

FRACTURAS DE CADERA EN EL ANCIANO

FRACTURAS DE LA CADERA EN EL ANCIANO

Las fracturas de la región de la cadera se corresponden con las que se producen en el extremo superior del fémur, y, junto con las de la muñeca, son las más frecuentes en los ancianos. Aunque clásicamente se las divide en dos grupos: las de cuello del fémur y las de la región trocantérea (fig. 1), ambas van a plantear en conjunto problemas muy similares, ya que se observan por lo general en personas mayores. Suelen producirse por caídas banales, están en gran medida condicionadas a la osteoporosis tan habitual a estas edades, tienen lugar en una región que soporta cargas equivalentes a tres veces el peso del cuerpo, y, además, salvo raras excepciones, todas ellas tienen que operarse si se quieren lograr los resultados más efectivos. Es precisamente en esta región (que en los jóvenes es muy resistente), en donde los efectos de la osteoporosis se van a ver muy marcados en los ancianos, por la desaparición de trabéculas óseas a veces en proporciones importantes en las zonas correspondientes al cuello del fémur y a la región trocantérea (fig. 2).

Fig. 1. Zonas del extremo superior del fémur.

Fig. 2.

Estas fracturas son más frecuentes en las mujeres (más del doble que en los hombres), y ello en gran parte es debido a que la intensidad de la pérdida de cantidad de hueso (osteoporosis) es mayor en ellas que en el varón. La frecuencia de las mismas cambia en relación con los distintos países y ambientes geográficos, siendo su incidencia más alta en los países del norte de Europa y USA con relación a los del "área mediterránea", lo que hace pensar que la mayor exposición al sol (radiaciones ultravioleta) de los habitantes de éstos últimos podría ser un factor determinante de estas diferencias. También se ha podido comprobar que la incidencia es menor en las zonas rurales, en donde las viviendas suelen ser más amplias y los ancianos desarrollan más actividad física y están más tiempo expuestos a la luz solar.

Se podría establecer el "retrato robot" del sujeto con riesgo de fractura de cadera diciendo que se corresponde con el de: "Mujer de raza blanca, mayor de 70 años, delgada, de vida sedentaria, con tendencia a caídas repetitivas, que padece de enfermedad o enfermedades crónicas, sometida a medicaciones del tipo de los sedantes, antidepresivos, hipotensores, etc., con antecedentes familiares de osteoporosis y fracturas de esta región, que ha sido o es fumadora o bebedora y habituada a una alimentación rica en proteínas".

En líneas generales, se puede decir que el número de fracturas de cadera se ha incrementado de manera importante en los últimos años, coincidiendo con el envejecimiento de la población. En EEUU se produce unos 220.000 casos al año, en el Reino Unido pasan de los 50.000, y en España estamos alrededor de los 30.000. Se calcula, además, que para principios del próximo siglo el número de casos será el doble de los que había en 1980, lo

que hace suponer que para entonces casi el 30% de las camas de los Servicios de Traumatología de los hospitales llegará a estar ocupado por ancianos con esta patología.

PREVENCIÓN DE LAS FRACTURAS

El problema de la prevención de estas fracturas es considerado en la actualidad como un punto fundamental dentro de los programas sanitarios de los países, ya que son lesiones que producen una elevada morbilidad y mortalidad con repercusiones económicas importantes. En la actualidad, la mortalidad para una población operada de fractura de cadera con una media de edad de 75 años, es seis veces mayor que en la población general.

Uno de los principales objetivos es lograr una acción más eficaz sobre la osteoporosis, aplicando medidas que retrasen su aparición o den lugar a formas más larvadas. Así, una alimentación equilibrada con dieta rica en proteínas y vitamina D, el aporte diario de calcio a dosis suficiente y la administración de estrógenos son medidas que, en principio, intervienen positivamente en cuanto a frenar la pérdida de masa ósea. De la misma manera, es muy importante que el anciano mantenga una actividad física diaria, caminando con cierta frecuencia dentro de sus posibilidades, y evitando largas estancias en cama e incluso sentado. Se puede valorar también un programa de tratamiento con estrógenos, para lo cual debe de consultarse con el especialista en ginecología. Este tipo de tratamiento debería realizarse a partir del comienzo de la menopausia.

