



UTMACH

FACULTAD DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA SALUD

CARRERA DE CIENCIAS MÉDICAS

MANEJO DE FRACTURA DE CUELLO DE FÉMUR EN ADULTO MAYOR

ZAMBRANO CABRERA DAYAN LEINER
MÉDICO

MACHALA
2022



UTMACH

FACULTAD DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA SALUD

CARRERA DE CIENCIAS MÉDICAS

MANEJO DE FRACTURA DE CUELLO DE FÉMUR EN ADULTO
MAYOR

ZAMBRANO CABRERA DAYAN LEINER
MÉDICO

MACHALA
2022



UTMACH

FACULTAD DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA SALUD

CARRERA DE CIENCIAS MÉDICAS

EXAMEN COMPLEXIVO

MANEJO DE FRACTURA DE CUELLO DE FÉMUR EN ADULTO MAYOR

ZAMBRANO CABRERA DAYAN LEINER
MÉDICO

JARA GUERRERO EDMO RAMIRO

MACHALA, 27 DE OCTUBRE DE 2022

MACHALA
27 de octubre de 2022

Manejo de fractura de cuello de fémur en adulto mayor

por Dayan Leiner Zambrano Cabrera

Fecha de entrega: 17-oct-2022 10:52p.m. (UTC-0500)

Identificador de la entrega: 1928386972

Nombre del archivo: ZAMBRANO_DAYAN_TURNITIN.docx (1.25M)

Total de palabras: 3371

Total de caracteres: 18550

CLÁUSULA DE CESIÓN DE DERECHO DE PUBLICACIÓN EN EL REPOSITORIO DIGITAL INSTITUCIONAL

El que suscribe, ZAMBRANO CABRERA DAYAN LEINER, en calidad de autor del siguiente trabajo escrito titulado MANEJO DE FRACTURA DE CUELLO DE FÉMUR EN ADULTO MAYOR, otorga a la Universidad Técnica de Machala, de forma gratuita y no exclusiva, los derechos de reproducción, distribución y comunicación pública de la obra, que constituye un trabajo de autoría propia, sobre la cual tiene potestad para otorgar los derechos contenidos en esta licencia.

El autor declara que el contenido que se publicará es de carácter académico y se enmarca en las disposiciones definidas por la Universidad Técnica de Machala.

Se autoriza a transformar la obra, únicamente cuando sea necesario, y a realizar las adaptaciones pertinentes para permitir su preservación, distribución y publicación en el Repositorio Digital Institucional de la Universidad Técnica de Machala.

El autor como garante de la autoría de la obra y en relación a la misma, declara que la universidad se encuentra libre de todo tipo de responsabilidad sobre el contenido de la obra y que asume la responsabilidad frente a cualquier reclamo o demanda por parte de terceros de manera exclusiva.

Aceptando esta licencia, se cede a la Universidad Técnica de Machala el derecho exclusivo de archivar, reproducir, convertir, comunicar y/o distribuir la obra mundialmente en formato electrónico y digital a través de su Repositorio Digital Institucional, siempre y cuando no se lo haga para obtener beneficio económico.

Machala, 27 de octubre de 2022



ZAMBRANO CABRERA DAYAN LEINER
1900484708

RESUMEN

En la población geriátrica es recurrente las fracturas de cuello de fémur debido a la fragilidad de los huesos que predisponen a estas lesiones y también forman parte de las causas de muerte accidental más frecuentes, el manejo del dolor en este grupo etario es un reto que indisponen a la movilidad del paciente, manteniendo encamado la mayor parte del tiempo, la analgesia es a base de opiáceos que mantienen sedados hasta la recuperación total, es común observar que desarrollen déficit cognitivo, motilidad y prolongue su estadía en los hospitales. **Objetivo:** Determinar el manejo de las fracturas de cuello de fémur en la población geriátrica mediante evidencia científica. **Materiales y métodos:** El siguiente trabajo es un estudio descriptivo, retrospectivo donde se realizó la búsqueda de 20 artículos científicos en las páginas de revistas científicas como Pubmed, Medscape, Google Academic, Redalyc y Elsevier, aportando como base de información importante en el análisis de los tratamientos. **Conclusión:** El manejo adecuado de la fractura de cuello de fémur se realiza desde la atención primaria, aunque sigue siendo un gran desafío el manejo orto geriátrico es interdisciplinario para evitar prolongar las estancias hospitalarias del adulto mayor.

Palabras claves: fractura de cadera, adulto mayor, ortogeriatría, caídas.

ABSTRACT

Femoral neck fractures are recurrent in the geriatric population due to the fragility of the bones that predispose to these injuries and are also part of the most frequent causes of accidental death, pain management in this age group is a challenge that indisposes to the mobility of the patient, keeping them bedridden most of the time, the analgesia is based on opiates that maintain sedation until full recovery, it is common to observe that they develop cognitive deficit, motility and prolong their stay in hospitals. **Objective:** To determine the management of femoral neck fractures in the geriatric population through scientific evidence. **Materials and methods:** The following work is a descriptive, retrospective study where the search of 20 scientific articles was carried out in the pages of scientific journals such as Pubmed, Medscape, Google Academic, Redalyc and Elsevier, contributing as a base of important information in the analysis of the treatments. **Conclusion:** The proper management of the femoral neck fracture is carried out from primary care, although it remains a great challenge ortho geriatric management is interdisciplinary to avoid prolonging hospital stays in the elderly.

