

# SANTIAGO TORMO MARTINEZ

CIRUGÍA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA



## FRACTURAS DE CADERA

LA FRACTURA DE CADERA ES UNA DE LAS MÁS HABITUALES EN LA PRÁCTICA CLÍNICA. HABITUALMENTE OCURRE MÁS EN PACIENTES DE EDAD AVANZADA, CON CAIDAS O TRAUMATISMOS DE MEDIA-BAJA ENERGÍA, PERO TAMBIÉN SE PUEDE PRESENTAR EN PACIENTES JOVENES, ASOCIADA HABITUALMENTE A TRAUMATISMOS DE ALTA ENERGÍA.

HAY UNA SERIE DE FACTORES QUE PUEDEN FAVORECER ESTAS LESIONES, COMO SON : ALTERACIONES DE VISIÓN, DIFICULTADES DE MOVILIDAD, FRAGILIDAD OSEA O MEDICACIÓN CONCOMITANTE.

LA FRACTURA DE CADERA OBLIGA EN LA MAYOR PARTE DE LOS CASOS A UNA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA. SIENDO ADEMÁS UNA CIRUGÍA DE CARACTER URGENTE, A NO SER QUE SE DEN OTROS FACTORES QUE PUEDAN DEMORARLA, COMO LA TOMA DE MEDICACIONES ANTICOAGULANTES.

LA CLINICA DE LA FRACTURA DE CADERA ES LA SIGUIENTE :

- DOLOR E IMPOTENCIA FUNCIONAL EN INGLE.
- IMPOSIBILIDAD PARA DEAMBULACIÓN
- ACORTAMIENTO Y ROTACIÓN DE EXTREMIDAD AFECTA-.
- HEMATOMA

EL DIAGNOSTICO DE LA FRACTURA DE CADERA ES CLÍNICO, CON ESTUDIO RADIOLÓGICO SIMPLE Y A VECES ES NECESARIO COMPLEMENTARLO CON TAC (SCANNER)

LA CIRUGÍA A REALIZAR DEPENDERA DEL TRAZO DE LA FRACTURA :

- FRACTURAS DEL MACIZO TROCANTEREO : ENCLAVADO ENDOMEDULAR, O TORNILLOS PLACAS.
- FRACTURAS DE CUELLO DE FEMUR : SEGÚN EL GRADO DE DESPLAZAMIENTO Y EDAD TORNILLOS CANULADOS, PROTESIS PARCIAL DE CADERA O PROTESIS TOTAL DE CADERA.

SON POSIBLES COMPLICACIONES DE ESTA INTERVENCIÓN :

- INFECCION PROTESICA AGUDA O CRÓNICA.
- PROBLEMAS VASCULARES, RESPIRATORIOS, CARDIACOS...
- LUXACIONES.
- FALLOS DEL ENCLAVADO (CUT OUT, ROTURAS...)
- LESIONES NEUROLÓGICAS.
- AFLOJAMIENTOS PROTESICOS. DESGASTE DE COMPONENTES.
- DISMETRIAS.
- ANEMIZACIÓN CON POSIBILIDAD DE REQUERIR TRANSFUSIONES

LA CIRUGÍA EN SI SE REALIZA BAJO ANESTESIA, YA SEA GENERAL O REGIONAL. EL TIPO DE IMPLANTES SE DEFINE SEGUN EL PACIENTE Y LAS NECESIDADES DEL MISMO.

UNA VEZ INTERVENIDO SE SUELEN PASAR LAS PRIMERAS HORAS DEL POSTOPERATORIO EN UNIDADES DE CONTROL (URPA, UCI...) Y POSTERIORMENTE SE TRASLADA AL PACIENTE A PLANTA.

EL TIEMPO DE INGRESO DEBE DE SER EL MENOR POSIBLE PARA EVITAR TODOS LOS PROBLEMAS DERIVADOS DE LA ESTANCIA HOSPITALARIA DEL PACIENTE. INICIANDOSE LA DEAMBULACION DE MANERA PRECOZ CON ANDADOR O MULETAS Y CON LA AYUDA DE FISIOTERAPEUTAS (EN ALGUNOS CASOS LA DEAMBULACIÓN PUEDE DEMORARSE HASTA MES O MES O MEDIO DESPUÉS DE LA INTERVENCIÓN)

UNA VEZ AL ALTA SE DEBEN TOMAR UNA SERIE DE MEDIDAS DE CONTROL PARA PREVENIR POSIBLES PROBLEMAS :

- PREVENCIÓN DE CUADROS INFECCIOSOS Y TROMBOEMBÓLICOS.
- CUIDADO CON CAIDAS.
- EVITAR ASIENTOS-CAMAS BAJAS FLEXIONES Y ROTACIONES FORZADAS DE LA CADERA, ES RECOMENDABLE ELEVAR SU CAMA Y USAR SUPLEMENTOS EN LA TAZA DEL BAÑO.

EN EL SEGUIMIENTO POR SU CIRUJANO SE REALIZARAN CONTROLES RADIOLÓGICOS Y FÍSICOS DE SU CADERA DE MANERA PERIÓDICA.

NO HAY UNA DATO OBJETIVO DE CUAL ES LA VIDA MEDIA UTIL DE UNA PROTESIS DE CADERA, ES VARIABLE SEGÚN, EDAD, EJERCICIO FÍSICO, CARGA DE PESO Y OTROS MÚLTIPLES FACTORES.

HABITUALMENTE LAS FRACTURAS DE CADERA SUELEN ASOCIAR UN RIESGO MAS ELEVADO DE OTRAS FRACTURAS (INCLUIDA LA CADERA CONTRALATERAL). POR LO CUAL ES RECOMENDABLE EL INCIO DE TRATAMIENTOS PARA MEJORAR LA CALIDAD OSEA.

UNA FRACTURA DE CADERA PUEDE REDUCIR LA INDEPENDENCIA FUTURA Y, A VECES, INCLUSO ACORTAR LA EXPECTATIVA DE VIDA. CERCA DE LA MITAD DE LAS PERSONAS CON FRACTURA DE CADERA NO SON CAPACES DE RECUPERAR SU CAPACIDAD DE VIVIR DE MANERA INDEPENDIENTE.