La prevención de las caídas de los ancianos debe de estar en la mente no sólo del personal sanitario encargado de su cuidado, sino también de los familiares con los que convive. El traumatismo necesario para producir una fractura en el anciano tras sufrir éste una caída, suele ser más importante de lo que habitualmente se piensa, ya que se necesita una considerable fuerza mecánica para que se fracture una cadera, inclusive en edades avanzadas. Por eso, hay que dejar a un lado la idea de que a veces lo primero que tiene lugar es la fractura y luego la caída.

Se sabe que las posibilidades de sufrir caídas aumenta con la edad, de tal manera que un 30% de la población mayor de 75 años se cae al menos una vez al año, y este porcentaje asciende al 50% en los mayores de 80. Como la mayor parte del tiempo los ancianos lo pasan en su domicilio o en las instituciones en las que están acogidos, es en estos lugares en donde habitualmente se producen las caídas, y, dentro de ellos, en los dormitorios, salas de estar y aseos. En estos lugares conviene establecer sistemas o dispositivos tales como pasamanos o barandillas y asientos especiales. Las alfombras son un peligro para las personas de edad avanzada y muchas de las caídas se producen al tropezar o resbalar sobre ellas por lo que deberían de estar bien adheridas al suelo o, mejor aún, prescindir de ellas. Otro riesgo es la existencia de zonas oscuras, por lo que es necesario una buena iluminación en los lugares por donde se mueven los ancianos, máxime cuando con mucha frecuencia presentan disminución de la agudeza visual. También es importante la puesta en marcha de medidas de coordinación y la programación de ejercicios controlados, así como el uso de sistemas protectores (almohadillas) para que actúen como amortiguadores en el caso de caídas. Hay que tener precaución con la toma de medicamentos sedantes

y con todos aquellos que causan hipotensión ortostática en los pacientes que tengan predisposición a las caídas. Se evitará el consumo de alcohol y tabaco, ya que ambos son favorecedores de la osteoporosis.

MANEJO DEL ANCIANO CON FRACTURA DE CADERA

Cuando un anciano sufre una caída, y como consecuencia de ella se rompe la cadera, por lo general va a sentir dolor intenso que en principio suele ser referido en la región inguinal. Si la fractura es completa no va a poder levantarse del suelo ni mover el miembro lesionado, adoptando éste una posición en rotación externa a veces muy marcada (la punta del pie se desvía hacia afuera), y apareciendo acortado con relación al del lado sano. Hay que tener en cuenta, que en algunos casos la fractura es al principio incompleta, lo que supondría que entonces el anciano podría moverse o incluso levantarse, con el riesgo de transformarse en completa inmediatamente después, o incluso pasados algunos días. Pueden también encontrarse en un 10% de los casos, zonas de contusión o de heridas situadas a nivel de la cabeza, codos o manos, que se producen al golpearse contra objetos o contra el suelo en el momento mismo de la caída. En ocasiones, y dependiendo de la intensidad del trauma, existen cuadros de conmoción (pérdida de conocimiento) más o menos pasajeros.

Ante tal situación, los familiares o personas que estén al cuidado del anciano deben de pensar en la posibilidad de una fractura de la región de la cadera, y procederán a colocar al paciente en la posición más cómoda, abrigarle y, en principio, a no tratar de levantarlo o trasladarlo si no disponen de los medios y personal suficiente. Deberán avisar de inmediato al centro asistencial más cercano o al que corresponda su asistencia, para que sea enviada una ambulancia que le trasladará al mismo.

Una vez que ha llegado al correspondiente centro, en el Servicio de Urgencias, se procederá a la recogida de los datos básicos de la historia y exploración y se realizará el correspondiente estudio radiológico que confirmará la fractura y su localización. Teniendo en cuenta que estos pacientes son de edad avanzada y muchos de ellos presentan alteraciones de su estado general, por ser portadores de procesos tales como enfermedades cerebrovasculares, demencia, enfermedad de Parkinson, infecciones, diabetes, etc.; la intervención quirúrgica (aunque casi siempre indicadora), presenta riesgos y complicaciones tales como el tromboembolismo, infección y neumonías. Por todo esto, hay que hacer una valoración del estado general del paciente antes de tomar la decisión quirúrgica, e informar de tales riesgos a los familiares.

