

## **CLÍNICA PARA PACIENTES CON FRACTURA OSTEOPORÓTICA DE CADERA**

**HOSPITAL UNIVERSITARIO LUCUS AUGUSTI**

**Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología**

**Servicio de Medicina Interna**

**Servicio de Anestesiología y Reanimación**

**Servicio de Rehabilitación**

**Servicio de Urgencias**

**Dirección de Procesos con Ingreso**

*Noviembre 2015*

# Objetivos asistenciales



Valoración precoz de comorbilidad



Conciliación de la medicación domiciliaria



Cirugía precoz, con preferencia en las primeras 24-48h posteriores al ingreso hospitalario



Establecimiento de protocolos asistenciales para los procedimientos y complicaciones más frecuentes



Asegurar un seguimiento clínico adecuado por parte del especialista en Traumatología y de Medicina Interna durante el ingreso



Proporcionar información al paciente y sus familiares, coherente y continuada, por parte de todos los profesionales implicados en el proceso



Decisión consensuada e informe único de alta hospitalaria (COT y MI)



Todos los enfermos deben recibir tratamiento para la osteoporosis al alta hospitalaria

# Equipo asistencial multidisciplinar

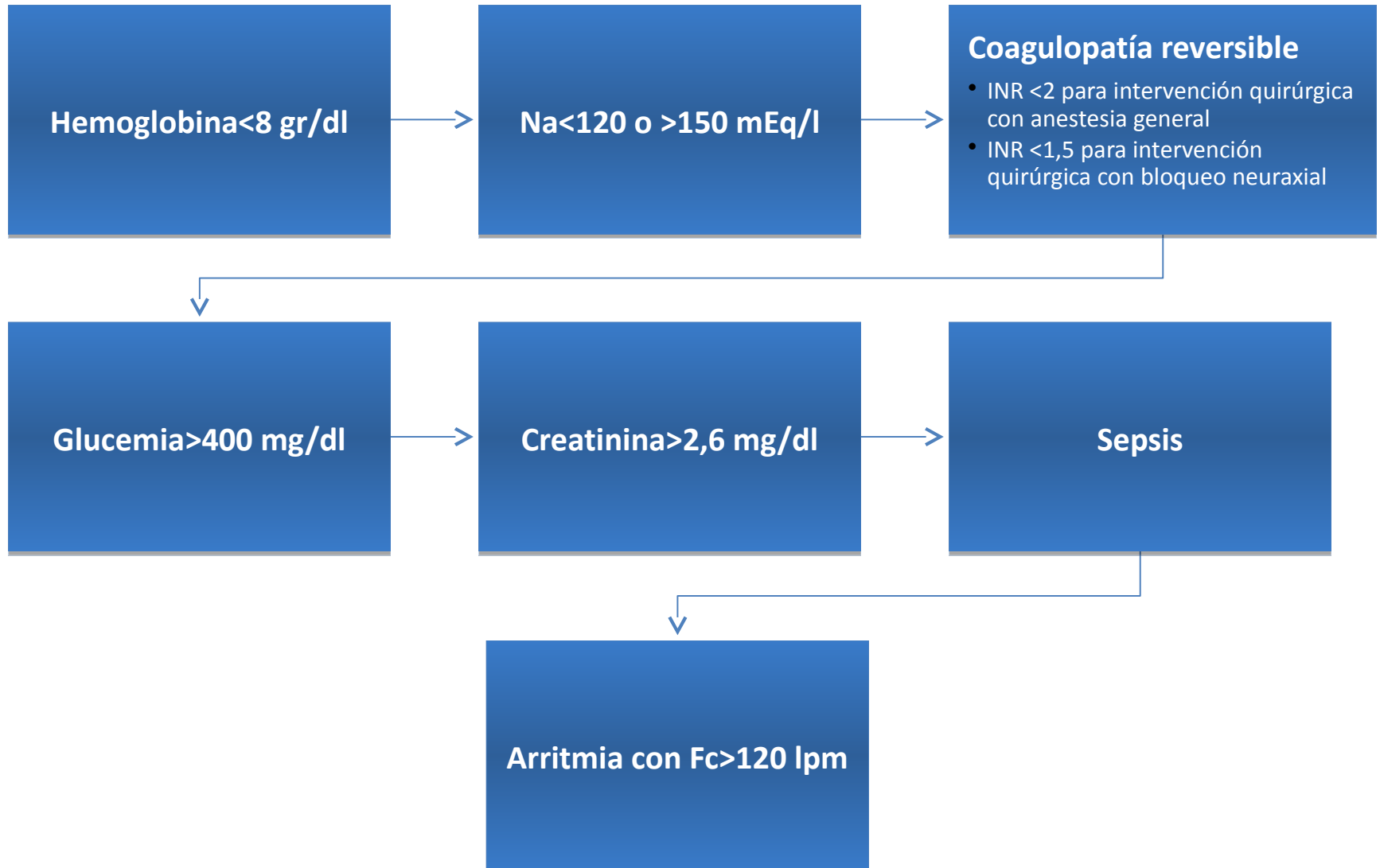
## Reunión semanal

- **Lunes 9:30 am, aula de sesiones en planta de hospitalización 2B**
- **Programación de las actuaciones y procedimientos previstos para esa semana, incluyendo el plan de quirófano, incidencias y altas hospitalarias previstas.**

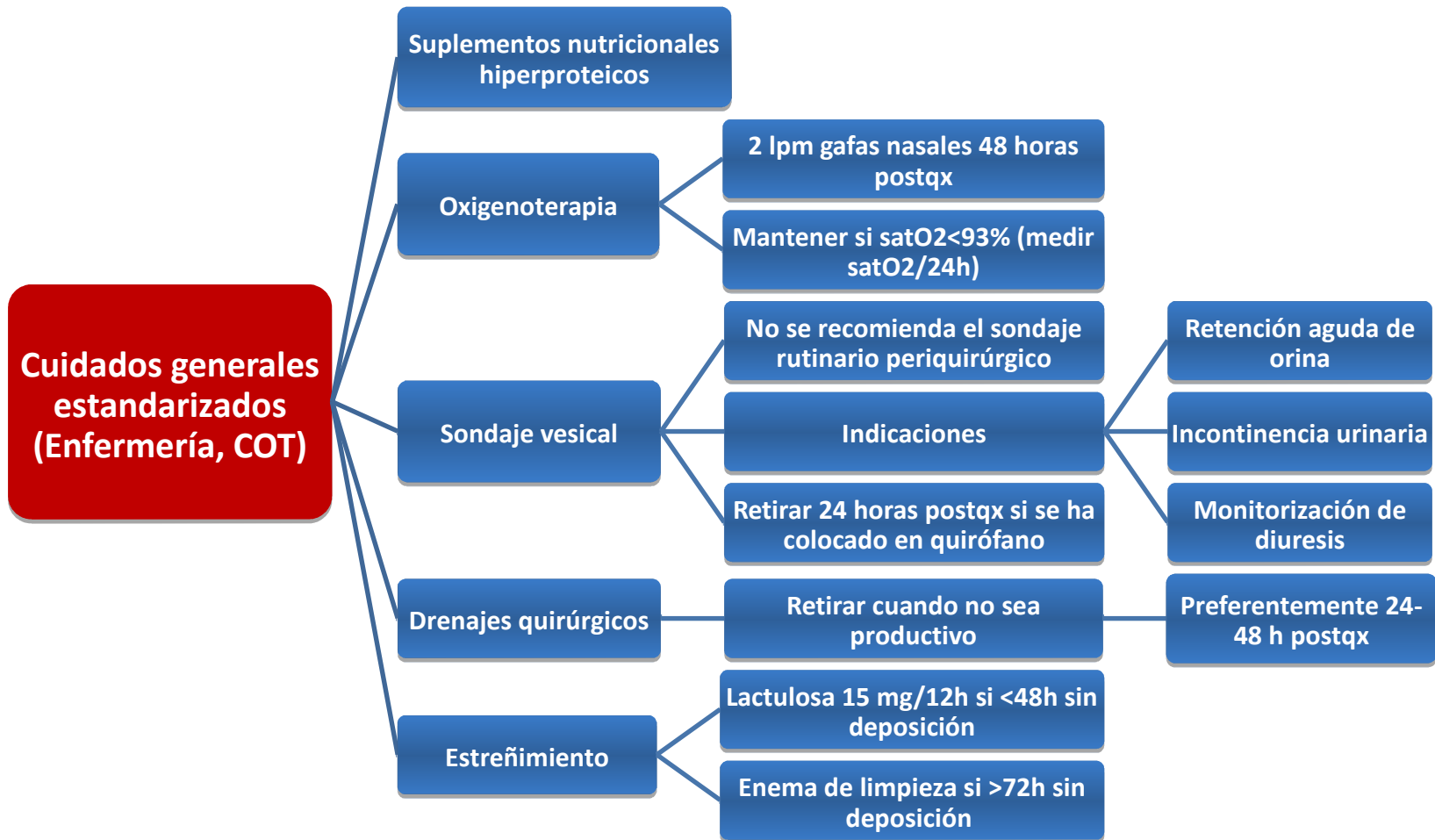
## Todos los integrantes del equipo se podrán localizar mediante teléfono buscapersonas en horario ordinario de trabajo

