

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



**EXPERIENCIA DE CUIDADO DE ENFERMERÍA A PACIENTES
ADULTOS MAYORES CON FRACTURA DE CADERA DEL SERVICIO
DE TRAUMATOLOGÍA 9 C DEL HOSPITAL NACIONAL EDGARDO
REBAGLIATI MARTINS, LIMA**

**TRABAJO ACADÉMICO PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA
ESPECIALIDAD PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN CUIDADOS
QUIRÚRGICOS**

MÓNICA ADRIANA GONZALES MAURICIO

CALLAO, 2018

PERÚ

Mónica Adriana Gonzales Mauricio

HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

MIEMBROS DEL JURADO:

- | | |
|--------------------------------------|------------|
| ➤ DRA. MERCEDES LULILEA FERRER MEJÍA | PRESIDENTA |
| ➤ MG. MARÍA ELENA TEODOSIO YDRUGO | SECRETARIO |
| ➤ MG. LAURA MARGARITA ZELA PACHECO | VOCAL |

ASESORA: DRA. ANA ELVIRA LÓPEZ DE GÓMEZ

Nº de Libro: 05

Nº de Acta de Sustentación: 129

Fecha de Aprobación del Trabajo Académico: 02/03/2018

Resolución Decanato N° 583-2018-D/FCS de fecha 22 de febrero del 2018 de designación de Jurado Examinador del Trabajo Académico para la obtención del Título de Segunda Especialidad Profesional.

ÍNDICE

	Pág.
INTRODUCCIÓN	2
I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	5
1.1 Descripción de la Situación Problemática	5
1.2 Objetivo	7
1.3 Justificación	7
II. MARCO TEÓRICO	9
2.1 Antecedentes	9
2.2 Marco Conceptual	12
2.3 Definición de Términos	25
III. EXPERIENCIA PROFESIONAL	26
3.1 Recolección de Datos	26
3.2 Experiencia Profesional	26
3.3 Procesos Realizados del Informe del Tema	29
IV. RESULTADOS	33
V. CONCLUSIONES	38
VI. RECOMENDACIONES	39
VII. REFERENCIALES	40
ANEXOS	44

INTRODUCCIÓN

Las fracturas de cadera en el adulto mayor se producen por caídas estas son un importante problema mundial de salud pública. Se calcula que anualmente se producen 424 000 caídas mortales, lo que convierte a las caídas en la segunda causa mundial de muerte por lesiones no intencionales. Cada año se producen 37,3 millones de caídas que, aunque no sean mortales, requieren atención médica y suponen la pérdida de más de 17 millones de años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD). La edad es uno de los principales factores de riesgo de las caídas. Los ancianos son quienes corren mayor riesgo de muerte o lesión grave por caídas, y el riesgo aumenta con la edad.¹

Son varios los factores que se dan en una fractura de cadera, siendo los más importantes la edad, el estado funcional y mental previos a la fractura, y las enfermedades intercurrentes que pudiese presentar. Este conjunto de factores da a cada paciente unas características individuales que son las servirán para valorar y planificar los cuidados e intervenciones de enfermería a ejecutar.

Este tipo de fractura se produce además de las caídas por osteoporosis o problemas oncológicos y así mismo este tipo de fracturas son importantes además de su alta incidencia, por el elevado número de posibles complicaciones que pueden aparecer, dentro de las cuales están: Trombosis venosa profunda, embolismo pulmonar, úlceras por decúbito, infecciones urinarias, neumonías, síndrome confusional agudo, muy frecuente en los pacientes con deterioro cognitivo previo².

La calidad de atención sanitaria perioperatoria es uno de los principales factores relacionados con la atención sanitaria perioperatoria y esta estrechamente asociado a factores relacionados con la morbimortalidad.

Otros factores de riesgo son: la edad avanzada, el sexo femenino, el deterioro funcional y las complicaciones postoperatorias³

El Hospital E. Rebagliati es un centro asistencial de referencia de EsSalud de IV nivel y de alta resolución, cuenta con 58 servicios que atiende diversas patologías entre ellos se encuentra el servicio del 9no "C" de Traumatología y de Reemplazos Articulares.

La población que se atiende en dicho servicio en su mayoría adulta mayor, con diversas patologías traumatológicas como fracturas de cadera, tobillo, humero, y artrosis que pueden ser a nivel de cadera o de rodilla, de las cuales las de mayor incidencia que se intervienen son las fracturas de cadera, las que puede ser a nivel del extremo proximal del fémur y que son sometidos a intervenciones quirúrgicas de: Artroplastias de cadera, Osteosíntesis y/o Reducción Abierta y Fijación interna.

El mayor porcentaje de pacientes atendidos son adultos mayores prevaleciendo el sexo femenino, debido proceso de envejecimiento, tienen mayor riesgo de complicaciones asociadas a la postración ocasionada por la inmovilidad y las comorbilidades asociadas a su edad como: Diabetes, Hipertensión, Enfermedad Obstructiva Crónica. En los últimos 3 años se atendió a un total de 1022 pacientes con diagnóstico de fracturas de cadera, de los cuales 986 eran mayores de 65 años y de estos 737 eran del sexo femenino, en algunos casos presentaron complicaciones intrahospitalarias llegando incluso a la muerte pese a ello la mortalidad en los pacientes con fractura de cadera es baja.

En el presente informe se da a conocer los cuidados de enfermería brindada a pacientes adultos mayores con fractura de cadera, el cual consta de 7 capítulos: El Capítulo I. donde se encuentra el Planteamiento del Problema que consta de: descripción de la situación problemática, objetivo y justificación. El Capítulo II se menciona el Marco Teórico o Conceptual que consta de: Antecedentes, Marco conceptual y definición

de términos. El Capítulo III experiencia profesional, recolección de datos, Procesos realizados en el tema del informe, El Capítulo IV donde se encuentra los Resultados obtenidos. El Capítulo V se da las conclusiones. El Capítulo VI se indica las recomendaciones y el Capítulo VII se encuentran las referencias bibliográficas usadas.

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción de la situación problemática

A través de la experiencia profesional de 13 años en el área de Ortopedia y Traumatología he prestado atención directa a pacientes con trastornos musculoesqueléticos que comprende a pacientes que sufren coxartrosis, que consiste en la degeneración a nivel del cartílago que cubre el fémur y el acetábulo, a pacientes adultos y adultos mayores con ruptura de la continuidad del tejido óseo en huesos largos fémur y pelvis que son producidas por situaciones de impacto sobre una superficie dura, y que son de mayor incidencia en el servicio de traumatología. Cuidado también a pacientes con antecedentes de hemofilia que por sus hemorragias repetitivas ocasionan deterioro progresivo de articulaciones y músculos con pérdida de la movilidad, deformidad, dolor, contracturas y en pacientes oncológicos al producirse metástasis en los huesos largos.

