

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA **GPC**

Actualización
2018

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA
PARA LA ATENCIÓN DE
ADULTOS MAYORES CON
FRACTURA DE CADERA

GUÍA DE REFERENCIA RÁPIDA

CATÁLOGO MAESTRO DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA: IMSS-603-13

Avenida Paseo de la Reforma No. 450, piso 13,
Colonia Juárez, Delegación Cuauhtémoc,
C. P. 06600, México, Ciudad de México.
www.cenetec.salud.gob.mx

Publicado por CENETEC

© Copyright **Instituto Mexicano del Seguro Social** “Derechos Reservados”. Ley Federal de Derecho de Autor

Editor General
Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud

La guía de referencia rápida tiene como objetivo proporcionar al usuario las **recomendaciones clave** de la guía **Intervenciones de enfermería para la atención de adultos mayores con fractura de cadera.**, seleccionadas con base a su impacto en salud por el grupo desarrollador, las cuales pueden variar en función de la intervención de que se trate, así como del contexto regional o local en el ámbito de su aplicación.

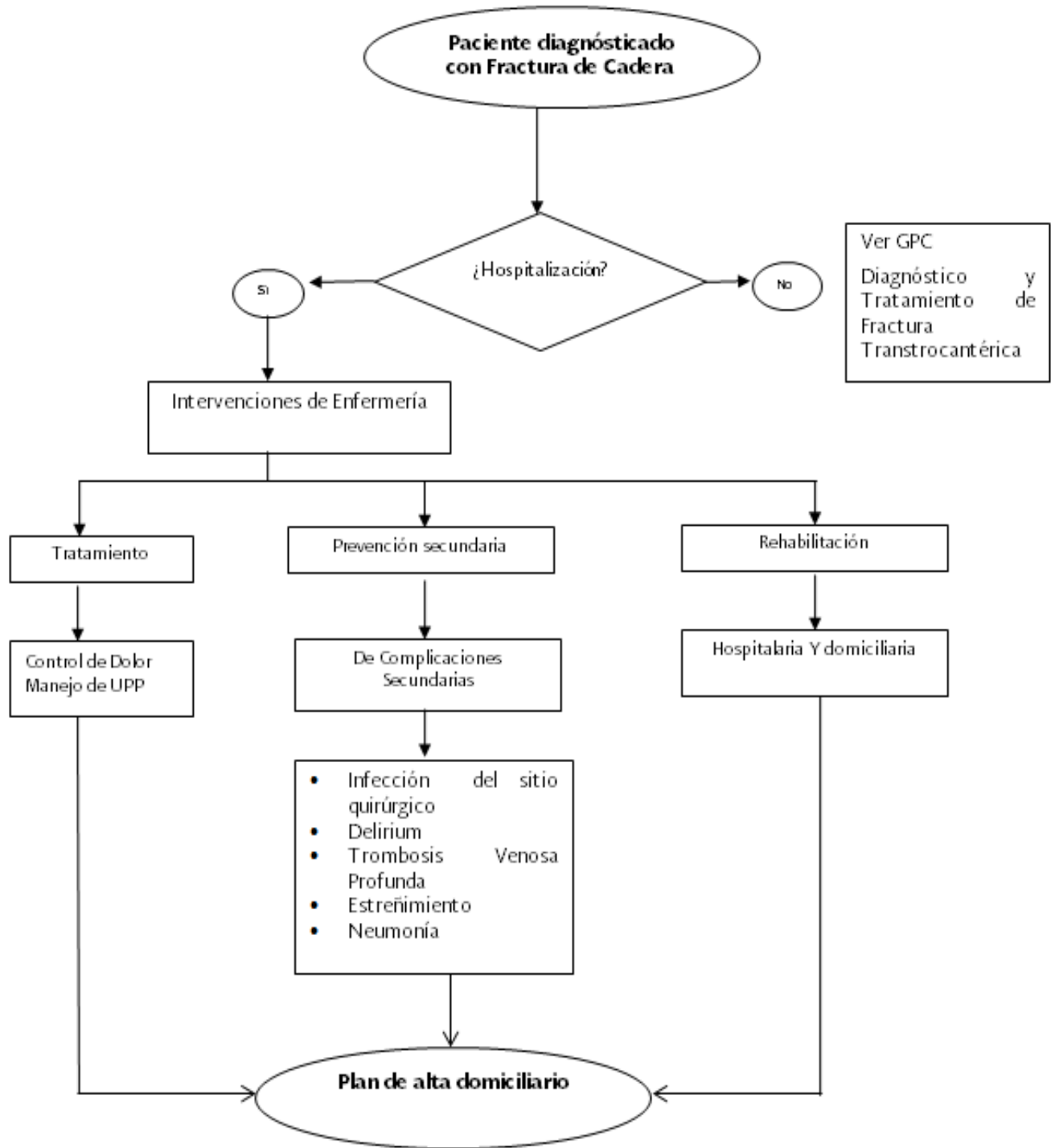
Para mayor información, se sugiere consultar la guía en su versión extensa de “**Evidencias y Recomendaciones**” en el Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica, la cual puede ser descargada de Internet en:
<http://www.imss.gob.mx/profesionales-salud/gpc>
<http://www.cenetec.salud.gob.mx/contenidos/gpc/catalogoMaestroGPC.html#>

