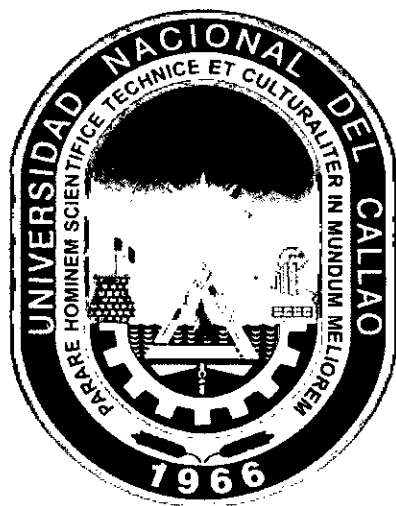


UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



**CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN ADULTOS MAYORES CON
FRACTURA DE CADERA EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA DE
ESPECIALIDADES DEL HOSPITAL JOSÉ CAYETANO HEREDIA
ESSALUD PIURA, 2014- 2016**

**INFORME DE EXPERIENCIA LABORAL PROFESIONAL PARA OPTAR
EL TITULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL DE
ENFERMERÍA EN CUIDADOS QUIRÚRGICOS**

EVELYN JANNINA, LOZANO PALACIOS

**Callao, 2017
PERÚ**

HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

MIEMBROS DEL JURADO:

- | | |
|---------------------------------------|------------|
| ➤ DR. JUAN BAUTISTA NUNURA CHULLY | PRESIDENTE |
| ➤ LIC. ESP. YRENE ZENAIDA BLAS SANCHO | SECRETARIA |
| ➤ MG. RUTH MARITZA PONCE LOYOLA | VOCAL |

ASESORA: DRA. AGUSTINA PILAR MORENO OBREGÓN

Nº de Libro: 04

Nº de Acta de Sustentación: 230

Fecha de Aprobación del Informe de Experiencia Laboral: 29/06/2016

Resolución Decanato N° 1687-2017-D/FCS de fecha 26 de Junio del 2017 de designación de Jurado Examinador de Informe Laboral para la obtención del Título de Segunda Especialización Profesional.

ÍNDICE

	Pág.
INTRODUCCIÓN	2
I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	4
1.1 Descripción de la Situación Problemática	4
1.2 Objetivo	6
1.3 Justificación	6
II. MARCO TEÓRICO	8
2.1 Antecedentes	8
2.2 Marco Conceptual	12
2.3 Definición de Términos	35
III. EXPERIENCIA PROFESIONAL	36
3.1 Recolección de Datos	36
3.2 Experiencia Profesional	36
3.3 Procesos Realizados del Informe	37
IV. RESULTADOS	47
V. CONCLUSIONES	53
VI. RECOMENDACIONES	55
VII. REFERENCIALES	57
ANEXOS	60

INTRODUCCIÓN

La fractura proximal de fémur o fractura de cadera (FC) supone uno de los principales problemas de salud de la población anciana, origina un incremento de morbilidad, mortalidad, deterioro funcional, costes y aumenta el grado de dependencia y de institucionalización de estos pacientes lo cuales en su mayoría son de grado II y III con múltiples patologías crónico degenerativas, y de compleja situación socio familiar y económica (1), en donde el profesional de enfermería debe contar con un amplio nivel de conocimientos, destrezas y habilidades para el cuidado de personas de este grupo etéreo frágil con patología quirúrgica que merma aún mas su independencia y autocuidado, exigen además un trabajo multidisciplinario y que involucre a sus familiares ya que el entorno familiar es un aliado muy valioso en la recuperación del paciente y la prevención de las complicaciones y reingresos (2).

El presente informe CUIDADOS DE ENFERMERIA A PACIENTES ADULTOS MAYORES CON FRACTURA DE CADERA EN EL SERVICIO DE CIRUGIA DE ESPECIALIDADES DEL HOSPITAL III CAYETANO HEREDIA ESSALUD PIURA, 2014- 2016 tiene como propósito informar y reflexionar sobre el trabajo profesional de las enfermeras en este grupo de pacientes. El informe se desarrolló mediante la utilización de las técnicas como la observación, y el análisis documentado de los datos

estadísticos los mismo que han permitido abordar la problemática de la práctica de enfermería en el cuidado de este tipo de pacientes como preoperatorio prolongado, insuficiente dotación de personal, infraestructura poco idónea con hacinamiento, equipamiento y mobiliario deteriorado por su antigüedad, por lo que finalmente se proponen recomendaciones que pueden optimizar el trabajo hacia el bienestar y recuperación precoz del paciente en el cual se incluye a todo el equipo multidisciplinario y a la familia a fin de evitar complicaciones y /o reingresos a fin de mejorar la calidad de vida del paciente y la familia cuidadora.

Consta de VII capítulos: los cuales se definen a continuación. El capítulo I describe el planteamiento del problema, los objetivos, justificación e importancia, el capítulo II incluye los antecedentes y el marco teórico, el capítulo III considera la presentación de la experiencia profesional el capítulo IV los resultados y el capítulo V las conclusiones, el capítulo VI las recomendaciones y el capítulo VII los referenciales y un anexo de guía de educación de autocuidados del paciente operado de fractura de cadera.

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción de la situación problemática:

El incremento de la esperanza de vida al nacer ha conllevado al aumento de la población del grupo etareo de adultos mayores los cuales a su vez tienen altas incidencias de fracturas ocasionadas por múltiples factores (3). En los últimos 30 años se ha producido un progresivo incremento de la incidencia de fractura de cadera, tal es el caso que en los países europeos se le ha denominado "epidemia ortopédica". (1,2) La frecuencia de las caídas en el hogar afecta casi a la tercera parte de las personas mayores de sesenta y cinco años. Determinados estudios afirman que la mitad de la población mayor de ochenta años sufre de caídas al menos una vez al año; las caídas se asocian al 90 % de fracturas(3).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha estimado el número de fracturas de cadera aumentaran en el orden de dos millones de personas al año, durante los próximos 25 años y superará los 6 millones en el año 2050. A nivel global, la incidencia de fractura de cadera se incrementa con la edad ocurriendo el 90% de ellas en mayores de 50 años (4). Según los reportes, la edad media de presentación es de 80 años. Se ha determinado que la incidencia global de fracturas de cadera es de 240/100.000 hab., siendo mayor en mujeres (323/100.000 hab.) que en hombres (157/100.000 hab.).(5)

Eata situación es muy similar también a nivel nacional ya que de las fracturas ocasionadas en el adulto mayor tenemos con mayor incidencia las fracturas de cadera, siendo una de las patologías mas incapacitantes para el adulto mayor el cual a su vez se convierte en un factor de riesgo para otras complicaciones, ya que muchas veces su estado nutricional e inmunológico no es el más óptimo para afrontar exitosamente la estancia hospitalaria incrementándose en ellos el riesgo de complicaciones tales como la neumonía, delirium, riesgo de caídas y de úlceras por presión, úlceras gástricas, etc.(5) Motivo por el cual se convierte en un reto el cuidado del paciente adulto mayor con fractura de cadera, quien en la mayoría de las veces también requerirá de la colocación de prótesis de cadera, dada la existencia de osteoporosis y artrosis de cadera en el adulto mayor.

El hospital Cayetano Heredia de Piura cuenta con la unidad traumatología y ortopedia quien a su vez pertenece al servicio de cirugía especialidades, el cual tiene un elevado número de paciente adultos mayores con fractura de cadera, que dado los factores antes mencionados se convierten en mi área de interés en el presente informe.

1.2. Objetivos:

Describir el cuidado enfermero en adultos mayores sometidos a cirugía por fractura de cadera en el servicio de cirugía especialidades del hospital Cayetano Heredia EsSalud Piura.

1.3. Justificación:

El presente informe de experiencia profesional tiene por finalidad dar a conocer el cuidado enfermero en el paciente adulto mayor sometido a la cirugía por fractura de cadera en el servicio de cirugía especialidades unidad de traumatología del Hospital Cayetano Heredia Es salud Piura, para lograr el desarrollo personal profesional en esta área en base a las teorías de enfermería y el marco teórico que comprende la realidad del adulto mayor susceptible de presentar fractura y requerir una intervención quirúrgica agregado a su ya compleja situación de salud y estado de independencia física y social.

NIVEL TEORICO, permitirá profundizar respecto a los cuidados que requieren los pacientes operados del fractura de cadera del adulto mayor.

