

FRACTURA DE CADERA COMO EMERGENCIA PRIMARIA: ¿Qué hago? ¿Qué no hago?

Dr. José Luis Dinamarca
Geriatra

Programa de Ortogeriatría, Hospital
Dr. Gustavo Fricke

ÍNDICE

- **1.** Qué es una Fractura de Cadera (FC)
- **2.** Cómo se clasifican las FC
- **3.** Qué importancia tiene una FC
- **4.** Cómo diagnosticar una FC
- **5.** Qué hacer tras diagnosticarla
- **6.** Qué no debo hacer
- **7.** Conclusiones.



¿Qué son las FC?

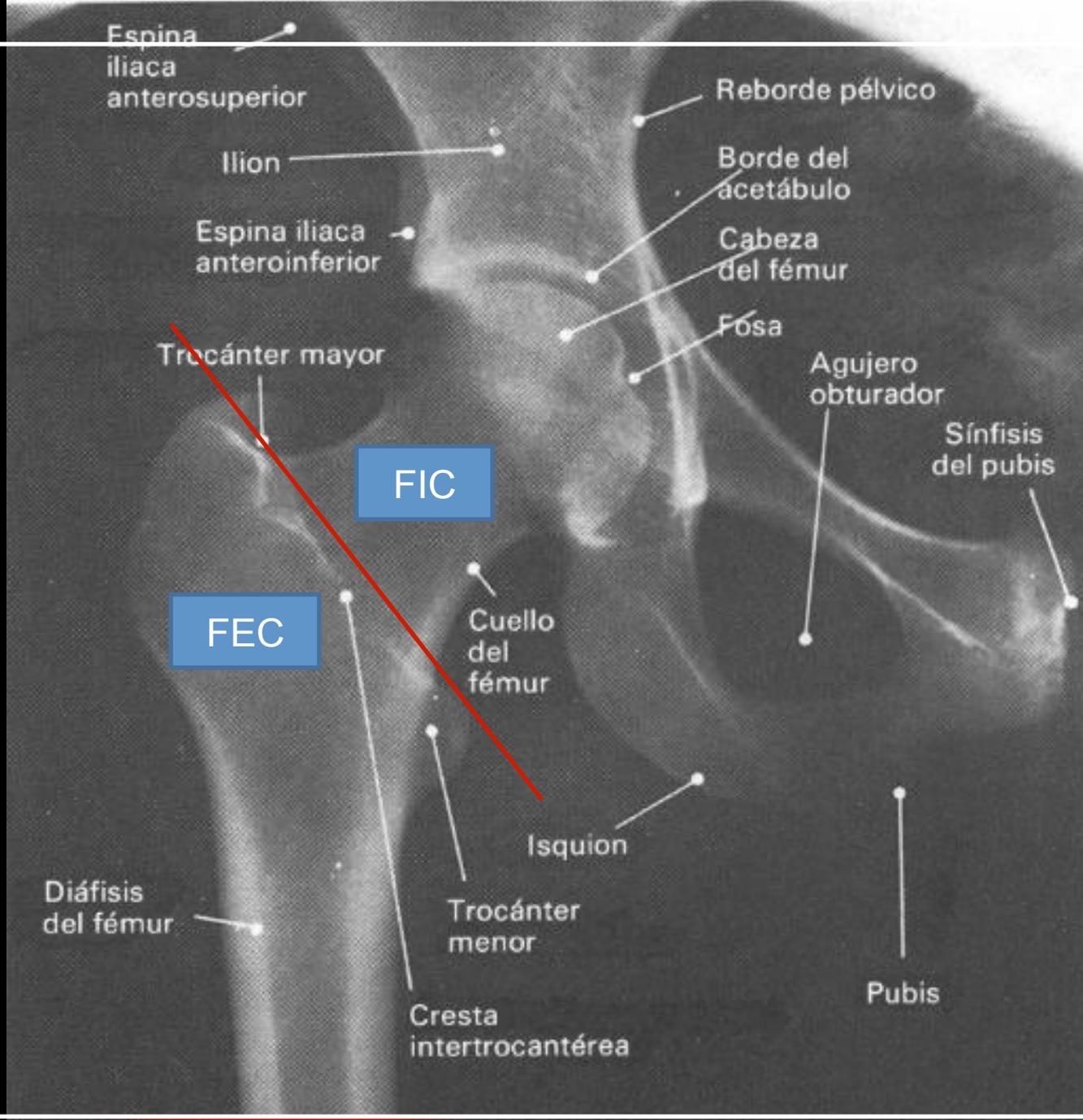
- Las FC son fracturas que comprometen el extremo proximal del fémur (hasta 5 cm por bajo el reborde del trocánter menor) y el cotilo.
- Sin embargo, por convención no se considera a las fracturas de cotilo como FC.



