

Fractura de cadera en Adultos mayores.



Geriatría.
Universidad del sureste (UDS).
Altuzar Gordillo Erika Patricia.
Dr. Gutiérrez Gómez Darío Cristiaderit.

OBJETIVOS:

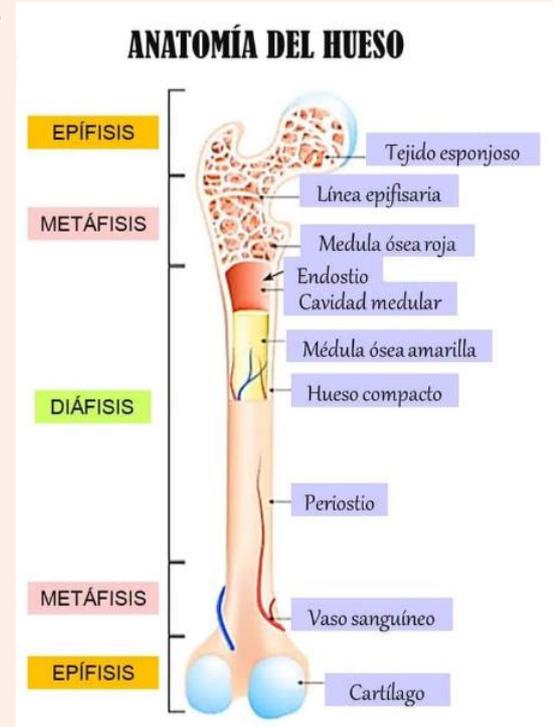
Dar a conocer los riesgos de la fractura de cadera en los adultos mayores.

Conocer la forma adecuada de tratar y diagnosticar las fracturas en ancianos.

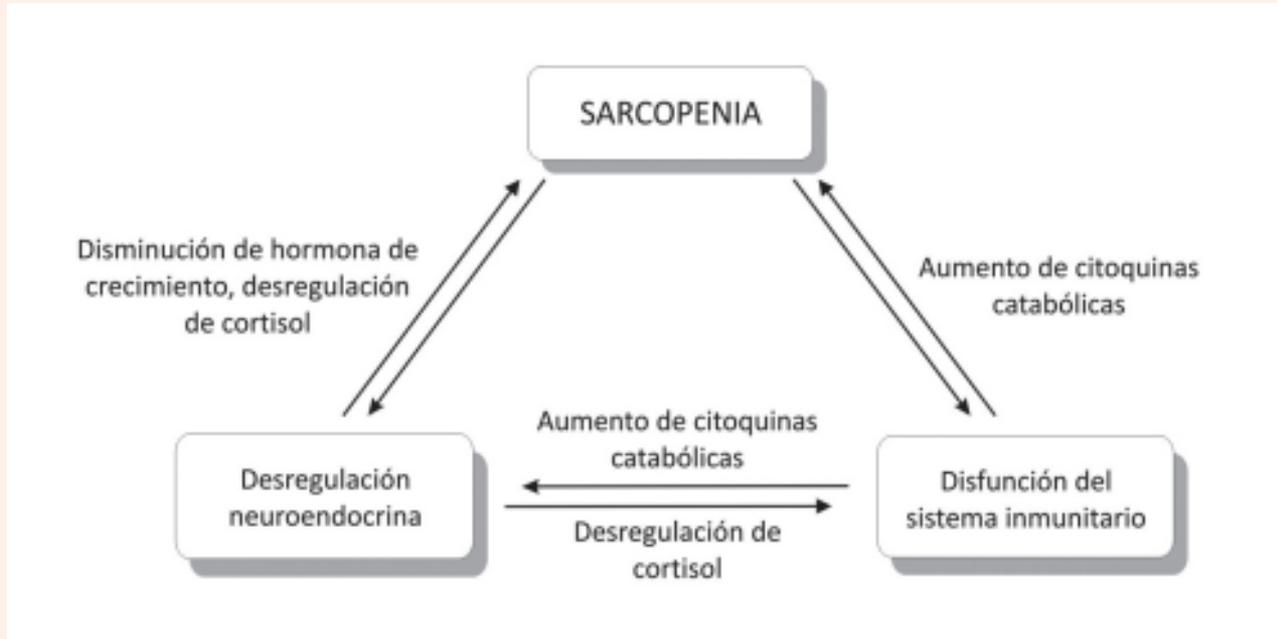
¿Que es?.