Keywords: hip fracture, older adult, ortho geriatrics, falls.

ÍNDICE

Introducción. 9

Desarrollo. 10

Epidemiología de las fracturas de cadera en geriatría. 10

Fisiopatología. 11

- **Cambios musculares y esqueléticos.** 12
- **Dinapenia.** 12
- **Sarcopenia.** 13
- **Sistema nervioso central y sensoriales.** 13

Manejo de las fracturas de cuello de fémur. 16

Rehabilitación y cuidados generales en adultos mayores. 19

Conclusión. 21

Bibliografía. 22

Índice de Ilustración.

Ilustración 1 Anatomía de cuello de fémur. 11

Ilustración 2. Clasificación Garden en desplazamiento cuello de fémur. 15

Ilustración 3 Clasificación fractura cuello de fémur. 16

Ilustración 4 Esquema diagnóstico fractura de cadera. 18

Índice de tablas.

Tabla 1. Cambios en el sistema visual, vestibular y propioceptivo. 13

Tabla 2 rehabilitación pacientes hospitalizados y ambulatorios. 19

INTRODUCCIÓN

En la población global, existe el incremento constante de pacientes con fracturas de cuello de fémur sobre todo en el grupo etario, debido al envejecimiento progresivo que hoy en día sucede, sin embargo, los actuales controles de las enfermedades crónicas han permitido que aumente la esperanza de vida, manteniéndose vivos incluso hasta los 100 años de edad, esto no quita que las enfermedades puedan ocasionar lesiones graves e irreversibles en el ser humano. ¹

Según los datos estadísticos en las Naciones Unidas mencionan que para el 2050 se duplicará la cantidad de personas con edades mayores a 65 años, por ende, la población aumenta y consigo las morbilidades, una de ellas las fracturas de cuello de fémur, en las últimas décadas se manejaron con mayor control las enfermedades crónicas para prevenir muertes prematuras, aunque sigue siendo un desafío evitar las morbilidades. ¹

La cirugía de cadera son las intervenciones más importantes del esqueleto humano porque contienen estructuras con grandes vascularizaciones, en Latinoamérica ocupan una incidencia de 360 pacientes por cada 100000 habitantes, es el caso en Argentina que la incidencia total de pacientes mayores de 50 años de edad ocupan la tasa de fracturas de cadera entre 167 a 362 por cada 100000 habitantes, dejando como un promedio de 488 personas por cada 100000 habitantes. ²

En Ecuador la población va incrementando cada año y también se proyecta para el 2050 el aumento del 21%, las fracturas de cadera tienen complicaciones que están asociadas a la muerte, un aproximado de 1669800 de la población ecuatoriana tiene mayor de 60 años de edad que representan el 10.2% de la población total del país, existe una incidencia de fracturas de cadera de 123 por cada 100000 habitantes por cada año, en las mujeres hay mayores casos reportados en comparación a los hombres, incidencia que va en aumento y en el área urbana existen más casos que el área rural. ³

Por lo tanto, el siguiente trabajo tiene como finalidad el estudio del manejo frente a una fractura de cadera en pacientes adultos mayores, la importancia es para evitar los altos índices de mortalidad causados por estas lesiones, a su vez establecer un manejo preventivo de comorbilidades antes y después de una cirugía de cadera, evitando complicaciones en corto y largo plazo y conocer sobre el metabolismo y la importancia de la vitamina D y la absorción de calcio en los grupos geriátricos para la prevención de fracturas de cadera.

DESARROLLO

Epidemiología de las fracturas de cadera en geriatría

las fracturas de cadera o cuello de fémur es resultados de las caídas que componen unos de los síndromes geriátricos más temidos en el área de la salud, debido al envejecimiento esquelético donde pierde fortaleza y se añaden enfermedades crónicas como la diabetes mellitus, hipertensión arterial, patologías reumáticas e incluso el uso crónico de fármacos, las caídas se convirtieron en la principal causa de las lesiones en los geriátricos, se indica que 1 de cada 3 pacientes geriátricos sufre una caída. ¹

la tasa de mortalidad aumento en los pacientes centenarios, en las fracturas de cadera es del 31% cuando se encuentra hospitalizado durante el primer mes, si su estancia de alarga el porcentaje aumenta hasta un 50%, empeorando en las personas con comorbilidades en comparación aquellas personas que no tienen fracturas, también se indica en las altas hospitalarias que su rehabilitación no será la misma puesto que solo el 50% recuperan su situación física siendo independientes. ¹

Ecuador tiene una población de 16.384.534 habitantes para el año 2016, de lo cual el 10.2% pertenecen al grupo geriátrico, la hospitalización para este año fue de 183.191 pacientes y el 1.12% representan al diagnóstico de fracturas de cadera en mayores de 60 años de edad, la edad media fue de 80 años y más frecuente en las mujeres en comparación a los hombres, la incidencia anual es de 123 casos por 100000 habitantes, también se identificó que el área urbana presentó mayor reporte que la región rural.³

Los factores de riesgo de las caídas son las circunstancias que suceden de forma espontánea en el paciente geriátrico, los principales son: ⁴

1. Riesgo ambiental, iluminación deficiente, superficies irregulares, entorno desconocido.
2. Riesgo entorno asistencial, alturas extremas.
3. Causas propias del geriátrico como es la edad mayor a 65 años, antecedentes de caídas, alteraciones de la conciencia.
4. Antecedentes patológicos como las enfermedades neurológicas, cardíacas, respiratorias, reumatológicas.

