



**Universidad**  
Zaragoza

# Trabajo Fin de Grado

Cuidados de enfermería postoperatorios en  
paciente geriátrico con fractura de cadera,  
revisión bibliográfica

Postoperative nursing care in a geriatric  
patient with hip fracture, literature review

Autor:

**Adriana Hidalgo Machado**

Director

**María Marzo Moles**

Facultad de Ciencias de la Salud  
Curso académico 2023-2024





## ÍNDICE

ACRÓNIMOS.....	
RESUMEN .....	
ABSTRACT.....	
1.INTRODUCCIÓN.....	1
2.OBJETIVOS .....	4
3.METODOLOGÍA.....	5
4.RESULTADOS .....	9
5. DISCUSIÓN .....	13
6.CONCLUSIONES.....	16
7.BIBLIOGRAFÍA.....	17
8. ANEXOS .....	20

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla I. Metodología. Términos DeCS, MeSH y palabras clave .....	8
Tabla II. Metodología. Criterios de selección .....	8
Tablas III. Metodología. Búsqueda Bibliográfica .....	9
Tabla IV. Metodología. Pregunta PICO.....	10
Tablas V. Resultados. Características de los artículos obtenidos.....	12

## ACRÓNIMOS

FC: Fractura de cadera

RNFC: Red Nacional de Fractura de Cadera

ABVD: Actividades Básicas de la Vida Diaria

## RESUMEN

**Introducción:** La fractura de cadera se define como la ruptura ósea de las regiones de la cabeza, el cuello femoral y la región intertrocantérea de la parte proximal del fémur, estas aumentan anualmente en relación al envejecimiento de la población. Se ha convertido en una de las complicaciones más graves, recurrentes y con mayor incidencia en esta etapa de la vida, llegando a ser un problema de salud pública, su principal causa es el deterioro físico y cognitivo que conlleva una pérdida de autonomía y de calidad de vida al convertirse en personas más dependientes. Dentro de las opciones de tratamiento se encuentra la cirugía, elegida en la mayoría de ocasiones; la cual se puede subdividir en osteosíntesis y artroplastia. El objetivo final del tratamiento es mejorar la funcionalidad e independencia del paciente. Este proceso clínico requiere una alta demanda de cuidados enfermeros, ocasionando una gran carga de trabajo y por ello, no dedicando el tiempo suficiente a la labor de prevención de complicaciones que se debería.

**Objetivo:** Realizar una revisión bibliográfica sobre los principales enfoques y estrategias de cuidados de enfermería postoperatorios de la fractura de cadera en el paciente geriátrico.

**Metodología:** Se desarrolló una búsqueda bibliográfica de los últimos 10 años en las bases de datos Pubmed, Cuiden y Scielo con el fin de obtener información actualizada sobre los cuidados postoperatorios de la fractura de cadera en el paciente geriátrico. Para ello se han seleccionado artículos en inglés y español, accesibles de manera gratuita. Por último, se empleó la siguiente pregunta PICO: ¿Cuál es el papel de la enfermería en los cuidados postquirúrgicos en pacientes geriátricos con fractura de cadera?

**Conclusión:** El papel de la enfermería es fundamental para la mejora de la calidad de los cuidados en pacientes geriátricos, destacando la labor de prevención de las complicaciones postquirúrgicas. Entre ellas se encuentra el delirium, el cual se manifiesta habitualmente y se puede actuar sobre él, realizando una evaluación inicial y diaria por parte de las enfermeras. Asimismo, se ha observado que una movilización temprana tras 24-36 horas de la intervención quirúrgica y acudir al domicilio habitual tras el alta en vez de a una residencia geriátrica influye en una mejora de la función física y cognitiva, de la recuperación, de las actividades básicas de la vida diaria y por consecuencia de todo ello, de la calidad de vida.

**Palabras Clave:** “fractura de cadera”, “enfermería”, “paciente geriátrico”.

## ABSTRACT

**Introduction:** Hip fracture is defined as a bone break in the regions of the head, femoral neck and intertrochanteric region of the proximal femur, and these are increasing in relation to the ageing of the population. It has become one of the most serious, recurrent and high incidence complications in this stage of life, becoming a public health problem. The main cause of hip fracture is physical and cognitive deterioration which leads to a loss of autonomy and quality of life as people become more dependent. Among the treatment options is surgery, chosen on most occasions; it can be subdivided into osteosynthesis and arthroplasty. The ultimate goal is to improve functionality and independence. This clinical process requires a high demand for nursing care, causing a heavy workload and not enough time for the prevention of complications.

**Objective:** To conduct a literature review on the main approaches and strategies for postoperative nursing care of hip fracture in the geriatric patient.

**Methodology:** A bibliographic search of the last 10 years in the databases Pubmed, Cuiden and Scielo was carried out in order to obtain updated information on postoperative care of hip fracture in the geriatric patient. For this purpose, articles in English and Spanish, freely accessible, were selected. Finally, the following PICO question was used: What is the role of nursing in the post-surgical care of geriatric hip fracture patients?

**Conclusion:** The role of nursing is fundamental in improving the quality of care for geriatric patients, with particular emphasis on the prevention of post-surgical complications. Among these is delirium, which is a common occurrence and can be managed through initial and daily assessment by nurses. It has also been observed that early mobilization 24-36 hours after surgery and going home after discharge rather than to a nursing home improves physical and cognitive function, recovery, basic activities of daily living and, as a result, quality of life.

**Keywords:** “hip fracture”, “nursing”, “geriatric patient”.

# 1.INTRODUCCIÓN

La fractura de cadera se define como la ruptura ósea de las regiones de la cabeza, el cuello femoral y la región intertrocanterea de la parte proximal del fémur (Zaragoza Sosa et al., 2019).

Virginia Henderson, creadora de una de las teorías más importantes de la enfermería, definió el cuidado como aquella acción dirigida a “suplir los déficits de autonomía del sujeto y así poder actuar de modo independiente en la satisfacción de las necesidades fundamentales”(Domínguez González y Herrero Jaén, 2018).

Las fracturas de cadera aumentan anualmente en relación al envejecimiento de la población y al incremento de la esperanza de vida de los últimos años, tal es así que se ha convertido en una de las complicaciones más graves y recurrentes en esta etapa de la vida, llegando a ser un problema de salud pública (Ministerio de Sanidad, 2022).

En España, la esperanza de vida es una de las más altas a nivel mundial, alcanzando una media de 83,8 años. Esta cifra difiere según el género, con una esperanza de vida promedio de 86,6 años para las mujeres y menor para los hombres, con una media de 80,9 años. Es por ello que la fractura de cadera ocurre tres veces más en el sexo femenino que en el masculino (Bailo Aysa et al., 2023) . Este fenómeno es especialmente relevante en Aragón, donde el 21,6 % de su población se encuentra envejecida, siendo la sexta comunidad con mayor senectud territorial (Ministerio de Sanidad, 2022). La mayor parte de la población mencionada se considera geriátrica, la cual se define como aquella persona mayor de 80 años que padece pluripatologías, normalmente enfermedades crónicas en estado avanzado y que se encuentra polimedicada, es decir toma cinco o más fármacos de forma diaria y continua en el tiempo (Bardales Mas et al., 2014).

