

**DOI:** 10.26820/recimundo/5.(4).oct.2021.265-276

**URL:** <https://recimundo.com/index.php/es/article/view/1344>

**EDITORIAL:** Saberes del Conocimiento

**REVISTA:** RECIMUNDO

**ISSN:** 2588-073X

**TIPO DE INVESTIGACIÓN:** Artículo de investigación

**CÓDIGO UNESCO:** 32 Ciencias Médicas

**PAGINAS:** 265-276



## Cuidados postoperatorios a pacientes sometidos a cirugía por una fractura de cadera

Postoperative care of patients undergoing surgery for hip fracture

Cuidados pós-operatórios de pacientes submetidos a cirurgia de fratura da anca

José Fernando Calderón Ponce<sup>1</sup>; Lisseth Pamela Mariño Jara<sup>2</sup>; Wilman Jonathan Díaz Bravo<sup>3</sup>;  
Evelyn Adriana Miranda Fernández<sup>4</sup>

**RECIBIDO:** 11/04/2021 **ACEPTADO:** 15/06/2021 **PUBLICADO:** 30/10/2021

1. Médico General; Medicaldent, Primer Nivel de Atención; Guayaquil, Ecuador; josecalderon1993@hotmail.com;  <https://orcid.org/0000-0001-7693-6604>
2. Médico General; Primer Nivel de Atención; Guayaquil, Ecuador; lisseth\_pamela44@yahoo.com;  <https://orcid.org/0000-0002-2340-4548>
3. Médico General; Medicaldent, Primer Nivel de Atención; Guayaquil, Ecuador; drwilmandiazbravo@gmail.com;  <https://orcid.org/0000-0003-1428-6903>
4. Médico General; Emergencia Centro de Salud Tipo C Pedro Carbo, Primer Nivel de Atención; Guayaquil, Ecuador; ivy-fer77@gmail.com;  <https://orcid.org/0000-0002-6029-7681>

### CORRESPONDENCIA

José Fernando Calderón Ponce

josecalderon1993@hotmail.com

**Guayaquil, Ecuador**

## RESUMEN

La fractura de cadera se define como la rotura del tercio superior o proximal del fémur, ha sido reportada como un gran problema de salud pública, incluso hasta como una epidemia entre la población anciana. Entre las causas principales de la fractura de cadera se incluyen la osteoporosis y las caídas. Las personas mayores con fractura de cadera tienen un aumento del riesgo de mortalidad de 5 a 8 veces por todas las causas, y un riesgo mucho mayor de institucionalización por pérdida funcional, ya que solo el 50% de los pacientes que sobreviven, recuperan la actividad de la vida diaria previa a la fractura. Con la intención de recabar las experiencias postoperatorias de cuidados por cirugía de fractura de caderas se propone hacer una revisión bibliográfica de las publicaciones científicas disponibles. La rehabilitación y cuidados especializados no deben dejarse a un lado si se quiere lograr una recuperación exitosa luego de la cirugía por una fractura de cadera, esto independientemente de la edad del paciente. Las evidencias de recuperación no solo deben concentrarse en el seguimiento de la clínica del paciente, sino que el factor psicológico es vital, considerando que se busca la recuperación plena de movilidad pero es imperioso el manejo de la conciencia del entorno familiar pues los costos económicos y emocionales suelen ser elevados.

**Palabras clave:** Cuidados Postoperatorios, Fractura de Cadera, Adulto Mayor, Complicaciones Postquirúrgicas, Rotura Proximal del Fémur.

## ABSTRACT

Hip fracture is defined as the breaking of the upper or proximal third of the femur, it has been reported as a great public health problem, even as an epidemic among the elderly population. The leading causes of hip fracture include osteoporosis and falls. Older people with hip fracture have a 5 to 8-fold increased risk of mortality from all causes, and a much higher risk of institutionalization due to functional loss, since only 50% of patients who survive regain activity of daily life prior to the fracture. With the intention of gathering the postoperative experiences of care for hip fracture surgery, it is proposed to make a bibliographic review of the available scientific publications. Rehabilitation and specialized care should not be neglected if a successful recovery is to be achieved after surgery for a hip fracture, regardless of the age of the patient. Evidence of recovery should not only focus on the follow-up of the patient's clinic, but the psychological factor is vital, considering that full recovery of mobility is sought but the management of awareness of the family environment is imperative because of the economic costs and emotional are often high.