NIVEL PRACTICO permitirá aumentar las destrezas de los profesionales, estudiantes y o familiares respecto a las intervenciones en el cuidado del paciente adulto mayor operado de fractura de cadera

NIVEL ECONÓMICO dado que el paciente adulto mayor tiene múltiples comorbilidades la descripción de la importancia del trabajo multidisciplinario repercute en el cuidado de calidad y la reducción de costos tanto para la institución como para la familia del paciente adulto mayor con fractura de cadera

NIVEL SOCIAL, beneficiara a la familia que tiene dentro de su hogar un integrante con fractura de cadera, su reincorporación y rehabilitación será más precoz si se brinda un cuidado multidisciplinario y conociendo los diversos factores que contribuyen en la recuperación del paciente adulto mayor

II. MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de estudio:

2.1.1. Antecedentes internacionales

Montalbán Quesada, S. (2012), en el estudio evaluación funcional en el anciano intervenido en fractura de cadera, cuyo estudio fue de tipo observacional prospectivo en pacientes mayores de 65 años intervenidos de fractura de cadera. El objetivo fue conocer la evolución funcional de los pacientes a los tres meses del alta hospitalaria, identificar variables relacionadas con dicha recuperación funcional, describir la mortalidad e institucionalización asociadas al proceso. Se analizaron variables demográficas como edad, sexo, convivencia. Otros aspectos registrados fueron: comorbilidad, deterioro cognitivo, capacidad para caminar, nivel de dependencia según índice de Barthel, institucionalización y mortalidad. Se recogió la información al ingreso y a los 3 meses del alta. El 89,6% de la muestra, fueron mujeres, la edad media fue de 83,56 años. El 40% de los pacientes recuperaron la independencia previa registrándose una mortalidad del 16,7% así como una leve progresión hacia la institucionalización. La capacidad funcional y el deterioro cognitivo del paciente, previos a la fractura condicionan su recuperación funcional y dependen de la evaluación funcional en ancianos intervenidos de fractura de cadera (5)

Paredes Romero, L. (2014), En su estudio influencia de los cuidados de enfermería y multidisciplinarios en la recuperación de pacientes sometidos a osteosíntesis en el servicio de traumatología del ISS (Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social) de Ambato Ecuador. El estudio tiene un enfoque predominantemente cualitativo, es también cuantitativa y de campo dentro de sus conclusiones menciona la mayor parte de personal de enfermería conoce acerca de la atención de enfermería que se debe brindar a los pacientes sometidos a osteosíntesis, pero realizan una limitada atención pues los cuidados son los necesarios pero no los suficientes como para lograr una atención de calidad y calidez para el usuario, la mayor parte de ocasiones el trabajo se ha vuelto rutinario la enfermera se dedica a labores como ejecutar las prescripciones médicas dejando de lado lo más importante que es la movilización del paciente y la educación para los cuidados domiciliarios. Además no cuentan con protocolos para su ejecución.(6)

García García Elena (España 2011) en su tesis titulada, Evaluación de la estancia hospitalaria en prótesis de cadera cuyo OBJETIVO fue evaluar la estancia hospitalaria en artroplastia de cadera. METODOLOGÍA: Se ha utilizado una metodología mixta. Mediante la investigación cualitativa se han analizado indicadores

organizativos, científico-técnicos y de resultado en el discurso de los profesionales del servicio de traumatología y de los pacientes. Con metodología cuantitativa, se han analizado los datos de las historias clínicas de los pacientes. RESULTADOS: La edad media de 77,36 años, fractura de cadera con implantación de prótesis parcial (61,4% de los casos), el total de partes interconsulta (2,54 de media,) y el retraso en cursar los PIC a rehabilitación (2,53 días de media), están relacionados con el aumento de la estancia media, coincidiendo los resultados del análisis cualitativo y el cuantitativo. CONCLUSIONES: La alta variabilidad encontrada se debe al tipo de cirugía, la falta de protocolos clínicos y de trabajo en equipo, la planificación del alta y gestión de camas y problemas sociales. (7)

2.1.2. Antecedentes Nacionales

Morales M, (2016) en su tesis titulada Prevalencia de fractura de cadera en adultos mayores hospitalizados en el servicio de traumatología y ortopedia del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión. Callao – 2014 Objetivo: Determinar la prevalencia de fractura de cadera en adultos mayores hospitalizados en el servicio de Traumatología y Ortopedia del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión durante el período de enero a diciembre

del 2014. Materiales y métodos: Se realizó un estudio observacional, descriptivo, retrospectivo de corte transversal. Se revisaron los casos de fractura de cadera en adultos mayores hospitalizados en el servicio de Ortopedia y Traumatología. Resultados: la prevalencia de 50.6%. El promedio de edad fue de 80.13 años. El sexo femenino fue el más afectado con un 82.5% del total. El 67.5% de los adultos mayores con fractura de cadera presentaron una o más comorbilidades. Las fracturas Extracapsulares fueron las más frecuentes con un 75% de casos. De acuerdo al tipo de fractura por localización anatómica, la Intertrocantérica fue la más frecuente con un 66.25% del total de fracturas. El 38.75% de pacientes fueron intervenidos quirúrgicamente y 61.25% recibieron tratamiento conservador. Conclusiones: La prevalencia de la fractura de cadera en los adultos mayores no corresponde con la prevalencia reportada a nivel internacional. La prevalencia según sexo y edad, la presencia de comorbilidades y los tipos de fracturas reportados son semejantes a lo descrito en la literatura mundial. El tratamiento conservador es el reportado con mayor frecuencia. (8)

Villón J. y Pecho L. (Peru 2003), En su estudio denominado Valoración geriátrica integral y aspectos perioperatorios en ancianos hospitalizados con fractura de cadera por caída de tipo descriptivo prospectivo evaluaron a 101 pacientes mayores de 60 años ingresados al servicio de traumatología del HNGA Es salud por fractura de cadera, llegaron a los siguientes conclusiones: la mayoría de ancianos hospitalizados son fractura de cadera son bastante frágiles, reciben tratamiento quirúrgico tardío, tiene muchas complicaciones, quedan con marcado deterioro funcional y no reciben adecuada continuidad de cuidados de rehabilitación (9)

2.2. MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL

2.2.1. Fractura de cadera

La fractura de cadera se produce cuando la porción más proximal del fémur se fractura, se puede extender hasta 5 cm por debajo del trocánter menor. (10)

2.2.1.1. Epidemiología

La incidencia de fractura de cadera se incrementa con la edad, ocurriendo el 90% de ellas en mayores de 50 años. La edad media de presentación es de 80 años y cerca del 80% de los

afectados son mujeres (2-3 veces más frecuente en mujeres), en quienes el riesgo anual alcanza el 4% sobre los 85 años de edad. Por otra parte, los pacientes institucionalizados tienen una incidencia tres veces mayor de fracturas de cadera que aquellos que viven en la comunidad.

La mayoría de las fracturas son resultado de caídas o tropiezos, sin embargo cerca del 5% no tiene el antecedente de traumatismo. El daño tiene un origen multifactorial y refleja la tendencia incrementada a caerse, la pérdida de los reflejos protectores y la reducción de la fortaleza ósea.

La tasa de mortalidad a un año luego de haber sufrido una fractura de cadera alcanza entre un 15-20%.

Las fracturas más comunes son las de cuello femoral y las pertrocanterreas, que representan sobre el 90% del total de las fracturas de cadera. (10)

2.2.1.2. Diagnóstico

El diagnóstico de fractura de cadera puede ser, en la mayoría de los casos, fácilmente establecido a través de una historia clínica detallada, un minucioso examen físico y un estudio radiográfico de la cadera afectada que en general confirma el diagnóstico. Sin embargo existen pacientes que refieren dolor en la cadera

luego de sufrir una caída, con subsecuente dificultad para ponerse de pie o caminar y que no presentan alteraciones evidentes en la radiografía (AP y lateral de la pelvis):

- Cerca del 15% de las fracturas de cadera son no desplazadas, y en ellas los cambios radiográficos son mínimos. (5)

2.2.1.3. Clasificación

Las fracturas intracapsulares incluyen:

- Fracturas de la cabeza femoral.
- Subcapitales.
- Transcervicales o medio cervicales.
- Basicervicales.

Las fracturas extracapsulares se dividen en dos subtipos:

- Intertrocantéricas (Pertrocantéricas).
- Subtrocantéricas.

2.2.1.4. Tratamiento ortopédico:

Actualmente es muy raro utilizar el tratamiento conservador debido que ofrece pobres resultados y además requiere una estadía hospitalaria prolongada; por ello la mayoría de las fracturas de cadera son tratadas de manera quirúrgica.

El tratamiento Ortopédico puede plantearse en pacientes institucionalizados con marcada demencia y que experimentan un disconfort mínimo dentro de los primeros días desde ocurrida la fractura. Para tales pacientes, el retornarlos al nivel de funcionalidad previo puede conseguirse sin la cirugía.

El tratamiento conservador de una fractura intracapsular desplazada lleva a una funcionalidad disminuida y dolorosa de la cadera.

Una fractura intracapsular no desplazada puede ser manejada con analgesia y unos pocos días de reposo, seguido de una suave movilización. Sin embargo este esquema terapéutico ofrece un riesgo de desplazamiento subsecuente de la fractura muy elevado.

Las fracturas extracapsulares pueden manejarse con tracción, pero ésta debe mantenerse por uno o dos meses. Los ancianos que típicamente tienen este tipo de fracturas, son gente débil que probablemente no es capaz de soportar esta inmovilización prolongada, la cual puede terminar en pérdida de la movilidad e independencia del paciente. (11)

2.2.1.5. Tratamiento quirúrgico:

Todo paciente con fractura de cadera requiere una evaluación médica meticulosa para poder identificar cualquier condición de morbilidad que pueda afectar el plan de tratamiento. Los desequilibrios hidroelectrolíticos y los problemas cardiopulmonares (sobre todo la falla cardíaca congestiva) deben corregirse antes de que se realice la cirugía.

