



ISSN: 1561-3194

Rev. Ciencias Médicas. julio 2002; 6(1): 48-56

ARTÍCULO ORIGINAL

Resultados económico - asistencial del primer semestre sala de referencia provincial para fracturas de caderas

Economic and care medicine results in the first term in a provincial ward to treat hip fractures

Ramón Suárez Junco¹, Nélon Paz Cordobés², Omar Gort Cuba³, Juan M. Lemus Quintana⁴, Clara Elba Correa González⁵

¹Especialista de II Grado en Ortopedia y Traumatología. Asistente. Presidente Filial Provincial de Ortopedia y Traumatología. Jefe de Sala de Referencia Provincial para Fracturas de Cadera. Hospital Clínico Quirúrgico "León Cuervo Rubio". Pinar del Río.

²Especialista de I Grado en Ortopedia y Traumatología. Hospital Clínico Quirúrgico "León Cuervo Rubio". Pinar del Río.

³Especialista de I Grado en Geriátrica. Hospital Clínico Quirúrgico "León Cuervo Rubio". Pinar del Río.

⁴Especialista de I Grado en Medicina Interna. Profesor Instructor. Director Hospital Clínico Quirúrgico "León Cuervo Rubio". Pinar del Río.

⁵Especialista de I Grado en Medicina Interna. Instructora. Facultad de Ciencias Médicas "Dr. Ernesto Che Guevara de la Serna".

RESUMEN

Cada año ocurren en el mundo actual más de un millón de fracturas de la cadera. Países desarrollados gastan en ellas tres millones de dólares en igual periodo. Según expertos de la OMS los costos de tratamiento para esta patología en décadas venideras harán colapsar los presupuestos de salud de algunos países del tercer mundo, financiamiento cuya tendencia es a decrecer, víctimas de las políticas neoliberales y globalización del mundo. La elevada esperanza de vida de la población así como el creciente por ciento de personas que igualan los 60 años, nos obliga a desarrollar métodos eficaces de tratamiento a la vez eficiente desde el punto de vista económico de su aplicación; que teniendo en cuenta las particularidades de nuestro país y posibilidades de su sistema de salud permitan enfrentar con éxito lo que ha dado en llamarse «Epidemia Silenciosa». Por lo que creamos un modelo de atención integral y dinámico al paciente geriátrico con fracturas de la cadera, que corresponde al manejo del mínimo por un equipo multidisciplinario, conceptos actuales en cuanto a valoración funcional del anciano, profilaxis antibiótica y de la trombosis venosa profunda y reincorporación precoz del enfermo a su medio habitual así como el grado de satisfacción de todo lo cual es regido en este informe preliminar.

Palabras clave: FRACTURAS DE CADERA/epidemiología/mortalidad.

ABSTRACT

Developed countries spend three millions dollars on this type of fractures in the same period of time. According to WHO experts the treatment costs of this pathology will make the health budgets to collapse in some Third World countries whose finances trend to decrease due to neoliberal policies and world globalization. The high life expectancy of the population, as well as the increase of percentage of people (60 years or over) promote to development of efficient methods of treatment in order to face the "Silent Epidemic"; thus a dynamic and complete model of care for old patients suffering from hip fracture is created, managed by a multi - disciplinary staff, current concepts on functional assessment of aged, antibiotic prophylaxis and the evaluation of the thrombosis , as well as the early re - incorporation of patients to their environment.

Key words: HIP FRACTURES/epidemiology/mortality

INTRODUCCIÓN

Las fracturas son tan o más antiguas que el hombre mismo, pues con toda seguridad aquella especie que evolucionó hasta lo de ayer llamamos hombre debe haberla sufrido; cuando esta lesión se ubica en la cadera en individuos ancianos aquejados de otros padecimientos y lejanos ya los años de vigor y disposición de la juventud,¹ constituye sin duda uno de los mayores retos de la medicina actual, como consecuencia a su propio desarrollo.

Esta entidad ha obsesionado y también decepcionado a no pocos traumatólogos a lo largo de la historia conceptuándola como fractura no resuelta, insoluble y penosamente mortal, fractura Terminal.²

Cada año ocurren en el mundo actual más de un millón de fracturas de cadera.³ Países desarrollados gastan en ellas tres millones de dólares en igual periodo¹ y según expertos de la OMS, los costos de tratamientos para esta patología en décadas venideras harán colapsar los presupuestos de la salud de algunos países del tercer mundo, financiamiento cuya tendencia es a decrecer víctimas de las políticas neoliberales y la globalización del mundo.

