

# PACIENTES ANCIANOS CON COMORBILIDAD Y FRACTURA ACETABULAR:

## ¿EXISTE UN LÍMITE EN LA INDICACIÓN QUIRÚRGICA?

*Castillejo Iniesta, Coral; Bogallo Dorado, José Manuel; García-Vaquero Pina, Alfonso; Ramírez Roldán, Alicia;*

*Cano Porras, Juan Ramón; Guerado Parra, Enrique*

*Hospital Universitario Costa del Sol, Marbella, Málaga, España.*

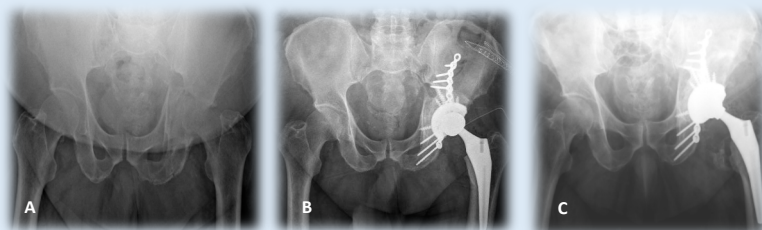


### OBJETIVO

El incremento del envejecimiento poblacional ha supuesto un aumento en el número de fracturas acetabulares en el anciano. La evidencia actual aboga por el tratamiento quirúrgico, aunque hay autores que consideran el tratamiento conservador como una opción. No hay claro consenso sobre cuál es el tipo de tratamiento más óptimo, ni su relación con la comorbilidad.

### MATERIAL Y MÉTODOS

Se incluyeron pacientes con fractura acetabular de edad mayor o igual a 60 años, procedentes de una base de datos prospectiva (2012 a 2022), con seguimiento mínimo de 1 año. Se analizó el tipo de tratamiento (quirúrgico o conservador) en pacientes con alta comorbilidad (Age-adjusted Charlson Comorbidity Index (ACCI)  $\geq 3$ , ASA  $> 2$ , I. Elixhauser Index  $> 0$ ). Los resultados funcionales fueron valorados mediante el grado de deambulación y el Clinical Frailty Scale (CFS).



A- Fractura acetabular, dos columnas. B- Osteosíntesis + PTC. C- Luxación de PTC. D- Reducción post-luxación

### RESULTADO

Registramos un total de 750 fracturas pélvicas y acetabulares, se seleccionaron 78. Se intervinieron 17 pacientes (21,8%). No hubo diferencias en las variables sociodemográficas entre ambos grupos. Sin embargo, el grupo tratado conservadoramente presentó una peor puntuación en los índices de comorbilidad previos a la fractura: ACCI (p 0.004), ASA (p 0.004), Elixhauser I. (p 0.024), CFS prefractura (p 0.026). Se describe una pérdida funcional al año tanto en el grado de deambulación como en CFS, encontrando diferencias intragrupal (p  $< 0.05$ ) pero no intergrupales (p 0.175 para grado de deambulación y p 0.51 para CFS) (Figura 1 y 2). En la regresión logística simple se observó, que para un incremento en un punto en el valor de Charlson ajustado por edad, el paciente de comorbilidad incrementa el riesgo de desarrollar complicaciones con una OR 1.787 (IC 95%, 1.280 – 2.496), siendo estadísticamente significativo p 0.001. No encontrándose diferencias estadísticamente significativas entre los grupos tanto para complicaciones como mortalidad (Figura 3) (Tabla 1).

	CONSERVADOR	QUIRÚRGICO	p
<b>N</b>	61	17	
<b>Edad*</b>	79 (72/85)	75 (67.5/83.5)	<b>0.094</b>
<b>Sexo hombre (%)</b>	36 (59)	10 (59)	<b>1.00</b>
<b>Elixhauser Index*</b>	4 (0/11)	0 (0/0.5)	<b>0.024</b>
<b>I.Charlson ajustado por edad *</b>	6 (4/7)	4 (3.0/5.5)	<b>0.004</b>
<b>CFS pre**</b>	4.09 $\pm$ 1.55	3.2 $\pm$ 1.320	<b>0.026</b>
<b>CFS post **</b>	5.11 $\pm$ 1.89	4 $\pm$ 1.55	<b>0.000</b>
<b>CFS intragrupal (diferencias pre-post)</b>			<b>0.51</b>
<b>ASA 4 (n)</b>	5	0	<b>0.004</b>
<b>Clasificación Letournel</b>	Columna anterior con hemitransversa post	Ambas columnas	
<b>Deambulación pre</b>	2.12 $\pm$ 1.32	1.8 $\pm$ 1.26	<b>0.175</b>
<b>Deambulación post</b>	3.46 $\pm$ 1.4	2.67 $\pm$ 1.34	<b>0.00</b>
<b>Deambulación intragrupal (diferencias pre- post)</b>	-1.34	-1.67	<b>0.175</b>
<b>Complicaciones al año (%)</b>	36 (59)	10 (58.8)	<b>1.00</b>
<b>Nº complicaciones*</b>	1 (0/2)	1 (0/2.5)	<b>0.575</b>
<b>Mortalidad (%)</b>	18 (29.5)	4 (23.5)	<b>0.857</b>

\* Mediana/Percentil 25-75, \*\* Media/Desviación estándar, CFS: Clinical Frailty Scale

Tabla 1

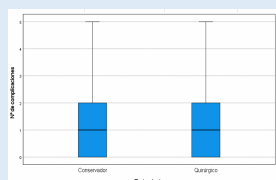


Figura 1

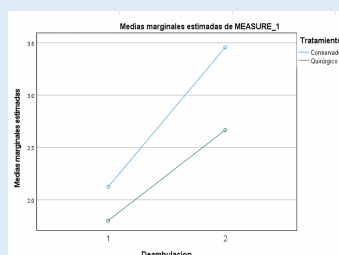


Figura 2

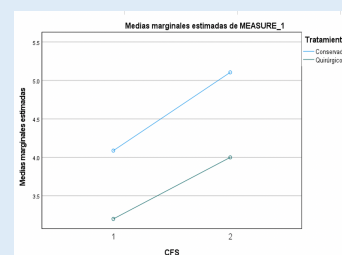


Figura 3

### CONCLUSIÓN

En pacientes con alta comorbilidad y fractura acetabular, el tratamiento conservador puede llegar a ser una opción válida. En caso de decidir un tratamiento quirúrgico, debemos expresar al paciente y a sus familiares el riesgo que implica. Se requieren futuros estudios prospectivos que analicen, entre otros factores, la comorbilidad como factor en la toma de decisión terapéutica.

### BIBLIOGRAFÍA

