

Búsqueda de Evidencia en el Plan de Cuidados Estandarizado del Postoperatorio de Fractura de Cadera. Investigación Secundaria

Blanca Gómez, Zulema de Cos y Gonzalo Duarte. (2010)

ÍNDICE:

1. Abstract.
2. Resumen.
3. Introducción.
4. Objetivos.
5. Método.
6. Resultados.
7. Discusión.
8. Conclusión.
9. Anexo I
10. Anexo II
11. Abreviaturas.
12. Bibliografía.

1.ABSTRACT:

Objectives: Identify evidence and make recommendations on nursing interventions in the PCE in postoperative hip fracture (PCE-PFC) agreed by the collaborative working group of the Management of SACYL in the last six months of 2009.

Method: Literature review protocol. Search strategy, PICO format and DECIs and MeSH. Definition of interventions includes NIC language use. Online search: BVS, Medline, Cochrane, JBI, INAHTA; supplemented with reference search and manual publications in the last five years of publication, extended indefinitely in search of reference; searches are restricted to English and Spanish. Selection by design (systematic reviews, meta-analysis or meta-synthesis, randomized clinical trials and clinical practice guidelines based on evidence), and quality criterious and evaluated methodological homogeneity instruments CASPe and AGREE. Variables considered in the studies, patients undergoing hip fracture, care of nursing, NIC standard of care, quality of life improvement, clinical effectiveness, improve the level of inpatient satisfaction, optimize resources, health and hospitalization costs. Clinical homogeneity criterious: population characteristics and interventions extrapolated to our population and practice. Collection and extraction of data using summary tables. Analysis of data using narrative development.

Results: We have used the MeSH terms: hip prosthesis, hip fractures, care, postoperative care, nurs*, quality of life, patient satisfaction, hospitalization, health resources, cost-benefit analysis, evaluation of the efficacy-effectiveness of interventions, clinical governances, more NIC in the PCE-PFC. 1701 studies were identified, in the preliminary review identified 34, after the critical reading selected 17 (6 systematic reviews, 2 meta-analysis, 6 randomized clinical trials, 3 GPC). The assessment instruments CASPe, AGREE gives minimum score of 6/60%. There is strong evidence regarding interventions NIC included un the PCE-PFC: Care of the incision site, Exercise therapy: ambulation, Discharge planning, Paint management, Cautions embolism, Haemorrhage control, Monitoring vital signs, Management urinary excretion, Maintenance of venous access devices and Teaching: prescribed activity / exercise. There is strong evidence for the NIC not included in the PCE-PFC: Oxygen

therapy, Medication administration, Nutritional therapy and Management of fluid/electrolyte. For the rest of the level is low or missing. There is much evidence on the use of clinical pathways in patients with hip fracture.

Discussion: The main result of this work indicates which NIC interventions PCE hip fracture is level I evidence, it has been found level I evidence concerning a number of NIC interventions not covered by the plan of care, should be considered their inclusion in the same and use of clinical pathways, and possible elimination of some interventions. The main limitations of this study related to language restrictions, availability of study acceptable level of evidence and the inclusion of language NANDA-NOC-NIC to the search.

Conclusion: For clinical practice involves the inclusion of the NIC interventions: Oxygen therapy, Medication management, Nutrition therapy and Management of fluid/electrolyte. We believe to be reconsidered interventions: NIC 0704 Inpatient care, NIC 2620 Neurological monitoring and NIC 0840 Position change. For development of EBE means including screening protocols in the language NANDA-NOC-NIC.

2.RESUMEN:

Objetivos: Identificar evidencia y elaborar recomendaciones sobre intervenciones de enfermería en el PCE en postoperatorio de fractura de cadera (PCE-PFC) consensuado por el grupo de trabajo colaborativo de la Gerencia de SACYL en el segundo semestre de 2009.

Método: Protocolo de revisión bibliográfica. Estrategia de búsqueda, formato PICO y DECs y MeSH. Definición de intervenciones incluye uso de lenguaje NIC. Búsqueda online: BVS, Medline, Cochrane, JBI, INAHTA; complementada con búsqueda referencial, y manual en publicaciones; últimos cinco años de publicación, ampliados sin límite en búsqueda referencial; se restringen las búsquedas a los idiomas inglés y español. Selección según diseño (revisiones sistemáticas, meta-análisis o meta-síntesis, ensayos clínicos aleatorios y guías de práctica clínica basadas en evidencias), y criterios de calidad y homogeneidad metodológica evaluados con los instrumentos CASPe y AGREE. Variables consideradas en los estudios: pacientes operados de fractura de cadera, cuidados de enfermería, NIC del plan de cuidados

estandarizado PCE, mejorar calidad de vida, efectividad clínica, mejorar el nivel de satisfacción del paciente hospitalizado, optimizar recursos sanitarios-coste y hospitalización. Criterios de homogeneidad clínica: características de poblaciones e intervenciones extrapolables a nuestra población y práctica profesional. Obtención y extracción de datos mediante tablas de síntesis. Análisis de datos mediante desarrollo narrativo.

Resultados: Se han utilizado los términos MeSH: hip prosthesis, hip fractures, care, postoperative care, nurs*, quality of life, patient satisfaction, hospitalization, health resources, cost-benefic analysis, evaluation of the efficacy-effectiveness of interventions, clinical governances, más las NIC del PCE-PFC. Se han identificado 1701 estudios, en la revisión preliminar se identifican 34, tras la lectura crítica se seleccionan 17, (6 revisiones sistemáticas, 2 metaanálisis, 6 ensayos clínicos aleatorios, 3 GPC). La evaluación con los instrumentos CASPe y AGREE da puntuación mínima de 6/60%. Hay evidencias fuertes respecto a las intervenciones NIC incluidas en el

PCE-PFC: Cuidados del sitio de incisión, Terapia de ejercicios: ambulación, Planificación al alta, Precauciones del embolismo, Control de hemorragias, Monitorización signos vitales, Manejo de la eliminación urinaria, Mantenimiento de dispositivos de acceso venoso y Enseñanza: actividad/ejercicio prescrito. Hay evidencia fuerte para las NIC no incluidas en el PCE-PFC: Oxigenoterapia, Administración de medicación, Terapia nutricional, y Manejo de líquidos/electrolitos. Para el resto el nivel es bajo o no se encuentra. Hay evidencia alta sobre el uso de vías clínicas en pacientes con fractura de cadera.

Discusión: El resultado principal de este trabajo indica qué intervenciones NIC del PCE fractura de cadera tienen evidencia nivel I; se ha encontrado evidencia nivel I referente a una serie de intervenciones NIC no contempladas en el plan de cuidados, debiendo considerarse su inclusión en el mismo y el uso de vías clínicas, y la posible eliminación de algunas intervenciones. Las principales limitaciones de este estudio se refieren a las restricciones de idioma, la disponibilidad de estudios de nivel de evidencia aceptable y la incorporación del lenguaje NANDA- NOC- NIC a la búsqueda.

Conclusión: Para la práctica clínica implica la inclusión de las intervenciones NIC: Oxigenoterapia, Administración de medicación, Terapia nutricional, y Manejo de

líquidos/electrolitos. Creemos que deben reconsiderarse las intervenciones: NIC 0740 Cuidados del paciente encamado, NIC 2620 Monitorización neurológica y NIC 0840 Cambio de posición. Para el desarrollo de la EBE implica incluir en los protocolos de revisión el lenguaje NANDA–NOC–NIC.

3.INTRODUCCIÓN:

Según el informe suscrito por la Organización Mundial de la Salud *The global Economic and Healthcare Burden of Musculoskeletal Disease* en el año 1990 tuvieron lugar aproximadamente 1,7 millones de fracturas de cadera. Para el año 2050 las estimaciones sitúan esta cifra entorno a 6 millones, en gran medida relacionado con el incremento de la esperanza de vida (2).

Se estima que en la Unión Europea se producen anualmente unas 640.000 fracturas de cadera; en España los casos ascienden a 60.000 anuales (4).

La mortalidad en la fractura de cadera tiene un impacto muy importante. En la fase aguda de la fractura fallece alrededor del 5% de los pacientes, siendo casi el doble en los varones que en las mujeres (8,1 y 4,2 respectivamente) (5). Durante el año siguiente fallecerá el 20% de los mismos. La mortalidad en ambos sexos aumenta con la edad. Además, aproximadamente la mitad de los supervivientes sufrirán una limitación funcional severa que los invalida y los hace dependientes para sus actividades cotidianas, siendo necesario incorporar una ayuda social y rehabilitación física. Por tanto, hay que destacar que las fracturas de cadera presentan una incidencia sobre la calidad y la cantidad de vida de los pacientes muy importante (2). Así, diversos estudios recientes indican que alrededor del 7,8% de las personas que padecen fractura de cadera permanece en una residencia geriátrica a causa de la misma durante una media de 7,6 años (3).

En cuanto al impacto asistencial que suponen las fracturas de cadera, varios estudios estiman que más del 20% de las camas de traumatología están ocupadas por pacientes sometidos a cirugía de cadera. En España, el GRD de procedimientos quirúrgicos que genera un mayor número de estancias totales anuales es el 818 (sustitución de cadera excepto por complicaciones) con 313.000 días de estancias hospitalarias registradas (2).

El Proceso de Atención de Enfermería en la práctica asistencial ofrece unos cuidados sistematizados, lógicos y racionales. Permite un plan de cuidados (PC) centrado en las respuestas humanas, enfocando los cuidados de enfermería al paciente y no sólo a su enfermedad (1), además de asegurar la continuidad en las distintas etapas del proceso por el que pasa el paciente y la familia.

La puesta en marcha de planes de cuidados en este tipo de pacientes se hace necesaria para asegurar la calidad de atención que precisan.

4.OBJETIVOS:

- Identificar la mejor evidencia disponible sobre intervenciones de enfermería y sus correspondientes actividades en el Plan de Cuidados Estandarizado en pacientes operados de Fractura de Cadera (PCE-PFC). Para ello se han utilizado las escalas de Niveles de Evidencia y Grados de Recomendación del JBI (The Joanna Briggs Institute) y SIGN (Scottish Intercollegiate Guideline Network).
- Elaborar recomendaciones para el desarrollo e implantación de Planes de Cuidados Estandarizados en la Atención Especializada de SACYL.
- Incorporar evidencia científica al PCE de la Fractura de Cadera Postoperatorio consensuado por el grupo de trabajo colaborativo de la Gerencia de SACYL en el segundo semestre del año 2009 (Anexo II).

