

Epidemiología de las fracturas de fémur proximal en población geriátrica

Santana Suárez, R.Y.*; Navarro Navarro, R.*; Valencia Sola, L.**; Navarro García, R*.; Romero Pérez, B.*

* Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología. Hospital Universitario Insular Gran Canaria

** Servicio de Anestesiología y Reanimación. Hospital Universitario Dr. Negrín

Jacquot¹ publicó en un estudio multicéntrico en Francia de pacientes ancianos con fracturas, durante un periodo de 8 meses en el año 2001. Ingresaron 1126 pacientes en ocho centros con un total de 1182 fracturas.

Se estudiaron 948 pacientes de sexo femenino (84.2%) y 178 casos de sexo masculino (15.8%) con una edad promedio de 87.3 años. El 59.6% de los pacientes vivían solos, independientes; el 4% en casa propia con un acompañante; el 26.1% en casas de retiro o centros de día; y el 10.3% en hospitales o instituciones médicas de larga estancia.

La mortalidad de los pacientes con fractura de cadera a los 6 meses fue del 20.4%; en los casos de fractura de cadera e infección la mortalidad fue del 45.8%. Las complicaciones se presentaron en 101 casos (8.5%), pulmonares en 40 casos, cardíacas en 48 casos, neurológicas con accidentes cerebro vasculares en 45 casos, trombo embolismo en 13 casos e infecciones urinarias en 37 casos.

Kitamura², en el Japón publicó en 1998 un estudio con 1169 fracturas de cadera, con un promedio de edad de 77 años y el 44% de los pacientes mayores de 80 años, con predominio del sexo femenino en el 75% de los casos. La tasa de mor-

talidad a los 6 meses fue del 6% y a los dos años del 19%.

La estancia hospitalaria en promedio es de 67 días (1-434), el paciente es dado de alta cuando ha alcanzado su independencia y se ha rehabilitado, el 81% de los pacientes regresaron a la casa. Los pacientes fueron intervenidos en promedio a los nueve días de la fractura, tiempo muy largo con respecto a la mayoría de los estudios.

Zuckerman³, en 1995 publicó una serie de 367 pacientes con fracturas de cadera mayores de 65 años y un 79% de sexo femenino, concluye que los pacientes deben ser operados en la primeras 48 horas para disminuir la morbi-mortalidad. En esta serie se presentó un 4% de mortalidad hospitalaria, a los 6 meses la mortalidad fue del 9% y al año del 14%. Buckwalter en Estados Unidos publica que el 60% de las caídas relacionadas con la muerte ocurren en personas de 75 años o más. En 1998 ingresaron a los diferentes hospitales en Estados Unidos 231.000 pacientes con fracturas de la cadera, en 1999 fueron 332.000 y se calcula en 500.000 para el año 2040.

Koval⁴ en 1065 fracturas de cadera disminuyó la mortalidad del 14.1% al 8.8% a los seis meses, con cirugía precoz.

Thorngren⁵ en Suecia publicó una incidencia de 18.000 fracturas de cadera al año para una población de 9 millones de habitantes. Las fracturas se presentaron en mujeres en el 67% y en mayor riesgo en personas mayores de 80 años.

La incidencia de las fracturas de cadera varía según el área geográfica; en Suecia la incidencia es mayor que en Estados Unidos, pero menor que en los países del Sur de Europa.

La mitad de las fracturas de cadera en el mundo ocurren en Europa, Norte América y Oceanía, donde la población es inferior al 50%, pero la longevidad de las personas es mayor y predomina la raza blanca. La mortalidad en Suecia a los dos años de una fractura de cadera es del 31%.

En el estudio multicéntrico en Francia de Jacquot¹, en la evaluación inicial de los pacientes se encontró un índice de Katz en promedio de 4.5 más o menos 1.8. El índice de valoración anestésica ASA fue del 51.8% para estados I y II; y 48.2% estado III y IV. El promedio del índice de Parker fue de 4.1 más o menos 2.7. El índice mental inicial se encontró en 6.3 más o menos 3.8.