Debe ser citado como: **Intervenciones de enfermería para la atención de adultos mayores con fractura de cadera.** Guía de Referencia Rápida: Guía de Práctica Clínica. México, CENETEC; **2018**

Disponible en: <http://www.imss.gob.mx/profesionales-salud/gpc>
<http://www.cenetec.salud.gob.mx/contenidos/gpc/catalogoMaestroGPC.html#>

ISBN en trámite

1. DIAGRAMAS DE FLUJO



2. INTERVENCIÓN EN SALUD

VALORACIÓN

Recomendación Clave	GR*
Se recomienda que el uso de la escala visual análoga (EVA) se realice con cautela en adultos mayores de 65 años (ver cuadro).	C
<p>Valorar la respuesta de la persona a las intervenciones de manejo del dolor constantemente utilizando una herramienta de valoración validada (ver cuadros). La frecuencia de las valoraciones estará determinada por:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La presencia de dolor; • La inestabilidad del dolor; • La estabilidad de la situación clínica del paciente; • El tipo de dolor. 	B
<p>Se recomienda valorar el dolor posoperatorio:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 60 minutos después de la administración de la terapia por vía parenteral. • 30 minutos después de una intervención no farmacológica. 	C

TRATAMIENTO

Recomendación Clave	GR*
Se recomienda individualizar la administración de fármacos la cual debe titularse en forma progresiva, adecuar dosis, monitorizar la respuesta y en lo posible evitar la polifarmacia (ver cuadros).	A
<p>Es indispensable valorar el riesgo de úlcera por presión, utilizando una escala validada (ver cuadros).</p> <p>No se recomienda la utilización de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Superficies absorbentes y porosas como el colchón de poliuretano (ej. colchón cáscara de huevo). • Uso de instrumentos con forma de flotadores o anillos ya que concentran la presión y las fuerza tangenciales sobre la periferia de la úlcera y aumentan el cizallamiento. • Las almohadas rellenas de semillas por ser fómites de microbiota patógena en áreas de hospitalización. • Guantes llenos de agua o bolsas de solución intravenosa. 	Fuerte a favor
<p>Proporcionar atención local a las úlceras por presión que consiste en lo siguiente, según sea apropiado:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Limpieza; • Reducción de la humedad; 	1a

- Control de infección (es decir, colonización crítica superficial / infección localizada o infección profunda y circundante / infección sistémica;
- Desbridamiento.

PREVENCIÓN SECUNDARIA

Recomendación Clave	GR*
Se recomienda que en las primeras 24 horas de la hospitalización: <ul style="list-style-type: none"> • Valorar a los pacientes con factores de riesgo predisponente y precipitante para el desarrollo de delirium. • Detectar la presencia de delirium utilizando una escala validada (ver cuadros). • Tratar todas las posibles causas subyacentes o combinaciones de causas del delirium. 	B
Los ejercicios de piernas reducen la estasis venosa y deben ser recomendados en pacientes hospitalizados.	B
Se recomienda el uso de medias de compresión graduadas (MCG).	B
Se deben de realizar ejercicios respiratorios y movilidad oportuna en pacientes adultos mayores para evitar la probabilidad de problemas respiratorios como neumonía.	A
Se recomienda que los pacientes adultos mayores que se encuentren bajo tratamiento de antipsicóticos se mantengan bajo vigilancia para evitar el riesgo de aspiración.	B
Administrar agentes antimicrobianos preoperatorios sólo cuando esté indicado en base a las guías de práctica clínica publicadas y con suficiente tiempo para que se haya establecido una concentración bactericida de los agentes tanto en suero como en tejidos en el momento de realizar la incisión.	Fuerte a favor
Se debe de vigilar el mantener una adecuada alimentación con una dieta suplementaria de proteínas en pacientes pos operados adultos mayores con fractura de cadera.	A
Se debe de mantener cubierta la herida quirúrgica con apósito sencillo en pacientes adultos mayores pos operados de fractura de cadera.	B