La fractura proximal de fémur o fractura de cadera, supone uno de los principales problemas de salud de la población anciana. Su incidencia es variable, influyendo factores demográficos, geográficos, sociales, económicos y de género. Según las tendencias demográficas en Europa, dado el progresivo envejecimiento poblacional, se observa un aumento en el número de fracturas de cadera del orden de dos millones de personas al año, durante los próximos 25 años. Hay estudios que estiman, que a nivel mundial, la incidencia de fracturas de cadera superará los 6 millones en el año 2050. Algunos autores ya utilizan el término de

epidemia para calificar este aumento de la incidencia en la fractura proximal de fémur.

La mayor incidencia se da en los países del norte de Europa y la menor en las regiones Mediterráneas. El rango ajustado por la edad es más alto en los países Escandinavos que en Norteamérica y más bajos en los países del sur de Europa. El riesgo de esta lesión aumenta exponencialmente por encima de los 50 años y se estima que una de cada 2 mujeres mayores de 50 años tiene riesgo de sufrir una fractura de cadera.⁴

En América Latina las fracturas se vuelven cada vez más frecuentes y, de acuerdo con las proyecciones de la Organización Mundial de la Salud, el número de afectados por estas lesiones aumentará en la región, puesto que millones de personas las padecerán anualmente como consecuencia de la osteoporosis y de ellas, 12 – 20% tendrán fracturas de cadera.

Debido al aumento de la Esperanza de vida de los países donde la asistencia médica es adecuada entre ellos Cuba – la “epidemia silenciosa” como se le llamado a la alta incidencia de estas fracturas, ha aumentado considerablemente, de la misma manera que las enfermedades crónicas no trasmisibles y se prevé que en el futuro será mayor la cifra de ancianos con dicha lesión.⁵

En el ámbito nacional, EsSalud calcula que el 12-16% de las mujeres peruanas mayores de 50 años sufrirá una fractura de cadera al año. En base a la población actual de 2,7 millones de mujeres peruanas de 50 años o más, esto significaría entre 324.000 y 432.000 fracturas por año en este segmento poblacional. En un estudio realizado en Lima, en el año 2000 determinó una

tasa de mortalidad anual del 23,2% después de una fractura de cadera. Las tasas de mortalidad fueron más altas en hombres que en mujeres. En 2002, un estudio basado en la comunidad reveló una tasa de incidencia de fractura de cadera de 444 cada 100.000 mujeres y 264 cada 100.000 hombres. Los participantes del estudio tenían 50 años o más⁶

En el servicio del 9no. "C", traumatología del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati, la fractura de cadera, o también llamada fractura de fémur proximal, sigue en aumento debido a que la población de adultos mayores ha ido creciendo en las últimas décadas.

Por todo ello es motivo de dicho informe dar a conocer las acciones de enfermería aplicadas y dirigidas a establecer un estado óptimo a través de un cuidado integral como protección de la piel, evaluación del estado nutricional, patrón de eliminación, apoyo psicológico, educación sanitaria con la participación del familiar en forma activa.

1.2. Objetivo

Describir la Experiencia del Cuidado de Enfermería que se brinda a pacientes adultos mayores con fractura de cadera en el servicio de Traumatología del 9no. "C", del HNERM"- 2017.

1.3. Justificación

El desarrollo de dicho Informe de experiencia profesional es de importancia porque permite dar a conocer las intervenciones que la enfermera brinda a pacientes con fractura de cadera, teniendo como objetivo la prevención de complicaciones. Desde el punto de

vista del Cuidado de Enfermería se tiene conocimiento que la población de mayor incidencia de estos problemas son adultos mayores y frágiles que atraviesan por ansiedad, además de problemas agregadas como: Hipertensión arterial, Diabetes, Anzehlmeir entre otros, así como estados de abandono social, provocando incremento de complicaciones, estados depresivos.

Por otro lado el estado de postración ocasionado por la fractura ocasiona en el paciente limitación funcional y la marcha estableciéndose un estado de dependencia, con incapacidad para satisfacer sus necesidades básicas, por lo que la enfermera tendrá que suplir esta debilidad, identificando las necesidades afectadas y aplicando un sistema compensatorio total durante la etapa previa a su operación, basado en el respeto y la dignidad humana, y desarrolla a través de las intervenciones reinsertar al paciente traumatológico a su entorno familiar y social.

Conociendo Los cuidados de enfermería a paciente adultos mayores con fractura de cadera, la enfermera encamina sus intervenciones para que el paciente se recupere pronto reduciendo la estancia hospitalaria lo que conlleva también a la disminución del coste hospitalario adicional que se presenta al hacer uso de un mayor recurso humano y material.

Así mismo servirá de guía a la enfermera para la intervención en casos similares y para la elaboración y/o revisión, así como la aplicación de nuevas guías de cuidados de enfermería dirigidas a pacientes que presentan fracturas de cadera, con el fin de lograr nuestro propósito el de brindar un Cuidado de Calidad y Humanizado.

II. MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes

NACIONAL

Palomino Lourdes; Ramírez Ruben; Vejarano Julio; Ticse Ray. (2013) Perú, Fractura de cadera en el adulto mayor: la epidemia ignorada en el Perú. Cuyo objetivo fue el conocer el tiempo de espera para la instauración del tratamiento quirúrgico en pacientes de un hospital de tercer nivel de atención de Lima-Perú. Se midió los tiempos preoperatorios, complicaciones, seguro médico, antecedentes patológicos, características de la cirugía en pacientes hospitalizados con fractura de cadera. Se obtuvo que el 71% de pacientes fue de sexo femenino. La mediana de edad fue de 66 años. El 70% de pacientes recibió tratamiento quirúrgico con una mediana del tiempo preoperatorio de 18 días. El 77% tuvo antecedentes patológicos al ingreso, la mayoría por anemia, hipertensión arterial o diabetes mellitus tipo 2. El 62% tuvo complicaciones médicas. Los pacientes con tratamiento quirúrgico tuvieron menos porcentaje de complicaciones (47%) que los que no recibieron tratamiento quirúrgico (94%), así como menos estancia hospitalaria. Finalmente concluyen que el tiempo preoperatorio fue mayor a las 2 semanas en la mayoría de los casos, especialmente en los pacientes de mayor edad y usuarios del Seguro Integral de Salud.⁷

Zavaleta Araujo Wilder. 2014. Perú. Estado Civil y procedencia como factores de riesgo sociodemográficos asociados a fractura de

cadera en el adulto mayor. Hospital Docente de Trujillo. El objetivo fue determinar si el estado civil y el lugar de procedencia son factores sociodemográficos asociados en la fractura de cadera en pacientes adultos mayores. Fue un estudio retrospectivo de casos y controles, cuya muestra estuvo constituida por 384 adultos mayores de 60 años atendidos en el hospital Regional docente de Trujillo, 192 con fractura de cadera (casos) y 192 sin fractura de cadera (controles). Concluyeron que la procedencia y el estado civil no estuvieron significativamente relacionados a mayor riesgo de fractura de cadera.⁸

