

CONSEJERÍA DE IGUALDAD, SALUD Y POLÍTICAS SOCIALES

Fractura de cadera

Proceso Asistencial Integrado



JUNTA DE ANDALUCÍA

Fractura de cadera,

Proceso Asistencial Integrado

FRACTURA de cadera [Recurso electrónico] : proceso asistencial integrado / autores, Aguilar García, Francisco (coordinador) ... [et al.]. -- 1ª ed.. -- [Sevilla] : Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales, 2014

Texto electrónico (pdf), 49 p.

1. Fracturas de cadera 2. Calidad de la atención de salud 3. Guía de práctica clínica 4. Andalucía

I. Aguilar García, Francisco II. Andalucía. Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales

WE 855



Esta obra está bajo una licencia Creative Commons

[Reconocimiento-NoComercial-Sin obras derivadas 3.0 España](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/es/)

1ª edición 2014

PROCESO ASISTENCIAL INTEGRADO FRACTURA DE CADERA

Edita: Junta de Andalucía. Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales.

Maquetación: Artefacto

Autores:

Aguiar García, Francisco (Coordinador)

Traumatólogo. Director de la Unidad de Gestión Clínica (UGC) de Cirugía Ortopédica y Traumatología. Área de Gestión Sanitaria (AGS) Este de Málaga - Axarquía. Hospital Axarquía. Málaga.

Andres García, José Antonio

Traumatólogo. Director de la UGC Aparato Locomotor. Hospital Puerta del Mar. Cádiz

Blanco Bermejo, Carmen Juana

Farmacéutica. Facultativo Especialista de Área de Farmacia. AGS Este de Málaga - Axarquía. Hospital Axarquía. Málaga.

Cruz Ocaña, Encarnación

Traumatóloga. Facultativo Especialista de COT. Unidad de Cirugía Reconstructiva de Cadera y Pelvis. Empresa Pública. Hospital Costa del Sol. Málaga.

Del Río Urenda, Susana

Enfermera Técnica de Apoyo Metodológico. Hospital Regional de Málaga. Málaga

Echevarria Ruiz de Vargas, Carmen

Rehabilitadora. Directora de la UGC Interniveles de Rehabilitación y Fisioterapia. Sevilla.

Gomez Zubeldia, Claudio

Traumatólogo. Director UGC Aparato Locomotor. AGS Sur de Granada. Hospital Santa Ana. Granada.

Hernández Pérez-Lanzac, Consuelo

Médica. Subdirectora de Calidad. AGS Este de Málaga - Axarquía. Hospital Axarquía. Málaga.

Madrigal Cueto, Rosa

Enfermera. Unidad de Hospitalización. Hospital Neurotraumatológico. Complejo Hospitalario de Jaén. Jaén

Najem Rizk, Antoine Nicolás

Traumatólogo. Facultativo Especialista de Área de Cirugía Ortopédica y Traumatología. Hospital Torrecárdenas. Almería.

Pérez Martínez, Juan Jesús

Médico de Familia. Centro de Salud de la Puebla de Cazalla. Área Sanitaria de Osuna. Sevilla.

Ras Luna, Javier

Médico de Familia. Asesor Técnico de la Dirección General de Calidad, Investigación, Desarrollo e Innovación. Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales. Junta de Andalucía. Sevilla.

Román Castillo, Dolores

Anestesióloga. Facultativo Especialista de Área de Anestesiología y Reanimación. AGS Este de Málaga - Axarquía. Hospital Axarquía. Málaga.

Sánchez Acha, Yolanda

Enfermera. Jefa de Bloque de Calidad y Procesos. AGS. Este de Málaga - Axarquía. Hospital Axarquía. Málaga.

Sánchez Cantos, Susana

Fisioterapeuta. Equipo Móvil de Rehabilitación. Distrito de Atención Primaria de Sevilla. Sevilla.