**Keywords:** Postoperative Care, Hip Fracture, Elderly, Postoperative Complications, Proximal Femur Break.

## RESUMO

A fractura da anca, definida como uma ruptura do terço superior ou proximal do fémur, tem sido relatada como um grande problema de saúde pública, mesmo como uma epidemia entre a população idosa. As principais causas de fractura da anca incluem osteoporose e quedas. Os idosos com fractura da anca têm um risco 5-8 vezes maior de mortalidade por todas as causas e um risco muito maior de institucionalização devido à perda funcional, com apenas 50% dos doentes que sobrevivem a recuperar a sua actividade pré-fractura da vida diária. A fim de recolher experiências pós-operatórias de cuidados após cirurgia da fractura da anca, propõe-se uma revisão bibliográfica das publicações científicas disponíveis. A reabilitação e os cuidados especializados não devem ser negligenciados se se pretende alcançar uma recuperação bem sucedida após uma fractura da anca, independentemente da idade do paciente. A evidência da recuperação não deve concentrar-se apenas no acompanhamento clínico do paciente, mas o factor psicológico é vital, considerando que se procura a recuperação total da mobilidade, mas é imperativo gerir a consciência do ambiente familiar, uma vez que os custos económicos e emocionais são frequentemente elevados.

**Palavras-chave:** Cuidados pós-operatórios, fractura da anca, adulto mais velho, complicações pós-operatórias, fractura proximal do fémur.

**Introducción**

La fractura de cadera se define como la rotura del tercio superior o proximal del fémur, y el término engloba varios tipos de fracturas, que se pueden basar en el grado de desplazamiento de los fragmentos, en la dirección de trazo de la fractura con la horizontal, grado de estabilidad, localización, o un conjunto de lo anterior. (Murillo Aira, 2020)

La fractura de cadera ha sido reportada como un gran problema de salud pública, incluso hasta como una epidemia entre la población anciana. Ésta representan 3.5 millones de días de hospitalización más que

el resto de las fracturas (aun combinadas), además de generar la mitad de los costos hospitalarios y de gastos de rehabilitación o de cuidados postoperatorios. Constituye además una entidad de gran importancia desde el punto de vista clínico debido a las patologías asociadas que suelen presentar la mayoría de los pacientes (Charles-Lozoya, Treviño-Pérez, & Rangel-Flores, 2013)

Entre las causas principales de la fractura de cadera se incluyen la osteoporosis y las caídas. La disminución de masa ósea aumenta la posibilidad de sufrir fractura de cadera en la tercera edad. (García Raga, Martínez Bazán, González Pardo, & Rodríguez Suárez, 2011)

**Tabla 1.** Factores de riesgo para sufrir fractura de cadera.

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Historia de fractura de cadera materna</li> <li>• Exceso de consumo de OH.</li> <li>• Exceso de consumo de cafeína.</li> <li>• Inactividad física</li> <li>• Bajo peso corporal</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estatura alta</li> <li>• Fractura de cadera previa</li> <li>• Uso de psicotrópicos</li> <li>• Institucionalización</li> <li>• Discapacidad visual</li> <li>• Demencia.</li> </ul>
---	--

**Fuente:** (Muñoz, y otros, 2008)

Existen numerosas maneras de agrupar los distintos tipos de fracturas de cadera, que abarcan características como la estabilidad de la rotura, desplazamiento de fragmentos, dirección del trazo de rotura De todas ellas la localización de la fractura resulta de gran importancia, ya que permite determinar la gravedad y el tratamiento necesario a llevar a cabo. (Murillo Aira, 2020)

Fracturas intracapsulares: Abarcan las producidas en la cabeza y cuello del fémur. Fracturas del cuello femoral: Tienen lugar en el cuello del fémur. Están asociadas a la edad y a las caídas o fracturas por osteoporosis. Son las más frecuentes. Se dividen en:

- Fracturas subcapitales: Se producen justo por debajo de la cabeza femoral, entre el límite de la cabeza y el cuello femoral.
- Fracturas de la base del cuello femoral: Se localiza en la unión entre el cuello femoral y la región trocantérea,

Clasificación de Garden Se trata de una división de las fracturas intracapsulares en cuatro tipos:

- Tipo I Se observa de una fractura incompleta que sin el tratamiento adecuado puede llegar a desplazarse.
- Tipo II Fractura completa sin desplazamiento. La cortical presenta rotura, pero el fragmento no está desplazado. Sin

- tratamiento puede desplazarse
- Tipo III Fractura completa con desplazamiento parcial. Se trata de la fractura más frecuente y puede presentar irrigación de la cabeza del fémur.
  - Tipo IV Fractura completa con desplazamiento total en la que los fragmentos están totalmente desvinculados. La irrigación está muy comprometida.

Fracturas extracapsulares: Se producen fuera de la cápsula de articulación de la cadera.

Fracturas trocantéreas: La fractura se encuentra en alguno de los trocánteres, se produce entre la población joven, como las fracturas capitales.

Fracturas intertrocantéreas: Se encuentran entre el trocánter mayor y menor. Se producen entre la población mayor por causas similares a las fracturas de cuello femoral.

