

GOBIERNO FEDERAL



SALUD

SEDENA

SEMAR

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA **GPC**

Intervenciones de enfermería en la atención del adulto mayor con **FRACTURA DE CADERA**

Evidencias y Recomendaciones

Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica: **IMSS-603-13**

CONSEJO DE
SALUBRIDAD GENERAL



Av. Paseo de La Reforma #450, piso 13,
Colonia Juárez, Delegación Cuauhtémoc, CP 06600, México, D. F.
www.cenetec.salud.gob.mx

Publicado por CENETEC
© Copyright CENETEC

Editor General
Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud

Esta guía de práctica clínica fue elaborada con la participación de las instituciones que conforman el Sistema Nacional de Salud, bajo la coordinación del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud. Los autores han hecho un esfuerzo por asegurarse de que la información aquí contenida sea completa y actual; por lo que asumen la responsabilidad editorial por el contenido de esta guía, declaran que no tienen conflicto de intereses y en caso de haberlo lo han manifestado puntualmente, de tal manera que no se afecte su participación y la confiabilidad de las evidencias y recomendaciones.

Las recomendaciones son de carácter general, por lo que no definen un curso único de conducta en un procedimiento o tratamiento. Las recomendaciones aquí establecidas, al ser aplicadas en la práctica, podrían tener variaciones justificadas con fundamento en el juicio clínico de quien las emplea como referencia, así como en las necesidades específicas y preferencias de cada paciente en particular, los recursos disponibles al momento de la atención y la normatividad establecida por cada Institución o área de práctica.

En cumplimiento de los artículos 28 y 29 de la Ley General de Salud; 50 del Reglamento Interior de la Comisión Interinstitucional del Cuadro Básico y Catálogo de Insumos del Sector Salud y Primero del Acuerdo por el que se establece que las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal que presten servicios de salud aplicarán, para el primer nivel de atención médica el cuadro básico y, en el segundo y tercer nivel, el catálogo de insumos, las recomendaciones contenidas en las GPC con relación a la prescripción de fármacos y biotecnológicos, deberán aplicarse con apego a los cuadros básicos de cada Institución.

Este documento puede reproducirse libremente sin autorización escrita, con fines de enseñanza y actividades no lucrativas, dentro del Sistema Nacional de Salud.

Deberá ser citado como: **Intervenciones de Enfermería en la Atención del Adulto Mayor con Fractura de Cadera**. México: Secretaría de Salud, 2013.

Esta guía puede ser descargada de Internet en: www.cenetec.salud.gob.mx/interior/gpc.html

CIE-10: 7915 reducción cerrada de fractura con fijación interna, fémur
S72.0 fractura de fémur

GPC: Intervenciones de enfermería en la atención en el adulto mayor con
fractura de cadera

AUTORES Y COLABORADORES

Coordinadores:

Ana Belem López Morales	Licenciada en Enfermería	Instituto Mexicano del Seguro Social	Subjefe de Enfermera. UMAE Hospital de Traumatología Dr. Victorio de la fuente Narváez. Distrito Federal.
-------------------------	--------------------------	--------------------------------------	---

Autores :

Ana Belem López Morales	Licenciada en Enfermería	Instituto Mexicano del Seguro Social	Subjefe de Enfermera. UMAE Hospital de Traumatología Dr. Victorio de la fuente Narváez. Distrito Federal.
Ma. Eduwíges Caballero Maldonado.	Licenciada en Enfermería	Instituto Mexicano del Seguro Social	Subjefe de Enfermera. UMAE Hospital de Traumatología "Dr. Victorio de la Fuente Narváez" Distrito Federal.
Rosa Angélica Rangel Gandarilla	Licenciada en Enfermería	Instituto Mexicano del Seguro Social	Subjefe de Enfermera. UMAE Hospital de Traumatología "Dr. Victorio de la Fuente Narváez" Distrito Federal.
Juana Leticia Rodriguez Martínez	Licenciada en Enfermería	Instituto Mexicano del Seguro Social	Directora de Enfermería UMAE Hospital de Traumatología "Dr. Victorio de la Fuente Narváez" Distrito Federal.
Rafael González Elizarraraz	Medico ortopedista	Instituto Mexicano del Seguro Social	Médico adscrito al servicio de cadera. UMAE Hospital de Traumatología Dr. Victorio de la Fuente Narváez Distrito Federal

Validación interna:

Leonel Lucio Nieto	Medico ortopedista	Instituto Mexicano del Seguro Social	Medico ortopedista Jefe del servicio de cadera UMAE Hospital de Traumatología Dr. Victorio de la Fuente Narváez Distrito Federal
Arturo Reséndiz Hernández	Medico ortopedista	Instituto Mexicano del Seguro Social	Director Médico UMAE Hospital de Traumatología Dr. Victorio de la Fuente Narváez Distrito Federal
Mariabel Arriaga Montalbo	Enfermera Geriatra	Instituto Mexicano del Seguro Social	Enfermera General UMAE Hospital de Traumatología Dr. Victorio de la Fuente Narváez Distrito Federal

ÍNDICE

AUTORES Y COLABORADORES	3
1. CLASIFICACIÓN.....	5
2. PREGUNTAS A RESPONDER POR ESTA GUÍA.....	6
3. ASPECTOS GENERALES	7
3.1 ANTECEDENTES.....	7
3.2 JUSTIFICACIÓN	8
3.3 PROPOSITO.....	8
3.4 OBJETIVO DE ESTA GUÍA	8
3.5 DEFINICIÓN.....	9
4. EVIDENCIAS Y RECOMENDACIONES	10
4.1. INTERVENCIONES PARA IDENTIFICAR LAS MANIFESTACIONES DE LA FRACTURA DE CADERA	11
4.1.1 DETERIORO DE LA MOVILIDAD FÍSICA.....	11
4.1.2. DOLOR AGUDO.....	12
4.2. INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA PARA DETERMINAR EL DÉFICIT DE AUTOCUIDADO DEL ADULTO MAYOR ..	13
4.3. INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA PARA LA PREVENCIÓN DE RIESGOS SECUNDARIOS AL PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO	14
4.3.1. RIESGO DE INFECCIÓN.....	14
4.4 INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA ENFOCADAS A LA PREVENCIÓN DE COMPLICACIONES SECUNDARIAS A LA EDAD.....	15
4.4.1. RIESGO DE CONFUSIÓN AGUDA	15
4.4.2. RIESGO DE AFECCIONES CARDIO-RESPIRATORIAS	16
4.4.3 RIESGO DE TRASTORNOS EN LA ELIMINACIÓN URINARIA.....	17
4.5. INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA PARA LA PREVENCIÓN DE COMPLICACIONES SECUNDARIAS A LA INMOVILIDAD.....	17
4.5.1. RIESGO DE DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTÁNEA	17
4.5.2. RIESGO DE CONTRACTURAS MUSCULARES Y ARTICULARES	20
4.5.3 INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA ENFOCADAS A DISMINUIR EL RIESGO DE DISFUNCIÓN VASCULAR PERIFÉRICA	20
4.5.4. RIESGO DE CAÍDAS.....	22
4.5.5 INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA ENFOCADAS A LA PREVENCIÓN DEL RIESGO DE ESTREÑIMIENTO... 23	
4.6 INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA ENFOCADAS A LA REHABILITACIÓN	24
4.6.1. REHABILITACIÓN HOSPITALARIA Y DOMICILIARIA.....	24
5. ANEXOS.....	26
5.1. PROTOCOLO DE BÚSQUEDA.....	26
5.2 SISTEMAS DE CLASIFICACIÓN DE LA EVIDENCIA Y FUERZA DE LA RECOMENDACIÓN	28
5.3. ESCALAS DE VALORACION	33
5.4. PLANES DE CUIDADOS.....	42
6. GLOSARIO.....	57
7. BIBLIOGRAFÍA.....	59
8. AGRADECIMIENTOS.	61
9. COMITÉ ACADÉMICO.....	62
10. DIRECTORIO SECTORIAL Y DEL CENTRO DESARROLLADOR.....	63
11. COMITÉ NACIONAL DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA.....	64

1. CLASIFICACIÓN.

Catálogo Maestro: IMSS-603-13	
Profesionales de la salud.	Licenciadas en enfermería, Enfermera Especialista Médico- Quirúrgica, intensivista, Pediatra, Geriatría, Administradora de los servicios de enfermería.
Clasificación de la enfermedad.	CIE 10 7915 Reducción Cerrada de Fractura con Fijación Interna, fémur S72.0 Fractura de fémur
Categoría de GPC.	Segundo y Tercer Nivel de Atención
Usuarios potenciales.	Enfermeras Jefes de Servicio, Enfermeras Generales, Auxiliares de Enfermería, Personal de salud en formación y Servicio Social
Tipo de organización desarrolladora.	Instituto Mexicano del Seguro Social UMAE Magdalena de las Salinas Hospital de Traumatología Dr. Victorio de la Fuente Narváez Distrito Federal
Población blanco.	Mujeres y hombres mayores de 60 años con fractura de cadera
Fuente de financiamiento / patrocinador.	Instituto Mexicano del Seguro Social
Intervenciones y actividades consideradas.	Identificación de respuestas humanas mediante el uso de escalas de valoración Escala Visual Análoga, Escala Verbal análoga, Escala Numérica del dolor, Valoración de riesgos: caídas y úlceras por presión, Escalas funcionales Intervenciones enfocadas a cubrir Actividades de la Vida Diaria, para prevención de complicaciones secundarias al procedimiento quirúrgico, a la inmovilidad y a la edad. Intervenciones para la rehabilitación inicial.
Impacto esperado en salud.	Mejorar la calidad en la atención de enfermería Favorecer la calidad de vida de los pacientes y aumentar la sobrevida Disminuir comorbilidades Disminución de días de estancia hospitalaria. Disminución de la mortalidad asociada a la fractura de cadera
Metodología1.	Definición el enfoque de la GPC Elaboración de preguntas clínicas Métodos empleados para coleccionar y seleccionar evidencia Protocolo sistematizado de búsqueda Revisión sistemática de la literatura Búsquedas de bases de datos electrónicas Búsqueda de guías en centros elaboradores o compiladores Búsqueda manual de la literatura Número de Fuentes documentales revisadas: Guías seleccionadas: 9 Revisiones sistemáticas: 9 Revisiones narrativas: 11 Ensayos controlados aleatorizados: 0 Adopción de guías de práctica clínica Internacionales: 9 Selección de las guías que responden a las preguntas clínicas formuladas con información sustentada en evidencia Construcción de la guía para su validación Respuesta a preguntas clínicas por adopción de guías Análisis de evidencias y recomendaciones de las guías adoptadas en el contexto nacional e internacional Respuesta a preguntas clínicas por revisión sistemática de la literatura y gradación de evidencia y recomendaciones Emisión de evidencias y recomendaciones
Método de validación y adecuación.	Método de Validación de la GPC: Validación por pares Validación Interna: Hospital de Traumatología Dr. Victorio de la Fuente Narváez Revisión externa : Academia Mexicana de Ortopedia
Conflicto de interés	Todos los miembros del grupo de trabajo han declarado la ausencia de conflictos de interés en relación a la información, objetivos y propósitos de la presente Guía de Práctica Clínica
Registro y actualización	Registro: IMSS-603-13 Fecha de Publicación: 21 de marzo 2013 Esta guía será actualizada cuando exista evidencia que así lo determine o de manera programada, a los 3 a 5 años posteriores a la publicación.

2. PREGUNTAS A RESPONDER POR ESTA GUÍA

1. ¿Cuáles son las intervenciones que realiza la enfermera para identificar los signos y síntomas prioritarios de la fractura de cadera?
2. ¿Cuáles son las intervenciones de enfermería enfocadas a mejorar las actividades básicas de la vida diaria del paciente adulto mayor con fractura de cadera?
3. ¿Cuáles son las Intervenciones que realiza la enfermera para prevenir complicaciones secundarias al procedimiento quirúrgico?
4. ¿Cuáles son las intervenciones de enfermería para la prevención de complicaciones en la fractura de cadera secundarias a la edad?
5. ¿Cuáles son las intervenciones de enfermería para prevenir complicaciones secundarias a la inmovilidad?
6. ¿Cuáles son las intervenciones en las cuales colabora la enfermera para la rehabilitación inicial del paciente pos operado de fractura de cadera?

3. ASPECTOS GENERALES

3.1 ANTECEDENTES

Actualmente a nivel mundial, la población de adultos mayores de 60 años ha crecido notable y aceleradamente. Este crecimiento acelerado de la población envejecida en México va acompañado de un incremento de enfermedades crónicas y de individuos con mayor vulnerabilidad fisiológica.

La fractura de cadera tiene un origen multifactorial dado a las características de la población en la cual prevalece, ya que ese grupo etario tiene más tendencia a caerse por fallo de los reflejos protectores y debilidad de la consistencia ósea por osteoporosis. (Castañeda, 2003)

La fractura de cadera está considerada a nivel mundial como una de las lesiones incapacitantes más comunes con predominio en las mujeres alrededor de 60 años y cuenta con un índice de mortalidad alto considerado además, como una de las causas de muertes accidentales en los ancianos, así como la causa más común de internamiento en unidades médicas dedicadas a la traumatología y ortopedia.

En México la proporción de éste 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 28.0 por ciento en el 2050. De igual forma la esperanza de vida se ha incrementado, se espera alcanzará 80 años en 2050, en contraste a los 36 años en 1950 y de 74 años en el 2000. Actualmente las mujeres viven en promedio 77.5 años y los hombres 72.7 años, cifras que se incrementarán a 83.6 y 79.0 años respectivamente en 2050.

En el IMSS, la población mayor de 60 años adscrita a médico familiar en 2003 era de 4.2 millones (13%). Este fenómeno representa un doble desafío para el IMSS, ya que la población derechohabiente aspira a una vida más prolongada y la población mayor será muy superior a la atendida en otras instituciones del sector salud. (Muñoz, 2004). En este contexto el IMSS integra para el 2007 la atención de riesgo a los grupos vulnerables con la participación de enfermeras especialistas en atención primaria a la salud en la consulta y asesoría de pacientes diabéticos, hipertensos y adultos mayores. (Tafolla, 2007)

Derivados de la transición demográfica se identifica a los accidentes como problema de salud y entre ellos a las caídas como prioritarios; en el adulto mayor una caída implica la afectación a su salud directamente proporcional al nivel de riesgo. En este sentido, las fracturas de cadera constituyen en la actualidad un problema importante a tener en cuenta, debido al envejecimiento poblacional y a que es considerado como un problema de salud pública que representa 9 de cada 10 fracturas en personas mayores de 60 años. Otra repercusión importante es debida al coste social, es decir, la disminución de la autoestima, aislamiento social, alteración del bienestar personal y familiar que implica este padecimiento; y sobretodo el coste económico generado por las necesidades asistenciales; amén de la mortalidad global asociada a la fractura de cadera, que es del 30% durante los primeros 6 meses tras la lesión (Campos y cols., 2005).

3.2 JUSTIFICACIÓN

El Instituto Mexicano del Seguro Social ha buscado a través de políticas institucionales, determinar necesidades sociales y de salud de los derechohabientes del grupo de la tercera edad y establecer el Modelo de Atención Geriátrica en los servicios de salud. La proporción de afiliados mayores de 60 años es superior dada sus características propias de seguridad social en México. Esto implica un problema económico para la institución, ya que, el costo de la atención médica que requiere un individuo de éste grupo de edad que padece, aparte de fractura de cadera, uno o más problemas crónicos, 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, las intervenciones que realiza el profesional son esenciales para el paciente hospitalizado por fractura de cadera, las cuales parten de la valoración y el diagnóstico enfermero con la finalidad de tratar respuestas humanas a problemas de salud reales y potenciales así como controlar y prevenir riesgos fomentando con ello la seguridad.

