



Senior Iberia

Cuidado de Enfermos

Fractura de Cadera

Guía Resumida



1. ¿Que son las fracturas de cadera y porqué se producen?

Las fracturas y particularmente, la fractura de cadera, es una patología de creciente importancia en las personas de edad avanzada, tanto por las consecuencias que ella implica, como por los importantes costes sociales y económicos provocados.

La fractura de cadera es la fractura de la porción más cercana al tronco del hueso fémur. Se puede romper tanto dentro, como fuera de la articulación con los huesos iliacos. Cabe señalar, que estas articulaciones soportan todo el peso del resto del organismo, por lo tanto son el apoyo imprescindible para poder caminar.

En España la incidencia anual oscila alrededor de 115 fracturas en varones y 252 en mujeres por cada 100.000 sujetos mayores de 45 años, incidencia que aumenta exponencialmente a partir de los 65 años. La mortalidad de los pacientes con esta afección es elevada, a pesar de que se ha reducido con el avance de técnicas quirúrgicas (un 8-10% en la hospitalización y hasta un 35% al año de la fractura). Se suelen clasificar según el lugar de la fractura

Existen muchos factores que influyen para que un hueso se fracture. Podríamos separarlos en dos grandes grupos, siendo el primero la resistencia del hueso y el segundo, la energía aplicada a éste para que se rompa

2. ¿Como Prevenir las?

La prevención, como en todo, pasa por tratar la mayor cantidad posible de elementos de riesgo para la fractura. Es evidente que no se puede modificar el sexo, la edad, la raza o la historia familiar. Sin embargo, la osteoporosis, puede ser diagnosticada y prevenida desde mucho antes de hacerse mayor, logrando una buena reserva de calcio en los huesos.

Lo importante es no automedicarse, pues todos estos fármacos, si no se prescriben con el conocimiento médico, pueden tener efectos no deseados importantes.

Se pueden prevenir las caídas. De hecho, hay estudios que señalan que cerca de un tercio de éstas puede ser evitadas, lo que representaría una significativa disminución en las fracturas. Quizás la mejor forma de prevenir muchas cosas, incluidas las fracturas, es manteniendo una adecuada actividad física, acorde con la edad y características de cada persona. Se recomiendan en general paseos de 30 minutos al día como mínimo, ya que esto mantiene en buen estado a los músculos y permite a las articulaciones no perder sus rangos de movilidad.

No se puede dejar de mencionar, la buena y equilibrada alimentación, puesto que la desnutrición es otro elemento de riesgo importante para prácticamente todas las



enfermedades, y por cierto para las fracturas y para la mejor recuperación de los operados.

Si el paciente es propenso a las caídas, a pesar de haber intentado modificar todas sus posibles causas, pueden emplearse *protectores de cadera*, que son aparatos especiales que se ajustan a las bragas o a los calzones a la altura de las caderas, y que amortiguan el golpe, haciendo que el impacto real al hueso sea menor y por lo tanto ayudan a disminuir la probabilidad de fracturarse.

Una serie de *recomendaciones generales para prevenir las fracturas de cadera y/o sus consecuencias* serían las siguientes:

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none">• Favorecer una <i>nutrición correcta</i>• Aumentar la <i>ingesta de calcio</i> con la edad• Alentar a la población susceptible sobre la práctica de <i>actividad física</i> adecuada• Reducir factores de riesgo que dan lugar a la <i>pérdida de masa ósea</i> (consumo de alcohol y tabaco, inmovilización prolongada, etc.)• Prestar especial atención a las mujeres que padezcan trastornos sensoriales, así como enfermedades de tendencia a la dependencia.• Promover la necesidad de un <i>hábitat adecuado</i> (iluminación, accesos, suelo, supresión de barreras, eliminación de alfombras,... etc.) para la prevención de caídas. | <ul style="list-style-type: none">• Controlar el <i>consumo de medicamentos</i> que suponen un factor de riesgo de caídas debido a sus efectos• Recomendar programas de <i>activación física y mental</i> en personas ancianas.• Conocer <i>qué es la osteoporosis</i>, importante a nivel preventivo.• Recomendar programas de <i>rehabilitación</i> para disminuir consecuencias que sobre la <i>autosuficiencia</i> origina. |
|--|--|

3. ¿Cómo puedo saber si ha habido una fractura al encontrar al anciano en el suelo?

En general, el diagnóstico de la fractura, no supone mayor dificultad, pues la *persona no puede caminar, presenta intenso dolor al mover el miembro inferior afectado y éste toma una posición de acortamiento y rotación hacia afuera*. En cualquier caso, y como de todos modos una caída debe ser valorada por un médico, el paciente debe ser trasladado a un centro asistencial para verificar el diagnóstico con una radiografía u otro método que el traumatólogo estime conveniente.



