

CIUDAD SANITARIA NUESTRA SEÑORA DE COVADONGA. OVIEDO

DEPARTAMENTO DE TRAUMATOLOGÍA Y CIRUGÍA ORTOPÉDICA

Jefe: Dr. LÓPEZ PORRÚA

Morbilidad y mortalidad de la fractura del cuello del fémur en el anciano

G. GARCIA CUYAS, C. GARCIA MENENDEZ y J. LIZON CASTELLANOS

RESUMEN

Hemos revisado la evolución de la mortalidad y morbilidad de las fracturas de cuello de fémur en 157 ancianos, con un seguimiento de 2 años como mínimo. Comprobamos que el índice de mortalidad es mayor dentro de los primeros seis meses que siguen a la fractura. A partir del año de la lesión, la mortalidad en estos enfermos coincide con los patrones normales para su edad.

Descriptores: Fractura de cuello de fémur. Anciano.

SUMMARY

A 2 years follow-up of morbidity and mortality after hip fracture in 157 old patients is collected, being mortality highest in the first six month after fracture. After one year the mortality is similar to that of the normal pattern for that age.

Key words: Neck femoral fracture. Neck femoral fracture. Late morbidity. Neck femoral fracture. Late mortality.

Introducción

Revisamos nuestra experiencia en el tratamiento de las fracturas del cuello del fémur. Además demostramos con nuestro trabajo lo que ya hiciera MILLER (2). El cual considera la fractura de cadera como una enfermedad, con una incidencia en la mortalidad y morbilidad predecible. De tal manera que, aquellos pacientes que sobreviven un año a la fractura pueden considerarse curados, retornando a los patrones normales de mortalidad para su edad.

Material y método

Durante los años 75 al 80 hemos atendido más de 500 fracturas de la extremidad

proximal del fémur. De éstas hemos podido estudiar un total de 157 fracturas del cuello del fémur, correspondientes a 156 enfermos por ser un caso bilateral. La edad media de los enfermos fue de 76'18. La distribución por sexos fue claramente a favor de las mujeres, encontrándose 125 mujeres y 31 hombres. La extremidad afectada fue: 88 izquierdas y 69 derechas.

Una vez que ingresa el enfermo y tras la historia clínica, E.C.G., radiografía de tórax, analítica elemental y hematología, es valorado el enfermo para la cirugía. Nuestra actitud frente a la fractura del cuello del fémur es eminentemente quirúrgica. Por encima de los 65 años utilizamos la prótesis parcial como tratamiento de elección. Rara vez practicamos la osteosíntesis. De las prótesis usamos preferentemente la tipo Moore,

y cuando elegimos la tipo Thompson, la ponemos sin cementar cuando se ajusta perfectamente al canal medular. Indicamos el tratamiento ortopédico cuando la fractura cumple los requisitos de impactación de

Cuadro I

Taras orgánicas previas

- 1.- Arteriosclerosis avanzada con trastornos del comportamiento: demencia senil.
- 2.- Silicosis.
- 3.- Adenocarcinoma de próstata.
- 4.- Diabetes.
- 5.- Ulcus gástrico.
- 6.- E.P.O.C.
- 7.- Cardiopatía isquémica. Bloqueo de rama 1. Completo.
- 8.- Artritis reumatoide.
- 9.- Insuficiencia respiratoria restrictiva (escoliosis grave).
- 10.- Hemiplegia (secuela de ictus previo).
- 11.- Malnutrición grave.
- 12.- Hipertensión arterial.
- 13.- Enfermedad de Parkinson.
- 14.- Fibrilación auricular.
- 15.- Asma.
- 16.- Epilepsia.
- 17.- Secuela de poliomielitis.
- 18.- Deshidratación grave.
- 19.- Anemia.
- 20.- Psoriasis.
- 21.- Alcoholismo. Delirium tremens.
- 22.- Isquemia miembro inferior izquierdo.
- 23.- Metástasis carcinoma de mama.
- 24.- Cirrosis hepática.
- 25.- Infarto de miocardio antiguo.
- 26.- Tuberculosis pulmonar.
- 27.- Gastritis.
- 28.- Carcinoma de recto.
- 29.- Carcinoma uterino.
- 30.- Hipernefroma.

