

TRAUMA

La urgencia médica de hoy

Volumen
Volume 4

Número
Number 2

Mayo-Agosto
May-August 2001

Artículo:

Factores pronósticos en la morbi-mortalidad en las fracturas de cadera en el anciano. Reporte de 40 casos en el Hospital Español de México

Derechos reservados, Copyright © 2001:
Asociación Mexicana de Medicina y Cirugía de Trauma, AC

Otras secciones de
este sitio:

- 👉 [Índice de este número](#)
- 👉 [Más revistas](#)
- 👉 [Búsqueda](#)

*Others sections in
this web site:*

- 👉 [Contents of this number](#)
- 👉 [More journals](#)
- 👉 [Search](#)



www.Medigraphic.com

Factores pronósticos en la morbi-mortalidad en las fracturas de cadera en el anciano.

Reporte de 40 casos en el Hospital Español de México

Dr. Félix I Gil Orbezo,* Dra. Martha E Preciado Aceves,** Dr. Cesáreo Trueba Davalillo,***
Dr. Jorge Pino Aznar,**** Dra. Salma Soraya Saleh Larrañaga*****

52

Palabras clave: Síndrome Orgánico Cerebral agudo (SOCA), demencia senil, osteoporosis, anciano.

Key words: Acute brain organic syndrome, senile insanity, osteoporosis, old man.

Resumen

Se realizó un estudio retrospectivo, descriptivo y observacional a 5 años entre 1994 y 1999 de 40 pacientes que ingresaron al Servicio de Urgencias, mayores de 80 años de edad por fractura a nivel de cadera, 32 del sexo femenino y 8 masculino. Se obtuvieron variables demográficas, antecedentes personales, farmacológicos y psiquiátricos. Se valoraron RxAp de pelvis en posición neutral, Ap y lateral de la cadera afectada, índice morfológico cortical, índice de Sing y tipo de fractura. Se utilizaron las clasificaciones de Tronzo y Pawells según el tipo topográfico. Se colocaron 27 hemiartroplastías, de éstas, 6 con fractura transtrocantérica y 12 osteosíntesis. Durante su estancia hospitalaria 24 pacientes manifestaron alteraciones psiquiátricas, 14 de éstos con síndrome orgánico cerebral agudo dentro de los 0 a 21 días, falleciendo 5 pacientes por complicaciones agregadas. Manejados conjuntamente con otros servicios. Concluyendo que el síndrome orgánico cerebral agudo o demencia senil había sido provocado principalmente por el trauma quirúrgico, las alteraciones cardiovasculares y las infecciones, aumentando así la morbi-mortalidad. También se observó que la mayoría de los sitios donde se provoca la caída es en su domicilio y por el poco cuidado en el control de la ingesta de algunos fármacos.

* Médico Cirujano Ortopedista, Jefe del Servicio de Ortopedia y Traumatología del Hospital Español.

** Médico Cirujano Ortopedista, Asociado Externo del Servicio de Ortopedia y Traumatología del Hospital Español.

*** Médico Cirujano Ortopedista, Adscrito y Jefe del Curso de Postgrado del Servicio de Ortopedia y Traumatología del Hospital Español. Presidente de la Sociedad Mexicana de Ortopedia.

**** Médico Cirujano Ortopedista, Adscrito del Servicio de Ortopedia y Traumatología del Hospital Español.

***** Médico Cirujano Ortopedista, Ex-residente del Servicio de Ortopedia y Traumatología del Hospital Español.

Dirección para correspondencia:

Dr. Félix I. Gil Orbezo, Ejército Nacional No. 617. Torre de Consultorios Médicos. México, D.F.

Abstract

A retrospective, descriptive and observational study was performed during 5 years, from 1994 to 1999, with 40 patients who had entered the Emergency Service. The patients were over 80 years old, 32 females and 8 males. Demographic variables were obtained, as well as personal, pharmacological and psychiatric background. Pelvis ApRx in neutral position, Ap and lateral study of the affected hip, cortical morphological index, Sing index and type of fracture were evaluated. Tronzo and Pawells classifications were employed, according to the topographical type. Twenty-seven hemiarthroplasties were implanted, among them, 6 presenting transtrochanter fracture and 12 with osteosynthesis. During their stay in hospital, 24 patients showed psychiatric alterations, 14 of them with acute brain organic syndrome within 21 days, and 5 of them died due to added complications. They were treated along with other Services. We may conclude that the acute brain organic syndrome or senile insanity had mainly been caused by the surgical trauma, cardiovascular alterations and infections, increasing morbidity and mortality. It was also observed that people most frequently fall down at home and they generally take a little care of some drugs ingestion.