La elevada esperanza de vida de la población cubana⁴ así como el creciente por ciento de personas que igualan o superan los 60 años, nos obliga a desarrollar métodos eficaces de tratamiento, a la vez eficientes desde el punto de vista económico de su aplicación; que teniendo en cuenta las particularidades de nuestro país y las posibilidades de su sistema de salud permitan enfrentar con éxitos lo que ha dado en llamarse "Epidemia Silenciosa"

Por lo que dimos a la tarea de crear un modelo de atención integral y dinámico al paciente geriátrico con fractura de cadera, que comprende el manejo del mismo con un equipo multidisciplinario integrado por ortopédicos, pediatras, anestesistas, fisiatras, angiólogo, psicólogo a fin de compensar clínicamente e imponer tratamiento con la mayor brevedad tolerable por él (24 horas para la mayoría), aplicando actuales en cuanto valoración funcional del anciano, profilaxis antibióticas y de la trombosis venosa profunda, así como la reincorporación precoz a su medio habitual.

MÉTODOS

Se hace un informe preliminar del proyecto básico experimental de la sala de referencia provincial para fractura de cadera en sus primeros 6 meses de creada en el Hospital Provincial Docente Clínico Quirúrgico "León Cuervo Rubio" de Pinar del Río, con un total de 135 pacientes atendidos en la misma, desde el mes de mayo al mes de octubre de 1999, haciendo un análisis de los resultados obtenidos en este modelo de atención integral y dinámico al paciente geriátrico con fractura de cadera, comprendiendo el manejo del mismo con un equipo multidisciplinario integrado por ortopédicos, geriatras, angiólogo, fisiatra, psicólogo y anestesistas a fin de compensar clínicamente e imponer tratamiento con la mayor brevedad tolerable por el paciente (24 horas para la mayoría), aplicando conceptos actuales en cuanto a valoración funcional del anciano, profilaxis antibióticas transquirúrgicas, profilaxis de trombosis venosas profundas y reincorporación precoz del enfermo a su medio habitual.

Criterio de inclusión:

1. Pacientes de edades mayores o iguales de 60 años, con fractura de la cadera e ingreso en sala de frecuencia.

Criterio de exclusión:

1. Pacientes menores de 60 años con fracturas de la cadera.
2. Pacientes intervenidos con anterioridad a esta patología, complicaciones sépticas, necrosis vascular, pérdidas de fijación, etc.
3. Pacientes con fracturas patológicas.

4. Pacientes con fracturas asociadas que requieran un tratamiento quirúrgico prolongado a los miembros inferiores.

Consideraciones bioéticas:

Se informa a pacientes y familiares de los elementos de juicio médicos éticos que sustentan esta investigación, así como el uso y análisis estadístico de los datos de los cuales forman parte, brindando la posibilidad en retirarse en cualquier momento que desee el estudio, ejemplo; postergar o anular el tratamiento quirúrgico, recibir o no tratamiento profiláctico para sepsis o trombosis venosa profunda.

RESULTADOS

En el mes de mayo de 1999 nos dimos a la tarea de crear una sala de referencia provincial para pacientes portadores de fracturas de la cadera, con las inclusiones y exclusiones ya descritas, indicándose directrices para el manejo de estos pacientes desde su ingreso en el cuerpo de guardia de ortopedia así como en la sala y salón de operaciones tanto médico como para médico con la aprobación de la dirección del MINSAP provincial.

Una vez ingresado el paciente con todo lo establecido, se valora por un equipo disciplinario según las características individuales de cada paciente, compuesto por ortopédicos, geriatra, anestesista, fisiatra, angiólogo y psicólogo realizándose el tratamiento quirúrgico de no existir contraindicaciones en las primeras 24 horas del ingreso y de existir patologías que requiera varios días de compensación de trasladada a la sala de geriatría hasta que se encuentre compensado.⁵

Antes de realizarse el tratamiento quirúrgico se indica profilaxis con heparina para prevenir la trombosis venosa de miembros inferiores por el método Sharnoff, ya que se plantea que esta patología puede producir el 30 por ciento de este tipo de complicación.⁶

Además, en el transcurso del acto quirúrgico se realiza profilaxis con Cefazolina contra la sepsis, ya que se plantea por muchos autores entre ellos Shers y Cols la efectividad de la misma con dosis única según resultados obtenidos con trabajos hechos al respecto.⁷

Al día siguiente comienza la movilización del paciente y de no haber presentado signos de complicación postoperatoria⁸ y valoración multidisciplinaria se expide el acta con orientaciones al médico de la familia y seguimiento en consulta especializada por su ortopédico de asistencia.