Cuadro II

Agrupación por aparatos

1.- Cardiovasculares	50
2.- Pulmonares	32
3.- Neurológicos	31
4.- Diabéticos	20
5.- Estado humoral y nutritivo deficiente ..	14
6.- Cirrosis	3
7.- Insuficiencia renal crónica	1
8.- Fracturas patológicas	5
	<hr/> 156

TRONZO (3). Hacemos un último grupo en el que por mal estado general, fue deshechada la cirugía por alto riesgo quirúrgico (1).

En el cuadro I, exponemos los diagnósticos más frecuentes que encontramos en nuestra serie. En el cuadro II los agrupamos por aparatos.

Muchos de los enfermos no tienen una enfermedad determinada. Cuanto mayores son los pacientes, su homeostasis puede estar relativamente equilibrada, no presentan datos como para etiquetarlos como enfermos renales, cardíacos, pulmonares, etc., pero tras el traumatismo se pone en evidencia la labilidad ya conocida del organismo del anciano (1). Cabe mencionar aparte, los trastornos del comportamiento que aparecen en estos enfermos con gran frecuencia, y que dificulta aún más su atención médica. Con una probable base arterioesclerótica cerebral, se objetiva en el grupo de edad más avanzada que tras ingresar en el hospital se niegan a colaborar, a movilizarse, a comer, etc. Todo ello formando parte de un cuadro de demencia senil. Por otro lado, la pérdida del control de los esfínteres por desinhibición del medio, supone junto al encamamiento, la aparición de los decúbitos, y la posibilidad de la contaminación de las heridas quirúrgicas. En el cuadro III presentamos las lesiones asociadas que presentaban los enfermos.

Hemos analizado el tiempo que transcurre desde la caída del enfermo hasta el ingreso en el hospital. A pesar de las mejo-

Cuadro III

Lesiones asociadas

1.- Fracturas de ramas	2
2.- Fractura del 5.º metacarpiano	1
3.- Fractura de huesos propios	1
4.- Fractura subcapital húmero	4
5.- Acuñaamiento vertebral L3	2
6.- Acuñaamiento vertebral L1	1
7.- Fractura de Colles	6
8.- Fractura de clavícula	1

rias de las condiciones sanitarias y de las vías de comunicación, encontramos un tiempo medio de 3'82 días.

Procuramos operar cuanto antes a nuestros enfermos, no obstante encontramos un tiempo medio de 4'42 días. El tratamiento efectuado fue el siguiente: c

Prótesis tipo Moore	78
Osteosíntesis	4
Desechada la cirugía	11
Prótesis tipo Thompson	56
Ortopédico	8
Total	<u>157</u>

Distribución por edades y tratamiento:

Edades	65-69	70-79	80-89	más de 90
Operados ..	27	58	50	3
No operados	3	9	<u>5</u>	<u>2</u>
Total	30	67	55	5

Como tiempo medio de estancia hospitalaria hemos encontrado:

Para los enfermos operados encontramos 17'5 días.

Para los enfermos no operados encontramos 9'37 días.

Resultados

1) Complicaciones

Las complicaciones que hemos encontrado las presentamos en el siguiente cuadro IV.

Es de destacar el encadenamiento de complicaciones que surgen cuando se luxa o se infecta una prótesis. Generalmente a la luxación le sigue la aparición de un hematoma con contaminación secundaria e infección grave. Es habitual también que ocurra lo contrario y que a la infección primaria suceda la luxación. El tener que retener a estos enfermos en la cama complica aún más su situación, con la presentación de decúbitos, tromboflebitis, sepsis, neumonías, descompensación cardíaca, etc., registrándose una alta mortalidad en estos enfermos.

