

Profesionales, actividades, características de calidad

El procedimiento seguido para el desarrollo de los componentes del PAI se basa en la definición de QUIÉN-DÓNDE-QUÉ-CÓMO-CUÁNDO.

Para las distintas fases que se derivan del recorrido del paciente, se han identificado los profesionales que intervienen, las actividades que deben realizarse, y las principales características de calidad que han de tener estas actividades.

Se trata, de incorporar solo aquellas características que aportan valor, que son “**puntos críticos de buena práctica**”, considerando e integrando los **elementos y dimensiones** oportunas de la calidad:

- **La efectividad clínica:** Las recomendaciones basadas en guías de práctica clínica se acompañan del nivel de evidencia y/o grado de recomendación referenciado en dichas guías. Las recomendaciones del grupo de trabajo del PAI se identifican mediante las siglas **AG** (acuerdo de grupo), pudiendo ir acompañadas de referencias bibliográficas que las apoyen.
- **La seguridad del paciente:**
 - Se identifica con el triángulo  correspondiente a las buenas prácticas de la OMS³ y/o la ESP⁴.
 - Se identifica, además con , la buena práctica relacionada con la higiene de manos.
- **La información** ^(5,6):
 - Se identifica con  tanto el momento como el contenido mínimo, que debe recibir el/la paciente, familia y/o representante legal.
 - Se identificarán con ⁷ las buenas prácticas recomendadas en la Estrategia de Bioética de Andalucía
 - > Uso de formulario de Consentimiento Informado escrito del Catálogo de formularios del SSPA⁸
 - > Proceso de planificación anticipada de decisiones
 - > Consulta al Registro de Voluntades Vitales Anticipadas
- **El uso adecuado de medicamentos (UAM/URM)**, se identifican con los mismos criterios que los especificados en la efectividad clínica.
- **Los cuidados de enfermería**, se describen mediante la identificación, principalmente, de los resultados a conseguir (NOC)⁹.

Servicio de Atención a la Ciudadanía (SAC), Médico, Enfermera, Celador y Técnico de Transporte Sanitario de AP-AH

Actividades	Características de calidad
1º EVALUACIÓN DEL PACIENTE	<p>1.1 Se aplicarán medidas para la identificación inequívoca de la persona mediante tres códigos identificativos diferentes (nombre y apellidos, fecha de nacimiento y NUHSA), en el ámbito hospitalario, mediante pulsera identificativa con al menos dos códigos de identificación diferentes .</p> <p>ATENCIÓN PRIMARIA</p> <p>1.2 La valoración inicial irá orientada a confirmar la sospecha clínica de fractura de cadera en el contexto de antecedentes de aparición brusca de ^(AG):</p> <ul style="list-style-type: none">• Dolor inguinal espontáneo o provocado por el intento de movilización,• Acortamiento relativo del miembro inferior• Actitud en rotación externa• Impotencia funcional <p>1.3 Se realizará ^(AG):</p> <ul style="list-style-type: none">• Medición de la intensidad del dolor mediante escala validada iniciando tratamiento analgésico según resultado y revisando el consumo de fármacos, alergias e interacciones medicamentosas• Inmovilización del miembro afectado mediante colchón de vacío y férula de miembros con tracción• Instauración de fluidoterapia• No se realizará sondaje urinario rutinariamente, realizándolo solamente en caso de que se prevea un inevitable retraso en el traslado del paciente ^(Recomendación ✓) 10 <p>1.4 Se trasladará al paciente, en ambulancia medicalizada, realizando su transferencia directamente al SCCU-H ^(AG)</p> <p>SCCU-H</p> <p>1.5 La atención (acceso, pruebas, diagnóstico y estabilización) se recomienda se realice en los primeros 60 minutos desde su recepción en urgencias ^(Recomendación ✓) 10</p> <p>No se deberá utilizar de forma rutinaria la tracción cutánea o esquelética con antelación a la cirugía ^(Recomendación A) 11</p> <p>Se aplicarán las siguientes actuaciones y cuidados:</p> <ul style="list-style-type: none">• Evaluación de la intensidad del dolor mediante escala validada y administración de tratamiento analgésico que permita cambios posturales regulares y confortables ^(Recomendación D) 10