Fracturas subtrocantéreas: Se producen bajo el trocánter menor, causadas por traumatismos de alta energía. Cabe destacar la importancia de las fracturas intracapsulares, ya que comprometen la irrigación de la cabeza femoral y, por lo tanto, es posible que se produzca una necrosis avascular en la articulación, concretamente en el cuello y cabeza del fémur (Murillo Aira, 2020)

Las personas mayores con fractura de cadera tienen un aumento del riesgo de mortalidad de 5 a 8 veces por todas las causas, y un riesgo mucho mayor de institucionalización por pérdida funcional, ya que solo el 50% de los pacientes que sobreviven, recuperan la actividad de la vida diaria previa a la fractura. El modelo de atención de ortogeriatría es un enfoque de atención multidimensional para los pacientes que sufren una fractura de cadera, que por lo general, es secundario a una caída desde su propia altura, conocida como fractura por fragilidad. Este modelo de atención desarrollado por geriatras y traumatólogos con la asis-

tencia de un equipo multidisciplinario, incluye una evaluación integral perioperatoria y un equipo de enfermería centrada en la función premórbida del paciente, la cognición, las comorbilidades, que permite crear un plan individualizado, para ser monitorizado y asegurar su cumplimiento, los primeros dos años después de la fractura. (Gallardo & Clavel, 2020)

Con la intención de recabar las experiencias postoperatorias de cuidados por cirugía de fractura de caderas se propone hacer una revisión bibliográfica de las publicaciones científicas disponibles.

## Metodología

En el presente estudio se recurrió a la investigación documental como metodología de estudio para poder desarrollar este trabajo. Este método se puede resumir en las siguientes características: la recolección, selección, análisis y presentación de información coherente a partir del uso de documentos; la realización de una recopilación apropiada de datos e información que permiten redescubrir hechos, sugerir problemas, orientar hacia otras fuentes de investigación, orientar formas para elaborar instrumentos de investigación, elaborar hipótesis, entre otros factores.

Este estudio se respaldó con una investigación bibliográfica permite, entre otras cosas, evitar iniciar exploraciones anteriormente realizadas. Esto es imprescindible, ya que investigar implica conocer los antecedentes y el estado del arte del objeto de estudio. Los antecedentes están referidos a las investigaciones ya realizadas acerca del tema, y cuyos resultados deben tener en cuenta. (Parraguez Carrasco, Chunga Chinguel, Flores Cubas, & Romero Cieza, 2017)

En el presente texto se hizo uso de material bibliográfico no experimental para llevar a cabo el estudio. Fundamentados en artí-

culos, libros e informes científicos que dan cuenta de los cuidados postoperatorios a pacientes sometidos a cirugía de cadera.

## Resultados

Según estudios se puede exponer que los tratamientos quirúrgicos para Fractura de cadera dependen de la evaluación del paciente en donde la edad, el sexo, las enfermedades previas y el tipo de fractura evidentemente influyen en el tipo de intervención. Concluyeron que la artroplastía total proporcionó un mejor resultado funcional como tratamiento para la fractura de cadera. (Valles Figueroa, Malacara, Mont, Suárez, & Cárdena, 2010)



**Figura 1.** Imagen RX de Artroplastía total de cadera.

**Fuente:** (Valles Figueroa, Malacara, Mont, Suárez, & Cárdena, 2010)

En un estudio retrospectivo, Merrer, et al reportaron una frecuencia de complicaciones de 5% por infección de la herida quirúrgica en pacientes intervenidos por fractura del cuello femoral. Sin embargo en el estudio retrospectivo de Valles y otros (2010) se ob-

servó que la complicación más frecuente correspondió a la disfunción cognoscitiva o delirio postoperatorio, usualmente relacionado con alteraciones electrolíticas en el postoperatorio inmediato, entre las otras complicaciones se demostró falla en la fijación. (Valles Figueroa, Malacara, Mont, Suárez, & Cárdena, 2010)

Es posible señalar que todo paciente joven con fractura de cadera no desplazada, así como también en pacientes de cualquier edad con fractura a nivel subcapital que se encuentre impactada y se considere estable, es recomendable la realización de fijación con tornillos canalados. (Valles Figueroa, Malacara, Mont, Suárez, & Cárdena, 2010)



**Figura 2.** Imagen RX. Fractura subcapital tratada con tornillos canalados.

**Fuente:** (Valles Figueroa, Malacara, Mont, Suárez, & Cárdena, 2010)

En pacientes de cualquier edad con fractura desplazada de tipo intracapsular se realiza hemiarthroplastía bipolar. De manera preferente se utiliza las prótesis no cementadas con/sin hidroxapatita. Las prótesis cementadas se utilizan principalmente en mujeres de edad avanzada cuando el índice cón-

co-diafisiario indica una mala calidad ósea. (Valles Figueroa, Malacara, Mont, Suárez, & Cárdena, 2010)