Introducción

Las fracturas del tercio proximal del fémur en el anciano son un problema de salud a nivel mundial debido al alto costo de su tratamiento, la longevidad es un factor pronóstico para la osteoporosis, la cual culmina en fracturas.^{1,7,8,11} Según la literatura se dice que en los Estados Unidos de Norteamérica una de cada mil mujeres mayores de 70 años la sufre, significando que se producen más de 275,000 fracturas al año y que en nuestro país existen 3 mil personas mayores de 65 años, por lo que se producen aproximadamente 20,000 fracturas de cadera al año y si no son atendidas quirúrgicamente se calcula que el 70% fallecería antes de los 6 meses de producida la fractura y en caso de ser atendida aún así el 20% morirá en el primer año.^{6,10,15} Por desgracia este tipo de pacientes llevan cargando algún tipo de enfermedad desde las crónicas degenerativas, metabólicas, tumorales o psiquiátricas, que esta última es un factor de mal pronóstico para su pronta recuperación.⁹ Hasta en ocasiones alguna de estas enfermedades suelen estar manejadas sin bajo control médico estricto, por mencionar algunos tipos de fármacos tenemos a los sedantes, hipnóticos o ansiolíticos que provocan cambios conductuales desadaptativos y signos físicos característicos debidos al uso reciente. Estos cambios pueden incluir labilidad del estado

de ánimo, deterioro de la capacidad de juicio, social y laboral, así como incoordinación y marcha inestable lo cual puede provocar caídas en su propio domicilio o en la vía pública.⁴ Por lo tanto es importante individualizar a cada paciente para el tratamiento que mejor le convenga, así como la experiencia por parte del ortopedista para decidir el tipo de implante para la pronta recuperación y readaptación para evitar cualquier tipo de complicación.³ También es importante trabajar en conjunto con otras especialidades como medicina interna, psiquiatría y rehabilitación para disminuir la morbi-mortalidad en el anciano.

Material y métodos

Se realizó un estudio retrospectivo, descriptivo y observacional en el Servicio de Ortopedia y Traumatología del Hospital Español de México a 5 años entre 1994 a 1999 de pacientes que ingresaron al Servicio de Urgencias, mayores de 80 años por fractura en tercio proximal de fémur. Se obtuvieron variables demográficas, antecedentes personales, farmacológicos y psiquiátricos.

Se realizaron estudios radiográficos de pelvis y cadera afectada en proyecciones AP de pelvis neutral, Ap y lateral de la cadera lesionada. Se valoraron los índices morfológico cortical y de Singh para valorar el grado de osteoporosis. Se utilizaron las

clasificaciones de Tronzo y Pawels para las trans-trocantéricas y transcervicales respectivamente.¹³

Debido a los antecedentes patológicos de cada paciente se individualizaron para su tratamiento quirúrgico.

Resultados

Se obtuvieron 40 pacientes mayores de 80 años con fractura en tercio proximal de fémur, de los cuales eran 32 mujeres y 8 hombres, la edad oscilaba entre los 80 y 91 años. El sitio del accidente fue casi en todos los casos en su domicilio, o sea 30 casos y el resto en la vía pública.

De las caderas estudiadas todas fueron unilaterales, 23 lado izquierdo (57.5%) y 17 derechas (42.5%), según su topografía se obtuvieron 19 extraarticulares (47.5%) y 21 intraarticulares (52.5%). De acuerdo a la clasificación de Tronzo la tipo III fue la que más predominó, así como la tipo III de Pawels (*Cuadro I*).

Se valoraron las condiciones médicas previas encontrándose 5 casos con 4 padecimientos y 13 casos con 1 padecimiento (*Cuadro II*). De las enfermedades asociadas las tipo metabólicas, cardiovasculares y psiquiátricas predominaron, de éstas, 5 con demencia senil (*Cuadros III y IV*).

