

CRITERIOS DE CALIDAD EN LA ATENCIÓN DE LOS ANCIANOS CON FRACTURA DE CADERA POR EL DISPOSITIVO DE URGENCIAS EXTRAHOSPITALARIAS

AUTORÍA

Villarejo Aguilar, Luis*

*Enfermero del Dispositivo de Cuidados Críticos y Urgencias.

RESUMEN

La fractura de cadera en el anciano representa no sólo un problema médico importante por su alta prevalencia y morbimortalidad, sino también un problema social de gran magnitud, por lo que la asistencia en base a una metodología claramente definida en el proceso asistencial se convierte en una cuestión prioritaria de cara a mejorar la atención prestada y con ello la calidad asistencial. Con el presente estudio se pretende evaluar nuestra práctica asistencial, en la atención extrahospitalaria de la fractura de cadera en el anciano, para realizar posteriormente las correcciones necesarias y continuar con el proceso de mejora continua.

PALABRAS CLAVE

Fractura de cadera, luxación, caída, calidad asistencial, servicio emergencias extrahospitalario.

INTRODUCCIÓN

La Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, a través de la Secretaría de Calidad y Eficiencia, desarrolló un modelo de gestión de procesos asistenciales integrados mediante los cuales se analiza las actuaciones desde que el paciente demanda una asistencia hasta que ésta termina, haciendo que la continuidad asistencial y la coordinación entre los diferentes niveles asistenciales se conviertan en elementos esenciales. El Servicio Andaluz de Salud incluye entre los procesos prioritarios a la Fractura de Cadera por su elevada incidencia en ancianos (33.000 casos/año) además del coste económico y social que afecta directamente a quien la padece e indirectamente a su estructura de apoyo. La fractura de cadera, en los pacientes ancianos, genera una demanda de asistencia urgente y es la causa más frecuente de ingreso en el hospital en los servicios de traumatología y ortopedia. Las fracturas de cadera constituyen un 20% de todas las fracturas en España, el 90% de las mismas ocurren en personas mayores de 64 años, observándose un crecimiento exponencial de su incidencia por grupos de edad; siendo más frecuente en mujeres por la asociación de esta patología con la osteoporosis. La etiología es, por lo general, una caída con impacto directo sobre la cadera, aunque en pacientes ancianos y/o osteoporóticos la fractura puede preceder a la caída por suceder de forma espontánea, siendo ésta la

causa y no la consecuencia. En España la mortalidad por fractura de cadera en el primer año es del 15-25% y deja una discapacidad permanente en el 50% de los casos. Además tiene efectos importantes a nivel individual y de salud pública y se prevé que aumenten en los próximos años, debido al incremento esperado en su incidencia. Además del envejecimiento hay otros factores de riesgo que contribuyen a aumentar el número de casos como son:

- Patología crónica que provoca incapacidad funcional.
- Polimedicados.
- Deterioro mental: cognitivo o depresión.
- Incapacidad para realizar las AVD o para salir a la calle.
- Edad mayor de 80 años.
- Aislamiento social o carencia de familia que lo atienda aunque cuente con otros apoyos.

También si presenta alguno de los siguientes factores:

- Historia de caídas en el último año.
- Bajo nivel de actividad física.
- Bajo peso.
- Trastornos del sueño.
- Fractura previa asociada con osteoporosis.
- Alcoholismo.
- Consumo de tabaco.
- Escasa exposición al sol.
- Sexo femenino.

La fractura de cadera en el anciano comienza por la demanda de asistencia prehospitalaria, es pues, el primer eslabón en la asistencia en la patología traumática y debe asegurar la asistencia a estos pacientes conforme a protocolos establecidos. La metodología que utilizaremos está basada en la protocolización de la asistencia prestada y la adherencia a las recomendaciones internacionales y guías de práctica clínica. Esta forma de trabajo protocolizada y estandarizada debe ser utilizada en el ámbito de urgencias porque la rapidez de la actuación es crucial en este ámbito, delimita muy bien las competencias de cada profesional y su actuación en este campo, y así evitar la improvisación que nos llevaría a cometer errores que podrían poner en apuros nuestra seguridad y la del paciente.

Es necesario en nuestro ámbito prehospitalario trabajar, desarrollar y mejorar el PAI fractura de cadera en el anciano cumpliendo los criterios de calidad con el objetivo de disminuir la variabilidad en la práctica clínica garantizando la continuidad de la asistencia y con el objetivo final de lograr que la ciudadanía reciba un servicio personalizado y de calidad que responda a sus necesidades y expectativas.

OBJETIVO GENERAL

Conocer la práctica asistencial en la atención a la fractura de cadera y el grado de cumplimiento de los criterios de calidad del PAI fractura de cadera en el anciano. Objetivos específicos:

- La disminución de la variabilidad en la práctica clínica de emergencias.
- Acortar los tiempos en la toma de decisiones clínicas.
- La optimización del uso de los recursos utilizados.
- Mejorar la calidad de la atención en la fractura de cadera extrahospitalaria.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio de diseño observacional descriptivo trasversal, realizado en una Zona Básica de Salud. La población de estudio fue la de todos los pacientes atendidos por DCCU con sospecha de fractura de cadera, mayor de 65 años. La muestra de pacientes para el estudio se obtiene intencionalmente de forma retrospectiva durante 36 meses. Se estudian las características sociodemográficas de los pacientes incluidos en la muestra y las medidas terapéuticas consensuadas que constituyen el proceso asistencial PAI fractura de cadera en el anciano de la Consejería de Salud: identificación del paciente, valoración inicial ABC, inmovilización, toma de

constantes y cuidados administrados (vía venosa, analgesia).