Sanz Amores, Reyes

Médica de Familia. Jefa de Servicio de Calidad y Procesos. Dirección General de Calidad, Investigación, Desarrollo e Innovación. Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales. Junta de Andalucía. Sevilla

Tirado Reyes, Luisa Marina

Rehabilitadora. Directora de la UGC de Medicina Física y Rehabilitación. Hospital Regional de Málaga. Málaga.

Conflicto de interés:

Los autores han realizado la declaración de intereses y no existe conflicto que puedan competir con el interés primario y los objetivos de este documento ni influir en su juicio profesional al respecto.

Revisión externa:

Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía (AETSA)
Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía (ACSA)
Servicio Andaluz de Salud (SAS)
Plan Integral de Accidentabilidad
Sociedades Científicas: SATO, SAMFYC, ASANEC, ASENHOA, SEMES, SAECC

Presentación

La Gestión por Procesos es una de las estrategias puestas en marcha, en la sanidad pública andaluza en el año 2000, a partir del I Plan de Calidad.

El Proceso Asistencial Integrado (PAI) se ha reafirmado, en estos años, como la herramienta de mejora continua y ha contribuido a ordenar los diferentes flujos de trabajo, a integrar el conocimiento actualizado y a mejorar los resultados en salud, gracias a una importante implicación de los profesionales y a su capacidad para introducir la idea de mejora continua de la calidad, teniendo presente las expectativas de las personas.

En estos años, también, se ha tratado de ir depurando la descripción del PAI, incorporando en las actividades, las características de calidad relacionadas con las estrategias y derechos que se han ido consolidando en el Sistema Sanitario Público de Andalucía, como la efectividad clínica, la seguridad del paciente, la información, el uso adecuado de medicamentos, la metodología enfermera basada en NOC, intentando disminuir la variabilidad no explicada de las actuaciones en salud.

Cada una de las publicaciones que se presentan, nuevas o actualizadas, surgen de una priorización, del análisis de como se están realizando las cosas, de la revisión del conocimiento disponible a partir de una búsqueda estructurada y creando una propuesta razonable y coherente, que tendemos a simplificar con el objetivo de que recoja las recomendaciones clave, que realmente contribuyan a mejorar los resultados en salud.

Mi agradecimiento a todos los profesionales, porque están contribuyendo a la excelencia mediante una atención sanitaria de calidad.

Josefa Ruiz Fernández
Secretaria General de Calidad,
Innovación y Salud Pública

Recomendaciones Clave / 9

Introducción / 11

Definición / 15

Descripción general / 17

Componentes: Profesionales, actividades,
características de calidad / 19

Competencias específicas del equipo profesional / 33

Representación gráfica: Representación Global / 35

Indicadores / 37

Anexos / 41

- A1. Método de evaluación del Síndrome Confusional Agudo: CAM
(Confusion Assesment Method)
- A2. Escala de Black (Fracture Index)

Acrónimos / 45

Bibliografía / 47

Recomendaciones clave

	Recomendación
Se medirá la intensidad del dolor mediante escalas validadas y administración de tratamiento analgésico que permita cambios posturales regulares y confortables	D ¹⁰
Se realizará inmovilización del miembro afectado mediante colchón de vacío y férula de miembros con tracción	√ ¹⁰
Se realizará sondaje urinario, únicamente en el caso de que se prevea un inevitable retraso en el traslado del paciente	√ ¹⁰
No se realizará de forma rutinaria la tracción cutánea o esquelética con antelación a la cirugía de fractura de cadera	A ¹⁰
Se emplearán superficies protectoras de daños por presión en sacro y talones en todos los pacientes	D ¹⁰
Se solicitará Radiografía AP de pelvis (ambas caderas y axial de cadera afecta)	D ¹³
Se realizará transferencia a cama dotada de colchón de espuma de baja presión o, idealmente de presión alternante en los pacientes con riesgo elevado de desarrollar úlceras por presión	A ¹⁰
Se debe realizar la atención (acceso a pruebas, diagnóstico y estabilización) en los primeros 60 minutos desde la recepción del paciente en urgencias	√ ¹⁰
Se realizará el traslado a planta de hospitalización en un plazo máximo de dos horas tras su llegada a urgencias, siempre que no se realice cirugía inmediata	D ¹⁰
Se realizará la intervención quirúrgica tan pronto como lo permitan las condiciones clínicas del paciente, a ser posible no más allá de las primeras 24 horas y no más tarde del día después del ingreso	C ¹⁰
Se realizará profilaxis antitrombótica con Heparina de Bajo Peso Molecular a dosis de alto riesgo en cirugía ortopédica, desde el ingreso a cirugía hasta 28-35 días postoperatorios.	A ¹⁹
Se recomienda profilaxis con cefazolina 2 gr. i.v. en el momento de la inducción anestésica y en caso de alergia a beta-lactámicos vancomicina o clindamicina a dosis de 1 gr. ó 600 mg respectivamente. En caso de artroplastia, se continuará la profilaxis hasta completar 24 horas	AG
Se recomienda la fijación interna en las fracturas intracapsulares no desplazadas	A ¹⁰