En pacientes con fractura de tipo extracapsular se prefiere realizar fijación con clavo y placa DHS o DHHS y en casos excepcionales, cuando se requiere la movilización temprana del paciente, se considera la colocación de una prótesis no convencional con reemplazo de calcar (Valles Figueroa, Malacara, Mont, Suárez, & Cárdena, 2010)

Clásicamente los distintos tipos de Fractura de Cadera en el Adulto Mayor (AM) han sido tratados según el lugar anatómico comprometido en el fémur proximal, el desplazamiento y la funcionalidad del paciente. En el caso de fracturas de cuello femoral, amplia evidencia soporta la resolución quirúrgica con una artroplastia en caso de fracturas desplazadas, con menores tiempos de rehabilitación y riesgo de complicaciones que otras alternativas. En el caso de fracturas de cuello femoral no desplazadas, el tratamiento más frecuentemente utilizado es la fijación interna con el uso de tornillos canalados. El uso de una artroplastía en el caso de fracturas no desplazadas de cuello femoral en el AM es un tema controversial. Reportes que muestran menores tasas de reoperación y mejores resultados funcionales hacen que su uso sea una alternativa atractiva. Sin embargo, un mayor riesgo global y complicaciones más graves, hacen necesaria una mejor evidencia sobre este tema antes de poder generalizar una recomendación. En el caso de fracturas que comprometen la región per y subtrocantéricas, el tratamiento principal es la reducción y fijación interna, independiente del desplazamiento. (Zamora, y otros, 2019)

El aspecto más importante del manejo postoperatorio es la movilización precoz, la cual debe comenzar el primer día luego de realizada la cirugía de manera progresiva. Idealmente la recuperación postoperatoria debe promover el caminar con carga, con

asistencia según sea necesario. Si no puede alcanzarse la fijación estable de la fractura, puede decidirse limitar la carga para disminuir la posibilidad de falla en la fijación. (Muñoz, y otros, 2008)

Complicaciones Postoperatorias: Las complicaciones más frecuentes luego de realizado el tratamiento incluyen:

- Dislocación de la prótesis: el riesgo de dislocación es elevado durante el postoperatorio inicial, pero la incidencia global es baja; el tratamiento generalmente consiste en una reducción cerrada seguida de una limitación temporal de las actividades de rehabilitación.
- Pérdida de la fijación: menos del 15% de los pacientes que ha experimentado fijación interna del cuello femoral o fracturas intertrocanterias.
- Infección: en menos del 5% de los casos.
- No unión y osteonecrosis: ocurren tardíamente (meses-años) y son más comúnmente encontradas luego de la fijación interna de una fractura desplazada de cuello femoral que luego de la fijación interna de una fractura intertrocanterea.
- Aflojamiento de la prótesis: si es que ocurre suele verse luego de años de la cirugía.
- Mortalidad: La tasa de mortalidad entre los pacientes ancianos durante el primer año luego de haber sufrido la fractura fluctúa entre 14-36%. Los estudios epidemiológicos muestran que la fractura de cadera se asocia con un significativo incremento del riesgo de mortalidad por 6-12 meses luego del daño. Sin embargo, una vez pasado el primer año desde ocurrida la fractura la tasa de mortalidad se iguala a las personas de su misma edad y género que no han sufrido la fractura. (Muñoz, y otros, 2008)

El incremento del riesgo de muerte luego de sufrir la fractura de cadera se asocia con:

- Edad avanzada.
- Sexo masculino.
- Enfermedad sistémica mal controlada.
- Enfermedad Psiquiátrica.
- Institucionalización.
- Manejo quirúrgico antes de estabilizar condiciones médicas.
- Complicaciones postoperatorias. (Muñoz, y otros, 2008)

Recuperación de la Marcha: El principal componente para la recuperación funcional es el recobrar la capacidad para caminar, pues tiene importantes implicancias para lograr su capacidad de independencia. Cerca del 50- 65% de los pacientes con fractura de cadera recuperan su nivel previo de deambulación, el 10- 15% no recupera la capacidad para caminar fuera del hogar y cerca del 20% pierde la capacidad de deambular dentro y fuera del hogar. (Muñoz, y otros, 2008)

Retorno Domiciliario: La capacidad de retornar al hogar luego de sufrir una hospitalización por fractura de cadera es otra importante medida para evaluar el resultado. La proporción de pacientes que son capaces de retornar al hogar fluctúa entre 40-90% en varios estudios. Este amplio rango se debe en parte a las diferencias regionales en la disponibilidad de servicios de cuidado domiciliario, la disponibilidad de camas de corta estadía en estaciones de enfermería especializada y del énfasis colocado en retornar a casa. (Muñoz, y otros, 2008)

