

## **Título del trabajo:**

**Resumen FRACTURA DE CADERA Y TÉCNICAS QUIRÚRGICAS  
PARA LA REPARACIÓN**

**Unidad III**

**Nombre de la asignatura: Clínicas quirúrgicas  
complementarias**

**Nombre del alumno:**

**Karla Zahori Bonilla Aguilar**

**Semestre y grupo: 7° Semestre Grupo "A"**

**Nombre del profesor: DR. Alfredo López López**

**Tuxtla Gutiérrez, Chiapas a 10 de Noviembre de 2020.**

La fractura de cadera es considerada un síndrome geriátrico prototipo por su multifactorialidad, el compromiso de múltiples sistemas, afección de las esferas bio-psico-social, su impacto en la calidad de vida, su potencial discapacitante y la necesidad de ser manejado por un equipo interdisciplinario que trate al paciente de una manera integral.

Resulta de una serie de cambios que se dan en el adulto mayor, que condicionan un estado vulnerable en donde una caída resulta en una catástrofe que no solo se acompaña de la comorbilidad pre-existente que complica el tratamiento, también favorece, aparición de deterioro cognoscitivo, depresión, inmovilidad, sarcopenia, deterioro funcional, úlceras por presión y desnutrición. La concurrencia de osteoporosis como factor predisponente y la caída como factor precipitante dan por resultado esta catastrófica consecuencia.



## **Epidemiología**

En México la tasa anual de fractura de cadera fue de 169 por cada 100,000 mujeres en el año 2000. El número total de casos reportados en el 2005 fue de 29,732 en México de las cuales 68% fueron en mujeres.

### **Factores de Riesgo para fractura de cadera.**

La fractura de cadera se produce debido a la concurrencia de un factor predisponente como osteoporosis, y un factor precipitante que en el 90% de los casos es una caída. Las caídas en los adultos mayores son causadas por una serie de complejas interacciones entre factores propios del paciente (intrínsecos) y factores extrínsecos que convergen en un tiempo determina.

### **Medidas generales en el cuidado integral de la fractura de cadera.**

El retraso de la cirugía más de 48 horas se ha demostrado que se asocia con más del doble el número de complicaciones postoperatorias, incluyendo las úlceras por presión, neumonía, infecciones de las vías urinarias, trombosis venosa profunda y embolia pulmonar, en comparación con la cirugía temprana (entre las 24 a 36 horas del trauma) que se asocia a una disminución en la mortalidad a 30 días, siempre y cuando la condición del paciente ha sido estabilizada adecuadamente. Existe evidencia que apoya el uso rutinario de la oxigenoterapia durante las primeras 72 horas después de la cirugía. Se debe de evaluarla saturación de oxígeno desde el momento de la admisión a urgencias hasta 48 horas después de la cirugía, y el oxígeno se administra según sea necesario. De igual forma, se recomienda la anestesia regional para la mayoría de los pacientes, ya que reduce el riesgo de delirium postoperatorio. Sin embargo, no hay evidencia que apoye el uso rutinario de la tracción preoperatoria; el uso rutinario de la tracción cutánea y esquelética deberá de abandonarse. Los drenajes de heridas quirúrgicas pueden no ser

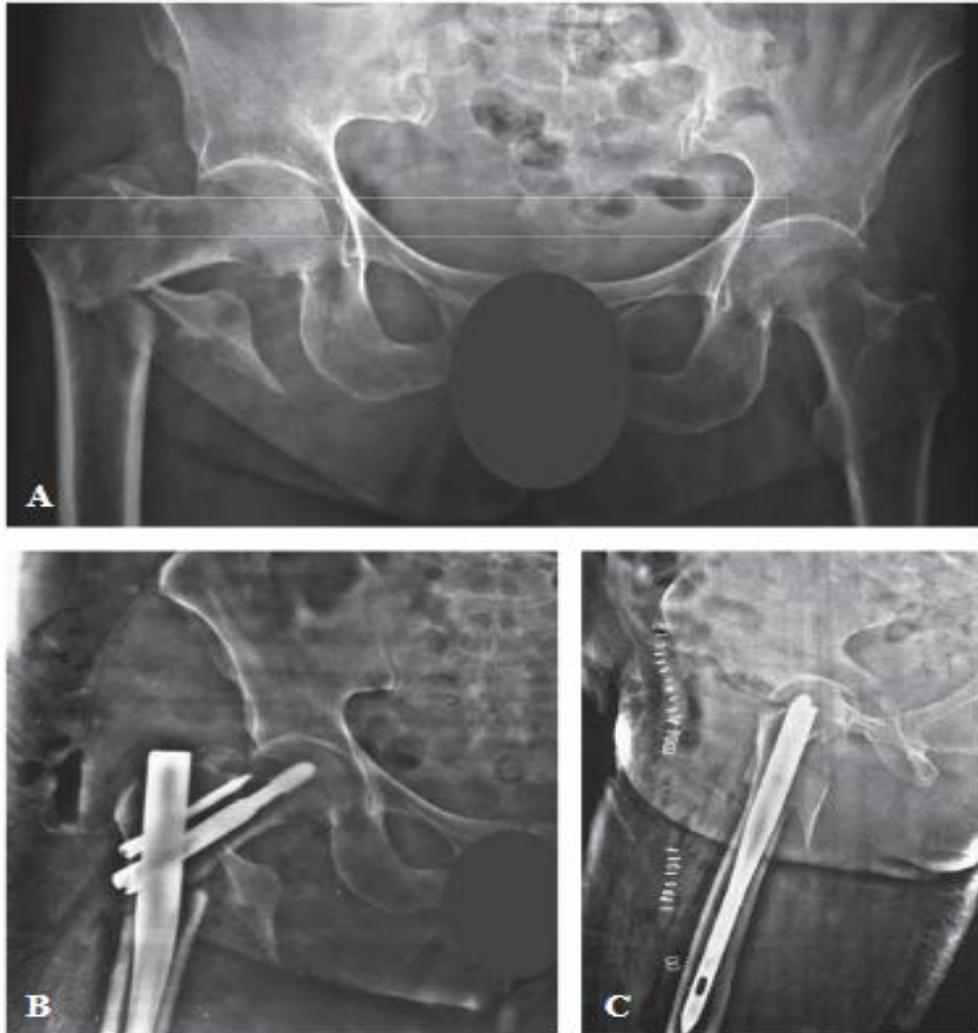
requeridos como a menudo se utiliza en la actualidad y se aconseja la remoción temprana (aproximadamente 24 horas después de la inserción).