Esta patología está asociada con una mortalidad, morbilidad y un coste económico muy elevado, junto con una prolongación de la estancia hospitalaria, convirtiéndose en el principal motivo de ingreso en las unidades de traumatología. Anualmente se producen entre 50.000 y 60.000 casos

de fractura de cadera, dando como resultado una incidencia de 100 casos por cada 100.000 habitantes; en Aragón, según la red nacional de fracturas de cadera (RNFC) en el año 2021 se registraron 642 casos de fracturas de cadera, lo que representa el 6,7% del total de fracturas de cadera en España (Sáez López et al., 2021).

La principal causa de la fractura de cadera es el deterioro físico y cognitivo, lo que incrementa el riesgo de caídas y el desarrollo de osteoporosis, afectando a la calidad de vida y a la esfera biopsicosocial del paciente geriátrico. Esto se traduce en una pérdida notable de la autonomía física y psíquica, que en gran parte de ellos, no retorna a la situación funcional previa; del mismo modo que se ocasiona una mayor dificultad y/o incapacidad para las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) (Solou et al., 2022). Este proceso clínico ocasiona variedad de complicaciones, el delirium una de las más frecuentes, se presenta en un 50% de los casos en el transcurso de la hospitalización, manifestándose comúnmente en pacientes con demencia conocida (Rodríguez Couso y Rodríguez-Miñón Otero, 2018).

Existen diferentes tipos de fracturas en función de lugar donde se localice: extracapsulares siendo esta la más usual con un 48- 55% de todos los casos (siendo la afectación más frecuente las pertrocantéreas, dónde está afectado el macizo trocantéreo), intracapsulares (afectación del cuello femoral o afectación de unión de cabeza femoral con el cuello) y subtrocantéricas (afectación por debajo del trocánter mayor). El tratamiento dependiendo del tipo y de las características de la fractura es variable. Se divide en dos grandes grupos, el tratamiento conservador y el quirúrgico, que es el elegido en la mayoría de los casos. El primero es seleccionado cuando la cirugía se encuentra contraindicada, consiste en no inmovilizar la fractura, si no en realizar encamamiento prolongado y toma de analgesia. Mientras que el tratamiento quirúrgico consiste en la restauración del fémur mediante osteosíntesis formado por clavos, placas y/o tornillos, la cual puede ser externa o interna, por otro lado, se puede reemplazar la cadera totalmente o parcialmente mediante artroplastia. El objetivo final del tratamiento es mejorar la calidad de vida de la persona a través de la recuperación de la funcionalidad e independencia previa al tratamiento (García-Navas García & Fernández Martínez, 2018).

Debido a la alta demanda de cuidados enfermeros en la fractura de cadera , se ocasiona una gran carga de trabajo, por lo que no se dedica tiempo suficiente en la materia de prevención y educación del paciente. Esta información se puede justificar con el número de enfermeras graduadas por cada 100.000 habitantes, el dato de España es de 22, 4 enfermeras por 100.000 habitantes ,alejado de países como Dinamarca, a la cabeza con 44.1 por 100.000 habitantes o Francia con 37,9 por 100.000 habitantes, donde el ratio de enfermeras es mayor y se podría implementar mayores medidas de prevención (Eurostat statist explained, 2022; Solou et al., 2022) . En conclusión, la enfermera desempeña un papel crucial en el proceso al estar presente en todas sus etapas, brindando y siendo la principal encargada de cuidados de calidad para cubrir las necesidades del usuario en ese instante, resaltando la labor educativa a través de la prevención de las complicaciones postquirúrgicas (Bailo Aysa et al., 2023). Por ello, se va a llevar a cabo una revisión bibliográfica, analizando qué intervenciones enfermeras postoperatorias son las más aceptadas y actualizadas, para conocer la mejoría que supone estos cuidados en la persona con fractura de cadera.

## 2.OBJETIVOS

### 2.1 Objetivo general:

Realizar una revisión bibliográfica sobre los principales enfoques y estrategias de cuidados de enfermería postoperatorios de la fractura de cadera en el paciente geriátrico.

### 2.2 Objetivos específicos:

1. Determinar la efectividad de la movilización precoz en el postoperatorio inmediato.
2. Valorar los tiempos de mejora de recuperación en residencias geriátricas en contraposición al domicilio.
3. Conocer los requerimientos en los cuidados de enfermería enfocados al delirium postquirúrgico.

### 3.METODOLOGÍA

Para la realización de este trabajo, se ha llevado a cabo una búsqueda bibliográfica en las bases de datos Pubmed, Scielo, Science Direct, Cuiden, Enfispo y Google Académico durante los meses de enero, febrero y marzo de 2024. Para la determinación de la secuencia de búsqueda, se han optado por varios Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS) que corresponden a los Medical Subject Heading (MeSH), además de otras palabras clave. (Tabla I)

**Tabla I. Metodología. Términos DeCS, MeSH y palabras clave.**

DeCS/MeSH	Palabras clave
“Fractura de caderas” /” Hip fractures”	“Nurse care”
” Geriatria” /” Geriatrics”	“Geriatric patient”
“Atención dirigida al paciente/Patient centered care”	“Hip fracture”

Para la elaboración de la búsqueda ha sido necesario el operador booleano “AND”. Igualmente, se han determinado unos criterios de selección para obtener el perfil de búsqueda deseado (Tabla II), así como una estrategia de búsqueda en las diferentes bases de datos utilizadas, para escoger los artículos para su posterior análisis, seleccionados según su título, resumen y palabras clave. (Tabla III).