5.MÉTODO:

El área de la revisión bibliográfica se relaciona con los cuidados enfermeros en el postoperatorio de la fractura de cadera. Se sigue un protocolo estandarizado de revisión sistemática de la literatura.

El diseño de la estrategia de búsqueda de estudios sigue la elaboración de la frase de búsqueda mediante el formato PICO (problema-intervención-comparador-

resultado), y su conversión a DEC y MeSH. En la definición de las intervenciones se incluyen el uso del lenguaje NIC (Tabla 1). Las fuentes de información incluyen la búsqueda en bases de datos online (BVS, Medline, Cochrane, JBI, INAHTA) complementada con búsqueda referencial, y manual en publicaciones clave (Tabla 2). Se consideran los últimos cinco años de publicación, ampliables a diez para la búsqueda referencial. Se restringen las búsquedas a los idiomas español e inglés.

Se seleccionan estudios pertinentes para el tema en cuestión, según su diseño (revisiones sistemática, metaanálisis o metasíntesis, ensayos clínicos aleatorios o guías de práctica clínica basadas en evidencias), y que cumplan los criterios de calidad y homogeneidad metodológica establecidos por Jadad, CASPe y por AGREE. Aquellos artículos que no hacen referencia al tema de estudio y que no tienen una puntuación mínima en Jadad de 3, en CASPe de 6 o en AGREE del 60% son eliminados.

Dos revisores, de forma independiente, evaluaron los estudios para la inclusión o exclusión en esta investigación. Cuando los revisores no estaban de acuerdo en la selección de un estudio, se llevó a cabo la revisión del mismo por un tercer revisor. El consenso se alcanzó en todos los casos.

Por consenso, las variables consideradas en los estudios incluidos, respecto a población, intervenciones y medidas de resultados son: pacientes operados de fractura de cadera, cuidados de enfermería, NIC del PCE, mejorar calidad de vida, efectividad clínica, mejorar el nivel de satisfacción del paciente hospitalizado, optimizar recursos sanitarios-costes y hospitalización (Tabla 1); y los criterios de homogeneidad clínica incluyen (además de los Jadad, CASPe, AGREE) que las características de las poblaciones e intervenciones sean extrapolables a nuestra población y nuestra práctica profesional.

El procedimiento utilizado para la obtención de datos es la elaboración de tablas de síntesis de los resultados considerados relevantes. Los criterios de valoración de la validez de los estudios y procesos utilizados para la extracción de datos son los establecidos por Jadad, CASPe, AGREE que dos revisores, de forma independiente, llevaron a cabo. Cuando hubo discrepancias, se consultó con el tercer

revisor; en caso de no llegar a un acuerdo siempre se eligió el resultado más bajo (Tabla 4).

El análisis de datos se realiza mediante desarrollo narrativo.

6.RESULTADOS:

Se han utilizado los términos MeSH (y sus homólogos DEC)s): Hip Prosthesis, Hip Fractures, Care, Postoperative Care, Nurs*, Quality of Life, Patient Satisfaction, Hospitalization, Health Resources, Cost-Benefit Analysis, Evaluation of the Efficacy-Effectiveness of Interventions, Clinical Governance, también se han buscado las NIC que aparecen en el plan de cuidados estandarizado : Constipation/Impaction Management, Incision Site Care, Tube Care, Venous Access (VAD) Maintenance, Vital Signs Monitoring, Exercise therapy: Ambulation, Anxiety Reduction, Teaching: Disease Process, Teaching: Prescribed Activity/Exercise, Discharge Planning, Pain Management, Embolus Precautions, Bed Rest Care, Hemorrhage Control, Neurologic Monitoring, Urinary Habit Training, Positioning. (Tabla 1)

Se han identificado 1701 estudios, de los cuales se han preseleccionado 34 para finalmente realizar la lectura crítica de 17 de ellos; de estos, 6 son revisiones sistemáticas, 2 son metaanálisis, 6 son ensayos clínicos aleatorios y 3 son guías de práctica clínica. La evaluación de estos estudios con el sistema Jadad/CASPe/AGREE muestra una puntuación mínima de 6/60% (Tablas 2 y 3).

Como se puede observar en las tablas 4 y 5, se han utilizado dos escalas diferentes para valorar los niveles de evidencia y los grados de recomendación de los estudios, dichas escalas han sido JBI y SIGN.

Se han encontrado evidencias indirectas fuertes respecto a las siguientes intervenciones NIC incluidas en el PCE-PFC con prótesis (Tablas 4 y 5):

- Cuidados del sitio de incisión: con Nivel de Evidencia 1 y Grado de Recomendación A. Aparece reflejado en una Guía de Práctica Clínica (10), con AGREE alto; en dos Revisiones Sistemáticas (12, 14), con CASPe mínimo de 8/10; y en un ECA (16), con Jadad de 3/5 y CASPe de 7/11.

- Terapia de ejercicios: ambulación: con máximo Nivel de Evidencia 1 y Grado de Recomendación A. Aparece reflejado en dos GPC (10, 11), con AGREE alto; en tres Revisiones Sistemáticas (13, 17, 22), con CASPe mínimo de 8/10; y un ECA (8), con Jadad de 3/5 y CASPe de 8/11.
- Planificación al alta: con Nivel de Evidencia 1 y Grado de Recomendación A. Aparece reflejado en un GPC (10), con AGREE alto; y en una Revisión Sistemática (17), con CASPe de 7/10.
- Manejo del dolor: con máximo Nivel de Evidencia 1 y Grado de Recomendación A. Aparece en dos GPC (10, 11), con AGREE alto en ambas; y en dos ECA (9, 20), con Jadad mínimo de 3/5 y CASPe mínimo de 6/11.
- Precauciones del embolismo: con máximo Nivel de Evidencia 1 y Grado de Recomendación A. Aparece en tres GPC (10, 11, 18), con AGREE mínimo medio; y en dos Revisiones Sistemáticas (13, 15), con CASPe mínimo de 8/10.
- Control de hemorragias: con Nivel de Evidencia 1 y Grado de Recomendación A. Aparece en dos GPC (11, 18), con AGREE mínimo medio; y en un ECA (6), con Jadad de 3/5 y CASPe de 6/11.
- Monitorización signos vitales: con máximo Nivel de Evidencia 1 y Grado de Recomendación A. Aparece en una GPC (11), con AGREE alto; y en un ECA (6), con Jadad de 3/5 y CASPe de 6/11.
- Manejo de la eliminación urinaria: con máximo Nivel de Evidencia 1 y Grado de Recomendación A. Aparece en dos GPC (10, 11), con AGREE alto; y en una Revisión Sistemática (12), con CASPe de 8/10.
- Mantenimiento de dispositivos de acceso venoso: con Nivel de Evidencia 1 y Grado de Recomendación A. Aparece en una Revisión Sistemática (21), con CASPe de 9/10.

- Enseñanza: actividad/ ejercicio prescrito: con un máximo de Nivel de Evidencia 1 y Grado de Recomendación A. Aparece en dos GPC (10, 11), con AGREE alto; y en tres Revisiones Sistemáticas (12, 13, 17), con CASPe mínimo de 6/10.

Se ha encontrado evidencia indirecta fuerte sobre las intervenciones NIC no incluidas en el plan de cuidados estandarizado (Tablas 4 y 5):

- Oxigenoterapia: con Nivel de Evidencia 2 y Grado de Recomendación B. Aparece en dos GPC (10, 11), con AGREE alto.
- Administración de medicación: con Nivel de Evidencia 1 y Grado de Recomendación A. Aparece en dos GPC (10, 11), con AGREE alto; y en una Revisión Sistemática (12) con CASPe de 8/10.
- Terapia nutricional: con Nivel de Evidencia 1 y Grado de Recomendación A. Aparece en una GPC (11), con AGREE alto; y en una Revisión Sistemática (12) con CASPe de 8/10.
- Manejo de líquidos/electrolitos: con Nivel de Evidencia 1 y Grado de Recomendación A. Aparece en dos GPC (10, 11), con AGREE alto.

Para el resto de intervenciones contempladas en el PCE, el nivel de evidencia indirecta encontrado es bajo, como en el caso de Manejo del estreñimiento (10) y Enseñanza: proceso de la enfermedad (10). Así mismo, se ha encontrado nivel de evidencia bajo para la NIC no incluida en el PCE: Prevención de caídas(10). (Tablas 4 y 5)

No se encuentra evidencia de las NIC: Disminución de la Ansiedad, Cuidados del paciente encamado, Monitorización Neurológica y Cambio de Posición.

También hemos encontrado evidencia directa alta (NE 1/ GR A) en relación al uso de vías clínicas (7, 8) en pacientes con artroplastia de cadera (Tabla 4).

7.DISCUSIÓN:

Nuestro estudio demuestra que hay evidencias indirectas claras, ya que presentan niveles de evidencia y grados de recomendación elevadas, para una serie de intervenciones de enfermería contempladas en el PCE de la Fractura de Cadera Postoperatorio consensuado por el grupo de trabajo colaborativo de la Gerencia de SACYL en el segundo semestre del año 2009, y que, por lo tanto, deben ser consideradas parte de la atención rutinaria de alta calidad. Sin embargo, hay que tener en cuenta, que de algunas de las actividades contempladas en las NIC no se ha encontrado evidencia, lo que no quiere decir que no se lleven a cabo en la práctica habitual. Sería interesante potenciar la investigación primaria en este sentido.

Durante la búsqueda encontramos artículos con referencias a actividades incluidas en el PES, pero ninguno en el que el motivo de estudio fuera directamente la NIC. Esta situación nos llevó a considerar que las evidencias halladas en nuestro estudio son indirectas.

Así mismo, de las NIC anteriormente citadas, se han encontrado evidencias de actividades, que no forman parte del plan y que consideramos deberían tenerse en cuenta.

Por ejemplo, en la NIC Precaución del Embolismo, no aparece incluida la actividad: Administrar medicación anticoagulante profiláctica en bajas dosis y/o antiplaquetas (heparina, aspirina, dipiridamol y dextrano); sin embargo se ha encontrado evidencia fuerte para la administración de aspirina o heparina de bajo peso molecular como queda reflejado en la Tabla 5. En esta misma NIC ocurre igual con la actividad: Estimular ejercicios activos o pasivos, si procede.

Acertadamente, el PCE no contempla, dentro de la NIC Precaución del Embolismo, la actividad: Aplicar medias antiembolia (medias elásticas o neumáticas) si corresponde. El estudio ha revelado que no hay pruebas convincentes de que el uso de medias de compresión impida el tromboembolismo (NE 1, GR A en Tabla 5).

