

Prioridad en la Urgencia Geriátrica.

Estabilización.

Caídas y Fracturas en el Anciano.

Dr. Jose Antonio Yañez Luis.
Internista-Geriatra.

- 
-
- Las fracturas no tienden a ser consideradas como una catástrofe homeostática.
 - Excepto en el viejo.

- 
-
- La fractura de cadera en el paciente envejecido es una eventualidad devastadora en la mayor parte de los casos ya que afecta profundamente el equilibrio físico, mental, funcional y social que antes prevalecía.



Diagnóstico.

- Reconocer y confirmar la fractura.
- Identificar problemas agudos ocultos, como deshidratación, trastornos metabólicos, neumonía, infarto.
- Identificar Antecedentes (DM, EPOC, IC) y farmacológicos.



Diagnóstico.

- Practicar los exámenes clínicos básicos.
- Evaluación geriátrica, (funcionalidad, red de apoyo, potencial de rehabilitación).
- Valoración prequirúrgica y diálogo con el anesthesiólogo.
- Planeación del acto quirúrgico y el tipo de reducción.

- 
-
- Causas de las fracturas.
 - Caída.
 - Accidente.
 - Ningún fenómeno que la explique.



Factores que predisponen o incrementan el riesgo de caídas y fracturas.

- ❑ Pérdida de masa muscular y propiocepción, disminución de la habilidad para la marcha y el equilibrio, disminución de reflejos defensivos.
- ❑ El abatimiento funcional hace susceptible al individuo a caída y osteoporosis.
- ❑ Procesos co-mórbido.
- ❑ Uso de medicamentos.
- ❑ Osteoporosis.
- ❑ Caídas.
- ❑ Factores ambientales, arquitectónicos.

- 
-
- ❑ Orientación de la caída, sobre la cadera.
 - ❑ Respuesta protectora inadecuada.
 - ❑ Sitio local que absorbe el impacto es insuficiente.
 - ❑ La fuerza del hueso del fémur proximal es insuficiente.

- 
-
- El tratamiento de la fractura de cadera es una urgencia y debe de motivar una evaluación geriátrica.

- 
-
- No puede operarse por que esta muy viejo.



Terapéutico.

- ❑ Mantenimiento hemostático básico.
- ❑ Tratamiento de los problemas concomitantes, que ocasionaron la caída.
- ❑ Control del dolor.
- ❑ Control del delirium.
- ❑ Evitar restricciones y catéteres innecesarios.
- ❑ Iniciar rehabilitación de mantenimiento, prevenir el descondicionamiento.
- ❑ Apoyo emocional para los pacientes y los cuidadores.



Terapéutico.

- ❑ Considerar tratamiento con antibióticos, inhaloterapia y anticoagulación previa.
- ❑ Realizar la reducción quirúrgica con lo antes posible con un mínimo impacto.
- ❑ Iniciar la movilización de inmediato.
- ❑ Vigilar y solucionar complicaciones como desnutrición delirium, inmovilidad, iatrogénica, impactación fecal, infecciones.
- ❑ Evitar la hospitalización prolongada, hacer énfasis en la rehabilitación sin dejar de valorar constantemente el paciente con una actitud multidimensional, hasta la reinserción social.



Tratamiento.

- Movilización.
- Antibioticoterapia profiláctica.
- Profilaxis antitrombótica.

- 
-
- Urgente estabilización de homeostasis y de la fractura.
 - Pronta solución quirúrgica pues cada dos días se duplica la mortalidad.
 - La prontitud de llevar a cabo la cirugía depende de evaluación preoperatoria y estabilizar otros problemas.

- 
-
- El tratamiento multidimensional resulta de gran importancia ya que la intervención no termina con el acto quirúrgico si no hasta que el paciente se reintegra a su vida habitual.
 - Vigilar problemas secundarios (hospitalización, reposo prolongado en cama, restricciones, dolor, complicaciones, co-morbilidad, evitar Sx. de desacondicionamiento físico).

- 
-
- A pesar de todos estos cuidados la mortalidad a un año puede elevarse a 25%.