

Guía de práctica clínica. Intervenciones de enfermería en el adulto mayor con fractura de cadera

Ana Belem López-Morales,¹ Rosa Angélica Rangel-Gandarilla,² Juana Leticia Rodríguez-Martínez,² Rafael González-Elizarraraz,² Leonel Nieto-Lucio²

¹Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad, División de Excelencia Clínica; ²Unidad Médica de Alta Especialidad, Hospital de Traumatología "Dr. Víctorio de la Fuente Narváez". Instituto Mexicano del Seguro Social, Distrito Federal, México

Palabras clave:

Procesos de enfermería
Atención de enfermería
Fracturas de cadera
Adulto mayor

Resumen

Introducción: el crecimiento acelerado de la población envejecida va acompañado de un incremento de enfermedades crónicas y de individuos con mayor vulnerabilidad fisiológica. En México, las fracturas de cadera constituyen un problema importante de salud pública en personas mayores de 60 años. Están consideradas a nivel mundial como una de las causas de muertes accidentales en los adultos mayores y son de las lesiones secundarias incapacitantes más comunes que se atienden en unidades médicas. La presente guía pone a disposición del personal de enfermería las recomendaciones basadas en la mejor evidencia disponible a fin de estandarizar el cuidado de enfermería en la atención del adulto mayor con fractura de cadera, y así contribuir en la capacitación y la actualización del personal de enfermería para mejorar la calidad de la atención.

Desarrollo: a partir de preguntas clínicas, se estableció una secuencia de estrategias para la búsqueda de guías de práctica clínica e información relacionada con el tema. La metodología utilizada fue mixta. Los documentos se buscaron en inglés o español y no debían tener más de 10 años de publicación. Se utilizaron los centros compiladores de guías de práctica clínica y bases de datos tales como Cochrane Library Plus, AHRQ, SING, GIB, Fistera y SEGG. Se aplicó el instrumento AGREE y las recomendaciones se complementaron con revisiones sistemáticas y narrativas, que se gradaron con la escala de Shekelle.

Conclusiones: con la implementación de esta guía, se espera que mejore la calidad en la atención del adulto mayor con fractura de cadera.

Keywords:

Nursing process
Nursing care
Hip fractures
Elderly

Abstract

Introduction: Worldwide, the population of adults over 60 years of age has grown remarkably rapidly. The rapid growth of the aging population in Mexico is accompanied by an increase in chronic diseases and in persons with greater physiological vulnerability. Hip fractures are now a major public health problem in this country, accounting for 9 out of 10 fractures in people over the age of 60. Hip fracture is one of the leading causes of accidental death, and one of the most common disabling injuries in the elderly.

Development: The purpose of this clinical practice guideline is to standardize nursing care of the elderly with a hip fracture —based on the best available evidence—, and to assist in training and updating nursing service providers to improve the quality of care. Clinical questions were formulated and a sequence of search strategies for clinical practice guidelines and related information was established. It was used a mixed methodology.

The search was limited to papers not more than 10 years after publication in English or Spanish. Compilation centers of Clinical Practice Guidelines and databases such as Cochrane Library Plus, AHRQ, SING, GIB, Finisterre and SEGG were used. The AGREE instrument was used, and recommendations were supplemented by systematic reviews and narrative sorting using the Shekelle scale.

Conclusions: It is expected that the implementation of this Nursing Clinical Practice Guide will improve the quality of care of elderly persons with hip fractures, and reduce variation in nursing interventions.

Correspondencia:

Ana Belem López-Morales

Correo electrónico:

ana.lopezm@imss.gob.mx

belop3@hotmail.com

Fecha de recibido:

5/01/2013

Fecha de aceptado:

30/04/2013

Introducción

Actualmente, la población de adultos mayores de 60 años ha crecido notable y aceleradamente a nivel mundial. Este crecimiento acelerado de la población envejecida va acompañado de un incremento de enfermedades crónicas y de individuos con mayor vulnerabilidad fisiológica. En México, la proporción de este grupo de edad en el año 2000 fue de alrededor de 7.0 % y se estima que este porcentaje se incremente a 12.5 % para el 2020 y a 28 % para el 2050.¹

