



UNIVERSIDAD DEL SURESTE

PRESENTA

Lucía Guadalupe Zepeda Montúfar

**SEPTIMO SEMESTRE EN LA LICENCIATURA DE MEDICINA
HUMANA**

TEMA: Fractura de cadera

ACTIVIDAD: Resumen

ASIGNATURA: Clínica quirúrgica complementaria

UNIDAD III

CATEDRÁTICO: Dr. Alfredo López López

TUXTLA GUTIÉRREZ; CHIAPAS A 10 DE NOVIEMBRE DEL 2022

FRACTURA DE CADERA

DEFINICIÓN

La fractura de cadera, o también conocida como fractura intracapsular del extremo proximal del fémur se refieren a la solución de continuidad ósea que ocurren en la zona anatómica comprendida desde la superficie articular de la cabeza femoral (articulares) hasta la zona de inserción capsular en la línea imaginaria que une los trocánteres (intra-articulares). Incluyen las fracturas capitales y cervicales (subcapital, transcervical y base cervical)

FACTORES DE RIESGO

- Caídas
- Edad
- Osteoporosis
- Sedentarismo
- Bajo peso
- Uso de Sedantes
- Alteraciones visuales
- Demencia
- DM

CUADRO CLÍNICO:

- **Signos:** acortamiento de extremidad, rotación externa, impotencia funcional.
- **Otros:** Dolor a la movilización activa y pasiva, imposibilidad para elevar el talón, limitación para la marcha.

CLASIFICACIONES

<p>DE GARDEN</p> <p>I. Incompleta del cuello (abducido o impactado) II. Completa sin desplazamiento III. Completa con desplazamiento parcial IV. Completa del cuello femoral con desplazamiento total</p>	<p>DE PAUWELS (grado de oblicuidad)</p> <p>I. 0° a 30° II. 30° a 50° III. 70° o más</p>
<p>DE PIPKIN</p> <p>I: fx debajo de la fovea II: fx superior a la fovea III: tipo I o tipo II con fractura de cuello asociada IV: tipo I, II o III con fractura asociada del acetábulo V: fractura asociada a luxación posterior</p>	<p>DE EVANS (intertrocantérica)</p> <p>I: fx en 2 partes no desplazada II: fx de 2 partes desplazada III: fx desplazada en 3 partes con conminución posterolateral por desplazamiento del fragmento del trocánter mayor. IV: fx desplazada en 3 partes con fractura conminuta posteromedial. V: fx desplazada en 4 partes con conminución que afecta a ambos trocánteres VI: Fx con trazo oblicuo invertido: el trazo principal irradia hacia abajo y afuera, desde el trocánter menor, con desplazamiento medial del fragmento distal por acción de los aductores.</p>
<p>DE TRONZO (intertrocantéricas)</p> <p>I: Fractura incompleta, sin desplazamiento. II: Fractura completa sin desplazamiento. III: IIIA: Conminución del trocánter mayor. IIIB: Conminución del trocánter menor. IV: Fractura con conminución de la pared posterior. V: Fractura con trazo invertido</p>	
<p>DE RUSSELL-TAYLOR (subtrocantérica)</p> <p>1. No afectan la fosa piriforme. 1A. Debajo del trocánter menor 1B. Afectan al trocánter menor. 2. Afectan la fosa piriforme. 2A Tienen un contrafuerte medial estable 2B. No tiene estabilidad de la corteza femoral medial</p>	<p>DE SEINSHEIMER</p> <p>I: No desplazada o con desplazamiento < 2 mm II: Fractura de dos fragmentos; IIA: Fx transversa. IIB: Fx espiroidea con el trocánter menor unido al fragmento proximal. IIC: Igual a B, pero con el fragmento del trocánter menor unido al fragmento distal. III: Fractura en tres fragmentos; IIIA: Espiroidea en tres fragmentos, con el trocánter menor como tercer fragmento. IIIB: Igual a la anterior, pero el tercer fragmento en ala de mariposa. IV: Conminuta en 4 o más fragmentos. V: Fractura inter y subtrocantérica</p>
<p>DE DELBET (pediátrica)</p> <p>I: Separación transefisaria (fisis femoral proximal) IA sin dislocación IB con dislocación II: Transcervical. (más común 40-50%) III: Cervico-trocantérea (30%) IV: Intertrocantérea. (6-15%, de peor pronóstico)</p>	