Debido al impacto psicológico tan importante que tiene sobre el paciente y aunque el nivel de evidencia es bajo, recomendamos se incluya dentro de la NIC

Manejo del estreñimiento, la actividad: Instruir al paciente/familia sobre la relación entre dieta, ejercicio y la ingesta de líquidos para el estreñimiento/impactación.

En la NIC Enseñanza: Actividad/Ejercicio prescrito, nos parece interesante se contemple la inclusión de las actividades: Evaluar el nivel actual de ejercicio del paciente y conocimiento de la actividad/ejercicio prescrito; y Remitir al paciente a un centro de rehabilitación, si se precisa; ya que se han encontrado evidencias fuertes relacionadas con ambas (Tabla 5).

Mención especial queremos hacer a la NIC: Cuidados del Drenaje. Los estudios revisados consideran que la utilidad de los drenajes de aspiración en la herida quirúrgica después de la cirugía por fractura de cadera no está comprobada. Dado que muchos de estos pacientes son portadores de drenaje en el postoperatorio inmediato, creemos que es necesario mantener la NIC: Cuidados del Drenaje. Al no encontrar evidencias sobre este tema, recomendamos la investigación primaria.

También se han encontrado evidencias indirectas fuertes para algunas NIC no contempladas en el PCE. Recomendamos, en base a la evidencia obtenida en nuestro estudio, se incluyan las siguientes NIC con las siguientes actividades asociadas:

- NIC 4120 Manejo de Líquidos:
 - ✓ Administrar líquidos si procede.
 - ✓ Vigilar el estado de hidratación (membranas mucosas húmedas, pulso adecuado y presión sanguínea ortostática), según sea el caso.

- NIC 2300 Administración de Medicación:
 - ✓ Administrar la medicación con la técnica y vía adecuadas.
 - ✓ Observar si se producen efectos adversos, toxicidad e interacciones en el paciente por los medicamentos administrados.

- NIC 1120 Terapia Nutricional:
 - ✓ Elegir suplementos nutricionales si procede.

- NIC 3320 Oxigenoterapia:

- ✓ Controlar la eficacia de la oxigenoterapia (pulsioxímetro, gasometría de sangre arterial), si procede.
- ✓ Administrar oxígeno suplementario según órdenes.

Aunque con un nivel de evidencia más bajo (NE 4/GR C), debemos sugerir se incluya en este plan de cuidados la NIC 6490 Prevención de caídas, con las actividades asociadas: Identificar conductas y factores que afectan al riesgo de caídas, y Proporcionar dispositivos de ayuda (bastón o barra de apoyo para caminar) para conseguir una deambulación estable. Una caída puede provocar complicaciones físicas que alargan la estancia hospitalaria e incrementan el coste del proceso.

Teniendo en cuenta que todas las evidencias nos encaminan hacia una movilización precoz del paciente, las NIC contempladas en el PCE: Cambio de posición y Cuidados del paciente encamado, deberían revisarse.

Al haberse obtenido evidencia directa alta de que el uso de vías clínicas, mejora la calidad de la asistencia, se sugiere se estudie la posibilidad de que el PCE pueda ser implementado como tal.

Aunque la evidencia se ve obstaculizada, en algunos estudios, por limitaciones tales como las metodológicas, seguimientos inadecuados, muestras pequeñas, riesgos de sesgos de resultados y la heterogeneidad de los mismos, las principales limitaciones se refieren a las restricciones de idioma, a la limitada disponibilidad de estudios que aporten un nivel de evidencia aceptable y a la incorporación del lenguaje NANDA-NOC-NIC a la búsqueda.

8.CONCLUSIÓN:

Las implicaciones del trabajo para la investigación futura se derivan de la necesidad de generar investigación primaria, y la de seguir incorporando el lenguaje NIC a la investigación secundaria.

Las implicaciones para la práctica se dividen en dos tipos: las referidas a la práctica clínica y las implicaciones para el desarrollo de la EBE.

En cuanto a las implicaciones para la práctica clínica, recomendamos se insista en la investigación primaria en aquellas NIC en las cuales no hemos podido encontrar evidencias claras, como Disminución de la Ansiedad y Monitorización Neurológica; y se estudie la eliminación de las NIC Cambio de Posición y Cuidados del Paciente encamado, ya que todas las evidencias llevan a una movilización precoz del paciente. Así mismo, recomendamos se incluyan en el PCE aquellas NIC con evidencia alta que previamente no estaban introducidas (Manejo de Líquidos, Administración de medicación, Terapia Nutricional y Oxigenoterapia) y se estudie la inclusión de la NIC Prevención de Caídas por la fuerte repercusión que conlleva, pese a que su nivel de evidencia no sea muy alto. Consideramos que también sería interesante incluir en el PCE aquellas actividades de las cuales se ha encontrado evidencia fuerte y potenciar la investigación primaria sobre aquellas de las cuales no se ha encontrado nada.

Se tendrá en cuenta las ventajas del uso de vías clínicas para su posible implementación.

Para el desarrollo de la EBE implica incluir en los protocolos de revisión el lenguaje NANDA-NOC-NIC.

9. ANEXO I

TABLA 1: ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA: PALABRAS CLAVE

FRASE	PALABRA "NATURAL"	DECs	MeSH
PACIENTE	Prótesis de Cadera	Prótesis Cadera	Hip Prosthesis
	Fractura de Cadera	Fracturas de Cadera	Hip Fractures
INTERVENCIÓN	Cuidados de enfermería postoperatorios	Cuidado	Care
		Cuidados Postoperatorios	Postoperative Care
		Enfermer*	Nurs*
		NIC 0450 Manejo del estreñimiento	NIC Constipation/ Impaction Management
		NIC 3440 Cuidados del sitio de incisión	NIC Incision Site Care
		NIC 1870 Cuidados del drenaje	NIC Tube care
		NIC 2440 Manejo de accesos de dispositivo venoso	NIC Venous access (VAD) maintenance
		NIC 6680 Monitorización de signos vitales	NIC Vital signs monitoring
		NIC 0221 Terapia de ejercicios: ambulación	NIC Exercise therapy: ambulation
		NIC 5820 Disminución de la ansiedad	NIC Anxiety reduction
		NIC 5620 Enseñanza: proceso de enfermedad	NIC Teaching: disease process
		NIC 5612 Enseñanza: actividad/ejercicio prescrito	NIC Teaching: prescribed activity/exercise
		NIC 7370 Planificación al alta del paciente	NIC Discharge planning
		NIC 1400 Manejo de dolor	NIC Pain management
		NIC 4110 Precauciones en el embolismo	NIC Embolus precautions
		NIC 0740 Cuidados del paciente encamado	NIC Bed rest care
NIC 4160 Control de hemorragia	NIC Haemorrhage control		
NIC 2620 Monitorización neurológica	NIC Neurological monitoring		
NIC 0590 Manejo de la eliminación urinaria	NIC Urinary habit training		
NIC 0840 Cambio de posición	NIC Positioning		
COMPARADOR			
VARIABLE	Mejorar Calidad de Vida	Calidad de Vida	Quality of Life
	Mejorar la satisfacción del paciente hospitalizado	Satisfacción del Paciente	Patient Satisfaction
	Hospitalización	Hospitalización	Hospitalization
	Efectividad clínica	Recursos en Salud	Health Resources
	Optimizar recursos sanitarios-coste	Análisis Costo-Beneficio	Cost-Benefit Analysis
	Efectividad clínica	Evaluación de Eficacia-Efectividad de Intervenciones	Evaluation of the Efficacy-Effectiveness of Interventions

TABLA 2: BÚSQUEDA Y CLASIFICACIÓN DE ARTÍCULOS

	BASES DE DATOS	RESULTADOS
2.1. ARTÍCULOS ENCONTRADOS	BIBLIOTECA VIRTUAL DE LA SALUD	96
	INAHTA	580
	MEDLINE	690
	JOANNA BRIGGS	166
	COCHRANE	169
	TOTAL	1.701

	BASES DE DATOS	RESULTADOS	ESTUDIOS
2.2. PRESELECCIÓN DE ARTÍCULOS	BIBLIOTECA VIRTUAL DE LA SALUD	2	1 ECA1 Evaluación Económica
	INAHTA	1	1 Metaanálisis
	MEDLINE	12	6 ECA3 Revisión Sistemática2 Guías de Práctica Clínica
	JOANNA BRIGGS	12	10 Revisión Sistemática2 Guías de Práctica Clínica
	COCHRANE	7	6 Revisión Sistemática1 Metaanálisis
	TOTAL	34	

	BASES DE DATOS	RESULTADOS	ESTUDIOS
2.3. SELECCIÓN DEFINITIVA PARA LA LECTURA CRÍTICA	BIBLIOTECA VIRTUAL DE LA SALUD	1	1 ECA
	INAHTA	0	
	MEDLINE	9	5 ECA1 Revisión Sistemática2 Metaanálisis1 Guía de Práctica Clínica
	JOANNA BRIGGS	3	1 Revisión Sistemática2 Guías de Práctica Clínica
	COCHRANE	4	4 Revisión Sistemática
	TOTAL	17	

TABLA 3: ESTRATEGIAS DE BÚSQUEDA EN BASES DE DATOS

FECHA	BASES DE DATOS	COMBINACIÓN DECS-MeSH	SELECCIÓN/ RESULTADOS
Del 05/03/2010 al 05/04/2010	Medline	Constipation Limits only items with abstracts, Humans, Meta-Analysis, Randomized Controlled Trial, Review, English, Spanish, Nursing journals, Middle Aged + Aged: 45+ years, published in the last 5 years	0/10
	Medline	Hip Prosthesis Care Limits Activated: only items with links to free full text, Humans, Meta-Analysis, Practice Guideline, Randomized Controlled Trial, Review, English, Spanish, published in the last 3 years	4/46
	Medline	Tube care Hip Prosthesis Limits: Humans, En, Sp	0/1
	Medline	Hip Prosthesis Care Nurs* Limits Activated: only items with links to free full text, Humans, Meta-Analysis, Practice Guideline, Randomized Controlled Trial, Review, English, Spanish, published in the last 3 years	0/2
	Medline	Hip Prosthesis Nurs* Limits Activated: only items with links to free full text, Humans, Meta-Analysis, Practice Guideline, Randomized Controlled Trial, Review, English, Spanish, published in the last 10 years	1/27
	Medline	Postoperative Care Constipation Limits: Humans, Meta-Analysis, Randomized Controlled Trial, Review, English, Spanish, last 10 years	0/5
	Medline	Care Constipation nursing Limits: Humans, Meta-Analysis, Randomized Controlled Trial, Review, English, Spanish, Middle Aged + Aged: 45+ years, last 5 years	0/17
	Medline	Constipation nursing care postoperative Limits: Humans	0/8
	Medline	INCISION SITE CARE Limits: Humans, Eng, Sp	0/26
	Medline	Venous access CARE INFECTION Limits: Humans, Meta-Analysis, Randomized Controlled Trial, Review, English, Spanish, published in the last 5 years	0/37
	Medline	Postoperative hip prosthesis exercise therapy Limits Humans, published in the last 10 years	0 /20
Medline	INCISION SITE CARE HIP PROSTHESIS Límites: humanos, ing., esp.	1/	