Recuperación de la independencia funcional: Para conseguir una independencia funcional y regresar al hogar luego de una fractura de cadera, el paciente debe:

- Recuperar la capacidad para realizar las actividades básicas de la vida diaria, las que incluyen: alimentarse por sí mismo, bañarse, vestirse y ser capaz de usar el baño.
- Realizar actividades instrumentales de la vida diaria: comprar su comida, pre-

parar sus alimentos, manejar sus finanzas, lavar su ropa, realizar actividades domésticas y ser capaces de utilizar el transporte público. Una proporción sustancial de los pacientes ancianos con fracturas de cadera no recuperan su capacidad para realizar sus actividades básicas o instrumentales de la vida diaria: - 33-40% de los pacientes recuperan su capacidad previa para realizar sus actividades básicas de la vida diaria, pero sólo un 14-21% recupera su capacidad para realizar las actividades instrumentales básicas de la vida diaria. La mayoría de las recuperaciones ocurren dentro de los primeros seis meses luego de ocurrida la fractura. (Muñoz, y otros, 2008)

Para la Rehabilitación para pacientes hospitalizados deben considerarse según el estudio publicado por Izaguirre y otros (2018):

- Medidas de reorientación aún en el hospital proporcionadas por las enfermeras.
- Programa de terapia ocupacional intensiva dirigido por terapeutas ocupacionales.
- Terapia cognitivo-conductual aplicada por un psicólogo asistente.
- Entrenamiento con banda sin fin con cambios en ritmo y dirección.
- Implementación de la educación sobre las barreras del medio ambiente y obstáculos para mejorar la calidad de vida.
- Comportamiento físico y funcional durante los primeros días del postoperatorio con atención geriátrica integral.

La rehabilitación por personal de la salud capacitado especializado en terapia física de manera inmediata, mediata y tardía repercute favorablemente en la mortalidad de los pacientes, su actividad física, la capacidad funcional y de independencia. Además de los terapeutas físicos se requieren terapeutas ocupacionales, nutriólogos y trabajadores sociales. (Izaguirre, y otros, 2018)

Un centro de rehabilitación especializado en terapia física ofrece mejores resultados que un centro de rehabilitación especializado en geriatría y que a su vez ambos centros ofrecen mejores resultados que el tratamiento convencional enseñado. La explicación de este fenómeno puede deberse a la terapia física efectiva y al tratamiento eficiente de las comorbilidades en el período postoperatorio. (Izaguirre, y otros, 2018) En el análisis por subgrupos de fractura parece que los pacientes con fracturas del cuello femoral se benefician más que aquéllos con fracturas pertrocantéricas. Este fenómeno puede atribuirse a que el tratamiento rehabilitatorio con hemiprótisis es más fácil en el estado postoperatorio que el tratamiento rehabilitatorio en pacientes con osteosíntesis. (Izaguirre, y otros, 2018)

Se observó en general que el tratamiento terapéutico rehabilitatorio especializado requiere mayor gasto humano, social y económico, así como más días de internamiento. La aplicación de este fenómeno puede resultar difícil en países en vías de desarrollo. Los diferentes protocolos de terapia requerían al menos dos o tres visitas por semana del personal capacitado los tres primeros meses y después una visita que pudiera ser en el domicilio o en el hospital. Los resultados a largo plazo de la terapia física especializada parecen ser cruciales en los primeros meses y no tan importantes después de cuatro meses. (Izaguirre, y otros, 2018)

### Cuidados postoperatorios

Inmediatamente después de la operación, el paciente será trasladado a la unidad de Reanimación, y más tarde a la planta de hospitalización. En ambas unidades le serán administrados los medicamentos y cuidados necesarios para asegurar su estabilidad. Para ello se deberá:

- Confirmar la identidad del paciente en ambas unidades en el momento de su recepción, a la vez que se comprueba

la existencia de drenajes y su funcionamiento correcto.