DIAGNÓSTICO

a) EXAMENES DE IMAGEN

- ✓ **Rx:** Antero-posterior con rotación medial de 15° de la cadera afectada y axial de la cadera afectada.
- ✓ **TAC/RM:** Se recomienda en aquellas lesiones óseas no visibles, en pacientes con sintomatología dolorosa persistente sin evidencia de fractura intracapsular. de fémur proximal.

b) EXÁMENES DE LABORATORIO

- ✓ Bh
- ✓ Tpt
- ✓ TP
- ✓ Grupo y Rh
- ✓ Glucosa, urea, creatinina y electrolitos

TRATAMIENTO

FARMACOLÓGICO

- Antibióticos y antitrombóticos

QUIRÚRGICO

- Se lleva a cabo mediante osteosíntesis o artroplastia de cadera.
- **Fracturas de cuello:** OTS precoz en pacientes jóvenes menores de 50 años.
- En pacientes mayores artroplastia total, buscando una rápida deambulaci3n para disminuir la enfermedad del decúbito.
- Aquellos enfermos con baja expectativa de vida y mínima demanda física utilizar prótesis parciales, siempre y cuando no exista artrosis previa, en cuyo caso se deberá escoger una prótesis total.
- Fracturas inter o pertrocantéreas: reducci3n y OTS con clavo placa (DHS) o clavos endomedulares bloqueados.
- Fracturas sub trocántéricas: uso de clavos endomedulares (CEM) bloqueados dado sus buenos resultados funcionales en comparaci3n a la OTS con clavo placa.

COMPLICACIONES QUIRÚRGICAS: Infecciones, TVP/TEP, pseudoartrosis, necrosis avascular, falla precoz de la fijaci3n (<3 meses).

POST- OPERATORIO

- **Evaluar:** Dolor, movilizaci3n precoz, delirium, anemia, hidrataci3n, balance H-E, diuresis, tránsito intestinal, prevenci3n úlceras por presi3n, fármacos de uso cr3nico y trombo profilaxis.
- **Movilizaci3n precoz:** Reduce riesgo de complicaciones. Se sugiere iniciar al día siguiente de la cirugía.
- **Manejo del dolor:** Paracetamol por horario, opiodes de rescate, evitar AINEs
- **Hidrataci3n y balance H-E:** Hipotensi3n es frecuente, evaluar reinicio de antiHTA según PA del postoperatorio. No hidratar en px IRC avanzada, EPA, ICC.

- **Diuresis y tránsito intestinal:** Debe haber vigilancia activa de diuresis y tránsito intestinal, evaluar diariamente presencia de globo vesical que puede gatillar en delirium. Evitar fármacos anticolinérgicos que pueden favorecer retención aguda de orina (RAO) y constipación. La constipación es frecuente por inmovilidad y uso de opiodes. Se debe prevenir la constipación utilizando fármacos como lactulosa.
- **Delirium en post operatorio:** Complicación frecuente, multifactorial, prevenible y manejable con medidas no farmacológicas. El manejo farmacológico es de segunda línea.
- **Alta:** Hacer diagnósticos (delirium/osteoporosis), medidas de prevención de caídas, conciliación medicamentosa, suplementación calcio y Vit. D, indicar profilaxis TVP, especificar duración de cada tratamiento, continuar con kinesioterapia, especificar fecha de controles y tratar osteoporosis

FUENTE BIBLIOGRÁFICA

- Intervenciones de enfermería para la atención de adultos mayores con fractura de cadera. Guía de Evidencias y Recomendaciones: Guía de Práctica Clínica. México, Instituto Mexicano del Seguro Social; 2018.