REHABILITACIÓN

Recomendación Clave	GR*
---------------------	-----

Se recomienda promover la terapia física intensiva después del alta para mejorar los resultados funcionales en pacientes con fractura de cadera.

Fuerte a favor

PROMOCIÓN A LA SALUD

Recomendación Clave

GR*

Uso de un programa de ejercicio orientado funcionalmente, basado en un mejoramiento de la función física.

B

*Grado de Recomendación

3. CUADROS O FIGURAS

ESCALA VISUAL ANÁLOGA

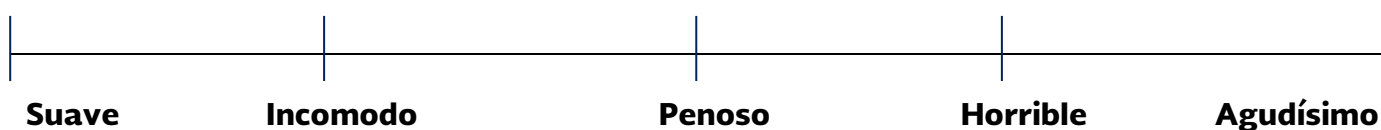
Sin dolor

Máximo dolor

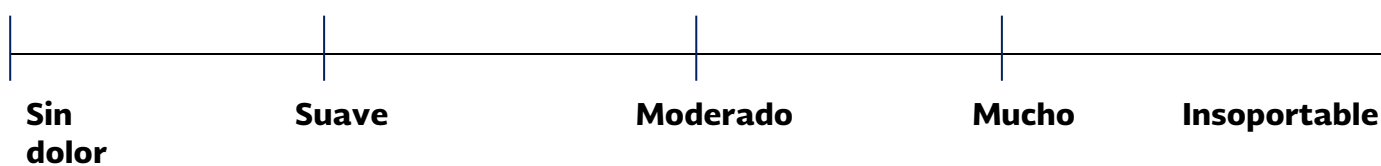
Fuente: Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). Valoración y manejo del dolor 3ª edición. 2013.

ESCALAS VERBALES DESCRIPTIVAS

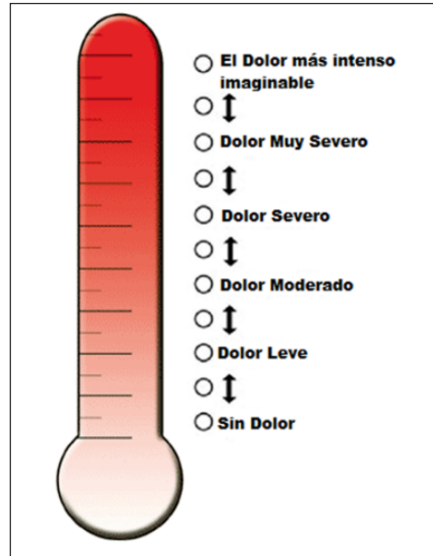
Escala de Melzack



Escala de Keele



Fuente: Del Castillo de Comasa Carmen, Díaz Díez-Picazo Luis, Barquinero Canales Cándido. Medición del dolor: escalas de medida. JANO 2008; 1.712. Disponible en www.jano.es



Termómetro del dolor. Modificado de Herr et al

Fuente: Ramírez G, Miranda H, Altermatt F. Manejo anestésico y analgésico del paciente ortogerátrico. Rev Chil Anest 2014; 43: 189-200