- **COT- 536613**
- **MI- 536615**
- **AR- 537790**
- **Enfermería- 537990/537911**
- **TS- 536838**
- **RHB-537561**

# Causas clínico-analíticas de aplazamiento de la intervención quirúrgica y que precisan valoración médica previa a la cirugía (AR, MI)



# Hospitalización postquirúrgica (I)



## Principios generales

- La vía analgésica de elección será la intravenosa. Se sustituirá por analgesia oral con buen control analgésico y a partir de la tolerancia oral de los mismos
- Es recomendable pautar analgesia de rescate, protección gástrica y rescate antiemético

## Pauta analgésica

- Paracetamol 1-2 gr/6-8h iv a todos los pacientes salvo contraindicación médica
- Rescate: metamizol magnésico 2gr/8h iv
- En caso de mal control de dolor o dolor postoperatorio: morfina 1-2 amp + primperán 2 amp en 250 ml de suero salino en perfusión ev, con inicio en 5-10 ml/h. Individualizar dosis y ritmo en función de la edad y comorbilidad del paciente
- Se desaconseja el empleo rutinario de ketorolaco o dexketoprofeno

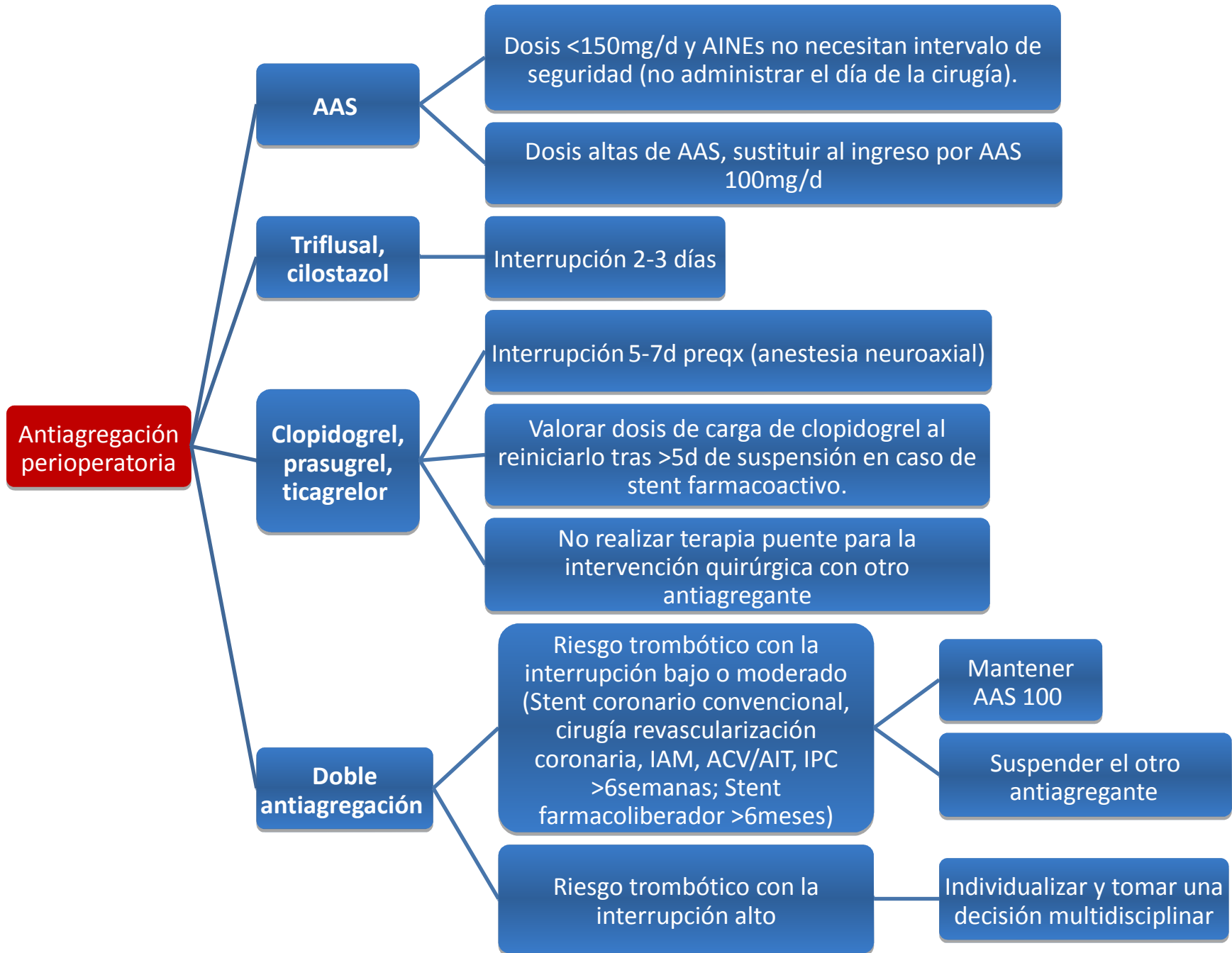
# Síndrome confusional agudo

## Prevención, medidas generales

- Corregir aislamiento sensorial: permitir asistencia de familiares, evitar ruido, mantener gafas, audífono...
- Separar pacientes con delirium si comparten habitación
- Evitar medidas de restricción física (sujeción)
- Corrección de trastornos electrolíticos
- Evitar estreñimiento
- Tratamiento de la retención aguda de orina y manejo de sonda vesical
- Oxigenoterapia: administrar a todos los pacientes, por gafas nasales 2 lpm, 24-48h postquirúrgico
- Tratamiento del dolor: no administrar AINES ni petidina
- Movilización precoz

## Tratamiento farmacológico (opciones)

- No usar fármacos (ej. neurolépticos) como profilaxis
- No usar BZD salvo casos especiales
- Haloperidol: 0,5-1 mg/6h vo (1 gota-0,1 mg) o 2,5 mg im (1 amp-5mg)
- Tiaprida: 100-200 mg/12h vo (1 comp-100mg) o iv (1 amp-100mg)
- Risperidona: 0,25-0,5 mg/12h vo (1 comp-1mg; 1ml-1mg)
- Olanzapina: 2,5-5 mg/24h vo (comp de 2,5, 5 y 10 mg)





