

FRACTURA DE CADERA.

MORBIMORTALIDAD EN EL PACIENTE ANCIANO

Moreno Sánchez, Inés (1); García García, Elena Maria (1); Medrano Morte, Isabel (1); Giménez Ibañez, Sandra (1); Salmerón Martín, Víctor (1); Moreno Sanchez, José Juan (2).

1. H. G. U. Morales Meseguer (Murcia) 2. Universidad de Granada (Granada)

Introducción

- 1/3 de todas las mujeres mayores de 80 años
- Raza blanca
- Aumenta exponencialmente a partir de los 80 (x 1000 a los 85)
- Sólo el 40%-50% recupera situación funcional previa
- 30% puede quedar encamado permanentemente
- 5% mortalidad hospitalaria
- 30% a los 12 meses

Cardiovascular	Pulmonar
↑ resistencias vasculares	↓ superficie alveolar
↑ presión arterial	↓ elasticidad
Disfunción diastólica	↓ presión parcial de oxígeno
Alteraciones en la conducción cardíaca	↓ reflejos de la vía aérea
menor capacidad de respuesta al estrés	↓ función ciliar
↑ hipotensión e insuficiencia cardíaca	↑ espacios muertos
posibles enfermedades coronarias desconocidas	Enfermedades pulmonares

Renal	Sistema nervioso
Esclerosis glomerular	↓ número y complejidad de las conexiones neuronales
Atrofia cortical	↓ síntesis de neurotransmisores
↓ función renal	↓ sustancia gris
los cambios en la función renal y hepática afectan a la eliminación de los fármacos.	Atrofia cerebral
	Delirio perioperatorio

Gastrointestinal, endocrino y farmacocinética

- ↑ tejido adiposo
- ↓ tejido muscular
- ↓ agua corporal
- ↑ sensibilidad a los fármacos
- ↓ eliminación de los fármacos
- Uso inicial de dosis bajas de fármacos, lentamente y aumentando progresivamente la dosificación

Malnutrición

Entre el 31 y el 88% de ingresos

Suplementos nutritivos: ↓ complicaciones intrahospitalarias y ↓ rehabilitación

No modifican la mortalidad

Sondase vesical

Evitar sondaje sistemático (reservarlo para incontinencia, retención o monitorización de diuresis)

En retención, sondaje evacuador intermitente

En sondaje permanente valorar la retirada en 48 horas

Si sondaje en la anestesia-cirugía, valorar retirada a las 24 horas

Realizar sedimento de orina al ingreso

Profilaxis antibiótica

Disminuye la infección de herida quirúrgica, infecciones urinarias y respiratorias. Los antibióticos más utilizados son las cefalosporinas y el amoxi-clavulánico.

Antiagregantes plaquetarios:

Por la frecuencia de su uso, aumentan el riesgo de complicaciones hemorrágicas y son, con frecuencia, causa de demora quirúrgica. Las recomendaciones para su uso perioperatorio son controvertidas y la necesidad de suspender o no el tratamiento debe individualizarse.

Anticoagulación:

Se realiza según el consenso del American College of Chest Physicians, que establece tres pautas diferentes para el tratamiento con ACO.

Anestesia

Los pacientes ancianos presentan un riesgo perioperatorio aumentado debido a las enfermedades concomitantes, atribuyéndoles una mortalidad intrahospitalaria entre 5-20%.

La técnica anestésica no influye en la mortalidad, pero hay algún estudio que ha observado que la anestesia regional mejora la supervivencia a corto plazo

Fracaso de la prótesis:

- Aflojamiento del material o fractura de componentes. Es el problema mecánico más frecuente y suele ocurrir tardíamente, tras años de su inserción.
- Rotura: Fractura o estallido del hueso que se manipula durante la intervención.
- Mala consolidación y osteonecrosis.
- Dislocación recurrente o irreducible.
- Desgaste.
- Lesión nerviosa.
- Calcificaciones de los tejidos que rodean a la prótesis.
- Defectos de anulación del miembro operado.
- Dolor a nivel del extremo de la prótesis.
- Imposibilidad de inserción.
- Infarto óseo transoperatorio.

Bibliografía.

- Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). junio de 2009
- Kirke PN, Sutton M, Burke H, Daly L. Outcome of hip fracture in older Irish women: a 2-year follow-up of subjects in a case-control study. Injury. 2002;33: 387-91.
- Zuckerman JD, Skovron ML, Koval KJ, Aharonoff G, Frankel VH. Postoperative complications and mortality associated with operative delay in older patients who have a fracture of the hip. J Bone Joint Surg Am. 1995;77:1551-6.
- Yonezawa T, et al. Influence of the timing of surgery on mortality and activity of hip fracture in elderly patients. J Orthop Sci 2009; 14:566-573.
- Khan SK, Kalra S, Khanna A, Thiruvengada MM, Parker MJ. Timing of surgery for hip fractures: A systematic review of 52 published studies involving 291.413 patients. Injury Int j Care Injured 2009;40:692-7

Para recibir una copia del artículo completo.
O diríjase a: imsanchezcot@gmail.com



55 CONGRESO
secot