**Tabla II. Metodología. Criterios de selección.**

Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
<ul style="list-style-type: none"><li>-Artículos en población mayor de 65 años</li><li>-Publicaciones en los idiomas español o inglés.</li><li>-Artículos disponibles en texto completo</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>-Artículos publicados anteriores al 2014</li><li>-Artículos únicamente de cuidados preoperatorios e intraoperatorios</li><li>-Artículos sobre fisioterapia en fractura de cadera</li><li>-Artículos duplicados</li></ul>

**Tablas III. Metodología. Búsqueda bibliográfica.**

Base de datos	Palabras clave	Artículos encontrados	Artículos revisados	Artículos seleccionados
Pubmed	“Hip fracture” AND “nurse cares”	61	17	2
	“Nurse cares” AND “hip fractures”	64	10	1
Scielo	“paciente anciano” AND “fractura de cadera”	6	5	1
	“enfermería” AND “fractura de cadera”	14	9	1
Cuiden	“enfermería” AND “fractura de cadera”	74	14	2
Enfispo	“enfermería” AND “fractura de cadera”	46	8	1
Science direct	“paciente anciano” AND “fractura de cadera”	74	29	1
Google Académico	“fractura de cadera” y “fase aguda”	150	41	1
Total		489	133	10

El proceso de búsqueda de los artículos seleccionados en este trabajo queda reflejado en el siguiente diagrama de flujo (Figura 1). Tras aplicar los criterios de búsqueda en las bases de datos mencionadas con anterioridad, se obtuvieron 489 resultados, 48 de ellos fueron eliminados al estar duplicados en varias bases de datos; 441 artículos fueron analizados de acuerdo a su título y resumen, tras la lectura del texto completo finalmente se seleccionaron 10 artículos para esta revisión.

Por otra parte, se utilizó la pregunta de revisión bibliográfica en formato PICO, enunciada de la siguiente manera: **¿Cuál es el papel de la enfermería en los cuidados postquirúrgicos en pacientes geriátricos con fractura de cadera?**

**Tabla IV. Metodología. Pregunta PICO**

PICO	
P (Población)	Pacientes mayores de 80 años con fractura de cadera
I (Intervención)	Cuidados de enfermería postoperatorios
C (Comparación)	Distintos abordajes de cuidados de enfermería en el postoperatorio
O (Resultados)	Resultados obtenidos de los cuidados de enfermería para la mejora en la recuperación, calidad de vida y prevención de complicaciones postquirúrgicas

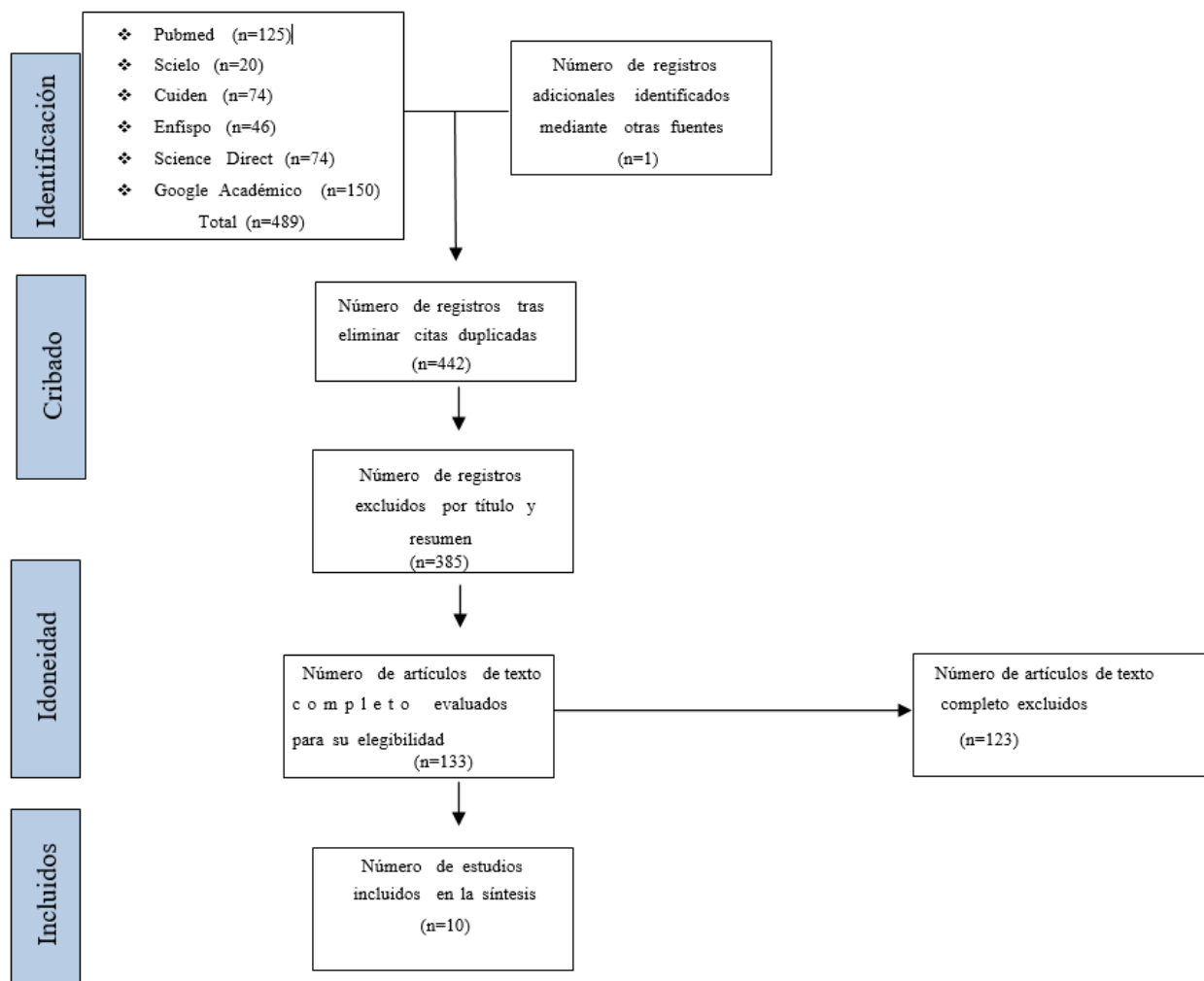


Figura 1. Diagrama de flujo

## 4.RESULTADOS

**Tablas V. Resultados. Características de los artículos obtenidos**

Autor/Año	Título	Tipo de estudio
(Pascual Hernández et al., 2018)	Cuidados de enfermería en fase aguda del anciano con fractura de cadera	Guía clínica
(Pareja Sierra y Rodríguez Solís, 2018)	Tratamiento postquirúrgico y alta hospitalaria tras fractura de cadera	Revisión bibliográfica
(Horikawa et al., 2014)	Comparación de las actividades de la vida diaria después de una cirugía de fractura osteoporótica de cadera en pacientes ingresados desde casa y desde centros de servicios de salud geriátricos	Estudio comparativo
(Mosk et al., 2017)	Demencia y delirio, los resultados en pacientes ancianos con fractura de cadera	Estudio cohorte retrospectivo
(Carpintero et al., 2014)	Complicaciones de las fracturas de cadera: una revisión	Revisión bibliográfica
(Bengoa et al., 2017)	Optimización perioperatoria del paciente anciano con fractura osteoporótica de cadera	Revisión bibliográfica
(Plaza-Carmona et al., 2020)	Características funcionales de mujeres octogenarias con fractura de cadera después del alta hospitalaria	Estudio observacional transversal
(Santamaría Delgado y Cañete Serrano, 2016)	Caso clínico. Plan de cuidados en paciente con fractura de cadera	Estudio observacional descriptivo
(Gracia Polo et al., 2023)	Plan de cuidados enfermeros en el paciente con fractura osteoporótica de cadera	Plan de cuidados estandarizado
(Guerrero Fernández, 2021)	Intervenciones de enfermería en el post operatorio tras una artroplastia total de cadera	Revisión bibliográfica