4. Manejo Inmediato del Anciano fracturado

Cuando un anciano sufre una caída, y como consecuencia de ella se rompe la cadera, por lo general va a sentir dolor intenso que en principio suele ser referido en la región inguinal. Si la fractura es completa no va a poder levantarse del suelo ni mover el miembro lesionado, adoptando éste una posición en rotación externa a veces muy marcada (la punta del pie se desvía hacia afuera), y apareciendo acortado con relación al del lado sano.

Hay que tener en cuenta, que en algunos casos la fractura es al principio incompleta, lo que supondría que entonces el anciano podría moverse o incluso levantarse, con el riesgo de transformarse en completa inmediatamente después, o incluso pasados algunos días. Pueden también encontrarse en un 10% de los casos, zonas de contusión

o de heridas situadas a nivel de la cabeza, codos o manos, que se producen al golpearse contra objetos o contra el suelo en el momento mismo de la caída. En ocasiones, y dependiendo de la intensidad del trauma, existen cuadros de conmoción (pérdida de conocimiento) más o menos pasajeros.

Una vez que ha llegado al correspondiente centro, en el Servicio de Urgencias, se procederá a la recogida de los datos básicos de la historia y exploración y se realizará el correspondiente estudio radiológico que confirmará la fractura y su localización.

Teniendo en cuenta que estos pacientes son de edad avanzada y muchos de ellos presentan alteraciones de su estado general, por ser portadores de procesos tales como enfermedades cerebrovasculares, demencia, enfermedad de Parkinson, infecciones, diabetes, etc.; la intervención quirúrgica (aunque casi siempre indicadora), presenta riesgos y complicaciones tales como el tromboembolismo, infección y neumonías. Por todo esto, hay que hacer una valoración del estado general del paciente antes de tomar la decisión quirúrgica, e informar de tales riesgos a los familiares.

5. Tratamiento

Habitualmente, y salvo justificadas excepciones, el tratamiento es quirúrgico, y lo realiza el cirujano ortopedista, también llamado traumatólogo.

Según el tipo de fractura, su localización y por cierto, el estado del enfermo y su situación funcional previa, se llevará a cabo un tipo determinado de intervención quirúrgica, a fin de dar solidez y estabilidad a esa articulación y para lograr recuperar la marcha del paciente. De acuerdo a las mencionadas características se



utilizarán diferentes tipos de técnicas para obtener el mejor rendimiento posible de esa articulación, ya sea con clavos, placas, prótesis parciales o totales de la cadera.

El tratamiento siempre es quirúrgico, y depende del tipo de fractura y los factores personales del paciente. Excepcionalmente, en algunos pacientes con graves enfermedades asociadas puede ser recomendable no intervenir quirúrgicamente las fracturas subcapitales no desplazadas.

En el ingreso es importante la estabilización y la evaluación del riesgo quirúrgico. En esta evaluación debe influir el estado funcional, físico y cognitivo previo.

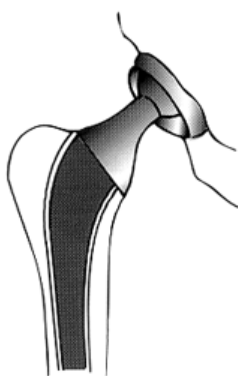
La atención cuidadosa durante la hospitalización mejora las probabilidades de restauración de la función previa en el paciente.

La rehabilitación ha de iniciarse siempre en el medio hospitalario, ya que en pocos días podrá ayudar a predecir el grado de progreso y las posibilidades de recuperación.

Todo paciente al que se le ha colocado una prótesis de cadera para tratar su fractura puede comenzar la deambulaci3n en carga de forma inmediata; no así a los que, por las características de la fractura, se les ha realizado una osteosíntesis, que se demorará varias semanas.

6. Tipos de Prótesis

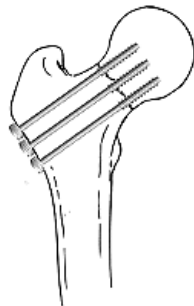
6.1 Endoprotesis



Cuando se trata de una fractura del cuello del fémur, la extirpaci3n de la cabeza femoral, seguido de la colocaci3n de una endopr3tesis, es la t3cnica m3s c3mún, y es tanto m3s utilizada cuanto mayor edad tenga el paciente.