Medline	Incision site care postoperative Límites: humano	0/15
Medline	Tube care postoperative prosthesis Límites: humano	0/12
Medline	Tube care nurs* postoperative Límites : humano	0/4
Medline	Venous access care postoperative Limits:Humans, Meta-Analysis, Randomized Controlled Trial, Review, English, Spanish	0/22
Medline	Venous access care nurs*	0/2
Medline	Vital signs nurs* care postoperative Limits: Humans, Eng, Spa	0 /130
Medline	Exercise therapy: ambulation postoperative Limits: Humans, Eng, Sp, last 5 years	1 /1
Medline	Exercise therapy postoperative HIP PROSTHESIS Limits: Humans, Eng, Sp, last 5 years	0/8
Medline	Exercise therapy hip prosthesis Limits: Humans, Eng, Sp, last 5 years	1/ 6
Medline	Anxiety reduction postoperative care Límites: humanos, Ing, Esp, últimos 5 años	0/3
Medline	Anxiety care postoperative hip prosthesis Limits: Humans, Eng, Spa, last 10 years	0/8
Medline	Teaching postoperative hip prosthesis Límites humanos, Ing, Esp, últimos 5 años	0/16
Medline	Education postoperative hip prosthesis Limits Humans, Eng, Sp, last 5 years	0/15
Medline	Teaching EXERCISE CARE hip prosthesis Limits Humans, Eng, Sp, last 10 years	0/15
Medline	Discharge planning postoperative hip Limits Humans, Clinical Trial, Meta-Analysis, Practice Guideline, Review, Eng, Spa, last 5 years	0/31
Medline	Discharge planning postoperative nurs* Límites humanos, Ing, Esp, últimos 5 años	0/6
Medline	Pain postoperative hip prosthesis Límites humanos, Ing, Esp, últimos 5 años	0/3
Medline	Embolus postoperative care hip prosthesis Límites humanos, Ing, Esp, últimos 5 años	1/18

	Medline	Haemorrhage postoperative and hip prosthesis Limits Humans, Eng, Spa, last 10 years	0/26
	Medline	NEUROLOGIC POSTOPERATIVE HIP PROSTHESIS Limits Humans, Eng, Sp, last 5 years	0/9
	Medline	Urinary care postoperative hip Limits Humans, English, Spanish, last 10 years	2/25
	Medline	Vital signs care postoperative Límite: humanos, Ing, Esp, últimos 5 años	0/32
	Medline	Embolus postoperative hip prosthesis Límites humanos, Ing Esp, últimos 3 años	0/64
Del 17/03/2010 Al 05/04/2010	BVS	Cuidados postoperatorios estreñimiento Limite: humano	0/6
	BVS	Prótesis de Cadera Cuidado Enfermer*	1/40
	BVS	Prótesis de Cadera Cuidado Enfermer* Hospitalización	0/2
	BVS	Postoperatorio prótesis de cadera	1/2
	BVS	Postoperatorio cuidado enfermer* ansiedad	0/12
	BVS	Postoperatorio cuidado enfermer* hemorragia	0/3
Del 22/03/2010 Al 05/04/2010	INAHTA.org	Constipation Filtros: ing.,esp.,2005-2010	0/2
	INAHTA.org	Postoperative care constipation Filtros:ingl.,esp.,2007-2010	0/25
	INAHTA.org	Hip Prosthesis Care Nurs* Filter eng esp y 2007 2010	0/23
	INAHTA. HTA	Hip Prótesis Care	1/19
	INAHTA.org	Care nurs* incision site hip prosthesis Filtros:esp.,ingl.,2005-2010	0/50
	INAHTA.org	Tube care hip prosthesis care nurs* Filtros: esp.,ing.,2005-2010,enfermedades musculoesqueléticas	0/5
	INAHTA	CONSTIPATION POSTOPERATIVE CARE Filtros: todas las publicaciones, ing,esp.,2000/2010	0/93
	INAHTA	CARE NURS* POSTOPERATIVE Filtros: En, Es, 2007-2010	0/21
	INAHTA. HTA	Hip Prosthesis Nurs*	0/3
	INAHTA.org	Postoperative	0/38
	INAHTA.org	POSTOPERATIVE HIP PROSTHESIS Filtros : ing., esp., 2000-2010	0/68
	INAHTA.org	HIP PROSTHESIS and exercise therapy Filtros :ing., esp., 2000-2010	0/91

	INAHTA org	Postoperative care nurs* Filtros : Ing., esp., 2000-2010	0/93
	INAHTA org	Venous access care nurs*	0/46
Del 17/03/2010 al 04/04/2010	Cochrane	PRÓTESIS DE CADERA	2/8
	Biblioteca Cochrane Plus	(CARE NURS* POSTOPERATIVE) AND (EXERCISE THERAPY) OR (HIP PROSTHESIS)	0/ 64
	Biblioteca Cochrane Plus	(CARE NURS* POSTOPERATIVE) AND (TEACHING DISEASE PROCESS)	0/25
	Cochrane Plus	POSTOPERATIVE CARE INCISION SITE	1/40
	Cochrane Plus	POSTOPERATIVE HIP PROSTHESIS CARE NURS*	2/8
	Cochrane	(POSTOPERATIVE) AND (CARE) AND (CONSTIPATION)	0/23
	Cochrane Plus	(DRENAJE) AND (FRACTURA CADERA)	2/7
Del 30/03/2010 al 03/04/2010	JBI (Instituto Joanna Briggs)	Prótesis cadera	5/64
	JBI	Postoperatorio	4/13
	Joanna Briggs	'(postoperative OR hip OR prosthesis)'	0/89

TABLA 4: ARTÍCULOS SELECCIONADOS

AUTOR O NOMBRE DEL ESTUDIO, AÑO, TIPO DE ESTUDIO (CARACTERÍSTICAS)	POBLACIÓN	INTERVENCIÓN/ VARIABLES DE RESULTADO	RESULTADOS	COMENTARIOS	CALIDAD NIVEL EVIDENCIA/ GRADO RECOMENDACIÓN
2008 ECA Apelqvist, A., Walden, M., Larsson, G., Atroshi, I.: Pneumatic wound compression after hip fracture surgery did not reduce postoperative blood transfusion. Acta Orthopaedica 2009 February 26; 80 (1): 26-31	288 pacientes con 292 fracturas de cadera > 50 años.	<u>Intervención:</u> Vendaje de compresión neumática después de cirugía. <u>VARIABLES :</u> -Necesidad de transfusión sanguínea, unidades de glóbulos rojos transfundidos, tasa de complicaciones.	Los resultados fueron similares en ambos grupos. La compresión neumática sobre la herida no reduce la necesidad de transfusión después de la cirugía.	Jadad 3/5 CASPe 6/11 Evidencia directa de que no es necesario poner un vendaje de compresión neumática en la herida quirúrgica. Evidencia indirecta para la NIC 4160: Control de hemorragias y NIC 6680: Monitorización de signos vitales.	NE : 1 GR : A
2009 Metaanálisis A Barberi, K Vanhaecht, P Van Herch, W Sermeus, F Faggiano, Marchisio S, M Panella: Effects of clinical pathways in the joint replacement: a meta-analysis. BMC Med. 2009; 7:32.	1 ECA (163 pacientes), 1 Estudio de caso-control, 20 Estudios de Cohortes.	<u>Intervención:</u> Evaluar el uso de las vías clínicas en comparación con la atención médica estándar <u>VARIABLES:</u> - Complicaciones postoperatorias -Número de altas a domicilio -Tiempo de estancia hospitalaria -Costes directos.	Las vías clínicas mejoran significativamente la calidad de la atención. Debido a la falta de estudios sobre el costo de la elaboración y ejecución de las vías clínicas no es posible concluir que su aplicación sea económicamente rentable.	CASPe: 8/10 La calidad de la mayoría de los estudios incluidos en este metaanálisis es baja. Evidencia directa de que el uso de vías clínicas mejoran la calidad de la atención, por ello, sugerimos que el PCE se implemente como una vía clínica.	NE : 1 GR : A
1999 ECA Dowsey MM, Kilgour ML, Santamaría NM, Choong F: Clínic pathways in hip and knee arthroplasty: a prospective randomised controlled study. Med J Aust	163 pacientes (sometidos a artroplastia total de cadera o rodilla.	<u>Intervención:</u> La vía clínica <u>VARIABLES:</u> Indicadores de calidad: -Movilización -Estancia media -Número de reingresos - Complicaciones -Planificación del alta.	El uso de vía clínica redujo la estancia media, el tiempo para la deambulacion y disminuyo la tasa de reingresos y complicaciones.	Jadad 3/5 CASPe 9/11 El cegamiento no ha sido posible para el paciente ni para los clínicos. Este artículo evidencia que el uso de vías clínicas mejora la calidad asistencial por ello, sugerimos	NE : 1 GR : A

