



ISSN: 1561-3194

Rev. Ciencias Médicas. julio-dic. 2000; 4(2):61-67
ARTÍCULO ORIGINAL

Estudio de la morbi-letalidad de la cadera en el Hospital "León Cuervo Rubio"

Morbidity and lethality of hip fractures at "Leon Cuervo Rubio" Provincial General Hospital. A study

Ramón Suárez Junco¹, Francisco Olivera Pita², Nelson Paz Cordovez³, Cesar Gómez Morejón⁴.

¹Especialista de I Grado en Ortopedia y Traumatología. Asistente. Hospital Provincial Clínico Quirúrgico "León Cuervo Rubio". Pinar del Río.

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

³Especialista de I Grado en Ortopedia y Traumatología. Hospital Provincial Clínico Quirúrgico "León Cuervo Rubio". Pinar del Río.

⁴Especialista de II Grado en Ortopedia y Traumatología. Asistente. Hospital Provincial Clínico Quirúrgico "León Cuervo Rubio". Pinar del Río.

RESUMEN

Se realiza un análisis de los resultados obtenidos con el inicio de la movilización y | a 399 pacientes portadores de Fracturas de Cad era, tratados quirúrgicamente en el periodo comprendido desde 1994 hasta 1998, ingresados en el Hospital Docente Clínico Quirúrgico "León Cuervo Rubio" de Pinar del Río, iniciándose por primera vez este método creado en el Servicio de Ortopedia y Traumatología de este centro durante su ingreso hospitalario. Se describe el método utilizado y se argumenta los resultados satisfactorios. Se concluye con las ventajas Bio - Psico - Social del paciente y familiares, así como el ahorro económico por este concepto a la economía del país.

DeCS: FRACTURA DE CADERA/ epidemiología, mortalidad.

ABSTRACT

An analysis of the results obtained at the beginning of mobilization and early discharge to 399 patients with hip fractures, treated surgically in the period from 1994 to 1998 who were admitted at León Cuervo Rubio Provincial Clinical Surgical Hospital in Pinar del Río, with the beginning for the first time of this method created at the Service of Orthopedics and Traumatology of this center during their hospital admission. A description is made of the method which was used and explanation is made of the satisfactory results. Conclusion is made with Bio-psycho-social advantages for the patients and his relatives, as well as economic saving for this concept for the economy of the Country.

DeCS: HIP FRACTURE/epidemiology, mortality.

INTRODUCCIÓN

La frecuencia con que acuden pacientes que han sufrido fracturas de caderas a nuestro servicio, así como la diversidad de criterios que existe en cuanto a la conducta que se debe seguir, nos han permitido estudiar exhaustivamente dicha entidad.

Durante esta investigación nos sentimos motivados por tratar tan amplio tema, teniendo en cuenta que los factores que inciden en el curso de esta lesión solo pueden ser alterados por el tratamiento y movilización precoz, teniendo en cuenta la edad avanzada de los pacientes portadores de dicha patología. ¹

Con el objetivo de buscar formas en nuestra atención médica, que logren fundamentalmente una elevación del grado de satisfacción de nuestra población y por otro lado y secundariamente, aumentar las posibilidades de mejor aprovechamiento de nuestras camas, comenzamos en nuestro hospital a utilizar este procedimiento creado y a utilizarlo solamente en la provincia en el Servicio de Ortopedia y Traumatología de este centro, sin tener conocimiento de otro similar en el resto del país.

Basados en esta experiencia y con las limitaciones crecientes del Período Especial, nos dimos a la tarea de comenzar a incrementar este método de tratamiento a los pacientes portadores de fracturas de cadera ingresados, tratados quirúrgicamente en nuestro servicio, aportando un significativo ahorro económico y de recursos deficientes en estos momentos, así como un aumento del bienestar Bio -Psico-Social del paciente y sus familiares, con una calidad científica óptima y con técnicas utilizadas a nivel mundial, lo cual nos mantiene a la altura de seguir desarrollándose nuestro Sistema Nacional de Salud y el bienestar de nuestro pueblo.

MÉTODO

En Cuba y a escala internacional es conocida la necesidad de realizar un tratamiento quirúrgico precoz a los pacientes portadores de fractura de la cadera, por su avanzada edad y complicaciones asociadas y riesgo de la inmovilidad prolongada, cumpliéndose en algunos centros con estos principios dentro del país, sin embargo se mantiene al paciente con una estadía prolongada después de recibir tratamiento quirúrgico adecuado, antes y después del advenimiento del Período Especial con sus características en cada territorio, lo cual motivó iniciar este trabajo acorde a las condiciones de nuestro servicio de Ortopedia y Traumatología, adaptado a nuestro medio y que permitiera tener resultados satisfactorios al paciente y económicos al país durante su ingreso hospitalario.^{2,3}

Es importante señalar que no tenemos conocimiento de un trabajo similar a pacientes ingresados por esta patología en ningún centro hospitalario del país que cuente con un Servicio de Ortopedia y Traumatología.