### **Profilaxis de tromboembolismo venoso.**

El tromboembolismo venoso es una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en pacientes con fractura de cadera, en ausencia de tromboprofilaxis, la prevalencia de trombosis venosa profunda por venografía es del 27%, y de embolismo pulmonar fatal de 0.4-7.5%, dentro de los 3 meses posteriores a la cirugía.

### **Osteosíntesis de cadera con clavo**

Técnica quirúrgica: se usa bloqueo subaracnoideo con dosis única de anestesia y sedación. Se coloca al paciente en decúbito lateral con una inclinación posterior de 10 grados aproximadamente sobre una mesa radiolúcida. La extremidad no fracturada queda en contacto con la mesa quirúrgica en una posición de flexión de cadera y rodilla de 30 grados. Se realiza fijación anterior y posterior del paciente, ya sea con dispositivos especiales de fijación en sacro y pubis anclados a la mesa quirúrgica o bien se pueden improvisar bultos de tela compactos de 30 cm de diámetro aproximadamente. Debemos siempre mantener la inclinación posterior de 10 grados. Se coloca el intensificador de imágenes por debajo de la mesa quirúrgica con dirección del rayo hacia la articulación coxofemoral en anteroposterior y una inclinación de 15 grados en dirección caudocefálico respecto al eje longitudinal del paciente. El arco en «C» del fluoroscopio debe estar abierto para realizar el giro de éste y poder visualizar proyecciones laterales



## **TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA FRACTURA DE CADERA (OSTEOSÍNTESIS-PRÓTESIS)**

La intervención consiste en la fijación de los fragmentos de hueso con implantes metálicos para mantener estabilizada la fractura durante el tiempo preciso para que se produzca la consolidación. En algunos casos, por el tipo de fractura, será preciso colocar una prótesis.

La introducción de implantes (clavo-placa, clavos intramedulares o prótesis) requiere siempre una intervención quirúrgica. El facultativo

responsable de la intervención decidirá en cada caso el tipo de implante adecuado a su fractura.

### **RIESGOS GENERALES:**

1. Anestesia general o raquídea: dependerá del Servicio de Anestesia.
2. Infección: es una complicación poco frecuente, que puede afectar entre un 0,5 y 1,5%. Habitualmente se realiza profilaxis antibiótica preventiva, aunque esta actuación no descarta en el 100% la posibilidad de infección.
3. Tromboembolia: cuando la fractura intervenida asienta en el miembro inferior puede surgir, aunque con muy poca frecuencia. En los casos en que pensamos que puede haber mas riesgo hacemos tratamiento preventivo con Heparina. Esta complicación, igual que la embolia grasa, son muy graves y en ocasiones, implican un peligro de muerte.
4. Excepcionalmente, puede surgir intolerancia hacia el material metálico implantado.
5. Fracaso en la consolidación ósea (pseudoartrosis), que obliga a la reintervención.
6. Pueden aparecer angulaciones, que en ocasiones son tolerables, sin menoscabo de la función normal, pero otras veces no lo son y precisan una reintervención.
7. Aparición de rigideces articulares: es un riesgo que sólo aparece excepcionalmente. No es infrecuente que aparezca una limitación de menos del 10%.
8. Lesiones accidentales en estructuras vaso-nerviosas durante las maniobras quirúrgicas.
9. Atrofias musculares.
10. Dismetrías (acortamiento o alargamiento del miembro intervenido).

## **RIESGOS ESPECÍFICOS:**

1. Este tipo de fractura acontece habitualmente en personas mayores, que con frecuencia asocian enfermedades que ensombrecen el pronóstico de vida.
2. La mortalidad intrahospitalaria oscila del 5 al 9%, siendo los pacientes de mayor edad y mayor número de enfermedades asociadas los de peor pronóstico. Esta mortalidad puede llegar en los seis primeros meses del postoperatorio al 30%.
3. Con frecuencia, el enfermo no llega a tener la misma autonomía para las actividades de la vida diaria que antes de la lesión.
4. Pueden haber problemas técnicos en función de la vía de abordaje utilizada y tipo de material empleado.
5. En algunos casos, puede ser precisa una segunda intervención en relación con la pérdida de estabilidad de la fractura.
6. El uso de profilaxis antitrombótica (Heparina) no protege el 100% de posibilidad de sufrir cuadros tromboembólicos.
7. Por el tipo de fractura, con frecuencia es necesaria la transfusión de concentrados de hematies.
8. Con frecuencia, el no realizar la cirugía conlleva un peor pronóstico que el de someterse a la intervención.