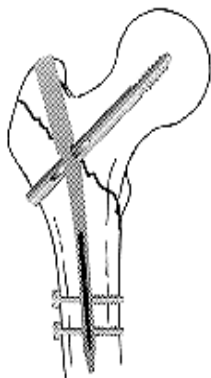


6.2 Osteosíntesis con tornillos



*Si se trata de **pacientes no excesivamente mayores**, con buen estado general y con una buena calidad del hueso, puede valorarse la fijación de la fractura mediante tornillos y por lo tanto la conservación de la cabeza femoral .*

6.3 Osteosíntesis con clavo de bloqueo



En los casos de fracturas de la región trocanterea (zona situada por debajo de la del cuello), el objetivo del tratamiento es la reducción de las mismas y su fijación mediante dispositivos metálicos (placas, tornillos y clavos) que dan una gran estabilidad al foco y permiten que el paciente pueda también levantarse y cargar cuanto antes.

Habrá que tener, además, en cuenta que los resultados serán mejores si tales pacientes presentaban con anterioridad a la fractura, un buen estado general y una idónea actividad funcional

7. El paciente tras la intervención

La mortalidad en el primer año después del alta puede alcanzar un 35%, y es máxima en los primeros 4 meses.

Por tanto, es imprescindible que desde el momento del alta el médico de atención primaria realice un seguimiento estricto del paciente hasta su correcta curación o su completa rehabilitación.



*Un primer problema frecuente es la enfermedad tromboembólica, que puede aparecer de forma tardía, ya que el paciente suele tener la movilidad aún limitada tras el alta hospitalaria. La única forma de prevención comprobada es la profilaxis, preferiblemente mediante la **utilización de heparinas** de bajo peso molecular, que deben mantenerse hasta que el paciente tenga un grado de movilidad cercano al habitual.*

La causa más frecuente de muerte tras el alta hospitalaria es la descompensación de enfermedades concurrentes de tipo crónico. Debe, por tanto, extremarse su cuidado y realizar los ajustes oportunos y necesarios en su tratamiento.

*Las complicaciones sociales son muy numerosas. El médico de atención primaria ha de animar al paciente de forma progresiva a que realice las actividades que pueda hacer fuera de casa. **La depresión es extremadamente frecuente** en el período de recuperación tras una fractura de cadera, por lo que ha de buscarse de forma sistemática y tratarse de forma agresiva si procede.*

*La **rehabilitación tras el alta hospitalaria** sigue siendo un factor primordial para que el paciente consiga la mayor calidad de vida posible.*

*Por último, es tarea del médico de atención primaria verificar los progresos de la rehabilitación de forma periódica. El paciente ha de ir ganando poco a poco equilibrio, fuerza y movilidad e independencia. **Si el progreso se detiene hay que evaluar** si se ha alcanzado ya la máxima rehabilitación posible o si, por el contrario, existe algún factor externo, físico, social o afectivo que la esté frenando.*

8. Plan de cuidados

Los cuidados generales para un enfermo con esta patología deben observar como mínimo lo siguiente:

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none">● Riesgo de estreñimiento disminución del nivel de actividad.● Riesgo de lesión por desorientación● Riesgo de deterioro de la integridad cutánea por inmovilidad física.● Deterioro de la movilidad física por dolor, falta conocimiento. | <ul style="list-style-type: none">● Falta de deseo de<ul style="list-style-type: none">○ Baño / higiene○ Vestido /arreglo● Trastorno de la autoestima● Sentimiento de dependencia● Ansiedad o auto amenaza de su integridad físicas. |
|--|--|



Actividades relacionadas con la prescripción médica

*Toma de T.A.
Toma de temperatura
Toma de pulso
Administrar medicación*

Cuidados Adicionales:

- *Evitar las lesiones en la piel (paspaduras, heridas en los pliegues y las tan temidas úlceras por decúbito).*
- *Nunca poner de pie al paciente sin la autorización previa del médico.*
- *Evitar la luxación de la prótesis: se puede producir por un movimiento de flexión y rotación interna forzada. Es el caso típico de la posición de sentado en el inodoro con la cadera en hiperflexión, las rodillas juntas y los pies separados.*
- *Cuando el anciano se encuentra internado, la postura más peligrosa es la*
- *flexión de la cadera. Por este motivo hay que prestar particular atención a la posición de sentado en cama durante la higiene y la alimentación. Los síntomas de la luxación de la prótesis son varios, pero el primero es el dolor, luego la flexión y aducción irreductible, con acortamiento y rotación interna del miembro.*
- *Nunca traccionar el miembro operado.*
- *Acomodar una almohada entre las piernas para evitar la rotación interna.*
- *No colocar chatas por debajo de la parte afectada traccionando el miembro.*
- *Semisentar al anciano elevando el respaldo de la cama ortopédica hasta 45° para alimentarlo.*
- *Indicar taloneras para evitar las escaras en los talones.*
- *Cuando se necesite rotar al paciente, no hacerlo totalmente y colocarle almohadas sobre la espalda para que no gire.*
- *Las rotaciones preventivas se indicarán generalmente cada una o dos horas.*