atención médica inicial de urgencia si lo precisaba; asistencia preoperatoria y posoperatoria diaria por el equipo de internistas y cirujanos en la sala de Ortopedia; y planificación del proceso de alta. La intervención médica consistió fundamentalmente en la estabilización desde el ingreso de las comorbilidades, incluidas desnutrición, deshidratación y anemia; prevención, detección y tratamiento de complicaciones médicas o quirúrgicas, incluido el *delirium*. Aunque previamente se realizaban, se estandarizaron los cuidados y medidas de prevención de Enfermería, especialmente en control de caídas y úlceras de presión, y las medidas de Fisioterapia para la rápida movilización posoperatoria del paciente.

Tratamiento quirúrgico

Todos los pacientes y controles con riesgo ASA 1-4 recibieron tratamiento quirúrgico, mediante fijación interna (fracturas extracapsulares) o prótesis de cadera (fracturas intracapsulares). Todas las operaciones fueron realizadas en sala de flujo laminar, bajo anestesia espinal. Todos recibieron profilaxis antitrombótica desde el momento del ingreso con heparina de bajo peso molecular y hasta 30 días posoperatorios, y profilaxis antibiótica con cefazolina durante 24 h. En caso de alergia a betalactámicos se utilizó vancomicina. En todos se utilizó drenaje quirúrgico con vacío. El régimen posoperatorio fue similar, con sillón a las 24 h posoperatorias y asistencia por fisioterapeuta para movilización y carga parcial con andador a las 48 h, o cuando el dolor y el estado del paciente lo permitían.

Valoración de los pacientes

Siguiendo el protocolo estandarizado del servicio, se obtuvieron los datos preoperatorios en el momento del ingreso. Enfermería obtuvo datos sociales, funcionales y de riesgo de úlceras de presión mediante escala de Braden¹⁰. La cantidad y calidad de las comorbilidades se valoraron con el índice de Charlson¹¹, ajustándolo a la edad mediante un punto más por cada década a partir de los 40 años de edad, y categorizándola como ausente (0 puntos), leve (1-2 puntos), moderada (3-4 puntos) y grave (5 o más puntos). El riesgo anestésico se valoró con la escala ASA⁹. Se consideraba demora quirúrgica los días transcurridos desde el ingreso a la intervención. La estancia hospitalaria era el número de días en que el enfermo pasó la noche en el hospital. El reingreso se consideró en los siguientes 30 días tras el alta hospitalaria.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3799027>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3799027>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)