Actualmente de trabaja en conjunto con la institución para crear las pautas epidemiológicas de esta patología, considerando que el factor fundamental es la prevención de esta patología en su área de salud y el médico de la familia.

En el informe preliminar de esta entidad sus primeros 6 meses de creada de mayo a octubre de 1999 han ingresado en la sala 135 pacientes de estos 8 han sido trasladados a la sala de geriatría para compensación de varios días, el resto se mantuvo atendido todo el tiempo en la sala, no tenemos reportes de utilizarse esta metodología en ningún otro centro del país. Para su comparación (5 insuficiencia coronaria, una diabetes, una hipertensión arterial y una diarrea) (tabla 1).

Tabla 1. Complicaciones al ingreso y traslados sala de geriatría.

Patologías asociadas al ingreso	Traslados Sala de Geriatría. Patologías	Patológicas. Pacientes
Insuficiencia cardiaca	Insuficiencia cardiaca	5
Diabetes mellitus	Diabetes mellitus	1
Hipertensión arterial	Hipertensión arterial	1
Diarrea	Diarrea	1
Total		8

Fuente: Departamento de Estadística Hospital Clínico Quirúrgico "León Cuervo Rubio". Pinar del Río.

Como conocimiento general se mantiene la incidencia en el sexo femenino, raza blanca y mayores de 70 años de edad, así como la zona urbana y fracturas de fémur, como se recoge en toda la literatura nacional.¹⁻⁴

Las complicaciones más frecuentes al ingreso son la insuficiencia cardiaca, anemia, diabetes y arteriosclerosis, comportándose a las estadísticas conocidas.¹⁻⁴

En este periodo evaluado no hemos tenido complicaciones postoperatorias más de 48 horas para su alta, planteándose por algunos autores el 3 por ciento de riesgo por 24 horas en pacientes encamados para TVP.⁷

La estadía es de 3 días, significativamente si la comparamos con los métodos habituales que en muchas ocasiones es de más de 7 días.¹⁻⁴

No hemos tenido ningún otro caso con sepsis avalado por no existir reingreso de pacientes portadores de ellas en la consulta externa, lo que habla de la efectividad del método utilizado profilácticamente.⁷

Tuvimos dos fallecidos, una al mes de evolución y otra a las tres semanas, coincidiendo con ambas que a ninguna le fue administrado la Heparina por no existir en ese momento y así consta en la recolección de los datos y en el diagnóstico de función de ambas fue por trombosis venosa, lo cual avala el método de Sharnoff aplicado, no hemos tenido fallecidos intrahospitalario, según todas las estadísticas plantean que en el primer mes fallecen el 18 por ciento y hemos tenido menos de 2 % en nuestro estudio, lo cual reafirma el método creado^{2-5, 6-9, 10} (tabla 2).

Tabla 2. Población geriátrica y tasa de mortalidad por fracturas de la cadera en Cuba.

Población mayor de 60 años en Cuba					
1996			2005		
Población	%	Tasa mortalidad	Población	%	Tasa mortalidad
1398000	12,0	104,8 por 100000 hab.	1761200	14,9	Pronóstico mayor que 1996

Fuente: Dirección Nacional de Estadística. MINSAP.

Según los datos del costo del departamento de economía del centro el costo total de esta patología antes de la sala de referencia era de \$ 1158,85 y después de creada la sala es de \$ 485,49 lo cual representa un marcado ahorro total de \$ 90903,60 (tabla 3).

Tabla 3. Estadía hospitalaria y ahorro económico.

	Método tradicional	Sala de referencia	Ahorro paciente Sala de referencia	Total de paciente	Ahorro total a la economía
Promedio de estadía	7 días	3 días	4 días	-	-
Costo total por paciente	\$ 1158,85	\$ 485,49	\$ 673,36	135	\$ 90903,60

Fuente: Departamento de Estadística y Economía HPDCQ "León Cuervo Rubio" de Pinar del Río.

Pues tienen como particularidad el hecho de utilizar para su ejecución los insumos y materiales con que normalmente cuenta nuestra institución sin necesidad de inversión desde el punto de vista netamente investigativo, pues se optimiza y adecua sobre bases científicas la infraestructura creada al efecto, así como sus métodos organizativos, la tasa de rentabilidad esta dada por la disminución global del costo de tratamiento por paciente.

Desde el punto de vista bioético el paciente está informado junto a sus familiares de los elementos de la investigación, reflejando el grado de satisfacción al termino de tratamiento el cual es muy positivo.