La cadera es la articulación que une la pierna al tronco. Pero, cuando hablamos de fractura de cadera, solemos referirnos a las roturas que se producen en la parte superior del hueso, o sea, una fractura de fémur.

Entonces, hablamos de fractura de cadera cuando hay una rotura del tercio superior del fémur. El tipo de fractura y su localización influirán en el tipo de tratamiento que se da a la misma.



Fisiopatología.



Epidemiología.

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.

Semiología clínica.

A la exploración física encontramos que nuestra paciente es incapaz de ponerse de pie, presenta dolor con la palpación, y movilización del fémur proximal, en escala de Eva lo clasifica como un dolor en 9. La paciente es incapaz de elevar la extremidad afectada contra gravedad. se aprecia acortamiento y rotación externa de la pierna derecha.

Tipos de fractura.

Las fracturas de la cadera pueden ser clasificadas mediante las radiografías, en fracturas intracapsulares y fracturas extracapsulares. Se dividen, además, de acuerdo con el nivel del hueso en el que ha ocurrido la fractura (del cuello del fémur, trocantéreas, subtrocantéreas) y la presencia o ausencia de desplazamiento de los fragmentos óseos.

TIPOS DE FRACTURA



Intracapsulares
·Fracturas de la cabeza femoral
·Subcapitales.
·Transcervicales o medio cervicales.
·BASICERVICALES

Extracapsulares
·Intertrocantéricas línea entre el trocánter mayor y menor
·Subtrocantéricas
·fractura del fémur proximal

Subcapital



Transcervical



Intertrocantérica



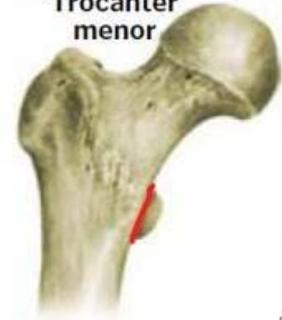
Subtrocantérica



Trocánter mayor



Trocánter menor



Tipos de fractura de cadera.

•Zona 1:

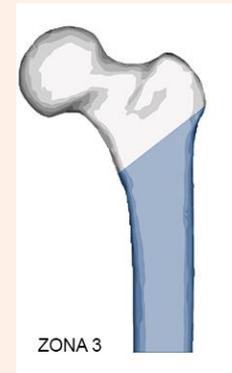
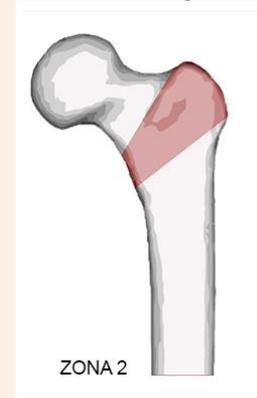
- **Fracturas subcapitales:** Son las que se producen justo por debajo de la cabeza femoral (la parte esférica del hueso).
- **Fracturas cervicales o del cuello femoral:** Tienen lugar en el cuello del fémur (la parte tubular justo por debajo de la cabeza).
- **Fracturas basicervicales o de la base del cuello femoral:** Su trazo principal está localizado en la unión entre el cuello femoral y la región trocantérica (zona de ensanchamiento del fémur por debajo del cuello).

•Zona 2:

- Fracturas trocantéricas o pertrochantéricas: Se producen en el área coloreada de color rojo.

•Zona 3:

- Fracturas subtrocantéricas: Por debajo de la región trocantérica. Son las que tienen su trazo principal en la parte coloreada de azul.



Historia Natural.