Cuadro IV

Complicaciones de las fracturas del cuello del fémur

1.º Operatoria

Parada cardíaca en quirófano	1
------------------------------------	---

2.º Locales

Infección grave	10
Infección leve	8
Luxación	9

3.º Generales

Embolismo pulmonar	10
Escaras sacras	11
Infecciones urinarias	30
Descompensación diabética	7
Neumonía	10
Insuficiencia cardíaca	5
Tromboflebitis	5
Delirium tremens	4
Sepsis	6
Retención aguda de orina	9

Complicaciones en los no operados

Embolismos pulmonares	3
Insuficiencia cardíaca	1
Insuficiencia respiratoria	1

2) Mortalidad

Hemos analizado la mortalidad desde varios puntos de vista:

En primer lugar consideramos como mortalidad quirúrgica aquella que ocurre en los primeros 30 días. La mortalidad global en los primeros treinta días fue la siguiente:

Núm. de casos	Edad media	Núm. exitus	Mortalidad Por 100
157	76'18	25	15'92

En el cuadro mostramos las causas de muerte. Aunque no han sido comprobados anatomopatológicamente, estos diagnósticos han sido hechos a través de lo que podemos presumir basándonos en el cuadro clínico y exploraciones complementarias.

La mortalidad atendiendo al tipo de tra-

tamiento y edad, que consideramos como mortalidad hospitalaria fue la siguiente:

Edades	65-69	70-79	80-89	más de 90
Operados ..	27	58	50	3
Exitus	2	4	11	2
Porcentaje ..	7'40	6'88	22	66'66
No operados	3	9	5	2
Exitus	0	3	2	1
Porcentaje .	0	33'33	40	50

Según la relación entre mortalidad y edad de los pacientes, se observa claramente cómo según aumenta la edad media, el número de fallecidos es proporcionalmente mayor.

Cuadro V

Causas de muerte F.C.F.

1.- Embolismo pulmonar	8
2.- Insuficiencia cardíaca	3
3.- Parada cardíaca	1
4.- Neumonía	3
5.- Sepsis	4
6.- I. renal aguda	2
7.- Diabetes	3
8.- I. respiratoria aguda	1
	<hr/> 25

3) Hemos analizado la evolución de la mortalidad a lo largo del primer año que sigue a la fractura de cadera, observándose que la mortalidad aumenta progresivamente según transcurren los meses, alcanzándose el máximo nivel entre los 6 y 12 meses. Estas muertes se registran en general al regresar los enfermos a su domicilio. Basándonos en la hipótesis que hemos querido demostrar en este trabajo, de que la fractura de cadera es una enfermedad que al año puede considerarse curada (2), hemos hecho el siguiente cuadro con la evolución de la mortalidad.

Considerando datos globales se observa cómo de un total de 157 fracturas, el 28'02 por 100 fallece en los primeros 6 meses y que el aumento de la mortalidad entre el

sexto y doce meses ya no es tan espectacular, pasándose de 28'02 por 100 a un 30'57 por 100.

Cuadro VI

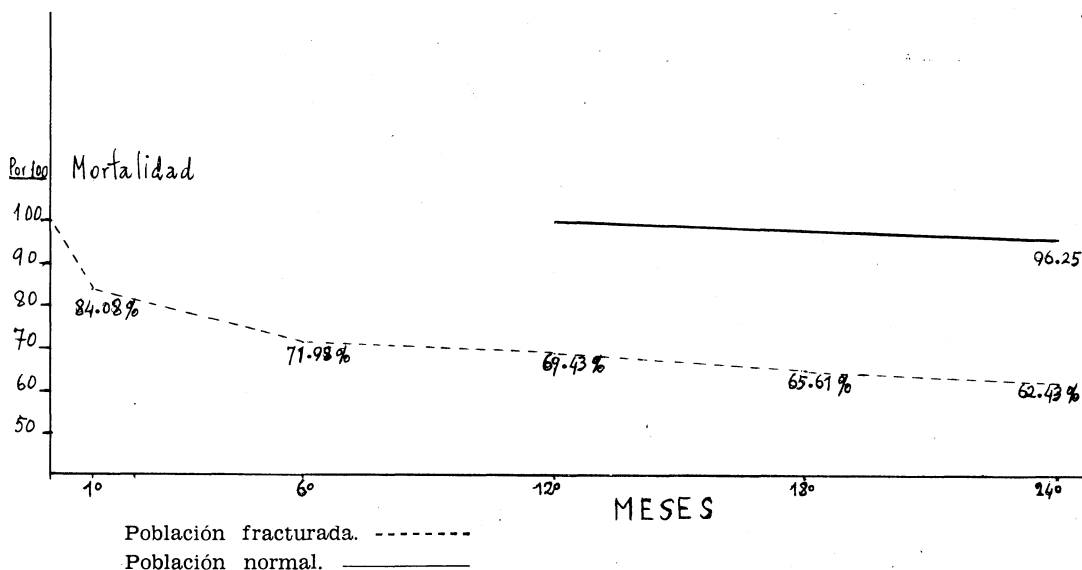
Evolución total de la mortalidad durante los dos primeros años