INTERNACIONAL.-

Méndez-Lavergne, O. Medina, M. Avid, J. "Perfil de Pacientes con Fractura de Cadera. Hospital el Vigía. República de Panamá - 2011. En dicho estudio el objetivo fue describir el perfil socio demográfico y general de salud del paciente con fractura de cadera en el Hospital El Vigía. Fue un estudio de tipo descriptivo realizado de Enero a Agosto durante el año 2011, con un total de 47 pacientes, utilizando como método de recolección de datos la encuesta. Se obtuvo la razón de: Mujer: Hombre fue 1,35, donde el 96% de los pacientes eran mayores de 50 años. El 50% de las fracturas fueron intertrocántéricas y se operaron el 79%. El 83% tenía algún antecedente personal patológico. Las complicaciones intrahospitalarias se vieron en un 28% de los pacientes y la mortalidad intrahospitalaria fue de 8,5%. Concluyeron que la fractura de cadera es una patología con morbimortalidad importante en el Hospital El Vigía y parece aumentar su riesgo con la edad.⁹

Negrete-Corona J, Alvarado-Soriano J, Reyes-Santiago. "Fractura de cadera como factor de riesgo en la mortalidad en pacientes mayores de 65 años. Estudio de casos y controles", México- DF. 2011. Hospital Regional "Lic. Adolfo López Mateos".Cuyo objetivo: fue determinar la asociación entre la fractura de cadera y la mortalidad en los pacientes mayores de 65 años de edad. Fue un estudio observacional de casos y controles de tipo longitudinal, retrospectivo, descriptivo y comparativo.

Se concluyó que la fractura de cadera es un factor de riesgo que se asocia con el índice de mortalidad en los pacientes mayores de 65 años de edad; nuestra población más susceptible de sufrir fractura de cadera y por lo tanto incremento en la mortalidad son los pacientes del género femenino. La principal causa de mortalidad es la sepsis, tiempo prolongado de hospitalización o una mala red de apoyo familiar. La edad donde se observó mayor índice de mortalidad fue la mayor de 90 años, está asociada a enfermedades crónico-degenerativas previas y la edad más susceptible a sufrir fractura de cadera fue de 80 a 89 años de edad. El paciente con fractura de cadera siempre deberá ser manejado con apoyo del médico internista y el geriatra y se debería manejar como una urgencia ortopédica, ya que se ha visto que el tiempo prolongado de hospitalización la demora en el tratamiento quirúrgico se ha asociado a mayores complicaciones y en el incremento de la mortalidad de los pacientes.¹⁰

López-Hurtado Felipe, Miñarro del Moral Rosa Maria, Arroyo Ruiz Verónica, Rodríguez-Borrego M, "Complicaciones presentadas en pacientes mayores de 65 años ingresados por fractura de cadera en un hospital andaluz de tercer nivel" Murcia-España. 2012. Cuyo objetivo fue conocer las complicaciones producidas en pacientes

adultos mayores de 65 años, ingresados en un hospital de tercer nivel durante el año 2012, fue un estudio descriptivo transversal, donde se obtuvo que la presencia de las complicaciones durante el periodo de hospitalización de pacientes ancianos ingresados por fractura de cadera se relaciona con el sexo masculino, edad avanzada, demora quirúrgica y los porcentajes más altos de complicación se dieron en pacientes con tres comorbilidades asociadas como la Insuficiencia cardiaca congestiva, alteración de fluidos y electrolitos corporales y anemia.²

2.2. Marco Conceptual

2.2.1 Concepto de fractura de cadera.

Consiste en la pérdida de continuidad normal de la sustancia ósea en el extremo proximal del fémur. Se denomina fractura de cadera a la fractura del cuello del femoral, (hueso del muslo) de la articulación de la cadera. Las articulaciones son las áreas donde se encuentran dos o más huesos. La articulación de la cadera es la articulación en forma de "bola y cavidad" donde se unen el fémur y la pelvis. La bola de la articulación de la cadera es la cabeza del fémur y la cavidad es un hueso de la pelvis con forma de taza que se denomina acetábulo. La fractura de cadera es una lesión muy seria y requiere de atención médica inmediata.¹¹

A medida que el ser humano envejece, la parte interna de los huesos se vuelve porosa por una pérdida de calcio, conocido como pérdida de masa ósea. Con el tiempo, esto debilita los huesos y hace que tengan más probabilidades de quebrarse. Las fracturas de cadera son más comunes en las mujeres porque tienen una masa ósea menor por naturaleza y pierden masa ósea más rápido que los hombres.¹²

2.2.2 Clasificación y tipos de fracturas.

Existen muchos subtipos de fracturas que afectan la articulación de la cadera. Las siguientes cuatro fracturas de fémur proximal se conocen comúnmente como fractura de cadera. Las diferencias entre ellas son importantes por cada uno recibe un tratamiento diferente.

1. **Fractura intertrocantérica:** denota una fractura en que la línea de rotura ósea esta entre el trocánter mayor y el trocánter menor, a lo largo línea intertrocanterica. Es el tipo más común de fractura de cadera y el pronóstico de curación es generalmente bueno si el paciente es saludable. Son las más frecuentes y habitualmente ocurren en pacientes de mayor edad. Se caracteriza por ser fracturas extracapsulares que rara vez comprometen la irrigación de la cabeza del fémur.
2. **Fracturas del cuello femoral:** (conocida también como cuello del fémur, fractural subcapital o intracapsulares) denota una fractura al lado de la cabeza femoral a nivel del cuello, entre la cabeza y el trocánter mayor. Estas fracturas tienen una propensión a dañar el suministro de sangre a la cabeza femoral, potencialmente causa necrosis avascular. El tratamiento de este tipo de fractura en jóvenes es la reducción anatómica abierta y fijación estable con tornillos, se puede presentar complicaciones como la no unión de la fractura y la necrosis avascular de la cabeza del fémur.
3. **Fractura de cabeza femoral:** indica aparición de una fractura de la cabeza del fémur. Esta suele ser resultado de traumatismo de alta energía y a menudo acompañan de una dislocación de la

articulación de la cadera, pueden asociarse a luxofractura, luxación de la cadera.