(Pascual Hernández et al., 2018) llevaron a cabo una revisión bibliográfica que detalla las recomendaciones proporcionadas por las enfermeras de la unidad de traumatología respecto a los cuidados para personas mayores que sufren una fractura de cadera. El enfoque principal se centra en los cuidados postoperatorios, especialmente en el comienzo de la movilización temprana. Recomiendan iniciar la sedestación dentro de las primeras 24 horas después de la cirugía y comenzar a caminar en los días siguientes. Las enfermeras de la planta brindarán instrucciones sobre ejercicios de movilidad con muletas para garantizar una carga adecuada, además de ofrecer consejos para facilitar una movilización segura y efectiva. Respecto al manejo del delirio, los autores hacen hincapié en la importancia de involucrar a la familia.

(Pareja Sierra y Rodríguez Solís, 2018) detallaron las posibles complicaciones postquirúrgicas, como el control del dolor y el delirium, así como las medidas para abordarlas en las indicaciones al alta. En el caso del delirium, proponen una evaluación diaria y un enfoque que incluya medidas no farmacológicas. Además, señalan que un inadecuado control del dolor, junto con la manifestación de insomnio, puede aumentar el riesgo de desarrollar delirium. En cuanto a la nutrición, subrayan la eficacia de los suplementos nutricionales en la reducción de complicaciones postquirúrgicas, como la toma de vitamina D y calcio.

(Horikawa et al., 2014) realizaron un estudio comparativo realizado con 99 personas sometidas a cirugía de fractura de cadera, para determinar las diferencias al alta dependiendo a qué lugar se dirigía la persona si a su domicilio habitual o residencia. Para ello se estudió los factores asociados a las ABVD. Se obtuvo que las personas que se dirigen a su domicilio tenían un mejor desarrollo de las actividades de la vida diaria postoperatorias frente a los que vivían en centros geriátricos. Se reflejó que después de la intervención quirúrgica, la movilización precoz lograba beneficios en la función física, destacándola en aquellas personas con deterioro cognitivo. En relación al delirium, se encontró que una gran proporción de pacientes desarrollaba delirio después de una fractura de cadera, lo que posteriormente incrementaba el riesgo de desarrollar demencia. Esto se asoció con una mayor tasa de mortalidad y una menor probabilidad de recuperación de la función física al momento del alta en los pacientes que experimentaban delirio.

(Mosk et al., 2017) realizaron un estudio de cohortes con el objetivo de mejorar el conocimiento sobre los factores de riesgo en pacientes ancianos con fractura de cadera que se sometieron a cirugía. Se enfocaron en realizar una evaluación inicial para abordar los factores de riesgo, siendo la demencia el más predominante. El estudio incluyó a 566 personas mayores de 70 años, de las cuales 168 tenían demencia previa y 46 habían experimentado delirio previo. Se realizó un seguimiento mínimo de 6 meses, los resultados revelaron que 196 personas desarrollaron delirio durante su estancia hospitalaria, lo que prolongó la hospitalización, aumentó el gasto sanitario y condujo a un deterioro en la recuperación, así como a un aumento en la incidencia de mortalidad.

(Carpintero et al., 2014) la revisión consistió en analizar las diferentes complicaciones diferenciadas por aparatos y la relación entre ellas con la fractura de cadera, abordando el control del dolor, el delirium y los factores de riesgo entre los que se incluyen la demencia, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, las infecciones respiratorias, la insuficiencia cardíaca y la anemia. El delirio es la complicación más común tras la cirugía y su presentación puede variar ampliamente. En este estudio, se abordó el riesgo de delirio administrando oxígeno continuamente a una tasa de 3-4 L/min hasta el segundo día después de la cirugía, o mientras la saturación de oxígeno del paciente sea menor del 95%. Además, se destacó la relación directa entre el dolor y el delirio, ya que un control deficiente del dolor puede desencadenar este problema neurológico. Por tanto, se recomendó minimizar el uso de ciertos fármacos sedantes.

(Bengoa et al., 2017) analizaron la optimización de cuidados de complicaciones postquirúrgicas de manera integral y cómo prevenirlas. Identificando como complicaciones, el manejo del dolor, manejo de fluidos y hemoderivados, tromboprofilaxis, delirium, nutrición, movilización y la reducción de nuevas fracturas. Los autores destacaron el aumento del umbral del dolor en pacientes mayores, lo que dificulta una evaluación adecuada del dolor postoperatorio. Un aspecto relevante es la nutrición en este sector de la población, la cual es clave para un adecuado progreso de la herida quirúrgica, se observó que un 48% de pacientes con fractura de cadera presentan malnutrición.

(Plaza-Carmona et al., 2020) realizaron un estudio descriptivo observacional que analiza las características fisiológicas de mujeres mayores hospitalizadas con diagnóstico de fractura de

cadera en el Hospital de León. Se incluyeron en el estudio 96 mujeres con una edad media de 86 años, Asimismo, se estudió variables como la relación del lugar del alta, además de la realización de la cirugía en las primeras horas, con la recuperación funcional y la disminución de complicaciones. Sin embargo, el retraso de la intervención conlleva una prolongación del ingreso, mayor riesgo de infección de prótesis y un incremento del coste sanitario, comúnmente este tipo de población presenta un gran número de comorbilidades, por lo que realizar una cirugía temprana puede ser compleja.

(Santamaría Delgado y Cañete Serrano, 2016) realizaron un caso clínico sobre una mujer de 80 años con varios factores de riesgo que sufre una caída en su domicilio y se fractura la cadera. Se valoraron todas las necesidades básicas y se concluye que hay que realizar una valoración inicial por parte de enfermería, incidiendo en la movilización para poder ofrecer una atención integral con el fin de prevenir complicaciones postquirúrgicas.

(Gracia Polo et al., 2023) realizaron un plan de cuidados enfocados a pacientes mayores de 65 años intervenidos de fractura de cadera valorando unos cuidados postoperatorios de enfermería integrales diferenciado por días, describiendo todos los componentes que forman parte del tratamiento hospitalario. Se halló que durante los primeros seis meses se produce la mayor recuperación pudiendo mejorar hasta los doce meses, aunque son más los pacientes que no recuperan la situación previa a la fractura que los que sí. La finalidad de la fase postoperatoria es recuperar la funcionalidad anterior, actuando sobre los factores de riesgo, previniendo así futuras complicaciones quirúrgicas.