Es por ello que para prestar cuidados con calidad es necesario considerar el trabajo colaborativo y una buena comunicación; así como la coordinación entre los miembros del equipo de salud lo cual es fundamental para la continuidad a los cuidados, así como para alcanzar la calidad en la atención otorgada.

Por lo anterior surge la necesidad de contar con un instrumento que guíe al profesional enfermería en la toma de decisiones referentes al cuidado del adulto mayor con fractura de cadera.

3.3 PROPOSITO

La Guía de Práctica Clínica de Intervenciones de Enfermería en la atención del adulto Mayor con Fractura de Cadera tiene como propósito estandarizar las intervenciones en el tratamiento de los adultos mayores con fractura de cadera.

3.4 OBJETIVO DE ESTA GUÍA

La guía de práctica clínica: Intervenciones de Enfermería en el Adulto Mayor con Fractura de Cadera, forma parte de las guías que integrarán el catálogo maestro de guías de práctica clínica, el cual se instrumentará a través del Programa de Acción Desarrollo de Guías de Práctica Clínica, de acuerdo con las estrategias y líneas de acción que considera el Programa Nacional de Salud 2007-2012.

La finalidad de este catálogo, es establecer un referente nacional para orientar la toma de decisiones clínicas basadas en recomendaciones sustentadas en la mejor evidencia disponible.

Esta guía se pone a disposición del personal de enfermería del segundo y tercer nivel de atención, las recomendaciones basadas en la mejor evidencia disponible con la intención de estandarizar las acciones nacionales sobre:

1. Identificar las intervenciones de enfermería para valorar los signos y síntomas prioritarios de la fractura de cadera
2. Determinar las intervenciones de enfermería para evaluar las Actividades Básicas de la Vida Diaria del adulto mayor con fractura de cadera
3. Determinar las intervenciones de enfermería para la prevención de complicaciones secundarias al procedimiento quirúrgico.
4. Determinar las intervenciones de enfermería para la prevención de complicaciones secundarias a la edad
5. Determinar las intervenciones de enfermería para la prevención de complicaciones secundarias a la inmovilidad.
6. Determinar las intervenciones en las cuales la enfermera colabora para la rehabilitación inicial del paciente posoperado de Fractura de Cadera.

Lo que favorecerá la mejora en la efectividad, seguridad y calidad de la atención de enfermería, contribuyendo de esta manera al bienestar de las personas y de las comunidades, que constituye el objetivo central y la razón de los servicios de salud.

3.5 DEFINICIÓN

Es la fractura que ocurre en el extremo proximal del fémur, puede ser intracapsular, afectando al cuello del fémur, o extra capsular, afectando a la región trocanterica. De acuerdo con su localización en dicha extremidad, la fractura puede afectar a la cabeza femoral (fractura capital), al cuello (Fractura del cuello), a los trocánteres (Fracturas intertrocantericas o pertrocantericas) al segmento del fémur situado por debajo del trocánter (Fracturas subtrocantericas y al trocánter mayor o al trocánter menor (fracturas aisladas) (Wiss, 2003)

4. EVIDENCIAS Y RECOMENDACIONES

La evidencia y las recomendaciones expresadas en las guías seleccionadas, corresponde a la información disponible organizada según criterios relacionados con las características cuantitativas, cualitativas, de diseño y tipo de resultados de los estudios que las originaron. Las evidencias en cualquier escala son clasificadas de forma numérica o alfanumérica y las recomendaciones con letras, ambas, en orden decreciente de acuerdo a su fortaleza.

Las evidencias y recomendaciones provenientes de las GPC utilizadas como documento base se gradaron de acuerdo a la escala original utilizada por cada una de las GPC. En la columna correspondiente al nivel de evidencia y recomendación el número y/o letra representan la calidad y fuerza de la recomendación, las siglas que identifican la GPC o el nombre del primer autor y el año de publicación se refieren a la cita bibliográfica de donde se obtuvo la información como en el ejemplo siguiente:

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
E. La valoración del riesgo para el desarrollo de UPP, a través de la escala de Braden tiene una capacidad predictiva superior al juicio clínico del personal de salud	2++ (GIB, 2007)

En el caso de no contar con GPC como documento de referencia, las evidencias y recomendaciones fueron elaboradas a través del análisis de la información obtenida de revisiones sistemáticas, metaanálisis, ensayos clínicos y estudios observacionales. La escala utilizada para la gradación de la evidencia y recomendaciones de estos estudios fue la escala Shekelle modificada.

Cuando la evidencia y recomendación fueron gradadas por el grupo elaborador, se colocó en corchetes la escala utilizada después del número o letra del nivel de evidencia y recomendación, y posteriormente el nombre del primer autor y el año como a continuación:

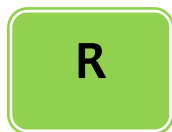
Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
E. El zanamivir disminuyó la incidencia de las complicaciones en 30% y el uso general de antibióticos en 20% en niños con influenza confirmada	la [E: Shekelle] Matheson, 2007

Los sistemas para clasificar la calidad de la evidencia y la fuerza de las recomendaciones se describen en el Anexo 5.2.

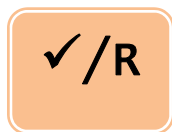
Tabla de referencia de símbolos empleados en esta Guía:



EVIDENCIA







RECOMENDACIÓN



PUNTO DE BUENA PRÁCTICA

4.1. INTERVENCIONES PARA IDENTIFICAR LAS MANIFESTACIONES DE LA FRACTURA DE CADERA

4.1.1 DETERIORO DE LA MOVILIDAD FÍSICA

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
 <p>La gran mayoría de las fracturas de cadera se identifican fácilmente con las radiografías simples.</p>	<p>3 <i>Management of hip fracture in older people. SING, 2009</i></p>
 <p>Es recomendable tomar Rx dentro de las primeras 24 horas</p>	<p>D <i>Management of hip fracture in older people. SING, 2009</i></p>
 <p>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.</p>	<p>4 <i>Management of hip fracture in older people. SING, 2009</i></p>
 <p>Es recomendable mantener inmovilizada la extremidad afectada hasta la fijación quirúrgica, la cual debe ser lo más pronto posible.</p>	<p>D <i>Management of hip fracture in older people. SING, 2009</i></p>

E

Desde el momento en que el anciano sufre una fractura de cadera se manifiestan problemas que complican la situación derivado a la postración tales como Infecciones respiratorias, deterioro cognitivo, úlceras por presión, trombosis venosa profunda, etc.

III
[E. Shekelle]
Sáez et al, 2007

R

La atención al paciente con fractura de cadera deberá ser integral, y coordinada para disminuir la mortalidad.

C
[E. Shekelle]
Sáez et al, 2007

✓/R

Elaborar un plan específico de cuidados, apropiado para aquellos pacientes que padecen problemas reales o previsible relacionados con el diagnóstico o una enfermedad concreta teniendo como base la taxonomía enfermera

Punto de Buena Práctica

4.1.2. DOLOR AGUDO

Evidencia / Recomendación

Nivel / Grado

E

El paciente con fractura de cadera inicialmente refiere dolor en el miembro afectado al realizar movilización.

4
Management of hip fracture in older people. SING, 2009

R

Realizar Valoración inicial en busca de signos que orienten a determinar la existencia fractura, tales como limitación funcional, rotación de la extremidad y dolor el cual se debe tratar desde ese momento

D
Management of hip fracture in older people. SING, 2009

R

El manejo del dolor se debe adaptar a cada paciente

2+
Management of hip fracture in older people. SING, 2009

E

La implementación de un programa seguro y eficaz de analgesia perioperatoria requiere de una evaluación y documentación objetiva, sistemática y periódica del dolor y de otras variables asociadas.

IV
[E. Shekelle]
Guevara, 2005

R

Valorar el dolor, empleando una escala validada tales como EVA, EVERA o ENA. (Anexo 5.3.1.1)

D
[E. Shekelle]
Guevara, 2005

✓/R

Valorar el dolor a intervalos frecuentes por lo general al tomarle las constantes vitales.

Punto de Buena Práctica

E

No hay evidencias de que la tracción percutánea facilite la supresión del dolor.

1+
Management of hip fracture in older people. SING, 2009

R

No se aconseja la utilización de la tracción en la extremidad afectada

A
Management of hip fracture in older people. SING, 2009

4.2. INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA PARA DETERMINAR EL DÉFICIT DE AUTOCUIDADO DEL ADULTO MAYOR

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado	
E	La valoración funcional determinará el pronóstico funcional en el anciano más que la enfermedad.	I <i>Assessment of function. In: Evidence-based geriatric nursing protocols for best practice. ARHQ,2008</i>
E	Los instrumentos para evaluar la función deben ser eficientes para proporcionar información práctica y útil. Estas evaluaciones deben ser incorporadas en la valoración diaria.	VI <i>Assessment of function. In: Evidence-based geriatric nursing protocols for best practice. ARHQ,2008</i>
E	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	III [E. Shekelle] Acosta, 2010

R

Incluir en la Valoración del adulto mayor una valoración que permita determinar el nivel de funcionalidad (Anexo 5.3.1.2.)

VI
Assessment of function. In: Evidence-based geriatric nursing protocols for best practice. ARHQ, 2008

R

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.

C
[E. Shekelle]
De la Torre, 2011

4.3. INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA PARA LA PREVENCIÓN DE RIESGOS SECUNDARIOS AL PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

4.3.1. RIESGO DE INFECCIÓN

Evidencia / Recomendación

Nivel / Grado

E

La infección de localización quirúrgica posterior a una cirugía de cadera es la complicación más temida causando hospitalización prolongada, incremento de morbilidad, mortalidad y altos costes.

III
[E. Shekelle]
Gonzalez, 2011

R

El antibiótico debe darse por vía intravenosa en una sola dosis como profilaxis preoperatoria y continuar las dosis hasta las 24 hrs de posoperatorio.

C
[E. Shekelle]
Gonzalez, 2011

E

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.

1++
Management of hip fracture in older people. SING, 2009

R

Todos los pacientes que experimentan una intervención por fractura de cadera deben recibir profilaxis antibiótica

A
Management of hip fracture in older people. SING, 2009

E

Una de las medidas de control para la prevención de infecciones del tracto urinario consiste en limitar el uso de catéteres urinarios permanentes.

I
Guía de Práctica Clínica Prevención de infecciones urinarias relacionadas con catéteres urinarios permanentes, 2004

R

Evitar los catéteres urinarios mientras sea posible

A

*Guía de Práctica Clínica
Prevención de infecciones
urinarias relacionadas con
catéteres urinarios
permanentes, 2004*

4.4 INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA ENFOCADAS A LA PREVENCIÓN DE COMPLICACIONES SECUNDARIAS A LA EDAD

4.4.1. RIESGO DE CONFUSIÓN AGUDA

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
<p>E Múltiples estudios han demostrado que la depresión y el deterioro cognitivo en los ancianos se correlacionan con niveles disminuidos de la actividad.</p>	<p>III [E. Shekelle] <i>Fletcher, 2005</i></p>
<p>R Evaluar la presencia de signos de depresión (insomnio, anorexia, quejas somáticas) o alteraciones cognitivas (confusión) y recomendar un programa de actividad física o terapia de rehabilitación.</p>	<p>C [E. Shekelle] <i>Fletcher, 2005</i></p>
<p>E La hipoxia cerebral es un problema frecuente en los pacientes ancianos con fractura de cadera y se ha relacionado con la aparición de delirium y con una mayor mortalidad del 42-44%.</p>	<p>2++ <i>Guía de Buena Practica Anciano afecto a la fractura de cadera SEGG, 2007</i></p>
<p>R Suministrar oxígeno suplementario en todos los pacientes con datos de hipoxemia.</p>	<p>B <i>Guía de Buena Practica Anciano afecto a la fractura de cadera SEGG, 2007</i></p>
<p>E Es fundamental detectar a los pacientes susceptibles a alteraciones confusionales en el ingreso, y pautar medidas preventivas o iniciar con tratamiento farmacológico</p>	<p>III [E. Shekelle] <i>Sáez et al, 2007</i></p>

R

Emplear como parte de la valoración inicial un cuestionario de Evaluación del riesgo de confusión. (Anexo 5.3.1.3.)

C
[E. Shekelle]
Sáez et al, 2007

4.4.2. RIESGO DE AFECCIONES CARDIO-RESPIRATORIAS

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado	
E	Las complicaciones posquirúrgicas más frecuentes en Adultos Mayores son las respiratorias y metabólicas.	III [E. Shekelle] <i>Pérez, 2009</i>
E	La hipoxia es un problema frecuente en los pacientes con fractura de cadera	3 <i>Management of hip fracture in older people. SING, 2009</i>
R	Es necesario suministrar oxígeno complementario y medir la saturación de oxígeno desde el ingreso del paciente	C <i>Management of hip fracture in older people. SING, 2009</i>
E	El deterioro de las condiciones cardiovasculares derivadas de la inmovilidad, ocurre en días y resulta en cambios de hidratación, disminución del volumen minuto cardíaco, disminución de la captación de oxígeno y aumento de la frecuencia cardíaca.	III [E. Shekelle] <i>Fletcher, 2005</i>
R	La posición erecta favorece la expansión pulmonar máxima.	C [E. Shekelle] <i>Fletcher, 2005</i>



Minimizar el deterioro cardiovascular colocando al paciente en posición de sedestación varias veces al día.

C
[E. Shekelle]
Fletcher, 2005

4.4.3 RIESGO DE TRASTORNOS EN LA ELIMINACIÓN URINARIA

Evidencia / Recomendación

Nivel / Grado



La incontinencia urinaria y la disfunción vesical sobreactiva constituyen problemas prevalentes, particularmente entre mujeres y hombres mayores de 60 años.

IV
[E. Shekelle]
Gray, 2003



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 retención.

D
[E. Shekelle]
Gray, 2003

4.5. INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA PARA LA PREVENCIÓN DE COMPLICACIONES SECUNDARIAS A LA INMOVILIDAD

4.5.1. RIESGO DE DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTÁNEA

Evidencia / Recomendación

Nivel / Grado



Es necesaria una valoración integral del estado de salud de las personas con riesgo a desarrollar Ulceras por Presión

IV
Guía de Práctica Clínica de Enfermería Prevención y Tratamiento de las Ulceras por Presión y otras heridas crónicas, 2008

<p>E</p>	<p>La valoración del Riesgo a través de la escala de Braden tiene una capacidad predictiva superior al juicio del personal de salud</p>	<p>2++ <i>Prevención y Tratamiento de las úlceras por presión. GIB, 2007</i></p>
<p>R</p>	<p>Utilizar la escala de Braden para determinar el grado de riesgo para la aparición de Úlceras por Presión (Anexo 5.3.1.4.)</p>	<p>B <i>Prevención y Tratamiento de las úlceras por presión. GIB, 2007</i></p>
<p>R</p>	<p>Identificar a los pacientes con alto riesgo para el desarrollo de Úlceras por Presión</p>	<p>B <i>Prevención y Tratamiento de las úlceras por presión GIB, 2007</i></p>
<p>E</p>	<p>La humedad procedente de la incontinencia urinaria contribuye a la aparición de úlceras por presión debido a la maceración de la piel.</p>	<p>IV <i>Prevención y Tratamiento de las Úlceras por Presión y otras heridas crónicas, 2008</i></p>
<p>R</p>	<p>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.</p>	<p>C <i>Prevención y Tratamiento de las Úlceras por Presión y otras heridas crónicas, 2008</i></p>
<p>R</p>	<p>Es necesario realizar lubricación y humectación de la piel, cambios de posición cada 2 horas durante las 24 horas, proteger sitios de presión con protectores locales para mantener la integridad de la piel.</p>	<p>C <i>Prevención y Tratamiento de las Úlceras por Presión y otras heridas crónicas, 2008</i></p>
<p>E</p>	<p>Las úlceras por presión suelen aparecer sobre las prominencias óseas, como el sacro, cóccix, trocánter, talones y codos a consecuencia de la falta de alivio de la presión entre la prominencia y la superficie de apoyo.</p>	<p>2++ <i>Prevención y Tratamiento de las úlceras por presión. GIB, 2007</i></p>

R

Mantener la ropa de cama limpia y seca

D
Prevención y Tratamiento de las úlceras por presión. GIB, 2007

R

No dar masaje en la piel que cubre las prominencias óseas.