- Consultar en la historia clínica el tipo de intervención realizada, la pauta de medicación a administrar y el tratamiento a seguir para evitar complicaciones como la aparición de úlceras por presión, tromboembolismo o infecciones urinarias.
- Realizar una evaluación psicológica del paciente, informando siempre acerca de los cuidados que se van a proporcionar y despejando cualquier duda que pueda presentar, a fin de reducir los niveles de ansiedad.
- Realizar un control del nivel de conciencia ya que un 42% de pacientes ancianos desarrollan un síndrome confusional, causado por los medicamentos anestésicos, el dolor, y las alteraciones en la oxigenación. La prevención resulta muy importante, ya que su aparición contribuye a una mayor estancia hospitalaria, mayor riesgo de ingreso en una residencia para ancianos, e incluso muerte.
- Es importante monitorizar la saturación de oxígeno, así como administrar oxígeno suplementario durante al menos 6 horas tras la anestesia, ya que se produce una disminución en la movilidad de la caja torácica que puede provocar una menor movilización de mucosidad bronquial y la aparición de secreciones, dificultando la oxigenación. Se recomienda además administrar oxígeno por las noches durante las primeras 48 horas del postoperatorio, así como cuando la saturación no sea satisfactoria.
- Se monitorizará la temperatura, presión arterial y frecuencia cardíaca, ya que al tratarse de pacientes mayores la capacidad de recuperación cardiovascular se encuentra disminuida y resulta más fácil que se produzca una hipotermia e incluso una descompensación. Es importante continuar con el tratamiento antitrombótico iniciado en el preoperatorio hasta que el paciente recupere la capacidad de deambulación. (Murillo Aira, 2020)
- Como en cualquier intervención quirúrgica

gica, el control del dolor es una de las principales ocupaciones de la enfermería, ya que un buen tratamiento del dolor contribuye a un proceso de recuperación óptimo. Se seguirá la pauta analgésica especificada por el personal médico al cargo del paciente, observando cualquier signo de dolor por parte de este, por si fuera necesario ajustar la dosis o modificar el tratamiento, y registrando tanto su localización como su intensidad. Se indicarán al paciente posturas antiálgicas o medidas no farmacológicas para controlar el dolor, como el masaje de la zona afectada.

- Se administrará una nutrición apoyada por suplementos orales de energía, proteína, grasas, carbohidratos, calcio y vitamina D, ya que dicha alimentación mantenida a lo largo de 3 meses produce un efecto positivo, favoreciendo la movilidad, cognición y calidad de vida, así como reduciendo la duración de su estancia en el hospital, readmisiones, complicaciones, y mortalidad de 1 a 5 años.
- Durante las primeras 24-48 horas después de la cirugía no se levantará el apósito a no ser que esté sucio. Cuando se realice la cura de la herida quirúrgica, se comprobará la presencia de cualquier signo de infección o sangrado.
- Valorar la fijación de los drenajes y catéteres, así como su permeabilidad.
- La deambulación precoz y progresiva con asistencia durante las primeras 24-48 horas favorece la recuperación de la movilidad, además de disminuir la aparición de trombosis y de estreñimiento y aumentar la confianza del paciente.
- Es importante vigilar la eliminación intestinal y urinaria para evitar episodios de estreñimiento o retención. Se recomienda realizar el sondaje vesical intermitente en caso de ser necesario, ya que favorece la diuresis espontánea, en contraste con el sondaje permanente.
- Para evitar la aparición de úlceras por presión se realizará una vigilancia de

la coloración de la piel y las mucosas apoyándose en la escala de Braden, y prestando atención a la aparición de zonas enrojecidas. Se realizarán también cambios posturales programados para aliviar la presión en las zonas con prominencias óseas, que son las más propensas a desarrollar una úlcera.

- Es necesario conocer la situación socioeconómica del paciente. Para ello se realizará una valoración de su entorno mediante una entrevista, para averiguar si necesita asistencia domiciliaria o económica. Se podrá facilitar el contacto con el personal de trabajo social para resolver cualquier tipo de duda que pueda presentar.
- Antes del alta domiciliaria se comprobará el grado de recuperación en la realización de las actividades básicas de la vida diaria, usando para ello el índice de Barthel. Domicilio/vida diaria
- Tras el alta domiciliaria, se realizará un seguimiento mediante una llamada telefónica a las 24 horas por su enfermera de atención primaria. Se planificará a su vez una visita domiciliaria en la que se valorará el síndrome post-caída, la existencia de riesgo social, la existencia de barreras arquitectónicas y necesidad de adaptaciones, uso de dispositivos de apoyo, estado de la herida quirúrgica y cumplimiento del régimen terapéutico.
- Es importante también recordar al cuidador principal y al paciente las medidas a seguir para evitar errores en la medicación, la importancia de los cuidados a realizar, los ejercicios físicos necesarios para recuperar la movilidad o los recursos sociales a su disposición.