(Guerrero Fernández, 2021) procede a analizar las intervenciones de enfermería en el postoperatorio desde el día siguiente hasta los 3 meses posteriores tras una artroplastia de cadera, basándose en los posibles factores de riesgo y destacando la importancia de enfermería en estos cuidados. Para disminuir las complicaciones postquirúrgicas y mejorar la evolución de la persona, se recomienda realizar la cirugía dentro de las primeras 48 horas.

## 5. DISCUSIÓN

El objetivo principal de este estudio ha sido desarrollar una revisión bibliográfica sobre la importancia del abordaje enfermero sobre los cuidados postoperatorios en el paciente geriátrico en la fractura de cadera. Los principales hallazgos pueden dividirse en varios apartados: delirium, movilización precoz, nutrición, lugar tras alta hospitalaria, control del dolor y factores de riesgo relacionados con las complicaciones postoperatorias.

(Mosk et al., 2017) indicaron que el delirium postoperatorio está asociado con el deterioro cognitivo, (Horikawa et al., 2014) añadieron que la consecuencia de este delirio aumenta la probabilidad de desarrollar demencia y disminuye la oportunidad de recuperar la función física previa, en contraposición a aquellos que no desarrollan demencia tras el delirio postoperatorio. Por ello (Pareja Sierra y Rodríguez Solís, 2018) proponen realizar una evaluación inicial y diaria además de abordar medidas conductuales y administrar el menor tratamiento farmacológico posible para abordar de forma más correcta el delirium por parte de la enfermera. Una medida que describe (Carpintero et al., 2014) para reducir el riesgo de delirio es la administración de oxígeno nasal en los dos días posteriores a la cirugía en torno a los 3-4 litros por minuto o administrar oxígeno a aquellas personas que su saturación de oxígeno es menor del 95%.

(Horikawa et al., 2014; Plaza-Carmona et al., 2020) están de acuerdo en que, para una mejora y pronta recuperación, el mejor lugar tras el alta es el domicilio habitual, según sus estudios el lugar de recuperación ayuda a la recuperación funcional de las personas y a desarrollar mejor las actividades de la vida diaria y, en consecuencia, obtener una óptima calidad de vida. (Pareja Sierra y Rodríguez Solís, 2018) indican que durante la estancia hospitalaria se valorara si es posible el retorno a domicilio, si no es así, se evalúa el traslado a una residencia geriátrica de forma puntual, si en esta se garantiza los medios necesarios para su recuperación física y funcional. Por último (Pascual Hernández et al., 2018) toman en cuenta a la familia en el delirium y aconsejan recordar sus cuidados a esta última.

La movilización precoz es un tema mencionado en los estudios de ( Santamaría Delgado y Cañete Serrano, 2016; Bengoa et al., 2017; Pareja Sierra y Rodríguez Solís, 2018; Pascual Hernández et al.,2018), todos coinciden en que los pacientes con fractura de cadera deben empezar la sedestación en las primeras 24-48 horas, salvo contraindicación médica, para mejorar su movilidad y recuperación posterior , (Bengoa et al., 2017) aluden a realizar carga progresiva con apoyo al día siguiente de la intervención, en cambio, (Pareja Sierra y Rodríguez Solís, 2018) refieren que la deambulaci3n se debe iniciar a las 48 horas de la cirugía y explicando los ejercicios de movilidad previamente, efectuando una labor educativa enfermera. Por último (Santamaría Delgado y Cañete Serrano, 2016) añaden que el papel de la enfermería es valorar inicialmente al paciente, ofreciendo una atención integral.

Hay factores que influyen en las complicaciones postoperatorias como la demencia, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, infecci3n respiratoria o insuficiencia cardiaca. Según (Carpintero et al., 2014) estos factores de riesgo aumentan la probabilidad de mortalidad en los meses posteriores a una fractura de cadera, sin embargo, se puede actuar sobre estos factores para prevenir futuras complicaciones postoperatorias, realizando un seguimiento clínicoy un manejo integral con la finalidad de recuperar la funcionalidad, apunta (Gracia Polo et al., 2023). Mientras que (Plaza-Carmona et al.,2020 ; Guerrero Fernández, 2021) reflejan en ambos estudios la importancia de efectuar la intervenci3n quirúrgica dentro de las primeras 48 horas, esto conlleva menores complicaciones y una mejor evoluci3n, si no se cumple este plazo, que en la mayoría de los casos es difícil debido a las grandes comorbilidades que presentan los pacientes, se alarga la estancia hospitalaria.

(Bengoa et al., 2017) ponen en manifiesto que la evaluaci3n del dolor en pacientes geriátricos es dificultosa con motivo del aumento del umbral del dolor, por ello se realiza una revisi3n de la polifarmacia de cada persona operada, (Carpintero et al., 2014; Pareja Sierra y Rodríguez Solís, 2018) apuntan que un buen control del dolor se consigue con una analgesia adecuada minimizando fármacos como sedantes y anticolinérgicos, estos últimos adicionan el hecho de que el insomnio y el síndrome confusional agudo estén relacionados con un posible mal control del dolor en este proceso clínicoy.

La malnutrición es una patología muy común en pacientes geriátricos, influyendo directamente en la fractura de cadera, puesto que, aumenta la probabilidad de que la herida quirúrgica cicatrice en menor tiempo y de forma más adecuada en aquellos pacientes con una nutrición adecuada señala (Bengoa et al., 2017). A causa de la osteoporosis, problema relacionado con la fractura de cadera, tomar calcio y vitamina D reduce las complicaciones postoperatorias según añade (Pareja Sierra & Rodríguez Solís, 2018).

## 6.CONCLUSIONES

1. La movilización en las 24-36 primeras horas, es crucial para una mejora en la función física, una pronta recuperación y en consecuencia una calidad de vida mayor.
2. Los pacientes que tras el alta acudían a su domicilio habitual presentan una recuperación física y cognitiva más óptima, así como un mejor desarrollo de las actividades de la vida diaria, todo ello previo a una valoración multidisciplinar al alta.
3. Una de las complicaciones postoperatorias más usual es el delirium, el cual se puede prevenir con una evaluación inicial y diaria por parte de enfermería, así como actuar sobre los factores de riesgo como la demencia, directamente relacionado con el delirium postquirúrgico.
4. El papel de enfermería es fundamental para la mejora de la calidad de los cuidados del paciente de fractura de cadera, destacando su labor educativa a través de la prevención de complicaciones postquirúrgicas.
5. La fractura de cadera es un problema con gran incidencia relacionado con el envejecimiento de la población, lo que se traduce en una afectación de la función física y cognitiva, dependencia para las actividades básicas de la vida diaria y alto índice de mortalidad.