1999, 170: 59-62.				que el PCE se implemente como una vía clínica.	
2007 ECA					
<p>Valéria Martinez, Anissa Belbachir, Aithem Jaber, Kamel Cherif, Adel Jamal, Yves Ozier, Daniell. Sessler, Marcel Chauvin, and Dominique Fletcher: The influence of timing of administration on the analgesic efficacy of parecoxib in orthopedic surgery. Anesth Analg. 2007 June; 104 (6): 1521-1527.</p>	62 pacientes programados para artroplastia total de cadera bajo anestesia general.	<p><u>Intervención:</u> Probar la hipótesis de que la administración preoperatorio de parecoxib para la artroplastia total de cadera proporciona una analgesia mejor que la administración postoperatorio.</p> <p><u>Variables:</u> -Dolor postoperatorio. -Hemorragia perioperatoria.</p>	<p>Las puntuaciones del dolor postoperatorio fue menor en los grupos pre y post que en el grupo control. La hemorragia postoperatoria es similar en los tres grupos.</p> <p>* Grupo control: placebo en inducción, cierre de herida y 12 horas postintervención. *Grupo pre: parecoxib en inducción y 12 horas postintervención, placebo al cierre de herida. *Grupo post: placebo en inducción y parecoxib al cierre y 12 horas después.</p>	<p>Jadad 4/5 CASPe 10/11 Cegamiento se intuye pero no lo describe claramente. Artículo relevante que aporta evidencia indirecta para la NIC 1400: Manejo del dolor.</p>	<p>NE : 1 GR : A</p>
2003 GPC					
<p>Scottish Intercollegiate Guidelines Network: Management of hip fracture in older people. June 2009</p>	Personas de 65 años o más con fractura de cadera.	<p><u>Intervención:</u> -Resumen basado en la evidencia de aspectos clínicos para la gestión de fractura de cadera y la rehabilitación inmediata entre las personas 65 años y más.</p> <p><u>Variables:</u> -Asignación de recursos para el tratamiento de pacientes, con fractura de cadera -Atención prehospitalaria, pre y post operatorio, tratamiento quirúrgico y rehabilitación.</p>	<p>Recogido en la tabla 5.</p>	<p>Utiliza muchos artículos para sus recomendaciones que están reflejados en nuestra búsqueda. La relación entre las recomendaciones de la GPC y nuestro PC aparece reflejada en la tabla 5.</p>	<p>Guía de Práctica Clínica recomendable aunque más antigua. AGREE alto.</p>
2005 Revisión Sistemática. Beaupre, L., Jones, C.,	50 estudios evaluados Pacientes mayores de 65	<p><u>Intervención:</u> Identificar las mejores prácticas basadas en la evidencia .</p>	<p>Recogido en la tabla 5.</p>	<p>CASPe: 8/10 Este estudio sólo utiliza estudios de Nivel 1 (ECA ó revisiones</p>	<p>NE : 1 GR : A</p>

<p>Saunders, L., Johnston, D., Buckingham, J., Majumdar, S.: Best Practices for Elderly Hip Fracture Patients: A Systematic Overview of the Evidence. J Gen Intern Med. 2005 November; 20(11): 1019-1025.</p>	<p>años con fractura de cadera.</p>	<p><u>Variables:</u> -Profilaxis TVP -Supuración de la herida postoperatoria -Cateterismo del tracto urinario -Control del dolor -Optimización de la nutrición -Atención multidisciplinaria -RHB subaguda y planificación al alta -Configuración de la RHB.</p>		<p>sistemáticas) y Nivel 2 (estudios observacionales de alta calidad) Heterogeneidad en algunos estudios. La relación entre las recomendaciones de este estudio y nuestro PC aparece reflejada en la tabla 5.</p>	
<p>2008 Revisión Sistemática Handoll, H.H.G., Sherrington, C.: Mobilisation strategies after hip fracture surgery in adults. Cochrane Database Of Systematic Reviews 2007, Issue 1. Art. No.: CD001704. DOI: 10.1002/14651858.CD001704.pub3.</p>	<p>13 ensayos con 1065 pacientes intervenidos de fractura de cadera mayores de 65 años.</p>	<p><u>Intervención:</u> Evaluar los efectos de las estrategias de movilización. <u>Variables:</u> -Movilidad y función -Mortalidad y complicaciones -Recursos -Aceptabilidad -Cumplimiento de las intervenciones.</p>	<p>Aunque la movilización es una parte importante en la RHB, los ensayos no aportan pruebas suficientes para determinar la efectividad de las diversas estrategias de movilización utilizadas en RHB temprana y tardía. Se requiere investigación adicional para establecer los posibles beneficiosos.</p>	<p>CASPe 7/10 Tiene en cuenta implicaciones para investigación futura. Aporta evidencia indirecta para : NIC 0221: Terapia de ejercicios: ambulación NIC 5612: Enseñanza: actividad/ejercicio prescrito NIC 7370: Planificación al alta Señalan limitaciones metodológicas, seguimientos inadecuados muestras pequeñas y riesgo de sesgo de resultados.</p>	<p>NE: 1 GR: A</p>
<p>2008 Revisión Sistemática Parker MJ, Livingstone V, Clifton R, McKee A.: Closed suction surgical wound drainage after orthopaedic surgery. Cochrane Database of Systematic Reviews 2007, Issue 3. Art. No.:</p>	<p>36 ensayos aleatorios o cuasialeatorios con 5464 pacientes y 5697 heridas quirúrgicas traumáticas (incluida</p>	<p><u>Intervención:</u> Evaluar la efectividad de los sistemas cerrados de drenaje por succión frente a ningún drenaje, para la cirugía ortopédica. <u>Variables:</u> <u>Primaria:</u> -Infección herida <u>Secundarias:</u></p>	<p>En los pacientes que recibieron drenajes se redujo la necesidad de refuerzo del apósito y la equimosis, pero aumento la necesidad de transfusión. No se establecen diferencias estadísticamente significativas para: infección herida, hematoma, hemartrosis y dehiscencia, reintervención, TVP, EP,</p>	<p>CASPe:9/10 Como conclusión los autores establecen que no existen pruebas suficientes para apoyar el uso rutinario del drenaje cerrado. Este estudio puede aportar evidencia</p>	<p>NE:1 GR: A</p>

<p>CD001825. DOI: 10.1002/14651858.CD001825.p ub2.</p>	<p>PTC), siendo la unidad de análisis el nº de heridas.</p>	<p>-Infección profunda de la herida, hematoma, incidencia de hemartrosis , dehiscencia herida, necrosis bordes de la herida, equimosis, eritema de herida, refuerzo del apósito, supuración, tumefacción extremidad, reintervenciones para las complicaciones de cicatrización, necesidad de transfusión, pérdida de sangre, cambio en hemoglobina o hematocrito, complicaciones tromboembólicas, mortalidad, amplitud de movimiento, evaluación funcional, dolor, análisis de costo, estancia hospital.</p>	<p>mortalidad, tumefacción, amplitud de movimiento, dolor, función y estancia hospitalaria. El análisis de costes no se informó adecuadamente.</p>	<p>indirecta para la NIC 3440: Cuidados del sitio de incisión y NIC 1870: Cuidado del drenaje.</p>	
<p>2008 Revisión Sistemática Handoll HHG, Farrar MJ, McBirnie J, Tytherleigh-Strong G, Milne AA, Gillespie WJ.: Heparina, heparina de bajo peso molecular y métodos físicos para la prevención de la trombosis venosa profunda y la embolia pulmonar después de la cirugía de fractura de cadera (Revisión Cochrane traducida). En: <i>La Biblioteca Cochrane Plus</i>,</p>	<p>31 ensayos clínicos aleatorios y cuasialeatorios. 2958 pacientes, con predominio de mujeres y ancianos</p>	<p><u>Intervención:</u> Analizar los efectos de las heparinas (U y BPM) y los métodos físicos (medias y bombas) para la prevención de TVP y EP. <u>Variables:</u> -TVP Tromboembolia pulmonar -Muerte -Complicaciones asociadas con la IQ -Miembro postflebítico -Estancia hospitalaria.</p>	<p>Tanto la heparina como el bombeo plantar, reducen significativamente la incidencia de TVP. El bombeo tiene como problemas: el cumplimiento y posibles abrasiones de la piel. No hubo suficientes pruebas para la embolia pulmonar, mortalidad y efectos secundarios de la heparina o los métodos mecánicos.</p>	<p>CASPe 9 /10 Es un estudio de buena calidad, aunque los ensayos utilizados en general no lo sean. Ofrece pistas para investigaciones posteriores. Aporta evidencia indirecta para el apoyo de la NIC 4110: Precauciones en el embolismo.</p>	<p>NE :1+ GR :B</p>

<p>2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: http://www.update-software.com. (Traducida de <i>The Cochrane Library</i>, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).</p>					
<p>2006 ECA</p> <p>Dora C., von Campe A., Mendiargi B., Koch P, Vienne P.: Simplified wound care and earlier wound recovery without closed suction drainage in elective total hip arthroplasty. A prospective randomized trial in 100 operations. Arch Orthop Trauma Surg (2007) 127: 919-923</p>	<p>ECA con 100 pacientes intervenidos de PTC divididos en dos grupos de 50, uno con y otro sin drenaje aspirativo cerrado.</p>	<p><u>Intervención:</u> Comparar uso/no uso de drenaje aspirativo cerrado en PTC. <u>Variables:</u> -Dolor -Hematoma -Nº de cambios de apósito. -Pérdida de sangre total -Nº de transfusiones.</p>	<p>En las heridas con drenaje cerrado persiste el exudado más tiempo, precisando más apósitos. Las heridas sin drenaje necesitan menos apósitos y secan antes, aunque se produce un mayor hematoma subfascial. La pérdida de sangre no se correlaciona con lo recogido en la botella, ni con la extensión del hematoma. No se registraron diferencias en términos de dolor, inflamación del muslo, pérdida total de sangre, nº de transfusiones, función de la cadera y osificaciones.</p>	<p>JADAD 3/5 CASPe 7/11 Ambos grupos fueron similares, excepto en edad (mayores en drenaje), no se estimó relevante. Este estudio aporta evidencia indirecta para la NIC 3400: Cuidados del sitio de incisión y NIC 1870: Cuidado del drenaje.</p>	<p>NE: 1 GR : A</p>
<p>2009 Revisión Sistemática. Chudyk AM, Jutai JW, Petrella RJ, Speechley M.: Systematic review of hip fracture rehabilitation practices in the elderly. Arch Phys Med Rehabil 2009; 90:246-62.</p>	<p>30 ECAS y 26 Ensayos no aleatorios. Pacientes >50 años y fractura de cadera., sometidos a rehabilitación en distintas fases.</p>	<p><u>Intervención:</u> Sintetizar la Investigación sobre la efectividad de la rehabilitación de fractura de cadera a través de 6 enfoques y 3 ajustes. <u>Variables:</u> <u>-6 enfoques :</u> 1.Vía clínica 2.Alta temprana 3.Atención interdisciplinaria 4.Evaluación terapia ocupacional/ terapia física 5.Ejercicio 6.Ajustes de descarga <u>-3 ajustes.</u> 1.Cuidados intensivos en</p>	<p>Los resultados positivos se asocian con mayor frecuencia a medidas de capacidad ambulatoria. El tratamiento postoperatorio controlado por un geriatra más fisioterapia y ejercicio en cuidados intensivos se relaciona con una mayor recuperación de la capacidad ambulatoria y una disminución de la estancia. En rehabilitación hospitalaria, fisioterapia, ejercicio, caminar, capacitación del cuádriceps y pesas, están relacionados con mayor recuperación de las habilidades ambulatorias.</p>	<p>CASPe 6/10 Solo se incluyeron estudios de nivel de evidencia I o II Es difícil establecer conclusiones por las variaciones de las prácticas de rehabilitación, diseño y métodos utilizados en los estudios. Pero estaría relacionado indirectamente con las NIC 0221: Terapia de ejercicios: Ambulación y NIC 5612: Enseñanza:</p>	<p>NE 2 GR B</p>