En general, la cirugía debe realizarse tan pronto como sea posible, usualmente dentro de las primeras 24-48 horas desde el ingreso. Los intervalos de tiempo prolongados entre el ingreso y la realización de la cirugía incrementan el riesgo de complicaciones y de mortalidad postoperatoria, a no ser que el retraso de la cirugía sea con el motivo de estabilizar una condición médica aguda, lo que mejoraría sus resultados. Cualquier retraso en la realización de la cirugía debe ser cuidadosamente considerado, pues el reposo prolongado en cama previo a la cirugía produce incremento de las probabilidades de complicaciones, incluyendo trombosis venosa profunda, complicaciones pulmonares, infecciones urinarias y alteraciones en piel y funéreas.

El tipo de cirugía a realizar dependerá de las características de la fractura (localización, calidad del hueso, desplazamiento y conminución), de una cuidadosa valoración del paciente (edad,

nivel de funcionalidad previo a la fractura y de la capacidad de participar en un programa de rehabilitación) y de la experticia del cirujano. (11)

Los tipos de tratamiento disponibles son:

- Osteosíntesis del cuello femoral
- Prótesis de sustitución (parcial o total)

Con respecto al tipo de anestesia a utilizar en estos pacientes, los datos disponibles actualmente sugieren que la anestesia regional sería superior a la anestesia general, pues reduciría la mortalidad postoperatoria de uno a tres meses; reduciría la incidencia de complicaciones trombo embólicas y también la incidencia del estado confusional agudo postoperatorio.

La utilización de antibióticos (ATB) preoperatorios ha disminuido significativamente la incidencia de infección postoperatoria en los pacientes con fractura de cadera. La primera dosis de ATB es dada usualmente en la sala operatoria justo antes de iniciar la cirugía. La duración del tratamiento ATB luego de la cirugía es variable y en general refleja la preferencia de cada médico; la mayoría los continúa por 48 hrs. luego de la cirugía, incluso, pese a que hay pocos datos que indiquen que un régimen de 48 hrs sea más efectivo que uno de 24 hrs de duración. Los ATB más

utilizados son las cefalosporinas (excepto en aquellos pacientes con alergia a ellas). (5)

El aspecto más importante del manejo postoperatorio es la movilización precoz, la cual debe comenzar el primer día luego de realizada la cirugía de manera progresiva.

Idealmente la recuperación postoperatoria debe promover el caminar con carga, con asistencia según sea necesario. Si no puede alcanzarse la fijación estable de la fractura, puede decidirse limitar la carga para disminuir la posibilidad de falla en la fijación.

La prevención de las complicaciones tromboembolias es crítica luego de una fractura de cadera. Un componente importante de este esfuerzo es lograr la movilización temprana. Los cuidados estándar actuales consisten en la administración de medicación profiláctica. Los regímenes difieren, y todos ellos tienen algún grado de eficacia. La elección del medicamento debe basarse en los datos científicos disponibles, en una cuidadosa valoración de los factores de riesgo específicos de cada paciente y también en las preferencias de cada médico. Diferentes estudios controlados demuestran que la heparina fraccionada, la heparina no fraccionada a dosis ajustadas y los anticoagulantes orales son los métodos más eficaces para reducir la enfermedad

tromboembólica. Al analizar en forma comparativa los diferentes métodos, Heparina de bajo peso molecular (HBPM) obtiene los mejores resultados. Por lo anterior, se recomienda en estos pacientes el uso de HBPM como método profiláctico y la duración recomendada de la terapia debiera ser de 35 días. (5)

2.2.1.6. Complicaciones postoperatorias:

Las complicaciones más frecuentes luego de realizado el tratamiento incluyen:

- Dislocación de la prótesis: el riesgo de dislocación es elevado durante el postoperatorio inicial, pero la incidencia global es baja; el tratamiento generalmente consiste en una reducción cerrada seguida de una limitación temporal de las actividades de rehabilitación.
- Pérdida de la fijación: menos del 15% de los pacientes que ha experimentado fijación interna del cuello femoral o fracturas intertrocanteréas.
- Infección: en menos del 5% de los casos.
- No unión y osteonecrosis: ocurren tardíamente (meses-años) y son más comúnmente encontradas luego de la fijación interna de

una fractura desplazada de cuello femoral que luego de la fijación interna de una fractura intertrocantérea.

- Aflojamiento de la prótesis: si es que ocurre suele verse luego de años de la cirugía. (5)

2.2.1.7. Mortalidad:

Los estudios epidemiológicos muestran que la fractura de cadera se asocia con un significativo incremento del riesgo de mortalidad por 6-12 meses luego del daño. Sin embargo, una vez pasado el primer año desde ocurrida la fractura la tasa de mortalidad se iguala a las personas de su misma edad y género que no han sufrido la fractura.

El incremento del riesgo de muerte luego de sufrir la fractura de cadera se asocia con:

- Edad avanzada.
- Sexo masculino.
- Enfermedad sistémica mal controlada.
- Enfermedad Psiquiátrica.
- Institucionalización.
- Manejo quirúrgico antes de estabilizar condiciones médicas.
- Complicaciones postoperatorias.

2.2.1.8. Recuperación de la marcha:

El principal componente para la recuperación funcional es el recobrar la capacidad para caminar, pues tiene importantes implicancias para lograr su capacidad de independencia. Cerca del 50-65% de los pacientes con fractura de cadera recuperan su nivel previo de deambulaci3n, el 10-15% no recupera la capacidad para caminar fuera del hogar y cerca del 20% pierde la capacidad de deambular dentro y fuera del hogar.

2.2.1.9. Retorno domiciliario:

La capacidad de retornar al hogar luego de sufrir una hospitalizaci3n por fractura de cadera es otra importante medida para evaluar el resultado. La proporci3n de pacientes que son capaces de retornar al hogar fluctúa entre 40-90% en varios estudios. Este amplio rango se debe en parte a las diferencias regionales en la disponibilidad de servicios de cuidado domiciliario, la disponibilidad de camas de corta estadía en estaciones de enfermería especializada y del énfasis colocado en retornar a casa.

2.2.1.10. Recuperaci3n de la independencia funcional:

Para conseguir una independencia funcional y regresar al hogar luego de una fractura de cadera, el paciente debe:

- Recuperar la capacidad para realizar las actividades básicas de la vida diaria, las que incluyen: alimentarse por sí mismo, bañarse, vestirse y ser capaz de usar el baño.

- Realizar actividades instrumentales de la vida diaria: comprar su comida, preparar sus alimentos, manejar sus finanzas, lavar su ropa, realizar actividades domésticas y ser capaces de utilizar el transporte público. Una proporción sustancial de los pacientes ancianos con fracturas de cadera no recuperan su capacidad para realizar sus actividades básicas o instrumentales de la vida diaria: 33-40% de los pacientes recuperan su capacidad previa para realizar sus actividades básicas de la vida diaria, pero sólo un 14-21% recupera su capacidad para realizar las actividades instrumentales básicas de la vida diaria. La mayoría de las recuperaciones ocurren dentro de los primeros seis meses luego de ocurrida la fractura. (10)

2.2.1.11. Prevención de nuevas fracturas

La identificación y tratamiento de los factores de riesgo modificables, incluyendo la osteoporosis, son vitales para poder prevenir las fracturas de cadera. La osteoporosis es probablemente la enfermedad más importante asociada con las fracturas de cadera. Por tanto su prevención resulta

crucial para reducir el riesgo de padecerla, especialmente en mujeres postmenopáusicas.

A pesar de la presencia de factores de riesgo y si no existen contraindicaciones, a todos los pacientes se les debe fomentar el tomar una dosis apropiada de calcio (1000-1500 mg/día) y vitamina D (400-800 UI/día), además de hacer ejercicios para fortalecer la musculatura y obtener un adecuado peso corporal. Otra intervención utilizada destinada a disminuir el riesgo de osteoporosis y las subsecuentes fracturas de cadera incluyen el uso de bifosfonatos o moduladores selectivos de los receptores de estrógeno, abandonar el hábito tabáquico, la moderación del consumo de alcohol, terapia de estabilización de la marcha y el uso de dispositivos de asistencia para prevenir las caídas (10)

2.2.2 Cuidado enfermero

2.2.2.1. Cuidado enfermero en el preoperatorio

Periodos mediatos e inmediatos en fase pre-operatorio.

El periodo preoperatorio es el lapso que transcurre desde una decisión para efectuar la intervención quirúrgica al paciente, hasta que es llevado a la sala de operaciones. Este periodo se clasifica con base a la magnitud de la

intervención quirúrgica mayor o menor, o bien programada o de urgencia.

Periodo mediato.

A partir de la decisión hasta 12 horas antes, dependiendo de la intervención quirúrgica, ya sea mayor o menor respectivamente.

Periodo inmediato.

De las 12 horas antes de la intervención quirúrgica, hasta la llegada a la sala de operaciones.

Las acciones de enfermería en el periodo mediato pueden ser:

Generales: aquellas acciones que se proporcionan a todo tipo de pacientes de acuerdo con la rutina hospitalaria establecida.

