

introducción

La esperanza de vida de la población aumenta paulatinamente y se hacen necesarias las mejores condiciones en calidad de vida y autonomía, aunque siempre al final nuestro organismo se resiente de los años vividos y se ve afectado de ciertas patologías que están directamente relacionadas con la edad del individuo: este es el caso de las Fracturas de Cadera.

Estadísticamente, este tipo de fracturas tiene una mayor incidencia en mujeres que en hombres (3:1), sobre todo debido a la influencia de la osteoporosis¹. En cuanto a la edad afecta sobre todo a mayores de 75 años y su origen suele ser de manera fortuita.

Estos datos fueron obtenidos durante el mes de Septiembre de 2008 en el servicio de urgencias del Hospital Virgen de Altagracia de Manzanares:

El 31% del total de la patologías relacionadas con la cadera que fueron vistas eran fracturas (el resto, patologías musculares), teniendo estos pacientes una media de 77 años y cuya proporción en cuanto al sexo de los pacientes resulta de tres mujeres por cada hombre (3:1).

La mayoría de estos pacientes necesitarán no sólo una intervención quirúrgica para reponerse, sino también un tratamiento de apoyo, evitar o hacer frente a las posibles complicaciones que pueden derivarse de la intervención y del largo tiempo de inmovilización que conlleva su recuperación, y llevar a

cabo la rehabilitación pertinente para lograr si no toda, la mayor movilidad del miembro.

fractura de cadera

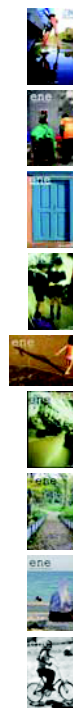
Para saber en qué consiste, primero debemos saber cuál es la anatomía de la cadera. Es una articulación que está formada por la cabeza del hueso del fémur (su parte proximal) al encajar en el acetábulo de la pelvis (un soporte redondeado), como si fuesen las piezas de un puzzle.

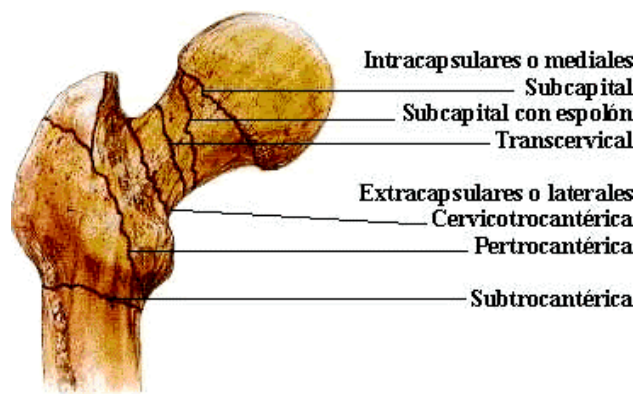
Normalmente, nos referimos al término fractura de cadera, cuando existe una fractura proximal del fémur, aunque dependiendo de la localización de la fractura nos encontramos con subtipos:

Fractura intraescapular (se localizan en la cabeza y el cuello del fémur, son más graves al haber mayor compromiso vascular, es decir mayor posibilidad de sangrado).

Fractura extraescapular (en la región sub e intertrocantéreas de la cadera).

¹ Desmineralización ósea, con pérdida de densidad y fuerza.



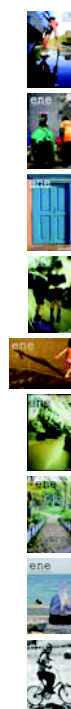


Una vez que tenemos claro en que consiste anatómicamente la patología es indispensable analizar tres apartados: los factores de

riesgo que pueden condicionar, las causas y los síntomas que va a dar lugar dicha patología.