ESCALERA ANALGESICA DEL DOLOR

		DOLOR SEVERO EVA 7-10	
		Cuarto escalón	
		<ul style="list-style-type: none"> Opioides menores y/o Opioides mayores y/o Paracetamol y/o AINES y/o Coadyuvantes 	
		Tercer escalón	
		<ul style="list-style-type: none"> Opioides menores y/o Opioides mayores y/o Paracetamol y/o AINES y/o Coadyuvantes 	
		Segundo escalón	
		<ul style="list-style-type: none"> Opioides menores y/o Paracetamol y/o AINES y/o Coadyuvantes 	
DOLOR MODERADO EVA 5-6			
Primer escalón			
Analgésicos no opioides <ul style="list-style-type: none"> Paracetamol y/o AINES y/o Coadyuvantes 			
DOLOR LEVE EVA 1-4			

Fuente: Fernández M, Bouzas Pérez D, Maldonado Vega S, Carceller Malo J M. Guía Básica de Fármacos y Dolor. Rev electron Anestesia R 2014; Vol 6 (2): 29.

ANALGÉSICOS NO OPIODES RECOMENDADOS EN ANCIANOS

Analgésico	Dosis inicial oral	Dosis máxima oral	Otras vías	Comentarios
Paracetamol	325-1000mg/6-8h	4000mg	IV, VR,	<ul style="list-style-type: none"> De elección para inicio Ajustar si hay hepatopatía y vigilar hepatotoxicidad.
Metamizol	500-575/8h	4000	IV, IM, VR	<ul style="list-style-type: none"> Riesgo de agranulocitosis
Naproxeno	250-550/12 h	1100	VR	<ul style="list-style-type: none"> AINE con mejor perfil cardiovascular
Diclofenaco	50/ 8-12 h	150(100)	IM, VR	<ul style="list-style-type: none"> Amplia experiencia en Adultos Mayores
Meloxicam	7.5 /24 h	7.5		<ul style="list-style-type: none"> De 2da. Línea
Celecoxib	100/24 h	200		<ul style="list-style-type: none"> Elegir si existe alto riesgo gastrointestinal y bajo riesgo cardiovascular

Fuente: Sáez M, Sánchez N, Jiménez S, Alonso N, Valverde J. Tratamiento del dolor en el anciano: analgésicos no opioides. Rev Soc Esp Dolor 2016; 23(1):39-44.

**DETECCIÓN DEL SÍNDROME CONFUSIONAL AGUDO (DELÍRIUM).
CONFUSION ASSESSMENT METHOD (CAM)**

Criterio 1 Comienzo agudo y fluctuante	Hay evidencia de un cambio agudo o reciente en el estado mental del paciente, o bien la conducta o el estado mental fluctúa durante el día.
Criterio 2 Desatención	El paciente tiene dificultad para concentrarse, se distrae fácilmente.
Criterio 3 Pensamiento desorganizado	El paciente tiene una conversación vaga, incoherente, ilógica, flujo de ideas o cambios no justificados de un tema a otro.
Criterio 4 Nivel de conciencia disminuido	La respuesta a preguntas es lenta, o bien está somnoliento.
Para establecer la sospecha de síndrome confusional (delirium) se requieren los criterios 1 y 2 de forma obligada y uno cualquiera de los criterios 3 y 4.	

Fuente bibliográfica de la que se ha obtenido esta versión: Inouye SK, Van Dyck CH, Alessi CA, Balkin S, Siegel AP, Howitz, RI. Clarifying confusion: the confusion assessment method. A new method for detection of delirium. Ann Intern Med 1990;113, 941-8.