Específicas: son aquellas acciones que se proporcionan de acuerdo con el tipo de intervención quirúrgica a que va a ser sometido. Las acciones de enfermería en el periodo preoperatorio inmediato tienen como objetivo preparar psíquica y físicamente al paciente que va a ser intervenido quirúrgicamente. (12)

Diagnóstico de enfermería según necesidades del paciente en la hospitalización:

- Deterioro de la movilidad física.
- Deterioro neurovascular.
- Dolor relacionado con fractura.
- Déficit del autocuidado: higiene, vestirse/acicalamiento.
- Riesgo de tromboembolismo relacionado con inmovilización.
- Riesgo de deshidratación relacionado con dieta absoluta prequirúrgica.
- Riesgo de úlcera por presión relacionado con la estancia en cama
- Riesgo de estreñimiento relacionado con el largo periodo de inmovilidad.
- Riesgo de infección relacionado con tracción, herida quirúrgica y zonas de drenajes.
- Riesgo de flebitis de la vía periférica.
- Déficit de conocimientos acerca de la movilización, tratamiento, evolución
- Riesgo de atrofia muscular relacionado con el largo periodo de inmovilidad.

- Riesgo de neumonía relacionado con largo periodo de inmovilidad.
- Riesgo de infección urinaria por retención o incontinencia. (13)

Intervenciones de enfermería en el período preoperatorio mediato.

- Recepción del paciente y autorización para su intervención quirúrgica
- Participación en el examen clínico
- Participación en la preparación física del paciente
- Vigilar frecuencia y características de la eliminación
- Aseo personal y preparación de la piel
- Administración de medicamentos
- Apoyo emocional y espiritual

Intervenciones en enfermería en el periodo preoperatorio inmediato.

- Control y registro de signos vitales
- Preparación física al paciente
- Administración de medicamentos pre anestésicos 30 o 45 min antes de la intervención quirúrgica

- Realizar las medidas específicas de acuerdo con el tipo de intervención quirúrgica
- Traslado del paciente en el carro camilla a la unidad quirúrgica o sala de operaciones correspondiente, previa identificación con el método específico de cada institución
- Llevar al paciente al personal de enfermería circulante con el expediente clínico completo (12)

2.2.2.2. Cuidado enfermero en el posoperatorio

Periodo postquirúrgico.

Es el período que transcurre entre el final de una operación y la completa recuperación del paciente, o la recuperación parcial del mismo, con secuelas. Pudiendo, en caso de fracasar la terapéutica finalizar con la muerte.

El post-operatorio se divide en cuanto al tiempo que ha transcurrido desde la operación, en:

a. Postoperatorio inmediato.

En el que se controlan los signos vitales, tensión arterial, pulso, respiración, esto implica valorar la permeabilidad de las vías aéreas para descartar cualquier tipo de obstrucción.

También en este período se prestará atención a la aparición de hemorragia tanto interna como externa que repercutirá en la frecuencia de pulso y en los valores tensionales.

b. Postoperatorio mediato

Se prestará atención al control de los desequilibrios, diuresis, fiebre, alteraciones hidroelectrolíticas, comienzo de la función intestinal. (14)

c. Intervenciones de enfermería en el postoperatorio inmediato.

- ✓ Recepción del paciente, vigilancia de la hemodinamia, control de signos vitales, frialdad de extremidades, coloración de la piel
- ✓ Revisión y monitoreo de la herida operatoria y drenajes
- ✓ Coordinar la toma de muestras de laboratorio, realizar la transfusión sanguínea según indicación
- ✓ Realizar el control radiográfico posoperatorio
- ✓ Administrar la analgesia prescrita y monitorizar su eficacia
- ✓ Vigilar la hidratación mientras se encuentra suspendida la dieta

- ✓ Brindar comodidad y confort
- ✓ Administrar la antibioticoterapia indicada
- ✓ Monitorizar la diuresis detectar oportunamente la presencia de globo vesical, instalar sondaje intermitente.
- ✓ Valorar el estado neurológico (14)

d. Intervenciones de enfermería en el postoperatorio mediato

- ✓ Coordinar la ingesta oral de manera precoz y monitorear su tolerancia
- ✓ Realizar a movilización de manera correcta para evitar complicaciones
- ✓ Cuantificar los drenajes, la diuresis
- ✓ Involucrar a la familia en el cuidado
- ✓ Seguir las medidas de prevención y tratamiento de infecciones, prevención y cuidado de úlceras por presión, de reacción adversa a medicamentos y la retención/incontinencia urinaria y de deposiciones
- ✓ Administrar la terapia anticoagulante.
- ✓ Determinar la disponibilidad de productos sanguíneos para transfusión

- ✓ Limitar olores y estímulos psíquicos desagradables tales como la ansiedad intensa y el dolor, factores que causan estimulación cortical de la zona desencadenante de los quimiorreceptores medulares, que provoca el vómito.
- ✓ Prevenir para que cambie de posición lentamente, ya que los cambios bruscos ayudan a la náusea.
- ✓ Administrar antieméticos , según indicaciones
- ✓ Brindar educación respecto a las posturas correctas para la movilización
- ✓ Coordinar con el área de servicio social o la enfermera de visita domiciliaria para brindar la consejería en el hogar acerca de las condiciones de cuidado y rehabilitación segura del paciente(14)

2.2.3. Cuidado enfermero del paciente según las teorías de enfermería

La teoría del Cuidado Humano de Jean Watson

Watson considera la persona como "un ser en el mundo", como una unidad de mente – cuerpo y espíritu, que experimenta y percibe conceptualmente, es el locus de la existencia humana y el sujeto de cuidado de enfermería.

Watson define la enfermería como ciencia humana y arte que estudia la experiencia salud – enfermedad mediante una relación profesional, personal, científica, estética y ética. Las metas de la enfermería están asociadas con el crecimiento espiritual de las personas, el cual surge de la interacción, la búsqueda del significado de las experiencias de cada uno, el descubrimiento del poder interno, la trascendencia y la autocuración, para Watson la enfermería es un arte cuando la enfermera experimenta y comprende los sentimientos del otro, es capaz de detectar y sentir estos sentimientos, y a su vez, es capaz de expresarlos, de forma semejante que la otra persona los experimenta.

Los pacientes requieren unos cuidados holísticos que promuevan el humanismo, la salud y la calidad de vida. El cuidado de los enfermos es un fenómeno social universal que sólo resulta efectivo si se practica en forma interpersonal. contribuye a la sensibilización de los profesionales hacia aspectos más humanos.(15)

Teoría del Déficit de Autocuidado de Dorotea Orem

Esta teoría es el núcleo del modelo de Orem, establece que las personas están sujetas a las limitaciones relacionadas o

derivadas de su salud, que los incapacitan para el autocuidado continuo, o hacen que el autocuidado sea ineficaz o incompleto. Existe un déficit de autocuidado cuando la demanda de acción es mayor que la capacidad de la persona para actuar, o sea, cuando la persona no tiene la capacidad y/o no desea emprender las acciones requeridas para cubrir las demandas de autocuidado.

Cuando existe el déficit de autocuidado, Los enfermeros(as) pueden compensarlo por medio del Sistema de Enfermería, que puede ser: totalmente compensatorio, parcialmente compensatorio y de apoyo educativo. El tipo de sistema dice del grado de participación del individuo para ejecutar su autocuidado, regular o rechazar el cuidado terapéutico. Una persona o grupo puede pasar de un Sistema de Enfermería a otro en cualquier circunstancia, o puede activar varios sistemas al mismo tiempo.

Sistema parcialmente compensador: cuando el individuo presenta algunas necesidades de autocuidado por parte de la enfermera, bien por motivos de limitación o incapacidad, por tanto el paciente y la enfermera interactúan para satisfacer las necesidades de autocuidado en dependencia

del estado del paciente, limitaciones psicológicas y físicas. El paciente puede realizar algunas acciones como cepillarse los dientes y alimentarse, pero dependen de la enfermera: desplazarse hasta el baño, bañarse o vestirse.

Sistema totalmente compensador: cuando el individuo no puede realizar ninguna actividad de autocuidado. Implica una dependencia total como por ejemplo los cuidados que se realizan a un paciente inconsciente, encamado o con reposo absoluto

Sistema de apoyo educativo: cuando el individuo necesita orientación y enseñanza para llevar a cabo el autocuidado; por consiguiente la enfermera ayuda al paciente con sus consejos, apoyo y enseñanzas de las medidas que sean necesarias para que el individuo sea capaz de realizar su autocuidado.

La teoría de Adaptación de Calixta Roy,

Roy subraya que en su intervención, el/la enfermero/a debe estar siempre consiente de la responsabilidad activa que tiene el paciente de participar en su propia atención cuando es capaz de hacerlo. La meta de la enfermería es ayudar a la persona a adaptarse ya sea en los proceso de salud o de la enfermedad.