4. Fracturas subtrocantereas: Se localizan en el eje largo del fémur inmediatamente debajo del trocánter menor y se puede extender a la diáfisis del fémur, Están asociadas a gente bastante más joven, son producidas por traumatismos de alta energía. El mayor problema es que tiende a tener un retraso en su consolidación, por lo tanto, genera cierta dificultad en la forma de evaluar el tratamiento y con alguna frecuencia van a evolucionar con retardo de consolidación o a la pseudoartrosis.¹³

2.2.3 Epidemiología

La mayoría de las fracturas de cadera afecta a personas mayores de 60 años. La incidencia de estas fracturas aumenta con la edad, duplicándose por cada década a partir de los 50 años. Las personas caucásicas y asiáticas son más propensas a ser afectadas dado a que poseen una mayor tasa de osteoporosis. La osteoporosis (pérdida del tejido óseo) es una enfermedad que debilita los huesos y las personas que la padecen tienen más probabilidades de morir que una persona de la misma edad que no sufre de esta lesión. Cerca del 20 % de las personas que sufren una fractura de cadera mueren dentro de un plazo no mayor a un año luego de la lesión. Se estima que sólo 1 de cada 4 personas se recupera totalmente de una fractura de cadera. A medida que envejecen, las mujeres pierden entre un 30 % y 50 % de la densidad ósea (espesor). La pérdida ósea se acelera drásticamente luego de la menopausia, dado que se produce menos estrógeno. El estrógeno contribuye a mantener la densidad y la fortaleza del hueso.¹³

La causa más común entre personas de edad avanzada es una caída y un pequeño porcentaje de personas puede fracturarse la cadera en forma espontánea. En personas más jóvenes, esta lesión se produce como resultado de un accidente automovilístico, una caída desde gran altura o un trauma severo.

La fractura de cadera es más común en personas de edad avanzada porque los huesos se tornan más delgados y débiles debido a la pérdida de calcio que avanza con la edad, generalmente producida por la osteoporosis. Si una persona se cae, los huesos afectados por la osteoporosis tienen más probabilidades de quebrarse. La mayoría de las fracturas de cadera que sufren las personas de la tercera edad se producen al caerse caminando sobre una superficie plana, a menudo en casa. ¹⁴

Como parte del tratamiento la mayoría de las personas quedan hospitalizadas durante 1 o 2 semanas luego de sufrir este tipo de fractura y el período de recuperación puede ser largo e incluir la internación en un centro de rehabilitación. Las personas que podían vivir en forma independiente, generalmente necesitarán de la ayuda de cuidadores, de la familia o quizás hasta requieran de los servicios de un centro de cuidados a largo plazo. Una fractura de cadera puede derivar en la pérdida de la independencia, una reducción de la calidad de vida y depresión, especialmente entre personas de edad avanzada.

2.2.4 Etiología

La elevada incidencia de este proceso en el anciano, es multifactorial, siendo la osteoporosis el principal factor predisponente, y la caída el factor precipitante.

La osteoporosis es una enfermedad que afecta a los huesos y esta provocada por la disminución la masa ósea y produce cambios en la microarquitectura del hueso que condiciona un incremento del riesgo a fractura. A lo largo de la vida, la densidad mineral ósea se reduce, pudiendo llegar a un 58% en mujeres y a un 39% en varones siendo su medición un factor pronóstico de importancia para determinar la probabilidad de futuras fracturas. Su incidencia aumenta en forma paralela a la expectativa de vida, y es la causa más frecuente de fractura en personas mayores de 50 años.¹⁵

Factores de riesgo:

Un factor de riesgo es todo aquello que puede aumentar la probabilidad que tiene una persona de desarrollar una enfermedad, que puede tratarse de una actividad, de la alimentación, de los antecedentes familiares o de muchas otras cosas. La osteoporosis es la principal causa de la fractura de cadera. La edad también constituye un factor de riesgo importante y además, esta lesión incluye, entre otros, los siguientes factores de riesgo: Consumo excesivo de alcohol y cafeína, falta de actividad física, peso bajo, estatura alta, problemas en la visión, demencia, Medicamentos que producen pérdida ósea, fumador, entre otros. Finalmente existe un riesgo a caerse debido que e encuentra relacionado con enfermedades como la debilidad muscular, alguna discapacidad o una marcha inestable.¹⁵

2.2.5 Síntomas

Los síntomas más comunes de la fractura de cadera, aunque cada persona puede experimentar los síntomas de una forma diferente, podemos incluir los siguientes síntomas: Dolor intenso en la cadera

o en la zona pélvica, incapacidad para caminar o sostener el peso del cuerpo, presencia de hematoma o hinchazón. Se puede observar el pie rotado y se observa el miembro inferior afectado como si este fuera más corto. ¹⁴

Además de una historia clínica completa y un examen físico, los procedimientos de diagnóstico para una fractura de cadera podrían incluir lo siguiente:

- **Radiografía.** Es una prueba de diagnóstico que utiliza rayos de energía electromagnética invisibles para generar imágenes de tejidos internos, huesos y órganos en una placa radiográfica.
- **Imagen por resonancia magnética (IRM).** Es un procedimiento diagnóstico que utiliza la combinación de imanes grandes, radiofrecuencias y una computadora para producir imágenes detalladas de los órganos y las estructuras del interior del cuerpo.
- **Tomografía computada (también denominada TC o TAC).** Es un procedimiento de diagnóstico por imágenes que utiliza una combinación de radiografías y tecnología informática para producir imágenes horizontales o axiales (a menudo denominadas "planos") del cuerpo. Una TC muestra imágenes detalladas de las partes del cuerpo, incluidos los huesos, músculos, tejidos grasos y órganos. Las imágenes de una tomografía computarizada muestran muchos más detalles que una radiografía convencional.

2.2.6 Complicaciones

Las complicaciones provocadas por una fractura de cadera pueden ser graves o incluso poner la vida en peligro. La inmovilidad durante un periodo prolongado después de la cirugía, o si esta con la

tracción cutánea se tiene el riesgo de desarrollar trombosis venosa profunda (coagulo de sangre). Por lo general estos coágulos se producen en las venas de las piernas. Si el coagulo de la sangre se rompe y se desplaza al torrente sanguíneo podría obstruir un vaso sanguíneo en los pulmones. Esta obstrucción (se llama embolia pulmonar) puede ser mortal. ¹⁶

Otras complicaciones de la inmovilidad pueden ser:

- Úlceras por presión
- Neumonía
- Debilitamiento muscular o atrofia
- Infección del tracto urinario.
- Una vez operado el paciente pueden también producirse infección de la herida operatoria; deterioro mental posterior a la cirugía en pacientes de edad avanzada.

El proceso de envejecimiento no es una enfermedad, pero los cambios fisiológicos y farmacológicos que acompañan a la progresión de la edad pueden aumentar el riesgo de morbimortalidad perioperatoria.

2.2.7 Tratamiento

En la mayoría de casos el tratamiento quirúrgico es el indicado; permite una movilización precoz del paciente y una disminución de las complicaciones secundarias a un encamamiento prolongado (infecciones respiratorias, urinarias, trombosis venosa profunda, úlceras de decúbito, etc.). Este abordaje quirúrgico debe realizarse en las primeras horas tras el ingreso, en general antes de las 48 horas o tan pronto como sea posible, tras la estabilización de las condiciones médicas del paciente.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

El tratamiento quirúrgico intenta recuperar la función y la calidad de vida previa a la fractura, y sus buenos resultados dependerán de varios factores: la comorbilidad asociada (donde se incluyen las enfermedades sistémicas), la deambulación previa (autónoma o con ayuda) y el estado nutricional, así como una estabilización suficientemente estable para permitir la movilización e incorporación precoz del paciente a su estado basal previo a la cirugía.