Fig. 3. Endoprótesis.

TRATAMIENTO DE LAS FRACTURAS DE LA CADERA

La cirugía es la indicación básica del tratamiento de estas lesiones, ya que sólo con ella es posible que el paciente pueda volver cuanto antes a caminar

e integrarse a sus actividades anteriores. Cuando se trata de una fractura del cuello del fémur, la extirpación de la cabeza femoral, seguido de la colocación de una endoprótesis, es la técnica más común, y es tanto más utilizada cuanto mayor edad tenga el paciente (fig. 3). Esto es así, por el hecho de que conservar la cabeza (que siempre ha de intentarse en sujetos más jóvenes) conllevaría prolongar el tiempo de descarga del miembro, situación que toleraría mal el anciano, y además se asumiría el riesgo de que apareciese como complicación una necrosis isquémica de dicho segmento. No obstante, si se trata de pacientes no excesivamente mayores, con buen estado general y con una buena calidad del hueso, puede valorarse la fijación de la fractura mediante tornillos y por lo tanto la conservación de la cabeza femoral (fig. 4). Con la endoprótesis, el paciente puede empezar la recuperación funcional de manera inmediata e incluso caminar dentro de la primera semana. Es evidente que cuanto antes se movilice y camine, los resultados serán mejores al evitarse muchas complicaciones.

Fig. 4. Osteosíntesis con tornillos.

En los casos de fracturas de la región trocanterea (zona situada por debajo de la del cuello), el objetivo del tratamiento es la reducción de las mismas y su fijación mediante dispositivos metálicos (placas, tornillos y clavos) que dan una gran estabilidad al foco y permiten que el paciente pueda también levantarse y cargar cuanto antes (fig. 5). Habrá que tener, además, en cuenta que los resultados serán mejores si tales pacientes presentaban con anterioridad a la fractura, un buen estado general y una idónea actividad funcional.

Fig. 5. Osteosíntesis con clavo de bloqueo.

La estancia de un anciano con fractura de cadera en el hospital puede prolongarse hasta dos semanas, y durante este tiempo ha de ser objeto de una serie de atenciones. Los cuidados postoperatorios son fundamentales, y de ellos depende en gran medida no sólo la recuperación funcional del paciente sino también su supervivencia. Unos cuidados higiénicos desde el primer momento de su ingreso son muy importantes, y, dentro de ellos, hay que destacar los cambios de postura y el cuidado de la piel para evitar las úlceras de decúbito. La colocación en un asiento adecuado desde el día siguiente a la intervención, así como la ayuda a su deambulación desde el mismo momento en que el anciano sea capaz de soportarla. El paciente deberá también realizar ejercicios durante todo el tiempo que permanezca en la cama, figurando como importantes los de flexión y extensión de los tobillos y la contracción del cuádriceps, apretando con fuerza la parte posterior de la rodilla (corva) contra el plano de la cama. Independientemente de la profilaxis antibiótica que se realice, también se llevará a cabo, casi siempre, una profilaxis de la enfermedad tromboembólica mediante la correspondiente medicación anticoagulante, hecho en la actualidad bastante rutinario y que puede seguir siendo realizada y controlada en su domicilio.

Para que todas estas medidas resulten eficaces es básica la colaboración entre el personal médico, el de enfermería, el auxiliar y también la de los familiares del paciente, ya que estos últimos deberán seguir el control del mismo a partir del traslado a su domicilio. Por este motivo deberán de ser bien informados antes de la salida del hospital sobre los aspectos básicos del manejo del anciano y de las líneas terapéuticas elementales.

En resumen, se puede decir que las fracturas de la cadera en el anciano, aunque suponen un serio problema tanto individual, como social y de salud pública, debido al aumento de su frecuencia, a su alta tasa de morbilidad y mortalidad, así como a las importantes cargas económicas que originan, han dejado de tener en los últimos años el carácter ominoso y el efecto devastador que antes suponían, y ello debido fundamentalmente a un mejor manejo de los pacientes que sufren estas lesiones, que viene dado por una mayor y más rigurosa atención, tanto pre como postoperatoria, así como a la puesta en práctica de métodos quirúrgicos más perfeccionados (endoprótesis y materiales de osteosíntesis) con los cuales es posible una rápida incorporación de los ancianos a su vida habitual.