

III CONGRESO INTERNACIONAL VIRTUAL DE ENFERMERÍA Y FISIOTERAPIA CIUDAD DE GRANADA

"Innovación y mejora en la calidad de los cuidados integrales al paciente como derecho del ciudadano"

TRABAJO MULTIDISCIPLINAR PARA GARANTIZAR LA CONTINUIDAD DE CUIDADOS EN LA FRACTURA DE CADERA

Autor principal ROSA MARIA MORENO GOMEZ

CoAutor 1 RAFAEL GARZÓN BENÍTEZ

CoAutor 2 FRANCISCO JOSE GONZALEZ SANCHEZ

Área Temática Innovación y mejora en la calidad de los cuidados integrales en el Área Comunitaria

Palabras clave ATENCIÓN DE ENFERMERIA FRACTURAS DE CADERA ATENCIÓN DOMICILIARIA DE SALUD COMUNICACIÓN INTERDISCIPLINARI A

» Resumen

Las fracturas y particularmente la fractura de cadera, es una patología de creciente importancia en las personas de edad avanzada, tanto por las consecuencias que ella implica, como por los importantes costes sociales y económicos provocados.

Este estudio está enfocado hacia la coordinación del trabajo multidisciplinar para transmitir una atención de calidad y segura, enfocándose desde el trabajo enfermero en las áreas de dependencia afectadas, para incidir en ellas mediante los problemas de salud detectados e intervenciones específicas para tales problemas. Nos centramos en una atención temprana para una mayor y más pronta recuperación funcional y así poder recuperar su autonomía a la mayor brevedad posible, transmitiéndoles seguridad en el cuidado para evitar en lo posible miedos y temores a una nueva caída.

A modo de resumen, podemos concluir que nos encontramos ante un proceso de enorme trascendencia por su frecuencia, coste, gravedad y potencial incapacitante, por tanto, es necesario mantener y mejorar nuestros esfuerzos en su prevención, reparación y recuperación, para que abordemos el problema en todos sus frentes.

» Contexto de partida. Antecedentes. Experiencias previas. ¿Dónde se realizó el trabajo? ¿En qué tipo de organización o departamento? ¿Cómo surge? ¿Hay experiencias previas en el área desarrollada?

La fractura de cadera constituye una afección de rasgos epidémicos que afecta en especial a mujeres seniles de raza blanca, además añadir que 9 de cada 10 fracturas se producen en personas mayores de 60 años, siendo el riesgo de fractura la disminución de la densidad ósea. Cabe señalar, que estas articulaciones soportan todo el peso del resto del organismo, por lo tanto son el apoyo imprescindible para poder caminar. La mayoría de las complicaciones, cuando ocurren, son después del acto quirúrgico. Las más frecuentes son: anemia, infecciones de la herida, trombosis venosa o pulmonar, infecciones respiratorias y la confusión mental, que debe diferenciarse claramente de la demencia, pues es reversible y probablemente la consecuencia de todo el estrés sufrido por el enfermo desde que se ha producido la fractura.

El buen pronóstico es directamente proporcional a la situación funcional previa de la persona, de modo que los que eran independientes para desplazarse y caminar, irán mejor que los que ya requerían ayuda o lo hacían con dificultad.

El tratamiento de la fractura de cadera requiere un trabajo multidisciplinario, tanto en el ámbito hospitalario como en atención primaria, garantizando una continuidad asistencial. En cualquier caso, la rehabilitación y el seguimiento continuado de este tipo de enfermos es clave en su pronóstico funcional, y por eso cobra importancia la coordinación los diferentes profesionales sanitarios implicados en el proceso, garantizando unos cuidados integrales.

Objetivos:

- 1.- Lograr el óptimo beneficio de la atención del usuario.
- 2.- Valoración integral de enfermería, atendiendo a las 4 áreas principales:
 - 2.1.- Área Clínica:
 - o Estado postquirúrgico (herida, complicaciones, estado general,...)
 - o El cuidador (alimentación, higiene, eliminación,...)
 - o Movilidad (transferencias, manejo del régimen terapéutico, estado nutricional,...)
 - 2.2.- Área funcional:
 - o Índice de Barthel (ABVD).
 - o Índice de Lawton (AIVD)
 - 2.3.- Área mental:
 - o Función cognitiva (PFEIFER)
 - o Función afectiva (YESAVAGE)
 - 2.4.- Área Social:
 - o Índice de esfuerzo del cuidador.
 - o Riesgo de vivienda
 - o Riesgo social
- 3.- Valoración del entorno físico y del cuidador principal.
- 4.- Valoración de los riesgos potenciales.
- 5.- Actuación sobre problemas y riesgos detectados.
- 6.- Actuaciones para conseguir la máxima recuperación funcional posible.
- 7.- Evaluación del proceso.