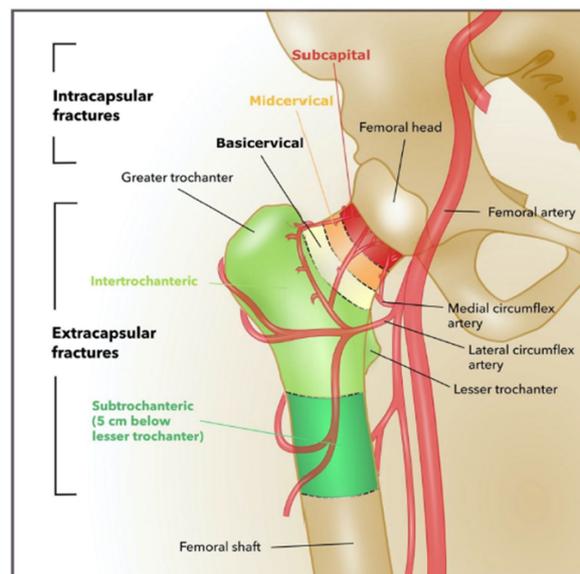
5. Uso de fármacos como son antihipertensivos, antiarrítmicos, diuréticos, vasodilatadores, entre otros fármacos de uso prolongado.
6. Respuesta del paciente como las conductas de riesgo, régimen terapéutico y salud.

El perfil de un paciente con riesgo de caídas puede ser las siguientes:

- Edad mayor a 65 años.
- Déficit sensorial.
- Paciente con movilidad limitada.
- Estado de conciencia mental y cognitivo alterados.
- Incontinencias y dependencia.
- Antecedentes de caídas en el último año.
- Medicamentos con riesgo de debilidad ósea.

Fisiopatología

Ilustración 1 Anatomía de cuello de fémur.



Fuente: Fischer H. Revista Europea de investigación médica 2021.

<https://doi.org/10.1186/s40001-021-00556-0>

La cadera presenta articulación con la cabeza de fémur el cual es una esfera introducido en un área hueca, formando la articulación coxofemoral, esta articulación sólo ocupa el 50% de la superficie de la cabeza del fémur, a su alrededor comprende trabéculas de compresión y tensión, el cual forma el triángulo de Ward, cuando pasan los años esta articulación se va degenerando y las caídas no tendrán el mismo sostén ni soporte, cuando se fractura esta área, su cicatrización será débil porque formará un callo óseo que simula la acción del hueso anterior.⁵

El cambio de vida al envejecimiento es un proceso fisiológico y biológico de cada ser humano que provoca cambios en todos los sistemas como el músculo esquelético, funcional motora, cerebral, circulatorio, cardíaco, nervioso, sensoriales y tegumentario, necesarias para adaptarse a la reestructuración del envejecimiento, todos los cambios sufren consecuencias negativas para el adulto, una de ellas son las caídas que se define como un evento inesperado de emergencia ocasionado en contra de su voluntad con altas tasas de comorbilidades e incluso mortalidad, aparte de la salud pública también son gastos económicos del país por los implementos y personal al cuidado del paciente, apoyo psicológico, social, terapéutica para evitar el deterioro de calidad de vida.⁶

Se debe comprender que las caídas se clasifican en caídas accidentales y caídas con y sin síncope, la diferencia que aclara estos conceptos son los siguiente; las caídas accidentales ocurren el 37% de los casos y sin prevenibles, las caídas sin síncope ocurre el 25% de los casos y se debe considerar patologías de causa como la hipotensión ortostática y las caídas con síncope que ocurren el 50% de los casos y son de origen cardiovascular.⁴

- **Cambios musculares y esqueléticos.**

El órgano muscular y esquelético ocupa el 40% del peso corporal total, es el soporte para las funciones motoras y de coordinación de la vida cotidiana, la fuerza y la masa disminuye con el pasar del tiempo.⁶

La menor capacidad oxidativa disminuye la captación de nutrientes que van a los músculos periféricos del cuerpo, generando fatiga constante en mínimos movimientos, en la parte neurofisiológica hay disminución de la excitabilidad cortical y espinal, el tejido conectivo se deteriora con el envejecimiento por su capacidad elástica por la pérdida de colágeno.⁶

- **Dinapenia**

Es la pérdida de fuerza y potencia muscular asociado a la edad del paciente, todo paciente con dinapenia aumenta el riesgo de discapacidad física y muerte del adulto mayor, disminuyendo el rendimiento de fuerza muscular, este proceso puede iniciar desde los 40 años de edad, más en las mujeres que en los hombres, acentuando la fuerza en los extensores de rodilla y tobillo, en las fibras musculares se ocasiona los primeros cambios morfológicos, la reducción de proteínas como la tropomiosina y troponina que inducen más riesgo de caídas por falta de equilibrio corporal. ⁶