Cuadro I. Clasificación de las fracturas de acuerdo a su localización topográfica.

Intraarticulares Pawels		Extraarticulares Tronzo	
Tipo II	9 casos	Tipo II	2 casos
Tipo III	12 casos	Tipo III	14 casos
		Tipo IV	3 casos
Total	21 casos	Total	19 casos

Cuadro II. Condiciones médicas previas de los pacientes.

Número de padecimientos	Número de pacientes
1	13
2	11
3	7
4	5
Sanos	4

Cuadro III. Tipo de enfermedades encontradas previamente en los pacientes.

Enfermedades	Número de pacientes
Cardiovasculares	
HAS	19
Otras	14
Psiquiátricas	11
Metabólicas	8
Tumorales	4
Artritis reumatoide	3
Renales	4
Pulmonares	7

Cuadro IV. Antecedentes psiquiátricos.

Tipo de enfermedad	Número de pacientes
Demencia senil	5
Enfermedad de Pick	2
Depresión mayor	6

A todos se les trató quirúrgicamente realizándose 27 hemiartroplastías (67.5%) y 13 osteosíntesis (32.5%) (*Cuadro V*). Seis fracturas trans-trocantéricas fueron tratadas con hemiartroplastías debido al estado de salud de los pacientes para su pronta movilización. Sólo se cementaron 19 hemiartroplastías (70.3%) que incluyeron a las Thompson y bipolares y sin cementar 8 (29.67), estas últimas fueron las Austin Moore (*Cuadro V*).

Las osteosíntesis fueron con clavo placa 8 casos (61.5%) y 5 con DAS (38.5%).

I. Iniciando la movilización a partir del 1er. día de la cirugía o sea a las 24 horas después, que consistió en sentarlos en el "reposit" y la marcha en aquellas hemiartroplastías y osteosíntesis que quedaron estables se inició la marcha asistida con andadera, la mayoría al 3er. día del postoperatorio (*Cuadro VI*). Los días de estancia fueron de 4.38 días, un paciente permaneció 38 días por complicaciones cardiovasculares y psiquiátricas. Preoperatoriamente se encontraron con un riesgo quirúrgico grado III en el 94% de los casos.

Dentro de las complicaciones inmediatas post-quirúrgicas tuvimos 5 casos con infección superficial de la herida quirúrgica, 2 casos con fractura diafisaria transoperatoria al colocar la hemiartro-

Cuadro V. Tratamiento quirúrgico aplicado.

Hemiartroplastías		Osteosíntesis	
Tipo	Casos	Tipo	Casos
Thompson	13	Clavo placa	8
Austin Moore	8	DHS	5
Bipolar	6		
Total	27	Total	13

Cuadro VI. Inicio de movilización de los pacientes en el postoperatorio.

Días	Número de pacientes
1º	4
2º	12
3º	15
4º	3
5º	3
6º	1
7º	1

plastía resolviéndose en ese momento con cerclajes y un caso de luxación de la prótesis manejada con reducción cerrada bajo sedación (*Cuadro VII*).

De las manifestaciones psiquiátricas postquirúrgicas encontradas fue el Síndrome Orgánico Cerebral Agudo, actualmente llamado Demencia senil en 14 caso (*Cuadro VIII*). Iniciándose éste dentro de los 0 y 21, con una evolución de 2 a 11 días, falleciendo 5 de estos pacientes (*Cuadro IX*) fueron manejados en conjunto con los Servicios de Medicina Interna y Psiquiatría, farmacológicamente con haloperidol en el 30% de los casos, aprazolam en el 23% y medidas generales en el 43%. Observándose que las causas del SOCA probablemente fue provocado por las enfermedades previas a su ingreso, postoperatorias y al trauma quirúrgico (*Cuadro X*).

Conclusiones

De acuerdo a otras publicaciones y nuestra casuística hemos visto que la osteoporosis es un factor determinante para la severidad de la fractura, por lo que obtuvimos que el tipo III de Tronzo para las fracturas transtrocantericas fue la que más predominó.

Cuadro VII. Complicaciones inmediatas postoperatorias.