Actividades	Características de calidad
	<ul style="list-style-type: none"> • Determinación de saturación de oxígeno (Recomendación B) 11 • Determinación y corrección de alteraciones hidroelectrolíticas (Recomendación D) 10 • Inmovilización de la extremidad afecta con férula acolchada conformada o almohada (AG) • Mantenimiento de la temperatura corporal (Recomendación D) 10 • Transferencia a una 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 (Recomendación A) 10 • Empleo de superficies protectoras de daños por presión en sacro y talones en todos los pacientes (Recomendación D) 10 <p>1.6 En la valoración del paciente deberá tenerse en cuenta (AG)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aplicación de escalas para determinar (AG) 12: <ul style="list-style-type: none"> - Nivel cognitivo mediante escalas válidas - Nivel de dependencia - Riesgo de úlceras por presión - Riesgo de caídas • Barreras de comunicación • Presencia de delirio • Circunstancias sociales con especial atención a la existencia de cuidador <p>1.7 Para la confirmación diagnóstica se realizará:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Radiología con dos planos ortogonales, una proyección anteroposterior de pelvis y una axial o “posición de rana” (AG) 13. El estudio debe mostrar un área completa al menos de la hemipelvis ipsilateral para excluir lesiones que puedan remedar el cuadro clínico de fractura de cadera • Se debe solicitar RM ante sospecha de fractura de cadera no confirmada radiológicamente. Si no se dispone de ella en 24 horas o está contraindicada se solicitará TAC (Recomendación D) 10 <p>1.8 (i) Se informará al paciente y/o familiar de los estudios solicitados y la propuesta de abordaje clínico.</p>

Traumatólogo, Enfermería, Anestesiólogo

Actividades	Características de calidad
2º CONFIRMACIÓN DIAGNÓSTICA	<p>2.1 Se valorará la situación clínica específica del paciente y los resultados del estudio. Se confirmará el diagnóstico de fractura de cadera y se establecerá la indicación quirúrgica.</p> <p>2.2 La intervención quirúrgica se realizará en las primeras 24 horas y no más tarde del día después del ingreso <i>(Recomendación C) 10</i></p> <p>2.3 Se realizará Evaluación de <i>(AG)</i>:</p> <ul style="list-style-type: none">• Riesgo quirúrgico• Riesgo-beneficio y la oportunidad de la cirugía en pacientes anticoagulados y/o antiagregados <p>2.4 Los pacientes ancianos no precisan estudio cardiológico de rutina, solo se realizará ante riesgo cardiaco <i>(Recomendación C) 10</i>.</p> <p>2.5 Se solicitarán pruebas cruzadas para eventual transfusión sanguínea</p> <p>2.6 En esta fase los cuidados irán dirigidos a:</p> <ul style="list-style-type: none">• NOC 1606 Control del dolor• NOC 1402 Control de la ansiedad• NOC 1814 Conocimiento de procedimiento terapéuticos• NOC 1302 Afrontamiento de problemas• NOC 1300 Aceptación del estado de salud• NOC 2600 Afrontamiento de los problemas de la familia• NOC 1101 Integridad tisular• NOC 2100 Nivel de comodidad <p>2.7 (i) Se informará al paciente y/o familia en función de los hallazgos anteriores y se detallará el recorrido previsto, los estudios y procedimientos a realizar, los riesgos, beneficios y alternativas. Se entregarán los Formularios de Consentimiento Informado correspondientes (b)¹⁴, dejando constancia documental en la Historia de Salud.</p> <p>2.8 El paciente será trasladado a planta en el plazo máximo de dos horas tras su llegada a Urgencias <i>(Recomendación D) 10</i>, siempre que no se realice cirugía inmediata.</p>