FACTORES DE RIESGO	CAUSAS	SINTOMAS
Fracturas de caderas previas	Caídas (más frecuente)	Dolor de la cadera
El sexo y la edad (más en mujeres y más de 65 años)	Accidentes de tráfico (más en impacto frontal)	Impotencia funcional (para permanecer de pie, mover...)
La herencia	Osteoporosis	Deformidad del miembro (puede no existir)
Inmovilidad o actividad física disminuida.	Por exceso de esfuerzo en atletas (poco frecuente)	Acortamiento del miembro
Osteoporosis (déficit de vitamina D o calcio)	Enfermedad ósea (enfermedad de Paget) ²	Abducción del miembro, es decir, el miembro está rotado hacia fuera.
Otras: Parkinson, fumar, desnutrición, alteraciones visuales, alzheimer, etc...	Tumor óseo	

² Enfermedad de Paget: consiste en una destrucción y regeneración anormal del hueso provocando deformidades.



diagnóstico

Para poder confirmar el diagnóstico de fractura de cadera, a parte de los signos y síntomas clínicos mencionados anteriormente, nos podemos apoyar en otro tipo de pruebas que nos aportan datos que a simple vista no se ven, estas pruebas serían:

- Radiografía (anteroposterior y lateral, confirmación inmediata).
- Gammagrafía ósea (los resultados en 2-3 días).
- Resonancia magnética nuclear (imágenes en 24 horas).



Imagen 1

tratamiento

Esta decisión será llevada a cabo por el traumatólogo, el cual deberá decidir entre dos tipos de tratamientos:

Conservador: el inconveniente es que requiere mucho tiempo de reposo y, por ello, puede conllevar más complicaciones, además de que no se puede aplicar a cualquier tipo de fractura. Razón por la cual es el menos utilizado.



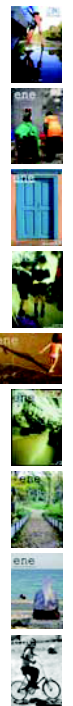
Imagen 2

Quirúrgico: existen distintas opciones dependiendo del tipo de fractura: clavos flexibles intramedulares, clavos intramedulares, fijaciones (clavos y placas, imagen 2), artroplastias (prótesis, imagen 3). Reduce el periodo de inmovilización del paciente.



Imagen 3

Muchos profesionales piensan que la fractura de cadera se debe considerar como una urgencia quirúrgica, independientemente de la situación del paciente, ya que se produce un aumento de la mortalidad si se retrasa la intervención más de 48 h.



acción de enfermería

Llegada a urgencias y tras decisión médica de intervención (pre-intervención):

-Control de constantes vitales.

-Informarnos de alergias, antecedentes, toma por parte del paciente del algún medicamento, antiagregante o anticoagulante, retirándose en ambos casos y sustituyéndose por heparina de bajo peso molecular (tromboprofilaxis).

-Canalización de vía venosa (de gran calibre y si puede ser en el brazo opuesto de la cadera afectada).

-Extracción de analítica (bioquímica, hemograma, coagulación) .

-Extracción de pruebas cruzadas (2 bioquímicas y 1 hemograma).

-ECG.

-Radiografía de cadera y de tórax.

-Colocación de sonda vesical (pre-intervención o en el quirófano).

-Informarnos de cuándo fue la última ingesta por vía oral, para saber si está en ayunas el tiempo necesario ya que si no es así la intervención se puede posponer o bien realizar un sondaje nasogástrico al paciente para evitar complicaciones (broncoaspiración³).

-Administración de la medicación pautada por el médico, ya sean calmantes o la profilaxis antibiótica.

-Si la intervención se va a retrasar y el médico lo indica, se le pondrá al paciente una tracción blanda junto con una férula de Braun-Böhler (Foto 3) con los kilos que sean indicados (siempre en una cama indicada para ello, una cama con arco y carrucha) hasta que el paciente sea intervenido.

-Comprobar que tiene el consentimiento firmado, tanto de la intervención como del anestesista

En la intervención:

-Se preparará el campo.

-Vigilar la administración de líquidos y tener la sangre preparada por si fuese necesario transfundir.

-Administración de antibioterapia, oxigenoterapia y cualquier medicación que el médico vaya indicando.

-Control de constantes.

