

La fractura de cadera sigue siendo una de las lesiones más comunes de los pacientes mayores, donde 9 de cada 10 pacientes con fractura de cadera tienen 65 años de edad o más y múltiples problemas médicos. En esta población se detectan como factores pronósticos de mortalidad en el primer año: la edad, el sexo masculino, la puntuación ASA y menor puntuación en las escalas de valoración MiniMental e Índice de Barthel. Esto nos llevó a la descripción del Proceso Asistencial Fractura de Cadera en el Anciano en el año 2002.

En esta edición del Proceso Asistencial, describimos los componentes que forman parte del tratamiento considerado más idóneo de la fractura de cadera y hemos tenido en cuenta que este, comienza desde el momento de la atención inicial, con la evaluación y adecuado control de las enfermedades médicas previas, y que es necesario corregir antes de la intervención quirúrgica. Conseguirlo en las primeras 24 horas es posible en la inmensa mayoría de los casos y ha demostrado que reduce la incidencia de complicaciones y la posibilidad de fallecimiento en los primeros años tras la fractura en más del 40 % de los casos.

Se ha identificado un elevado número de buenas prácticas en el periodo perioperatorio, respaldadas por robustas evidencias, como son: el empleo de anestesia regional en lugar de general, el empleo de colchones antiescaras, la administración de antibióticos profilácticos y la profilaxis de la trombosis venosa profunda, la intervención quirúrgica en las primeras 24 horas del ingreso y la identificación de factores de riesgo e instauración de medidas preventivas del delirio entre ellas: la oxigenoterapia intraoperatoria, la optimización preoperatoria de los niveles hidroelectrolíticos y de glucemia, la retirada de fármacos de alto riesgo, la ingesta nutricional adecuada, el tratamiento del dolor intenso y la movilización precoz.

Todas en conjunto, permiten la organización en el proceso de atención al paciente con fractura de caderas así como mejorar los resultados a corto plazo de forma coste-efectiva al disminuir las numerosas complicaciones que acechan a esta frágil población de riesgo, acortando su estancia hospitalaria y fomentando un retorno a la comunidad en las mejores condiciones para optar al mayor grado de recuperación posible.

Aspectos metodológicos

Se realizó una búsqueda sistemática en la literatura científica para localizar las guías de práctica clínica (GPC) relacionadas con el diagnóstico y manejo de la fractura de cadera en pacientes mayores de 18 años. Para ello se utilizaron las principales bases de datos referenciales: Medline, Embase, Fistera, Alberta Medical Association Guidelines, Guíasalud, Science Citation Index, Canadian Medical Association Infobase, National Guideline Clearinghouse, New Zealand Guidelines Group, Scottish Intercollegiate Guidelines Network, Athens, Guideline Advisory Committee of the Ontario Medical Association and the Ontario Ministry of Health and Long-Term Care, National Health Medical Research Council (Australia) y Guidelines and Protocol Advisory Committee (GPAC) del Ministerio de Salud, hasta Mayo de 2012.

Se desarrollaron estrategias de búsqueda estructuradas según el formato PICO (población, intervención, comparación y resultados) con términos tanto en formato libre como en lenguaje controlado (descriptores MeSH o Emtree, por ejemplo). La búsqueda se realizó utilizando una terminología sensible para evitar la pérdida de algún documento relevante, limitándose por tipo de estudio a guías de práctica clínica y sin limitaciones por idioma o por fecha de realización. Se realizaron, además, búsquedas manuales de referencias cruzadas de las guías incluidas.

Se incluyeron aquellas guías de práctica clínica que estuvieran relacionadas con el diagnóstico y manejo de la fractura de cadera en mayores de 18 años. Fueron excluidos los estudios que no fueran guías de práctica clínica o que no abordasen específicamente el tema objeto de estudio.

Para evaluar la calidad de los trabajos incluidos se utilizó la herramienta AGREE, una herramienta genérica diseñada principalmente para ayudar a la evaluación de la calidad metodológica de guías de práctica clínica disponible en el siguiente enlace <http://www.agreetrust.org/resource-centre/>.

La estrategia de búsqueda y la evaluación de la calidad de los artículos incluidos en la elaboración del PAI, se encuentran disponibles en la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía (AETSA); a ellos se puede acceder mediante correo electrónico: aetsa.csalud@juntadeandalucia.es.

Para la elaboración de las recomendaciones, se han utilizado los criterios del Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SING)¹

Las siglas **AG** (acuerdo de grupo) corresponde a las recomendaciones propuestas por el grupo elaborador del PAI, en ausencia de recomendaciones graduadas en dicha guía.

Grados de recomendación

| | |
|----------|---|
| A | Al menos un metaanálisis, revisión sistemática o ensayo clínico clasificado como 1++ y directamente aplicable a la población diana de la guía; o un volumen de evidencia científica compuesto por estudios clasificados como 1+ y con gran consistencia entre ellos |
| B | Un volumen de evidencia científica compuesta por estudios clasificados como 2++, directamente aplicable a la población diana y que demuestran gran consistencia entre ellos; o evidencia científica extrapolada desde estudios clasificados como 2++ |
| C | Un volumen de evidencia científica compuesta por estudios clasificados como 2+ directamente aplicables a la población diana de la guía y que demuestran gran consistencia entre ellos; o evidencia científica extrapolada desde estudios clasificados como 2++ |
| D | Evidencia científica de nivel 3 ó 4; o evidencia científica extrapolada desde estudios clasificados como 2+ |

Buena práctica clínica

| | |
|---|--|
| √ | Práctica recomendada, basada en la experiencia clínica y el consenso del equipo redactor |
|---|--|

La fuerza de la recomendación: Nivel de confianza en que si se sigue la recomendación, se hará más beneficio que daño (GRADE)²

| | |
|--|---|
| FUERTE A FAVOR * (se recomienda) | La mayoría de los pacientes se beneficiarán; > 90% lo elegirían si fueran informados Poca variabilidad esperada en la práctica clínica |
| DÉBIL A FAVOR (Se sugiere) | Incierto que sea lo más adecuado para todos; > 10% elegirían una alternativa Es necesaria ayuda para tomar la decisión Probable variabilidad en la práctica clínica |

* Una recomendación fuerte o débil en contra de una intervención se interpreta en sentido inverso.