

### Análisis de costes de las fracturas de cadera en el anciano.

- **AUTORES:**

Juan Francisco Blanco Blanco; Agustín Díaz Álvarez; Manuel Guaza; Concepción Ceballos; Teresa Santos

- **INTRODUCCIÓN:**

Las fracturas de cadera son, junto con las de muñeca, las más frecuentes en el anciano. Generalmente, se producen por caídas banales, debidas en su mayoría a la presencia de osteoporosis. No obstante, no suele ser ésta la causa de ingreso, sino que el diagnóstico de osteoporosis se produce en la inmensa mayoría de los casos debido al ingreso por la fractura de cadera, muñeca o espalda.

El envejecimiento poblacional y los cambios en los hábitos de vida de los países desarrollados han provocado que cierto tipo de patologías, como las fracturas de cadera, sean cada día más numerosas. La inversión de la pirámide poblacional supone una modificación de la prevalencia de las patologías, creciendo de forma realmente significativa las de origen degenerativo e involutivo. Es tal el crecimiento esperado que la OMS ha declarado esta década como "la década del hueso y la articulación".

En nuestro país, la esperanza de vida al nacer llegará en el año 2020 a 79.8 años para los hombres, y a 86 años para las mujeres<sup>1</sup>, lo cual supondrá en torno a 8.6 millones de personas de 65 años o más<sup>2</sup>. Se calcula que una de cada tres mujeres y uno de cada nueve varones mayores de 80 años van a sufrir una fractura de cadera como resultado de la osteoporosis.

En la Unión Europea, se estima que para el año 2031, en ausencia de medidas preventivas eficaces, nos encontraremos en torno a 600 000 fracturas de cadera en mujeres, y unas 150 000 en hombres<sup>3</sup>.

La Comisión Europea, cifra el coste anual directo del tratamiento de las fracturas de cadera, en el territorio español, en 220 millones de euros en el año 2000<sup>4</sup>.

A pesar de que sabemos que el impacto socioeconómico derivado de las fracturas de cadera es muy importante, y seguirá en aumento<sup>5</sup>, en nuestro medio no se ha realizado un análisis detallado de los costes que nos permita orientar nuestros esfuerzos y recursos disponibles para minimizarlo. Por otra parte, no es factible el estudio del coste global derivado de la fractura de cadera en el anciano, pues carecemos de datos suficientes para computar los gastos derivados de la asistencia domiciliaria o en residencias geriátricas, así como los costes generados por la rehabilitación postoperatoria o realizar estimaciones fidedignas de las fracturas evitables mediante un adecuado programa de prevención, tanto en actividad física, protectores de cadera, como de osteoporosis.

Los costes hospitalarios directos representan >58% del gasto total atribuible a la fractura femoral en el primer año<sup>6</sup>, pero incluso tras la hospitalización, sigue generando gastos, fundamentalmente en los tres primeros meses<sup>7</sup>.

- **MATERIAL Y MÉTODOS:**

El Hospital Universitario de Salamanca es un Hospital de alta complejidad y de gran tamaño, siendo en el momento actual el mayor hospital de la Comunidad de Castilla y León. Existen dos servicios de Traumatología y CO que funcionan independientemente.

Análisis descriptivo. Como fuente de los datos de emplearon los datos de la codificación de las altas hospitalarias de nuestro centro, en el que el índice de codificación para las fracturas de cadera, en pacientes de 65 o más años, es del 100%. El diagnóstico de acuerdo a la clasificación CIE9 era 820.x. Con esta población se ha realizado un estudio descriptivo de los casos que fueron tratados quirúrgicamente. Se excluyeron los casos en los que la fractura había sido debida a un proceso tumoral o un traumatismo de alta energía. Todos los casos fueron ingresos urgentes.

Análisis de los costes. Se tomó una muestra significativa al azar, de 206 pacientes, de un total de 440 casos, según el procedimiento quirúrgico empleado: clavo gamma (79.15), clavo-placa (79.35) o artroplastia parcial (81.52). Sobre cada caso se identificó el código que se le asignó en el momento de su ingreso para ese proceso en concreto, dicho código se denomina ICU. Asimismo, a partir de ese código, se obtuvo el tiempo preoperatorio hasta el tratamiento quirúrgico, el tiempo transcurrido hasta el alta hospitalaria, así como la evolución e incidencias en el postoperatorio. Con el código (ICU) la Unidad de Gestión Analítica nos proporcionó el coste individual para cada proceso mediante un informe llamado escandallo. En dicho informe se recogen los costes para los diferentes orígenes de los mismos (hospitalización, fármacos, servicios médicos, etc.). De todos ellos se calculó el porcentaje que representaban respecto al total del coste hospitalario.

- **CONCLUSIONES:**

De los 440 pacientes que ingresaron con el diagnóstico de fractura de cadera 3 pidieron Alta voluntaria (sin someterse a Cirugía), 4 se trasladaron a otro hospital (también sin Cirugía), y 22 sufrieron Exitus (10 en el preoperatorio y 12 en el postoperatorio).

La Tabla I recoge las características demográficas de nuestra muestra. Al examinar la edad, observamos que la mediana de nuestra muestra es de 85.5 años, pero aparecen diferencias significativas según el procedimiento quirúrgico aplicado, siendo menor en la Artroplastia Parcial (84.5).



La distribución del sexo, según el procedimiento quirúrgico, nos muestra una clara predominancia femenina (81.5%), sea cual sea el proceso, con una relación F/M de 4.4.

La estancia hospitalaria total, es de 10.9 días, de los cuales 3.8 (34.8%) corresponden a la estancia preoperatoria. Las causas son múltiples: control adecuado de la patología del paciente, valoración preanestésica, imposibilidad de intervención por déficit de personal, etc.,... La estancia hospitalaria postoperatoria es de 7.1 días. Los motivos también son variados, desde el éxitis, complicaciones tromboembólicas, infecciosas, hasta la descompensación de la patología preoperatoria.

Por otra parte, vemos que las diferencias en la estancia preoperatoria, postoperatoria y total, según el procedimiento quirúrgico, no llegan a ser significativas. Es un dato especialmente llamativo, ya que como vimos anteriormente, hay diferencias apreciables en los grupos de edad.

La Tabla II y el Gráfico I, recogen el análisis de costes.

En cuanto al gasto generado, el hecho más notable es que más del 69% del mismo, corresponde a los gastos de hospitalización. Así, vemos que el coste medio total es de 5517.70 €, oscilando entre 1648.91 € y 14995.34 €. De este coste total, 3853.49 € corresponden a los gastos derivados de la hospitalización del paciente, lo cual supone el porcentaje más significativo. Como se aprecia, no existen diferencias significativas en cuanto al proceso realizado.