## 7. BIBLIOGRAFÍA

- Bailo Aysa, A., Ballarín Riazuelo, M., Domingo Lizaga, A., Orós Rodrigo, M., Fuertes Hernández, A. B., y Ginés Gomez, C. (2023, marzo). *Caso clínico: Plan de cuidados de enfermería en paciente con fractura de cadera a la espera de intervención quirúrgica*. [https://revistasanitariadeinvestigacion.com/caso-clinico-plan-de-cuidados-de-enfermeria-en-paciente-con-fractura-de-cadera-a-la-espera-de-intervencion-quirurgica/#google\\_vignette](https://revistasanitariadeinvestigacion.com/caso-clinico-plan-de-cuidados-de-enfermeria-en-paciente-con-fractura-de-cadera-a-la-espera-de-intervencion-quirurgica/#google_vignette)
- Bardales Mas, Y., González Montalvo, J. I., Abizanda Soler, P., y Alarcón Alarcón, M. T. (2014). *Guías clínicas de fractura de cadera. Comparación de sus principales recomendaciones*. <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-pdf-S0211139X12000728>
- Bengoa, F., Carrasco, M., Amenábar, P. P., Schweitzer, D., Botello, E., y Klaber, I. (2017). Perioperative care of older patients with hip fractures. *Revista médica de Chile*, 145(11), 1437-1446. <https://doi.org/10.4067/s0034-98872017001101437>
- Carpintero, P., Caeiro, J. R., Carpintero, R., Morales, A., Silva, S., y Mesa, M. (2014). Complications of hip fractures: A review. *World Journal of Orthopedics*, 5(4), 402-411. <https://doi.org/10.5312/wjo.v5.i4.402>
- Domínguez González, A., y Herrero Jaén, S. (2018). *Análisis del sistema de limitación de acción en los requerimientos de autocuidado: Una aproximación a un nuevo paradigma de dependencia en salud*. 28. <https://scielo.isciii.es/pdf/ene/v12n1/1988-348X-ene-12-01-788.pdf>
- Eurostat statist explained. (2022). *Healthcare personnel statistics—Nursing and caring professionals* [dataset]. [https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Healthcare\\_personnel\\_statistics\\_-\\_nursing\\_and\\_caring\\_professionals](https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Healthcare_personnel_statistics_-_nursing_and_caring_professionals)

- García-Navas García, F. M., y Fernández Martínez, N. (2018). *Tipos de fractura de cadera y tratamiento quirúrgico*. 2. <https://sefraos.es/wp-content/uploads/2021/11/GUIA-DE-ORTOGERIATRIA-SCMGG-def-con-isbn.pdf#page=23>
- Gracia Polo, E., Abad Frías, Y., Blázquez Martínez, C., Marzo Julián, R., Vicente Calvo, M., y Cabeza Larraga, M. A. (2023, abril). *Plan de cuidados enfermeros en el paciente con fractura osteoporótica de cadera*. <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/plan-de-cuidados-enfermeros-en-el-paciente-con-fractura-osteoporotica-de-cadera/>
- Guerrero Fernández, Y. M. (2021). *Intervenciones de enfermería en el post operatorio tras una artroplastia total de cadera*. 47(5), 220-227. <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/intervenciones-de-enfermeria-en-el-post-operatorio-tras-una-artroplastia-total-de-cadera/>
- Horikawa, A., Miyakoshi, N., Shimada, Y., y Kodama, H. (2014). Comparison of activities of daily living after osteoporotic hip fracture surgery in patients admitted from home and from geriatric health service facilities. *Clinical Interventions in Aging*, 9, 1847-1851. <https://doi.org/10.2147/CIA.S69244>
- Ministerio de Sanidad. (2022). *Actualización del documento de consenso sobre prevención de la fragilidad en la persona mayor*. [https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/envejecimientoSaludable/fragilidadCaidas/docs/ActualizacionDoc\\_FragilidadyCaidas\\_personamayor.pdf](https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/envejecimientoSaludable/fragilidadCaidas/docs/ActualizacionDoc_FragilidadyCaidas_personamayor.pdf)
- Mosk, C. A., Mus, M., Vroemen, J. P., Van der Ploeg, T., Vos, D. I., Elmans, L. H., y Van der Laan, L. (2017). Dementia and delirium, the outcomes in elderly hip fracture patients. *Clinical Interventions in Aging*, 12, 421-430. <https://doi.org/10.2147/CIA.S115945>
- Pareja Sierra, T., y Rodríguez Solís, J. (2018). Tratamiento médico perioperatorio del anciano ingresado por fractura de cadera. *Medicina Clínica*, 143(10), 455-460. <https://doi.org/10.1016/j.medcli.2014.03.030>
- Pascual Hernández, M. J., Huarte Ruiz, M. J., Santiago De la Torre, E., y Hurtado Alcalá, A. (2018). *GUÍA DE ORTOGERIATRÍA. Cuidados de Enfermería en el anciano con fractura de cadera*.

<https://sefraos.es/wp-content/uploads/2021/11/GUIA-DE-ORTOGERIATRIA-SCMGG-def-con-isbn.pdf>

Plaza-Carmona, M., Requena-Hernández, C., y Jiménez-Mola, S. (2020). Características funcionales de mujeres octogenarias con fractura de cadera después del alta hospitalaria. *Index de Enfermería*, 29(3), 122-126.

[https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1132-12962020000200005&lng=es&nrm=iso&tlng=es](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1132-12962020000200005&lng=es&nrm=iso&tlng=es)

Rodríguez Couso, M., y Rodríguez-Miñón Otero, I. (2018). *Prevención y tratamiento de síndrome confusional agudo en el ingreso por fractura de cadera*. <https://sefraos.es/wp-content/uploads/2021/11/GUIA-DE-ORTOGERIATRIA-SCMGG-def-con-isbn.pdf>

Saéz López, P., González Montalvo, J. I., Ojeda Thies, C., Pareja Sierra, T., Condorhuamán Alvarado, P. Y., y Gómez Campelo, P. (2021). *Informe Anual Red Nacional de Fractura de Cadera* (p. 104). RNFC. <https://rnfc.es/wp-content/uploads/2023/02/Informe-RNFC-2021.pdf>

Santamaría Delgado, A., y Cañete Serrano, S. (2016). *Plan de cuidados en paciente con fractura de cadera*.

