



IV Jornada Provincial de Anestesiología y Reanimación

Protocolo para el manejo perioperatorio del paciente con fractura de cadera

Dra. Neisy López Espinosa



INTRODUCCIÓN

Expectativa de vida

Problemas asociados

Enfoque multidisciplinario



PROTOCOLO DE CONDUCTA ANESTÉSICA EN EL PACIENTE CON FRACTURA DE CADERA



OBJETIVO: Aplicar un algoritmo de tratamiento anestésico en el paciente con fractura de cadera.

PROTOCOLO



Algoritmo

A) ESTRUCTURA:

Recursos humanos

Anestesiólogo
Ortopédico
Clínico
Geriatra
Enfermero
Cardiólogo
Laboratorista
Camillero
Auxiliar general.



Recursos materiales

Estetoscopio
Esfigmomanómetro
Equipo para infusión EV
Monitor cardiovascular
Máquina de anestesia y anestésicos
Instrumental de anestesia
Instrumental quirúrgico
Camillas, colchas, almohadas
Hemocomponentes

B) PROCESOS

Evaluación preoperatoria

Transoperatorio

Postoperatorio

Evaluación preoperatoria

APP, alergias
Tos y expectoración
Hábitos tóxicos
Medicación habitual
Consciencia
Cirugías previas

General
Por aparatos

Imprescindibles
Opcionales

Anamnesis



**Examen
físico**



**Exámenes
Complementarios**



APP (COMORBILIDADES)

HTA

Vasculopatías

Dolor

Ansiedad

180/110 mm Hg

Tto

preoperatorio

Mantener tto

de base

Suspender furosemida

Anticoagulación/Antiagregación

Clopidogrel. Retirar. No aplazar la cirugía por esa causa.

- Evitar técnicas neuroaxiales. Individualizar de anestesia general.
- Esperar mayor sangrado quirúrgico. Hemoterapia, si sangrado intenso.
- No se recomienda infusión de plaquetas ni prohemostáticos.

Warfarina u otros dicumarínicos. Retirar.

- Revertir con Vitamina K y PFC.
- Control con INR (< 2).
- Cambio a heparina. Última dosis 12 h.

Enfermedades respiratorias

- EPOC: Seguir tratamiento de base
- Infecciones respiratorias: catarro común, bronconeumonía

No contraindican la cirugía
Excepto:
Insuficiencia respiratoria

**ANTIBIÓTICOS
BRONCODILATADORES**

Diabetes Mellitus

No suspender cirugía por hiperglicemia

Deshidratación y acidosis

10 mmol/l

**Hipoglicemiantes
orales**

Cambiar a insulina el día de la cirugía

Ayuno

Evitar ayuno prolongado antes y después

Anemia

Desnutrición, trastornos renales, sepsis, enfermedades inflamatorias crónicas. HEMORAGIA

Hb < 9 g/l: transfusión de eritrocitos preoperatorio

Hb < 10 g/l: evaluar IMA, AVE

Tiempo de cirugía

PRIMERAS 24 HORAS

ESTABILIZACIÓN CLÍNICA



MULTIDISCIPLINARIA

APLAZAMIENTO:

Bronconeumonías, úlceras de decúbito, delirium, TEP

- **General:**

Peso/talla. Piel y mucosas. Vía aérea. CV

- **Por aparatos:**

AR: Secreciones, expansibilidad del tórax, tolerancia del decúbito. MV, estertores (roncos, sibilantes, crepitantes), ruidos transmitidos.

ACV: FC, pulsos periféricos (saltón, lleno, débil), TA, llene capilar, gradiente térmico, coloración. Ruidos cardíacos, características (intensidad, ritmo), presencia de soplos.

SN: Conciencia, orientación (T-E-P), focalización neurológica.

Sistema digestivo: sangrado, distensión abdominal, tumores.



Exámenes complementarios

Imprescindibles

Hb

Hto

EKG

Leucograma

Glucemia

Coagulograma

Gupo y Rh

Creatinina

Opcionales

Ecocardiograma

Rx de tórax

INR

Gasometría

Citurgia

Interconsultas

OBJETIVOS

Estado clínico

Diagnósticos

Tratamientos

(Establecer o corroborar)

(Indicar o validar)

Internista (UCIE)

- **Cardiólogo:** Soplos sin diagnóstico causal; arritmia cardíaca sin diagnóstico previo; insuficiencia cardíaca descompensada; Anticoagulantes cumarínicos; IMA < 3 meses.
- **Neumólogo:** EPOC descompensada.
- **Nefrólogo:** Insuficiencia renal.
- **Hematólogo:** Trombofilias, sicklemlia, hemofilia.

iHELP!

Preparación preoperatoria

- **Vía venosa periférica:**

Cloruro de sodio 0,9 % / Ringer lactato



- **Ayuno:**

Líquidos claros: 2 h

Fármacos preoperatorios: 2 h

Comidas ligeras (galletas, sopas, leche): 6 h

Sólidos (carnes, alimentos fritos): 8 h



TRANSOPERATORIO

Anestesia espinal

Anestesia epidural, Bloqueos periféricos

Anestesia general

Menor complejidad

Dosis pequeñas de AL

Excelente bloqueo (S y M)

Poca interferencia con la conciencia

Menor riesgo de tromboembolismo y complicaciones respiratorias



Estenosis aórtica y mitral severas

Trastornos de la coagulación

Sepsis de la zona de punción

Imposibilidad técnica

Negativa del paciente

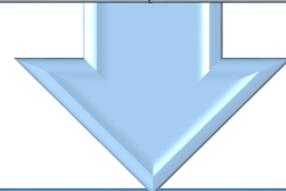
Trastornos neurológicos agudos

TRANSOPERATORIO

Anestesiólogo y ayudante

Monitorización

Volumen



Protección: nerviosa-puntos óseos-hipotermia

Sonda vesical/ oxigenoterapia

Ortopédico y ayudante

Tiempo quirúrgico: Instrumental/capacitación

>2 h

Cemento óseo

POSTOPERATORIO

Seguimiento

- Protección: hipotermia, puntos óseos, posición
- Monitorización. Cristaloides 3-5 ml/kg

Médico

- Evidencia de sangrado
- Evolución médica horaria y al alta.

Enfermero

- ¿Analgesia? Dipirona Diclofenaco Morfina
- Información a familiares. Traslado a sala

Sala de hospitalización

- Evaluación continua
- Iniciar vía oral
- Tto de enfermedad de base
- Acomodar en Fowler
- Sentarse

¿Cefalea de escape?



CONCLUSIONES

- Enfoque multidisciplinario
- Preoperatorio minucioso
- Economía del tiempo
- Anestesia espinal
- Seguimiento continuo



Los años pasan madurando, no envejeciendo. Los años santifican, los años embellecen, los años como aliento poderoso, soplan sobre el espíritu.

José Martí