Derivados de la transición demográfica, los accidentes son uno de los principales problemas de salud y entre ellos se identifica a las caídas como prioritarias; en este sentido, las fracturas de cadera constituyen en la actualidad un problema importante de salud pública que representa 9 de cada 10 fracturas en personas mayores de 60 años.¹ La fractura de cadera está considerada a nivel mundial como una de las causas de muertes accidentales en los adultos mayores, y es de las lesiones secundarias incapacitantes más comunes con predominio en las mujeres, lo cual tiene un origen multifactorial por las características de la población en la cual prevalece, ya que ese grupo etario tiene una mayor tendencia a caerse por fallo de los reflejos protectores y debilidad de la consistencia ósea por osteoporosis.²

Un 50 % de los pacientes que son independientes antes de una fractura de cadera son incapaces de recuperar de forma completa la funcionalidad y se enfrentan a la incapacidad y con frecuencia a la institucionalización, cuya causa más común en unidades médicas especializadas dedicadas a la traumatología y ortopedia es precisamente la fractura de cadera. Por lo tanto, es de vital importancia tratar de forma adecuada a este tipo de pacientes, así como detectar tempranamente las complicaciones que esta patología conlleva; no podemos olvidar que la hospitalización de los adultos mayores facilita la aparición de complicaciones (muchas de ellas sin relación con la enfermedad base), como el aumento del riesgo de úlceras por presión, vinculado con el estado de la piel y la nutrición, la facilidad para las caídas, con consecuencias físicas, psíquicas y socioeconómicas, que las hacen una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en este grupo etario. Como consecuencia de esto, se produce un decremento en la calidad de vida del adulto mayor, con aumento en la estancia hospitalaria, lo cual incrementa el costo y aumenta las tasas de mortalidad.³

El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) ha buscado, a través de políticas institucionales, determinar las necesidades sociales y de salud de los derechohabien-

tes del grupo de la tercera edad, al establecer el Modelo de Atención Geriátrica en los tres niveles de atención. La proporción de afiliados mayores de 60 años es superior a la de los otros grupos etarios, dadas sus características de seguridad social en México, con el consecuente aumento en el costo de la atención médica que requiere un individuo de este grupo de edad, el cual padece uno o más problemas crónicos, además de fractura de cadera. Esto hace que la población busque y aproveche los servicios que proporciona el IMSS, como una mejor alternativa para el individuo y su familia.

En el contexto de la disciplina de enfermería, el IMSS promueve la formación de profesionales de enfermería para la atención geriátrica, ya que las intervenciones que realiza el profesional dentro de esta especialidad —las cuales deberán ser sistematizadas y basadas en la mejor evidencia científica— son esenciales para el adulto mayor hospitalizado por fractura de cadera. Para otorgar cuidados con calidad es necesario homogeneizar el conocimiento y estandarizar el cuidado sin olvidar aquellas acciones que repercutan de manera tangible en la mejora de la calidad de vida. Por lo anterior, surge la necesidad de contar con una guía que facilite al profesional de enfermería la toma de decisiones referentes al cuidado del adulto mayor con fractura de cadera y sirva como un instrumento que contribuya en la capacitación y actualización de los prestadores de servicios de enfermería para mejorar la calidad de la atención.

Desarrollo

Usuarios: profesionales de enfermería en todas sus categorías.

Población blanco: mujeres y hombres mayores de 60 años con fractura de cadera.

Preguntas clínicas:

a) Detección

- ¿Cuáles son las intervenciones que realiza la enfermera para identificar los signos y los síntomas prioritarios de la fractura de cadera?
- ¿Cuáles son las intervenciones de enfermería enfocadas en la mejora de las actividades básicas de la vida diaria del paciente adulto mayor con fractura de cadera?

b) Prevención de complicaciones

- ¿Cuáles son las intervenciones que realiza la enfermera para prevenir complicaciones secundarias al procedimiento quirúrgico?

- ¿Cuáles son las intervenciones de enfermería para la prevención de complicaciones en la fractura de cadera que sean secundarias a la edad?
 - ¿Cuáles son las intervenciones de enfermería para prevenir complicaciones secundarias a la inmovilidad?
- c) Rehabilitación
- ¿Cuáles son las intervenciones en las cuales colabora la enfermera para la rehabilitación inicial del paciente posoperado de fractura de cadera?