		hospital 2.RHB pacientes hospitalizados 3.RHB ambulatoria (no interesa en nuestro PC).		actividad/ejercicio prescrito.	
2009 GPC Johanson NA, Lachiewicz PF, Lieberman JR, Lotke PA, Parvizi J, Pellegrini V, Stringer TA, Tornetta P 3rd, Haralson RH 3rd, Watters WC 3rd: Prevention of symptomatic pulmonary embolism in patients undergoing total hip or knee arthroplasty. J Am Acad Orthop Surg. 2009 Mar; 17(3):183-96.	Pacientes adultos sometidos a PTC Y PTR y la prevención de embolismo pulmonar	<u>Intervención:</u> Mejorar la atención al paciente y la toma de decisiones en la gestión de procesos que intervienen en la prevención del tromboembolismo pulmonar sintomático. <u>Variables:</u> -Mortalidad -Embolectomía u otro tratamiento para EP -Eventos cardiacos o distres respiratorio relacionado con PE -Reingreso -Hemorragias -ACV hemorrágico.	Recogido en la tabla 5.	Hubo limitaciones importantes para la obtención de pruebas: gran heterogeneidad en las intervenciones, dosis, población, etc. Hay múltiples restricciones: tamaño del estudio, pacientes evaluados (eliminados los pacientes de alto riesgo). La relación entre recomendaciones de la GPC y nuestro PC aparece reflejada en la tabla 5.	Guía de Práctica Clínica recomendada con condiciones AGREE medio.
2009 Metaanálisis Neuman MD, Archan S, Karlawish JH, Schwartz JS, Fleisher LA.: The relationship between short-term mortality and quality of care for hip fracture: a meta-analysis of clinical pathways for hip fracture. J Am Geriatr Soc. 2009 Nov; 57(11):2046-54	Metaanálisis de la vías clínicas con 9 estudios (experimentales y cuasiexperimentales). 4637 pacientes con fractura de cadera.	<u>Intervención:</u> Uso de las vías clínicas en relación con los cambios en las tasas de hospitalización y complicaciones a corto plazo. <u>Variables:</u> -Tasas de TVP -UPP -Infección del sitio quirúrgico -Infección urinaria -Neumonía -Mortalidad.	El uso de vías clínicas se asocia a menor probabilidad de TVP, UPP, infección del sitio quirúrgico y del tracto urinario. No se observan diferencias significativas en neumonía ni en mortalidad.	CASPe 8/10 Posible sesgo de publicación a favor de estudios que demuestran una menor tasa de infección urinaria y de neumonía. El estudio refleja limitaciones. Evidencia directa de que el uso de vías clínicas mejoran la calidad de la atención, por ello, sugerimos que el PCE se implemente como una vía clínica.	NE 1 GR A
2006 ECA	ECA con 92	<u>Intervención:</u> -Analizar la	No se encontraron diferencias significativas	JADAD 3/5 CASPe 6/11	NE 2 GR B

<p>Fernández-Castillo, A; Vilchez-Lara, M. J; Caballero, J.: Valoración complementaria del dolor agudo postoperatorio en un contraste de potencia analgésica. Rev Soc Esp Dolor; 13(3):151-158, abr.2006. ilus.</p>	<p>pacientes con edad media de 68,95 años (46-82) ASA II, sometidos a cirugía de prótesis de cadera.</p>	<p>concordancia entre la Escala Numérica Verbal y la autoadministración de analgesia. -Comparar el efecto del Ketorolaco con el del dexketoprofeno trometamol <u>Variables:</u> -Valoración de la ENV en cada fármaco según el día -Número de dosis de analgesia autoadministrada para cada fármaco y día.</p>	<p>entre el poder analgésico de ambos AINES en las 72 h de estudio, en los requerimientos extra de ambos analgésicos, ni en la necesidad de analgesia de rescate. Los dos sistemas de evaluación del dolor son válidos. Podrían ser necesarios criterios alternativos en la valoración del dolor intenso-muy elevado, donde la ENV parece desempeñar peor función (puntuaciones bajas, reclaman mucha analgesia).</p>	<p>Doble ciego con población relativamente pequeña. Este estudio nos podría servir como evidencia indirecta para la NIC 1400: Manejo del dolor ya que incluye valoración del dolor pre y postanalgesia en relación con escalas de valoración.</p>	
<p>2006 Revisión Sistemática Gillies D, Wallen MM, Morrison AL, Rankin K, Nagy SA, O'Riordan E. Optimal timing for intravenous administration set replacement. <i>Cochrane Database of Systematic Reviews</i> 2005, Issue 4. Art. No.: CD003588. DOI: 10.1002/14651858.CD003588.p ub2.</p>	<p>13 ensayos clínicos aleatorios o cuasialeatorios. 4783 participantes.</p>	<p><u>Intervención:</u> Determinar el intervalo óptimo para el cambio de sets de administración intravenosa sin que cause infección. <u>Variables:</u> -Colonización de la solución parenteral -Bacteriemia relacionada con la solución infundida -Colonización de catéter -Bacteriemia relacionada con el catéter. -Mortalidad y bacteriemia por todas las causas.</p>	<p>En los sets a través de los que no se transfunden sangre, hemoderivados o lípidos, el cambio se puede retrasar hasta 96h sin signos de bacteriemia. Se recomienda para aquellos en los que se transfunde sangre, hemoderivados o lípidos el cambio cada 24h. Puede ser necesario reemplazo más frecuente en catéteres centrales, ya que el 90% de las bacteriemias se relacionan con este tipo de catéteres.</p>	<p>CASPe 9/10 Artículo relevante que nos lleva a concluir que una menor frecuencia de cambio de sets no aumenta las tasas de infección, lo que implica una disminución del gasto sanitario. Es un buen estudio que aporta evidencia para la NIC 2440: Mantenimiento de dispositivos de acceso venoso de nuestro PC.</p>	<p>NE 1 GR A</p>
<p>2006 ECA Stenvall M, Olofsson B, Nyberg L, Lundström M, Gustafson Y. Improved performance in activities of daily living and mobility after a multidisciplinary</p>	<p>199 pacientes con fractura de cuello femoral y >70 años.</p>	<p><u>Intervención:</u> Investigar a corto y largo plazo un programa de RHB postoperatoria multidisciplinar. <u>Variables:</u> Condiciones de vida, capacidad para caminar y rendimiento de las actividades</p>	<p>El grupo de intervención presentó hospitalización más corta, caminó y recuperó antes la independencia, presentó menos problemas de delirio, infección urinaria, sueño, alteraciones nutricionales, UPP y caídas. No se presentaron diferencias en mortalidad, alta al lugar de residencia habitual, reingresos y</p>	<p>JADAD 3/5 CASPe 8/11 Se describen limitaciones del estudio: RHB ambulatoria no fue uniforme, posible sesgo en los ciegos a domicilio, no hay cifras de rentabilidad. Aporta evidencia</p>	<p>NE 1 GR A</p>

<p>postoperative rehabilitation in older people with femoral neck fracture: a randomized controlled trial with 1-year follow-up. J Rehabil MED. 2007 Apr; 39(3):232-8.</p>		<p>de la vida diaria.</p>	<p>necesidad rehabilitación ambulatoria.</p>	<p>indirecta para la NIC 0221: Terapia de ejercicios: ambulación y la NIC 5612: Enseñanza: actividad/ejercicio prescrito.</p>	
--	--	---------------------------	--	---	--

TABLA 5: RECOMENDACIONES DE LAS GPC Y LA REVISIÓN SISTEMÁTICA

RECOMENDACIONES DE LAS GPC Y LA REVISIÓN SISTEMÁTICA	PROPUESTA DE EQUIVALENCIA NIC	GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA (2009)	GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA (2003)	GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA (2007)	REVISIÓN SISTEMÁTICA (2005)	NE/GR POR LA GPC/RS	NE/GR SEGÚN JBI
Uso de heparina de bajo peso molecular o fondaparinux para profilaxis de Tromboembolismo.	NIC 4110 Precauciones del embolismo	Sí			Sí	1++/A	1/A
Pacientes Sin contraindicaciones deben recibir profilaxis de tromboSís mediante fondaparinux durante 28 días a partir de 6h postcirugía.	NIC 4110 Precauciones del embolismo	Sí			Sí Recomienda el uso durante al menos 10 días	1++/A	1/A
La administración de aspirina o heparina de bajo peso molecular se asocia con reducción del riesgo de TEV, pero hay un cierto aumento de episodios hemorrágicos.	NIC 4110 Precauciones del embolismo. NIC 4160 Control de hemorragias. NIC 6680 Monitorización de los Sígnos vitales		Sí	Sí Hacen un diferenciación entre riesgos estándar y elevados tanto de TEV como de hemorragias		1+/A	1/A
Un adecuado equilibrio de fluidos y la movilización precoz postoperatoria reduce el riesgo de complicaciones postoperatorias de tromboembolismo venoso.	NIC 4110 Precauciones del embolismo NIC 4120 Manejo de líquidos.		Sí			4/D	4/C
La profilaxis mecánica se debe conSiderar en los pacientes apropiados para reducir el riesgo deTVP.	NIC 4110 Precauciones del embolismo	Sí	Sí Añade también que tiene efectos adversos en la piel y problemas de cumplimiento	Sí Lo recomienda hasta el alta domiciliaria.	Sí	1++/A	1/A
No hay pruebas convincentes de que el uso de medias de compresión impida el tromboembolismo.	NIC 4110 Precauciones del embolismo	Sí	Sí			1+/A	1/A
La evaluación periódica y el uso de escalas del dolor deben ser adoptadas	NIC 1400 Manejo del dolor	Sí	Sí			2+/C	2/B