Anestesiólogo y Enfermera

Actividades	Características de calidad
<p data-bbox="237 235 437 343">3^o ESTUDIO PREANESTÉSICO</p>	<p data-bbox="464 241 1126 282">3.1 Se verificará la identidad inequívoca de la persona (Δ)</p> <p data-bbox="464 302 1417 378">3.2 Se realizará estudio preanestésico y se tomará la decisión del tipo de anestesia a aplicar (AG)15</p> <ul data-bbox="518 390 1417 553" style="list-style-type: none">• General, en aquellos pacientes sometidos a terapia antiagregante doble.• Espinal o epidural, tratamiento único con aspirina o dipiridamol no la contraindica• Regional en la mayoría de los pacientes con fractura de cadera tratando de manera adecuada la hipotensión intraoperatoria asociada a la misma <p data-bbox="464 580 1417 731">3.3 En pacientes anticoagulados con acenocumarol, se solicitará pruebas de coagulación previa a la intervención y solo podrá realizarse anestesia locoregional neuroaxial si el INR $\leq 1,5$. En caso de no cumplir estas condiciones y deba realizarse cirugía urgente, administrar plasma fresco congelado (Recomendación C) 10</p> <p data-bbox="464 758 1417 866">3.4 En pacientes con Antiagregación y en caso de cirugía urgente se recomienda no retrasar la intervención y transfundir plaquetas sólo en caso de excesivo sangrado quirúrgico (Recomendación D) 16</p> <p data-bbox="464 893 1214 934">3.5 Se planificará tratamiento analgésico teniendo en cuenta (AG):</p> <ul data-bbox="518 942 1222 1208" style="list-style-type: none">• Tipo de procedimiento quirúrgico• Presencia e intensidad del dolor utilizando escalas validadas• Presencia de ansiedad-depresión con escala validada• Tratamientos analgésicos previos y sus resultados• Factores individuales de riesgo de dolor postoperatorio• Dolor postoperatorio en cirugías previas <p data-bbox="464 1248 1417 1357">3.6 (i) Se informará del resultado del estudio y del tipo de anestesia en función del procedimiento quirúrgico propuesto y se entrega el formulario de Consentimiento Informado 14</p> <p data-bbox="464 1383 1145 1424">3.7 En esta fase los cuidados de enfermería se orientarán a:</p> <ul data-bbox="518 1432 1177 1606" style="list-style-type: none">• NOC 1814 Conocimiento: Procedimiento terapéutico• NOC 1302 Afrontamiento de problemas• NOC 2600 Afrontamiento de los problemas de la familia• NOC 1300 Aceptación del estado de salud

Traumatólogo y Enfermera

Actividades	Características de calidad
<p data-bbox="178 235 405 384">4^º RECEPCIÓN EN PLANTA DE HOSPITALIZACIÓN</p>	<p data-bbox="427 235 1054 271">4.1 Verificará la identidad inequívoca de la persona </p> <p data-bbox="427 296 887 333">4.2 Comprobará en la Historia de Salud:</p> <ul data-bbox="480 343 1075 605" style="list-style-type: none">• Diagnóstico clínico• Indicación de procedimiento quirúrgico• Informe del estudio anestésico• Pruebas complementarias• Confirmar reserva de sangre con pruebas cruzadas• Riesgo de úlceras por presión (AG)17 <p data-bbox="427 629 1302 666">4.3 Se realizará aplicando las escalas específicas para la evaluación de (AG)12:</p> <ul data-bbox="480 676 858 850" style="list-style-type: none">• Nivel de dependencia funcional• Riesgo de caídas• Barreras de comunicación• Valoración de riesgo social <p data-bbox="427 874 1359 1024">4.4 Valorar factores desencadenantes de síndrome confusional agudo. En pacientes con agitación puede administrarse haloperidol durante un corto espacio de tiempo (una semana o menos) iniciado a dosis bajas y titulado según síntomas. (Recomendación B) 18</p> <p data-bbox="427 1048 1359 1160">4.5 Se indicará profilaxis antitrombótica con Heparina de bajo peso molecular (HBPM) que debe durar desde el ingreso o cirugía hasta 28-35 días postoperatorio. (AG)19</p> <p data-bbox="427 1185 1110 1222">4.6 En esta fase los cuidados de enfermería se orientarán a:</p> <ul data-bbox="480 1232 1359 1723" style="list-style-type: none">• NOC 1402 Control de la ansiedad• NOC 0802 Mantenimiento de signos vitales dentro del rango esperado• NOC 1814 Conocimientos del procedimiento terapéutico• NOC 1605 Control del dolor• NOC 0300 Suplencia de AVD• NOC 1101 Integridad tisular de piel, membranas y mucosas• NOC 0311-0312 Preparación del alta (desde el ingreso), con vida independiente o con apoyos• NOC 1302 Afrontamiento de problemas• NOC 2600 Afrontamiento de problemas de la familia• NOC 8100 Derivación a Enfermera Gestora de Casos si se identifica criterios.