B
Prevención y Tratamiento de las úlceras por presión. GIB, 2007

E

El baño excesivo, especialmente con agua caliente elimina de la piel del anciano la humedad cutánea e incrementa la sequedad.

IV
[E. Shekelle]
Baranoski 2003

E

Con la edad disminuye la capacidad de retener humedad en la piel debido a la disminución de la cantidad de proteínas dérmicas.

IV
[E. Shekelle]
Baranoski, 2003

R

Limitar el número de baños completos a dos a tres por semana, alternándolos con baños parciales usando agua tibia a temperatura de entre 35 y 37°C

D
[E. Shekelle]
Baranoski, 2003

R

Evitar productos de cuidado cutáneo que contengan alérgenos como lanolina, látex tintes

D
[E. Shekelle]
Baranoski, 2003

E

Se ha confirmado mayor utilidad de los colchones de espuma con respecto al colchón convencional en la prevención de UPP en pacientes con riesgo moderado-alto.

1+
Guía de Buena Práctica Clínica. Anciano afecto de Fractura de cadera SEGG, 2007

R

Se recomienda el uso de colchón neumático de presión alterna (colchón anti escara), así como los cambios posturales y la protección de salientes óseos.

A
Guía de Buena Práctica Clínica. Anciano afecto de Fractura de cadera SEGG, 2007

4.5.2. RIESGO DE CONTRACTURAS MUSCULARES Y ARTICULARES






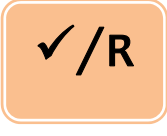
Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
<p>E La inactividad contribuye rápidamente al acortamiento muscular y a la aparición de cambios articulares y cartilagosos en la estructura de las articulaciones.</p>	<p>III [E. Shekelle] <i>Fletcher, 2005</i></p>
<p>E Las contracturas musculares comienzan a las 8 horas de inmovilidad.</p>	<p>III [E. Shekelle] <i>Fletcher, 2005</i></p>
<p>R Realizar ejercicios pasivos al menos dos veces al día, a menos que estuviera contraindicado.</p>	<p>C [E. Shekelle] <i>Fletcher, 2005</i></p>

4.5.3 INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA ENFOCADAS A DISMINUIR EL RIESGO DE DISFUNCIÓN VASCULAR PERIFÉRICA







Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
<p>E Desde el momento en que se produce la fractura libera tromboplastina al torrente circulatorio, activándose el sistema de la coagulación.</p>	<p>IV [E. Shekelle] <i>Peidro 2011</i></p>
<p>R Todos los pacientes que experimentan una intervención por fractura de cadera deben recibir profilaxis antitrombotica</p>	<p>D [E. Shekelle] <i>Peidro 2011</i></p>

E	Se ha demostrado la eficacia del tratamiento con heparina de bajo peso molecular (HBPM), en cirugía ortopédica, en dosis de alto riesgo desde 12 h antes de la intervención o 6 h. después hasta 27-35 días tras el alta.	1+ <i>Guía de Buena Práctica Clínica. Anciano afecto de Fractura de cadera SEGG, 2007</i>
R	Aplicar la heparina en dosis y horarios establecidos	A <i>Guía de Buena Práctica Clínica. Anciano afecto de Fractura de cadera SEGG, 2007</i>
E	La inmovilización de la extremidad que determina la fractura favorece el estasis venoso	2+ <i>Prevention and management of venous thromboembolism SING, 2010</i>
R	Animar al paciente a realizar ejercicios de flexión y a usar medias de compresión.	C <i>Prevention and management of venous thromboembolism SING, 2010</i>
R	El ejercicio ayuda a aumentar el retorno venoso, fomentando la circulación colateral y refuerza los músculos de la pantorrilla.	D [E. Shekelle] <i>Peidro 2011</i>
E	Las medias de compresión gradual solas o utilizadas junto con otras modalidades de prevención, ayudan a evitar la trombosis venosa profunda en pacientes hospitalizados.	IV [E. Shekelle] <i>Caballero, 2010</i>
R	Se recomienda realizar el ajuste correcto de la media realizando una medición adecuada considerando la prescripción médica	D [E. Shekelle] <i>Caballero, 2010</i>
R	Se recomienda retirar la media y valorar el estado de la extremidad 2 veces al día	D [E. Shekelle] <i>Caballero, 2010</i>

4.5.4. RIESGO DE CAÍDAS

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
 <p>Las caídas son las situaciones adversas más frecuente notificadas en los hospitales</p>	<p>C <i>Degelau, 2012</i></p>
 <p>Estudios observacionales en hospitales de urgencias muestran que las tasas de caídas oscilan desde 1,3 hasta 8,9 produciéndose en las unidades que se centran en el cuidado de ancianos, neurología y rehabilitación.</p>	<p>C <i>Degelau, 2012</i></p>
 <p>Realizar la evaluación del riesgo para identificar los factores de riesgo</p>	<p>C <i>Degelau, 2012</i></p>
 <p>En un estudio de cohorte retrospectivo de nueve hospitales del medio oeste las caídas eran asociadas con la edad avanzada, ocurriendo en el baño y en afuera las áreas de atención de pacientes.</p>	<p>C <i>Degelau, 2012</i></p>
 <p>Comunicar factores de riesgo utilizando herramientas de comunicación visual, informar al paciente y a la familia de los riesgos y la educación del paciente para prevenir los riesgos</p>	<p>C <i>Degelau, 2012</i></p>
 <p>La medida preventiva más importante para reducir el riesgo de caídas en pacientes hospitalizados incluye el incremento en las medidas de seguridad durante la trasfencia, como asegurar sillas de ruedas y camas antes de los movimientos</p>	<p>Punto de Buena practica</p>

4.5.5 INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA ENFOCADAS A LA PREVENCIÓN DEL RIESGO DE ESTREÑIMIENTO

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado	
	<p>El estreñimiento suele ser debido a una combinación de factores: hábito poco regular, alimentación con poca fibra, escasa ingesta de líquidos y escasa actividad física.</p>	<p>IV [E. Shekelle] <i>Alkhatib, 2010</i></p>
	<p>Beber abundantes líquidos y hacer ejercicio regularmente son consejos habituales, aunque la evidencia formal de su efectividad es débil</p>	<p>D [E. Shekelle] <i>Alkhatib, 2010</i></p>
	<p>Recomendar defecar después de las comidas, particularmente por la mañana, cuando la motilidad del colon es mayor</p>	<p>D [E. Shekelle] <i>Alkhatib, 2010</i></p>
	<p>Revisar y modificar los fármacos que favorezcan el estreñimiento</p>	<p>D [E. Shekelle] <i>Alkhatib, 2010</i></p>
	<p>Otras medidas útiles son: reeducación intestinal y facilitar el acceso al baño.</p>	<p>D [E. Shekelle] <i>Alkhatib, 2010</i></p>
	<p>La prevención de estreñimiento debe ser estudiada de manera multidisciplinaria</p>	<p>Punto de Buena practica</p>

4.6 INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA ENFOCADAS A LA REHABILITACIÓN

4.6.1. REHABILITACIÓN HOSPITALARIA Y DOMICILIARIA

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
<p>E La movilización posquirúrgica temprana es parte del manejo de la fractura de cadera</p>	<p>III [E. Shekelle] <i>Hip fracture. The management of hip fracture in adults. NICE, 2011</i></p>
<p>R Inicial ejercicios de fisioterapia y movilización posterior a la cirugía.</p>	<p>C [E. Shekelle] <i>Hip fracture. The management of hip fracture in adults. NICE, 2011</i></p>
<p>E El antecedente de caídas previas es un factor determinante para presentar nuevas caídas.</p>	<p>IV [E. Shekelle] <i>Falls and fall risk. ARHQ, 2011</i></p>
<p>R Es recomendable conocer los antecedentes de caídas previas.</p>	<p>D [E. Shekelle] <i>Falls and fall risk. ARHQ, 2011</i></p>
<p>E 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.</p>	<p>III [E. Shekelle] <i>Acosta, 2010</i></p>
<p>R Es recomendable utilizar la escala de Lawton y Brody para evaluar las Actividades Instrumentales de la vida diaria previo al egreso hospitalario.</p>	<p>C [E. Shekelle] <i>Acosta, 2010</i></p>



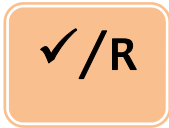
El informe de continuidad de cuidados de enfermería al alta permite una visión integral del paciente.

III
[E. Shekelle]
Risco, 2012



Se recomienda diseñar un plan de cuidados para el egreso hospitalario, el cual contenga recomendaciones domiciliarias

C
[E. Shekelle]
Risco, 2012



El plan de alta asegura la continuidad de los cuidados en el hogar

Punto de Buena practica

5. ANEXOS

5.1. PROTOCOLO DE BÚSQUEDA

PROTOCOLO DE BÚSQUEDA.

Para la elaboración de la Guía de Práctica Clínica de Intervenciones de Enfermería en la Atención del Paciente Adulto Mayor con Fractura de Cadera, se estableció una secuencia estandarizada para la búsqueda de Guías de Práctica Clínica a partir de las preguntas clínicas formuladas sobre intervenciones de enfermería en la atención del paciente adulto mayor con fractura de cadera en las siguientes bases de datos electrónicos: PubMed, Scielo, Cuiden, Cochrane BVS, Fisterra, Guideline Clearinghouse y Scottish Intercollegiate Guidelines Network.

Criterios de inclusión:

Documentos escritos en idioma inglés o español.

Publicaciones recientes.

Documentos enfocados al diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la Fractura de Cadera

Documentos enfocados al cuidado de enfermería al paciente con Fractura de Cadera

Criterios de exclusión:

Documentos escritos en idiomas distintos al español o inglés.

Estrategia de búsqueda.

La búsqueda fue limitada a humanos, documentos de publicación con 10 años a la fecha actual, en idioma inglés o español, del tipo de documento de guías de práctica clínica y se utilizaron términos validados del Pubmed. Se utilizó el término Pubmed: nursing, interventions, Hip, Fracture, guide y person. En esta estrategia de búsqueda también se incluyeron los subencabezamientos (subheadings): Classification, diagnosis complications, prevención and control, rehabilitation.

No.	Búsqueda	Resultado obtenido
1	("hip fractures"[MeSH Terms] OR ("hip"[All Fields] AND "fractures"[All Fields]) OR "hip fractures"[All Fields] OR ("hip"[All Fields] AND "fracture"[All Fields]) OR "hip fracture"[All Fields]) AND (hasabstract[text] AND "2002/09/29"[PDat] : "2012/09/26"[PDat] AND "humans"[MeSH Terms] AND Guideline[ptyp] AND "aged"[MeSH Terms])	3

Algoritmo de búsqueda

1. Pubmed
2. Nursing
3. Hip
4. Fracture
5. Intervención
6. Guide
7. elderly person
8. #1 And #7
9. 2002[PDAT]: 2012[PDAT]
10. Humans [MeSH]
11. #8 and # 10
12. English [lang]
13. Spanish [lang]
14. #12 OR # 13
15. #11 AND # 14
16. Guideline [ptyp]
17. #15 AND #12
18. Aged 60 and over [MesSH]
19. #17 AND #18
20. - # 1 AND (# 2 OR # 3 OR #4 OR #5 OR #6) AND #9 AND #10 AND (#12 OR #13) and (#16) and #18

Segunda etapa

Una vez que se realizó la búsqueda de guías de práctica clínica en PubMed y al haberse encontrado pocos documentos de utilidad, se procedió a buscar guías de práctica clínica en sitios Web especializados.

En esta etapa se realizó la búsqueda en 6 sitios de Internet en los que se buscaron guías de práctica clínica, en 6 de estos sitios se obtuvieron 15 documentos, de los cuales se utilizaron 9 documentos para la elaboración de la guía.

No.	Sitio	Obtenidos	Utilizados
1	SING	4	2
2	COCHRANE	1	0
3	SEGG	1	1
4	GIB	1	1
5	FISTERRA	4	1
6	AHRQ	4	4
Totales		15	9

Tercera etapa

Se realizó una búsqueda de revisiones sistemáticas en la biblioteca Cuiden y Scielo relacionadas con el tema de fractura de cadera y funcionalidad en el adulto mayor. Se obtuvieron 32 RS, 9 de los cuales tuvieron información relevante para la elaboración de la guía.

Cuarta etapa

Se extendió la búsqueda a revisiones sistemáticas, meta análisis, ensayos clínicos, ensayos clínicos controlados aleatorios. En esta etapa se obtuvieron resultados de los cuales se recuperaron 9 revisiones sistemáticas y 11 revisiones narrativas.

5.2 SISTEMAS DE CLASIFICACIÓN DE LA EVIDENCIA Y FUERZA DE LA RECOMENDACIÓN

Criterios para Graduar la Evidencia

El concepto de Medicina Basada en la Evidencia (MBE) fue desarrollado por un grupo de internistas y epidemiólogos clínicos, liderados por Gordon Guyatt, de la Escuela de Medicina de la Universidad McMaster de Canadá. En palabras de David Sackett, *“la MBE es la utilización consciente, explícita y juiciosa de la mejor evidencia clínica disponible para tomar decisiones sobre el cuidado de los pacientes individuales”* (Evidence-Based Medicine Working Group 1992, Sackett DL et al, 1996).

En esencia, la MBE pretende aportar más ciencia al arte de la medicina, siendo su objetivo disponer de la mejor información científica disponible -la evidencia- para aplicarla a la práctica clínica (Guerra Romero L, 1996).

La fase de presentación de la evidencia consiste en la organización de la información disponible según criterios relacionados con las características cualitativas, diseño y tipo de resultados de los estudios disponibles. La clasificación de la evidencia permite emitir recomendaciones sobre la inclusión o no de una intervención dentro de la GPC (Jovell AJ et al, 2006).

Existen diferentes formas de graduar la evidencia (Harbour R 2001) en función del rigor científico del diseño de los estudios pueden construirse escalas de clasificación jerárquica de la evidencia, a partir de las cuales pueden establecerse recomendaciones respecto a la adopción de un determinado procedimiento médico o intervención sanitaria (Guyatt GH et al, 1993). Aunque hay diferentes escalas de gradación de la calidad de la evidencia científica, todas ellas son muy similares entre sí.

A continuación se presentan las escalas de evidencia de cada una de las GPC utilizadas como referencia para la adopción y adaptación de las recomendaciones.

LA ESCALA MODIFICADA DE SHEKELLE Y COLABORADORES

Clasifica la evidencia en niveles (categorías) e indica el origen de las recomendaciones emitidas por medio del grado de fuerza. Para establecer la categoría de la evidencia utiliza números romanos de I a IV y las letras a y b (minúsculas). En la fuerza de recomendación letras mayúsculas de la A a la D.