# *Anticoagulación y terapia puente perioperatoria (I)*

La fractura de cadera se considera de riesgo hemorrágico alto (categoría cirugía mayor >45 min)

**Si riesgo trombótico alto:** terapia puente

- Válvula cardiaca mecánica
- ACV/AIT < 6m
- FA CHADS<sub>2</sub> ≥ 5
- Válvula reumática mitral
- ETV < 3m o trombofilia grave

**Si riesgo trombótico moderado o bajo** (resto de supuestos): no terapia puente

INR permitido para quirófano

**Bloqueo neuraxial: < 1,5**

**Anestesia general: < 2**

**Corregir si intervención urgente: plasma fresco, vit K ev**

# *Anticoagulación y terapia puente perioperatoria (II)*

	<b>Suspender</b>	<b>Reiniciar</b>
<b>Acenocumarol</b>	Hasta INR 2/1,5 (anestesia neuraxial)	48-72h
<b>Dabigatran</b>	72h (FG<50 96h)	48-72h
<b>Rivaroxaban/Apixaban</b>	48h (FG<50 72h)	48-72h
<b>HNF</b>	4-6h	12h
<b>HBPM profiláctica</b>	12h	12h
<b>HPBPM anticoagulante</b>	24h (12h si TEP<1m)	48-72h
<b>Fondaparinux</b>	36-48h	12h

**Tiempos mínimos de suspensión prequirófano**

## *Profilaxis antibiótica*

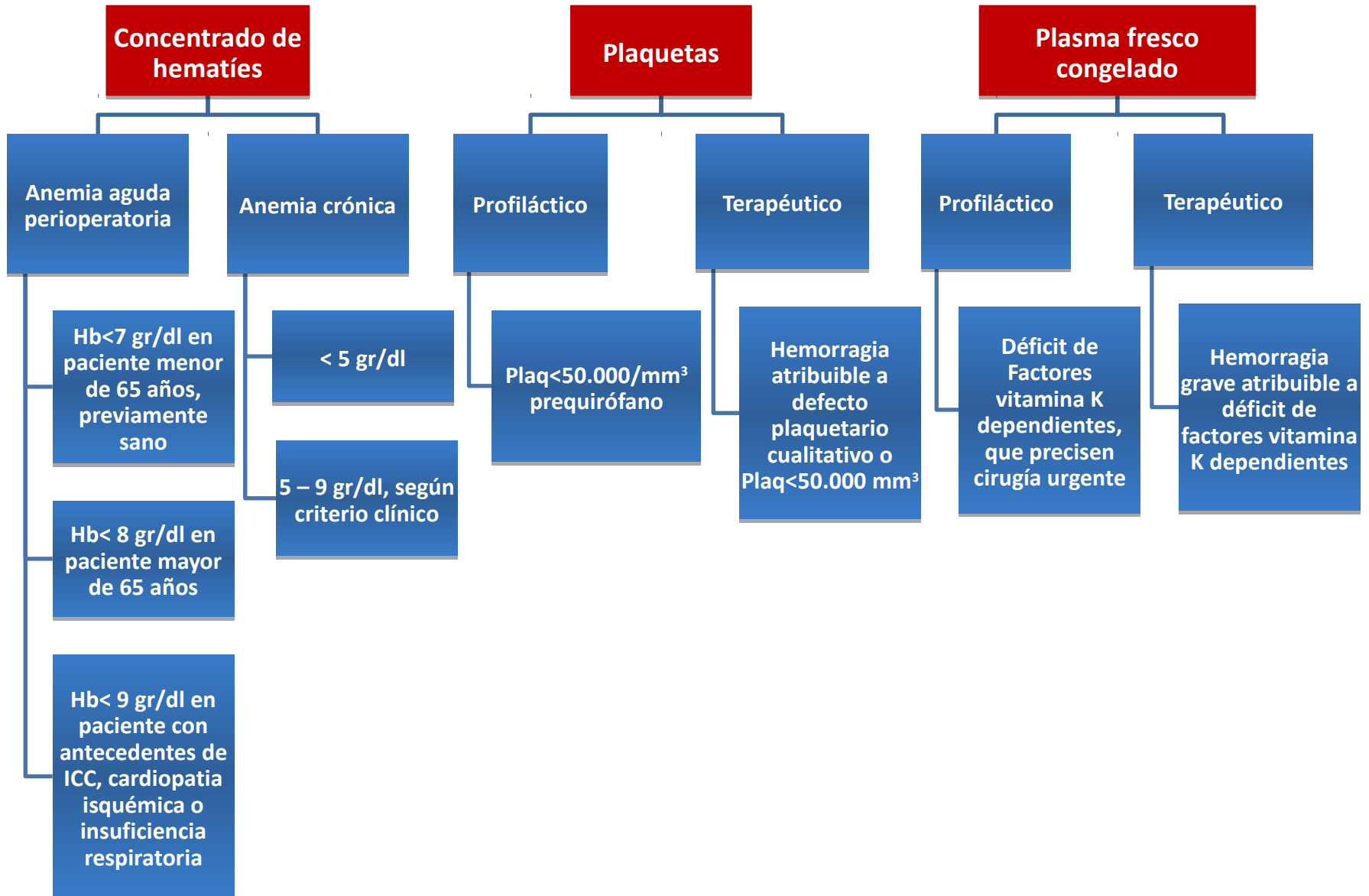
### Cefazolina 1gr (<80kg) o 2 gr (>80 kg)