- Sarcopenia

La sarcopenia es un síndrome geriátrico que pierde masa muscular de forma progresiva vinculado con edad y la discapacidad física y funcional que repercute al pasar los años y deterioro de la calidad de vida, encaminado hacia la muerte por la pérdida de la independencia, esta enfermedad se la reconoce desde el 2016 y cada año existen actualizaciones de los conceptos vinculados con el déficit funcional, existe mayor prevalencia en las mujeres que en los hombres sobre todo por el sistema hormonal que tiende a debilitar algunas funciones en la etapa de la menopausia, una de ellas el déficit de colágeno, calcio y elastina, principales enzimas en los huesos. ⁶

- Sistema nervioso central y sensoriales

El envejecimiento permite que haya un descenso funcional de las estructuras y función de las células, estos cambios se asocian al déficit cognitivo y motor, la disminución en la neurogénesis, proceso observado en el giro dentado y región ventricular, evidentemente también se demostró en otras áreas como el núcleo estriado, corteza cerebral e hipotálamo formando enfermedades neurodegenerativas que complican la postura y equilibrio, la sustancia gris baja su volumen proporcional en el globo pálido y las otras estructuras que poseen sustancia gris, provocan las causas de las caídas por inhibir la función y habilidades motoras. ⁶

Tabla 1. Cambios en el sistema visual, vestibular y propioceptivo.

Sistemas	Cambios
Visual	A partir de los 50 años de edad empeora de forma progresiva, ocasiona hipersensibilidad al contraste de los colores, deslumbramientos, pérdida de la agudeza visual y percepción de profundidad y en la acomodación del cristalino.

Vestibular	Conformado por artículo, sáculo y conductos semicirculares, son los encargados de verificar la posición y movimientos de la cabeza en coordinación con el cuerpo y el espacio.
Propioceptivo	Encargado de la sensación de movimiento o cinestesia, posiciones articulares como el tobillo, rodilla y cadera, fallando en la estabilidad postural con un aumento del riesgo de cadera, hay 3 tipos de propioceptivos, husos musculares, órgano tendinoso de Golgi y mecanorreceptores periféricos.

Fuente: Yeny C. Salud uninorte 2020.

La fractura de cadera según la clasificación de Garden se trata de dividir en cuatro tipos:

Tipo I: fractura incompleta que se puede resolver sin tratamiento.

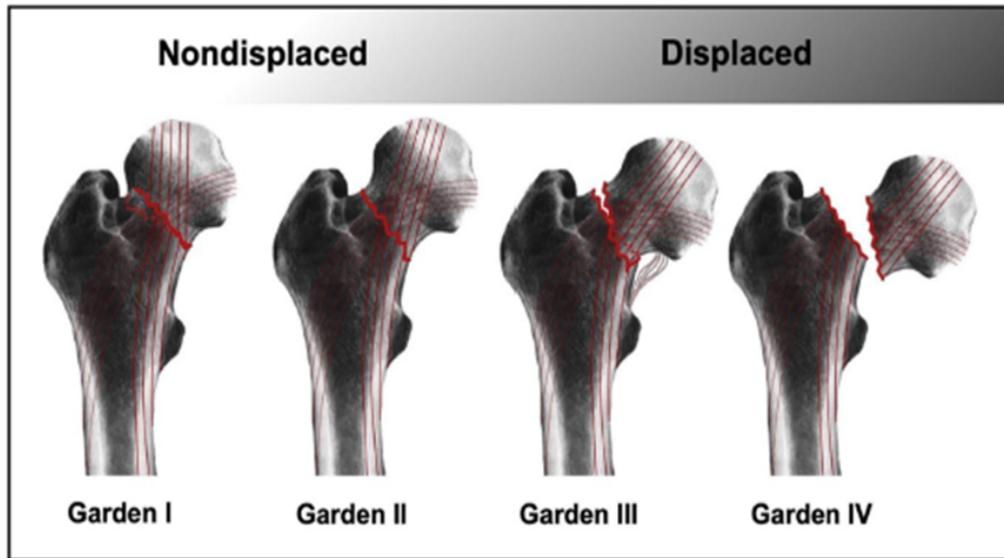
Tipo II: fractura completa sin desplazamiento, la zona cortical hay rotura y puede resolver sin tratamiento.

Tipo III: fractura completa con desplazamiento parcial con irrigación de la cabeza del fémur.

Tipo IV: fractura completa con desplazamiento total e irrigación muy comprometida.

Las fracturas intracapsulares anatómicamente son las producidas en la cabeza y cuello de fémur, la fractura de cuello de fémur es solo cuello de fémur y que subdividen en subcapitales que están por debajo de la cabeza femoral y las fracturas de la base del cuello de fémur están entre la unión de cuello de fémur y trocánterea, las fracturas extracapsulares se originan en la articulación de la cadera, las trocántereas en los trocánteres intertrocántereas, en el trocánter mayor y menor y por último subtrocánterea se producen bajo el trocánter menor y son las causadas por traumas de alta energía.⁷

Ilustración 2. Clasificación Garden en desplazamiento cuello de fémur.