Categoría de la evidencia	Fuerza de la recomendación
Ia. Evidencia para meta-análisis de los estudios clínicos aleatorios	A. Directamente basada en evidencia categoría I
Ib. Evidencia de por lo menos un estudio clínico controlado aleatorio	
IIa. Evidencia de por lo menos un estudio controlado sin aleatoriedad	B. Directamente basada en evidencia categoría II o recomendaciones extrapoladas de evidencia I
IIb. Al menos otro tipo de estudio cuasiexperimental o estudios de cohorte	
III. Evidencia de un estudio descriptivo no experimental, tal como estudios comparativos, estudios de correlación, casos y controles y revisiones clínicas	C. Directamente basada en evidencia categoría III o en recomendaciones extrapoladas de evidencias categorías I o II
IV. Evidencia de comité de expertos, reportes opiniones o experiencia clínica de autoridades en la materia o ambas	D. Directamente basadas en evidencia categoría IV o de recomendaciones extrapoladas de evidencias categorías II, III

Modificado de: Shekelle P, Wolf S, Eccles M, Grimshaw J. Clinical guidelines. Developing guidelines. BMJ 1999; 3:18:593-59

ESCALA SCOTTISH INTERCOLLEGIATE GUIDELINES NETWORK	
NIVEL	
1++	Meta-análisis de alta calidad, revisión sistemática o Ensayos Clínicos Controlados Aleatorizados (ECA), o ECAs con muy bajo riesgo de sesgo
1+	Meta-análisis bien dirigido, revisión sistemática, o ECAs con un bajo riesgo de sesgo
1	Meta-análisis, revisión sistemática, o ECAs con un alto riesgo de sesgo
2++	Revisión sistemática de alta calidad de casos control o estudios de cohorte Estudios de casos control o de cohorte de alta calidad con muy bajo riesgo de confusión o sesgo y una alta probabilidad de que la relación es causal
2+	Estudios de casos control o de cohorte bien dirigidos con muy bajo riesgo de confusión o sesgo y una moderada probabilidad de que la relación sea causal
2	Estudios de casos control o de cohorte con un alto riesgo de confusión o sesgo y un riesgo importante de que la relación sea causal
3	Estudios no analíticos, p.ej. informe de casos, series de casos
4	Opinión de Expertos

GRADO DE RECOMENDACIÓN	
A	Al menos un meta análisis, revisión sistemática de ECA, o ECA de nivel 1++, directamente aplicables a la población diana, o evidencia suficiente derivada de estudios de nivel 1+, directamente aplicable a la población diana y que demuestren consistencia global en los resultados
B	Evidencia suficiente derivada de estudios de nivel 2++, directamente aplicable a la población diana y que demuestren consistencia global en los resultados. Evidencia extrapolada de estudios de nivel 1++ o 1+
C	Evidencia suficiente derivada de estudios de nivel 2+, directamente aplicable a la población diana y que demuestren consistencia global en los resultados. Evidencia extrapolada de estudios de nivel 2++
D	Evidencia de nivel 3 o 4. Evidencia extrapolada de estudios de nivel 2

ESCALA EMPLEADA EN LA GUÍA DE BUENA PRÁCTICA CLÍNICA ANCIANO AFECTO DE CADERA BASADA EN SCOTTISH INTERCOLLEGIATE GUIDELINES NETWORK

Grado de recomendación	
A	Al menos un meta análisis, revisión sistemática de ECA, o ECA de nivel 1++, directamente aplicables a la población diana, o evidencia suficiente derivada de estudios de nivel 1+, directamente aplicable a la población diana y que demuestren consistencia global en los resultados
B	Evidencia suficiente derivada de estudios de nivel 2++, directamente aplicable a la población diana y que demuestren consistencia global en los resultados. Evidencia extrapolada de estudios de nivel 1++ o 1+
C	Evidencia suficiente derivada de estudios de nivel 2+, directamente aplicable a la población diana y que demuestren consistencia global en los resultados. Evidencia extrapolada de estudios de nivel 2++
D	Evidencia de nivel 3 o 4. Evidencia extrapolada de estudios de nivel 2+

**ESCALA UTILIZADA EN LA GUÍA CLÍNICA DE ENFERMERÍA PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO E LAS
ULCERAS POR PRESIÓN Y OTRAS HERIDAS CRÓNICAS**

Grados de recomendación	
Existe buena evidencia en base a la investigación para apoyar la recomendación	A
Existe moderada evidencia en base a la investigación para apoyar la recomendación	B
La recomendación se basa en la opinión de expertos o en un panel de consenso	C
Clasificación de las recomendaciones en función del nivel de evidencia disponible	
La evidencia científica procede a partir de meta-análisis de ensayos clínicos controlados y aleatorizado	Ia
La evidencia científica procede de al menos un ensayo clínico controlado y aleatorizado	Ib
La evidencia científica procede de al menos un estudio prospectivo controlado, bien diseñado y sin aleatorizar	Ila
La evidencia científica procede de al menos un estudio casi experimental, bien diseñado	Ilb
La evidencia científica procede de estudios descriptivos no experimentales, bien diseñados como estudios comparativos de correlación o de casos y controles	III
La evidencia científica procede de documentos u opiniones de expertos y/o experiencias clínicas de autoridades de prestigio	IV
Recoge los niveles de evidencia Ia y Ib	A
Recoge los niveles de evidencia científica Ila, Ilb y III	B
Recoge el nivel de evidencia IV	C

La guía de práctica clínica de Prevención de Infecciones urinarias relacionadas con catéteres urinarios permanentes, del Hospital de Santiago Oriente, utiliza el nivel de la recomendación y escala de evidencia desarrollada por la United States Preventive Task Force .

EVIDENCIAS	
Nivel	Tipo de estudio
I	Evidencia obtenida de al menos un estudio controlado y aleatorizado apropiadamente o evidencia obtenida de estudios controlados bien diseñados cuasi randomizados o sin aleatorización
II	II 1. Evidencia obtenida de estudios de cohorte o casos y controles bien diseñados, preferentemente de más de un centro o grupo de investigación II. 2. Evidencia obtenida de múltiples series de tiempo con o sin la intervención
III	Opiniones de autoridades respetadas, basadas en la experiencia clínica, estudios descriptivos y reportes de casos de comités de expertos.
RECOMENDACIONES	
A	Altamente recomendada, basada en estudios de buena calidad
B	Recomendada, basada en estudios de calidad moderada
C	Recomendación basada exclusivamente en opinión de expertos o estudios de baja calidad
I	Insuficiente información para formular una recomendación

La guía Clínica de Evaluación de la función. En: Pruebas basadas en protocolos de enfermería geriátrica para las mejores prácticas

ESQUEMA PARA LA FUERZA DE LA EVIDENCIA	
Nivel I:	Revisiones sistemáticas (integradores / meta-análisis / guías de práctica clínica basadas en revisiones sistemáticas)
Nivel II:	estudio experimental individual (ensayos controlados aleatorios [ECA])
Nivel III:	estudios cuasi-experimentales
Nivel IV:	estudios no experimentales
Nivel V:	Cuidado del informe / programa de evaluación / revisión de la literatura narrativa
Nivel VI:	Opiniones de autoridades respetadas / paneles de consenso

Reprinted with permission from Springer Publishing Company: Capezuti, E., Zwicker, D., Mezey, M. & Fulmer, T. (Eds). (2008) *Evidence Based Geriatric Nursing Protocols for Best Practice*, (3rd ed). New York: Springer Publishing Company.

La guía de práctica clínica de Prevención de Caídas utiliza el siguiente esquema para la fuerza de la Evidencia.

ESQUEMA PARA LA FUERZA DE LA EVIDENCIA	
Clase A	Ensayo aleatorizado y controlado
Clase B	Estudio de cohorte
Clase C:	No aleatorizado con controles concurrentes o históricos Estudio caso-control Estudio de la sensibilidad y especificidad de una prueba de diagnóstico Estudio poblacional descriptivo
Clase D:	Estudio transversal Serie de casos Reporte de un caso
Clase M:	Meta-análisis revisión sistemática
Clase I:	Declaración de consenso Consenso informe Narrativa opinión
Clase X:	La opinión médica

5.3. ESCALAS DE VALORACION

ESCALAS PARA VALORAR EL DOLOR

Escala Visual Analógica (EVA)

Permite medir la intensidad del dolor que describe el paciente con la máxima reproductibilidad entre los observadores. Consiste en una línea horizontal de 10 centímetros, en cuyos extremos se encuentran las expresiones extremas de un síntoma. En el izquierdo se ubica la ausencia o menor intensidad y en el derecho la mayor intensidad. Se pide al paciente que marque en la línea el punto que indique la intensidad y se mide con una regla milimetrada. La intensidad se expresa en centímetros o milímetros.

Sin dolor _____ Máximo dolor
0 10

5.3.1.2. Escala numérica (EN)

Es un conjunto de números de cero a diez, donde cero es la ausencia del síntoma a evaluar y diez su mayor intensidad. Se pide al paciente que seleccione el número que mejor indique la intensidad del síntoma que se está evaluando. Es el método más sencillo de interpretar y el más utilizado.

Escala numérica (EN)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Sin dolor Máximo dolor

ESCALAS FUNCIONALES

ESCALA PARA VALORAR LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA

Índice de Barthel		
COMIDA		
10	Independiente: Capaz de comer por sí solo en un tiempo razonable. La comida puede ser cocinada y servida por otra persona.	
5	Necesita ayuda para cortar la carne, extender la mantequilla... pero es capaz de comer solo	
0	Dependiente: Necesita ser alimentado por otra persona.	
LAVADO (BAÑO)		
5	Independiente: Capaz de lavarse entero, de entrar y salir del baño sin ayuda y de hacerlo sin que una persona supervise	
0	Dependiente Necesita algún tipo de ayuda o supervisión	
VESTIDO		
10	Independiente: Capaz de ponerse y quitarse la ropa sin ayuda	
5	Necesita ayuda. Realiza sin ayuda más de la mitad de estas tareas en un tiempo razonable	
0	Dependiente: Necesita ayuda para las mismas	
ARREGLO PERSONAL		
5	Independiente: Realiza todas las actividades personales sin ayuda alguna, los complementos necesarios pueden ser provistos por alguna persona	
0	Dependiente. Necesita alguna ayuda	
DEPOSICION		
10	Continente. No presenta episodios de incontinencia	
5	Accidente Ocasional. Menos de una vez por semana o necesita ayuda para colocar enemas o supositorios	
0	Incontinente. Más de un episodio semanal	
MICCIÓN		
10	Continente. No presenta episodios. Capaz de utilizar cualquier dispositivo por sí solo	
5	Accidente ocasional. Presenta un máximo de un episodio en 24 hrs o requiere ayuda para la manipulación de sondas o de otros dispositivos	
0	Incontinente. Más de un episodio en 24 hrs.	
IR AL RETRETE		
10	Independiente: Entra y sale solo y no necesita ayuda alguna por parte de otra persona.	
5	Necesita ayuda. Capaz de manejarse con una pequeña ayuda, es capaz de usar el cuarto de baño. Puede limpiarse solo.	
0	Dependiente. Incapaz de acceder a él o de utilizarlo sin ayuda mayor	
TRASFERENCIA (TRASLADO/ CAMA/ SILLON)		
15	Independiente. No requiere ayuda para sentarse o levantarse de una silla ni para entrar o salir de la cama	
10	Mínima ayuda. Incluye una supervisión o una pequeña ayuda física	
5	Gran ayuda. Precisa ayuda de una persona fuerte o entrenada	
0	Dependiente. Necesita una grúa o el alzamiento por dos personas. Es incapaz de permanecer sentado.	
DEAMBULACION		
15	Independiente. Puede andar 50 metros o su equivalente en casa sin ayuda supervisión. Puede utilizar cualquier ayuda mecánica excepto un andador. Si utiliza una prótesis, puede ponerse y quitársela solo.	
10	No necesita ayuda. Necesita supervisión o una pequeña ayuda física por parte de otra persona o utiliza andadera.	
5	Independiente en silla de rueda. No requiere ayuda ni supervisión.	
SUBIR Y BAJAR ESCALERAS		
10	Independiente. Capaz de subir y bajar un piso sin ayuda ni supervisión de otra persona.	
5	Necesita ayuda. Necesita ayuda o supervisión.	
0	Dependiente. Es incapaz de salvar escalones	
TOTAL		
Nivel funcional		
Tipo		Puntaje
Severa		<45 puntos
Grave		45 a 59 puntos
Moderada		60 a 80 puntos
Ligera		80 a 100 puntos

ÍNDICE DE KATZ MODIFICADO

Información obtenida		Actividad	Guía para evaluación	
Paciente	Informante			
I A D Puntuación: _____	I A D Puntuación: _____	Bañarse	I = Se baña completamente sin ayuda, o recibe ayuda sólo para una parte del cuerpo, por ejemplo: la espalda. A = Necesita ayuda para más de una parte del cuerpo, para entrar o salir de la bañera o aditamentos especiales en la bañera. D = Completamente incapaz para darse un baño por sí mismo	
I A D Puntuación: _____	I A D Puntuación: _____	Vestirse	I = Capaz de escoger ropa, vestirse/desvestirse, manejar cinturones/sujetadores; se excluye el atarse los zapatos. A = Necesita ayuda pues solo está parcialmente vestido. D = Completamente incapaz de vestirse/desvestirse por sí mismo.	
I A D Puntuación: _____	I A D Puntuación: _____	Apariencia Personal	I = Capaz de peinarse, afeitarse sin ayuda A = Necesita ayuda para peinarse, afeitarse D = Completamente incapaz de cuidar su apariencia	
I A D Puntuación: _____	I A D Puntuación: _____	Usar el inodoro	I = Capaz de ir al inodoro, sentarse y pararse, ajustar su ropa, limpiar órganos de excreción; usa orinal solo en la noche. A = Recibe ayuda para acceder a y usar el inodoro; usa orinal regularmente. D = Completamente incapaz de usar el inodoro.	
I A D Puntuación: _____	I A D Puntuación: _____	Continencia	I = Micción/defecación auto controlados. A = Incontinencia fecal/urinaria parcial o total, o control mediante enemas, catéteres, uso regulado de orinales. D = Usa catéter o colostomía	
I A D Puntuación: _____	I A D Puntuación: _____	Trasladarse	I = Capaz de acostarse/sentarse y levantarse de la cama/silla sin asistencia humana o mecánica A = Necesita ayuda humana o mecánica. D = Completamente incapaz de trasladarse; necesita ser levantado	
I A D Puntuación: _____	I A D Puntuación: _____	Caminar	I = Capaz de caminar sin ayuda excepto por bastón. A = Necesita asistencia humana/andador, muletas D = Completamente incapaz de caminar; necesita ser levantado	
I A D Puntuación: _____	I A D Puntuación: _____	Alimentarse	I = Capaz de alimentarse completamente a sí mismo. A = Necesita ayuda para cortar o untar el pan, etc. D = Completamente incapaz de alimentarse por sí mismo o necesita alimentación parenteral.	
Total:	Total	CÓDIGOS: I = INDEPENDIENTE A = REQUIERE ASISTENCIA D = DEPENDIENTE		PUNTUACION I = 2 A= 1 D= 0

Tomada de la Association and the American Geriatrics Society publicada por Blue Cross and Blue Shield, 1998.

