



COSTES ASOCIADOS A LA DEMORA QUIRÚRGICA EN LAS FRACTURAS DE CADERA

Iñigo Etxebarria-Foronda (1), Javier Mar (2), Arantzazu Arrospide (2), Jaime Ruiz de Eguino (3)
 1.- Servicio Cirugía Ortopédica y Traumatología. 2.- Unidad de Investigación. 3.- Dirección Económico-Financiera.
 Organización Sanitaria Integrada – OSI Alto Deba. Mondragón – Gipuzkoa.

RESUMEN

Las fracturas de cadera son las que tienen mayor trascendencia en Salud Pública por su considerable incidencia, su elevada morbilidad, su importante impacto en la mortalidad y por su consecuente repercusión socioeconómica. Prácticamente la totalidad de los pacientes con este tipo de fracturas requiere una solución quirúrgica, y en muchas ocasiones y por diversas circunstancias, esta cirugía puede sufrir demoras de varios días, lo cual parece que está relacionado con un aumento de las complicaciones y de la mortalidad, pero además lleva consigo de forma inexorable un aumento en los costes derivados de su estancia en el hospital. El objetivo del presente trabajo es establecer por un lado cuál fue la demora quirúrgica de los pacientes ingresados por fractura de cadera en los hospitales vascos durante el año 2010, y por otro determinar cuáles fueron los costes asociados a dicha demora, lo cual podría tener su importancia a la hora de establecer protocolos de actuación que agilicen el proceso, y que por lo tanto reduzcan los gastos que generan estos pacientes mientras esperan a ser intervenidos.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se incluyeron en el estudio todas las fracturas de cadera atendidas por Osakidetza en el ejercicio 2010, recogiendo los datos del CMBD. Se realizó una descripción de las características de la muestra atendiendo a diferentes variables como grupo de edad, tipo de hospital, sexo, índice de comorbilidad de Charlson, circunstancias al alta y primer procedimiento de la intervención quirúrgica, calculándose el coste que supuso el tratamiento de estos pacientes, tanto pre como postoperatoriamente. Con las variables descritas se realizó un análisis de regresión uni y multivariante, para posteriormente, con los factores con valor significativo realizar una regresión logística con el fallecimiento durante el ingreso como variable dependiente. Finalmente, con el objeto de conocer el peso de las características estudiadas en el cómputo final del coste total del coste total se realizó un análisis multivariante mediante una regresión lineal. Todos los análisis estadísticos han sido realizados con el paquete estadístico SPSS versión 19.

Tabla 2. Distribución de los costes totales

	N	%	Total
Hasta 5.000€	65	3,5	216.870,14
Entre 5.000€ y 10.000€	669	36,0	5.361.298,97
Entre 10.000€ y 15.000€	693	37,3	8.416.894,50
Entre 15.000€ y 20.000€	254	13,7	4.279.492,94
Entre 20.000€ y 30.000€	126	6,8	3.004.086,20
Entre 30.000€ y 50.000€	41	2,2	1.489.471,86
Más de 50.000€	8	0,4	528.626,32
Total	1.856	100	23.296.740,93

Tabla 1. Descripción de la muestra

	Frecuencia	Porcentaje
Total	1856	
Hospital		
Hospital comarcal	327	17,6
Hospital general	1529	82,4
Sexo		
Hombre	459	24,7
Mujer	1397	75,3
Edad		
Menores de 70 años	194	10,5
Entre 70 y 74 años	85	4,6
Entre 75 y 79 años	272	14,7
Entre 80 y 84 años	436	23,5
Entre 85 y 89 años	486	26,2
Mayores de 90 años	383	20,6
Circunstancia al alta		
Destino a domicilio habitual	1326	71,4
Hospitalización a domicilio	39	2,1
Traslado a un hospital de media y larga estancia	323	17,4
Residencia social	44	2,4
Fallecido	93	5,0
Alta voluntaria	1	,1
Otras causas	30	1,6
Índice de Charlson		
0	1253	67,5
>0	603	32,5
Primer diagnóstico		
Fractura intracapsular	906	48,81
Fractura pertrocanterea o intertrocanterea	802	43,21
Fractura subtrocanterea	148	7,97
Primer procedimiento		
Reducción cerrada de fractura con fijación interna, fémur	691	37,23
Reducción abierta de fractura con fijación interna, fémur	393	21,17
Sustitución parcial de cadera	131	7,06
Revisión de sustitución de cadera	569	30,66
Otro procedimiento	72	3,88

RESULTADOS-CUESTIONES A DESTACAR

- ↗ De los 1856 casos, el 75,3% de los pacientes fueron mujeres, con una edad media de 81,7 años.
- ↗ **La estancia PREOPERATORIA fue de 2,7 días.** La estancia POSTOPERATORIA fue de 9,7 días.
- ↗ La MORTALIDAD HOSPITALARIA es de un 5%.
- ↗ El COSTE TOTAL de los 1856 pacientes fue de 23.296.740,93 euros.
- ↗ El COSTE POR INGRESO fue de 12.552,12 euros.
- ↗ **El COSTE DE LA ESTANCIA PREOPERATORIA fue de 2.355.625,79 euros.**
- ↗ El COSTE MEDIO de la estancia preoperatoria por ingreso fue de 1269,20 euros.
- ↗ Son variables asociadas a la mortalidad la edad, el sexo y el índice de Charlson, pero NO la estancia preoperatoria.
- ↗ La estancia preoperatoria lógicamente aumenta el coste total.
- ↗ **Por la reducción de UN DÍA de estancia previa, se ahorraría de media 977,84 euros.**

CONCLUSIONES - REFLEXIONES

- ☑ La estancia preoperatoria en los pacientes con fractura de cadera no influye en nuestro trabajo en la mortalidad, no obstante diversos trabajos afirman lo contrario. Lo que todos coinciden es que clínicamente influye en los resultados funcionales y en la recuperación posterior de estos pacientes.
- ☑ Además, supone un coste de cerca de 2 millones y medio de euros en nuestro medio.
- ☑ Cada día que adelantemos la cirugía ahorramos cerca de 1000 euros por paciente.
- ☑ Creemos que puede ser interesante plantear estrategias para coordinar la atención precoz de este tipo de pacientes para por un lado mejorar sus perspectivas clínicas, y por otro, ahorrar costes.