En el momento en el que comience a utilizar muletas o andador, deberá dar pasos cortos, avanzando siempre primero con la pierna operada. En el caso de las escaleras, avanzará con la pierna sana primero como punto de apoyo al subir, seguida de la pierna operada y las muletas, y bajará apoyándose primero en las muletas, para

luego avanzar con la pierna operada y la sana, en ese orden. Revisiones A los 10-14 días es recomendable realizar una revisión con el traumatólogo para poder evaluar la evolución del paciente, centrándose en el dolor, tratamiento antitrombótico, capacidad de desplazamiento y movilidad, estado de la herida, y cualquier tipo de incidencia desde el alta (Murillo Aira, 2020)

La literatura actual sostiene que las diferencias en las capacidades de la vida diaria e independencia de los pacientes que sobreviven el tratamiento de una fractura de cadera, tienden a ser similares, independientemente del programa de rehabilitación que se tenga. La modificación de las barreras físicas de la vivienda de los pacientes favorece la disminución de las caídas después de la cirugía. Además, la identificación de esta condición como síndrome geriátrico permite alertarnos de la necesidad de mejorar la atención médica de este grupo de pacientes. Por mecanismos que se desconocen, la actividad física mejora la sobrevivencia de los pacientes y por razones obvias mejoran la fuerza, la capacidad de función y la independencia. (Izaguirre, y otros, 2018)

La administración de hierro sacarosa intravenoso en pacientes diagnosticados de fractura de cadera antes de ser operados podría ser una medida efectiva de ahorro de sangre en esta cirugía traumática. Además, su utilización ha sido segura, sin presentar ningún efecto secundario. (Blanco Rubio, y otros, 2013)

La valoración de la situación mental, física y social previas a la fractura debe ser la base de un plan de tratamiento individualizado por ser claramente determinante de pronóstico. Los equipos multidisciplinares con seguimiento médico continuado simultáneo al quirúrgico son importantes para prevenir y tratar precozmente las frecuentes complicaciones perioperatorias. La administración de ferroterapia intravenosa y la prescripción de suplementos de nutrición pueden mejo-

rar la recuperación física a medio plazo del paciente intervenido fractura de cadera. (Pareja Sierra, y otros, 2017)

El estado de salud previo de las poblaciones es un factor que va a determinar la evolución de una serie de eventos posibles tras una fractura de cadera. Diversos autores apoyan que el tratamiento precoz se asocia a una disminución de la mortalidad a corto y mediano plazo. Respecto a la hemoglobina como factor pronóstico se evidencia una alta asociación con respecto a un grado funcional desfavorable, coincide con otras series publicadas en las que una anemia severa es un factor asociado a disminución de independencia y con un aumento de mortalidad. Los factores pronóstico relacionados con la mortalidad postoperatoria descritos en la literatura son: la edad avanzada, el sexo masculino, un ASA III y IV, tener 3 o más comorbilidades asociadas al ingreso, la demencia, las complicaciones postoperatorias cardiocirculatorias y respiratorias, y vivir en una residencia o asilo. (Vento Benel, Salinas Salas, & De la Cruz Vargas, 2019)

La presencia de ciertas enfermedades coexistentes constituyen un factor de mal pronóstico en la evolución de los pacientes operados de fractura de cadera, tanto a lo que se refiere a mortalidad como al tiempo de estancia pre y postoperatoria. En ésta serie la presencia de hipertensión arterial, cardiopatía isquémica, diabetes mellitus y EPOC constituyeron factores pronósticos de muerte con valores significativos. Algunos autores coinciden que el estado general previo de los pacientes con fractura de cadera, es el principal factor de riesgo para la mortalidad y muestran que la diferencia entre no padecer ninguna o padecer una enfermedad multiplica el riesgo casi cuatro veces (RR= 3,42) y padecer cuatro multiplica casi por diez la probabilidad de morir (RR= 9,63). (García Raga, Martínez Bazán, González Pardo, & Rodríguez Suárez, 2011)

Se trata de implementar medidas pertinentes para disminuir el índice de complicaciones postoperatorias en la medida de lo posible para disminuir estos costos y evitar la morbimortalidad de los pacientes y con ello poder reintegrarlos a su nivel de movilidad previo, que en muchos casos sólo se logra en 50% de ellos. Entre más tiempo se lleve de espera para realizar la cirugía, serán más frecuentes las complicaciones. Se considera de gran importancia lograr la educación en salud una cultura preventiva y aplicar un enfoque más educativo hacia la gerontología y sus derivados para que incidan positivamente y establecer guías de manejo a todos los niveles con el fin de evitar las enfermedades crónico-degenerativas que nos aquejan. (Charles-Lozoya, Treviño-Pérez, & Rangel-Flores, 2013)

## Conclusiones

La cirugía temprana en pacientes con fractura de cadera antes de las 24 horas constituye un elemento de gran importancia para evitar complicaciones post quirúrgicas en los pacientes. Queda claro que la evaluación multidisciplinaria de los antecedentes patológicos del paciente es fundamental, pues los riesgos posteriores a la intervención quirúrgica aumentan el índice de mortalidad en los pacientes, sin que ello indique el fracaso de la intervención misma.