Recomendación

<p>Se realizará en las fracturas intracapsulares desplazadas:</p> <ul style="list-style-type: none">• Reducción cerrada y fijación interna en pacientes activos y en buen estado de salud.• Artroplastias en pacientes con menor grado de movilidad y corta esperanza de vida.• Artroplastia total de cadera en pacientes con enfermedad articular previa, niveles de actividad medio/alto y una razonable expectativa de vida.• No se recomienda hemiarthroplastia bipolar con preferencia sobre unipolar ya que no existen evidencias de ningún beneficio clínico.• Se recomienda el abordaje anterolateral para la cirugía de hemiarthroplastia. Debe emplearse fijación cementada en la hemiarthroplastia a menos de que existan complicaciones, particularmente en pacientes ancianos frágiles.• Las fracturas extracapsulares, deben tratarse quirúrgicamente a menos que exista una absoluta contraindicación.	<p>A¹⁰</p> <p>C¹¹</p>
<ul style="list-style-type: none">• Se evitará el sondaje vesical rutinario. Ante un episodio de retención urinaria, el sondaje vesical intermitente restablece antes la diuresis espontánea.	<p>A²¹</p>
<ul style="list-style-type: none">• Se comenzará la deambulación precoz asistida en las primeras 48 horas del postoperatorio si las condiciones del paciente lo permiten.	<p>B¹¹</p>
<p>Se utilizará ante la posible aparición de un Síndrome Confusional Agudo para su diagnóstico el Confussion Assesment Method y en caso positivo se realizará:</p> <ul style="list-style-type: none">• Identificación y tratamiento de la causa subyacente• Disminución al máximo del uso de sedantes y tranquilizantes mayores• Se iniciará tratamiento precozmente con Haloperidol	<p>C¹⁸</p> <p>C¹⁸</p> <p>D¹⁸</p>
<p>Se valorará el progreso y consecución, previo al alta hospitalaria de:</p> <ul style="list-style-type: none">• Sedestación estable• Bipedestación con andador con o sin ayuda• Conocimiento del paciente y/o cuidador de posturas o movimientos prohibidos• Control del dolor	<p>√¹⁰</p>
<p>Se recomienda la prevención de “segunda fractura” mediante:</p> <ul style="list-style-type: none">• Utilización de la escala de Black para predicción de riesgo de fractura• DEXA para evaluación de densidad mineral ósea a toda persona entre 65 y 74 años. A partir de los 75 años y por riesgo muy elevado no es necesario la realización de DEXA• Se ofertará tratamiento con alendronato semanal, mas suplementos adecuados de calcio y vitamina D durante 5 años a:<ul style="list-style-type: none">- Pacientes con fragilidad y mayores de 75 años- Pacientes con fractura de cadera por fragilidad y osteoporosis densitométrica (osteoporosis establecida)	<p>AG</p> <p>A²⁷</p> <p>A²⁷</p>