La satisfacción de las 14 necesidades de Virginia Henderson,

Las necesidades fundamentales elaboradas por Virginia Henderson son las que se enumeran a continuación :

1. Respirar normalmente.
2. Beber y comer adecuadamente.
3. Eliminar adecuadamente desechos y secreciones.
4. Moverse y mantener una buena postura
5. Dormir y descansar
6. Vestirse y desvestirse
7. Mantener la temperatura corporal en límites normales (37,2 °C)
8. Mantener la higiene personal y proteger los propios tegumentos
9. Detectar y evitar peligros, y evitar perjudicar a otros
10. Comunicarse con los semejantes
11. Reaccionar según las propias creencias y valores
12. Ocuparse para sentirse realizado
13. Recrearse y entretenerse
14. Aprender en sus variadas formas (15)

2.3. Definición de términos básicos.

Fractura.- La fractura es una ruptura, generalmente en un hueso.

Cuidados.- El cuidado implica ayudarse a uno mismo o a otro ser vivo, tratar de incrementar su bienestar y evitar que sufra algún perjuicio.

Cuidados Preoperatorios.- El concepto de preoperatorio se utiliza en el ámbito de la medicina y permite nombrar a aquello que tiene lugar en las etapas previas a una operación quirúrgica.

Cuidados Posoperatorios.- Período de cuidados que comienza cuando el paciente termina la cirugía, tiene el propósito de complementar las necesidades psicológicas y físicas directamente después de la cirugía

Adulto Mayor.- persona mayor de 60 años de edad

Fractura de cadera. es una ruptura en el fémur proximal o de la articulación de la cadera.

III. EXPERIENCIA LABORAL

3.1. Recolección De Datos

La recolección de los datos se realizó del cuaderno de registro de ingresos y egresos del paciente del censo diario de pacientes, de la programación diaria de cirugías del servicio y de la oficina de inteligencia sanitaria del hospital Cayetano Heredia Es salud Piura de los últimos tres años 2014 a 2016.

3.2. Experiencia profesional:

Actualmente tengo 15 años de experiencia profesional el cual inicio en el año 2002 en una clínica particular en el área en servicio quirúrgico, luego los años 2004 y 2005 realizo labor docente en la universidad Nacional de Amazonas en las asignaturas de enfermería en salud del adulto y adulto mayor, por razones de distancia en el año 2006 abandono la labor docente e inicio labor asistencial nuevamente en el Hospital I Es salud Sullana en el consultorio del adulto mayor y posteriormente en las áreas de emergencia y hospitalización, periodo en el cual estudie la Especialidad de Paciente Critico en la Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo

de Lambayeque, al año y medio se me reasigna al HOSPITAL III Cayetano Heredia en donde laboro por un año en la unidad de cuidados intermedios quirúrgicos, posteriormente en el 2008 ingreso al servicio de cirugía especialidades, en el cual me desempeño hasta la actualidad, trabajando paralelamente además como docente de universidad privada en asignaturas de adulto y adulto mayor desde 2007 hasta el 2012 en donde lo mas impactante y desafiante en cuanto a mi experiencia profesional es el cuidado y pronóstico de los pacientes adultos mayores con fractura de cadera ya que muchos de ellos tienen comorbilidades tales como diabetes mellitus, hipertensión arterial, insuficiencia renal crónica, insuficiencia vascular, hipoalbuminemia abandono o descuido de los familiares, larga estancia en los servicios de emergencia, infraestructura poco idónea con hacinamiento los cuales le conllevan a infecciones nosocomiales que a su vez junto con otros factores influyen en su larga estancia hospitalaria.

3.3. Procesos realizados en el tema del informe

Durante mi experiencia profesional tuve la oportunidad de ejecutar diversas intervenciones identificando además situaciones que fortalecían y limitaban el trabajo respecto al

cuidado del paciente adulto mayor con fractura de cadera, hubieron muchas experiencias gratificantes como no muy gratificantes al respecto según lo detallo a continuación:

3.3.1. Descripción del servicio y funciones del área de cirugía ortopédica.

El servicio de cirugía especialidades perteneciente al hospital Cayetano Heredia EsSalud ubicado en el tercer piso comprende 8 subespecialidades, con una dotación de 12 enfermeras asistenciales y una enfermera coordinadora así como 11 técnicos de enfermería, siendo la distribución de 2 enfermeras mas dos técnicos de enfermería en cada turno para un total de 46 pacientes los cuales pertenecen a las subespecialidades de neurocirugía, traumatología, urología, cirugía oncológica plástica y cardiovascular, otorrinolaringológica y cirugía dental.

Con un total de 46 camas hospitalarias, con 4 ambientes múltiples para 6 pacientes, 3 ambientes triples y 4 ambientes bipersonales en los cuales recibimos pacientes de todas las subespecialidades con distinto grado de morbilidad, dependencia y apoyo familiar, traumatología cuenta con 5 turnos operatorios a la semana, cada turno con 2 a 3 programaciones.

Las funciones realizadas en el servicio se detallan a continuación:

- Coordinar con otras unidades orgánicas involucradas en el proceso perioperatorio, para garantizar una adecuada y oportuna intervención especializada, ingreso por el área de emergencia o la consulta externa, SOP y recuperación.
- Asegurar el cumplimiento de las normas de bioseguridad en todo momento, aislar pacientes operados de prótesis de cadera, aislamiento de paciente con enfermedades infetocontagiosas entre otras.
- Organizar y efectuar los procedimientos para la preparación de los ambientes, materiales, equipos e insumos para la atención del paciente en el pre y posoperatorio.
- Respetar los derechos del paciente acorde a la ley y a las normas institucionales vigentes, firma del consentimiento informado de cirugía, de transfusiones sanguíneas, etc.
- Asistir en el cuidado integral del paciente que será sometido al acto quirúrgico, controlando y monitorizando según diferentes parámetros escalas y con los principios de asepsia en el pre y postoperatorio para garantizar la calidad de atención quirúrgica,

- Valorar y monitorizar, las constantes vitales, la hemodinámica, el dolor, la herida operatoria, los drenajes, el apoyo familiar, entre otros relacionado al cuidado directo del paciente, evitando complicaciones en el post operatorio inmediato y mediato.
- La función del profesional de enfermería en el pre y postoperatorio es la información y valoración preoperatoria del paciente y la evaluación postoperatoria de los cuidados suministrados. Todos los datos registrados deben estar escritos legiblemente, ser objetivos, escribirse con palabras completas, sin abreviaturas, debe contener fecha.

3.3.2. Limitaciones

- La insuficiente dotación de personal, ya que dos enfermeras más dos técnicos de enfermería tiene a su cargo 46 pacientes de los cuales se distribuyen en lado a y lado b; en el lado a con 5 pacientes complejos grado III por lo general de neurocirugía y traumatología mas 13 pacientes más también complejos de grado II y grado III con cirugías como nefrectomías, artroplastias de cadera, laminectomias o implantes metálicos en columna o cirugías

oncológicas de colon o gástricas y en el lado b la enfermera más una técnica de enfermería brindan cuidado a 28 pacientes en los cuales se encuentran mayormente los pacientes postrados por fractura de cadera en ambientes múltiples que no permiten la privacidad y favorecen las infecciones cruzadas.

- Contamos con algunos barandales defectuosos insuficientes para nuestro requerimiento, camas que no ruedan, con manizuelas deterioradas, con escaso mantenimiento que no permiten elevar cabecera o extremidades inferiores
- Demora en la compra de material quirúrgico y la alta demanda de paciente del servicio quirúrgico en traumatología incrementan el preoperatorio del paciente adulto mayor que con su vulnerabilidad aumentan el riesgo de las enfermedades intrahospitalarias
- Inexistencia de un plan de trabajo en equipo para el cuidado del paciente adulto mayor en su domicilio ya que en muchas oportunidades hemos visto caso de pacientes que han reingresado a la institución por infección de herida operatoria o por luxación de prótesis de cadera o por neumonía intrahospitalaria.

- La escasa dotación de personal genera la molestia en los pacientes y familiares ya que muchas veces el personal no logra satisfacer las necesidades de manera inmediata como debería de ser, en muchas ocasiones tenemos que priorizar a nuestros pacientes con mayor necesidades de cuidados postergando un poco a los demás pacientes.
- Demora en la respuesta de las interconsultas requeridas para el riesgo quirúrgico o complicaciones.
- Escasa permanencia del profesional medico, residente o internos de medicina e información insuficiente respecto a la evolución del paciente.
- Incumplimiento en las curaciones diarias de los pacientes operados.

3.3.3. Calificación del personal profesional

El paciente adulto mayor en pre y posoperatorio requiere de una atención de enfermería altamente especializada, el profesional de enfermería trabaja en equipo de manera interdisciplinaria valorando al paciente las 24 horas al día por lo que muchas veces logra detectar precozmente situaciones no evidenciables por lo demás profesionales por lo que de su nivel de capacitación depende la atención

oportuna de complicaciones como neumonías, tromboembolias pulmonares, edema agudo de pulmón alteraciones gastrointestinales neurológicas, deficiente ingesta de alimentos, conflictos de familia u otras que requieren de una atención oportuna ya que en el adulto mayor evolucionan rápidamente las complicaciones por todos los cambios que afectan los procesos de envejecimiento en su organismo. En mi caso esta competencia se vio fortalecida dada mi experiencia como docente de la asignatura adulto mayor por espacio de 6 años de trabajo simultáneo en esta área y un año y medio de trabajo en el consultorio del adulto mayor.