La complejidad de cuidados necesarios para las fracturas de cadera convierte a esta condición en una verdadera prueba y marcador de utilidad de integración y efectividad de los cuidados de salud modernos. (Muñoz, y otros, 2008)

La rehabilitación y cuidados especializados no deben dejarse a un lado si se quiere lograr una recuperación exitosa luego de la cirugía por una fractura de cadera, esto independientemente de la edad del paciente. Las evidencias de recuperación no solo deben concentrarse en el seguimiento de la clínica del paciente, sino que el factor psi-

cológico es vital, considerando que se busca la recuperación plena de movilidad pero es imperioso el manejo de la conciencia del entorno familiar pues los costos económicos y emocionales suelen ser elevados.

## Bibliografía

- Álvarez López, A., Montánchez, D., García, Y., Arias, Y., & Ruíz, A. (2013). Comportamiento de pacientes con fractura de cadera en el año 2011. *Archivo Médico Camagüey*, 17(1), 19-30.
- Blanco Rubio, N., Llorens Eizaguerri, M., Seral García, B., Burillo Fuertes, P., Ranera García, M., & Albareda Albareda, J. (2013). Hierro intravenoso preoperatorio como estrategia de ahorro de sangre en cirugía de fractura de cadera. *Medicina Clínica*, 371-375.
- Charles-Lozoya, S., Treviño-Pérez, J., & Rangel-Flores, J. (2013). Aspectos clínico-epidemiológicos y terapéuticos en los pacientes con fractura de cadera. *Acta Ortopédica Mexicana*, 27(6), 375-379.
- Gallardo, P., & Clavel, O. (2020). FRACTURA DE CADERA Y GERIATRÍA, UNA UNIÓN NECESARIA. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 31(1), 42-49.
- García Raga, S., Martínez Bazán, Y., González Pardo, S., & Rodríguez Suárez, C. M. (2011). Factores pronósticos de muerte en pacientes operados de fractura de cadera. *Revista Cubana de Anestesiología y Reanimación*, 10(3), 213-222.
- Izaguirre, A., Delgado, I., Mateo, C., Sánchez, H., Sánchez, W., & Luque, A. (2018). Rehabilitación de las fracturas de cadera. Revisión sistemática. *Acta Ortopédica Mexicana*, 32(1), 28-35.
- Muñoz, S., Lavanderos, J., Vilchez, L., Delgado, M., Cárcamo, K., & Passalacqua, S. G. (2008). Fractura de cadera. *Cuadernos de Cirugía*, 22(1), 73-81.
- Murillo Aira, A. (2020). Cuidados de enfermería pre y postoperatorios en pacientes ancianos con fractura de cadera: revisión bibliográfica. Universidad Da Coruña, Escuela Universitaria de Enfermería. Galicia: Xunta de Galicia.
- Pareja Sierra, T., Bartolomé Martín, I., Rodríguez Solís, J., Bárcena Goitia, L., Torralba González de Suso, M., Morales Sanz, M., & Hornillos Calvo, M. (2017). Factores determinantes de estancia hospitalaria, mortalidad y evolución funcional tras cirugía por fractura de cadera en el anciano. *Revista Española de Cirugía Ortopédica y Traumatología*, 427-435.
- Parraguez Carrasco, M., Chunga Chinguel, G., Flores Cubas, M., & Romero Cieza, R. (2017). El es-

tudio y la investigación documental: estrategias metodológicas y herramientas TIC. (G. R. Chunga Chinguel, Ed.) Chiclayo: EMDECOSEGE S.A.

Valles Figueroa, J., Malacara, M., Mont, G., Suárez, C., & Cárdena, J. (2010). Tratamiento quirúrgico de las fracturas de cadera. *Acta Ortopédica Mexicana*, 24(4), 242-247.

Vento Benel, R. F., Salinas Salas, C., & De la Cruz Vargas, J. (2019). Factores pronósticos asociados a mala evolución en pacientes operados de fractura de cadera mayores de 65 años. *Revista de la Facultad de Medicina Humana*, 19(4), 84-94.

Zamora, T., Klaber, I., Bengoa, F., Botello, E., Schweitzer, D., & Amenábar, P. (febrero de 2019). Controversias en el manejo de la fractura de cadera en el adulto mayor. Encuesta nacional a Traumatólogos especialistas en cirugía de cadera. *Revista médica de Chile*, 147(2), 199-205.

#### CITAR ESTE ARTICULO:

Calderón Ponce, J. F., Mariño Jara, L. P., Díaz Bravo, W. J., & Miranda Fernández, E. A. (2021). Cuidados postoperatorios a pacientes sometidos a cirugía por una fractura de cadera. *RECIMUNDO*, 5(4), 265-276. [https://doi.org/10.26820/recimundo/5.\(4\).oct.2021.265-276](https://doi.org/10.26820/recimundo/5.(4).oct.2021.265-276)