			Por 100
Existus en el 1.º mes	25	Fracturas 157	15'92
Exitus en el 6.º mes	44	Fracturas 157	28'02
Exitus en el 12.º mes	48	Fracturas 157	30'57
Exitus en el 18.º mes	54	Fracturas 157	34'39
Exitus en el 24.º mes	58	Fracturas 157	37'57

Hemos estudiado durante dos años y con el mismo número de enfermos la evolución de la mortalidad. Es muy significativo ver cómo el incremento de la mortalidad a partir del primer año corresponde a un porcentaje del 3'81 por 100. La variación es de 28'02 a los seis meses, 30'57 por 100 a los doce meses, 34'39 por 100 a los dieciocho y 37'57 por 100 a los 24 meses.

En Asturias, en enero de 1978 existía una población de más de 65 años de 132.252 personas. Tomando como fuente de información datos fidedignos de la Consejería de Sanidad, cedidos por el Dr. Echeverría, del Departamento de Epidemiología, sabemos que al llegar diciembre del 78 habían fallecido 6.371 de esta población. Esto supone que a lo largo de un año la mortalidad es de un 4'81 por 100. Estos números son parejos a la mortalidad que presenta la población que nosotros hemos estudiado y que es la demostración de que a partir del año de una fractura de cadera el enfermo retorna a sus patrones de mortalidad normales para su edad.

Representamos en una curva los datos obtenidos y los comparamos con la mortalidad de una población normal de edad superior a los 65 años. Esta gráfica permite ver claramente cómo después de los doce meses las curvas de mortalidad se hacen paralelas.



Gráfica comparativa de la evolución de la mortalidad entre una población de enfermos con fractura de cadera seguida durante dos años y una población normal. Ambas con una edad superior a los 65 años de edad.

Conclusiones

I. La evolución de la mortalidad tiene una clara relación con la edad de los pacientes, y el tratamiento de los primeros seis meses.

II. Es de destacar como período crítico de mortalidad el que se presenta a los seis meses de la fractura, alcanzando en este tiempo las cotas más altas.

III. Ante estos datos, y con el objetivo de disminuir la mortalidad en este período crítico, pensamos que la única manera de lograrlo, sería la creación de centros hospi-

talarios intermedios entre el hospital donde son tratados en primera instancia estos enfermos y el paso a su domicilio.

BIBLIOGRAFIA

- J. M. LÓPEZ PORRÚA; S. MONTES MORTERA; F. NAVARRETE GIL; P. MIERES BARREDO y A. ALVAREZ GONZÁLEZ (1970): Mortalidad y morbilidad de la fractura de la cadera de los viejos. *Rev. Cir. Esp.* XXIV (2): 159-174.
- MILLER, C. W. (1978): Surgical and ambulation following hip fracture. *J. Bone and Joint Surgery*; 60-A: 930-934.
- R. G. TRONZO: (1975): *Rev. Cirugía de la cadera*: Ed. Médica panamericana. pág. 531.