- Administración en la planta de hospitalización, previa notificación desde quirófano de la previsión de tiempo hasta la incisión quirúrgica
- 30-60 minutos antes de la incisión quirúrgica, y cada 6h 3 dosis postquirúrgico (total 24h) independientemente del uso de redones

### Teicoplanina 400 mg + gentamicina 240 mg

- En alérgicos a penicilina
- 30-60 minutos antes de la incisión quirúrgica, dosis única, independientemente del uso de redones

# Transfusión de hemoderivados



# Osteoporosis

## Dieta rica en lácteos

- 3 vasos de leche/d + 1 yogurt aportan 1000 mg calcio, con preferencia sobre suplementos de calcio

## Vitamina D (se administrará a todos los pacientes)

- Si insuficiencia de vitD (20-29 ng/ml): calcifediol 266 mcg 1 cada 7 días 6 semanas y después 1 quincenal
- Si deficiencia de vitD (<20 ng/ml): calcifediol 266 mcg 1 cada 48h 6 semanas y después 1 quincenal

## Tratamiento adicional a la vitamina D

- Se considerará tratamiento con antirresortivos u otros en aquellos enfermos con un pronóstico vital estimado por su situación basal superior a 2 años
- Bifosfonatos (preferente):
  - No iniciar bifosfonatos durante el ingreso, diferir hasta 4 semanas después del alta
  - Paciente con FG >35 y buena adherencia a tto oral y tolerancia digestiva: bifosfonato oral (alendronato 75mg/semana o risedronato 35 mg/semana)
  - Paciente con FG >35 y mala adherencia a tto oral o intolerancia digestiva: bifosfonato ev (zoledronato), pautar 6 semanas después del alta
- Denosumab (60 mg sc/6 m): considerar en pacientes con FG < 35. Iniciar 4 semanas después del alta
- Teriparatida (20 mcg sc/d): considerar en pacientes con fractura atípica o fallo de tto con antirresortivos

# *Pruebas complementarias protocolizadas*

## **Día 0 (ingreso), área de URGENCIAS**

- Rx tx y cadera. TAC/RMN cuando proceda
- EKG
- Perfil urgencias y coagulación
- Solicitar perfil de fractura de cadera

## **Postoperatorio inmediato**

- Perfil urgencias
- Rx control de cadera PA

## **24h postoperatorio**

- Perfil urgencias

## **72h postoperatorio (según criterio clínico)**

- Perfil urgencias