

**PROTOCOLO DE  
ACTUACION EN LAS  
FRACTURAS DE  
CADERA DEL ANCIANO  
EN EL  
HOSPITAL GENERAL  
UNIVERSITARIO  
DE  
ALICANTE**

**2007**

La fractura de cadera es una patología que supone en la actualidad hasta el 20 % de la ocupación de camas de un Servicio de Traumatología. El riesgo de presentar esta patología a lo largo de la vida supone un 15 % en la mujer y un 5 % en el hombre, aumentándose la incidencia de una forma exponencial a partir de los 50 años.

La gran mayoría, por no decir la totalidad de los casos, serán subsidiarios de necesitar tratamiento quirúrgico, que dada la complejidad del paciente supondrá un alto riesgo en todo momento y la necesidad de inter-relacionar a los distintos Servicios Hospitalarios que estarán implicados en el tratamiento completo y complejo de esta patología, desde su ingreso en Urgencias hasta el alta hospitalaria y posterior seguimiento ambulatorio.

Se ha valorado que la fractura de cadera es la patología que produce un mayor índice de mortalidad en el anciano de tal manera que en el primer año tras padecerla supone el 10 % de fallecimiento en los menores de 75 años que la sufren, llegando al 25 % en los mayores de 75 años. Un 10 % llegarán a ser funcionalmente dependientes y de ellos hasta un 20 % puede precisar cuidados de enfermería a largo plazo. Esta supervivencia va a estar directamente relacionada con la cantidad de patologías pre-existentes, la funcionalidad previa y el tiempo en recuperarla de nuevo, ya que hay una alta correlación con el desencadenamiento de otros problemas o la agudización de patologías previas en el periodo de la fractura-hospitalización-convalecencia.

Se ha corroborado en diferentes estudios que la intervención quirúrgica dentro de las primeras 48 horas tras el suceso mejora la evolución y se asocia a menor número de complicaciones serias en el postoperatorio.

Como se ha indicado la intervención quirúrgica es necesaria y conlleva un riesgo elevado por lo que solo la presencia de contraindicaciones absolutas deberían retrasarla, del mismo modo que solamente una serie de situaciones límite contraindican la intervención o cambian su indicación.

Con el presente PROTOCOLO DE ACTUACION EN FRACTURAS DE CADERA intentaremos aunar criterios de actuación en los diferentes Servicios implicados ( Urgencias, Radiología, Traumatología, Anestesia, Medicina Interna, Rehabilitación ) para acelerar el tratamiento en estos Pacientes e intentar acortar tanto su estancia como el aumento de factores de riesgo que contribuyan a su deterioro de estado general.

Paciente que es trasladado e ingresa por Urgencias con dolor e impotencia funcional en la cadera y en el que por lo tanto se sospecha presencia de fractura en la misma:

### **1. TRATAMIENTO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS.**

Se proponen unas pautas generales de actuación teniendo en cuenta que una serie de condiciones clínicas individuales pueden modificar esta actuación.

El paciente con sospecha de fractura de cadera debe ser evaluado por personal Médico de Urgencias, en lo posible en la primera hora de su ingreso.

#### **Actuación del Médico de Urgencias:**

- Realización de Historia Clínica completa:
  - Estado funcional previo. Continencia y estado mental. Circunstancias sociales. Vivienda y relación de familia.
  - Patologías coexistentes y medicación. Alergias.
  - Valoración de riesgo de úlceras de presión (talones, sacro).
  - Mecanismo de lesión y momento de la misma.
  - Solicitud de exploraciones radiológicas de caderas (ambas). Incluir tórax si existe fractura.
- Si se confirma el diagnóstico:
  - Solicitar estudio preoperatorio completo: Hemograma, bioquímica, estudio de coagulación y EKG.
  - Avisar a Traumatólogo de guardia.
  - Indicar la colocación de tracción blanda con 1'5-2 Kg y protección de talones.
  - Pautar fluido y analgesia.

#### **Actuación de Enfermería de Urgencias**

- Acostar al paciente en cama de cuadro.
- Constantes (tensión arterial, temperatura).
- Realización de extracción de sangre para preoperatorio y EKG.
- Vía periférica para fluidos y analgesia.

#### **Actuación del Traumatólogo en Urgencias:**

- Completar historia clínica y confirmación diagnóstica.
- Solicitar ingreso hospitalario.
- Informa al paciente y a la familia, y obtener el consentimiento informado para el ingreso y la intervención.
- Solicitar hoja de interconsulta urgente a Preanestesia, y eventualmente a Coagulación, Endocrinología, Medicina Interna o a los Servicios que se precise según la patología del paciente.
- Pautar tratamiento en planta: Antitrombótico, analgésico., medicación habitual...

## 2.- TRATAMIENTO PREQUIRÚRGICO EN PLANTA DE HOSPITALIZACIÓN

### Actuación del Traumatólogo en planta:

- Valoración clínica diaria del paciente.
- Comprobación de preoperatorio correcto.
- Pautar profilaxis antibiótica.
- Coordinación de las diversas especialidades implicadas en el tratamiento del paciente.
- Programación quirúrgica precoz. (48-72 horas).

### Actuación de Enfermería de planta:

- Historia clínica de Enfermería.
- Constantes por turno (T.A. Temperatura)
- Reclamar pruebas solicitadas y verificar estudio preoperatorio en la H. Clínica.
- Tratamiento prescrito.
- Valorar estreñimiento o incontinencias.
- Profilaxis de úlceras de decúbito.
- **El día previo a la Cirugía:**
  - Comprobar historia clínica completa
  - Profilaxis antitromboembólica y antibiótica. Tratamiento preanestésico.
  - Comprobar vía periférica.
  - Ayunas.

### Actuación de Preanestesia:

- Historia Clínica de Anestesia: Valoración clínica y del estudio preoperatorio completo la mañana siguiente al ingreso del paciente, para decidir si puede ser intervenido de forma precoz o precisa estudios posteriores con la consiguiente demora (siempre valorándose que la intervención es considerada como PRIORITARIA).
- Solicitud de eventuales pruebas complementarias y su posterior valoración.
- Informar al paciente y familia de los riesgos anestésicos y obtención del consentimiento informado para la anestesia.
- Pautar tratamiento preanestésico.