El tipo de intervención quirúrgica (IQ) a la que son tributarios los pacientes con FC se decide en función de diferentes factores, tipo y severidad de la fractura, posibilidad de rehabilitación, condiciones del paciente (edad, expectativa de vida, comorbilidades) y experiencia y preferencia del cirujano. Según qué solución quirúrgica se escoja, se determinará el grado de agresividad sobre el paciente, el tiempo quirúrgico y la pérdida sanguínea peri operatoria que aumenta progresivamente en función de si se trata de una reducción abierta con fijación interna, con una hemiartroplastia o con una artroplastia total.¹⁷

ADULTO MAYOR

Según la OMS, las personas de 60 a 74 años son consideradas de edad avanzada; de 75 a 90 ancianos y las que sobrepasan los 90 se les denomina grandes longevos. A todo individuo mayor de 60 años se les llamara de forma indistinta persona de la tercera edad.

Afecciones comunes asociadas con el envejecimiento

Entre las afecciones más comunes de la vejes tenemos: pérdida de la audición, cataratas y errores de refracción, dolores de espalda cuello y osteoartritis; neumopatias obstructivas crónicas, diabetes,

depresión y demencia. Es más a medida que se envejece aumenta la probabilidad de experimentar varias afecciones al mismo tiempo.

La vejez se caracteriza por la aparición de varios estados de salud complejos que suelen presentarse solo en las últimas etapas de la vida al cual se le denomina síndrome geriátrico. Por lo general son consecuencia de múltiples factores subyacentes que incluyen entre otros los siguientes: fragilidad, incontinencia urinaria, caídas, estados delirantes y úlceras por presión.¹⁸

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON FRACTURA DE CADERA.-

Los cuidados de enfermería, son las diversas acciones que un enfermero debe realizar a pacientes con fractura de cadera, sus características dependerán del estado y la gravedad del sujeto, los cuidados están encaminados a proporcionar la mejor calidad, observar la aparición de complicaciones que pudieran agravar su estado de salud, alivio del dolor, proporcionar el apoyo necesario para el autocuidado y restablecimiento de la autodependencia.¹⁹

La ejecución de un plan de cuidados es esencial, teniendo en cuenta, el Proceso de Atención de Enfermería ya que es una herramienta propia del que hacer de enfermería se basa en sólidos conocimientos científicos, humanísticos y valóricos permitiendo brindar una atención holística, eficiente y de calidad, en el cuidado del paciente con fractura de cadera.

Las intervenciones de enfermería en estos pacientes se centran en el: Alivio del dolor a través de la administración de analgésicos, colocación de la tracción cutánea, una adecuado posición, prevención de las úlceras por presión a través de la valoración de la piel, grado de riesgo para desarrollar lesiones por presión, para lo cual, se mantiene el cuidado de la piel realizando un adecuada higiene de la piel, lubricación de la misma, cambios posturales,

protección de zonas de presión, uso de almohadas, colchones neumáticos, etc.

Por otro lado se deberá establecer una adecuada interacción con el paciente y familia, procurando que el paciente verbalice sus temores respecto a la intervención quirúrgica, estableciendo un programa de educación al paciente y familiar para lograr una adecuada participación en su recuperación, dicho programa incluye la educación en la realización de ejercicios respiratorios, activos y pasivos, el uso adecuado del marco balcánico, como el objetivo del mismo. 12

2.2.8 Teoría de Enfermería

La teoría de Virginia Henderson define a la salud, como la capacidad del individuo para funcionar con independencia en relación con las catorce necesidades básicas, similares a las de Maslow. Siete están relacionadas con la fisiología (respiración, alimentación, eliminación, movimiento, sueño y reposo, ropa apropiada, temperatura). Dos con la seguridad (higiene corporal y peligros ambientales). Dos con el afecto y la pertenencia (comunicación y creencias). Tres con la autorrealización (trabajar, jugar y aprender). Establece la necesidad de elaborar un Plan de Cuidados de Enfermería por escrito, basándose en el logro de consecución de las 14 necesidades básicas y en su registro para conseguir un cuidado individualizado para la persona.²⁰

En el paciente con fractura de cadera identificar estas necesidades es de vital importancia, es un paciente postrado con gran limitación e incapacidad para satisfacer necesidades básicas como son higiene, confort y alimentación, entre las principales; de ahí que las acciones están dirigida, a la satisfacción de estas necesidades, en

coordinación con el personal técnico se planifica el baño del paciente, valora e interviene en la necesidad de eliminación ya que con frecuencia presentan estreñimiento, e impactación fecal, su necesidad de alimentación es también satisfecha, ya que muchas veces los pacientes por sus factores de comorbilidad presentes como secuelas de ACV, o que no pueden comer por si solos.

La teoría del Autocuidado de Dorotea Orem, esta conformada por tres teorías: La del Autocuidado, la del déficit del Autocuidado y la teoría de los sistemas de Enfermería en la cual identifica tres tipos de sistemas: Totalmente compensatorio (Realizar una acción por el paciente), Parcialmente compensatorio (Ayudar al paciente a realizar una acción por si mismo), Asistencial-Educativo (Enseñar al paciente como realizar una acción por si mismo y recalcar el importante papel que desempeñan las enfermeras en el diseño del cuidado enfermero).

Sabemos que estos pacientes presentan un déficit en su autocuidado, son dependientes, no pueden satisfacer por si solos sus necesidades básicas relacionadas a la higiene, confort, alimentación, debido a que fractura de cadera limita la movilización, la marcha y la de ambulación. El estado de postración obligado, convierte a dichos pacientes en dependientes, por tanto la intervención se realiza mediante la aplicación del sistema totalmente compensatorio, es decir la realización la higiene y confort del paciente, satisfacción de la necesidad de eliminación y alimentación, a través del baño en cama, dieta asistida recordemos que son en su mayoría adultos mayores que no pueden comer solos por limitaciones funcionales propias de su envejecimiento y/o limitación por secuelas de morbilidades (ACV), protección de la piel en general y principalmente del miembro fracturado, utilizando protectores cutáneos, dispositivos

de prevención como colchones antiescaras, rodetes, piel de carnero en zonas de presión (Sacro).

También se aplica el sistema Asistencial-Educativo, a través del cual se prepara al paciente y familia sobre los cuidados que deberán realizar en casa en relación al cuidado de la piel, ejercicios isométricos, como trasladarlo de la cama al sillón, el uso del andador, coordinando con el familiar y el terapeuta físico así como la nutricionista para una dieta adecuada, y lograr el apoyo y colaboración del familiar en su recuperación.