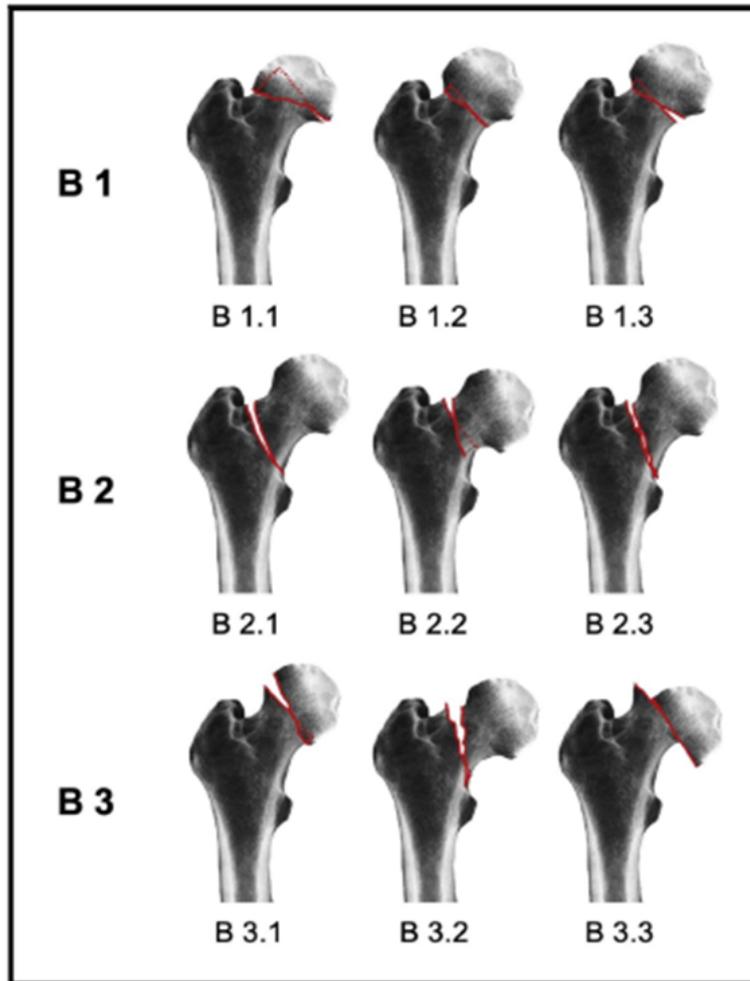


Fuente: Fischer H. Revista Europea de investigación médica 2021.
<https://doi.org/10.1186/s40001-021-00556-0>

Las complicaciones posterior a una cirugía de fractura de cadera son las infecciones de vías urinarias con el 14.19%, infecciones de las vías respiratorias inferior con el 3.23%, infecciones gastrointestinales con el 0.65%, infecciones del tracto respiratorio superior con el 0.32%, infecciones oftalmológicas con el 0.65% y sepsis con el 0.32%, las infecciones del tracto urinario son las más frecuentes debido a la manipulación de colocar la sonda vesical, creando sensibilidad para las bacterias. ⁸

Pacientes que padecen diabetes mellitus el riesgo es mayor de caídas, las causas son por presentar retinopatía diabética que conduce a una reducción de la agudeza visual, ceguera, alteraciones de la marcha y los frecuentes episodios de hipoglucemia, el control glicémico se realiza basados en los niveles de hemoglobina glicosilada, cuando es mayor a 9% aumentan los riesgos de fractura de cadera, un diabético bien controlado no sufre de comorbilidades, al tener la hemoglobina glicosilada menor a 7%. ⁹

Ilustración 3 Clasificación fractura cuello de fémur.



Fuente: Fischer H. Revista Europea de investigación médica 2021.
<https://doi.org/10.1186/s40001-021-00556-0>

Manejo de las fracturas de cuello de fémur

El periodo de atención son tiempos que deben ser manejados con organización, considerando desde la atención pre hospitalaria donde ocurre la situación actual, verificar el estado general de salud, movilizar al vehículo de emergencia o de ser preferible en una ambulancia equipada, administrar analgesia de primer nivel, luego en la emergencia hospitalaria continuar con la perfusión de líquidos y analgesias intravenosos tratados en la sala de ingreso, una vez diagnosticado la fractura de cadera preparar la sala preoperatoria y exámenes de laboratorio, estas instancias el médico de atención primaria debe tratar al paciente según el cuadro clínico evitando comorbilidades, esta es una forma rápida de proceder frente a la fractura de cadera. ¹⁰

El dolor es un síntoma desafiante de controlar en los adultos mayores porque se asocia a menos movilidad de las extremidades, riesgo de morbilidad, sistema inmunológico bajo, postración en cama de tiempo prolongado y trombosis venosa profunda, el Instituto Nacional para la Excelencia en Salud y Atención “NICE” sugiere el uso de analgésicos como el paracetamol y opioides que bloquean las ramas nerviosas, el uso recomendado de opioides puede generar con el tiempo síntomas gastrointestinales como vómitos, estreñimiento o respiratorias como la depresión ventilatoria.¹¹

