



MATERIA:

Clínicas Quirúrgicas Complementarias.

PRIMERA UNIDAD

Dr. Alfredo López López.

ANESTESIOLOGO.

NOMBRE DEL ALUMNO: Raul Gibrán Gallegos

Merlín.

La fractura puede afectar a la cabeza femoral que es muy poco frecuente, al cuello del fémur, a los trocánteres que son fracturas intertrocantéreas o pertrocanteréas, al segmento del fémur situado por debajo del trocánter y al trocánter mayor o al trocánter menor. La edad media de los pacientes con fractura de cadera está por encima de los 80 años, y casi el 80% de los fracturados son mujeres. El riesgo anual de sufrir una fractura de cadera se relaciona con la edad, y alcanza un 4% de riesgo en las mujeres con más de 85 años.

La mortalidad asociada con una fractura de cadera se encuentra entre el 5% y el 10% al cabo de un mes del accidente. sólo un tercio de muertes son directamente atribuibles a la fractura de cadera, aunque los pacientes y sus familiares piensan a menudo que la fractura ha jugado un papel crucial en la muerte del paciente. La fractura de cadera, dada la avanzada edad de los pacientes, tiene un origen multifactorial a la tendencia de caerse o algún fallo de los reflejos protectores de la caída y debilidad ósea por osteoporosis. Las fracturas de la cadera pueden ser clasificadas mediante las radiografías, en fracturas intracapsulares y fracturas extracapsulares. Se dividen en nivel del hueso en el que ha ocurrido la fractura y la presencia o ausencia de desplazamiento.

Las fracturas intracapsulares, que afectan al cuello del fémur, pueden ser tratadas mediante la fijación mecánica de fractura, conservando la cabeza femoral mediante la fijación mecánica de la fractura, conservando la cabeza femoral. La preservación de la cabeza femoral es la opción apropiada para las fracturas sin desplazamiento

Existen diferentes métodos de tratamiento conservador con tracción, reducción abierta o cerrada, y fijación interna con diferentes implantes como placa con tornillo deslizante, clavo centromedular con tornillo deslizante, hemiprótisis o la artroplastía total. La técnica quirúrgica se usa bloqueo subaracnoideo con dosis única de anestesia y sedación, se coloca al paciente decúbito lateral con una inclinación posterior de 10 grados. Se realiza una fijación anterior y posterior, con dispositivos especiales de fijación en sacro y pubis anclados a la mesa quirúrgica.

Se coloca el intensificador de imágenes 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, para visualizar proyecciones laterales. La pierna contralateral a la fractura se deberá encontrar en semiflexión, para dejarnos libre el campo de visión, el cirujano se coloca por arriba del arco en C posterior al paciente, a la altura de la pelvis. El primer ayudante se coloca por debajo del arco en C a nivel del muslo, en donde podría realizar algunas maniobras de tracción y contratracción, así como movimientos rotacionales. Se inicia la técnica convencional con clavo centromedular y abordajes quirúrgicos de acuerdo a la técnica quirúrgica convencional de enclavado centromedular.

La preparación el paciente se debe colocar en una posición que se visible el lado del muslo y el área se limpie y se esterilice. Se efectuar administracion una IV para anestesia general. Se realiza una incisión en el lado de la cadera para permitir el acceso a la parte superior del fémur. Uno o más agujeros se perforan a través del lado del fémur y en la cabeza femoral. Los tornillos quirúrgicos se insertan en el agujero taladrado para mantener la cabeza femoral en su lugar. La incisión se cierra con suturas o grapas quirúrgicas. Se aplica un vendaje. Es necesaria una estancia en el hospital de tres a cinco días, y los pacientes recibirán terapia física.

Bibliografía

Gonzales, M. R. (2016). *Osteosíntesis de cadera con clavo centromedular*. Ciudad de Mexico: ULSA.