



13 DE NOVIEMBRE DE 2022

FRACTURA DE CADERA

CLINICA QUIRURGICA COMPLEMENTARIA - DR. ALFREDO LOPEZ

**OSCAR ADALBERTO ZEBADUA LÓPEZ
UNIVERSIDAD DEL SURESTE
MEDICINA HUMANA**



Definición.

La fractura de cadera, o también llamada fractura de fémur proximal, sigue en aumento debido a que la población de adultos mayores ha ido creciendo en las últimas décadas.

La fractura de cadera es la causa más común de hospitalización en los servicios de urgencias de ortopedia, su incidencia crece exponencialmente con la edad.

Epidemiología y Factores de riesgo.

Los pacientes que padecen esta lesión son en su mayoría personas mayores de 70 años y gran parte de ellos mayores de 85 años. Dentro de los factores de riesgo están la edad avanzada, el sedentarismo, el consumo de tabaco, alcohol y cafeína, así como el consumo de medicamentos que tenga efectos secundarios los cuales pueda generar caídas, etc.

Aunque los dos grandes factores que contribuyen en la alta incidencia de fracturas de cadera en las personas mayores son la osteoporosis y las caídas a pie plano, la caída es el factor causal más importante de la fractura de cadera.

Existen varias clasificaciones para las fracturas de cadera, la más utilizada es la anatómica que las divide, según su ubicación con respecto a la cápsula del acetábulo, en intracapsulares y extracapsulares.

Cuadro Clínico.

La importancia clínica de esta clasificación radica en las diferencias terapéuticas y de pronóstico entre ella, se presenta con:

- Acortamiento de extremidad
- Rotación externa
- Impotencia funcional
- Dolor a la movilización activa y pasiva
- Imposibilidad para elevar el talón
- Limitación para la marcha

Diagnóstico.

1) 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.

2) Por Laboratorios.

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

Tratamiento Quirúrgico.

Actualmente el tratamiento óptimo para la fractura de cadera es quirúrgico dentro de las primeras 24-48 horas posteriores al diagnóstico para permitir la movilización temprana, disminuir el dolor, evitar complicaciones y prevenir el incremento en la mortalidad cuando el tiempo de espera para cirugía es mayor, debido a que el manejo conservador conlleva mayor estancia hospitalaria y menor retorno de los pacientes al nivel funcional previo.

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 trocantéricas: 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, movilización precoz, delirium, anemia, hidratación, balance H-E, diuresis, tránsito intestinal, prevención úlceras por presi3n, fármacos de uso cr3nico y trombo profilaxis.
- Movilización 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
- Hidratación 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 retenci3n aguda de orina (RAO) y constipaci3n. La constipaci3n es frecuente por inmovilidad y uso de opiodes. Se debe prevenir la constipaci3n utilizando fármacos como lactulosa.
- Delirium en post operatorio: Complicaci3n frecuente, multifactorial, prevenible y manejable con medidas no farmacológicas. El manejo farmacológico es de segunda línea.