DISCUSIÓN

Este método de atención integral, proporciona una disminución considerable de la estadía de la estadía hospitalaria, complicaciones postoperatorias y mortalidad, así

como rehabilitación satisfactoria con una incorporación lo mas temprana posible del paciente a su medio habitual, con el consiguiente beneplácito de pacientes y familiares y más si tenemos en cuenta que la tasa de mortalidad por cadera en Cuba era de 104,8 por 100000 habitantes en 1996 (Departamento Nacional de Estadísticas), y una población mayor de 60 años de 1398000 habitantes y para el 2005 se proyecta la cifra de 1761200 habitantes lo que equivale al 14,9 % de la población lo que confirma lo planteado por la OMS, que los costos de tratamiento para esta patología en décadas venideras harán colapsar los presupuestos de salud de algunos países del tercer mundo, financiamiento cuya tendencia es a decrecer víctimas de las políticas neoliberales y la globalización del mundo.

Consideramos por lo antes expuesto en este trabajo dadas las bases científicas que lo sustentan y los resultados obtenidos en su aplicación constituyen una modesta contribución a la colosal batalla que libra nuestro país por mantener y mejorar sus índices de salud en las adversas condiciones.

La organización y jerarquización de este método es fundamental para la efectividad del mismo, debiendo ser ajustado acorde a las características de cada servicio y centro hospitalario.

Este método debe ser concientizado por todos los integrantes del equipo multidisciplinario y jerarquizado por un especialista del mismo.

Aporta gran bienestar a pacientes y familiares, eliminándose serias complicaciones con la profilaxis utilizada, bajo índice de mortalidad y se rehabilita rápidamente los pacientes geriátricos.

El ahorro económico que aporta a la economía es altamente significativo por la gran disminución de la estadía hospitalaria y ahorro de los medicamentos.

Este método puede ser creado en todos los hospitales generales, clínicas especializadas, centros de salud con capacidad para brindar atención a estos pacientes y deseen poner en marcha programas de reducción de costo, sin afectar la calidad de los servicios.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Escarpenter Bulies C. Morbilidad y Letalidad por fracturas de caderas. Evaluación del quinquenio 1991 - 1995. Rev Cubana de Ortop. Y Traumatol. 1997; 2 (1 - 2): 79 - 86.
2. Alvarz Cambras R. Tratado de Ortopedia y Traumatología. 1985.
3. Mosquera María T. Incidencia y factores de riesgo de la fractura de fémur proximal por osteoporosis. Rev. Panam de Salud Publica 1998 abril; 3 (4): 211 - 217.
4. Cáceres Manso E, Baly Baly M. El anciano. Indicadores demográficos y de la salud. Análisis de información, CNICM; Departamentos de Servicios Especiales de Información. 1998, 1 (1): 1 - 35.

5. Illisástegui Romero L, Enoa Castillo A, Brito Galdo José L. Análisis evolutivo en pacientes con fracturas de cadera u operados, su relación con el tiempo preoperatorio. Rev Cub. De Ortop y Traumatol, 1990.2 (4): 85 - 91.
6. Welman Eran E, Salzman E. Trombosis Venosa Profunda. Rev Cub de Medicina Interna, 1996, 2 (1): 126 - 131.
7. Bergquist Erick J, Murphey Sheila A. Profilaxis preoperatoria con antibióticos. Consulta preoperatoria. Clin de Norteamérica 1997, 1 (1): 356 - 357.
8. Packard PT, Heany RP. Terapia nutricional para pacientes de osteoporosis. Rev Panam de Salud Publica. 1997, 1 (5): 399 - 400.
9. Bravo Caiser F, Carbonel Fernandez T, Zabian Hamound H. Morbilidad y Letalidad de la Fractura de cadera en los hospitales provinciales de Santiago de Cuba. Rev Cubana de Ortop y Traumatol. 1990, 4 (1): 59 - 61.
10. Fujimoto K, Shinkai S, Kondon H, et al. Incidence on hip fracture and prognosis in Ehime prefracture (Abstract) Nippon Eisei Zasshi 1996; 43 (7): 532 - 44.

Recibido: 18 de junio del 2001

Aprobado: 25 de octubre del 2001.

Dr. Ramón Suárez Junco. Especialista de II Grado en Ortopedia y Traumatología. Asistente. Presidente Filial Provincial de Ortopedia y Traumatología. Jefe de Sala de Referencia Provincial para Fracturas de Cadera. Hospital Clínico Quirúrgico "León Cuervo Rubio". Pinar del Río. Km. 86 Carretera Central. Pinar del Río.