En el presente informe de experiencia profesional sobre la intervención de enfermería al paciente con fractura de cadera se aplicaron dos teorías de enfermería que pretenden describir, establecer y examinar los fenómenos que conforman la práctica de la enfermería general.

Las teorías de enfermería que se aplica se basan en los modelos de suplencia y ayuda, para realizar las acciones que la persona no puede llevar a cabo en un momento de su vida, acciones que preservan la vida, fomentando ambas el autocuidado por parte de la persona, así como el modelo de identificación de las necesidades del paciente.

En base a lo dicho anteriormente en la atención de pacientes con fractura de cadera se aplica la teoría de Virginia Henderson y Dorothea Orem, para Virginia Henderson el individuo o persona necesita de la asistencia para alcanzar una salud e independencia o para morir con tranquilidad y considera a la familia y a la persona como una unidad. Influye por el cuerpo y por la mente.

Estos dos modelos el de Dorothea Orem y Virginia Henderson, sirve ayuda en el trabajo con pacientes que presentan fractura de cadera

el cual se conceptualiza así mismo como una persona dependiente en todo momento, pierde la confianza en sí mismo, siente como su estado de salud afecta su entorno familiar y social al considerarse una carga para sus familiares, y espiritual al establecer que su caída se debe a un acto de Dios por un castigo.

la inmovilidad que presenta por esta lesión a nivel ósea lo convierte en un ser susceptible a presentar muchas complicaciones el paciente con fractura de cadera necesita un plan de cuidados de enfermería que se basa en un modelo de suplencia, por lo que se ha decidido aplicar la teoría de Virginia Henderson, al considerar al ser humano como un ser biopsicosocial con necesidades que trata de cubrir de forma independiente según sus hábitos, cultura, etc.

El ser humano cuenta con 14 necesidades básicas: Respirar, comer y beber, evacuar, moverse y mantener la postura, dormir y descansar, vestirse y desnudarse, mantener la temperatura corporal, mantenerse limpio, evitar los peligros, comunicarse, ofrecer culto, trabajar, jugar y aprender; y la de Dorothea Orem al buscar que el paciente con fractura de cadera participe en su autocuidado buscando continuamente su participación durante su hospitalización, ello ayuda a un cambio sobre su propia percepción.

Así mismo también se tomó como orientación la teoría de Callista Roy quien establece la Teoría adaptativa, para lograr que el paciente enfrente los factores estresores y poder adaptarse a su nueva situación y lograr un equilibrio adaptativo entre la enfermedad y el medio ambiente y a su situación de salud por la que atraviesa el paciente.

2.3 Definición de términos

- **Experiencia:** conocimiento de la vida adquirida por las circunstancias o situaciones vividas.²¹
- **Cuidado:** está vinculada a la preservación o a la conservación de algo o a la asistencia o ayuda que se brinda a otro ser vivo.
21
- **Cuidados de Enfermería:** son diversas acciones que un enfermero debe dedicar a sus pacientes ²²
- **Fractura.-** Consiste en la interrupción de la continuidad del hueso, y se define según su tipo y magnitud. Puede producirse por golpes directos, fuerzas aplastantes, movimientos repentinos de torsión e incluso contracciones musculares muy intensas.²³
- **Fractura de Cadera.-** Es la pérdida de continuidad normal de la sustancia ósea en el extremo proximal del fémur. Puede ser una fractura por fragilidad, debido a una caída o un traumatismo menor, en una persona con osteoporosis.²³
- **Adulto Mayor:** o de la tercera edad es un término antropo - social que hace referencia a las últimas décadas de la vida, en la que uno se aproxima a la edad máxima que el ser humano puede vivir ²⁴

III. EXPERIENCIA PROFESIONAL

3.1 Recolección de Datos

La recolección de datos se realizó de dos formas la primera en base a la bibliografía existente acerca de las complicaciones de las fracturas de cadera, Investigaciones a Nivel Internacional y Nacional y Local. Así mismo otra fuente de recolección de datos fue el consolidado de producción del servicio de traumatología de los años 2013 al 2015, otorgado por la división de estadísticas e informática del HNERN y el libro de ingresos del servicio.

3.2 Experiencia Profesional

El servicio de Traumatología y Reemplazos Articulares 9no. "C", es un servicio que pertenece al área de cirugía y especialidades la cual cuenta con 39 camas que están al servicio de los pacientes que ingresan con diferentes patologías traumatológicas, que requieren asistencia quirúrgicas.

El servicio está conformado por un Médico Jefe, la enfermera Jefa y 13 médicos de la especialidad, 15 enfermeras asistenciales, 13 técnicos de enfermería, una nutricionista, una trabajadora social y un psicólogo, los cuales brindan cuidado directa al paciente y familia que llegan al servicio de diferentes formas, ya sea por consultorio externo, que son aquellos pacientes que ingresan para una cirugía programada (coxartrosis) y los que ingresan de emergencias (fracturas de cadera, tobillo, tibia-peroné, humero y complicaciones infecciosas de prótesis). Pacientes que deberán ser sometidos a una intervención quirúrgica de osteosíntesis y/o reducción abierta o fijación interna según la necesidad o de prótesis de cadera. Brindando así los cuidados de Enfermería en el Pre y post-operatorio mediato e

inmediato desde la perspectiva de su misión centrada en brindar un cuidado integral con calidad, calidez y eficiencia para mantener saludables a nuestros asegurados, la cual obedece a la Visión Institucional: "Hacia un servicio asistencial centrado en el asegurado que supere sus expectativas y mejore su bienestar". Dichos cuidados están dirigidos no solo a la parte física sino también se enfatiza el área psicosocial, teniendo como sustento la aplicación del método científico en el Proceso del Cuidado.

Durante el desarrollo del ejercicio profesional en el área de traumatología pude experimentar la implicancia que tiene el cuidado de enfermería en pacientes con fractura de cadera observando que el 70% presentaron problemas producto del reposo prolongado tales como: infecciones del tracto urinario, úlceras por presión (UPP), neumonías intrahospitalarias, íleo paralítico, obstrucción intestinal, inapetencia fecal entre otras, para ello se establecieron protocolos de intervención para dichas complicaciones como hojas de valoración de riesgo de Úlceras por presión, medidas preventivas de úlceras, protocolo de curación de UPP según grado de lesión, además del uso de marco balcánicos en las camas para la movilización de los pacientes, se educa al paciente sobre los ejercicios respiratorios, uso de espirómetro de incentivo, nebulizaciones, ejercicios activos y pasivos en coordinación con el personal de terapia física, se mantiene en todo momento coordinación con la nutricionista acerca de la dieta con residuos y la vigilancia permanente sobre la eliminación del paciente, entre otras actividades que contribuyen a que disminuyan dichas complicaciones en el paciente con fractura de cadera

Para el desarrollo de las intervenciones asistenciales se aplicó el Proceso de Atención de Enfermería, a fin de dar el rigor científico que

toda intervención de enfermería requiere, brindando así cuidados a pacientes con fracturas de cadera. La población objetivo es en su gran mayoría es adultos mayores que requieren un mayor cuidado oportuno con el fin de prevenir complicaciones producto de su estancia hospitalaria y problemas propios de su edad, ya que ellos son más frágiles de presentar Neumonía, úlceras por presión, obstrucción intestinal, etc., e incluso la muerte.