Metodología*

La metodología que se utilizó para el desarrollo de la presente guía fue mixta. Las preguntas clínicas fueron estructuradas con el acrónimo PICO y se enfocaron en la valoración de enfermería del adulto mayor, así como en la atención de las etiquetas diagnósticas reales y de riesgo que fueron contempladas en el plan de cuidados de enfermería para la atención de la fractura de cadera. Posteriormente, se estableció una secuencia estandarizada de estrategias para la búsqueda de guías de práctica clínica en los siguientes centros compiladores de guías: Trip Database, National Guideline Clearinghouse, Scottish Intercollegiate Guidelines Network, National Institute for Health and Clinical Excellence, así como en las bases de datos de Cochrane Library Plus y OVID.

El grupo de trabajo seleccionó las guías de práctica clínica con los siguientes criterios: idioma inglés y español, publicaciones no mayores de 10 años, y utilizó los términos MeSH: *nursing, hip, fracture, intervention, complications*.

Fueron seleccionadas siete guías, cuya calidad se evaluó por medio de la aplicación del instrumento AGREE:

- Prevención y tratamiento de las úlceras por presión, 2007.⁴
- Guía de práctica clínica de enfermería Prevención y tratamiento de las úlceras por presión y otras heridas crónicas, 2008.⁵
- Guía de práctica clínica Prevención de infecciones urinarias relacionadas con catéteres urinarios permanentes, 2004.⁶
- Hip fracture. The management of hip fracture in adults. London: NICE, 2011.⁷

- Prevention and management of venous thromboembolism, SIGN, 2010.⁸
- Management of hip fractures in older people. A national clinical guideline, SING, 2009.⁹
- Guía de Buena Práctica Clínica en Geriatría. Anciano afecto a la Fractura de Cadera, 2007.¹⁰

Al existir controversia de la información reportada en los estudios, las diferencias se discutieron en consenso y se empleó el formato de juicio razonado para la formulación de recomendaciones. Los puntos de buena práctica fueron establecidos por consenso de expertos.

Los resultados se expresaron en niveles de evidencia “E” y grado de recomendación “R”, de acuerdo con los sistemas de clasificación utilizados en las guías originales. Para la información derivada de otras fuentes, se utilizó el sistema de Shekelle modificado.

Definición:

La fractura de cadera es aquella que ocurre en el extremo proximal del fémur. Puede ser intracapsular, la cual afecta al cuello del fémur, o extra capsular, que afecta a la región trocantérica. De acuerdo con su localización en dicha extremidad, la fractura puede afectar la cabeza femoral (fractura capital), el cuello (fractura del cuello), los trocánteres (fracturas intertrocantéricas o pertrocantéricas), el segmento del fémur situado por debajo del trocánter (fracturas subtrocantéricas) y el trocánter mayor o el trocánter menor (fracturas aisladas).¹¹

Evidencias y recomendaciones (algoritmo 1)

1. Intervenciones de detección y tratamiento

1.1 Intervenciones para identificar el deterioro de la movilidad física:

- La gran mayoría de las fracturas de cadera se identifican fácilmente con las radiografías simples.¹² (E 3)
- Es recomendable tomar rayos X dentro de las primeras 24 horas.⁹ (R D)
- El reconocimiento de una cadera fracturada es la presencia del dolor, acortamiento y rotación externa del miembro afectado, lo cual conlleva a la limitación funcional.⁹ (E 4)

*Para un mayor detalle sobre el desarrollo de la metodología, vea el editorial de este número “Desarrollo de guías de práctica clínica de enfermería en el Instituto Mexicano del Seguro Social” de López-Morales AB *et al.*, p. 61.