ESCALA DE BRADEN VALORACIÓN DEL RIESGO DE ÚLCERAS POR PRESIÓN

PERCEPCIÓN SENSORIAL	1. Completamente limitada.	2. Muy limitada.	3. Ligeramente limitada	4. Sin limitaciones
Capacidad para reaccionar ante una molestia relacionada con la presión.	Al tener disminuido el nivel de conciencia o estar sedado, el paciente no reacciona ante estímulos dolorosos (quejándose estremeciéndose o agarrándose) o capacidad limitada de sentir en la mayor parte del cuerpo.	Reacciona sólo ante estímulos dolorosos. No puede comunicar su malestar excepto mediante quejidos o agitación o presenta un déficit sensorial que limita la capacidad de percibir dolor o molestias en más de la mitad del cuerpo.	Reacciona ante órdenes verbales pero no siempre puede comunicar sus molestias o la necesidad de que le cambien de posición o presenta alguna dificultad sensorial que limita su capacidad para sentir dolor o malestar en al menos una de las extremidades.	Responde a órdenes verbales. No presenta déficit sensorial que pueda limitar su capacidad de expresar o sentir dolor o malestar.
EXPOSICIÓN A LA HUMEDAD	1. Constantemente húmeda	2. A menudo húmeda	3. Ocasionalmente húmeda	4. Raramente húmeda
Nivel de exposición de la piel a la humedad	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, pero no siempre húmeda. La ropa de cama se ha de caminar al menos una vez en cada turno.	La piel está ocasionalmente húmeda: Requiriendo un cambio suplementario de ropa de cama aproximadamente una vez al día.	La piel está generalmente seca. La ropa de cama se cambia de acuerdo con intervalos fijados para los cambios de rutina.
ACTIVIDAD	1. Encamado/a	2. En silla	3. Deambula ocasionalmente	4. Deambula frecuentemente
Nivel de actividad Física	Paciente constantemente encamado/a.	Paciente que no puede andar o con deambulación muy limitada. No puede sostener su propio peso y/o necesita ayuda para pasar a una silla o a una 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 en silla de ruedas.	Deambula fuera de la habitación al menos dos veces al día y dentro de la habitación al menos dos horas durante las horas de paseo.
MOVILIDAD	1. Completamente inmóvil	2. Muy limitada	3. Ligeramente limitada	4. Sin limitaciones
Capacidad para cambiar y controlar la posición del cuerpo	Sin ayuda 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 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.
NUTRICIÓN	1. Muy pobre	2. Probablemente inadecuada	3. Adecuada	4. Excelente
Patrón usual de ingesta de alimentos	Nunca ingiere una comida completa. Raramente toma más de un tercio de cualquier alimento que se le ofrezca. Diariamente come dos servicios o menos con aporte proteico (carne o productos lácteos). Bebe pocos líquidos. No toma suplementos dietéticos líquidos, o está en ayunas y/o en dieta líquida o sueros más de cinco días.	Raramente come una comida completa y generalmente como solo la mitad de los alimentos que se le ofrecen. La ingesta proteica incluye solo tres servicios de carne o productos lácteos por día. Ocasionalmente toma un suplemento dietético, o recibe menos que la cantidad óptima de una dieta líquida o por sonda nasogástrica.	Toma más de la mitad de la mayoría de las comidas. Come un total de cuatro servicios al día de proteínas (carne o productos lácteos). Ocasionalmente puede rehusar una comida pero tomará un suplemento dietético si se le ofrece, o recibe nutrición por sonda nasogástrica o por vía parenteral, cubriendo la mayoría de sus necesidades nutricionales.	Ingiere la mayor parte de cada comida. Nunca rehúsa una comida. Habitualmente come un total de cuatro o más servicios de carne y/o productos lácteos. Ocasionalmente come entre horas. No requiere suplementos dietéticos
ROCE Y PELIGRO DE LESIONES	1. Problema	2. Problema potencial	3. No existe problema aparente	Riesgo de presentar úlceras por presión INTERPRETACION
	Requiere de moderada a máxima asistencia para ser movido. Es imposible levantarlo/a completamente sin que se produzca un deslizamiento entre las sábanas. Frecuentemente se desliza hacia abajo en la cama o en la silla, requiriendo de reposicionamientos frecuentes con máxima ayuda. La existencia de espasticidad, contracturas o agitación producen un roce constante.	Se mueve muy débilmente o requiere de mínima asistencia. Durante los movimientos, la piel probablemente roza contra parte de las sábanas, silla, sistemas de sujeción u otros objetos. La mayor parte del tiempo mantiene relativamente una buena posición en la silla o en la cama, aunque en ocasiones puede resbalar hacia abajo.	Se mueve en la cama y en la silla con independencia y tiene suficiente fuerza muscular para levantarse completamente cuando se mueve. En todo momento mantiene una buena posición en la cama.	<ul style="list-style-type: none"> • 17-23 puntos. Riesgo mínimo • 15-16 puntos. Riesgo bajo. • 13-14 puntos. Riesgo moderado. • 6-12 puntos. Riesgo alto

Adaptado de: Bergstrom N, Braden BJ, Laguzza A, Holman V. The Braden Scale for Predicting Pressure Score Risk. Nurs Res 1987; 22: 4