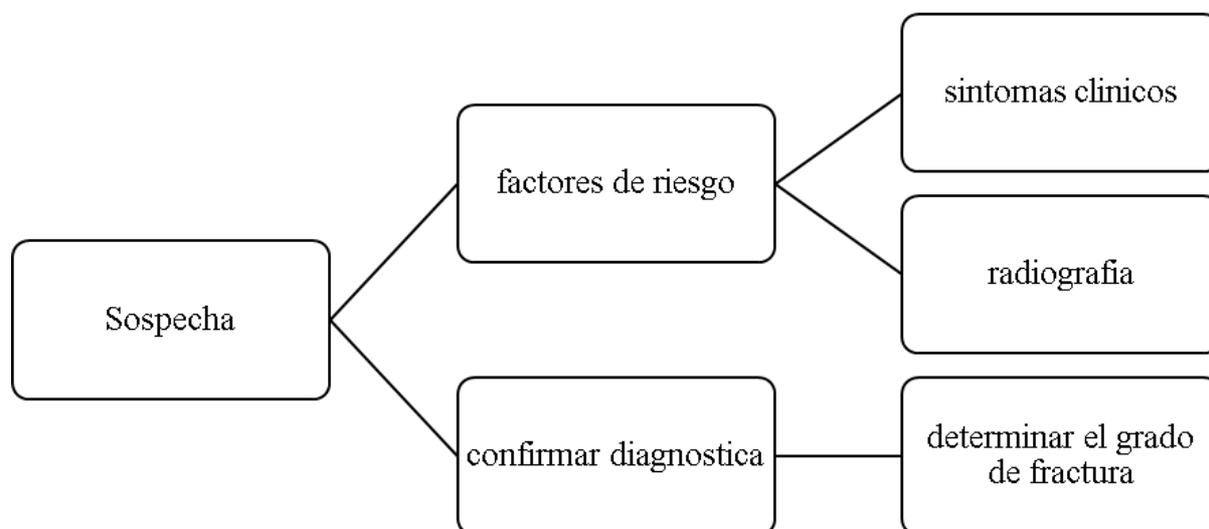
El uso de medicamentos opioides como analgésicos está altamente asociado a una reducción de la mortalidad en pacientes con fracturas de cuello de fémur y de mayor incidencia de hospitalización, en comparación con los analgésicos no opioides que aumentan los riesgos de caídas recurrentes.¹²

Según Andrew D. en el 2021 en su actualización científica indica que el uso de buprenorfina de uso tópico, mejora clínicamente el dolor del paciente con fractura de cuello de fémur, a pesar que no se encuentra establecido en los protocolos de NICE, su uso cada día está siendo más necesario, la buprenorfina es un opioide sintético de los receptores kappa y delta, su uso es variable, intravenosa, sublingual o transdérmica como es el caso de los parches con alta penetración e incluso puede llegar a ser hasta 100 veces más potente que el medicamento morfina.¹¹

Las transfusiones de líquidos intravenoso son esenciales para solventar las pérdidas de volumen las hipovolemias ya que las fracturas de cadera pueden comprometer el epitelio de grandes vasos sanguíneos y se debe realizar los cambios de electrolitos que generan esta lesión, la analgesia debe ser administrada de manera rápida y adecuada, la atención preoperatoria integral y también multidisciplinario, el 50% de los pacientes se complican de forma temprana como el tromboembolismo venoso, úlceras por presión debido al paciente encamado, infecciones recurrentes.¹³

Las intervenciones quirúrgicas de manera inmediata limitan el dolor del paciente y sobre todo la ansiedad generada por el dolor intenso del mismo, cuando existe retrasos en la cirugía de intervención empeora el pronóstico limitando la motilidad y el retorno de la movilidad motora, las tasas de recuperación en atención inmediata son cuatro veces más altas en su rendimiento funcional y mejora la calidad de vida, el tratamiento es confiable en geriátricos, se debe tomar la decisión independientemente la edad del paciente, estos desplazamientos o fracturas pueden convertirse en una discapacidad física y mortalidad por las comorbilidades generadas del mismo.¹³

Ilustración 4 Esquema diagnóstico fractura de cadera.



Fuente: Duran M. Revista Científica De La Investigación Y El Conocimiento 2019. <http://recimundo.com/index.php/es/article/view/498%0Ahttps://www.recimundo.com/index.php/es/article/view/498/645>

Es importante manejar los niveles de calcio y fósforo, electroforesis de proteínas séricas y VCG, la fosfatasa alcalina no debe ser el único examen para corroborar una inflamación, muchas veces la fosfatasa alcalina sería negativa en un paciente con osteoporosis con riesgo a fractura de cuello de fémur por una caída, disminuye la absorción de calcio y se eliminan mediante la orina. ¹⁴

Entre los procedimientos quirúrgicos que se realizan en las fracturas de cuello de fémur son la osteosíntesis con tornillo canulado 4.0, la artroplastia parcial de cadera, artroplastia total de cadera y clavo trochanter fixation nail, el procedimiento que más realizan los traumatólogos es la artroplastia total de cadera, y estos procedimientos son realizados con mayor frecuencia en las mujeres que en los hombres por su debilidad del sistema esquelético y riesgos más frecuentes de caídas. ⁸

El propósito de identificar las fracturas de cuello de fémur es evitar las complicaciones generadas por dicha lesión, el uso de analgésicos evita que se liberen enzimas y hormonas que produce mayor estrés oxidativo, por lo general el procedimiento a realizar es una osteosíntesis o artroplastia, evitando la pseudoartrosis o necrosis cefálica de la cabeza de fémur, este traumatismo puede generar sepsis postoperatoria, en los ancianos la atención es multidisciplinaria debido a las

comorbilidades y el riesgo a descompensación en el quirófano o en la recuperación en el alta médica.¹⁵

Rehabilitación y cuidados generales en adultos mayores

Tabla 2 rehabilitación pacientes hospitalizados y ambulatorios.