- Hay que realizar una valoración inicial en busca de signos que orienten a determinar la existencia de fractura, tales como limitación funcional, rotación de la extremidad y dolor, el cual se debe tratar desde ese momento.⁹ (R D)
 - Es recomendable mantener inmovilizada la extremidad afectada hasta la fijación quirúrgica, la cual debe ser lo más pronto posible.⁹ (R D)
- 1.2 Intervenciones para identificar el dolor agudo:
- El paciente con fractura de cadera inicialmente refiere dolor en el miembro afectado al realizar movilización.⁹ (E 4)
 - Se debe realizar valoración inicial en busca de signos que orienten a determinar la existencia de dolor, el cual se debe tratar desde ese momento.⁹ (R D)
 - El manejo del dolor se debe adaptar a cada paciente.⁹ (E 2+)
 - Se recomienda disminuir el dolor a un nivel de tolerancia que sea aceptable para el paciente.⁹ (R C)
 - La implementación de un programa seguro y eficaz de analgesia perioperatoria requiere de una evaluación y de documentación objetiva, sistemática y periódica del dolor y de otras variables asociadas.¹³ (E IV)
 - Valorar el dolor, empleando una escala validada, como EVA, EVERA o ENA.¹³ (R D)
 - Valorar el dolor a intervalos frecuentes; por lo general, al tomarle las constantes vitales al paciente. (Punto de buena práctica)
 - No hay evidencias de que la tracción percutánea facilite la supresión del dolor.⁹ (E 1+)
 - No se aconseja la utilización de la tracción en la extremidad afectada.⁹ (R A)
- 1.3 Intervenciones de enfermería para determinar el déficit de autocuidado del adulto mayor:
- La valoración funcional determinará el pronóstico funcional más que la enfermedad en el adulto mayor.¹⁴ (E I)
 - Los instrumentos para evaluar la función deben ser eficientes para proporcionar información práctica y útil. Estas evaluaciones deben ser incorporadas en la valoración diaria.¹⁴ (E VI)
 - Se debe incluir en la evaluación del adulto mayor una valoración que permita determinar el nivel de funcionalidad.¹⁴ (R VI)
- Las actividades de la vida diaria (AVD) son un elemento clave para medir la calidad de vida y el estatus funcional en los adultos mayores y se refieren a un conjunto de tareas cotidianas comunes que se necesitan para el autocuidado personal y una vida independiente.¹⁵ (E III)
 - El índice de Barthel es ampliamente usado en geriatría para valorar el nivel de independencia y autocuidado del paciente a la hora de realizar 10 actividades básicas de la vida diaria.¹⁶ (R C)
2. Intervenciones de prevención
- 2.1 Intervenciones de enfermería para la prevención del riesgo de infección secundario al procedimiento quirúrgico:
- La infección de localización quirúrgica posterior a una cirugía de cadera es la complicación más temida, pues causa hospitalización prolongada, incremento de morbilidad, de mortalidad y altos costos.¹⁷ (E III)
 - La administración profiláctica de antibióticos en pacientes que son programados para una intervención por una fractura de cadera está asociada con una reducción de la incidencia de la infección superficial y profunda de la herida.⁹ (E 1++)
 - Todos los pacientes que experimentan una intervención por fractura de cadera deben recibir profilaxis antibiótica.⁹ (R A)
 - El antibiótico debe darse vía intravenosa en una sola dosis como profilaxis preoperatoria y se deben continuar las dosis hasta las 24 horas de posoperatorio.¹⁷ (R C)
 - Una de las medidas de control para la prevención de infecciones del tracto urinario en el adulto mayor consiste en limitar el uso de catéteres urinarios permanentes.⁶ (E I)
 - Se deberán evitar los catéteres urinarios mientras sea posible.⁶ (R A)
- 2.2 Intervenciones de enfermería enfocadas en la prevención de complicaciones secundarias a la edad:
- 2.2.1 Riesgo de confusión aguda:
- Múltiples estudios han demostrado que la depresión y el deterioro cognitivo en los adultos

