

Pioli G, Frondini C, Lauretani F, Davoli ML, Pellicciotti F, Martini E, Zagatti A, Giordano A, Pedriali I, Nardelli A, Zurlo A, Ferrari A, Lunardelli ML. **Time to surgery and rehabilitation resources affect outcomes in orthogeriatric units.** Arch Gerontol Geriatr. 2012 Sep; 55(2):316-22.

Tiempo hasta la cirugía y recursos de rehabilitación como variables que afectan a los objetivos de las Unidades de OrtoGeriatría.

Estudio de cohortes observacional prospectivo, multicéntrico, en el que se incluyeron 806 pacientes de 75 o más años con fractura de cadera por fragilidad (entre marzo de 2008 y febrero de 2009). El estudio se llevó a cabo en tres hospitales distintos, con sus características organizativas y de recursos propios, de una misma región.

Se analizaron la mortalidad al año (supervivencia global de la muestra: 71.1%), la pérdida de una o más ABVDs y la recuperación/mantenimiento de la deambulación independiente a los 6 meses. Se recogieron los días de ingreso hasta la cirugía. Con vistas a homogeneizar los distintos esquemas de derivación y tratamiento de los tres hospitales, se definieron dos opciones de tratamiento (no excluyentes): los que reciben rehabilitación temprana intensiva (con deambulación precoz al tercer día postoperatorio) y los que tras la fase aguda son derivados a un recurso de rehabilitación, en régimen de ingreso o ambulatorio. Seguimiento posterior telefónico a los 3, 6 meses y al año tras la fractura. Para evitar el efecto suelo, se excluyeron del análisis de recuperación funcional a los pacientes incapaces de desarrollar de manera autónoma al menos dos ABVDs (el 80% de la muestra). Sólo en aquellos que previamente a la fractura deambulaban de manera independiente (69%) se valoró la recuperación de la marcha. En el análisis multivariante, no se incluyó el tipo de fractura por no alcanzar significación estadística al análisis univariante.

Como era de esperar, variables como la edad, el género, la situación funcional previa a la fractura, la comorbilidad y el deterioro cognitivo afectan tanto a los resultados funcionales como a la mortalidad global al año. Acorde con otros estudios, el estado funcional previo a la fractura es el más fuertemente asociado con la recuperación funcional tanto a corto como a largo plazo¹, mientras que la edad, el género y la comorbilidad están más en relación con las complicaciones postoperatorias y la mortalidad^{2,3}.

En el hospital con más demora quirúrgica (5.2 ± 3.2 días frente a 2.7 ± 2.3 y 2.7 ± 2.2 respectivamente, p<0.001), **se encontró una mortalidad mayor tras ajustar a parámetros de edad, sexo, deterioro cognitivo, comorbilidad y estado funcional previo** (OR 1.56, IC 95%, 1.15-2.18, p=0.01), tal y como apuntan otros estudios observacionales y metaanálisis^{4,5}. También aquellos pacientes que realizaron rehabilitación en cualquiera de sus tres formas –precoz (OR 0.370, IC 95% 0.262-0.54, p<0.001), diferida (OR 0.506, IC 95% 0.283-0.902, p=0.021) o combinada (OR 0.321, IC 95% 0.171-0.604, p<0.001), mostraron una reducción del riesgo de mortalidad al año.

Respecto a la pérdida de ABVDs a los 6 meses, en el análisis multivariante **la combinación de rehabilitación temprana más posterior mostraba mejores resultados respecto a las demás alternativas** (OR 0.438, IC 95% 0.199-0.967, p<0.05). Respecto a la recuperación de la deambulación a los 6 meses se observaron **los mismos resultados en el grupo de rehabilitación combinada** (OR 2.579, IC 05%, p<0.05). En esta misma línea, una reciente revisión sistemática ha demostrado que una adecuada oferta de rehabilitación, fundamentalmente en régimen de ingreso y específicamente diseñada para el paciente geriátrico mejora los objetivos relacionados con función, institucionalización e incluso mortalidad⁶.

Entre las limitaciones del estudio está su diseño observacional. A parte de la disponibilidad de los recursos, razones médicas o individuales pueden contribuir a la elección respecto a qué recurso de rehabilitación es el más adecuado. Por otra parte, el subgrupo de pacientes que reciben tanto rehabilitación temprana como posterior puede diferir en su situación basal respecto del resto de pacientes, debiendo tomarse precauciones a la hora de interpretar estos resultados. Tampoco se recoge con detalle el tipo de intervención de rehabilitación realizada (duración, intensidad, tipo de terapia física), posibles factores que influyen en la recuperación funcional. Una de las fortalezas de este estudio es que la muestra no está preseleccionada, incluyendo población real con una alta comorbilidad de base.

En conclusión, este estudio demuestra –en la muestra analizada– que **tanto el retraso en la cirugía por fractura de cadera como los recursos de rehabilitación disponibles en las Unidades de OrtoGeriatría pueden afectar a la recuperación funcional y a la mortalidad al año**. Es importante pues **la puesta en marcha de un modelo integrado de cuidados que optimice en los pacientes ancianos con fractura de cadera las posibilidades de recuperación funcional**.

Bibliografía:

- 1- Kristensen MT. Factors affecting functional prognosis of patients with hip fracture. Eur J Phys Rehabil Med. 2011 Jun; 47(2): 257–64.
- 2- Roche JJ, Wenn RT, Sahota O, Moran CG. Effect of comorbidities and postoperative complications on mortality after hip fracture in elderly people: prospective observational cohort study. BMJ. 2005 Dec 10; 331(7529): 1374.
- 3- Kannegaard PN, van der Mark S, Eiken P, Abrahamsen B. Excess mortality in men compared with women following a hip fracture. National analysis of comorbidities, comorbidity and survival. Age Ageing. 2010 Mar; 39(2): 203–9.
- 4- Shiga T, Wajima Z, Ohe Y. Is operative delay associated with increased mortality of hip fracture patients? Systematic review, meta-analysis, and metaregression. Can J Anaesth. 2008 Mar; 55(3): 146–54.
- 5- Maggi S, Siviero P, Wetle T, Besdine RW, Saugo M, Crepaldi G. Hip Fracture Study Group. A multicenter survey on profile of care for hip fracture: predictors of mortality and disability. Osteoporos Int. 2010 Feb; 21(2):223–31.
- 6- Bachmann S, Finger C, Huss A, Egger M, Stuck AE, Clough-Gorr KM. Inpatient rehabilitation specifically designed for geriatric patients: systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. BMJ. 2010 Apr 20; 340:c1718. doi:10.1136/bmj.c1718.

Disponible en: [www.aggjournal.com/article/S0167-4943\(11\)00326-8/abstract](http://www.aggjournal.com/article/S0167-4943(11)00326-8/abstract)

Comentado por: Dr. Alfonso González Ramírez.

Coordinador de Revisiones de Fracturas: Dr. Alfonso González Ramírez.