Tipo	Número de casos
Infección superficial	5
Fractura diafisaria	2
Luxaciones	1

Cuadro VIII. Manifestaciones psiquiátricas postoperatorias.

Tipo	Número de pacientes.
Síndrome orgánico cerebral agudo (demencia senil)	14
Insomnio	7
Depresión mayor	3
Total	24

Cuadro IX. Presentación del síndrome orgánico cerebral agudo.

Edad:	80-84 años
Inicio:	0-21 días
Días de evolución	2-11 días
Evolución:	
Finados	5 casos
Resolución	9 casos

Cuadro X. Probable origen del SOCA.

Causas	Número de casos
Infarto agudo del miocardio	3
Insuficiencia cardiaca congestiva	2
Infecciones	3
Trauma quirúrgico	6
Total	14

Es necesario realizar otro tipo de tratamiento quirúrgico, tal fue en los casos de las fracturas transtrocantericas, existe la opción de colocar una hemiartroplastía si el paciente lo amerita dado su estado de salud para evitar complicaciones, su pronta recuperación y readaptación a la marcha.

La vigilancia cardiovascular y mental pre y postoperatoria es indispensable. Por lo que se debe

trabajar conjuntamente con otras especialidades ya que son pacientes con alto riesgo.

Los descuidos en el hogar del anciano pueden ser el principal factor pronóstico, aunado a esto las enfermedades asociadas y la medicación mal empleada en ocasiones sin supervisión médica de éstos, tenemos a los sedantes; hipnóticos, ansiolíticos y algunos de uso cardiovascular.

Referencias

1. Alfram PD. An epidemiologic study of cervical and trochanteric fractures of the femur in urban population. *Acta Orthop Scand* 1985; 65.
2. Bong SC, Lav HK, Leong JCY. The treatment of unstable intertrochanteric fractures of the hip. A prospective trial of 150 cases. *Injury* 1985; 13: 139.
3. Broos PL. Pertrochanteric fractures in the elderly; are there indications for primary replacement? *J Orthop Traum* 1991; 5(4): 446-450.
4. De Flores T, Masana J, Tresera J. DSM-III-R. *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. España. Masson, S.A. 1ra. edición 1988: 194-195.
5. Delgado Brambila HA, Rodríguez Villalobos RJ. Artroplastía parcial cementada de cadera en fracturas intertrocanterias. *Rev Mex Ortop Traum* 1991; 5: 210-212.
6. Elmeron S, Zatterberg C, Anderson G. Ten years survival after fractures of the proximal and of the femur. *Gerontology* 1988; 34: 186-191.
7. Gómez GF. Morbimortalidad de fracturas de la cadera en el Hospital de Traumatología "Victorio de la Fuente Narváez. *Rev Mex Ortop Traum* 1988; 2(2): 48-52.
8. González D, Salazar R, Silva M, Rosas P. Osteotomía primaria valguizante como tratamiento de las fracturas intertrocanterias de la cadera. Hospital Juárez de México, SSA. *Rev Mex Ortop Traum* 1997; 11(6): 410-415.
9. Lazcano MA. Hemiartróplastia de cadera tipo Lazcano para fracturas intertrocanterias. *JGH editores*, 1ra.edición. 1998: 19-42.
10. Lizaur AU, Puchades AO. Epidemiology of trochanteric fractures of the femur in Alicante, Spain. 1974-1982. *Clin Orthop* 1987: 24-29.
11. Muller ME, Allgower M. *Manual de osteosíntesis*, Springer-Verlag Ibérica. 1992.
12. Sing M, Riggs BL, Beabout JW, Jowsey J. Femoral trabecular pattern index for evaluation of spinal osteoporosis. *Ann Internal Med* 1972; 77: 63-67.
13. Tronzo RG. *Cirugía de la cadera*. Edit. Med Panam 1ra. Ed. 1975.
14. Tronzo RG. The use of an endoprosthesis for several comminuted trochanteric fractures. *Orthop Clin North Am* 1974; 5: 679.
15. Wood DJ, Fos GK, Quinby JM, Gasde DW, Stevens J. Factor which influence mortality after subcapital hip fractures. *J Bone Joint Surg (B)* 1992; 74-B: 199-202.