- mayores se correlacionan con niveles disminuidos de la actividad.¹⁸ (E III)
- En pacientes con actividad física limitada, hay que evaluar la presencia de signos de depresión (insomnio, anorexia, quejas somáticas) o alteraciones cognitivas (confusión) e iniciar un programa de actividad física o terapia de rehabilitación.¹⁸ (R C)
 - La hipoxia cerebral es un problema frecuente en los pacientes adultos mayores con fractura de cadera y se ha relacionado con la aparición de delirium y con una mayor mortalidad (del 42-44 %).¹⁰ (E 2++)
 - Se deberá suministrar oxígeno suplementario en todos los pacientes con fractura de cadera que muestren datos de hipoxia cerebral.¹⁰ (R B)
 - Es fundamental detectar a los pacientes susceptibles a alteraciones confusionales en el ingreso, a fin de establecer medidas preventivas o iniciar tratamiento farmacológico.¹² (E III)
 - Como parte de la valoración inicial, hay que emplear un cuestionario de evaluación del riesgo de confusión.¹² (R C)
 - Es muy recomendable elaborar un plan específico de cuidados, apropiado para aquellos pacientes que padecen problemas reales o previsibles que estén relacionados con el diagnóstico o con una enfermedad concreta y que tengan como base la taxonomía enfermera. (Punto de buena práctica)
- 2.2.2 Riesgo de afecciones cardiorrespiratorias:
- Las complicaciones posquirúrgicas más frecuentes en adultos mayores son las respiratorias y las metabólicas.¹⁹ (E III)
 - La hipoxia es un problema frecuente en los pacientes con fractura de cadera.⁹ (E 2++)
 - Es necesario suministrar oxígeno complementario y medir la saturación de este desde el ingreso del paciente.⁸ (R C)
 - El deterioro de las condiciones cardiovasculares derivadas de la inmovilidad ocurre en días y resulta en cambios de hidratación, disminución del volumen minuto cardíaco (VMC), disminución de la captación de oxígeno y aumento de la frecuencia cardíaca.¹⁸ (E III)
 - La posición Fowler favorece la expansión pulmonar máxima.¹⁸ (R C)
- Se debe minimizar el deterioro cardiovascular del paciente al colocarlo en sedestación varias veces al día.¹⁸ (R C)
- 2.2.3 Riesgo de trastornos en la eliminación urinaria:
- La incontinencia urinaria y la disfunción vesical constituyen problemas prevalentes, particularmente entre mujeres y hombres mayores de 60 años.²⁰ (E IV)
 - Es recomendable realizar una valoración sistemática rutinaria en todas las mujeres y hombres mayores de 60 años para detectar incontinencia urinaria o síntomas del tracto urinario inferior, como la retención.²⁰ (R D)
- 2.3 Intervenciones de enfermería para la prevención de complicaciones secundarias a la inmovilidad:
- Desde el momento en que el adulto mayor sufre una fractura de cadera, se manifiestan problemas, derivados de la postración, que complican la situación, tales como infecciones respiratorias, deterioro cognitivo, úlceras por presión, trombosis venosa profunda, etc.¹² (E 3)
 - La atención al paciente con fractura de cadera deberá ser integral y coordinada para disminuir la mortalidad.¹² (R C)
 - Se deben identificar de manera oportuna los riesgos derivados de la inmovilización. (Punto de buena práctica)
- 2.3.1 Riesgo de deterioro de la integridad cutánea:
- Es necesaria una valoración integral del estado de salud de las personas con riesgo de desarrollar úlceras por presión.⁵ (E IV)
 - La valoración del riesgo por medio de la escala de Braden tiene una capacidad predictiva superior al juicio del personal de salud.⁴ (E 2++)
 - Se debe utilizar la escala de Braden para determinar el grado de riesgo para la aparición de úlceras por presión.⁴ (R B)
 - Hay que identificar a los pacientes con alto riesgo de desarrollo de úlceras por presión utilizando una escala validada.⁴ (R B)
 - La humedad procedente de la incontinencia urinaria contribuye a la aparición de úlceras por presión debido a la maceración de la piel.⁵ (E IV)

- Hay que monitorizar el estado de incontinencia y minimizar la exposición de la zona (con riesgo de deterioro cutáneo y otras áreas) a la humedad causada por la incontinencia, la sudoración excesiva o el líquido drenado por la herida.⁵ (R C)
- Es necesario realizar lubricación y humectación de la piel, cambios de posición cada dos horas durante las 24 horas, y proteger sitios de presión con protectores locales con el fin de mantener la integridad de la piel.⁵ (R C)
- Las úlceras por presión suelen aparecer sobre las prominencias óseas (como el sacro, el cóccix, el trocánter, los talones y los codos) a consecuencia de la falta de alivio de la presión entre la prominencia y la superficie de apoyo.⁴ (E 2++)
- Se debe mantener la ropa de cama limpia y seca.⁴ (R D)
- No hay que dar masaje en la piel que cubre las prominencias óseas.⁴ (R B)
- El baño excesivo, especialmente con agua caliente, elimina de la piel del adulto mayor la humedad cutánea e incrementa la sequedad.²¹ (E IV)
- Con la edad, disminuye la capacidad de retener humedad en la piel debido a la disminución de la cantidad de proteínas dérmicas.²¹ (E IV)
- Se debe limitar el número de baños completos a entre dos y tres por semana, alternándolos con baños parciales y usando agua tibia a una temperatura entre 35 y 37 °C.²¹ (R D)
- Hay que evitar productos de cuidado cutáneo que contengan alérgenos como lanolina, látex o tintes.²¹ (R D)
- Se ha confirmado mayor utilidad de los colchones de espuma con respecto al colchón convencional en la prevención de úlceras por presión en pacientes con riesgo moderado-alto.¹⁰ (E 1+)
- Se recomienda el uso de colchón neumático de presión alterna (colchón antiescara), así como los cambios posturales y la protección de salientes óseos.¹⁰ (R A)