Cirujano, Enfermera, Anestesiólogo

Actividades	Características de calidad
<p>5º TRATAMIENTO QUIRÚRGICO</p>	<p>5.1 Se verificará la identidad inequívoca de la persona </p> <p>5.2 Se comprobará en la Historia de Salud del paciente:</p> <ul style="list-style-type: none">• El procedimiento quirúrgico a realizar• Informe preoperatorio de anestesia y pruebas cruzadas• Formularios de CI del procedimiento quirúrgico• Correcta aplicación del protocolo de preparación quirúrgica <p>5.3 Se realizarán medidas generales de higiene de manos y uso correcto de guantes </p> <p>5.4 Se cumplimentará el listado de verificación quirúrgica dejando constancia documental en la Historia de Salud </p> <p>5.5 Se comprobará el procedimiento anestésico y la administración del tratamiento analgésico planificado, estableciéndose las pautas postoperatorias de tratamiento. (AG) 20</p> <ul style="list-style-type: none">• Técnicas combinadas (catéter epidural y analgésicos sistémicos)• Si lo permite el procedimiento quirúrgico, se utilizarán bloqueos regionales o infiltraciones de la incisión quirúrgica• Mantenimiento de analgésicos por vía oral tras el cese de la analgesia epidural, reduciendo en la medida de lo posible los opioides• PCA (bomba de analgesia controlada por el paciente) Bomba de infusión de analgésicos por catéter en herida quirúrgica como alternativa a los catéteres epidurales iv asociadas a analgésicos sistémicos• Monitorización la presencia, intensidad y tipo de dolor para adaptar el tratamiento y los cuidados así como sus resultados y posibles efectos secundarios <p>5.6 Se recomienda profilaxis con cefazolina 2 gr. i.v. en el momento de la inducción anestésica. En caso de alergia a betalactámicos, vancomicina o clindamicina a dosis de 1 gr. o 600 mg respectivamente. En caso de artroplastia, se continuará la profilaxis hasta completar 24 horas (AG)</p> <p>5.7 El procedimiento quirúrgico planificado:</p> <ul style="list-style-type: none">• En las fracturas intracapsulares no desplazadas se recomienda la fijación interna (Recomendación A) 10• En las fracturas intracapsulares desplazadas debe considerarse (Recomendación A) 10:<ul style="list-style-type: none">- Reducción cerrada y fijación interna en pacientes con buen estado de salud- Artroplastia en pacientes con mayor deterioro biológico- Debe emplearse fijación cementada en la hemiartroplastia a menos que existan complicaciones (Recomendación C) 10



Actividades	Características de calidad
	<ul style="list-style-type: none"> - No se recomienda una hemiartroplastia bipolar sobre unipolar, (Recomendación B) 10 - Se recomienda el abordaje anterolateral para la cirugía de hemiartroplastia (Recomendación C) 10 - Los pacientes con enfermedad articular previa, niveles de actividad medio/alto y una razonable expectativa de vida deben intervenir mediante artroplastia total de cadera en lugar de hemiartroplastia como indicación primaria (Recomendación A) 10 • En fracturas extracapsulares se recomienda <ul style="list-style-type: none"> - Se tratarán quirúrgicamente a menos que exista una absoluta contraindicación médica (Recomendación B) 10 - Se recomienda el tornillo deslizante para fijación interna excepto en determinados casos (fractura oblicua inversa y fracturas subtrocantareas) en los que deben emplearse implante intramedulares (Recomendación A) 10 <p>5.8 En esta fase los cuidados de enfermería irán encaminados a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • NOC 1605 Control del dolor • NOC 2303 Recuperación posterior al procedimiento • NIC 2870 Cuidados pos-anestesia <p>5.9 (i) Se informará a los familiares y/o representante legal del desarrollo de la intervención quirúrgica.</p> <p>5.10 Se garantizará la transmisión de información entre diferentes ámbitos de atención (AP-AH), (Δ).</p>