Pacientes hospitalizados.	Orientación hospitalaria por enfermería. Terapia ocupacional. Terapia cognitiva y conductual. Entrenamiento con bandas. Educación de barreras de medio ambiente. Comportamiento físico y funcional.
Alta hospitalaria/ambulatoria.	Cuidados iniciales. Intervenciones con componentes educativos y motivacionales. Terapias físicas y funcionales. Programa dietista y nutricional. Tratamientos físicos, geriátricos y convencionales.

Fuente: Izaguirre A. Acta Ortopédica Mexicana 2018.

Los pacientes hospitalizados y de alta hospitalaria deben mantener las terapias y tratamientos físicas y funcionales, porque los resultados a largo plazo benefician el desarrollo motor.¹⁶

Para la recuperación de la independencia de un paciente pos fractura de cadera debe realizar actividades básicas como bañarse, alimentarse, vestirse y hacer uso del baño, también realizar otras actividades diarias como ir de compras en el mercado, manejar su estado financiero, realizar

actividades de la casa como limpiar y lavar la ropa, solo el 40% recuperan estas capacidades dentro de los primeros 6 meses.⁷

El proceso de fractura en cuello de fémur en población mayor a 65 años de edad, el año anterior de la fractura existió una exposición a factores de riesgo, factores protectores, utilización de servicios, luego durante la atención de la fractura existe procedimiento realizado en quirófano, rapidez de la atención y durante la intervención, duración de su estancia hospitalaria y derivación a otros centros, por último el año posterior de la fractura existe mortalidad o supervivencia al mismo, reingresos en caso de recurrencias, cambios en la prescripción para regularizar los analgésicos y la utilización de otros servicios como los terapéuticos físicos y psicológicos.¹⁷

La posición de un paciente con fractura de cadera es extendida e implementando tracción con el uso de la mesa sostenida o una mesa común en el área de emergencia, otra recomendación es colocar al paciente en posición decúbito dorsal donde eleve el glúteo, colocar las extremidades inferiores libres para la acomodación del peso de la tracción, la mesa de tracción tiene la ventaja de controlar y reducir la fractura antes de ser operado en el área de quirófano, y permite visualizar el eje extendido en el plano inferior, de ser necesario se puede utilizar la piñerita obstétrica para suspender la extremidad afectada., valorar el cuello, cabeza y diáfisis femoral.¹⁸

La ayuda familiar interviene favorablemente disminuyendo la hospitalización frecuente de pacientes ancianos, el cuidado debe ser con un familiar pendiente del aseo y la movilidad de rutina, el nivel de atención no debe ser limitado.¹⁹

Constantemente se debe evaluar el estado nutricional, mediante los parámetros Mini Nutritional Assessment permite analizar al paciente geriátrico si estado de salud respecto a la alimentación, donde según los ítems la valoración de 24-30 puntos gozan de buen estado nutricional, de 17-23.5 se encuentra en riesgo de desnutrición y menos de 17 puntos son desnutridos.²⁰

CONCLUSIÓN

El manejo adecuado de la fractura de cuello de fémur se realiza desde la atención primaria, aunque sigue siendo un gran desafío el manejo orto geriátrico es interdisciplinario para evitar prolongar las estancias hospitalarias del adulto mayor.

También se debe conocer las comorbilidades de un paciente adulto mayor, ya que no es lo mismo los tratamientos o cuidados de un paciente anciano con diabetes, artrosis y otras patologías que un anciano sin enfermedades, se añade también al tipo de caídas que haya presentado y provocado la fractura.

A nivel hospitalario se debe realizar los exámenes complementarios como son exámenes de sangre y de imagen, radiografía como primera línea, los tratamientos analgésicos con opiáceos y relajantes.

BIBLIOGRAFÍA.

1. Ayala Guilcapi I, Tituaña Vega KA, Tituaña Vega AP. Fractura de cadera y artroplastia en adulta mayor centenaria. Reporte de caso y revisión de literatura. ARS MEDICA Rev Ciencias Médicas [Internet]. 2020;45(4):24–8. Available from: <http://arsmedica.cl>
2. Sánchez Delgado JA, Pérez Almoza G, Sánchez Lara NE. Comportamiento epidemiológico de la fractura de cadera TT - Epidemiological Behavior of Hip Fracture. Rev Cuba ortop traumatol [Internet]. 2021;35(1):e380–e380. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-215X2021000100008%0Ahttp://www.revortopedia.sld.cu/index.php/revortopedia/article/view/380/245
3. López Gavilánez E, Chedraui P, Guerrero Franco K, Marriott Blum D, Palacio Riofrío J, Segale Bajaña A, et al. Fracturas osteoporóticas de cadera en adultos mayores en Ecuador 2016. Rev Osteoporos y Metab Miner [Internet]. 2018;10(2):63–70. Available from: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1889-836X2018000200002&lng=es&nrm=iso&tlng=es%0Ahttps://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1889-836X2018000200002&lng=es&nrm=iso&tlng=es
4. Cano C, Gil D, Aranega O, Llahi N. Enfermería de Reumatología , prevención de caídas y recomendaciones en pacientes con osteoporosis. Dialnet Rev Soc Val Reuma [Internet]. 2019;8(1):26–8. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/6886514.pdf>
5. Fischer H, Maleitzke T, Eder C, Ahmad S, Stöckle U, Braun KF. Management of proximal femur fractures in the elderly: current concepts and treatment options. Eur J Med Res [Internet]. 2021;26(1):1–15. Available from: <https://doi.org/10.1186/s40001-021-00556-0>
6. Cisternas YC, Vitoria RV, Celis-Morales C. Cambios morfofisiológicos y riesgo de caídas en el adulto mayor. Salud Uninorte [Internet]. 2020;36(2):450–71. Available from:

<https://bd.univalle.edu.co/scholarly-journals/cambios-morfofisiológicos-y-riesgo-de-caídas-en/docview/2483978460/se-2?accountid=174776>

7. Fernando J, Ponce C, Pamela L, Jara M, Jonathan W, Bravo D, et al. 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 fractura da anca. RECIMUNDO [Internet]. 2021;(4):265–76. Available from: <https://orcid.org/0000-0002-6029-7681>
8. Pillajo B, Lema A, Suárez R, Sánchez P. Principales técnicas quirúrgicas y complicaciones infecciosas en adultos mayores con fractura de cuello de fémur. Rev Médica Científica Cambios [Internet]. 2020;19(2):44–8. Available from: <https://doi.org/10.36015/cambios.v19.n2.2020.665>
9. Formiga F, Freitez Ferreira MD, Montero A. Diabetes mellitus and risk of hip fracture. A systematic review. Rev Esp Geriatr Gerontol [Internet]. 2020;55(1):34–41. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.regg.2019.08.009>
10. Davies A, Tilston T, Walsh K, Kelly M. Is There a Role for Early Palliative Intervention in Frail Older Patients With a Neck of Femur Fracture? Geriatr Orthop Surg Rehabil [Internet]. 2018;9(1):1-6. Available from: journals.sagepub.com/home/gos Abstract. Doi: 10.1177/2151459318782232. PMID: 30013810; PMCID: PMC6042004.
11. Davies A, Murray J, Zalmay P, Ross E, Dar S, Wilson H. Transdermal Buprenorphine for Pain Management Following a Neck of Femur Fracture. Geriatr Orthop Surg Rehabil [Internet]. 2022;13:1–5. Available from: [sagepub.com/journals-permissions](https://journals-permissions.sagepub.com) DOI:
12. Z ARPPT. Pain Treatments after Hip Fracture among Older Nursing Home Residents. Physiol Behav [Internet]. 2018;176(1):174–6. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29287695/>
13. Sekeitto AR, Sikhauli N, van der Jagt DR, Mokete L, Pietrzak JRT. The management of displaced femoral neck fractures: a narrative review. EFORT Open Rev [Internet]. 2021;6(2):139–44. Available from: www.efortopenreviews.org

14. Duran Paulina, Toro Hernan, Calderon Mónica MD. Vista de Tratamiento de luxación en pacientes con problemas óseos. *Rev Cient La Investig Y El Conoc* [Internet]. 2019;3(2):34. Available from: <http://recimundo.com/index.php/es/article/view/498><https://www.recimundo.com/index.php/es/article/view/498/645>
15. David D, Pharma D, Andrew R. Age, Sex, and Dose Effects of Non-benzodiazepine Hypnotics on Hip Fracture in Nursing Home Residents. *Physiol Behav* [Internet]. 2018;176(1):328–32. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29126858/>
16. Izaguirre A, Delgado I, -Troncoso M, Hr SN, Sánchez-Márquez, Luque-Ramos. Rehabilitación de las fracturas de cadera. Revisión sistemática. *Acta Ortopédica Mex* [Internet]. 2018;32(1):28. Available from: www.medigraphic.org.mx<http://www.medigraphic.com/actaortopedica>
17. Tebé C, Espallargues M, Pons J, Cancio JM CM et al. La fractura de cuello femoral: evaluación del proceso de atención hospitalario. Barcelona Ministerio Sanidad, Serv Soc e Igualdad [Internet]. 2018;102(1):21-29 Available from: http://observatorisalut.gencat.cat/es/central_de_resultats/index.html
18. Leland NE, Lepore M, Wong C, Chang SH, Freeman L, Crum K, et al. Delivering high quality hip fracture rehabilitation: the perspective of occupational and physical therapy practitioners. *Disabil Rehabil*. 2018;40(6):646–54.
19. Viberg B, Erlandsen Claville LU, Andersen LR, Fredholm L, Dall-Hansen D, Grejsen H. Standardized, Coordinated Care in Nursing Homes Lowers Rehospitalization After Hip Fracture. *J Am Med Dir Assoc* [Internet]. 2022;23(4):596–600. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2021.11.003>
20. Inge G, Charlotte S, Laura M. Hip Fracture Patients in Geriatric Rehabilitation Muscle Health. *Nutrients* [Internet]. 2020;13(1)1–13. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32825439/>