2.3.2 Riesgo de contracturas musculares y articulares:

- La inactividad contribuye rápidamente al acortamiento muscular y a la aparición de

cambios articulares y cartilaginosos en la estructura de las articulaciones.¹⁸ (E III)

- Las contracturas musculares comienzan a las ocho horas de inmovilidad.¹⁸ (E III)
- El paciente debe realizar ejercicios pasivos al menos dos veces al día, a menos que estuviera contraindicado.¹⁸ (R C)

2.3.3 Riesgo de disfunción vascular periférica:

- Desde el momento en el que se produce la fractura, se libera tromboplastina al torrente circulatorio, con lo cual se activa el sistema de la coagulación.²² (E IV)
- Todos los pacientes que experimentan una intervención por fractura de cadera deben recibir profilaxis antitrombótica.²² (R D)
- Se ha demostrado la eficacia del tratamiento con heparina de bajo peso molecular en cirugía ortopédica, desde 12 horas antes de la intervención o 6 horas después de ella hasta 27-35 días después del alta.¹⁰ (E 1+)
- Hay que aplicar la heparina en dosis y horarios establecidos.¹⁰ (R A)
- La inmovilización de la extremidad que determina la fractura favorece la estasis venosa.⁸ (E 2+)
- Se debe animar al paciente a realizar ejercicios de flexión y a usar medias de compresión.⁸ (R C)
- El ejercicio ayuda a aumentar el retorno venoso, fomenta la circulación colateral y refuerza los músculos de la pantorrilla.²² (R D)
- Las medias de compresión gradual solas, o utilizadas junto con otras modalidades de prevención, ayudan a evitar la trombosis venosa profunda en pacientes hospitalizados.²³ (E IV)
- Se recomienda realizar el ajuste correcto de la media, realizando una medición adecuada y considerando la prescripción médica.²³ (R D)
- Se recomienda retirar la media y valorar el estado de la extremidad dos veces al día.²³ (R D)

2.3.4 Riesgo de caídas:

- Estudios observacionales realizados en unidades que se especializan en cuidados de adultos mayores muestran que las tasas de caídas oscilan entre 1.3 y 8.9.²⁴ (E III)
- Las caídas son las situaciones adversas más frecuentemente notificadas en los hospitales.²⁴ (E III)

- Se debe realizar una evaluación del riesgo de caída para identificar aquellos factores que puedan condicionar una caída desde el momento del ingreso hospitalario.^{24,25} (R C)
- Comunicar factores de riesgo utilizando herramientas de comunicación visual e informar al paciente y a la familia de los riesgos es una buena medida para prevenir los riesgos.²⁴ (R C)
- Los pacientes en edad avanzada son más propensos a reacciones y efectos adversos (caídas) por medicamentos, debido a los cambios en el metabolismo.²⁴ (E III)
- Más de la mitad de los pacientes que sufren caídas toman uno o más tipos de medicamentos y aumentan con ello el riesgo.²⁴ (E III)
- Se ha demostrado que el uso de polifarmacia (más de cuatro medicamentos prescritos) aumenta la probabilidad de caídas.²⁴ (E III)
- Se deben identificar aquellos medicamentos que por sus reacciones adversas puedan causar una caída.²⁴ (R C)
- En un estudio de cohorte retrospectivo de nueve hospitales, realizado en el medio oeste de los Estados Unidos, se muestra una asociación entre la edad avanzada y las caídas, las cuales ocurren en el baño y en las áreas de atención de pacientes.²⁴ (E III)
- La medida preventiva más importante para reducir el riesgo de caídas en pacientes hospitalizados incluye el incremento en las medidas de seguridad a la hora del baño y durante la transferencia de los pacientes. (Punto de buena práctica)

2.3.5 Riesgo de estreñimiento

- El estreñimiento suele presentarse debido a una combinación de factores, como hábitos higiénicos poco regulares, alimentación con poca fibra, escasa ingesta de líquidos y escasa actividad física.²⁶ (E IV)
- El consumo de líquidos y hacer ejercicio son consejos habituales para la prevención del estreñimiento.²⁶ (R D)
- Se debe recomendar defecar por la mañana, que es cuando la motilidad del colon es mayor.²⁶ (R D)
- Hay que administrar los fármacos que mejoran el tránsito intestinal en casos de estreñimiento, según prescripción médica.²⁶ (R D)