[https://issuu.com/colegioenfermerianavarra/docs/pulso\\_85?id=2640&user=unizaragoza&nivel=2&url=https://issuu.com/colegioenfermerianavarra/docs/pulso\\_85](https://issuu.com/colegioenfermerianavarra/docs/pulso_85?id=2640&user=unizaragoza&nivel=2&url=https://issuu.com/colegioenfermerianavarra/docs/pulso_85)

Solou, K., Tyllianakis, M., Kouzelis, A., Lakoumentas, J., y Panagopoulos, A. (2022). Morbidity and Mortality After Second Hip Fracture With and Without Nursing Care Program. *Cureus*, 14(3), e23373. <https://doi.org/10.7759/cureus.23373>

Zaragoza Sosa, D., González Laureani, J., y King Martínez, A. C. (2019). Fractura de cadera en adultos mayores: Impacto del tratamiento quirúrgico oportuno en la morbimortalidad. *Revista de la Facultad de Medicina (México)*, 62(6), 28-31. <https://doi.org/10.22201/fm.24484865e.2019.62.6.04>

## 8. ANEXOS

**Anexo 1. Desarrollo.** (Pascual Hernández et al., 2018).

Base de datos	Tipo estudio	Resultado
Google académico	Revisión bibliográfica	<p><b>Movilización</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>● Comenzar la sedestación y ejercicios a las 24 horas de la cirugía, salvo contraindicación médica. También caminar a diario y dar el primer paso en carga con la pierna operada y después la sana, además de utilizar calzado cerrado y antideslizante.</li></ul> <p><b>Delirio</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>● Se debe recordar a la familia el manejo del delirium</li></ul>

**Anexo 1. Desarrollo.** (Pareja Sierra y Rodríguez Solís, 2018).

Base de datos	Tipo estudio	Resultado
Science direct	Revisión bibliográfica	<p><b>Control de dolor</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Ajuste de analgésicos previamente indicados según evolución. El tratamiento intravenoso será reemplazado por la vía oral en tercer día del postoperatorio salvo complicaciones</li> </ul> <p><b>Delirium</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Evaluación diaria, prevención–abordaje con medidas conductuales y tratamiento farmacológico si es preciso, intentando siempre pautar la mínima dosis de los fármacos</li> <li>● Valorar la relación de insomnio y síndrome confusional con posibles complicaciones o mal control de dolor. Por la gran relación de delirium nocturno y dolor en estos pacientes es fundamental garantizar analgesia suficiente, teniendo en cuenta la dificultad para manifestarse de los pacientes con deterioro cognitivo</li> </ul> <p><b>Movilización precoz</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● En caso de aprobación del equipo quirúrgico se debe intentar sedestación al día siguiente de la cirugía. A las 48 horas, fomentar la deambulación enseñando previamente ejercicios.</li> </ul> <p><b>Nutrición</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● El empleo de suplementos nutricionales orales como vitamina D y calcio en pacientes frágiles se ha corroborado que reduce las complicaciones tras una cirugía de cadera.</li> </ul> <p><b>Lugar tras el alta</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● En los días previos a la fecha prevista de alta se valorará si es posible el retorno al domicilio previo en función del soporte social disponible y si es preciso continuar tratamiento rehabilitador ambulatorio. Se evaluará la conveniencia de traslado a una unidad de convalecencia de forma eventual. Si el paciente procedía de residencia, garantizar que existan en ella los medios necesarios para continuar la recuperación funcional.</li> </ul>

**Anexo 1. Desarrollo.** (Horikawa et al., 2014).

Base de datos	Grupo muestra	Objetivo	Tipo estudio	Intervención	Resultado
Pubmed	99	Resultado de las ABVD tras la fractura de cadera	Estudio comparativo	Evaluación de los factores asociados con ABVD y la capacidad de caminar	<p><b>Alta a domicilio</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Mejor desarrollo de las ABVD que aquellos que vivían en residencias</li> </ul> <p><b>Movilización precoz</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Después de la operación puede lograr beneficios en la función física especialmente aquellos con deterioro cognitivo frente a los que conservan la función cognitiva.</li> </ul> <p><b>Delirio</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Gran proporción de pacientes tras un ingreso por fractura de cadera deliran y desarrollan demencia tras el delirio.</li> <li>● Consecuencia mayor tasa de mortalidad en pacientes con delirio frente a los que no sufren y menor probabilidad de recuperar capacidad física tras el alta</li> </ul>

**Anexo 1. Desarrollo.** (Mosk et al., 2017).

Base de datos	Grupo muestra	Objetivo	Tipo estudio	Intervención	Resultado
Pubmed	566	Ampliar el conocimiento previo sobre los factores de riesgo del delirio y sus consecuencias	Estudio cohorte retrospectivo	Sistema de archivos de pacientes electrónico	<p><b>Delirio</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Se asocia con el deterioro de la recuperación funcional y cognitiva, mayor duración de la estancia hospitalaria y mayor gasto sanitario</li> </ul> <p><b>Complicaciones</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Actuando sobre factores de riesgo, los cuales son la edad avanzada, la demencia (siendo este el predominante), el delirio previo y la dependencia del individuo entre otros. Realizando una evaluación inicial</li> </ul>

**Anexo 1. Desarrollo.** (Carpintero et al.,2014).

Base de datos	Tipo estudio	Resultado
Pubmed	Revisión bibliográfica	<p><b>Delirio</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>● Afecta del 13,5% al 33% de estos pacientes. Tiene una presentación variable.</li><li>● Se ha demostrado que el oxígeno a 3-4 L/min continuamente hasta el día 2 después de la cirugía, o mientras la saturación de oxígeno del paciente sea menor de 95%, reduce el riesgo de delirio</li></ul> <p><b>Dolor</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>● El dolor puede contribuir al delirio, una analgesia postoperatoria adecuada que minimice el uso de sedantes y anticolinérgicos parece disminuir su riesgo.</li></ul> <p><b>Factores de riesgo</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>● Factores post quirúrgicos como la demencia, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, la infección respiratoria, la insuficiencia cardíaca y la anemia.</li><li>● Incluso con una atención óptima, los pacientes traumatizados de edad avanzada sufren una tasa de morbilidad y mortalidad más alta en comparación con la población general y, a menudo, exigen cuidados postoperatorios hospitalarios costosos.</li></ul>

**Anexo 1. Desarrollo.** (Bengoa et al., 2017).

Base de datos	Tipo estudio	Resultado
Scielo	Revisión bibliográfica	<p><b>Dolor</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>● Evaluación del dolor postoperatorio en pacientes ancianos puede ser dificultosa, dado que presentan un aumento del umbral del dolor, por tanto, debe ser una de las primeras medidas a tratar dado que se mejorará el confort del paciente, existen distintas estrategias, como revisar la polifarmacia.</li></ul> <p><b>Nutrición</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>● Si la nutrición es adecuada tienen más probabilidades de que la herida quirúrgica cicatrice en menor tiempo y de una forma más adecuada. La malnutrición es una patología muy común en pacientes con fractura de cadera, presente hasta en 48%, y es un signo de fragilidad del anciano.</li></ul> <p><b>Movilización</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>● Se debe iniciar una movilización postoperatoria precoz del paciente intervenido, permitiendo la sedestación y la carga progresiva con apoyo desde el día siguiente de la intervención. El progreso será variable y dependerá del tipo de fractura y de cada paciente.</li></ul>