Periodo Prepatogénico

Definición: Se definen como la pérdida de solución de continuidad ósea en la diáfisis de tibia.

AGENTE: mecanismo de acción: caídas, golpes, accidentes de tránsito, levantamiento de objetos pesados, o por armas de fuego.

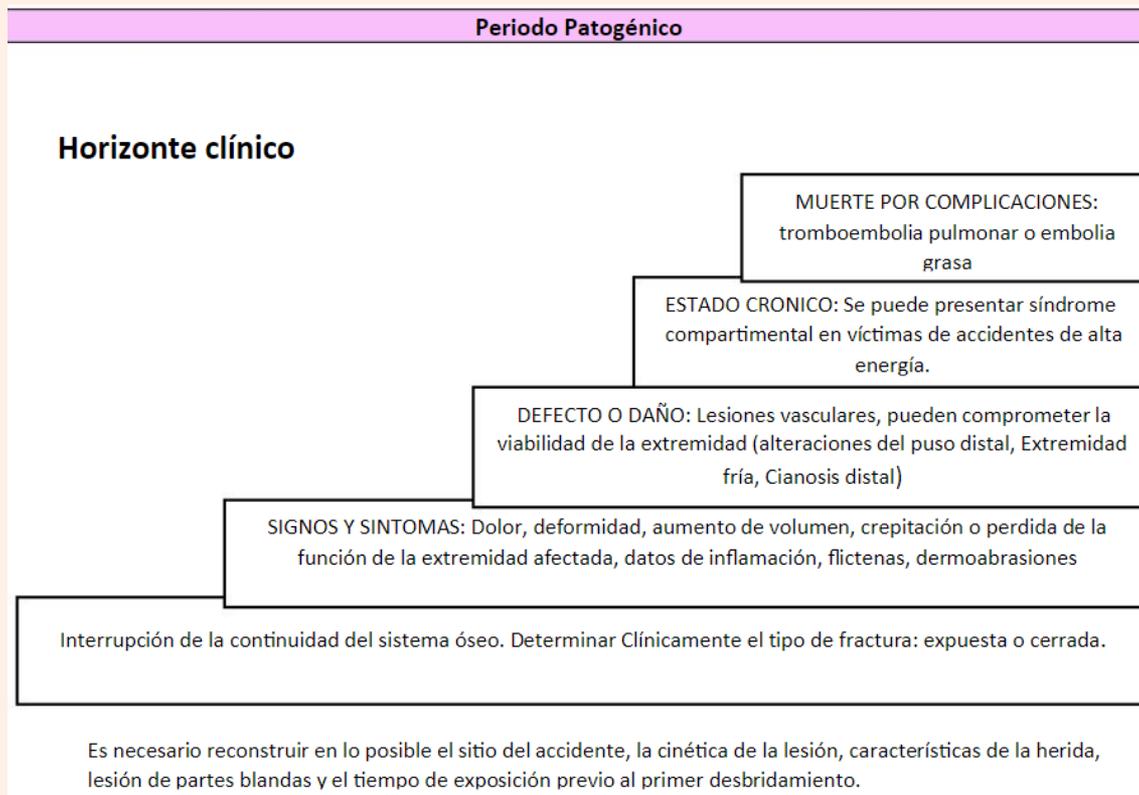
Naturaleza de la enfermedad: Deficiencia de vitamina D, ya que dicha vitamina ayuda a fijar el calcio de los huesos, también la interrupción de la secreción de estrógenos, la menopausia y ovariectomía son factores que provocan resorción ósea acelerada.

HUESPED: Ancianos, mujeres embarazadas, mujeres en etapa menopaúsica, personas con una alimentación inadecuada y con sobrepeso u obesidad, tipo de ocupación como empleos que requieran cargar objetos pesados, empleos en motocicleta etc.

AMBIENTE: Posible sitio del accidente, caídas producidas por irregularidades en el plano de sustentación o variación del relieve natural del suelo. El entorno urbano por que el crecimiento de las ciudades ha traído como consecuencia un tránsito vehicular y esto es un ambiente más propicio para accidentes de tránsito, colisiones, atropellamiento.