» Descripción del problema. ¿Sobre qué necesidades o problemáticas del contexto pretendía actuar el proyecto? ¿Cómo se analizaron las causas de esos problemas? ¿Qué tipo de intervención se realizó? ¿Cómo se cuantificó el problema?

La tendencia actual de reducir las estancias hospitalarias crea la necesidad de una buena coordinación entre los distintos niveles asistenciales para asegurar la continuidad de los cuidados al alta hospitalaria. Los profesionales sanitarios son los que asumen la responsabilidad sobre esta realidad. Otro aspecto importante

que se tiene que considerar

en las fracturas de cadera en ancianos es que limitan repentinamente su autonomía, su capacidad para deambular y realizar las actividades cotidianas durante el período de la recuperación. Un factor predictivo de esta recuperación es la capacidad previa para caminar fuera de casa, así como la actitud y colaboración del paciente, ya que muchos ancianos experimentan temor ante la posibilidad de una nueva caída. Por todo ello, las necesidades de cuidados de estos ancianos se ven incrementadas tras la fractura durante un largo período, a veces de forma permanente. Estas necesidades de cuidados recaen tanto en los profesionales de enfermería como en las familias.

Específicamente en el ámbito de la atención primaria los problemas detectados tras el alta hospitalaria por fractura de cadera, deriva en las manos del profesional de enfermería la solución o minimización de los efectos adversos, entre los que encontramos:

- El alta hospitalaria durante el fin de semana que impide la atención en las primeras 24/48 horas tras el alta.
- Falta de una unificación de criterios en cuanto a la cura de la lesión post-quirúrgica.
- Retraso en los ejercicios de recuperación funcional, tanto por la demora en la gestión de la cita, como por la lista de espera.
- Miedo a la utilización del material ortoprotésico por temor a nuevas caídas.

» Soluciones aportadas / Viabilidad / Aplicabilidad. Coste-Beneficio. ¿Cuáles fueron los efectos y cómo se midieron? ¿Hasta qué punto las soluciones aportadas resolvieron el problema?

A.- Establecimiento de un programa de calidad, abordándose desde una aproximación multidisciplinar que contemple de manera global todos los extremos susceptibles de mejora. En donde se contemple una implicación positiva del cuidador principal.

B.- Protocolizar los cuidados de la lesión post-quirúrgica, a través de la realización de curas cada 48 horas con clorhexidina y oclusión con apósito estéril, salvo complicación (hemorragia, infección, hematoma) de la lesión, en la que los cuidados se modificarán tras la interconsulta con los profesionales sanitarios que fuesen necesarios. Realizaremos un trabajo cicatricial: tras la retirada de las grapas, utilizando aceite de rosa de mosqueta para eliminar adherencias. y aplicando frío local. Para un trabajo vascular se iniciarán masajes para favorecer el retorno venoso.

C.- Indicar al paciente y/o familia una serie de ejercicios de rehabilitación, para realizar en el domicilio, tanto una movilización pasiva, activa o con carga, así como, la utilización correcta del material ortoprotésico:

1- Movilización pasiva: comenzaremos con movilización pasiva de espalda, cadera, pierna y tobillo del miembro afecto, nuestro objetivo es aumentar los rangos de movilidad articular.

1.1.- Referente a los ejercicios de espalda: flexión anterior, extensión, inclinación lateral y rotaciones.

1.2.- Ejercicios de cadera: flexión anterior, extensión, abducción y adducción.

1.3.- Ejercicios de rodilla; flexión y extensión de la rodilla.

1.4.- Ejercicios de tobillo: flexión dorsal, flexión plantar, y prono-supinación.

1.5.- Ejercicios de dedos: flexión y extensión.

2- Movilidad activa: la meta a conseguir sería aumentar el tono muscular:

2.1.- Movilidad activa asistida: teniendo en cuenta el dolor a la hora de los ejercicios guiaremos los mismos sin resistencia.

2.2.- Movilidad activa resistida: realizaremos los ejercicios con una cierta resistencia que puede ser manual o con la ayuda de pesas.

Hay que tener en cuenta en paciente con fractura de cadera que su movilidad va a estar condicionada por los siguientes factores: edad, sexo, peso, tipo y localización de la fractura, estado previo del paciente, y patologías de base.

3.- Cuando se produzca la indicación médica de cargar la articulación, los ejercicios de carga parcial o transferencias de carga serán:

.- Sentado el paciente se inclina hacia delante echando su peso en sus tobillos.

.- Sentado se inclina hacia adelante echando peso en el miembro afecto.

- En bipedestación, hacemos un balanceo lateral del cuerpo con cargas de más del 50% del peso de la pierna afectada.

- Cuando el paciente tolere el 60% de la carga, es cuando podemos utilizar el andador, pero aquí hay que trabajar los músculos del tren superior.

Una vez superada la fase del andador comenzaremos a utilizar las muletas, ésta consta de 4 fases:

1ª.- El paciente coge las 2 muletas apoyando a la vez la pierna afectada.