La fuente de datos se extrajo de la revisión manual de la copia de los informes de asistencia y registros historia de salud digital. Así mismo se excluyeron del estudio los informes incompletos.

Análisis estadístico: descriptivo con medias y desviación estándar para variables cuantitativas y frecuencias y porcentajes para variables cualitativas.

RESULTADOS

En el período analizado existen 43 informes de asistencia de pacientes con sospecha de fractura de cadera de los cuales 27,5% son hombres y 72,5% mujeres. La edad media de los pacientes atendidos es de $78 \pm 5,1$ años. La causa suele ser por caída generalmente en su propio domicilio 65 %, en vía pública 15 %, en residencia 8 %. Son trasladados al Hospital de referencia el 100% de las fracturas de cadera, en gran mayoría por equipo médico 80% y en menor proporción en ambulancia convencional 20%. En relación a las medidas en la atención prehospitalaria recomendadas en el PAI fractura de cadera en el anciano: identificación paciente 100%, valoración ABC 100%, inmovilización 100%, toma de constantes 100%, vía venosa 67%, analgesia 74%. La analgesia empleada por vía parenteral queda distribuida en la tabla 1.

Tabla 1. Medicación analgésica

Fármaco	Número	Porcentaje
Paracetamol	16	51,6%
Diclofenaco	6	19,3%
Nolotil	5	16,1%
Fentanilo	1	3,1%
Morfina	1	3,1%
Dolantina	1	3,1%
Adolonta	1	3,1%

CONCLUSIONES

A la vista de los resultados obtenidos, creemos que el grado de cumplimiento de los objetivos del PAI ha sido alto, si bien con esta evaluación hemos detectado además áreas de mejora que deben permitirnos seguir el proceso de mejora continua. Hemos detectado que se deben adecuar la canalización de vías venosas en cuanto a que si se traslada con equipo médico debiera portar catéter venoso, preferiblemente con catéter 18G. La vía más utilizada es la intravenosa (67%) probablemente por su rapidez de acción. Se usan desde el inicio analgésicos clasificados como potentes y no incluidos en el grupo de los derivados mórficos. Debido al uso de este tipo de fármacos no suele precisarse la administración de un segundo fármaco para tratar el dolor agudo provocado por la fractura. Existe sin embargo un nulo empleo de escalas de medición del dolor con un uso moderado de

medicamentos analgésicos durante la atención prehospitalaria, debido a la falta de conocimiento sobre su uso, así como mitos y creencias erróneas, sumado a la deficiente regulación médica en algunos sistemas de transporte sanitario, además de la aparición de tendencias cada vez más generalizadas como la valoración y traslado rápidos, y la carencia de estudios controlados aleatorios sobre este tópico. En resumen, creemos que la progresiva implantación de un Plan de Mejora de la Calidad de la Asistencia, en los DCCU, para la Fractura de Cadera en el Anciano basado en el modelo de Procesos Asistenciales Integrado nos permite modificar las medidas correctoras en las áreas detectadas tras la evaluación y de esta forma disminuir la variabilidad en la práctica clínica, acortar los tiempos de actuación, optimizar los recursos disponibles y en último término, mejorar nuestra práctica asistencial.

BIBLIOGRAFIA

1. Fractura de cadera en el anciano: Proceso asistencial integrado. Sevilla: Consejería de Salud. 2002.
2. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Prevención y tratamiento de las fracturas de cadera en personas ancianas. Guía clínica nacional. 2002.
3. Guía de diseño y mejora continua de procesos asistenciales: calidad por sistema. Sevilla: Consejería de Salud, 2001.
4. Serra JA, Garrido G, Vidán M, Marañón E, Brañas F, Ortiz J. Epidemiología de la fractura de cadera en ancianos en España. *An Med Int* 2002; 19 (8): 389-395.
5. Martínez Rondanelli A. Fracturas de cadera en ancianos. Pronóstico, epidemiología. Aspectos generales. Experiencia. *Rev Col de Or Tra.* 2005;19(1):20-28.
6. Campos F, Girbes I, Canto M, González E. Fractura de cadera. Un problema que previsiblemente aumentará en los próximos años. *Enferm Integral.* 2005;(71):17-20.
7. Manual de indicadores de actividad y calidad para urgencias y emergencias sanitarias 2011. Plan Andaluz de Urgencias y Emergencias. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud Junta de Andalucía. <http://www.sas.junta-andalucia.es/>
8. Villarejo Aguilar L, Zamora Peña MA, Ybarra Lara A. Abordaje de calidad del paciente con sospecha de ACV/Ictus por el DCCU extrahospitalario. *Rev Enfermería de Urgencias.* 2011; (1):28-31.