- Otras medidas útiles para evitar el estreñimiento son la reeducación intestinal y facilitar el acceso al baño.²⁶ (R D)
- La prevención del estreñimiento debe ser estudiada de manera multidisciplinaria. (Punto de buena práctica)

3. Intervenciones de rehabilitación

3.1 Intervenciones de enfermería enfocadas a la rehabilitación inicial:

- La movilización posquirúrgica temprana es parte del manejo de la fractura de cadera.⁷ (E III)
- Hay que iniciar ejercicios de fisioterapia y movilización después de la cirugía.⁷ (R C)
- El antecedente de caídas previas es un factor determinante para presentar nuevas caídas.⁷ (E III)
- Es recomendable conocer los antecedentes de caídas previas.⁷ (R C)
- Las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) se definen como aquellas actividades que son vitales para el mantenimiento de la función normal de los adultos mayores en el hogar y en la comunidad.⁷ (E III)
- Es recomendable utilizar la escala de Lawton y Brody para evaluar las AIVD antes del egreso hospitalario.¹⁵ (R C)
- El informe de continuidad de cuidados de enfermería al alta permite una visión integral del paciente.²⁷ (E III)
- Se recomienda diseñar un plan de cuidados para el egreso hospitalario, el cual contenga recomendaciones para el cuidado domiciliario.²⁷ (R C)

Conclusiones

Múltiples evidencias científicas y la experiencia profesional demuestran que la hospitalización expone al adulto mayor (independientemente de la causa del ingreso) y es un factor de riesgo, entendiéndose este desde el punto de vista geriátrico como la probabilidad que tienen los adultos mayores de ser incapaces de enfrentarse a las necesidades vitales. Las intervenciones de enfermería enfocadas a la detección, prevención y rehabilitación del paciente adulto mayor hospitalizado por fractura de cadera son esenciales para mejorar su calidad de vida y aumentar su sobrevivencia.

Se espera que con la implementación de la presente guía de práctica clínica de enfermería mejore la calidad en la atención otorgada, se oriente hacia la toma de decisiones del prestador de servicio y se reduzca la variabilidad en las intervenciones realizadas al adulto mayor con fractura de cadera.

Queremos agradecer atentamente a la licenciada Maribel Arriaga Montalvo y al doctor Arturo Resendiz Hernández por su valiosa colaboración en la validación interna de esta guía de práctica clínica.