EVALUACIÓN DE LAS ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA (AIVD)

Información obtenida		Actividad	Guía para evaluación
Paciente	Informante		
I A D Puntuación: _____	I A D Puntuación: _____	Capacidad para usar el teléfono	I = Utiliza el teléfono por iniciativa propia y es capaz de marcar los números y completar una llamada. A = Es capaz de contestar el teléfono o de llamar a la operadora en caso de emergencia, pero necesita ayuda para marcar los números. D = Totalmente incapacitado para realizar una llamada por teléfono por sí mismo
I A D Puntuación: _____	I A D Puntuación: _____	Uso de medios de transporte	I = Viaja con independencia en transportes públicos o conduce su propio auto. A = Sólo viaja si lo acompaña alguien. D = No puede viajar en absoluto.
I A D Puntuación: _____	I A D Puntuación: _____	Ir de compras	I = Realiza todas las compras con independencia. A = Necesita compañía para realizar cualquier compra. D = Totalmente incapaz de ir de compras.
I A D Puntuación: _____	I A D Puntuación: _____	Preparación de la comida	I = Organiza, prepara y sirve las comidas adecuadamente y con independencia. A = Calienta, sirve y prepara comidas ligeras, pero no puede mantener una dieta adecuada sin ayuda. D = Necesita que le preparen y sirvan las comidas
I A D Puntuación: _____	I A D Puntuación: _____	Control de sus medicamentos	I = Es capaz de tomar su medicación en el horario y dosis correcta. A = Toma su medicación si alguien se lo recuerda y le prepara la dosis. D = Incapaz de administrarse su medicación.
I A D Puntuación: _____	I A D Puntuación: _____	Manejo de sus asuntos económicos	I = Maneja los asuntos económicos con independencia. A = Realiza los gastos cotidianos pero necesita ayuda para manejar su cuenta de banco y hacer grandes compras, etcétera. D = Incapaz de manejar su dinero.
Total:	Total	CÓDIGOS: I = INDEPENDIENTE A = REQUIERE ASISTENCIA D = DEPENDIENTE	PUNTUACION I = 2 A = 1 D = 0

Tomada de la Association and the American Geriatrics Society publicada por Blue Cross and Blue Shield, 1998

ESCALA PARA VALORAR EL RIESGO DE CONFUSIÓN

CAM Método de Evaluación de la Confusión
<p>1. Comienzo agudo y curso fluctuante: demostrado si tras preguntar a la familia o personal de enfermería se obtiene una respuesta afirmativa a las siguientes preguntas:</p> <p>¿Ha observado un cambio agudo en el estado mental habitual del paciente?</p> <p>¿Esta conducta anómala fluctúa durante el día, es decir, tiende a iniciarse y progresar, o aumentar y disminuir de gravedad?</p>
<p>2. Alteración de la atención: respuesta positiva a la siguiente pregunta:</p> <p>¿El paciente tiene dificultad para fijar la atención, por ejemplo, se distrae con facilidad o tiene dificultad para seguir una conversación?</p>
<p>3. Pensamiento desorganizado</p> <p>¿Tuvo alteraciones del pensamiento, como divagaciones o conversaciones incoherentes, ideas ilógicas o difusas o confundió a personas?</p>
<p>4. Nivel de conciencia alterada: este síntoma se demuestra por una respuesta diferente a "alerta" a la pregunta:</p> <p>¿Generalmente consideraría el nivel de conciencia del paciente cómo?:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alerta (normal). • Vigilante (hiperalerta). • Letárgico (somnoliento pero fácilmente despertable). • Semicomatoso (somnoliento pero difícilmente despertable). <p>Comatoso (no despertable).</p>
<p>Para el diagnóstico de síndrome confusional agudo es necesario que se cumplan con los criterios 1 y 2, más el criterio 3 o el criterio 4.</p>

ESCALA DE VALORACIÓN DEL RIESGO DE ULCERAS POR PRESIÓN BRADEN

FACTORES DE RIESGO	1.-Percepción sensorial	Totalmente limitado (1)	Muy limitado (2)	Ligeramente limitado (3)	Ningún deterioro (4)
	Capacidad de reaccionar ante una molestia relacionada con la presión.	Sin respuesta por sedación, el paciente no reacciona ante estímulos dolorosos (no emite sonidos, no retira o sujeta) se estremece debido a nivel de conciencia disminuida o capacidad limitada para sentir dolor sobre la mayor parte del cuerpo.	Reacciona sólo a estímulos dolorosos. No puede comunicar su malestar excepto por gemidos e inquietud o tiene un déficit sensorial, que limita la capacidad de sentir dolor o molestias en más de la mitad cuerpo.	Responde a las órdenes verbales, pero no siempre puede comunicar sus molestias o la necesidad que lo cambien de posición o presenta alguna dificultad sensorial que limita su capacidad para sentir dolor o molestar en al menos una de las extremidades.	Responde a órdenes verbales. No tiene ningún déficit sensorial que limitaría la capacidad de expresar o sentir o dolor o malestar.
2.Exposición a la humedad	Constantemente húmeda (1)	A menudo húmeda (2)	Ocasionalmente húmeda (3)	Raramente húmeda (4)	
Grado de humedad a la que está expuesta la piel.	La piel se encuentra constantemente expuesta a la humedad por sudoración orina, etc. Se detecta humedad cada vez que se mueve o gira al paciente.	La piel está a menudo aunque no siempre húmeda. La ropa de cama debe cambiarse al menos una vez en cada turno.	La piel esta ocasionalmente húmeda: requiere de un cambio de ropa de cama extra aproximadamente una vez al día.	La piel está generalmente seca. La ropa de cama se cambia de acuerdo con los intervalos establecidos como de rutina.	

FACTORES DE RIESGO	3. Actividad	Encamado(a) (1)	Reposet (2)	Deambula ocasionalmente (3)	Deambula frecuentemente (4)
	Grado de actividad física.	Confinado en la cama.	Paciente que no puede andar o con deambulación limitada. No puede soportar su propio peso y/o necesita ayuda para pasar a la silla/reposet o silla de ruedas.	Deambula ocasionalmente, con o sin ayuda, durante el día pero para distancias muy cortas. Pasa la mayor parte de las horas diurnas en la cama o reposet.	Deambula fuera de la habitación al menos dos veces al día y dentro de habitación al menos 2 horas durante las horas durante de paseo
	4. Movilidad	Completamente inmóvil (1)	Muy limitada (2)	Ligeramente limitada (3)	Sin limitaciones (4)
	Capacidad para cambiar y controlar la posición del cuerpo.	No puede realizar ningún cambio en la posición del cuerpo o de alguna extremidad.	Ocasionalmente efectúa ligeros cambios en la posición del cuerpo o de las extremidades, pero no es capaz de hacer cambios frecuentes o significativos por sí solo.	Efectúa con frecuencia ligeros cambios en la posición del cuerpo o de las extremidades por sí solo/a.	Efectúa frecuentemente importantes cambios de posición sin ayuda.
5. Nutrición	Muy pobre (1)	Probablemente inadecuada (2)	Adecuada (3)	Excelente (4)	
Patrón usual de ingesta de alimentos.	Nunca ingiere una comida completa. Raramente toma más de 1/3 de cualquier alimento ofrecido. Come 2 porciones o menos de proteínas (productos de carne o productos lácteos) por día. Ingestión	Rara vez come una comida completa y por lo general come sólo aproximadamente la 1/2 de cualquier alimento ofrecido. Ingesta de proteínas sólo incluye 3 porciones de carne o productos lácteos por día. En	Come más de la mitad de la mayoría de las comidas. Come un total de 4 porciones de proteína (carne, productos lácteos) cada día. Ocasionalmente puede rehusar una	Come la mayoría de cada comida. Nunca rehúsa una comida. Por lo general come un total de 4 o más porciones de carne y productos lácteos. Ocasionalmente come	

	inadecuada de líquidos. No toma suplementos dietéticos líquidos, está en ayunas y/o en dieta líquida o por vía I.V. durante más de 5 días.	ocasiones tendrá un suplemento dietético. O recibe menos de la cantidad óptima de dieta líquida o por sonda de alimentación.	comida, pero por lo general se come un suplemento dietético si se le ofrece o se encuentra con nutrición por sonda gástrica o tiene nutrición parenteral total que probablemente reúne la mayoría de las necesidades nutricionales.	entre comidas. No requiere la administración de suplementos dietéticos.
6.Fricción y cizallamiento	Problema (1)	Problema potencial (2)	No existe problema aparente (3)	
Roce y peligro de lesiones	Requiere de moderada a máxima asistencia durante la movilización. Es imposible levantarlo/a completamente sin que se produzca un deslizamiento entre las sábanas. Frecuentemente se desliza hacia abajo de la cama o reposet, requiriendo de frecuentes reposicionamientos con máxima asistencia. La existencia de espasticidad, contracturas o agitación que conlleva constantemente a roce constante.	Movimientos débiles, o bien requiere asistencia mínima. Durante la movilización, probablemente la piel roza contra las sábanas, silla, reposet, sistemas de sujeción u otros objetos. La mayor parte del tiempo mantiene una buena posición en el reposet o en la cama, aunque en ocasiones puede resbalar hacia abajo.	Se mueve en la cama y en reposet de forma independiente y tiene suficiente fuerza muscular para levantarse por completo durante la movilización. En todo momento mantiene una buena posición en la cama o reposet.	

ESCALA DE VALORACIÓN DEL RIESGO DE CAÍDAS

VALORACIÓN DEL RIESGO DE CAÍDA	
FACTORES DE RIESGO	PUNTOS
Limitación física	2
Estado mental alterado	3
Tratamiento farmacológico que implica riesgos	2
Problemas de idioma o socioculturales	2
Pacientes sin factores de riesgo evidente	1
Total de puntos	12

ESCALA DE CLASIFICACIÓN DE RIESGO		
ESCALA	PUNTOS	COLOR DE LA TARJETA
Alto riesgo	4- 10	Rojo
Mediano riesgo	2 - 3	Amarilla
Bajo riesgo	1	Verde

5.4. PLANES DE CUIDADOS

NIVEL: TERCER	ESPECIALIDAD: TRAUMA/ ORTOPEDIA	PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA BIFOCAL PARA EL PACIENTE CON FRACTURA DE CADERA		
DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA (ED. FR.CD)		CLASIFICACION DE LOS RESULTADOS DE ENFERMERIA (NOC)		
DOMINIO: 12 CLASE: 1 Dolor agudo R/C agente lesivo (movilización del miembro afectado) M/P cambios hemodinámicos (TA, FC, FR), conducta expresiva (llanto, irritabilidad), conducta de defensa, informe verbal, llanto y mascara facial.	RESULTADO (S) ESPERADO (S)	INDICADOR (ES)	ESCALA (S) DE MEDICION	
PROBLEMA INTERDEPENDIENTE (P. E.S) Dolor S/A traumatismo de cadera M/P expresión verbal, angustia, facies de dolor, posición antialgica, expresión verbal.	DOMINIO: IV CLASE: Q RESULTADO: Control del dolor. RESULTADO: Estado de comodidad física.	<ul style="list-style-type: none"> Reconoce el comienzo del dolor. Reconoce factores causales. Utiliza medidas preventivas. Reconoce síntomas asociados del dolor 	<ol style="list-style-type: none"> 1- Nunca demostrado 2.- Raramente demostrado. 3.-A veces demostrado. 4.-Frecuentemente demostrado. 5.- Siempre demostrado 	
CLASIFICACION DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERIA (NIC)				
CAMPO: I	CLASE: E	CAMPO: I	CLASE: E	
INTERVENCION DE CLABORACION: MANEJO DEL DOLOR		INTERVENCION DE ENFERMERÍA: MANEJO AMBIENTAL- CONFOT		
ACTIVIDADES: <ul style="list-style-type: none"> Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya la localización, características, aparición/duración, frecuencia, calidad, intensidad o severidad del dolor y factores desencadenantes. Asegurarse de que el paciente reciba los cuidados, analgésicos correspondientes. Explorar con el paciente los factores que alivian/empeoran el dolor. Considerar el tipo y la fuente del dolor al seleccionar una estrategia de alivio del mismo. 		ACTIVIDADES: <ul style="list-style-type: none"> Colocar al paciente en forma que facilite la comodidad (utilizando principios de alineación corporal, apoyo con almohadas, apoyo de las articulaciones durante el movimiento: tobillos, inmovilización para la parte dolorosa del cuerpo). Vigilar la piel, especialmente las prominencias corporales, por si hubiera signos de presión o irritación. Ofrecer recursos educativos relevantes y útiles respecto al manejo de enfermedades y lesiones a los pacientes y sus familias, si procede. 		

NIVEL: TERCER	ESPECIALIDAD: TRAUMA/ ORTOPEDIA	PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA BIFOCAL PARA EL PACIENTE CON FRACTURA DE CADERA		
DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA (ED. FR.CD)		CLASIFICACION DE LOS RESULTADOS DE ENFERMERIA (NOC)		
DOMINIO: 4	CLASE: 2	RESULTADO (S) ESPERADO (S)	INDICADOR (ES)	ESCALA (S) DE MEDICION
Deterioro de la movilidad física R/C perdida de integridad de las estructuras óseas, deterioro musculo esquelético, dolor y disminución de la fuerza M/P limitación en la amplitud de movimientos.		DOMINIO: I CLASE: C RESULTADO: Función esquelética	<ul style="list-style-type: none"> • Alineación esquelética • Estabilidad articular • Integridad ósea 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Gravemente comprometido. 2. Sustancialmente comprometido. 3. Moderadamente comprometido. 4. Levemente comprometido. 5. No comprometido
PROBLEMA INTERDEPENDIENTE (P. E.S) Fractura de cadera S/A traumatismo M/P limitación del movimiento, edema, dolor y acortamiento de la extremidad.		RESULTADO: Movimiento articular: cadera	<ul style="list-style-type: none"> • Flexión • Aducción • Abducción • Extensión 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Desviación grave del rango normal 2. Desviación sustancial del rango normal 3. Desviación moderada del rango normal 4. Desviación leve del rango normal 5. Sin desviación del rango normal
CLASIFICACION DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERIA (NIC)				
CAMPO: 1	CLASE: C	CAMPO: 2	CLASE: J	
INTERVENCION DE COLABORACIÓN: INMOVILIZACION		INTERVENCION DE COLABORACION : PREPARACION QUIRURGICA		
ACTIVIDADES: <ul style="list-style-type: none"> • Mover la extremidad lesionada lo menos posible • Estabilizar la extremidad afectada con un inmovilizador (vendaje, férula) • Comprobar la circulación de la parte corporal afectada • Vigilar la integridad de la piel que esta debajo del dispositivo 		ACTIVIDADES: <ul style="list-style-type: none"> • Verificar que se ha firmado el consentimiento informado • Verificar que los resultados de laboratorio se encuentran registrados • Comprobar la disponibilidad de transfusiones sanguíneas • Verificar que se ha realizado EKG • Administrar y registrar la medicación preoperatoria correspondiente 		
NIVEL: SEGUNDO TERCER	ESPECIALIDAD: TRAUMA / ORTOPEDIA	PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA PARA EL PACIENTE CON FRACTURA DE CADERA		