¿Cómo se clasifica las FC?

- Intracapsulares:
 - Capitales, subcapitales, transcervicales y basicervicales.
- Extracapsulares:
 - Pertrocantéricas y subtrocantéricas
- **OJO: DEBEN CONSIDERARSE ENFERMEDADES DIFERENTES**





Espina iliaca anterosuperior

Ilion

Espina iliaca anteroinferior

Trocánter mayor

FEC

Diáfisis del fémur

FIC

Cuello del fémur

Isquion

Trocánter menor

Cresta intertrocantérea

Reborde pélvico

Borde del acetábulo

Cabeza del fémur

Fosa

Agujero obturador

Sínfisis del pubis

Pubis

¿Qué importancia tienen?

- En esta zona (y en el mundo entero) su incidencia va en aumento.
- Tienen enorme morbimortalidad asociada
- Tienen una enorme mortalidad
- Generan costos monetarios enormes (la suma de los todos cánceres y todas las enfermedades cardiovasculares en un año)
- Generan costos funcionales enormes
- Generan enorme impacto social
- Son prevenibles...

Cómo se diagnostican

- **Diagnóstico de sospecha: Clínico.**

- Anamnesis: Imposibilidad o gran dificultad para la marcha tras un traumatismo de baja intensidad reciente, habitualmente domiciliario → DESCRIBIR **E INCLUIR LA FECHA.**
- Al examen físico acortamiento, abducción y rotación externa de la extremidad inferior afectada.
- Habitualmente en un servicio de emergencia, a veces en domicilio, pocas veces en atención ambulatoria.

- **Diagnóstico de certeza: Imagenológico.**

- Radiografía AP de pelvis evaluada por médico general
- Radiografía AP de pelvis evaluada por traumatólogo
- TAC de cadera
- RNM de cadera

Qué hago 1

- **0. ¿HOSPITALIZAR?**
 - Sí, salvo que paciente o familiar responsable decidan que no lo quieren, tras ser debidamente informados.
- **1. Clasificar al paciente:**
 - A. Paciente mayor enfermo
 - B. Paciente mayor frágil
 - C. Paciente mayor dependiente (o geriátrico)

Qué hago 2

- **2. Clasificar la fractura:**
 - **A. Extracapsular (la más frecuente en Chile)**
 - Se tratan con una osteosíntesis. En algunos casos, puede generarse consolidación sin cirugía.
 - Si se opta por manejo quirúrgico, es una cirugía corta y poco cruenta con posibilidad de recuperación funcional inmediata.
 - Complicaciones: No unión, mal unión, re-fractura, caída, protrusio.
 - **B. Intracapsular**
 - Se tratan con reemplazo articular (prótesis), que puede ser completo o parcial; o a veces con exéresis de la porción femoral proximal (Gildersont). NO consolidan.
 - Si se opta por manejo quirúrgico, son cirugías largas y cruentas. Algunas requieren largo tiempo sin poder iniciar carga.
 - Complicaciones: Infección, luxación, fractura periprotésica.

10a



10b





Qué hago 3

- **3. Explicar a familia y paciente:**
 - A. Enfermedad grave
 - B. Es la expresión de un conjunto de deterioros previos:
 - Hasta 95% de los pacientes multiplican por 3 sus diagnósticos tras el ingreso por FC.
 - C. MAL PRONÓSTICO:
 - 33% de mortalidad asociado a 1 año CON INDEPENDENCIA DEL MANEJO.
 - 50% de complicaciones
 - D. 15-20% NO SE OPERA.