Durante el ejercicio profesional, desarrollo las siguientes funciones:

Función asistencial. - En la que se ha brindado cuidado de enfermería en forma directa al paciente y teniendo en cuenta a la familia. Esta función nos permite realizar acciones durante la estancia hospitalaria en el pre y post – operatorio inmediato y mediato hasta cuando el paciente sale de alta. Para el desarrollo de dicha función se ha hecho uso del Proceso de Atención de Enfermería, teniendo en cuenta las necesidades y/o problemas bio-psicosociales del paciente, como parte del tratamiento, recuperación y rehabilitación. El cuidado que se da es en forma oportuna, eficaz personalizada, humanizada, continua y eficiente de acuerdo a los estándares definidos. En dicha función se ha tomado muy en cuenta mediante la aplicación del proceso de interacción Enfermera – Paciente no solo la preparación física y psicológica del paciente programado para procedimiento médico-quirúrgicos y de apoyo al diagnóstico, así mismo la ejecución de los diferentes procesos de atención de acuerdo al manual establecido por el departamento de enfermería.

Función Administrativa. - Esta función fue desarrollada una o dos veces al año en forma continua y permanente. Son actividades de coordinación, relacionadas a interconsultas, programación de sala de operaciones, tramites de alta e ingreso de pacientes y engloba aspectos administrativos como la participación en la recepción al

paciente y asignación de su unidad, brindando el cuidado inmediato cumpliendo con el protocolo del servicio. Participación durante la visita médica y proporcionar apoyo en los procedimientos médicos especializados, curaciones, colocaciones de yesos entre otros.

Función Educativa. - Esta función es realizada constantemente a través de la educación que se brinda al paciente y familia, desde su ingreso hasta el alta, además en el servicio de traumatología se lleva acabo el programa de familiar acompañante donde cada semana una la enfermera es la responsable de desarrollar temas educativos dirigidos a lograr la participación del familiar y prepararlos para el cuidado del paciente en el hogar.

Función Investigación. - En el servicio se cuenta con el Programa de Educación continua, donde participe en la presentación de casos clínicos, elaboración de Protocolos, Guías de atención de Enfermería a pacientes con problemas osteoarticulares, los que nos permite disminuir las complicaciones en el paciente con fractura de cadera, además se realiza monitoreos de (UPP, seguridad e identificación del paciente, administración de medicamentos, entre otros), estudios donde se tiene que revisar diferentes citas bibliográficas, estudios de investigación, por lo que realiza investigación en forma indirecta.

3.3. Procesos realizados en el tema del informe.

EDUCACIÓN DE ENFERMERÍA. - Durante este proceso, la educación estuvo dirigida a la preparación del paciente para la etapa operatoria, a lograr que internalice su participación en dicha etapa, como por ejemplo a través de la enseñanza de ejercicios pasivos y activos, manejo de los dispositivos traumatológicos como son el uso del marco valcánico, ejercicios respiratorios y el cuidado de la piel, así como su

participación en el post-operatorio inmediato y mediato, es necesario mencionar que, si el paciente por efectos de su estado cognitivo presenta desorientación, agitación entre otros estados de conciencia, mi trabajo esta dirigido al familiar o acompañante directo para que colabore en el cuidado y prevenir complicaciones como las neumonías, úlceras por presión. Los principales temas que se consideran en dicho proceso son: Cuidados de la piel, satisfacción de la necesidad de alimentación, hidratación y eliminación, uso de dispositivos traumatológicos entre otros. La educación también va dirigida en lo referente a trámites documentarios que deberá realizar como por ejemplo depósitos de sangre, horarios de visita entre otros, referencia a los diferentes policlínicos, así como los cuidados que deberán realizar en el hogar.

CUIDADO DE LA PIEL.- El paciente adulto mayor como resultado de su diagnostico de fractura de cadera, presenta un estado de postración, que le impide la movilización y si a esto se suma la presencia de incontinencia urinaria y/o fecal, desnutrición y/o deshidratación, entre otros; existirá el riesgo del deterioro cutáneo, así mismo la presencia de la tracción de partes blandas como parte del tratamiento durante el preoperatorio, impide la valoración de la piel en forma diaria, pudiendo presentarse flictenas, lo que incrementara el riesgo de complicaciones. Por tanto, las intervenciones están dirigidas a la prevención a través de la valoración de la piel para prevenir UPP, aplicando la escala de Norton para valorar el riesgo del paciente a desarrollar dicha complicación, considerado como una de las cinco alertas de la seguridad del paciente. Así mismo se aplica la hoja de prevención en la que se describe el tipo de actividades aplicadas para el cuidado de la piel y los insumos aplicados para la prevención del deterioro cutáneo.

Se realiza el cuidado y protección de la piel haciendo uso de diferentes dispositivos y productos farmacológicos (Protectores cutáneos, apósitos interactivos, cremas humectantes, entre otros).

SATISFACCIÓN DE NECESIDADES BÁSICAS.- Para el desarrollo de este proceso se aplica la teoría de Virginia Henderson y la de Dorotea Orem, ya que el paciente con fractura de cadera no puede satisfacer diferentes necesidades, por tanto primero se identifica las necesidades afectadas como la de higiene y confort, hidratación, alimentación, eliminación, movilidad, como las principales, las mismas que no pueden ser satisfechas por el propio paciente por lo que el personal de enfermería (Enfermera y Técnico de enfermería), habrá de suplir al paciente asumiendo el rol Totalmente compensatorio, al realizar una acción que el paciente debería de realizar como: El baño, ayudar a eliminación si existe estreñimiento, durante el preoperatorio mediano y parte del post-operatorio inmediato, para luego asumir el parcialmente compensatorio es decir ayudar al paciente a levantarse, a moverse en su unidad, asociado a esto el rol Asistencial-Educativo, enseñándole a usar el andador, a levantarse al sillón, a cuidar la herida operatoria, de esta forma aplico las dos teorías de enfermería, que guían mi actuar.

PREVENCIÓN DE COMPLICACIONES RESPIRATORIAS, CIRCULATORIAS, INFECCIOSAS. - Para la prevención de complicaciones respiratorias, se aplica la fisioterapia respiratoria haciendo uso de dispositivos como el inspirómetro de incentivo, ejercicios respiratorios, nebulizaciones y la valoración permanente de signos y síntomas como: Hipertermia, tos, permanente, dificultad respiratoria entre otros y para circulatorias especialmente la trombosis venosa profunda, se realiza la movilización del paciente, pero simultáneamente por indicación médica se administra enoxaparina,

anticoagulante de elección. Así mismo si el paciente es portador de sonda foley se aplican cuidados para evitar el reflujo urinario y prevenir así las infecciones urinarias, y estar siempre alerta acerca del cambio oportuno de dicho dispositivo invasivo.