Ambiente socioeconómico bajo tienen problemas para lograr una alimentación acorde a sus necesidades nutricionales. También en ocasiones no gozan de servicio médico o tienen dificultad para realizar visitas periódicas al médico. Dentro del hogar poseen instalaciones inadecuadas (pisos resbalosos, instalaciones a desnivel, etc).

Historia Natural.



Historia Natural.

Prevención primaria	
Promoción a la salud	Protección específica
<p>EDCACION PARA LA SALUD: Promover y orientar a las comunidades acerca de las visitas periódicas al médico. En este caso el medico hace un examen de salud, revisa el funcionamiento orgánico y llega al diagnóstico de salud basados en los hallazgos de la historia personal del individuo, formulara indicaciones para modificar hábitos u otras condiciones que pudieran estar acumulándose con peligro para la salud del individuo.</p>	<p>Rodearse de un medio seguro para evitar caídas, como pisos resbalosos, instalaciones a desnivel, escalera y evitar uso de motocicletas.</p> <p>Realizar 30 min diarios de ejercicio. Prescribir dieta rica en calcio, proteínas y vitaminas para disminuir el ritmo de perdida ósea.</p>

Historia Natural.

Prevención Secundaria		Prevención Terciaria	
Diagnóstico precoz	Tratamiento oportuno	Limitación del daño	Rehabilitación
<ul style="list-style-type: none">-Identificar signos clínicos de fractura-Investigar antecedentes del trauma y factores de riesgo-Reconocer signos clínicos de alarma-Clasificar fractura: Abierta o cerrada-Radiografías AP y lateral	<ul style="list-style-type: none">-Inmovilización temporal-Traslado a unidad médica con servicio de traumatología (segundo o tercer nivel de atención)- Tratamiento farmacológico → antibiótico en fracturas abiertas-Tratamiento conservador en fracturas cerradas	<p>Interconsulta a medico ortopedista traumatólogo</p>	<ul style="list-style-type: none">-Paciente con fractura de la diáfisis de la tibia con aparato de yeso.-Paciente con fractura de diáfisis de la tibia con osteosíntesis

Caso clinico.

Paciente Carmen López Gómez, mujer de 81 años, sin antecedentes personales patológicos. Cayó desde su propia altura, el 15 de septiembre de 2017, posteriormente presentó incapacidad para la marcha y dolor progresivo a nivel de cadera derecha. Acudió al servicio de ortopedia el día 27 de octubre de 2017, A la exploración física ortopédica: la paciente se encontró en silla de ruedas, miembro pélvico derecho en actitud de rotación externa y acortamiento de 1 cm. Los arcos de movilidad de cadera estaban limitados por el dolor, y la fuerza por grupos musculares no se valoró a causa de la presencia de dolor.

Ficha de identificación.

- Nombre: C.L.G.
- Edad: 81 años.
- Sexo/Genero: Femenino/Heterosexual.
- Estado Civil: Divorciada.
- Ocupación: Ama de casa.
- Religión: Católica.
- Grado de estudios: Secundaria.
- Dirección: Comitán de Domínguez Chiapas.
- Grupo Rh: A+.
- Alergias: Negadas.
- Persona Responsable: M.G.M.
- Numero de Teléfono: 9631234567.
- Motivo de consulta: Dolor de cadera posterior a fractura.

APNP.