En los pacientes ancianos, mayores de 80 años, las fracturas más frecuentes se presentan en el extremo proximal del fémur en el 64%; en el extremo distal del radio en el 11%; en el extremo proximal del húmero en el 8% y el restante 17% en otras partes del cuerpo: codo,

Correspondencia:

Santana Suárez, Romen Yone
C/ Almansa, nº11 - Las Palmas de Gran Canaria 35200
Tfno.: 639 242 919
E-mail: romenyone@hotmail.com

diafisis y región supracondílea del fémur y tobillo.

El mecanismo de las fracturas en el 86.5% de los casos se debe a una caída simple. Las caídas se presentaron por mareos, o cuando la persona se resbala al bajar una grada.

Aspectos geriátricos

El aumento de la edad en la población mundial, incrementan cada año la incidencia de las fracturas en el paciente anciano; la fractura del extremo proximal del fémur es la más común; y se asocia con alta morbilidad y mortalidad^{6,7}.

Un estudio longitudinal durante cinco años a 500 personas ancianas, en buenas condiciones generales, investigando la frecuencia de las caídas y sus circunstancias fue realizado por Vellas⁸ en Nuevo Méjico (Estados Unidos) y Toulouse (Francia). En este trabajo se encontró que en general las caídas se favorecen por

un problema de postura asociado al envejecimiento, originando un desequilibrio. El riesgo mayor del desequilibrio es la estación unipodal. Los ancianos que permanecen más de cinco segundos parados en una sola extremidad tienen un gran riesgo de caerse y fracturarse la cadera.

Condiciones del paciente

El paciente anciano con fractura de cadera puede presentar al momento del evento traumático un estado de salud en tres categorías diferentes:

a. **Personas en buen estado de salud.** En este grupo se encuentra el 65% de la población mayor de 60 años. Son personas sin mayores problemas patológicos, con una gran actividad que les permite continuar realizando sus labores habituales con total independencia.

b. **Personas frágiles.** Representan el 20% de la población mayor de 60 años, se consideran todas las personas mayores de 85 años; y las personas más jóvenes con estados patológicos con un acelerado envejecimiento, por problemas para la marcha, la audición y la visión. Son personas con alto riesgo de perder su autonomía o independencia, con problemas nutricionales, cognoscitivos, e incapaces de realizar los actos de la vida cotidiana.

c. **Personas dependientes.** Constituyen el 15% de las personas de edad. Son todas aquellas que presentan la enfermedad de Alzheimer severa, que viven en casa de ancianos u hospitales de larga estancia. En este grupo de pacientes es muy frecuente encontrar problemas nutricionales, anemia y problemas serios de locomoción.

BIBLIOGRAFIA

1. **Jacquot F, Feron JM, Bonneville P.** Presentation de la serie du symposium de les fractures des sujets ages de plus de 80 ans. *Revue Chirurgie Orthopedique.* 89 : 2S138-2S142. 2003.
2. **Thorngren KG,** International Comparisons of hip fracture treatment. American Academy Orthopaedics Surgeons. 70th Annual Meeting. Instructional Course Lecture Handout. 2003.
3. **Zuckerman JD, Skovron ML, Koval KJ,** et al. Post operative complications and mortality associated with operative delay in older patients who have a fracture of the hip. *J Bone Joint Surgery.* 77A: 1551-1556. 1995
4. **Koval KJ, Chen AL., Aharonoff GB,** Clinical Pathway for Hip Fractures in the Elderly. *Clinical Orthopaedics.* 425: 72-81. 2004.
5. **Cummings SR, Melton LJ.** Epidemiology and outcomes of osteoporotic fractures. *Lancet.* 359: 1761-1767. 2002.
6. **Lu-Yao GL, Keller RB, Littenberg B,** et al. Outcomes after displaced fractures of the femoral neck. A meta analysis of one hundred a six published reports. *J Bone Joint Surgery.* 76A: 15-25. 1994.
7. **Svensson O, Stromberg L, Ohlen G,** et al. Prediction of the outcome after hip fracture in the elderly patients. *J. Bone Joint Surgery.* 78B: 115-118. 1996.
8. **Vellas B.** Aspects geriatriques de les fractures des sujets de plus de 80 ans. *Revue Chirurgie Orthopedique.* 89 : 2S142-2S144. 2003.