Traumatólogo / Enfermera / Rehabilitador

Actividades	Características de calidad
<p style="text-align: center;">6º</p> <p>HOSPITALIZACIÓN POSTQUIRÚRGICA</p>	<p>6.1 Se evaluarán las incidencias de la intervención quirúrgica.</p> <p>6.2 Se monitorizará la saturación de oxígeno a todos los pacientes al ingreso, y se mantendrá durante todo el tiempo que persista la hipoxemia. (Recomendación C) 10</p> <p>6.3 Se administrará oxígeno suplementario a todos los pacientes, durante al menos seis horas tras la anestesia general o espinal. Por la noche, durante las primeras 48 horas del postoperatorio, y durante todo el tiempo que persista la hipoxemia, medida por pulsioxímetro (Recomendación C) 10</p> <p>6.4 Deberá monitorizarse la temperatura, presión arterial, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, dolor, equilibrio hidroelectrolítico y diuresis (Recomendación B) 10</p> <p>6.5 En caso de retención urinaria, se aplicará sondaje intermitente ya que restablece antes la diuresis espontánea que el sondaje permanente (Recomendación A) 21</p>

Actividades	Características de calidad
	<p>6.6 Se recomienda el sistema de cribado nutricional MUST para la valoración de estado nutricional y se registrará el resultado obtenido (Ver Proceso de Soporte Nutrición Clínica y Dietética):^(AG) En caso necesario se administrará suplementos proteicos</p> <p>6.7 No debe prescribirse transfusión rutinaria en pacientes asintomáticos con nivel de hemoglobina superior a 8 g/dl. ^{(Recomendación B) 11}</p> <p>6.8 Se realizarán medidas de prevención y /o tratamiento de las úlceras por presión según la valoración del riesgo quirúrgico realizado. ^(AG)</p> <p>6.9 Se recomienda la deambulación precoz, asistida en las primeras 48 horas del postoperatorio ^{(Recomendación B) 10}, salvo contraindicaciones</p> <p>6.10 Se revisará la medicación al menos cada 24 horas ^{(Recomendación D) 18}</p> <p>6.11 En esta fase los cuidados irán orientados a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • NOC 1803 Conocimiento proceso de la enfermedad • NOC 1605 Control del dolor • NOC 1101 Integridad tisular; piel y membranas mucosas • NOC 0204 Consecuencias de la inmovilidad: fisiológicas • NOC 0205 Consecuencias de la inmovilidad: psicocognitivas • NOC 0208 Nivel de movilidad • NOC 1102 Curación de herida por primera intención • NOC 1302 Afrontamiento de problemas • NOC 2200 Adaptación del cuidador principal al ingreso del paciente en un centro sanitario • NOC 1004 Estado nutricional • NOC 0901 Orientación cognitiva • NOC 0004 Sueño • NOC 1909 Conducta de prevención de caídas • NOC 2202 Preparación del cuidador familiar domiciliario <p>6.12 Se utilizará el CAM (Confusion Assesment Method)^{(AG) 22} (Anexo 1) ante la sospecha de un posible Síndrome Confusional Agudo (SCA). Si se confirma ^{(Recomendación C) 22}:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificar y tratar la causa subyacente • Mantener al paciente en un ambiente sensorial adecuado • Disminuir al máximo el uso de sedantes y tranquilizantes mayores <p>6.13 Se deberá iniciar precozmente la medicación (deseablemente antes de que aparezca la conducta disruptiva)</p>