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA (ED. FR.CD)	CLASIFICACION DE LOS RESULTADOS DE ENFERMERIA (NOC)		
<p>DOMINIO: 5 CLASE: 4</p> <p>Riesgo de confusión aguda R/C disminución de la movilidad, demencia, edad superior a los 60 años y dolor</p>	<p>RESULTADO (S) ESPERADO (S)</p> <p>DOMINIO: II CLASE: J RESULTADO: Estado neurológico: Conciencia</p> <p>DOMINIO: V CLASE: V RESULTADO: Dolor: respuesta psicológica adversa:</p>	<p>INDICADOR (ES)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Orientación cognitiva (tiempo, lugar, espacio y persona) • Comunicación apropiada a la situación • Obedece ordenes • Respuestas motoras a estímulos nocivos • Trastornos de la memoria • Enlentecimiento de los procesos del pensamiento • Angustia por el dolor 	<p>ESCALA (S) DE MEDICION</p> <p>1. Gravemente comprometido 2. Sustancialmente comprometido 3. Moderadamente comprometido 4. Levemente comprometido 5. No comprometido</p> <p>1. Grave 2. Sustancial 3. Moderado 4. Ligero Ninguno</p>
CLASIFICACION DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERIA (NIC)			
CAMPO: 2 CLASE: I	CAMPO: 4		CLASE: V
INTERVENCION DE ENFERMERIA: MONITORIZACION NEUROLOGICA	INTERVENCION DE ENFERMERIA: MANEJO DE LA DEMENCIA		
<p>ACTIVIDADES:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Comprobar el nivel de orientación • Analizar la memoria reciente nivel de atención, memoria pasada y conductas • Vigilar las características del habla 	<p>ACTIVIDADES:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificar el tipo y grado de déficit cognitivo mediante herramienta de evaluación normalizada • Colocar pulsera de identificación al paciente • Identificar y retirar los peligros potenciales del ambiente del paciente. • Presentarse al iniciar el contacto con el paciente • Dirigirse al paciente por su nombre al iniciar la interacción y hablar despacio. 		
CAMPO: 2 CLASE: K			
INTERVENCION DE COLABORACION: OXIGENOTERAPIA			
<p>ACTIVIDADES:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mantener la permeabilidad de las vías aéreas • Administrar oxígeno suplementario según indicaciones. • Vigilar el flujo de litro de oxígeno. • Comprobar la posición del dispositivo de aporte de oxígeno 			

NIVEL: TERCER	ESPECIALIDAD: TRAUMA/ ORTOPEDIA	PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA BIFOCAL PARA EL PACIENTE CON FRACTURA DE CADERA		
DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA (ED. FR.CD)		CLASIFICACION DE LOS RESULTADOS DE ENFERMERIA (NOC)		
DOMINIO: 11 CLASE: 1 Riesgo de infección R/C alteración de las defensas primarias (herida quirúrgica), alteración de las defensas secundarias (disminución de la hemoglobina, supresión de la respuesta inflamatoria), aumento de la exposición a agentes patógenos(hospitalización), procedimientos invasivos, enfermedades crónicas (respiratorias)		RESULTADO (S) ESPERADO (S)	INDICADOR (ES)	ESCALA (S) DE MEDICION
PROBLEMA INTERDEPENDIENTE (P. E.S) Riesgo de infección S/ A procedimiento quirúrgico, procedimientos invasivos, enfermedades crónicas (respiratorias)		DOMINIO: II CLASE: H RESULTADO: Estado inmune DOMINIO: II CLASE: L RESULTADO: Curación de la herida por primera intención	<ul style="list-style-type: none"> ● Estado respiratorio ● Temperatura corporal ● Recuento leucocitario ● Secreción serosa de la herida ● secreción sanguinolenta de la herida ● Secreción sero sanguinolenta del drenaje ● Eritema cutáneo circundante ● Olor de la herida 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Gravemente comprometido 2. Sustancialmente comprometido 3. Moderadamente comprometido 4. Levemente comprometido 5. No comprometido 1. Extenso 2. Sustancial 3. Moderado 4. Escaso 5. Ninguno
CLASIFICACION DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERIA (NIC)				
CAMPO: 4	CLASE: V	CAMPO: 2		CLASE: L
INTERVENCION DE ENFERMERIA: PROTECCION CONTRA LAS INFECCIONES		INTERVENCION DE ENFERMERIA: CUIDADOS DE LAS HERIDAS		
ACTIVIDADES: <ul style="list-style-type: none"> ● Inspecciona la existencia de algún signo y síntoma de infección sistémica y localizada ● Mantiene las normas de asepsia para el paciente en la realización de procedimientos ● Inspecciona el estado de cualquier herida o incisión ● Fomenta la ingesta nutricional suficiente ● Fomenta la ingesta de líquidos ● Fomenta la respiración y tos funda ● Fomenta un aumento de la movilidad y los ejercicios ● Verifica resultados de laboratorio 		ACTIVIDADES: <ul style="list-style-type: none"> ● Monitorizar las características de la herida, incluyendo drenaje, color, tamaño y olor ● Limpia la herida con solución estéril ● Cuidar el sitio de incisión, según sea necesario. ● Mantener técnica estéril al realizar los cuidados de las heridas ● Cambiar el apósito según la capacidad de exudado ● Inspeccionar la herida cada vez que se realice el cambio de apósito o vendaje. ● Comparar y registrar regularmente cualquier cambio producido en la herida. ● Fomentar la ingesta de líquidos, si procede. ● Enseñar al paciente y familiar los signos y síntomas de infección 		

NIVEL: SEGUNDO TERCER	ESPECIALIDAD: TRAUMA/ ORTOPEDIA	PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA PARA EL PACIENTE CON FRACTURA DE CADERA		
DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA (ED. FR.CD)		CLASIFICACION DE LOS RESULTADOS DE ENFERMERIA (NOC)		
DOMINIO: 11 CLASE: 2		RESULTADO (S) ESPERADO (S)	INDICADOR (ES)	ESCALA (S) DE MEDICION
Riesgo de disfunción neurovascular periférica R/C fractura, cirugía ortopédica, compresión mecánica(sujeciones) inmovilización y obstrucción vascular		DOMINIO:IV CLASE: T RESULTADO : Detección del riesgo	<ul style="list-style-type: none"> ● Reconoce los signos y síntomas que indican riesgos ● Participa en la identificación sistemática a los intervalos recomendados 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Nunca demostrado 2. Raramente demostrado 3. A veces demostrado 4. Frecuentemente demostrado 5. Siempre demostrado
PROBLEMA INTERDEPENDIENTE (ED. FR.CD)		DOMINIO: II CLASE: E RESULTADO: Estado circulatorio	<ul style="list-style-type: none"> ● Llenado capilar ● Fuerza del pulso femoral y pedio 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Desviación grave del rango normal 2. Desviación sustancial del rango normal 3. Desviación moderada del rango normal 4. Desviación leve del rango normal. 5. Sin desviación del rango normal.
Riesgo de trombosis venosa profunda S/A fractura, cirugía ortopédica, compresión mecánica, inmovilización y obstrucción vascular		DOMINIO: II CLASE: E RESULTADO: Perfusión tisular: periférica	<ul style="list-style-type: none"> ● Edema periférico ● Dolor localizado en las extremidades ● Paresia 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Grave 2. Sustancial 3. Moderado 4. Leve Ninguno
CLASIFICACION DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERIA (NIC)				
CAMPO: 4	CLASE: V	CAMPO: 2	CLASE: L	
INTERVENCION DE ENFERMERIA: IDENTIFICACION DE RIESGOS		INTERVENCION DE ENFERMERIA: MONITORIZACION DE LAS EXTREMIDADES INFERIORES		
ACTIVIDADES: <ul style="list-style-type: none"> ● Instaurar una valoración sistemática de riesgos mediante un instrumento fiable y valido. ● Revisar el historial médico y los documentos del pasado para determinar las evidencias de los diagnósticos médicos y de cuidados actuales o anteriores. ● Mantener los registros precisos. ● Identificar al paciente que precisa cuidados continuos. 		ACTIVIDADES: <ul style="list-style-type: none"> ● Examinar si en las extremidades inferiores hay presencia de edema ● Examinar si hay evidencia de presión ● Preguntar si hay parestesias (entumecimiento, hormigueo o quemazón) ● Palpar los pulsos pedio y tibial posterior ● Examinar la presencia de dolor en reposo ● Determinar el tiempo de llenado capilar. 		
CAMPO: 2	CLASE: N	CAMPO: 2	CLASE: H	
INTERVENCION DE COLABORACION: PRECAUCIONES CIRCULATORIAS		INTERVENCION DE COLABORACION: PRECAUCIONES EN EL EMBOLISMO		

<p>ACTIVIDADES:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Realizar una valoración de la circulación periférica (Comprobar pulsos periféricos, edema, llenado capilar, color y temperatura de la extremidad). • Abstenerse a realizar punciones en la extremidad afectada. • Abstenerse a aplicar presión en la extremidad afectada. • Mantener una hidratación adecuada para evitar el aumento de viscosidad de la sangre. • Evitar lesiones en la zona afectada. • Observar las extremidades para ver si hay calor, enrojecimiento, dolor o edema. 	<p>ACTIVIDADES:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Realizar una valoración exhaustiva de la circulación periférica (comprobar pulsos periféricos, edema, llenado capilar, color y temperatura de las extremidades). • Elevar el miembro afectado 20° o más, por encima del nivel del corazón, para mejorar el retorno venoso, si procede. • Aplicar medias antiembolicas, si corresponde • Quitar las medias antiembolicas durante 15- 20 min. cada 8 horas. • Estimular ejercicios activos o pasivos, si procede • Cambiar la posición del paciente cada 2 horas. • No dar masaje o realizar compresión en los músculos de la pierna afectada • Enseñar al paciente que no cruce las piernas • Administrar medicación anticoagulante profiláctica. • Instruir al paciente y/o familiar acerca de las precauciones apropiadas.
--	--

NIVEL: TERCER	ESPECIALIDAD: TRAUMA/ ORTOPEDIA	PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA PARA EL PACIENTE CON FRACTURA DE CADERA		
DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA (ED. FR.CD)		CLASIFICACION DE LOS RESULTADOS DE ENFERMERIA (NOC)		
DOMINIO: 11 CLASE: 2 Riesgo de caídas R/C edad , medicamentos (antihipertensivos, IECA ansiolíticos, diuréticos, hipnóticos, narcóticos, tranquilizantes, antidepresivos), disminución de la fuerza, dificultades auditivas, alteración del equilibrio, deterioro de la movilidad física, estados posoperatorios, cambios en la glucosa postprandial, dificultad visual, déficit propioceptivos y disminución del estado mental.		RESULTADO	INDICADORES	ESCALA DE MEDICION
		DOMINIO: IV CLASE: T RESULTADO: Detección del riesgo RESULTADO: Control del riesgo RESULTADO: Conducta de prevención de caídas	<ul style="list-style-type: none"> - Reconoce los signos y síntomas que indican riesgos. - Identifica los posibles riesgos para la salud - Participa en la identificación sistemática a los intervalos recomendados - Reconoce los factores de riesgo - Adapta las estrategias de control de riesgo según es necesario - Sigue las estrategias de control de riesgo seleccionadas - Colocación de barreras para prevenir caídas - Provisión de ayuda personal - Proporciona la iluminación adecuada - Agitación e inquietud controladas - Uso de precauciones a la hora de tomar medicamentos que aumente el riesgo de caídas 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Nunca demostrado. 2. Raramente demostrado. 3. A veces demostrado. 4. Frecuentemente demostrado. 5. Siempre demostrado
CLASIFICACION DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERIA (NIC)				
CAMPO: 1 CLASE: C				
INTERVENCION DE ENFERMERIA: PREVENCION DE CAIDAS				

<ul style="list-style-type: none"> - Identificar déficit cognoscitivo físico de paciente que puedan aumentar posibilidad de caídas en un ambiente dado. - Identificar conductas y factores que afectan al riesgo de caídas - Identificar las características del ambiente que puedan aumentar la posibilidad de caídas. - Mantener los dispositivos de ayuda en buen estado. - Bloquear las ruedas de las sillas, mas u otros dispositivos en la trasferencia del paciente - Colocar los objetos al alcance del paciente sin que tenga que hacer esfuerzos - Instruir al paciente que da ayuda al moverse. - Utilizar barandillas laterales de longitud y altura adecuadas para evitar caídas de la cama. - Responder a la luz de llamada del paciente. - Disponer de iluminación adecuada para aumentar la visibilidad. - Colocar señales que alerten al personal de que el paciente tiene un alto riesgo de caídas - Disponer de estrecha vigilancia y/o un dispositivo de retención - ayudar en el aseo a intervalos frecuentes y programados 	
CAMPO: 4 CLASE: V	CAMPO: 4 CLASE: V
INTERVENCION DE ENFERMERIA: SUJECCION FISICA	INTERVENCION DE ENFERMERIA: MANEJO AMBIENTAL SEGURIDAD
<ul style="list-style-type: none"> - Obtener indicación médica, si así lo requieren las normas de la institución, para disponer una intervención de sujeción. - Utilizar una sujeción adecuada cuando se sujete manualmente al paciente en situaciones de emergencia. - Explicar al paciente y a los seres queridos las conductas que necesitan intervención. - Evitar atar las sujeciones a las barandillas de la cama. - Fijar las sujeciones fuera del alcance del paciente. - Comprobar el estado de la piel en el sitio de sujeción. - Vigilar color, temperatura y sensibilidad frecuentemente de las extremidades sujetadas. - Colocar al paciente en una posición que facilite la comodidad y evite la aspiración y erosiones en la piel. - Ayudar con los cambios periódicos de posición corporal. - Evaluar a intervalos regulares, la necesidad del paciente de continuar con la intervención restrictiva. - Retirar gradualmente las sujeciones, a medida que aumente el autocontrol. - Explicar a la familia los riesgos y beneficios de la sujeción y de la disminución de la sujeción. - Registrar el fundamento de la aplicación de la intervención de sujeción, la respuesta del paciente a la intervención, el estado físico del paciente, los cuidados proporcionados por la enfermera durante la intervención y las razones de su cese. 	<ul style="list-style-type: none"> - Identificar las necesidades de seguridad, según la función física, cognoscitiva y el historial de conducta del paciente. - Identificar los riesgos respecto de la seguridad en el ambiente (físico, biológico y químico). - Eliminar los factores de peligro del ambiente, cuando sea posible. - Modificar el ambiente para minimizar los peligros y riesgos. - Disponer de dispositivos de adaptación para aumentar la seguridad. - Utilizar dispositivos de protección para limitar físicamente la movilidad o acceder a situaciones peligrosas

NIVEL: TERCER	ESPECIALIDAD: TRAUMA/ ORTOPEDIA	PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA PARA EL PACIENTE CON FRACTURA DE CADERA		
DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA (ED. FR.CD)		CLASIFICACION DE LOS RESULTADOS DE ENFERMERIA (NOC)		
DOMINIO: 11 CLASE: 2 Riesgo de deterioro de la integridad cutánea R/C extremos de edad, sustancias químicas, excreciones, humedad, factores mecánicos (Sujeciones), inmovilización física, secreciones, excreciones, alteración del turgor, cambios de elasticidad, medicación y prominencias óseas.		RESULTADO ESPERADO	INDICADORES	ESCALA DE MEDICION
		DOMINIO: IV CLASE: T Resultado: Detección del riesgo Resultado: Control del riesgo	<ul style="list-style-type: none"> ● Reconoce los signos y síntomas que indican riesgos. ● Identifica los posibles riesgos para la salud ● Participa en la identificación sistemática a los intervalos recomendados. ● Reconoce los factores de riesgo ● Adapta las estrategias de control de riesgo según es necesario ● Sigue las estrategias de control de riesgo seleccionadas 	1. Nunca demostrado. 2. Raramente demostrado. 3. A veces demostrado. 4. Frecuentemente demostrado. 5. Siempre demostrado 1 Gravemente comprometido 2 Sustancialmente comprometido 3 Moderadamente comprometido 4 Levemente comprometido 5 No comprometido
		DOMINIO: II CLASE: L Resultado : Integridad tisular: piel	<ul style="list-style-type: none"> ● Temperatura de la piel ● Sensibilidad ● Hidratación ● Perfusión Tisular ● Piel Intacta ● Lesiones cutáneas ● Eritema ● Descamaciones cutáneas 	1 Grave 2 Sustancial 3 Moderado 4 Leve 5 Ninguno