Referencias

1. Quevedo-Tejero EC, Zavala-González MA, Hernández-Gamas AC, Hernández-Ortega HM. Fractura de cadera en adultos mayores: Prevalencia y costos en dos hospitales. Tabasco, México, 2009 Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2011; 28(3):440-445.
2. Castañeda P, Cassis N. Mortalidad posterior a fracturas de cadera tratadas en el Centro Médico ABC entre 1996 y 2001. An Med Asoc Med Hosp ABC. 2003; 48(1): 33-37.
3. Campos F, Girbes I, Canto M, Gonzalez E. Fractura de cadera. Un problema que previsiblemente aumentará en los próximos años. Rev Enf Int (España) 2005. 71:17-20.
4. Govern de les illes Balears. Servei de Salut. Prevenció i tractament de les úlceras por presió. Mahón, Islas Balears, España: Conselleria de Salut i Consum; 2007. [En línea] <http://www.caib.es/govern/archivo.do?id=148743> [Consultado 17/08/2012].
5. Guía de Práctica Clínica de Enfermería. Prevención y Tratamiento de úlceras por presión y otras heridas crónicas. Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat, 2008.
6. Hospital Santiago Oriente "Dr. Luis Tisné Brousse". Guía de Práctica Clínica. Prevención de Infecciones urinarias relacionadas con catéteres urinarios permanentes. Santiago de Chile: Hospital Santiago Oriente; 2004. [En línea] <http://www.chaco.gov.ar/ministeriosalud/hppediatrico/PDF/docencia/materiales/GUIACLINICAIIHPrevenciondeInfeccionTractoUrinarioasociadaCat.pdf> [Consultado 17/08/2012].
7. National Clinical Guideline Centre (NCGC). Hip fracture. The management of hip fracture in adults. London: National Clinical Guideline Centre; 2011. [En línea] <http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/13489/54918/54918.pdf> [Consultado 10/09/2012].
8. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). Prevention and management of venous thromboembolism: A national guideline. Edinburgh: SIGN; 2010. [En línea] <http://www.sign.ac.uk/pdf/sign122.pdf> [Consultado 12/09/2012].
9. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). Management of hip fractures in older people. A national clinical guideline. Edinburgh: SIGN; 2009. [En línea] <http://www.sign.ac.uk/pdf/sign111.pdf> [Consultado 22/10/2012].
10. Sociedad Española de Geriatria y Gerontología (SEGG). Guía de Buena Práctica Clínica en Geriatria. Anciano afecto a la Fractura de Cadera. Madrid: SEGG; 2007. En línea] http://www.ssmaule.cl/paginas/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=2140&Itemid=123 [Consultado 10/09/2012].
11. Wiss DA. Fracturas-Máster en cirugía ortopédica. Madrid: Marban; 2003.
12. Sáez P, Madruga F, Rubio J. Detección de problemas en pacientes geriátricos con fractura de cadera. Importancia de la colaboración entre traumatólogo y geriatra. Rev Ortop Trauma. 2007;51:144-51.
13. Guevara LU, Covarrubias GA, Delille FR, Hernández OA, Carrillo ER, Mayo GD. Parámetros de práctica para el manejo del dolor agudo perioperatorio. Cir Cir. 2005; 73:223-232.
14. Capezuti E, Zwicker D, Mezey M, Fulmer T, (ed.). Evidence-based geriatric nursing protocols for best practice. 3rd ed. New York: Springer; 2008. p. 41-56.
15. Acosta C, González A. Actividades de la Vida Diaria en Adultos Mayores: La Experiencia de dos Grupos Focales. Rev Enseñanza e Inv en Psic. 2010; 15(2):393-401.
16. De la Torre M, Hernández A, Moreno N, Luis R. Recuperación funcional tras fractura de cadera en una población anciana, medida con el índice de Barthel. Rev. Esp. Cir. Ortop. Traumatol. 2011;55(4):263-269.
17. González A, Díaz C, Robustillo A, Monge V. Incidencia y factores asociados a la infección de localización quirúrgica tras artroplastia de cadera. Rev. Esp Cir Ortop Traumatol. 2011;55(4):270-276.
18. Fletcher K. Immobility: geriatric self-learning module. Med Surg Nurs. 2005; 14(1):35-37.
19. Pérez O, Palanco L. Tratamiento quirúrgico de urgencia en la fractura de cadera: estudio de siete años. Rev. Esp. Cir. Ortop. Traumatol. 2009; 53(2):69-75.
20. Gray M. The importance of screening, assessing and managing urinary incontinence in primary care, J Am Acad Nurse Practit. 2003; 15(3):102.
21. Baranoski S, Ayello A. Skin: an essential organ. En: Baranoski S, Ayello EA. Wound care essentials: Practice principles. Springhouse, PA: Lippincott Williams & Wilkins, 2004. p 47-60.
22. Peidro L. Actualización de la profilaxis tromboembólica en fractura de cadera. Rev. Esp. Cir. Ortop Traumatol. 2011;55(3):231-234.
23. Caballero MME, López MAB. Guía informativa para enfermeras. Trombosis Atención y Prevención. 2da. Ed. México: Ed. Pydesa. México 2010 p.14-17.
24. Degelan J, Belz M, Bungum L, Flavin PL, Harper C, Leys K, Lundquist L, Arfebb B. Institute for Clinical Systems Improvement. Prevention of Falls (Acute Care). Updated April 2012. [En línea] https://www.icsi.org/_asset/dcn15z/Falls-Interactive0412.pdf [Consultado 22/10/2012].
25. Agency for Healthcare Research and Quality. (ARHQ) Falls and fall risk; 2011.
26. Alkhatib A, Tuteja A. Constipation—Recent Advances in Treatment. Touchbriefings. Us gastroenterology & hepatology review; 2010: 43-47.
27. Risco Rodríguez A, Guerrero Morcillo LI, Guerrero Martín J, Gallego Sánchez JC, Marín González MI, Rodríguez

Algoritmo 1. Pasos que hay que seguir ante un paciente con fractura de cadera