Para el logro de un cuidado enfermero en el paciente adulto mayor operado de fractura de cadera se aplicaron las teorías de enfermería consideradas en el marco teórico:

La teoría de las 14 necesidades de Virginia Henderson ya que muchas de estas necesidades se ven afectadas y es enfermería quien las valora y brinda los cuidados a fin de satisfacerlas.

La teoría de adaptación de Calixta Roy a fin de disminuir los efectos y consecuencias del ambiente hospitalario extraño a su habitual entorno familiar, por ejemplo considerando el pase del familiar cuidador las 24 horas del día.

La teoría del déficit de autocuidado de Dorotea Orem dado que el paciente operado de fractura de cadera inicialmente es un paciente encamado y requiere de nuestra asistencia totalmente compensatoria pasando luego a la parcialmente compensatoria y al de apoyo educativo.

Y por último y no menos importante la teoría del cuidado humanizado de Jean Watson que contribuye al cuidado holístico considerando al ser humano como la esencia de nuestro cuidado el cual se deriva de una relación profesional, personal, científica, estética y ética.

3.3.4. Trabajo con la familia

La enfermera en este servicio trabaja también en conjunto con la familia ya que le enseña aspectos como es la higiene corporal y perineal, cambios posturales, masajes, alimentación por sonda nasogástrica si lo requiere, ya que la recuperación completa de su paciente no termina en el hospital sino en su domicilio siendo los objetivos principales

prevenir las infecciones de la herida operatoria, las úlceras por presión o las luxaciones de prótesis de cadera. Además educa en la organización del hogar para disminuir los factores de riesgo intrínsecos y extrínsecos en la prevención de caídas y nuevas fracturas, se entrega material educativo y se realiza demostración de cambios posturales y otros para evitar las luxaciones de la prótesis.

3.3.5. La satisfacción versus insatisfacción personal profesional

La satisfacción lograda se basa en la teoría del principiante al experto ya que las destrezas actitudes y aptitudes se van aprendiendo progresivamente en mi caso el marco teórico respecto al adulto mayor sus caídas y otros síndromes geriátricos, así como la teoría de sistemas de familia han logrado que combine la teoría con la práctica en el cuidado hacia estos pacientes los cuales han sido reconocidos por el equipo de salud ya que notifiqué y actué oportunamente ante el inicio de complicaciones.

La insatisfacción proviene de los procesos logísticos y de gestión en cuanto a la demora de compra del material quirúrgico, la inadecuada dotación de mobiliario óptimo o

muy deteriorado, camas que no suben la cabecera, barandales y ruedas duras y oxidadas, el ingreso de pacientes no manejados adecuadamente en los servicios de emergencia o unidad de recuperación Postanestésica que nos envían pacientes inestables en los turnos tarde y noche cuando no tenemos medico y estos además demoran o no llegan a evaluar situaciones de gravedad de los pacientes y la recarga laboral que influye en la disminución de la actividad educativa para los cuidados domiciliaris, ante lo cual se realizaron gestiones de colocación de barandas y ruedas de las camas, solicitud de visita medica de un geriatra o medico internista mayor apoyo de recursos humanos, elaboración de guias y protocolos, trípticos y rotafolios educativos para el paciente y familiar

IV. RESULTADOS

Los resultados encontrados en las estadísticas del hospital nos muestran los datos respecto a la incidencia, tipo de cirugías, grupo etareo y sexo de los pacientes objeto de estudio del presente informe los mismos que al ser contrastados con los estándares de cuidado nacional e internacional influyen en la calidad de cuidados, en la complicación o recuperación de los pacientes tales como se aprecian en distintos trabajos de investigación de referencia en el presente informe.

**CUADRO N° 01: ADULTOS MAYORES OPERADOS DE FRACTURA DE
CADERA SEGÚN SEXO EN EL SERVICIO DE CIRUGIA ESPECIALIDADES
DEL HCHP, 2014-2016**

	2014		2015		2016	
	N	%	N	%	N	%
MASCULINO	56	34	50	31	58	33
FEMENINO	108	66	111	69	120	67
TOTAL	164	100	161	100	178	100

FUENTE: oficina de inteligencia sanitaria de la red asistencial Essalud Piura

FUENTE: oficina de inteligencia sanitaria de la red asistencial Essalud Piura

Interpretacion del cuadro N 01: se observa que la mayor incidencia de pacientes con fractura de cadera es en el sexo femenino, en los tres años investigados los cuales tiene como factores relacionados según el marco teórico, la mayor esperanza de vida en las mujeres, y la pérdida de masa ósea debido a los procesos de embarazo en edades fértiles.

CUADRO N° 4.2: ADULTOS MAYORES OPERADOS DE FRACTURA DE CADERA SEGÚN GRUPO ETAREO EN EL SERVICIO DE CIRUGIA ESPECIALIDADES DEL HCHP, 2014-2016

	2014		2015		2016	
	N	%	N	%	N	%
60-79	59	48	71	44	81	46
80 a mas	65	52	90	56	97	54
TOTAL	124	100	161	100	178	100

FUENTE: oficina de inteligencia sanitaria de la red asistencial Essalud Piura

Interpretacion del cuadro N° 4.3: se observa que la mayor incidencia de adultos mayores operados de fractura de cadera según grupo etareo es el grupo comprendido de 80 a mas años en los tres años investigados los cuales tiene como factores relacionados según el marco teórico, a la mayor esperanza de vida con la disminución de las capacidades sensoriales, auditivas motoras y de respuesta ante la presencia de factores externos precipitantes a las caídas.

CUADRO N° 4.3: ADULTOS MAYORES OPERADOS DE FRACTURA DE CADERA SEGÚN ESTANCIA HOSPITALARIA EN EL SERVICIO DE CIRUGIA ESPECIALIDADES DEL HCHP, 2014-2016

	2014		2015		2016	
	N	%	N	%	N	%
Menor de 15 días	45	36	52	32	56	32
De 15 a 30 días	69	56	93	58	100	56
Mayor de 30 días	10	8	16	10	22	12
total	124	100	161	100	178	100

FUENTE: oficina de inteligencia sanitaria de la red asistencial Essalud Piura

Interpretación cuadro N° 4.3: en el presente cuadro se observa que la estancia hospitalaria que más predomina en los adultos mayores operados de fractura de cadera en el hospital Cayetano Heredia EsSalud Piura es el comprendido entre 15 a 30 días, el cual es un indicador no idóneo para la salud, del adulto mayor debido a que a mayor estancia hospitalaria, mayor riesgo de presentar complicaciones de diversa índole tales como nutricionales, gastrointestinales como de riesgo de infecciones intrahospitalarias, de aparición de procesos de delirium, de riesgo de caídas, de aparición de úlceras por presión, de alteración de los procesos familiares, de agotamiento del familiar cuidador, de abandono familiar, etc.

CUADRO N° 4.4: ADULTOS MAYORES OPERADOS DE FRACTURA DE CADERA SEGÚN TIPO DE CIRUGIA EN EL SERVICIO DE CIRUGIA ESPECIALIDADES DEL HCHP, 2014-2016

	2014		2015		2016		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
RAFI DE CADERA	67	55	74	46	83	47	224	48
PROTESIS PARCIAL	32	25	44	27	48	27	124	27
PROTESIS TOTAL	19	15	27	17	30	17	76	17
RETIRO IMPLANTE POR COMPLICACION MECANICA	4	3	7	4	9	5	20	4
LIMPIEZA QCA	2	2	9	6	8	4	19	4
TOTAL	124	100	161	100	178	100	463	100

FUENTE: oficina de inteligencia sanitaria de la red asistencial Essalud Piura

Interpretación del cuadro N° 4.4: La reducción abierta mas fijación interna (RAFI) de cadera es la que con mayor frecuencia se realiza en el hospital Cayetano Heredia, seguida de la prótesis parcial, y con menor incidencia, pero no menos importante el retiro de implante de prótesis tanto por desplazamiento mecánico como por proceso de infección o rechazo al material quirúrgico y la limpieza quirúrgica por proceso de infección, además también se observa que durante los dos últimos años las artroplastia tanto parcial como total de cadera van en aumento debido al mayor numero de personal medico calificado para dichos procedimientos,

no siendo lo mismo en el personal de enfermería tanto en capacitación como en aumento de recursos para brindar mayor cuidado a estos pacientes que lo requieren, dichos factores pueden ser los que estarían influyendo en el mayor número de complicaciones por que los retiros de implantes por complicación mecánica y la limpieza quirúrgica aumentaron en los dos últimos

V. CONCLUSIONES

- a) Los cuidados de enfermería en adultos mayores operados de fractura de cadera en el servicio de cirugía de especialidades tiene como sujeto de cuidado al adulto mayor predominantemente del sexo femenino, comprendido en el grupo etareo de 80 a mas años y que tiene una estancia promedio de 15 a 30 dias.
- b) La cirugía más realizada en los pacientes con fractura de cadera es la reducción abierta mas fijación interna, seguida de la prótesis parcial de cadera, las cuales requieren de cuidados altamente especialidades a fin de prevenir las complicaciones
- c) Las condiciones de infraestructura logistica sobredemanda de pacientes escasa dotación de personal y otros factores externos al cuidado de enfermeria favorecen la ocurrencia de complicaciones tales como infecciones noscomiales, la luxación e infección de las prótesis.
- d) No se registraron datos acerca del apoyo y dinámica social de los pacientes con complicaciones que reingresaron al hospital, pero se observó que quienes mas complicaciones tenían fueron aquellas pacientes con pobre apoyo familiar en su cuidado tanto a nivel hospitalario como domiciliario.
- e) El marco teórico corrobora lo que en la práctica se evidencia que los pacientes con buen estado nutricional menor comorbilidad y

adecuado soporte emocional familiar logra un postoperatorio más efectivo y menor incidencia de complicaciones tanto intrahospitalarias como domiciliarias.