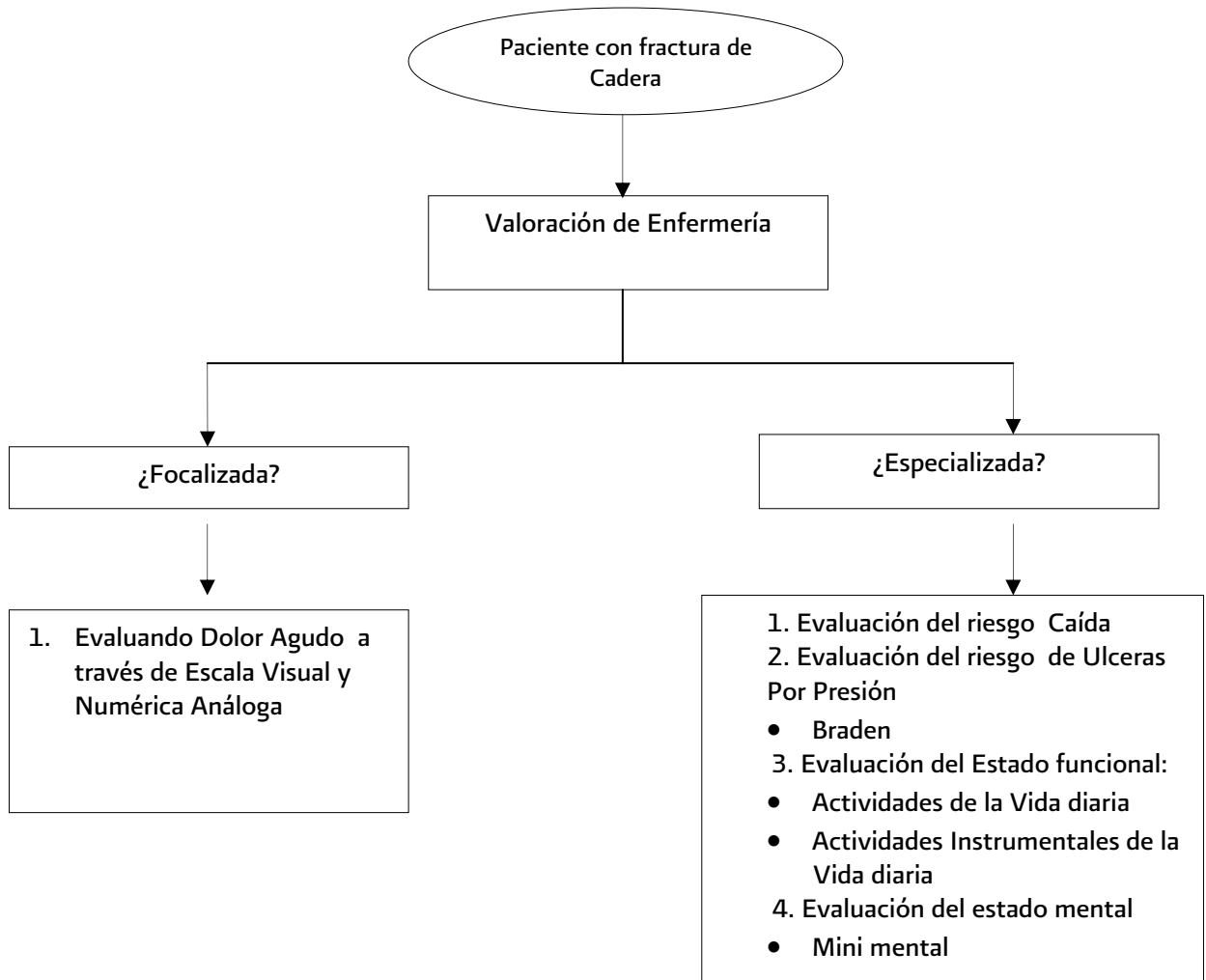
CLASIFICACION DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERIA (NIC)	
CAMPO: 4 CLASE: V	CAMPO: 4 CLASE: V
INTERVENCION DE ENFERMERIA: PREVENCIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN	
<p>ACTIVIDADES:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Utilizar una herramienta de valoración del riesgo establecida para identificar los factores de riesgo del individuo. ● Documentar cualquier incidencia anterior de formación de úlceras por presión. ● Registrar el estado de la piel durante el ingreso y luego a diario. ● Vigilar estrechamente cualquier zona enrojecida. ● Eliminar humedad excesiva. ● Aplicar barreras de protección (cremas, aceites o compresas absorbentes). ● Cambiar de posición continuamente cada 1- 2 horas. ● Inspeccionar la piel de las prominencias óseas y demás puntos de presión. ● Colocar almohadas para elevar los puntos de presión. ● Mantener la ropa de cama limpia y seca . ● Evitar el agua caliente y utilizar un jabón suave para el baño. ● Vigilar las fuentes de presión y fricción. ● Aplicar protectores para los codos y talones. ● Controlar la movilidad del paciente. ● Enseñar a los miembros de la familia a vigilar si hay signos de rotura de la piel. 	
CAMPO: 2 CLASE: L	CAMPO: 1 CLASE: C
INTERVENCION DE ENFERMERIA: MANEJO DE PRESIONES	INTERVENCION DE ENFERMERIA: CAMBIO DE POSICION
<p>ACTIVIDADES:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Almohadillar los bordes de yesos ásperos. ● Abstenerse de aplicar presión a la parte corporal afectada. ● Dar masaje de fricción en la espalda, si está indicado. ● Elevar la extremidad lesionada. ● Cambiar de posición al paciente inmovilizado al menos cada 2 hrs, de acuerdo con el programa específico de trabajo. ● Observar si hay zonas de enrojecimiento o solución de continuidad de la piel. ● Utilizar una herramienta de valoración de riesgo establecida para vigilar los factores de riesgo del paciente. ● Utilizar los dispositivos adecuados para mantener los talones y prominencias óseas libres de presiones. ● Observar si hay fuentes de cizallamiento. ● Vigilar el estado nutricional del paciente 	<p>ACTIVIDADES:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Explicar al paciente que se le va a cambiar de posición, si procede. ● Animar al paciente a participar en los cambios de posición, si procede. ● Vigilar el estado de oxigenación antes y después de un cambio de posición. ● Colocar en la posición terapéutica especificada. ● Colocar en posición de alineación corporal correcta. ● Inmovilizar o apoyar la parte corporal afectada, si procede. ● Elevar la parte corporal afectada, si está indicado. ● Poner apoyos en zonas edematosas. ● Evitar colocar al paciente en una posición que le aumente el dolor. ● Evitar la colocación del muñón de amputación en posición flexionada. ● Minimizar el roce al cambiar de posición. ● Movilizar en bloque, si es el caso. ● Girar al paciente inmovilizado al menos cada 2 horas. ● Utilizar dispositivos adecuados para el apoyo de los miembros.

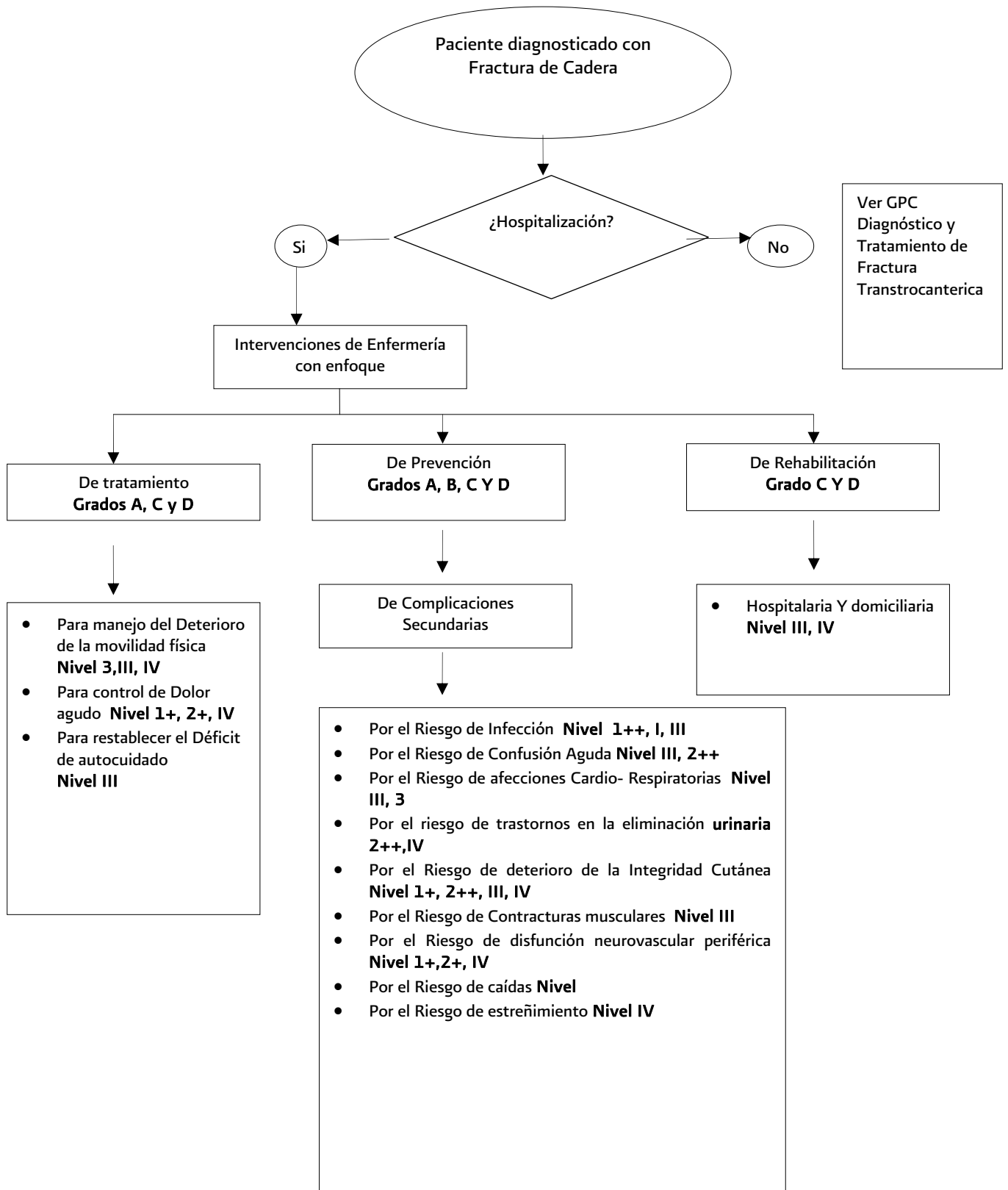
NIVEL: TERCER	ESPECIALIDAD: TARUAMA/ORTOPEDIA	PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA PARA EL PACIENTE CON FRACTURA DE CADERA		
DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA (ED. FR.CD)		CLASIFICACION DE LOS RESULTADOS DE ENFERMERIA (NOC)		
DOMINIO: 4	CLASE: 5	RESULTADO(S)	INDICADOR(ES)	ESCALA(S) DE MEDICION
Déficit de auto cuidado baño e higiene R/C deterioro musculo esquelético, dolor y debilidad M/P incapacidad para lavar total o parcialmente el cuerpo, incapacidad para obtener agua o llegar hasta el lavabo, incapacidad para entrar y salir del baño.		DOMINIO: I CLASE: D RESULTADO: Auto cuidados: actividades de la vida diaria	<ul style="list-style-type: none"> • Se baña • Higiene • Higiene bucal. 	1 Gravemente comprometido 2 Sustancialmente comprometido 3 Moderadamente comprometido 4 Levemente comprometido 5 No comprometido
CLASIFICACION DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERIA (NIC)				
CAMPO: I CLASE: F				
INTERVENCION INDEPENDIENTE: BAÑO				
ACTIVIDADES <ul style="list-style-type: none"> - Realizar el baño con agua a una temperatura agradable. - Afeitar al paciente si está indicado - Aplicar ungüentos hidratantes en las zonas de piel seca - Ofrecer lavado de manos después de ir a baño o antes de las comidas - Inspeccionar el estado de la piel durante el baño Controlar la capacidad funcional durante el baño				

NIVEL: TERCER	ESPECIALIDAD: TRAUMA/ORTOPEDIA	PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA PARA EL PACIENTE CON FRACTURA DE CADERA		
DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA (ED.FR.CD)		CLASIFICACION DE LOS RESULTADOS DE ENFERMERIA (NOC)		
DOMINIO: 4 CLASE 5 Déficit de auto cuidado: alimentación R/C deterioro cognitivo, deterioro musculo esquelético, dolor y debilidad M/P incapacidad por llevar loa alimentos a la boca, incapacidad para ingerir los alimentos de forma segura.		RESULTADO(S)	INDICADOR(ES)	ESCALA(S) DE MEDICION
		DOMINIO I CLASE D RESULTADO: Auto cuidados: comer	<ul style="list-style-type: none"> • Toma la comida con utensilios • Coloca la comida en la boca • Deglute una comida • Finaliza la comida 	1 Gravemente comprometido 2 Sustancialmente comprometido 3 Moderadamente comprometido 4 Levemente comprometido 5 No comprometido
		DOMINIO: IV CLASE: T RESULTADO: Prevención de la aspiración	<ul style="list-style-type: none"> • Se incorpora para comer o beber • Se queda en posición erguida 30 min posterior a la comida 	1 Nunca demostrado 2 Raramente demostrado 3 A veces demostrado 4 Frecuentemente demostrado 5 Siempre demostrado
CLASIFICACION DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERIA (NIC)				
CAMPO:	CLASE:	CAMPO:	CLASE:	
INTERVENCION INDEPENDIENTE: ALIMENTACION		INTERVENCION INDEPENDIENTE: PRECAUCIONES PARA EVITAR LA ASPIRACION		
ACTIVIDADES: <ul style="list-style-type: none"> • Identificar la dieta prescrita • Identificar la presencia del reflejo de deglución, si fuera necesario. • Preguntar al paciente sus preferencias en el orden de los alimentos. • Establecer los alimentos según lo prefiera el paciente. • Mantener al paciente en posición erecta durante los alimentos. • Acompañar la comida con agua. • Preguntar al paciente que nos indique cuando ha terminado, si procede. • Registrar la ingesta, si resulta oportuno. • Evitar distraer al paciente durante la deglución . • Lavar las manos después de comer. • Animar a los familiares a que alimenten a sus pacientes 		ACTIVIDADES: <ul style="list-style-type: none"> • Vigilar el nivel de conciencia y capacidad deglutiva • Colocación vertical a 90° o lo más incorporado posible • Ofrecer alimentos en pequeñas cantidades. • Ofrecer alimentos y líquidos que puedan formar un bolo antes de la deglución. • Trocear los alimentos en porciones pequeñas • Mantener la cabecera elevada durante 30 a 45 min. después de la alimentación. 		

NIVEL: TERCER	ESPECIALIDAD: TRAUMA/ ORTOPEDIA	PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA PARA EL PACIENTE CON FRACTURA DE CADERA		
<i>DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA (ED. FR.CD)</i>		<i>CLASIFICACION DE LOS RESULTADOS DE ENFERMERIA (NOC)</i>		
DOMINIO: 3	CLASE: 2	RESULTADO(S) ESPERADO (S)	INDICADOR(ES)	ESCALA (S) DE MEDICION
Riesgo de estreñimiento R/C problemas durante la defecación (falta de intimidad), actividad física insuficiente, estrés emocional, cambio en el patrón de alimentación y dentición inadecuada		DOMINIO: II CLASE: F RESULTADO: Eliminación intestinal	<ul style="list-style-type: none"> ● Control de movimientos intestinales ● Cantidad de heces en relación con la dieta ● Heces blandas y formadas ● Facilidad de eliminación de las heces 	1 Gravemente comprometido 2 Sustancialmente comprometido 3 Moderadamente comprometido 4 Levemente comprometido 5 No comprometido
<i>CLASIFICACION DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERIA (NIC)</i>				
CAMPO: I CLASE: B		CAMPO: I CLASE: B		
INTERVENCION INDEPENDIENTE: MANEJO INTESTINAL.		INTERVENCION INTERDEPENDIENTE: ENTRENAMIENTO INTESTINAL		
ACTIVIDADES <ul style="list-style-type: none"> ● Explorar si hay sonidos intestinales ● Observar si hay síntomas de estreñimiento. ● Controlar las evacuaciones diarias del paciente ● Enseñar al paciente las comidas específicas que ayudan a conseguir un adecuado ritmo intestinal. 		ACTIVIDADES: <ul style="list-style-type: none"> ● Asegurar una ingesta de líquidos adecuada ● Proporcionar alimentos ricos en fibra ● Asegurarse de que se realizan ejercicios adecuados ● Disponer de intimidad ● Administrar supositorios si está indicado ● Enseñar al paciente/familia los principios de la educación intestinal. 		