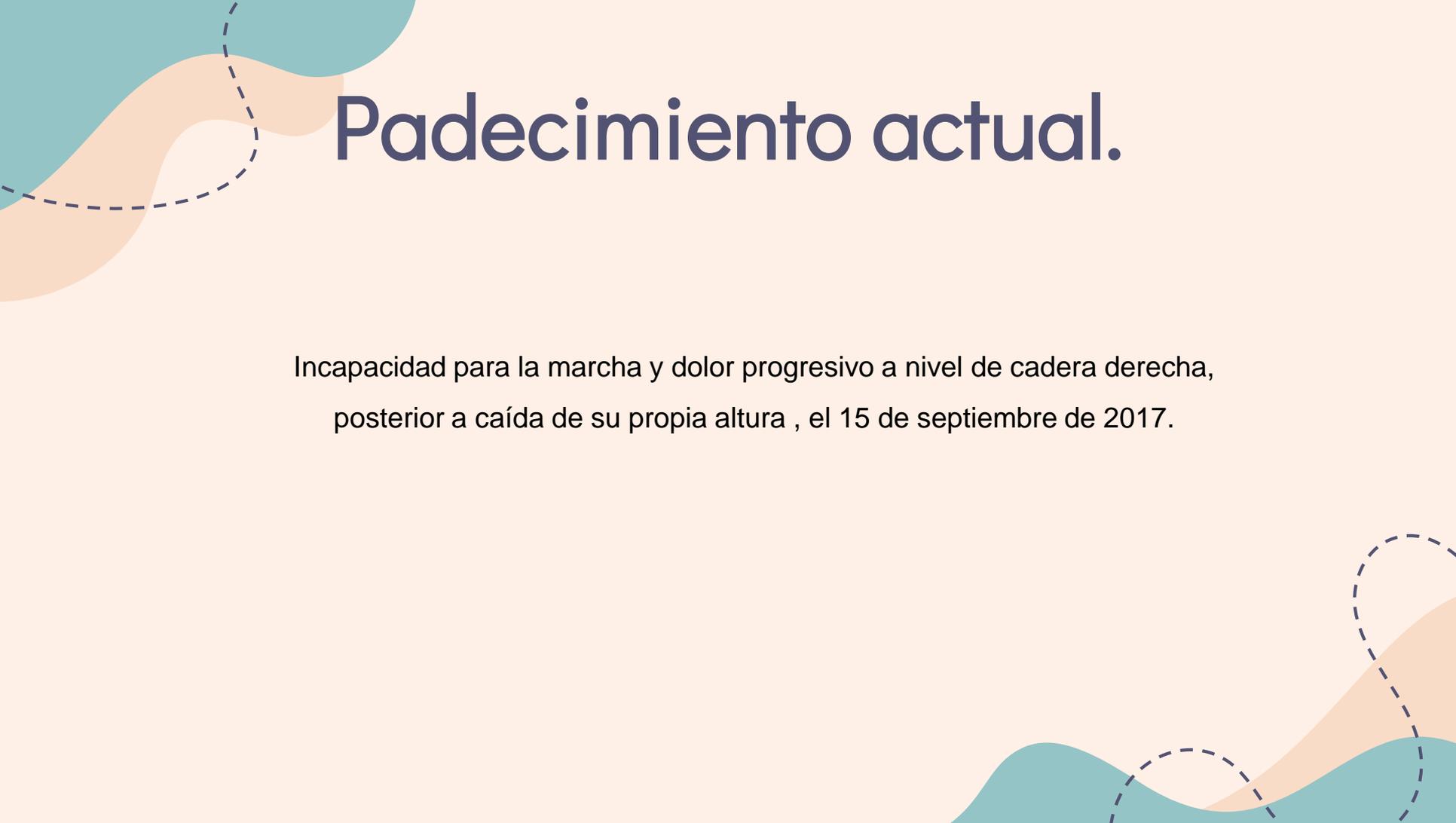
Ama de casa que habita casa propia de materiales duraderos. Con adecuada ventilación e iluminación, sin hacinamiento, ubicada en zona rural, con buena accesibilidad a los servicios de salud (15min), cuenta con todos los servicios básicos. Convivencia con animales domésticos (perros). Refiere buenos hábitos higiénicos y dentales. Refiere malos hábitos alimenticios en cantidad y calidad (cereales 6/7, verduras 4/7, frutas 7/7, carnes blancas 3/7, carnes rojas 2/7, mariscos y pescados 0/7, lácteos 3/7, grasas: 7/7, azúcares 2/7). niega alcoholismo.