Qué hago 4

- **4. Estudio:**
 - A. Causas:
 - Osteoporosis + síndrome de caídas.
 - Otras causas que pueden descartarse fácilmente: Hipo/hipertiroidismo, déficit de vitamina D, IRC, hiponatremia, uso de medicamentos osteolesivos (fenitoina, furosemida, valproato, prednisona).
 - B. Comorbilidad:
 - Anemia, hipoalbuminemia, trastornos ELP, hipo/hipercalcemia.
 - En FIC se debe descartar focos urinarios y dentales.
 - OJO: BACTERIURIA ASINTOMÁTICA

Qué hago 5

- **2. Tratamiento:**
 - Suspender TACO y AAS
 - Iniciar anticoagulación con:
 - Heparina: 5000 USC cada 12 hrs.
 - Ó Heparina fraccionada: Enoxaparina 40mg al día, Dalteparina 5000 usc al día
 - Ó Dabigatrán: 110 o 150mg cada 12 horas
 - NO ANTICOAGULAR SI ANEMIA SEVERA → HDA riesgo de mortalidad intrahospitalaria
 - Tras 5 días con cualquier heparina, debe solicitarse hemograma para descartar trombocitopenia.
 - Iniciar profilaxis:
 - Antitrombótica
 - Anti UPP
 - Retención fecal
 - Iniciar manejo del dolor: inmovilización. CUIDAR AINES. Preferir tramadol + metoclopramida. Evaluar TPB: 5 - 10% del peso corporal.
 - Iniciar estudio y tratamiento de comorbilidad

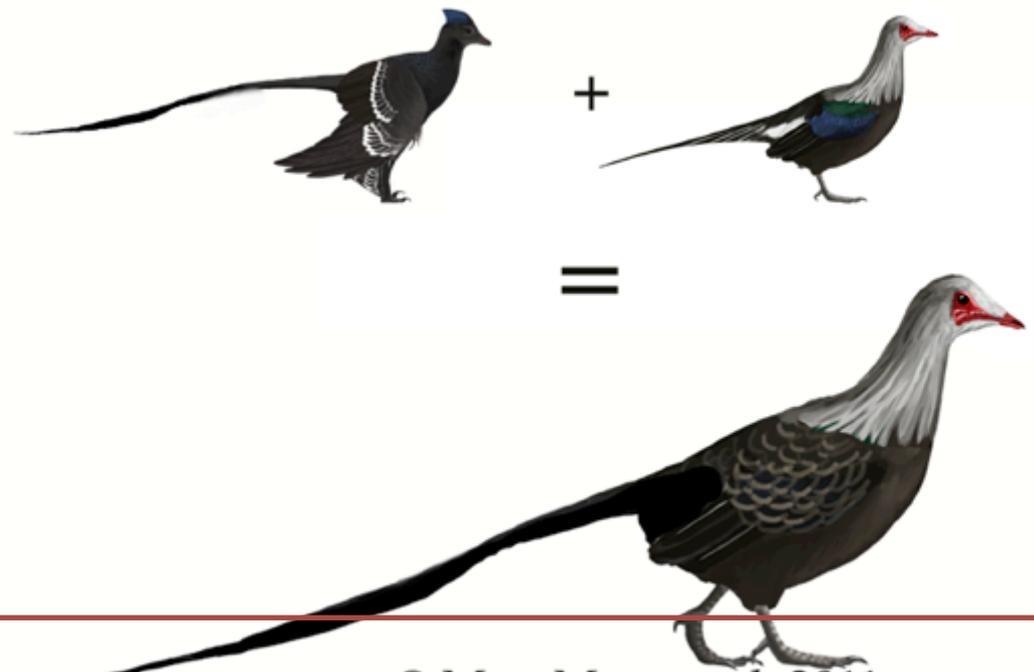
QUÉ NO HACER

- 1. Informar al paciente o su familia que el tratamiento es “quirúrgico”.
- 2. No informar del mal pronóstico
- 3. No estudiar/tratar comorbilidad
- 4. No iniciar medidas profilácticas (TVP, UPP, retención fecal)
- 5. No tratar el dolor adecuadamente.
- 6. QUEDARSE CON EL PACIENTE →
Debe ser derivado LO ANTES POSIBLE al centro que resolverá en forma definitiva el manejo

**ASÍ,
NO**

Conclusiones

- 1. Enfermedad GRAVE Y FRECUENTE
- 2. ALTÍSIMA mortalidad y comorbilidad
- 3. Tratamiento NO NECESARIAMENTE quirúrgico.
- 4. Puede realizarse muchas acciones en el nivel primario.



GRACIAS