Actividades	Características de calidad
	<p>Si se confirma el SCA se establecerá tratamiento según:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Delirio sin agitación grave: <ul style="list-style-type: none"> - Administrar haloperidol vía oral a dosis de 0.5 mg cada dos horas a diario, después de la cena, hasta que cese el delirio. La recomendación general es una dosis máxima de 5 mg (oral o vía im) cada 24 horas pero puede ser necesario sobrepasarla dependiendo de la gravedad del cuadro, el peso y el sexo (Recomendación D) 18 - No existen pruebas de un efecto diferencial del haloperidol a dosis bajas sobre el control general del delirio en comparación con los antipsicóticos olanzapina y risperidona. (AG) 23 • Delirio con agitación aguda/grave (AG) 24 <ul style="list-style-type: none"> - Administrar Haloperidol parenteral (im, iv, sc) <ul style="list-style-type: none"> • Ancianos 2.5-5 mg/30-60 minutos, (hasta control de síntomas) • Adulto: 2.5-5 hasta 10-20 mg/30 minutos(hasta control de síntomas) • Dosis media 30 mg/día dosis máxima de 60-100 mg (60 mg si se combina con benzodiacepinas) <p>Si hay insuficiencia hepática se debe reducir a la mitad.</p> <p>6.14 Se realizará una evaluación precoz, por el rehabilitador que tendrá en cuenta (Recomendación B) 10.</p> <ul style="list-style-type: none"> • La situación funcional previa a la fractura • Comorbilidad • Apoyo social (incluyendo si el paciente ya tiene un cuidador o si alguien que está dispuesto y capaz de proporcionar este tipo de apoyo) • Estado cognitivo <p>6.15 Se ubicará el Programa de rehabilitación atendiendo a unos criterios: (AG)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Programa ambulatorio: <ul style="list-style-type: none"> - Soporte familiar y/ o social - Ausencia de discapacidad previa a la fractura - No barreras arquitectónicas • Programa domiciliario: <ul style="list-style-type: none"> - Soporte familiar y/o social limitado o institucionalizado - Presencia de barreras arquitectónicas - Imposibilidad de desplazamiento por comorbilidad <p>6.16 Se valorará antes del alta hospitalaria el progreso y consecución de (Recomendación D) 10:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sedestación estable • Bipedestación con andador con o sin ayuda de cuidador (en pacientes previamente deambulantes y con estabilidad de la osteosíntesis o artroplastia)

Actividades	Características de calidad
	<ul style="list-style-type: none"> • Conocimiento por parte del paciente y/o cuidador de posturas o movimientos “prohibidos” • Realización de las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) de forma autónoma o con suplencia del cuidador • Control del dolor postquirúrgico <p>6.17 En esta fase los cuidados irán orientados a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • NOC 1803 Conocimiento de la enfermedad • NOC 0208 Nivel de movilidad • NOC 0311-0312 Preparación del alta: vida independiente o con apoyos • NOC 0313 Nivel de autocuidados • NOC 2202 Preparación del cuidador familiar domiciliario • NOC 1302 Afrontamiento de problemas • NOC 1605 Control del dolor • NOC 1101 Integridad tisular: piel y membranas mucosas • NOC 1909 Conducta de prevención de caídas • NOC 1608 Control de síntomas • NOC 1806 Conocimiento: recursos sanitarios <p>6.18 Se recomendará un programa de ejercicios domiciliarios en carga para mejora el equilibrio y la capacidad funcional en los pacientes ancianos <i>(Recomendación B) 25</i></p> <p>6.19 Se realizará informe de alta que incluirá prescripción detallada de tratamiento analgésico, profilaxis tromboembólica, cuidados y tratamiento rehabilitador. <i>(AG)</i></p> <p>6.20 Se gestionará cita de revisión por Traumatología y exploración radiológica para control evolutivo</p> <p>6.21 Se garantizará la transmisión de información entre diferentes ámbitos de atención (AP-AH), .</p>

Médico de Familia / Traumatólogo/ Enfermera

Actividades	Características de calidad
<p>7º SEGUIMIENTO</p>	<p>7.1 Se realizará seguimiento precoz, mediante contacto telefónico en las primeras 24 horas, tras el alta hospitalaria <i>(AG)</i></p> <p>7.2 Se planificará visita domiciliaria, que incluya valoración de: <i>(AG)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Síndrome post-caída • Existencia de riesgo social • Existencia de barreras arquitectónicas y necesidad de adaptaciones 

Actividades

Características de calidad

- La disponibilidad en el domicilio de los recursos materiales necesarios para el plan de rehabilitación prescrito
- Necesidades de entrenamiento en el uso de dispositivos de apoyo o inclusión en tratamiento rehabilitador ambulatorio
- Existencia de problemas de afrontamiento a la nueva situación
- Estado de la herida quirúrgica
- Cumplimiento del régimen terapéutico
- Los riesgos intrínsecos y extrínsecos que puedan afectar a la seguridad del paciente mediante instrumentos estandarizados en la valoración funcional (Barthel), cognitiva (Pfeiffer), riesgo de caídas (⚠) y riesgo de UPP (Braden o Norton) (⚠)