DIAGRAMAS DE FLUJO





6. GLOSARIO.

Actividades de la Vida diaria: Actividades que están relacionadas con la higiene, alimentación, movilización, etc.

Adulto mayor: De acuerdo a la Organización Panamericana de la salud se considera a toda persona mayor de 65 o más años. En México de acuerdo a la Norma Oficial Mexicana es a partir de los 60 años.

Complicaciones: Fenómenos que sobrevienen en el curso de una enfermedad y que agrava el pronóstico

Escalas de valoración: Instrumento que facilita la valoración cualitativa y cuantitativa

Factores de riesgo: Condición que incrementa la probabilidad de desarrollar una enfermedad; su asociación tiene efectos aditivos para desarrollar alteraciones de la salud

Fractura de cadera: Es la fractura que ocurre en el extremo proximal del fémur, puede ser intracapsular, afectando al cuello del fémur, o extracapsular, afectando a la región trocanterica. (Wiss, 2003)

Intervención de enfermería: Todo tratamiento basado en el conocimiento y juicio clínico que realiza un profesional de enfermería para favorecer el resultado esperado del paciente. Las intervenciones de enfermería incluyen tanto cuidados directos como indirectos, dirigidos a la persona, familia y comunidad, como tratamientos puestos en marcha por profesionales de enfermería, médicos y otros proveedores de cuidados

Intervenciones independientes: Actividades que realiza la enfermera para las cuales fue capacitada.

Intervenciones de colaboración: Acciones que realiza la enfermera en colaboración con el resto del equipo multidisciplinario.

Manifestaciones: Datos objetivos y subjetivos que caracterizan a una entidad patológica

Movilización temprana: Es el movimiento deliberado del paciente o de una parte corporal mediante la realización de ejercicios activos o pasivos a tolerancia del paciente, de forma oportuna y de manera inicial. (McCloskey 2005)

NANDA: North American Nursing Diagnosis Association. Diagnóstico es una sociedad científica de enfermería cuyo objetivo es estandarizar el diagnóstico de enfermería. Fue fundada en 1982 para desarrollar y refinar la nomenclatura, criterios y la taxonomía de diagnósticos de enfermería. En 2002, NANDA se convierte en NANDA International. Enfermería)

NIC: Nursing Interventions Classification Clasificación de Intervenciones de Enfermería

NOC: Nursing Outcomes Classification Es una sigla definida como estado del paciente después de una intervención de enfermería es el resultado de los cuidados de enfermería

Preparación preoperatoria: Acciones realizadas previo a una intervención quirúrgica.

Prevención: Acciones dirigidas a eliminar riesgos, ya sea evitando la ocurrencia del evento o impidiendo daños.

Promoción a la salud: proceso donde se faculta a los individuos para el aumento del control sobre los determinantes de salud y de esta forma, se mejora su salud.

Rehabilitación inicial: Medidas destinadas a reducir el impacto de las condiciones de incapacidad y minusvalía para hacer posible que las personas incapacitadas y minusválidas alcancen la integración social.

Taxonomía enfermera: Lenguaje estandarizado reconocido por la American Nurses Association (ANA) que incluye los diagnósticos desarrollados por la NANDA, las intervenciones de la clasificación de las intervenciones de enfermería (NIC), y los resultados de la clasificación de los resultados de enfermería (NOC).

Síntomas del tracto urinario superior (STUI): Incluyen molestias asociadas con trastornos del llenado/almacenamiento vesical o la alteración de los patrones de eliminación urinaria.

7. BIBLIOGRAFÍA.

1. Acosta Ch, 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
2. Alkhatib A, Tuteja A. Constipation—Recent Advances in Treatment. Touchbriefings. Us gastr oenterolog y & hepatology review. 2010 : 43-47
3. Agency for Healthcare Research and Quality. (ARHQ) Assessment of function. In: Evidence-based geriatric nursing protocols for best practice,2008
4. Agency for Healthcare Research and Quality. (ARHQ) Falls and fall risk; 2011
5. Baranoski S, Ayello E A. Skin an Essential Organ. Wound care essentials: practice principles, spring house, Penn. 2003
6. Caballero M. M E, López M. A B. Guía informativa para enfermeras. Trombosis Atención y Prevención. 2da. Ed. México: Ed. Pydesa. México 2010 p.14-17
7. Campos F, Girbes I, Canto M, Gonzales E. Fractura de cadera. Un problema que previsiblemente aumentara en los próximos años. Rev. Enf Int (España). 2005
8. 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
9. Degelau J, Belz M, Bungum L, Flavin PL, Harper C, Leys K, Lundquist L, Webb B. Institute for Clinical. Systems Improvement. Prevention of Falls (Acute Care). <http://bit.ly/Falls0412>. Updated April 2012.
10. 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
11. Fletcher K. Immobility: geriatric self-learning module. Med Surg Nurs. 2005; 14(1):35-7.
12. González A., Díaz C., Robustillo A. y 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
13. Govers de les illes Balears (GIB). Prevención y Tratamiento de las úlceras por presión. Consejería de salud. Disponible en <http://www.caib.es/govern/archivo.do?id=148743>

14. Gray M. The importance of screening, assessing and managing urinary incontinence in primary care, *J Am Acad Nurse Practit* 15(3):102, 2003.
15. Guía de Práctica Clínica de Enfermería. Prevención y Tratamiento de las Ulceras por presión y otras Heridas crónicas, Generalitat. Conselleria de Sanitat. 2008. Disponible en http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_425.pdf
16. Guía de Práctica Clínica. Prevención de Infecciones urinarias relacionadas con catéteres urinarios permanentes. Hospital Santiago Oriente, 2004
17. Guevara L.U., Covarrubias G.A. Delille F.R., Hernández O.A., Carrillo E.R. Mayoa G.D. Parámetros de práctica para el manejo del dolor agudo perioperatorio. *Cir. Ciruj.* 2005; 73:223-232.
18. McCloskey J, Bulechek G. Clasificación de las intervenciones de enfermería. 4ª ed. España:2005
19. Muñoz O, García C y Duran L. La salud del adulto mayor. Temas y debates. IMSS. 2004
20. NANDA. Diagnósticos enfermeros 2009-2011. Ed. Elsevier. España: 2009
21. National Clinical Guideline Centre. Hip fracture. The management of hip fracture in adults. London (UK): National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE); 2011. 27p. (Clinical guideline no. 124)
22. Peidro L. Actualización de la profilaxis tromboembólica en fractura de cadera. *Rev. Esp. Cir. Ortop Traumatol.* 2011;55(3):231—234
23. 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
24. Sáez P, Madruga F y 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
25. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). Prevention and management of venous thromboembolism. Edinburgh: SIGN; 2010. (SIGN publication no. 122). [Cited 10 Dec 2010]. Available from URL: <http://www.sign.ac.uk>
26. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). Management of hip fractures in older people A national clinical guideline, 2009.
27. Sociedad Española de Geriatria y Gerontología (SEGG). Guía de Buena Práctica Clínica en Geriatria. Anciano afecto a la Fractura de Cadera. 2007. Disponible en http://www.segg.es/sites/default/files/page/guia_fractura_cadera.pdf
28. Tafolla A. Trascendencia del cuidado enfermero en el adulto mayor. *Rev. Enf. IMSS* 2007; 15 (1): 1-2
29. Wiss, DA. Fracturas -Master en cirugía ortopédica. Editorial Marban. España: 2003.

8. AGRADECIMIENTOS.

Se agradece a las autoridades de Instituto Mexicano del Seguro Social las gestiones realizadas para que el personal adscrito al centro o grupo de trabajo que desarrolló la presente guía asistiera a los eventos de capacitación en Medicina Basada en la Evidencia y temas afines, coordinados por el Instituto Mexicano del Seguro Social y el apoyo, en general, al trabajo de los expertos.

Instituto Mexicano de Seguro Social / IMSS

Srita. Luz María Manzanares Cruz

Secretaría

División de Excelencia Clínica. Coordinación de UMAE

Sr. Carlos Hernández Bautista

Mensajería

División de Excelencia Clínica. Coordinación de UMAE

9. COMITÉ ACADÉMICO.

Instituto Mexicano del Seguro Social, División de Excelencia Clínica Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad / CUMAE

Dr. José de Jesús González Izquierdo	Coordinador de Unidades Médicas de Alta Especialidad
Dr. Arturo Viniestra Osorio	Jefe de la División de Excelencia Clínica
Dra. Laura del Pilar Torres Arreola	Jefa de Área de Desarrollo de Guías de Práctica Clínica
Dra. Adriana Abigail Valenzuela Flores	Jefa del Área de Implantación y Evaluación de Guías de Práctica Clínica
Dra. María del Rocío Rábago Rodríguez	Jefa de Área de Innovación de Procesos Clínicos
Dra. Rita Delia Díaz Ramos	Jefa de Área de Proyectos y Programas Clínicos
Dra. Judith Gutiérrez Aguilar	Jefe de Área Médica
Dra. María Luisa Peralta Pedrero	Coordinadora de Programas Médicos
Dr. Antonio Barrera Cruz	Coordinador de Programas Médicos
Dra. Virginia Rosario Cortés Casimiro	Coordinadora de Programas Médicos
Dra. Aidé María Sandoval Mex	Coordinadora de Programas Médicos
Dra. Yuribia Karina Millán Gámez	Coordinadora de Programas Médicos
Dra. María Antonia Basavilvazo Rodríguez	Coordinadora de Programas Médicos
Dr. Juan Humberto Medina Chávez	Coordinador de Programas Médicos
Dra. Gloria Concepción Huerta García	Coordinadora de Programas Médicos
Lic. Ana Belem López Morales	Coordinadora de Programas de Enfermería
Lic. Héctor Dorantes Delgado	Coordinador de Programas
Lic. Abraham Ruiz López	Analista Coordinador
Lic. Ismael Lozada Camacho	Analista Coordinador

10. DIRECTORIO SECTORIAL Y DEL CENTRO DESARROLLADOR

Directorio sectorial

Secretaría de Salud

Dra. Mercedes Juan López
Secretario de Salud

Instituto Mexicano del Seguro Social

Dr. José Antonio González Anaya
Director General

Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado

Lic. Sebastian Lerdo de Tejada Covarrubias
Director General

Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia

Lic. Laura Vargas Carrillo
Titular del organismo SNDIF

Petróleos Mexicanos

Dr. Emilio Ricardo Lozoya Austin
Director General

Secretaría de Marina Armada de México

Almirante Vidal Francisco Soberón Sanz
Secretario de Marina

Secretaría de la Defensa Nacional

General Salvador Cienfuegos Zepeda
Secretario de la Defensa Nacional

Consejo de Salubridad General

Dr. Leobardo Ruíz Pérez
Secretario del Consejo de Salubridad General

Directorio institucional.

Instituto Mexicano del Seguro Social

Dr. Javier Dávila Torres
Director de Prestaciones Médicas

Dr. Fernando José Sandoval Castellanos
Titular de la Unidad de Atención Médica

Dr. José de Jesús González Izquierdo
Coordinador de Unidades Médicas de Alta Especialidad

Dra. Leticia Aguilar Sánchez
Coordinadora de Áreas Médicas

Dr. Arturo Viniegra Osorio
División de Excelencia Clínica

11. COMITÉ NACIONAL DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA

Dr. Luis Rubén Durán Fontes	Presidente
Subsecretario de Integración y Desarrollo del Sector Salud	
Dr. Pablo Kuri Morales	Titular
Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud	
Dr. Romeo Rodríguez Suárez	Titular
Titular de la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad	
Dr. Gabriel Oshea Cuevas	Titular
Comisionado Nacional de Protección Social en Salud	
Dr. Alfonso Petersen Farah	Titular
Secretario Técnico del Consejo Nacional de Salud	
Dr. Pedro Rizo Ríos	Titular
Secretario Técnico del Consejo de Salubridad General	
Dr. Pedro Rizo Ríos	Titular
Director General Adjunto de Priorización del Consejo de Salubridad General	
General de Brigada M. C. Ángel Sergio Olivares Morales	Titular
Director General de Sanidad Militar de la Secretaría de la Defensa Nacional	
Contraalmirante. SSN, M.C. Pediatra. Rafael Ortega Sánchez	Titular
Director General Adjunto de Sanidad Naval de la Secretaría de Marina Armada de México	
Dr. Javier Dávila Torres	Titular
Director de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social	
Dr. José Rafael Castillo Arriaga	Titular
Director Médico del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado	
Dr. Víctor Manuel Vázquez Zárate	Titular
Subdirector de Servicios de Salud de Petróleos Mexicanos	
Lic. Guadalupe Fernández Vega Albalfull	Titular
Directora General de Integración del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia	
Dra. Martha Griselda del Valle Cabrera	
Director General de Rehabilitación del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia	
Dr. José Meljem Moctezuma	Titular
Comisionado Nacional de Arbitraje Médico	
Dr. Francisco Hernández Torres	Titular
Director General de Calidad y Educación en Salud	
Dr. Francisco Garrido Latorre	Titular
Director General de Evaluación del Desempeño	
Lic. Juan Carlos Reyes Oropeza	Titular
Director General de Información en Salud	
M. en A. María Luisa González Rétiz	Titular y Suplente del presidente del CNGPC
Directora General del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud	Titular 2012-2013
Dr. Norberto Treviño García Manzo	
Secretario de Salud y Director General del OPD de los Servicios de Salud de Tamaulipas	
Dr. Germán Tenorio Vasconcelos	Titular 2012-2013
Secretario de Salud y Director General de los Servicios de Salud de Oaxaca	
Dr. Jesús Salvador Fragoso Bernal	Titular 2012-2013
Secretario de Salud y Director General del OPD de los Servicios de Salud de Tlaxcala	
Dr. Enrique Ruelas Barajas	Titular
Presidente de la Academia Nacional de Medicina	
Dr. Alejandro Reyes Fuentes	Titular
Presidente de la Academia Mexicana de Cirugía	
Act. José Cuauhtémoc Valdés Olmedo	Asesor Permanente
Presidente Ejecutivo de la Fundación Mexicana para la Salud	
Dra. Sara Cortés Bargalló	Asesor Permanente
Presidenta de la Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina	
Dr. Francisco Pascual Navarro Reynoso	Asesor Permanente
Presidente de la Asociación Mexicana de Hospitales	
Ing. Ernesto Dieck Assad	Asesor Permanente
Presidente de la Asociación Nacional de Hospitales Privados	
Dr. Sigfrido Rangel Frausto	Asesor Permanente
Presidente de la Sociedad Mexicana de Calidad de Atención a la Salud	
Dra. Mercedes Macías Parra	Invitada
Presidenta de la Academia Mexicana de Pediatría	
Dr. Esteban Hernández San Román	Secretario Técnico
Director de Evaluación de Tecnologías en Salud, CENETEC	