Post-intervención:

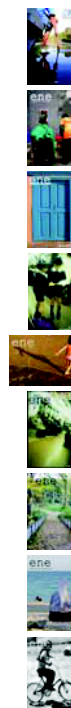
-Vigilar constantes, balance hídrico (tanto entradas como salidas para evitar la deshidratación), y el realizar un aporte nutricional adecuado ya que sus necesidades van a aumentar.

-Observar el estado de la herida quirúrgica (si mancha el apósito, el olor, cuidados de drenajes si los hubiere) y del miembro afectado (coloración, temperatura,..)

-Realizar una movilización precoz, ya que evita complicaciones.

-Administración de medicación según se haya pautado (profilaxis antitrombótica, calmantes para evitar el dolor..)

³ Broncoaspiración: Paso de alimentos hacia las vías del aparato digestivo.

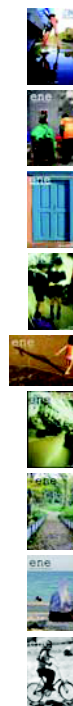


-Vigilar el estado de conciencia y evitar la aparición de úlceras.

-Iniciar la rehabilitación lo antes posible, ya que el objetivo es conseguir la misma movilidad que antes de la intervención. Esto lo suelen lograr más de la mitad de los pacientes intervenidos; del resto, parte de ellos lograrán caminar al año y otros necesitarán cuidados a largo plazo.

complicaciones.

- Trombosis venosa profunda (TVP): es la más frecuente si no existe profilaxis.
- Tromboembolismo pulmonar (TEP): es la causa más frecuente de muerte postoperatoria.
- Úlceras por presión: suelen aparecer al quinto día si no se ponen medidas. Su localización en pies, sacro, talones y cintura pélvica.
- Delirium: Puede aparecer un cuadro confusional post-operatorio que se asocia a la falta de oxígeno durante la intervención, a los fármacos utilizados, a infecciones o un deterioro cognitivo previo.
- Infección urinaria: la causa más frecuente suele ser la presencia de la sonda vesical, por ello se aconseja retirarla en las 24-48h tras la intervención.
- Infección de la herida: para evitarlo es conveniente la administración de antibióticos durante las 24-48h después de la cirugía.
- Infecciones respiratorias: suele aparecer cuando el paciente permanece mucho tiempo en reposo al facilitar el acumulo de secreciones
- Atrofia muscular progresiva, debido a la inactividad del miembro, por ello es muy importante la movilización precoz.



bibliografía

1. Parker M., Johansen A. Fractura de Cadera. Hip fracture. Clinical review/BMJ. 333:27-30.1 julio 2006.
2. Pérez Reyes R; Pons Mayea G; Otero Ceballos M;Evaluación del protocolo de fractura de cadera en la urgencia, Unidad de cuidados Intermedios Quirúrgicos. Rev Cubana Med Milit 2004;33(4).
3. Rapado A, Díaz M. Manual práctico de osteoporosis en Atención Primaria de Salud. Madrid: FHOEMO (Fundación Hispana de Osteoporosis y Enfermedades Metabólicas Óseas), 1996.
4. Rodríguez F; González F; protocolo de fractura de cadera en el anciano. Hospital de Jerez. 2007.
5. Ribera Casado y Gil Gregorio. Clínicas Geriátricas IX. Patología osteo articular en Geriatria.
6. Sáiz García J, Cervera Díaz M^aC. Temas 12, 15, 25; 35, 36. Actualización en Geriatria y Gerontología II. Editorial Formación Alcalá. Octubre 2002:
7. Serra JA, Garrido G, Vidán M et al. Epidemiología de la fractura de cadera en ancianos en España. An Med Intern 2002; 19:389-95.
8. Thibodeau G; Patton K. Anatomía y Fisiología. Segunda Edición. 1995.

Páginas de Internet:

9. www.lycos.es.Protocolo,fractura y patología del fémur proximal.
10. www.Familydoctor.org.
11. www.cultura.ufpa.br.