7.3 En esta fase los cuidados irán orientados a:

- NOC 1101 Integridad tisular
- NOC 1102 Curación de la herida por primera intención
- NOC 0208 Movilidad
- NOC 1302 Afrontamiento de problemas
- NOC 1909 Conducta de prevención de caídas
- NOC 1802 Conocimiento: dieta
- NOC 1808 Conocimiento: medicación
- NOC 1828 Conocimiento: prevención de caídas

7.4 (i) Se informará al paciente y al cuidador principal de: ^(AG)

- Cuidados básicos en el domicilio
- Riesgos identificados y medidas preventivas necesarias
- Pautas precisas para evitar errores en la medicación (⚠)
- Ejercicios físicos pertinentes a realizar para la recuperación funcional, así como de los avances obtenidos en la rehabilitación
- Necesidad de adaptaciones necesarias: elevadores de WC o modificaciones ambientales
- Recursos sociales existentes que pudieran necesitarse así como de ayudas de adaptación de viviendas

7.5 Se recomendará para la prevención secundaria de fractura de cadera ^{(AG) 26}:

- Medidas generales
 - Ejercicio diario adaptado individualmente
 - Exposición moderada al sol
 - Evita tabaco
 - Reducir ingesta elevada de alcohol y tabaco
- Tratar factores de riesgo de caídas detectados
 - Ejercicios de fortalecimiento y equilibrio
 - Adaptación de los riesgos del hogar

Actividades	Características de calidad
	<ul style="list-style-type: none"> - Recomendar cirugía de cataratas - Deshabitación de benzodiazepinas • Tratamiento farmacológico <ul style="list-style-type: none"> - Colecalciferol 800 UI + Calcio 1200mg /día <i>(Recomendación B) 27</i> <p>7.6 Se recomienda la Escala de Black (fracture index) <i>(AG) 28</i> (Anexo 2) para la predicción de riesgo de fractura y test “Time up and go, turn 180°” * para riesgo de caídas</p> <p>7.7 Para la prevención secundaria de fractura de cadera se recomienda absorciometría dual con rayos X (DEXA) para evaluar la densidad mineral ósea a toda persona comprendida entre 65 y 74 años. A partir de 75 años el riesgo de sufrir una segunda fractura es tan elevado que no es necesaria la realización de DEXA</p> <p>7.8 En paciente con resultado de DEXA de una osteopenia (> -2.5 DE), se efectuará reevaluación de factores de riesgo cada 2 años. <i>(AG) 27</i> (Escala de Black + Test de riesgo de caídas)</p> <p>7.9 Se recomienda tratamiento con alendronato semanal, más suplementos adecuados de calcio y vitamina D <i>(Recomendación A) 28</i>, durante 5 años <i>(AG)</i>:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pacientes con fractura por fragilidad y mayores de 75 años • Pacientes con fractura por fragilidad y osteoporosis densitométrica (osteoporosis establecida) <p>7.10 Se realizará consulta con traumatólogo a los 10-14 días tras el alta hospitalaria, evaluándose:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evolución radiológica • Intensidad de dolor • Cumplimiento tratamiento antitrombótico • Deambulación con o sin ayuda • Habilidad para desplazarse en escaleras y levantarse del asiento • Incidencias desde el alta hospitalaria • Cuidado de la herida quirúrgica • Amplitud de la movilidad de la cadera • Modelo de marcha <p>7.11 Si la osteosíntesis está consolidada y no existe contraindicación, se remitirá informe definitivo a su médico responsable de AP, para garantizar la transmisión de la información entre profesionales de diferentes ámbitos de atención </p> <p>7.12  La información al paciente y/o familia será reglada y precisa en función de la situación del paciente, respondiendo a sus demandas y expectativas.</p>

* Consiste en pedir al paciente que se levante de la silla, camine 3 metros, dé la vuelta y se siente de nuevo. Se cronometra el tiempo empleado. Tiempos superiores a 20 segundos aconsejan valoraciones más exhaustivas