Para la realización de este método debe tenerse en cuenta los elementos siguientes:

1. El paciente y/o familiares deben ser informados de las características, evolución y pronóstico de su tipo de fractura.
2. Habilidad quirúrgica del cirujano que le permita resolver al mínimo el procedimiento que se realizará con la calidad requerida.
3. Adecuado conocimiento por el anestesiólogo de las técnicas anestésicas en Bloqueos Regionales y Anestesia General que permita una adecuada recuperación total.
4. Condiciones del paciente, según las características individuales del mismo.
5. Proximidad geográfica de la vivienda.
6. Condiciones sociales, culturales, familiares y de hábitat.
7. Posibilidad de atención del Médico de la Familia o área de salud para lo cual se impartió un curso sobre este tema por la Facultad de Ciencias Médicas de la Provincia a este nivel.

Una vez cumplido con los parámetros anteriores y el paciente habiendo sido atendido y diagnosticado clínica y radiológicamente de urgencia por el Ortopédico en el Cuerpo de Guardia del hospital, debe procederse en el mismo departamento a realizarle al paciente y de no cooperar por las características de los mismos, a los acompañantes o familiares, una anamnesis exhaustiva y posteriormente realizar

Electrocardiograma, Hemograma con diferencial, Grupo y Factor, Glicemia y cualquier otro complemento que requiera según las complicaciones existentes, igualmente debe valorarse el paciente con el clínico con examen físico y valoración de los complementarios, restableciendo por transfusiones o medicamentos, la descompensación si existiera en esos momentos y mantener compensado al paciente; además de indicarse por el Ortopédico tracción por partes blandas e ingresar al paciente en la sala de Ortopedia con la tracción y Férula de Brown para restablecer la lineación ósea y el dolor de dicha patología.

RESULTADOS

En los primeros cinco años de implantado este método en el servicio hemos tenido un total de 399 pacientes ingresados, so lamente tuvimos que reingresar en nuestra sala a 17 pacientes por presentar 12 pacientes rechazo al material de Osteosíntesis y 5 pacientes por sepsis posterior al mes del acto quirúrgico, los cuales no son causa del acta precoz, siendo igual al 4% del total de casos, inferior a la media nacional en esta patología que es superior al 5%, incluyendo nuestro servicio antes de comenzar este tratamiento.

Hubo 13 fallecidos en el postoperatorio por descompensación de las enfermedades asociadas (arteriosclerosis, insuficiencia cardíaca y/o bronconeumonía), lo cual hace un 3% de fallecidos, cifra elogiada si consideramos que el promedio de mortalidad para esta patología es superior al 10% a nivel de centro hospitalario, incluyendo el nuestro antes de este método. Tuvo un promedio de 4 días comparados con cifras superiores a 12 días en nuestro hospital antes de su realización, existiendo un ahorro de 8 días de ingreso por pacientes. Es bueno señalar que no se ha abandonado las técnicas quirúrgicas actuales en el país a pesar de las dificultades de período especial, para poder desarrollar esta conducta manteniendo la calidad científica requerida, siendo posible su ejecución sin la concientización y apoyo de todo el personal de servicio.⁴⁻⁶ (Tabla 1).

Tabla 1. Causa de fallecidos.

Causa	Total	Por ciento
Pacientes fallecidos Posquirúrgico	13	-
Enfermedades asociadas descompensadas	13	-
Insuficiencia cardíaca, arteriosclerosis y/o bronconeumonía	-	-
Causas anestésicas	0	-
Otras	0	-
Por ciento por ingresos	-	3

Fuente: Departamento de estadística HPDCQ León Cuervo Rubio. Pinar del Río.

Una vez en la sala se procede a mantener compensado al paciente y valorar por el clínico si está apto para el tratamiento quirúrgico, así como anesthesiólogo; creándose todas las condiciones idóneas, incluyendo la sangre del acto quirúrgico, siendo lo ideal realizarle el mismo en las primeras 24 horas de estar en óptimas condiciones físicas, sino en cuanto se obtenga la misma.⁷⁻⁸

Después de intervenirse independientemente del tipo de fractura ya sea intracapsular o extracapsular y de la técnica empleada, debe cubrirse el paciente

con antibiótico, analgésicos y mantener un equilibrio hidromineral adecuado. Al día siguiente de la operación ya sea reducción y osteosíntesis o prótesis, el paciente debe sentarse y mover ligeramente el tronco y los brazos, se le indica ejercicios respiratorios profunda, debiendo además mover todo lo posible la articulación de la rodilla, al principio puede ser difícil su realización, pero debe vencer el temor inicial y practicar el movimiento a pesar del calambre que puede sobrevenirle, ya que después le sería mucho mas difícil movilizar la articulación rígida.