como rutina en la práctica del cuidado del dolor postoperatorio							
Como los ancianos toleran mal los narcóticos, deben ser consideradas diferentes modalidades para la analgesia. El uso de estupefacientes debe ser cuidadosamente valorado y supervisado.	NIC 1400 Manejo del dolor		Sí			4/D	4/C
El paracetamol es preferible a la aspirina ya que sus efectos son similares y tiene menos efectos secundarios.	NIC 1400 Manejo del dolor		Sí			2+/B	2/B
El ibuprofeno es un AINE eficaz en dolor postoperatorio, y parece tener una menor incidencia de efectos adversos que otros AINE.	NIC 1400 Manejo del dolor		Sí			1-/B	1/A
Los compuestos que contienen propoxifeno no se recomiendan en personas ≥65 años con fractura de cadera (por los efectos adversos sobre el Sistema nervioso central).	NIC 2300 Administración de medicación		Sí			2+/B	2/B
El uso de analgésicos locales por bloqueo nervioso reduce la necesidad de analgesia parenteral u oral.	NIC 1400 Manejo del dolor		Sí			1+/A	1/A
La profilaxis antibiótica es eficaz en la reducción de infección de la herida después de la cirugía por fractura de cadera y también una reducción significativa de la infección del tracto urinario.	NIC 3440 Cuidados del sitio de incisión NIC 2300 Administración de medicación	Sí			Sí	1+/A	1/A
La utilidad de los drenajes de aspiración en la herida quirúrgica después de la cirugía por fractura de cadera no está comprobada.	NIC 1870 Cuidado del drenaje		Sí		Sí	1+/A	1/A
Cuando se coloca catéter urinario al paciente en periodo postoperatorio, se debe administrar	NIC 0590 Manejo de la eliminación urinaria.	Sí				EXPERTOS 4/D	EXPERTOS 4/C

antibióticos profilácticos.							
Los catéteres urinarios deben evitarse, salvo en circunstancias específicas.	NIC 0590 Manejo de la eliminación urinaria	SÍ	SÍ			EXPERTOS 4/D	EXPERTOS 4/C
Cuando se produce retención urinaria, la cateterización intermitente da lugar a una recuperación de la micción normal más rápida que con el sondaje permanente.	NIC 0590 Manejo de la eliminación urinaria		SÍ		SÍ	1+/A	1/A
Suplementos con multinutrientes por vía oral reducen resultados desfavorables (muerte o complicaciones postoperatorias).	NIC 1120 Terapia nutricional.		SÍ		SÍ	1+/A	1/A
La saturación de oxígeno debe ser controlada rutinariamente para reducir la incidencia de hipoxemia y seguir controlándola mientras exista tendencia a la hipoxemia.	NIC 3320 Oxigenoterapia.	SÍ	SÍ			2+/C	2/B
Se recomienda oxígeno suplementario por lo menos 6h después de la anestesia general o raquídea/epidural y, por la noche 48h tras IQ y durante el tiempo que persista la hipoxemia según lo determinado por el pulsioxímetro.	NIC 3320 Oxigenoterapia.	SÍ				2+/C	2/B
El manejo de líquidos y electrolitos en personas mayores deben ser controlados regularmente.	NIC 4120 Manejo de líquidos	SÍ				1+/B	1/A
Deben tomarse medidas para evitar el estreñimiento.	NIC 0450 Manejo del estreñimiento.	SÍ				EXPERTOS 4/D	EXPERTOS 4/C
Sí las condiciones médicas del paciente lo permiten, la movilización debe comenzar en las primeras 24 horas del postoperatorio.	No se ha encontrado ninguna NIC donde aparezcan reflejadas actividades relacionadas con la movilización precoz	SÍ		SÍ		EXPERTOS 4/D	EXPERTOS 4/C
Se debe permitir la carga de peso sobre la pierna operada, salvo	NIC 0221 Terapia de ejercicios:	SÍ	SÍ	Se recomienda la movilización		EXPERTOS4/D	EXPERTOS 4/C

que exista preocupación por la reparación de la fractura.	Ambulación		con carga lo antes posible				
Los programas tempranos de descarga son compatibles para reducir la estancia media hospitalaria y se asocian con una mayor tasa de retorno al domicilio anterior.	NIC 5612 Enseñanza: actividad/ejercicio prescrito NIC 0221 Terapia de ejercicios: Ambulación		Sí			1+/A	1/A
Para formular planes adecuados de rehabilitación se debe realizar precozmente una historia que incluya: función y movilidad premórbida, apoyo social disponible, actuales condiciones clínicas pertinentes, estado mental.	NIC 5612 Enseñanza: actividad/ejercicio prescrito	Sí	Sí			1+/A	1/A
Pacientes con comorbilidad, capacidad funcional baja y resultados pobres en pruebas mentales deben ser sometidos a RHB en la unidad de RHB ortopédica geriátrica.	NIC 5612 Enseñanza: actividad/ejercicio prescrito	Sí			Sí	2++/B	2/B
No hay diferencia entre la rehabilitación intensiva y la atención habitual.	NIC 0221 Terapia de ejercicios: Ambulación				Sí	1/A	1/A
En pacientes en RHB debe contemplarse suplementos en la dieta con aumento del aporte energético que contenga proteínas, minerales y vitaminas.	NIC 1120 Terapia nutricional.	Sí				1++/A	1/A
El apoyo a los regímenes (protocolos) de descarga se debe usar para facilitar la descarga segura en pacientes mayores y reducir la estancia hospitalaria.	NIC 0221 Terapia de ejercicios: Ambulación	Sí				2++/B	2/B
El paciente debe ser el centro de la planificación al alta y se debe tener en cuenta sus necesidades y deseos. También son importantes los puntos de vista del cuidador	NIC 7370 Planificación al alta.	Sí				EXPERTOS4/D	EXPERTOS 4/C

principal.							
El enlace entre el hospital y la comunidad facilita el proceso de descarga.	NIC 5612 Enseñanza: actividad/ejercicio prescrito.	SÍ				EXPERTOS4/D	EXPERTOS 4/C
El alta no debe darse hasta que la descarga sea efectiva y el apoyo post-alta se encuentre en marcha.	NIC 5612. Enseñanza: actividad/ejercicio prescrito	SÍ				EXPERTOS4/D	EXPERTOS 4/C
Información por escrito para el paciente y cuidador sobre medicamentos, movilidad, qué progreso se espera, control del dolor y fuentes de ayuda.	NIC 5602 Enseñanza: Proceso de enfermedad.	SÍ				EXPERTOS4/D	EXPERTOS 4/C
Especial atención a la prevención de caídas potenciales en el hogar: calzado, suministro de dispositivos de ayuda a la deambulación y sistemas de alarma.	NIC 6490 Prevención de caídas.	SÍ				EXPERTOS4/D	EXPERTOS 4/C

10. ANEXO II:

PES00002-PLAN ESTANDAR FRACTURA DE CADERA

Definición: paciente ingresado en una unidad de enfermería por fractura de cadera con prótesis

DRE00015 – RIESGO DE ESTREÑIMIENTO

FRI00005.-Actividad física insuficiente

FRI15040.-Problemas durante la defecación

RES00501.-Eliminación intestinal

IND28080.-Patrón de eliminación

INT00450.-Manejo del estreñimiento

ACT06589.-Comprobar movimientos intestinales, incluyendo frecuencia, consistencia y color de las deposiciones.

DRI00004 – RIESGO DE INFECCIÓN

FRI15046.-Procedimientos invasivos

RES01101.-Integridad tisular piel y membranas mucosas

IND16137.-Induración

IND08141.-Eritema

RES01102.-Curación de la herida por primera intención

IND34174.-Secreción serosanguinolenta del drenaje

IND34173.-Secreción serosanguinolenta de la herida

IND34341.-Supuración purulenta.

INT03440.-Cuidados del sitio de incisión

ACT24580.-Inspeccionar el sitio de incisión por si hubiera enrojecimiento, inflamación o signos de dehiscencia o evisceración.

ACT30099.-Limpiar la zona que rodea la incisión con una solución antiséptica apropiada.

INT01870.-Cuidado del drenaje

ACT39185.-Observar periódicamente la cantidad, color y consistencia del drenaje del tubo.

ACT33069.-Mantener la permeabilidad el drenaje si procede.

INT02440.-Mantenimiento de dispositivos de acceso venoso

ACT06047.-Cambiar los sistemas, vendajes y tapones de acuerdo con el protocolo del centro.

ACT39399.-Observar si hay signos y síntomas asociados con infección local o sistémica (enrojecimiento, tumefacción, sensibilidad, malestar).

INT06680.-Monitorización de los signos vitales

ACT07054.-Controlar periódicamente presión sanguínea, pulso, temperatura y estado respiratorio, si procede.

ACT24029.-Identificar la causa posible de los cambios en los signos Vitales.

DRE00085 – DETERIORO DE LA MOVILIDAD FISICA

FRE03072.-Deterioro músculo esquelético

FRE03114.-Dolor

FRE03095.-Disminución de la fuerza, control o masa muscular

RES00208.-Movilidad

IND22035.-Mantenimiento de la posición corporal

IND22194.-Movimiento articular

IND00189.-Ambulación

IND34141.-Se mueve con facilidad

INT00221.-Terapia de ejercicios: ambulación

ACT01689.-Ayudar al paciente con la deambulación inicial, si es necesario

ACT00084.-Aconsejar al paciente que use un calzado que facilite la deambulación y evite lesiones

ACT00815.-Aplicar/ proporcionar un dispositivo de ayuda (bastón, muletas o silla de ruedas, etc.) Para la deambulación si el paciente no camina bien.

DRE00146- ANSIEDAD

FRE02092.-Cambio en el estado de salud

FRE02091.-Cambio en el entorno

RES01211.-Nivel de ansiedad

IND16204.-Inquietud

IND00206.-Ansiedad verbalizada

INT05820.-Disminución de la ansiedad

ACT13295.-Explicar todos los procedimientos, incluyendo las posibles sensaciones que se han de experimentar durante el procedimiento.

ACT39396.-Observar si hay signos verbales y no verbales de ansiedad

DR00126 – CONOCIMIENTOS DEFICIENTES

FRE05035.-Falta de exposición

RES01824.-Conocimiento: cuidados en la enfermedad

IND06524.-Descripción del proceso de la enfermedad

IND06530.-Descripción del régimen terapéutico

INT05602.-Enseñanza: proceso de enfermedad

ACT12884.-Evaluar el nivel actual de conocimientos del paciente
relacionado con el proceso de enfermedad específico

ACT06388.-Comentar cambios en el estilo de vida que pueden ser
necesario para evitar futuras complicaciones y/o controlar el
proceso de enfermedad.