- f) El nivel de preparación teórica conceptual y procedimental del profesional de enfermería repercute en la recuperación y rehabilitación precoz del paciente operado por fractura de cadera, dado que al brindar un cuidado continuado de 24 horas realiza el seguimiento y la detección oportuna de posibles complicaciones que comunicando inmediatamente repercute en favor del paciente.

VI. RECOMENDACIONES

- a) Fomentar la capacitación continua y visita multidisciplinaria en el cuidado del paciente adulto mayor con fractura de cadera e involucrando al familiar cuidador.

- b) Considerar realizar un trabajo de investigación que evalúe costo efectividad de tener una enfermera en el servicio que se encargue de la educación y visita domiciliaria del paciente durante el primer mes de operado a fin de disminuir los reingresos por infección de herida operatoria y luxación de prótesis

- c) Proponer a la jefatura de servicio realizar reuniones de coordinación para la toma de decisiones con el equipo de gestión médica, logística, de enfermería, rehabilitación, servicio social y nutricionista, a fin de lograr un periodo intrahospitalario corto y prevención de complicaciones en el adulto mayor con fractura de cadera.

- d) Sugerir a la dirección tomar en cuenta el cambio en la base piramidal de la población e incrementar los recursos profesionales de enfermería en el cuidado del adulto mayor y los síndromes

geriátricos entre ellos abordar las caídas y con ello disminuir la prevalencia de las fracturas en las personas adultas mayores

VII. REFERENCIALES

1.- Fis Perez, Y. Factores de riesgo, ocurrencia y consecuencias de caídas en los adultos mayores acceso el 11 de abril del 2016.

<http://www.monografias.com/trabajos87/caidas-adulto-mayor/caidas-adulto-mayor.shtml#ixzz45xpZzmqU>. Consultado el 16 de abril del 2016

2.- Montalbán-Quesada et al Evaluación funcional en ancianos intervenidos de fractura de cadera Rev Esc Enferm USP 2012; 46(5):1096-1101 www.ee.usp.br/reeusp/ España
2012 <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n5/09.pdf>, Rev Esc Enferm USP 2012; 46(5):1096-1101, acceso el 11 de abril del 2016.

3.- Muñoz O, García-Peña C, Durán L (eds). La salud del adulto mayor. Temas y debates. México: Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social / Instituto Mexicano de Seguro Social; 2004.

4.- Envejecimiento y ciclo de vida. OMS. <http://www.who.int/ageing/about/facts/es/> consultado el 24 de abril del 2016

5.- Sebastian Muñoz, G. et al. Fractura de cadera. *Cuad. cir. (Valdivia)*. [online]. 2008, vol.22, no.1 [citado 16 Abril 2016], p.73-81. Disponible en la World Wide Web: <http://mingaonline.uach.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-28642008000100011&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0718-2864.

6. Paredes L, Influencia de los cuidados de enfermería y multidisciplinarios en la recuperación de pacientes sometidos a osteosíntesis en el servicio de traumatología del IESS en el periodo julio – octubre 2010. Tesis doctoral. Ecuador 2014

7. Garcia Garcia, E. tesisdoctoral Evaluacion de la estancia hospitalaria en protesis de cadera. España 2011

8. Morales Covarribuas, M. Prevalencia de fractura de cadera en adultos mayores hospitalizados en el servicio de traumatología y ortopedia del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión. Callao – 2014 Peru.

9. Villón J, Pecho L. Tesis de especialidad:. Valoración geriátrica integral y aspectos perioperatorios en ancianos hospitalizados con fractura de cadera por caída

http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtualdata/tesis/salud/villon_aj/T_completo.P

DF.consultado el 24 de mayo del 2016

10. Revistereeduca.es/index.php/reduca-enfermeria /article908/922. Tratamiento de Fractura de cadera. Acceso el 15 del 04 del 2016

11 . Rev Esp Méd Quir Volumen 18, Núm. 1, enero-marzo, 2013 Mortalidad de pacientes con fractura de cadera a cinco años de evolución en el Hospital Regional General Ignacio Zaragoza España.

12. Rosales barrera, S. Periodos mediatos e inmediatos en fase pre-operatorio

Publicado 31st March 2012 por Enfermería quirúrgica DCL

<http://enfermeriaquirurgicadcl.blogspot.pe/2012/03/periodos-mediatos-e-inmediatos-en-fase.html>. Consultado el 26 de agosto del 2016

13. NANDA. Diagnosticos enfermeros: definicion y clasificaciones. España. editorial Elsevier.2015 - 2017

14. Smeltzer S., BareB., enfermeria medicoquirurgico de Brunner y Suddarth. 10 ma edicion ed. Mexico Editorial Mc Graw- Hill- Interamericana; 2004

15. Marriner A. Modelos y teorías de enfermería. Barcelona 6ta edición España. editorial Elsevier 2007

ANEXO

ANEXO N° 01

PLAN ESTANDARIZADO DE CUIDADOS DE PRÓTESIS DE CADERA

Propuesta de guía de intervención de Enfermería en pacientes sometidos a cirugía de cadera.

Cirugía de cadera: Tratamiento quirúrgico de fracturas de cadera , donde son reducidas y fijadas en forma estable. Para ello se utiliza la implantación de diferentes us clavos y tornillos en las RAFI u otros en las protesis totales o parciales	
Intervenciones de intervención de enfermería (Mucho de los casos /tareas que se deben realizar simultáneamente)	responsable
1.- Admisión del paciente a. Reciba al paciente en su unidad. b. Transfiera al paciente de la camilla a la cama. c. Controle el estado de conciencia, signos vitales, micción, hidratación, estado de apósitos, drenajes, movilidad, permeabilidad de sondas etc.	Enfermera
2.- Posición a. Coloque al paciente en posición adecuada según la localización de Osteosíntesis. b. Tranquilizar al paciente, familiares y responder inquietudes sobre la condición del paciente.	Enfermera

Cuidados post-operatorio Mediano



Posición de reposo

3.- Revisión de vías y abordajes

- a. Revisar apósitos del sitio de Osteosíntesis
- b. Controlar el sangrado del sitio operatorio
- c. Control de alimentación
- d. Fijar drenes si los tuviera (en sangrado trans quirúrgico)
- e. Mantenga la piel limpia y seca
- f. Cambiar apósitos de drenaje PRN
- g. Controle débitos de drenajes
- h. Control estricto de ingesta y excreta

enfermera



4.-Hidratación (soluciones cristaloides)

- a. Solución salina 0.9% 1000cc 30-50cc/Kg/24 horas



enfermera

<p>5.- Medicación</p> <p><i>Analgésico terapia</i></p> <p>(Acción periférica)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Metamizol 1.5 gramos a 2 gramos IV cada 8 horas o • ketorolaco 30-60 mg IV q8 horas <p>(Acción central)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tramadol 1 mg/Kg q8horas - q12 horas <p>Antieméticos</p> <p>Metoclopramida 10 mg IV cada 8 horas</p> <p>Protectores gástricos</p> <p>Ranitidina 50 mg IV cada 8 horas</p> <p>Omeprazol 40 mg IV cada 12 horas</p>	<p>enfermera</p>
---	-------------------------

<p>7.- De ambulación</p> <p>a. Luego de las primeras 48 horas</p> <p>b. Levantar al paciente y empezar la de ambulación, según el sitio de Osteosíntesis, esto mejora la circulación en las piernas, ayudara a eliminar el gas abdominal, mantendrá sus pulmones libres de congestión y ayudara a prevenir el estreñimiento.</p> <p>c. Baño de esponja</p>	<p>enfermera</p>
---	-------------------------

d. supervisar la
de osteosíntesis,



curación de las incisiones

8.- Educación al paciente y familiares a su egreso

a. Medicación para la casa vía oral

b. Controles médicos post operatorios en la fecha señalada

c. Es importante informar al cirujano sobre los siguientes síntomas para evitar complicaciones, fiebre, enrojecimiento edema o secreciones en la zona operatoria, dolor intenso, nauseas o vomitos

enfermera

ANEXO N 02

GUÍA DE RECOMENDACIONES AL PACIENTE. PRÓTESIS DE CADERA..

¿QUÉ ME HA PASADO?