APP.

Refiere haber sido intervenida hace 58 años secundario a una cesaría programada, sin complicaciones. refiere hace 5 años haber sido intervenida quirúrgicamente secundario fractura de cadera derecha, consecuencia de caída de su propia altura, sin complicaciones con secuelas. Niega consumo de medicamentos. Niega alergias.

AGO.

Paciente refiere inicio de menarca a los 13 años de edad, con ciclos regulares, duración del sangrado de 4 días, con un aproximado de 40 ml de sangrado por periodo, inicio de la menopausia a los 44 años de edad, ha tenido 2 embarazos, la primera gesta hace 60 años y una segunda hace 58 años, con un un parto y una cesarí, sin complicación alguna, inicio de la vida sexual a los 22 años, con única pareja.



Padecimiento actual.

Incapacidad para la marcha y dolor progresivo a nivel de cadera derecha,
posterior a caída de su propia altura , el 15 de septiembre de 2017.

Diagnostico.

Fractura de cadera derecha
subcapital desplazada



Tratamiento.

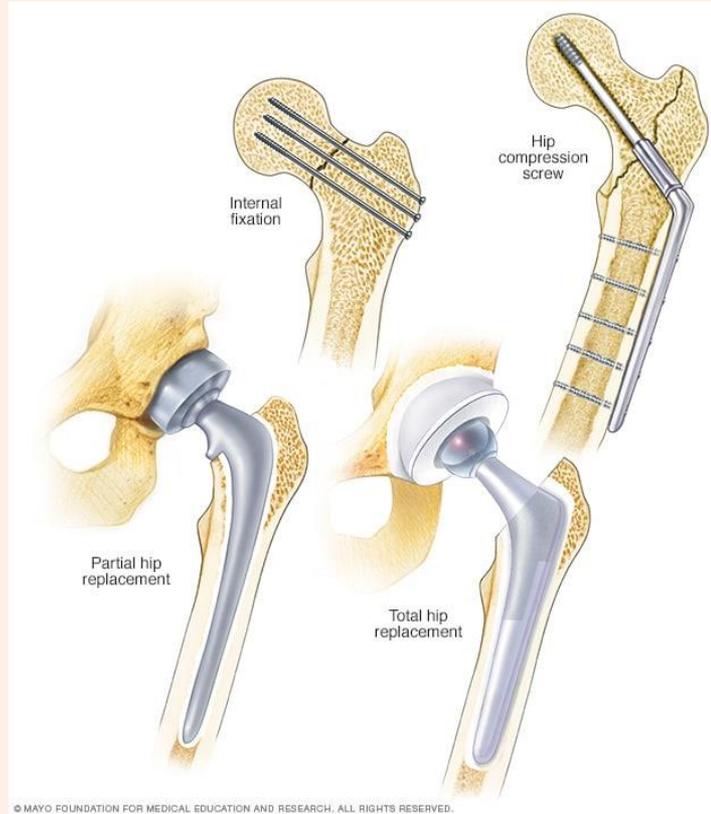
Fue egresada, se le recetó paracetamol, meloxicam, ketorolaco, cefixima, hidrosmina y enoxaparina. Posteriormente se le indicó rehabilitación para recuperar la movilidad de la articulación y la marcha. La paciente se negaba a realizar los ejercicios, refería que sentía dolor intenso en la extremidad, lo cual le impedía realizar los ejercicios de rehabilitación, se negaba a seguir con el tratamiento farmacológico.

Tratamiento.

Se diagnosticó fractura de cadera derecha subcapital desplazada. Se inició protocolo prequirúrgico para artroplastia total de cadera derecha y se solicitó turno quirúrgico en el hospital para realización de cirugía. El 6 de noviembre del 2017, se le realizó una artroplastia total de cadera derecha, colocando una prótesis.

Tratamiento.

Artroplastia total de cadera derecha.



Cuidados postoperatorios.



