



¿Cuándo debo dar de alta a mis pacientes intervenidos de Prótesis Total de cadera? Corta o Larga estancia, he ahí la cuestión.

Luis Riera Álvarez, Miguel Sánchez Ruiz de Gordo, Jorge García Ausín; Adrián Alfonso Echenique, Mikel San Julián Aranguren, Jose María Lamo de Espinosa Vázquez de Sola.
Departamento de Cirugía Ortopédica y Traumatología. Clínica Universidad de Navarra.

Introducción

La artroplastia total de cadera es un procedimiento frecuente con buenos resultados. En los últimos años ha crecido el interés por el aumento de la eficiencia del procedimiento. La disminución de la estancia hospitalaria, sin menoscabo de la seguridad, es uno de los puntos en los que más hincapié se ha hecho. Actualmente existen pautas de corta estancia para el postoperatorio de este tipo de intervenciones, pero su relación con las posibles complicaciones precoces y reintervenciones, no está bien establecida.

Objetivos

Estudiar las diferencias en los reingresos en los casos intervenidos de Prótesis total de cadera en dos trayectorias clínicas distintas (corta y larga estancia), así como, los posibles factores relacionados con los reingresos precoces (30 días desde el alta)

Material y Métodos

- Revisión retrospectiva de los pacientes intervenidos mediante Prótesis total de cadera.
- Se han comparado 2 trayectorias clínicas distintas de ≤ 4 días y 7 días de ingreso.
- Se consideraron los reingresos en los primeros 30 días después del alta.

Causa del reingreso precoz	N
Infección	11
Fractura periprotésica	3
Luxación	2
Neumonía	1
Trombosis Venosa Profunda	1
Sepsis urinaria	1
Insuficiencia renal	1
Edema de extremidad inferior	1
Dolor precordial	1
Insuficiencia cardiaca	1

	Total muestra (N=473)	Estancia corta (N=124)	Estancia larga (N=311)	Valor p
Cadera intervenida				.327
Derecha	265 (56 %)	73 (58.9 %)	167 (53.7 %)	
Izquierda	208 (44 %)	51 (41.1 %)	144 (46.3 %)	
Tipo de prótesis				.045
Cementada	103 (22.9 %)	17 (14.4 %)	69 (23.2 %)	
No cementada	346 (77.1 %)	101 (85.6 %)	228 (76.8 %)	
Material de la cabeza				<.000
Metal	233 (56.4 %)	25 (25.8 %)	184 (64.6 %)	
Cerámica	180 (46.6 %)	72 (74.2 %)	101 (35.4 %)	
Abordaje				<.000
Anterolateral	415 (88.7 %)	89 (73.0 %)	290 (93.2 %)	
Lateral directo	28 (6.0 %)	24 (19.7 %)	4 (1.3 %)	
Posterolateral	25 (5.3 %)	9 (7.3 %)	15 (4.8 %)	
Diagnóstico				.064
Coxartrosis	382 (81.1 %)	112 (91.8 %)	247 (79.4 %)	
Fractura	40 (8.5 %)	5 (4.1 %)	26 (8.4 %)	
Necrosis	39 (8.3 %)	5 (4.1 %)	29 (9.3 %)	
Artritis reumatoide	2 (0.4 %)		2 (0.6 %)	
Tumoral	4 (0.8 %)		3 (1.0 %)	
Postinfecciosa	4 (0.8 %)		4 (1.3 %)	
Transfusión				<.000
Sí	85 (19.1 %)	4 (3.2 %)	58 (20.3 %)	
No	361 (76.3 %)	120 (96.8 %)	228 (79.7 %)	
Pérdida Hb	3.1 (sd 1.3)	2.8 (sd 1.0)	3.3 (sd 1.3)	<.000

Resultados

- Se estudiaron 473 pacientes; 124 (26.2%) con estancia ≤4 días y 311 (65.8%) de 4-7 días.
- Treinta y ocho (8%) de ellos no se ajustaron a ninguna de las pautas por lo que se excluyeron del estudio. No había diferencias basales en cuanto edad, sexo, IMC y diagnósticos entre ambos grupos.
- No hemos encontrado diferencias significativas entre las dos pautas estudiadas de corta y larga estancia para el reingreso.
- El análisis por regresión logística encontró como único factor de riesgo de padecer una complicación precoz, la necesidad de transfusión de hemoderivados durante el periodo postoperatorio inmediato.

Conclusiones

- La trayectoria clínica de estancia corta (≤4 días) no se relacionó con un aumento del número de reingreso precoz.
- El único factor identificado como factor de riesgo de reingreso fue recibir transfusión sanguínea durante el primer ingreso.