**Anexo 1. Desarrollo.** (Plaza- Carmona et al., 2020).

Base de datos	Grupo muestra	Objetivo	Tipo estudio	Intervención	Resultado
Scielo	96	Identificar las principales características clínicas, funcionales y cognitivas de las mujeres octogenarias hospitalizadas con diagnóstico de fractura de cadera en el Hospital Universitario de León.	Estudio observacional transversal	Muestreo de conveniencia. La muestra del estudio se compuso de mujeres ingresadas con diagnóstico de fractura de cadera	<p><b>Complicaciones</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>El uso de la cirugía dentro de las primeras 24-36 horas tras la fractura es recomendable para la mayoría de los pacientes, ya que su retraso conlleva un aumento de la estancia hospitalaria media, un mayor riesgo de infección de la prótesis, un aumento de reingresos, así como un aumento del coste sanitario. Sin embargo, la cirugía temprana es raramente posible debido al gran número de comorbilidades presentadas por los pacientes, lo que dificulta la preparación para la cirugía.</li> </ul> <p><b>Lugar tras alta</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Los pacientes que se trasladaron al domicilio familiar tuvieron mejor pronóstico en la recuperación funcional e independencia con respecto a las pacientes que se recuperan en un centro residencial.</li> </ul>

**Anexo 1. Desarrollo.** (Santamaría Delgado y Cañete Serrano, 2016).

Base de datos	Grupo muestra	Objetivo	Tipo estudio	Intervención	Resultado
Cuiden	12	Visualizar las actividades de Enfermería basadas en los patrones funcionales de salud de Marjory y Gordon	Estudio observacional descriptivo	Muestreo de conveniencia. La muestra del estudio compuso de mujeres ingresadas con diagnóstico de fractura de cadera	<p><b>Complicaciones</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Se destaca la valoración inicial del paciente. De parte de enfermería se realizará una vigilancia y valoración de sus necesidades básicas, movilidad, y rehabilitación, además de una atención integral.</li> </ul>

**Anexo 1. Desarrollo.** (Gracia Polo et al., 2023).

Base de datos	Tipo estudio	Resultado
Cuiden	Plan de cuidados	<p><b>Complicaciones</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Son más los pacientes que no recuperan la situación previa a la fractura de los que sí. Durante los seis primeros meses se produce la mayor recuperación, aunque se puede mejorar hasta los doce meses tras la fractura.</li> </ul> <p><b>Factores de riesgo</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• De los factores de riesgo se ha visto se podría actuar antes de producirse la fractura de cadera, de forma preventiva, para evitar complicaciones postquirúrgicas siendo fundamental el seguimiento clínico y estrecho de estos pacientes y el manejo integral del paciente. En la fase postoperatoria la finalidad es recuperar la funcionalidad.</li> </ul>

**Anexo 1. Desarrollo.** (Guerrero Fernández, 2021).

Base de datos	Tipo estudio	Resultado
Enfispo	Revisión bibliográfica	<p><b>Complicaciones</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Una vez diagnosticada la fractura, el tratamiento de elección y la intervención se recomienda realizarla durante las primeras 48 horas, se ha demostrado que disminuye las complicaciones y mejora la evolución.</li> </ul>

**Anexo 2. Desarrollo.** Resultados sobre los cuidados de enfermería en la fractura de cadera.

Estudio	Pascual Hernández et al	Pareja sierra y Rodríguez Solís	Horikawa et al	Mosk et al	Carpintero et al	Bengoia et al	Plaza-Carmona et al	Santamaría-Delgado y Cañete Serrano	Gracia Polo et al	Guerrero Fernández
<b>Control del dolor</b>		Ajuste de analgésicos previamente indicados Insomnio y SCA relación con posible mal control del dolor.			Analgesia adecuada, minimizando sedantes y anticolinérgicos .	Evaluación del dolor dificultosa por aumento del umbral del dolor  Revisión de polifarmacia				
<b>Movilización precoz</b>	Sedestación y ejercicios 24 tras cirugía salvo contraindicación  Caminar a diario  Primer paso con pierna operada y después la sana	Con aprobación de equipo quirúrgico intentar sedestación a las 24 horas tras cirugía 48 horas deambulación y enseñar ejercicios de movilidad				Sedestación y carga progresiva con apoyo desde el día siguiente a intervención POM		Valoración inicial al paciente Vigilancia, valoración necesidades, movilidad y rehabilitación Atención integral.		

**Anexo 2. Desarrollo. Resultados sobre los cuidados de enfermería en la fractura de cadera.**

<p><b>Delirium</b></p>	<p>Recordar a familia</p>	<p>Evaluación diaria  Prevención-abordaje medidas conductuales y uso farmacológico, el menor posible</p>	<p>Rehabilitación intensiva postoperatoria beneficios especialmente en personas con deterioro cognitivo  Delirio en FC, desarrollan demencia con más predisposición y menos probabilidad de recuperar función física que aquellos que no tienen demencia</p>	<p>Delirio postoperatorio se asocia con deterioro de la función cognitiva y psíquica</p>	<p>Oxígeno en los dos días posteriores o si la saturación es menor de 95% reduce el riesgo de delirio</p>					
<p><b>Factores relacionados con complicaciones postoperatorias</b></p>					<p>Factores de riesgo de mayor mortalidad en los meses posteriores a una fractura de cadera la demencia, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, la infección respiratoria, la insuficiencia cardíaca, la anemia</p>		<p>Cirugía en 24-36 horas recomendable, retraso conlleva mayor estancia hospitalaria Es difícil por gran comorbilidades</p>		<p>Proporción pacientes que recuperan situación previa es menor que las que no recuperan 6 meses mayor recuperación Se puede actuar sobre los factores de riesgo para prevenir complicaciones postquirúrgicas Fundamental seguimiento clínico y manejo integral Finalidad recuperar funcionalidad</p>	<p>Intervención primeras 48 horas, menores complicaciones y mejor evolución</p>

**Anexo 2. Desarrollo. Resultados sobre los cuidados de enfermería en la fractura de cadera.**

<p><b>Domicilio frente a residencia</b></p>		<p>Valorar si es posible el retorno a domicilio Evaluará el traslado a una residencia de forma puntual Sí procedía a residencia garantizar que existan medio necesarios</p>	<p>Mejor desarrollo de las ABVD en personas con alta a domicilio</p>				<p>Lugar de recuperación, domicilio mejor recuperación funcional</p>			
<p><b>Nutrición</b></p>		<p>Vitamina D y calcio reduce complicaciones tras cirugía.</p>				<p>Aquellos pacientes con nutrición adecuada tienen más probabilidades de que la herida quirúrgica cicatrice en menor tiempo y de una forma más adecuada. La malnutrición es una patología muy común en pacientes con fractura de cadera.</p>				