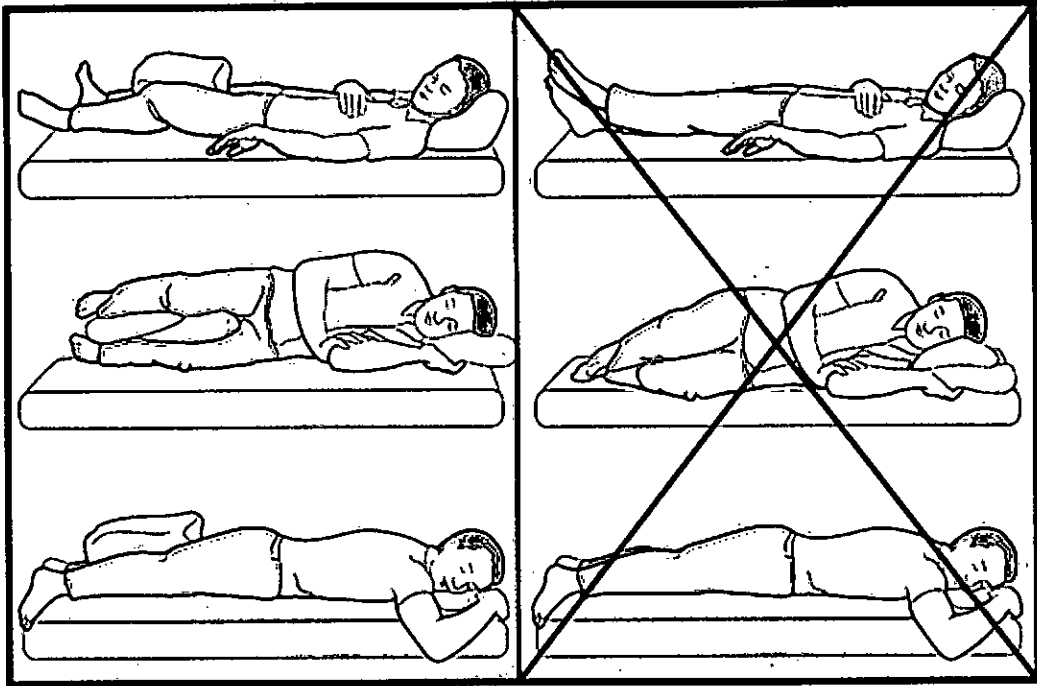
- Su cadera ha sufrido una fractura o un desgaste natural que le producía dolor y disminución de la movilidad, por lo que se ha colocado una cadera artificial (prótesis).

¿QUÉ DEBO EVITAR?

- Debe evitar, durante las primeras semanas, ciertas posturas y movimientos porque existe riesgo de que la prótesis se salga de su sitio (LUXACIÓN). Ésta es una complicación grave que retrasa la recuperación y exige volver al quirófano para colocar de nuevo la prótesis.

CONSEJOS GENERALES

- No cruzar las piernas: para no hacerlo mientras duerme, puede colocar una almohada entre las piernas.



¿Cómo debo bajar de la cama?

- Acérquese al borde de la cama sin cruzar las piernas. Apoye el codo que tiene más cerca del borde e incorpore el cuerpo. Mantenga la pierna operada estirada y flexione ligeramente la sana. Gire el cuerpo apoyando las manos en el colchón. Levántese igual que de una silla.

¿Cómo debo levantarme de la silla o water?

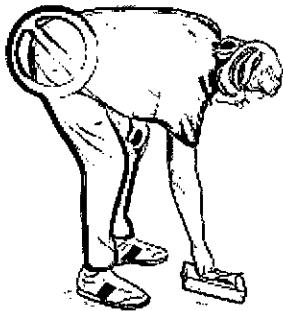
- Estire la pierna operada, apoye las manos en el reposabrazos, tome impulso y levántese cargando el peso sobre las manos y la pierna sana.

¿Cómo debo sentarme en una silla o water?

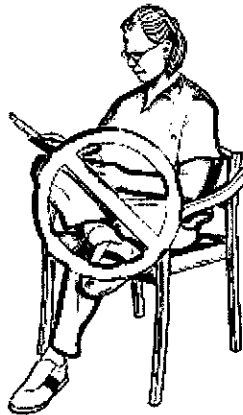
- Colóquese de espaldas a la silla hasta notar que toca la silla con las pantorrillas.

- Estire la pierna operada hacia delante. Apoye las manos en el reposabrazos.

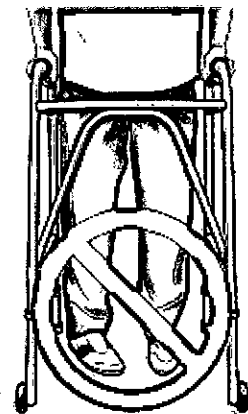
- Incline el cuerpo hacia delante y baje hasta sentarse.
- No sentarse en asientos muy bajos: su rodilla NUNCA debe estar más alta que su ingle, para lo que puede usar un almohadón para sentarse.
- Si el wáter de su domicilio es muy bajo, puede adquirir un dispositivo para que la altura sea mayor.
- Cuando esté sentado, NO se incline mucho hacia delante para atarse los zapatos o ponerse los calcetines.



Do not bend your operated hip beyond a 90° angle.



Do not cross your operated leg or ankle.



Do not turn your operated leg inward in a pigeon-toed position.

¿Cuándo puedo volver a caminar?

- Su médico debe indicarle el momento en que puede volver a caminar. En caso de que le permitan caminar desde el principio, deberá hacerlo con bastones o andador.

¿Cómo caminar?

- Si su médico le indica apoyar la pierna operada podrá usar bastones o andador para caminar. En caso de que no pueda apoyar la pierna operada usara bastones.

- Debe usar calzado cerrado.

Con andador:

- Adelante el andador y colóquelo a una distancia corta de más o menos un paso.

- Lleve hacia delante la pierna operada.

- Adelante la pierna sana, apoyándose en el andador y procurando no echar mucho peso sobre la pierna operada.

Con bastones:

- Adelante los dos bastones, luego la pierna operada y después la pierna sana.

¿Cómo girarse?

- Debe dar pasitos cortos hacia el lado que quiera girar. Apoye primero el andador o bastones, luego la pierna operada y después la sana. Evite girar sobre sus pies (girar en redondo).

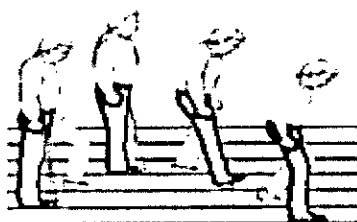
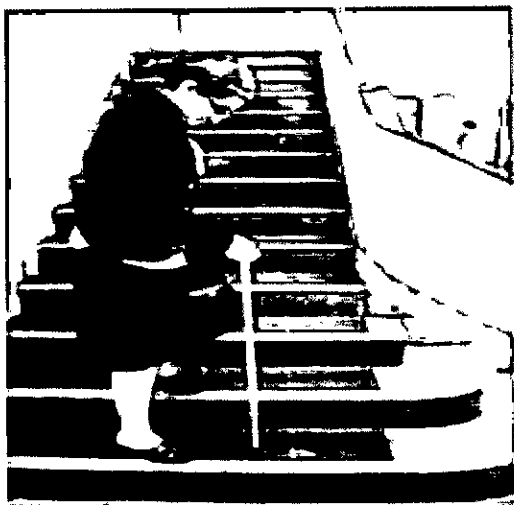
¿Cómo bajar y subir escaleras?

Para bajar:

- Primero baje los bastones, luego la pierna operada y después la sana (igual que al caminar).

Para subir:

- Primero apoye en el escalón la pierna sana, luego la operada y por último apoye los bastones.
- Si no dispone de bastones, puede usar la barandilla para apoyarse.



¿PUEDO VIAJAR EN COCHE?

- Durante las 6 primeras semanas, sólo si es imprescindible.
- Evite viajes largos y descanse cada hora.
- Para entrar en el coche: coloque un cojín en el asiento (para estar más alto).

Póngase

de espaldas al asiento, estire la pierna operada y baje lentamente hasta sentarse. Luego gire el cuerpo y póngase de frente.

PROGRAMA DE EJERCICIOS

■ Para mejorar la movilidad de la cadera y recuperar fuerza muscular es conveniente que haga 10 repeticiones de cada uno de estos ejercicios 3 veces cada día.

● Flexión-extensión de tobillo; estando tumbado mueva el pie y los dedos hacia la nariz y luego hacia abajo. Repetir 10 veces.

● Estirar la rodilla; tumbese boca arriba, coloque una toalla enrollada detrás de la rodilla. Apriete la pierna contra la cama, estirando la rodilla. A la vez lleve los dedos del pie hacia la nariz. Cuente hasta 5 mientras aprieta contra la cama. Descanse otros 5. Repita el ejercicio 10 veces.

● Flexión de rodilla; tumbese boca arriba y arrastre el talón sobre la cama, para ir doblando la rodilla cada vez más (la otra pierna permanece estirada). Repetir 10 veces.

● Elevación de la pierna; estando sentado, estire la rodilla todo lo que pueda. Cuente hasta 5 en esta posición. Repetir 10 veces.

NO OLVIDE:

ACUDA A LOS SERVICIOS DE SALUD CUANDO APAREZCA:

■ Temperatura igual o superior a 38°.

■ Dolor que no remite con tratamiento médico.

■ Enrojecimiento, hinchazón y/o apósito manchado de líquido claro, sangre o pus.

■ Incontinencia de orina y/o de heces.

■ Impotencia sexual.