INT05612.-Enseñanza: actividad/ejercicio prescrito

ACT12463.-Enseñar al paciente una buena postura y la mecánica
corporal, si procede.

INT07370.-Planificación al alta.

ACT15466.-Formular un plan de mantenimiento para el seguimiento
posterior al alta.

ACT24077.-Identificar la comprensión de los conocimientos o habilidades
necesarios por parte del paciente y del cuidador principal para
poner en práctica después del alta.

CPO00250 - DOLOR

RES02102.-Nivel de dolor

IND06743.-Dolor referido

IND06756.-Duración de los episodios de dolor

IND08423.-Expresiones faciales de dolor

INT01400.-Manejo del dolor

ACT48196.-Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya la localización, características, aparición /duración, frecuencia, calidad, intensidad o severidad del dolor y factores desencadenantes.

ACT12914.-Evaluar la eficacia de las medidas de alivio del dolor a través de una valoración continua de la experiencia dolorosa.

CPO00138 – TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA

RES00407.-Perfusión tisular: periférica

IND04138.-Coloración de piel

IND36055.-Temperatura de extremidades caliente.

IND08009.-Edema periférico

IND06739.-Dolor localizado en extremidades

INT04110.-Precauciones en el embolismo

ACT48195-Realizar una valoración exhaustiva de la circulación periférica

INT00740.-Cuidados del paciente encamado

ACT00863.-Aplicar medidas profilácticas antiembólicas

CPO00013 - HEMORRAGIA

RES00413.-Severidad de la pérdida de sangre

IND14045.-Hemorragia postoperatoria

IND06671.-Disminución de la presión arterial sistólica

IND28004.-Palidez de las membranas cutáneas y mucosas

INT04160.-Control de hemorragias

ACT39416.-Observar si hay signos y síntomas de hemorragia persistente (comprobar si hay sangre franca u oculta en todas las secreciones)

ACT39081.-Observar la cantidad y naturaleza de la pérdida de sangre

INT06680.-Monitorización de los signos vitales

ACT07054.-Controlar periódicamente presión sanguínea, pulso, temperatura y estado respiratorio, si procede.

CPO00128 – EFECTOS SECUNDARIOS DE LA ANESTESIA RAQUÍDEA

INT00590.-Manejo de la eliminación urinaria

ACT39435.-Observar si hay signos y síntomas de retención urinaria.

ACT07039.-Controlar periódicamente la eliminación urinaria, incluyendo la frecuencia, consistencia, olor, volumen y color.

RES00909.-Estado neurológico

IND10135.-Función sensitiva / motora medular

IND04084.-Cefalea.

INT02620.-Monitorización neurológica

ACT39337.-Observar si hay parestesia: entumecimiento y hormigueos.

RES00503.-Eliminación urinaria

IND32304.-Retención urinaria

CPO00066 - LUXACIÓN

RES00216.-Movimiento articular: cadera

IND00006.-Abducción de 30° (d)

IND00007.-Abducción de 30° (i)

IND10060.-Flexión rodilla recta de 90° (d)

IND10061.-Flexión rodilla recta de 90° (i)

IND08440.-Extensión rodilla recta de 0° (d)

IND08441.-Extensión rodilla recta de 0° (i)

Especificar: derecho (d) o izquierdo (i)

INT00840.-Cambio de posición

ACT06256.-Colocar en posición terapéutica especificada.

**ACT12296.-Enseñar al paciente a utilizar una buena mecánica corporal
mientras realiza cualquier actividad.**

11.ABREVIATURAS:

- ACV	Accidente Cerebrovascular
- AINES	Antiinflamatorios No Esteroideos
- ASA	American Society of Anesthesiologists
- BVS	Biblioteca Virtual de la Salud
- DeCS	Descriptores de Ciencias de la Salud
- EBE	Enfermería Basada en la Evidencia.
- ECA	Estudio Clínico Aleatorio
- ENV	Escala Numérica Verbal
- EP	Embolismo Pulmonar
- GPC	Guía de Práctica Clínica
- GR	Grado de Recomendación
- GRD	Grupo Relacionado Diagnóstico
- Heparina BPM	Heparina de bajo peso molecular
- Heparina U	Heparina estándar o no fraccionada
- IQ	Intervención Quirúrgica
- JBI	The Joanna Briggs Institute
- MeSH	Medical Subject Headings
- NANDA	North American Nursing Diagnosis Association
- NE	Nivel de Evidencia
- NIC	Clasificación Intervenciones de Enfermería
- NOC	Clasificación Resultados de Enfermería
- PC	Plan de Cuidados
- PCE	Plan de Cuidados Estandarizados
- PFC	Plan de Fractura de Cadera
- PICO	Paciente- Intervención- Comparador- Variables
- PTC	Prótesis de Cadera
- PTR	Prótesis de Rodilla
- RHB	Rehabilitación
- SING	Scottish Intercollegiate Guideline Network
- TEV	Tromboembolismo Venoso
- TVP	Trombosis Venosa Profunda
- UPP	Úlceras por Presión
- VAD	Venous Access Maintenance

12. BIBLIOGRAFÍA:

1. Kozier B, Erb G, Berman A, Snyder S. Assessing, Fundamentals of Nursing: Concepts, Process and Practice, Second Edition. 2004, p.261. Shintix (chimbote - peru 2009)
2. www.economiadelasalud.com/Ediciones/44/08_pdf/Costes.pdf . Las fracturas de cadera suponen un coste de 25.000 millones de euros al año en la UE.
3. Farmanews, Farmavet. La incidencia anual de las fracturas por osteoporosis se triplicará en los próximos 50 años. 2 de junio de 2010
4. JANO.es y agencias. Unos 65.000 españoles se fracturan la cadera cada año. 26 Enero 2010.
5. Serra J.A., Garrido* G., Vidán M., Marañón E., Brañas F., Ortiz J. Epidemiología de la fractura de cadera en ancianos en España. An. Med. Interna (Madrid) v. 19 n. 8 Madrid ago. 2002
6. Apelqvist, A., Walden, M., Larsson, G. , Atroshi, I.: Pneumatic wound compression after hip fracture surgery did not reduce postoperative blood transfusion. Acta Orthopaedica 2009 February 26; 80 (1): 26-31
7. A Barberi, K Vanhaecht, P Van Herch, W Sermeus, F Faggiano, Marchisio S, M Panella: Effects of clinical pathways in the joint replacement: a meta-analysis. BMC Med. 2009; 7:32.
8. Dowsey MM, Kilgour ML, Santamaría NM, Choong F: Clínic pathways in hip and knee arthroplasty: a prospective randomised controlled study. Med J Aust 1999, 170: 59-62.
9. Valéria Martinez, Anissa Belbachir, Aithem Jaber, Kamel Cherif, Adel Jamal, Yves Ozier, Daniell. Sessler, Marcel Chauvin, and Dominique Fletcher: The influence of timing of administration on the analgesic efficacy of parecoxib in orthopedic surgery. Anest Analog. 2007 June; 104 (6): 1521-1527.
10. Scottish Intercollegiate Guidelines Network: Management of hip fracture in older people. June 2009

11. New Zealand Guidelines Group: Acute Management and Immediate Rehabilitation After Hip Fracture Amongst People Aged 65 Years and Over. June 2003.
12. Beaupre, L., Jones, C., Saunders, L., Johnston, D., Buckingham, J., Majumdar, S.: Best Practices for Elderly Hip Fracture Patients: A Systematic Overview of the Evidence. *J Gen Intern Med.* 2005 November; 20(11): 1019-1025.
13. Handoll, H.H.G., Sherrington, C.: Mobilisation strategies after hip fracture surgery in adults. *Cochrane Database Of Systematic Reviews* 2007, Issue 1. Art. No.: CD001704. DOI: 10.1002/14651858.CD001704.pub3.
14. Parker MJ, Livingstone V, Clifton R, McKee A.: Closed suction surgical wound drainage after orthopaedic surgery. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007, Issue 3. Art. No.: CD001825. DOI: 10.1002/14651858.CD001825.pub2.
15. Handoll HHG, Farrar MJ, McBirnie J, Tytherleigh-Strong G, Milne AA, Gillespie WJ.: Heparina, heparina de bajo peso molecular y métodos físicos para la prevención de la trombosis venosa profunda y la embolia pulmonar después de la cirugía de fractura de cadera (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de *The Cochrane Library*, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
16. Dora C., von Campe A., Mendiargi B., Koch P, Vienne P.: Simplified wound care and earlier wound recovery without closed suction drainage in elective total hip arthroplasty. A prospective randomized trial in 100 operations. *Arch Orthop Trauma Surg* (2007) 127: 919-923
17. Chudyk AM, Jutai JW, Petrella RJ, Speechley M.: Systematic review of hip fracture rehabilitation practices in the elderly. *Arch Phys Med Rehabil* 2009; 90:246-62.
18. Johanson NA, Lachiewicz PF, Lieberman JR, Lotke PA, Parvizi J, Pellegrini V, Stringer TA, Tornetta P 3rd, Haralson RH 3rd, Watters WC 3rd: Prevention of symptomatic pulmonary embolism in patients undergoing total hip or knee arthroplasty. *J Am Acad Orthop Surg.* 2009 Mar; 17(3):183-96.

19. Neuman MD, Archan S, Karlawish JH, Schwartz JS, Fleisher LA.: The relationship between short-term mortality and quality of care for hip fracture: a meta-analysis of clinical pathways for hip fracture. *J Am Geriatr Soc.* 2009 Nov; 57(11):2046-54.
20. Fernández-Castillo, A; Vílchez-Lara, M. J; Caballero, J.: Valoración complementaria del dolor agudo postoperatorio en un contraste de potencia analgésica. *Rev Soc Esp Dolor;* 13(3):151-158, abr.2006. ilus.
21. Gillies D, Wallen MM, Morrison AL, Rankin K, Nagy SA, O'Riordan E. Optimal timing for intravenous administration set replacement. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2005, Issue 4. Art. No.: CD003588. DOI: 10.1002/14651858.CD003588.pub2.
22. Stenvall M, Olofsson B, Nyberg L, Lundström M, Gustafson Y. Improved performance in activities of daily living and mobility after a multidisciplinary postoperative rehabilitation in older people with femoral neck fracture: a randomized controlled trial with 1-year follow-up. *J Rehabil MED.* 2007 Apr; 39(3):232-8.