La utilización sistemática de la *profilaxis* contra el **tromboembolismo** (heparina o aspirina a dosis bajas) es controvertida, dado que si bien reducen el riesgo del *tromboembolismo*, lo hacen a expensas de un incremento de las complicaciones hemorrágicas.

La incidencia de **complicaciones tromboembólicas** en estos pacientes ha disminuido como resultado de la aplicación sistemática de las siguientes medidas:

- Corregir la deshidratación del paciente
- Un tratamiento quirúrgico precoz
- Evitar un acto quirúrgico sea demasiado prolongado
- Evitar las transfusiones excesivas
- Movilización precoz del paciente

Rehabilitación.

Debe comenzar desde el momento de su admisión en el hospital, aplicando un plan bien diseñado que cubra todas las etapas desde el tratamiento inicial en el hospital hasta el tratamiento aplicado una vez dada el alta hospitalaria.



Actividad-ejercicio.

¿Según el índice de Barthel que clasificación le darías a esta paciente?

- 1) Independiente.
- 2) Dependencia leve.
- 3) Dependencia moderada.
- 4) Grave dependencia.
- 5) Dependencia total.

Ítem	Actividad básica de la vida cotidiana	Puntos
Comer	- Totalmente independiente	10
	- Necesita ayuda para cortar carne, pan, etc.	5
	- Dependiente	0
Lavarse	- Independiente. Entra y sale solo del baño	5
	- Dependiente	0
Vestirse	- Independiente. Capaz de ponerse y quitarse la ropa, abotonarse, atarse los zapatos	10
	- Necesita ayuda	5
	- Dependiente	0
Arreglarse	- Independiente para lavarse la cara, las manos, peinarse, afeitarse, maquillarse, etc.	5
	- Dependiente	0
Deposiciones*	- Continente	10
	- Ocasionalmente algún episodio de incontinencia o necesita ayuda para administrarse supositorios o lavativas.	5
	- Incontinente	0
Micción*	- Continente o es capaz de cuidarse de la sonda	10
	- Ocasionalmente, máximo un episodio de incontinencia en 24 horas, necesita ayuda para cuidar de la sonda	5
	- Incontinente	0
Usar el retrete	- Independiente para ir al váter, quitarse y ponerse la ropa	10
	- Necesita ayuda para ir al váter, pero se limpia solo	5
	- Dependiente	0
Trasladarse	- Independiente para ir del sillón a la cama	15
	- Mínima ayuda física o supervisión	10
	- Gran ayuda pero es capaz de mantenerse sentado sin ayuda	5
	- Dependiente	0
Deambular	- Independiente, camina solo 50 metros	15
	- Necesita ayuda física o supervisión para caminar 50 metros	10
	- Independiente en silla de ruedas sin ayuda	5
	- Dependiente	0
Escalones	- Independiente para subir y bajar escaleras	10
	- Necesita ayuda física o supervisión	5
	- Dependiente	0

* Valorar la semana previa.

Puntuación total: _____

Barthel



55 puntos.

Estado actual.

La recuperación fue prologada debido al tiempo de evolución de la fractura, previo a su manejo quirúrgico y al mal apego que tuvo la paciente al tratamiento de rehabilitación. Actualmente la paciente continúa en seguimiento por el servicio de ortopedia.

Conclusiones.

La fractura de cadera es una patología común en pacientes ancianos, se relaciona con alta morbimortalidad. Es imprescindible un manejo temprano y multidisciplinario para disminuir el riesgo de complicaciones y mortalidad. Los hospitales deben acelerar el acceso a la sala de operaciones para los pacientes cuya cirugía ya se ha retrasado por razones no médicas. En los pacientes con fractura de cadera sin comorbilidades, se les debe realizar un procedimiento quirúrgico inmediato para disminuir el riesgo de mortalidad y complicaciones después de la cirugía. Se debe de concientizar a los pacientes de la tercera edad de todas las complicaciones que sufrirían en el caso de no recibir un tratamiento inmediato.



Gracias.