2ª.- Después suprimiremos una muleta, sería la muleta contralateral del lado afecto, es decir apoyo de la muleta y pierna afectada del mismo lado.

3ª.- Apoyo de muleta contralateral a la pierna afecta.

4ª.- Superadas estas fases, procederemos a la retirada de las muletas.

Para concluir el siguiente objetivo sería la reeducación de su vida diaria, ser autónomo para las actividades de la vida diaria, en cuanto a caminar, subir y bajar escaleras, etc.

D.- Establecer un circuito en donde haya comunicación interniveles, a través de un informe de continuidad de cuidados y seguimiento telefónico a través de salud responde en las primeras 24h. Así como, disponer del tiempo necesario de un profesional de enfermería para una buena educación sanitaria en donde se trabaje las áreas de conocimiento y voluntad.

E.- Atención y formación al cuidador en lo referente a una alimentación, hidratación, higiene, eliminación, prevención de úlceras por presión, movilidad, manejo adecuado del régimen terapéutico y administración de heparina de bajo peso molecular (HBPM) si procede.

F.- Prevención de accidentes domésticos (caídas): adiestramiento en las transferencias, eliminar riesgos detectados y utilización adecuada de los dispositivos de apoyo (andador, muleta, bastón.).

G.- Evaluación sistemática del programa, en donde se evalúe eficacia y se corrija defectos. Mediante estudios de proceso y resultados, obteniendo buen balance riesgo-beneficio.

Las acciones de mejora se aplican en función de las causas que se han detectado con los problemas que se evalúan, reflejando estos problemas de salud como Diagnósticos Enfermeros, tenemos los siguientes susceptibles en este grupo de pacientes:

00155.- Riesgo de caídas.

00149.- Temor al cambio en la situación de salud

00126.- Conocimientos deficientes.

00047.- Riesgo de deterioro de la integridad cutánea.

00085.- Deterioro de la movilidad física.

00074.- Afrontamiento familiar comprometido.

Estos diagnósticos nos llevan a plantearnos unos objetivos e intervenciones enfermeras, que se podían adecuar a éstos:

NOC:

1828.- Conocimiento: prevención de caídas.

1909.- Conducta: prevención de caídas.

1813.- Conocimiento: régimen terapéutico.

1101.- Integridad tisular: piel y mucosas.

0204.- Consecuencias de la inmovilidad: fisiológicas.

1302.- Superación de problemas.

0208.- Movilidad.

0200.- Deambular.

2506.- Salud emocional del cuidador principal.

2600.- Afrontamiento de problemas de la familia.

NIC:

6490.-Prevención de caídas.

6485.-Manejo ambiental: preparación del hogar.

5616.-Enseñanza: medicamentos prescritos.

5612.-Enseñanza: actividad/ejercicio prescritos.

3540.-Prevención de úlceras por presión.

3590.-Vigilancia de la piel.

5230.-Aumentar el afrontamiento.

5380.-Potenciación de la seguridad.

0221.-Terapia de ejercicios: deambulación.

7040.-Apoyo al cuidador principal.

7110.-Fomentar la implicación familiar.

» **Barreras detectadas durante el desarrollo.**

Las dificultades encontradas para la realización de una atención integral y de calidad en estos pacientes han sido:

- Falta de protocolo sobre los cuidados de la herida quirúrgica.

- No hay establecido un circuito para la comunicación con su enfermero de referencia.

- No tener acceso a un soporte informático para que el profesional de enfermería pueda gestionar una cita con rehabilitación o consulta especializada si fuese preciso.

- Temor del paciente ante la deambulación por el riesgo de caídas.

- Falta conocimiento en cuanto al uso correcto del material de apoyo.

» **Oportunidad de participación del paciente y familia.**

1.- Realización de los ejercicios de fisioterapia en los que se ha instruido tanto al paciente como al cuidador, realizándolos el paciente y siendo ayudado por el cuidador cuando fuese preciso.

2.- El paciente y/ o cuidador será participe activo en los cuidados que implica este proceso en cuanto a las curas de la herida y la administración de la heparina de bajo peso molecular.

3.- Manejo de las barreras arquitectónicas en el domicilio para que crear un entorno seguro y disminuir el temor ante nuevas caídas.

» **Propuestas de líneas de investigación.**

1.- Establecer un grupo de trabajo a nivel del la zona básica de salud con el fin de desarrollar un protocolo o guía clínica de cuidados a desarrollar por todos los profesionales sanitarios implicados en la atención a estos pacientes en lo referente: unificación de criterios en cuanto al cuidado que precise y establecimiento de un circuito de comunicación interdisciplinar.

2.- Elaboración de un conjunto de actividades dirigidas a aumentar el conocimiento, por parte de la población diana, en relación a la fractura de cadera.

3.- Sistematización metodológica sobre las habilidades de la fisioterapia en el proceso de rehabilitación.