Posterior a la enseñanza de la movilización precoz a pacientes y/o familiares o acompañantes y habiéndose cumplido con los parámetros establecidos en este método, se procede de tener una evolución favorable en su postoperatorio inmediato y estar compensado de haber presentado alguna enfermedad asociada al ingreso, efectuar el alta hospitalaria al paciente dicho día en la ambulancia y con tratamiento de antibiótico analgésico y antiinflamatorio, no permitiéndose el apoyo del miembro afectado hasta su valoración en consulta externa, siendo su seguimiento durante la semana con el Médico de la Familia y acto seguido por el ortopédico de su área o de asistencia, asta su recuperación total.

DISCUSIÓN

Desde el punto de vista biopsicosocial el paciente y/o familiares se relacionan con la patología decrepita y se planifican en todos los sentidos para el acto quirúrgico, no afectándose de forma brusca su vida privada y social.

Las ventajas económicas son considerables, si tenemos en cuenta que un día cama de hospitalización en nuestro servicio es de alrededor de \$ 55.00 y la estadía hospitalaria de esta patología es superior a los 12 días en centros hospitalarios del país incluido nuestro hospital antes de implantarse este método de tratamiento en el mismo, siendo el promedio de estadía en nuestros pacientes de 4 días, lo cual representa un promedio de ahorro por pacientes de 8 días, lo que equivale a la suma de \$ 440,00 por paciente, por el concepto de hospitalización, si analizamos los 399 pacientes tratados hace un total de \$ 175560,00 por dicho concepto, pudiéndose emplear este método en cualquier centro de hospitalización que cuente con un Servicio de Ortopedia y Traumatología en el país.⁹⁻¹⁰

Otra ventaja económica es el ahorro de antibiótico con la eliminación de la sepsis intrahospitalaria, los cuales son obtenidos en su mayoría a altos precios en el mercado internacional; igualmente el ahorro por erradicación del ausentismo a los centros laborales por familiares y amistades, los cuales no tienen que preocuparse por el cuidado y visitas al paciente durante su hospitalización prolongada y por esta causa indirectamente disminuye el exceso de pasajeros en el transporte popular.

Lo más novedoso de este método es la satisfacción que experimentan los pacientes geriátricos y sus familiares por encontrarse rápidamente en su hábitat, rehabilitándose y eliminando las serias complicaciones del encamamiento prolongado y sus consecuencias.

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 todo el personal del servicio y jerarquizado por los especialistas del mismo, pues aporta gran bienestar, elimina serias complicaciones y se rehabilita rápidamente a los pacientes geriátricos, disminuyendo el ausentismo indirectamente en los centros laborales, aportando un

ahorro económico alto a la economía del país, siendo muy significativo debido a la corta estadía hospitalaria y al mayor aprovechamiento de las camas en el hospital.

Se ahorra medicamento cuya adquisición en el país es a altos precios en el mercado internacional, disminuye la sepsis intrahospitalaria.

Consideramos que este método de tratamiento se pudiera iniciar e incrementar en todos los centros hospitalarios del país que posee Servicio de Ortopedia y Traumatología, por los beneficios que aporta a nuestros pacientes, a la economía y al sistema de salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Álvarez Cambras R, de Cárdenas Centeno OM, de la Fuente Calvo F. Densitometría ósea y predicción de riesgo de fractura de la cadera. Revista Cubana de Ortop y Traumatol 1990; 2(4):119-20.
2. Mosquera María T. Incidencia y factores de riesgo de la fractura proximal de fémur por osteoporosis. Rev Panam de Salud Pública 1998; 3(4):211-217.
3. Salorzano Francisco X. El sistema de salud de Canadá y su financiamiento. Rev Panam de Salud Pública 1997; 3(1):180-184.
4. Escarpenier Bulies Julio C. Morbilidad y letalidad por fracturas de caderas. Evolución del Quinquenio 1991-1995. Rev Cubana de Ortop y Traumatol 1997;1(2):79-86.
5. Packard Pt, Henry RP. Terapia nutricional para pacientes de osteoporosis. Rev Panam de Salud Pública 1997;5(5):399-40.
6. Eyllisastegui Romero L, Eura Castillo A, Brito Galdo José L. Análisis evolutivo en pacientes con fracturas de cadera operados. Su relación con el tiempo preoperatorio. Rev Cuabna de Ortop y Traumatol 1990 ; 2(4):85-91.
7. Genesto Gómez Ricardo J, Blanco Coronado José Luis. El manual del paciente grave. Edit. Proyectos Médicos. Ediciones Ponton S.A. 1996:134-136-
8. Ivario R, Henry Williams L, Richard Inlut A. Comparación entre el costo hospitalario de la artroplastia total de la cadera primaria y su revisión de la detención del costo. Orthopedics 1999; (3): 35-48.
9. Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism 1995; 1(80):757-63.
10. Artazá Barrios D, Montt Vidal J. Estructura y recursos humanos en un hospital público chileno; una experiencia de cambio. Rev Panam de Salud Pública 1997; 5(2):467-68.

Recibido: 13 de noviembre del 2000

Aprobado: 20 de febrero del 2001

Dr. Ramón Suárez Junco. Hospital Provincial Docente Clínico Quirúrgico "León Cuervo Rubio". Carretera Central entronque a Viñales. Pinar del Río.