MANTENIMIENTO DE LA HIDRATACIÓN DEL PACIENTE. - Para lo cual es necesario valorar el estado de hidratación de piel y mucosas, se establecerá dentro del plan de cuidados, la administración de líquidos orales en forma programada, teniendo en cuenta las necesidades hídricas del paciente. Vigilando permanentemente de la ingesta de líquidos y realizando el registro de cantidades a través de un balance hídrico permanente, veraz y oportuno.

IV. RESULTADOS

TABLA N° 4.1

**NUMERO DE FRACTURAS DE CADERA SEGÚN LOS
AÑOS 2013 AL 2015 – 9no. “C” TRAUMATOLOGIA
HNERM – 2016**

AÑOS	No. De Fracturas de Cadera	%
2013	384	38%
2014	290	29%
2015	348	34%
TOTAL	1022	100.00%

**Fuente: Servicio 9no. “C” Traumatología - HNERM –
ESSALUD – 2016.**

En el grafico No. 4.1, se observa que durante los años 2013 al 2015 se han presentado 1022 casos de fracturas de cadera, siendo el mayor incremento de casos en el año 2013, 384 casos (38%), seguido del año 2015 con 348 casos (34%).

TABLA N°. 4.2

**NUMERO DE FRACTURAS DE CADERA
SEGÚN GRUPO ETAREO AÑOS 2013 AL 2015
9no. "C" TRAUMATOLOGIA - HNERM**

NUMERO DE FRACTURAS DE CADERA SEGÚN GRUPO ETAREO	AÑOS			TOTAL	%
	2013	2014	2015		
Menos de 65 años	25	15	9	49	5%
Mas de 65 años	323	288	375	986	95%
TOTAL	348	303	384	1035	100%

Fuente: Servicio 9no. "C" Traumatología - HNERM – ESSALUD

En el grafico N°4.2, se observa que la incidencia de fracturas de cadera durante los años del 2013 al 2015 se presenta con mayor frecuencia en personas mayores de 65 años debido a la coexistencia de factores que favorecen las caídas (debilidad muscular, dificultad para la marcha, déficit visual, etc.) con un total de 986 casos equivalente al 95% y menores de 65 años con 49 casos que equivale a un 5%.

TABLA N° 4.3

**NUMERO DE FRACTURAS DE CADERA SEGÚN SEXO EN
MAYORES DE 65 AÑOS DURANTE LOS AÑOS 2013 AL 2015
9no. "C" TRAUMATOLOGIA HNERM**

NUMERO DE FRACTURAS DE CADERA SEGÚN SEXO EN MAYORES DE 65 AÑOS	AÑOS			TOTAL	%
	2013	2014	2015		
FEMENINO	234	217	286	737	75%
MASCULINO	89	71	89	249	25%
TOTAL	323	288	375	986	100%

Fuente: Servicio 9no. "C" Traumatología - HNERM – ESSALUD – 2016.

En el Grafico N° 4.3 se aprecia que durante los años 2013 al 2015 se han presentado un total de 737 (75%) casos de fracturas de cadera en el sexo femenino, atribuibles en muchos casos a la elevada prevalencia de osteoporosis, mientras que en el sexo masculino solo se presentaron 249 casos (25%).

TABLA N°. 4.4
MORTALIDAD POR FRACTURAS DE CADERA EN
MAYORES DE 65 AÑOS DURANTE LOS AÑOS 2013 AL 2015
9no. "C" TRAUMATOLOGIA HNERM

AÑOS	Mortalidad por Fractura de Cadera en mayores de 65 años	%
2013	13	43%
2014	8	26%
2015	9	30%
TOTAL	30	100.00%

Fuente: Servicio 9no. "C" Traumatología - HNERM – ESSALUD

En el Grafico N° 4.4 se aprecia que durante los años 2013 al 2015 se han presentado un total de 30 (100%) casos de fallecidos por complicaciones de las fracturas de cadera en adultos mayores de 65 años, siendo el mayor numero de casos durante el año 2013 con 13 casos que equivale a un (43%), seguido de 9 (30%) casos durante el año 2015. Podemos concluir que la atención brindada ha sido más eficaz y eficaz, donde se encuentra inmerso el cuidado que brinda el profesional de Enfermería.

TABLA N°. 4.5

**NUMERO DE COMPLICACIONES EN PACIENTES CON
FRACTURAS DE CADERA DURANTE LOS AÑOS 2013 AL 2015
9no. "C" TRAUMATOLOGIA HNERM**

NUMERO DE COMPLICACIONES EN PACIENTES CON FRACTURAS DE CADERA	AÑOS					
	2013	%	2014	%	2015	%
INFECCIONES RESPIRATORIAS - NEUMONÍA	40	52	42	72	65	75
OTRAS SEPTICEMIAS (INFECCIÓN URINARIA)	25	32	12	21	20	23
ÍLEO PARALITICO – OBSTRUCCIÓN INTESTINAL	12	16	4	7	2	2
TOTAL	77	100	58	100	87	100

Fuente: Servicio 9no. "C" Traumatología - HNERM – ESSALUD

En el Grafico N° 4.5 se aprecia que durante los años 2013 al 2015 se han presentado diferentes complicaciones asociadas a las fracturas de cadera, donde se identifica que el mayor número de complicaciones fueron las infecciones respiratorias cuyo mayor número de casos se registraron en el año 2015 con 65 casos (75%) de los 87 casos presentados, mientras que las infecciones urinarias, fue el segundo tipo de complicación con 67 casos (100%), registrándose el mayor número de casos durante el año 2013 con 25 (32%). Por lo que podemos concluir que las intervenciones de Enfermería deberán estar dirigidas principalmente a la prevención de problemas respiratorios, como por ejemplo la fisioterapia respiratoria.

V. CONCLUSIONES

- A. De acuerdo a la información recolectada y revisada durante la elaboración de dicho informe durante los años 2013 al 2015, se han registrado 1022 de casos de fractura de cadera, de los cuales el mayor número de casos se han presentado en el año 2013 con 384 (38%). La mayor incidencia se presenta en el grupo etéreo de mayor de 65 años con 986 (96%) casos y en el sexo femenino con un total de 737 casos (75%).
- B. La educación a la familia del paciente con fractura con cadera contribuyo a disminuir el proceso de desadaptación y el nivel de ansiedad, al facilitar la participación de la familia en el cuidado del paciente, a través de la aplicación de la teoría de Calista Roy.
- C. La complicación más frecuente en pacientes con fractura de cadera en un 50% es debida a infecciones urinarias y un 40% por problemas respiratorios (neumonías, insuficiencias respiratorias), en la que la intervención de enfermería es vital, a través de actividades de prevención.
- D. Es de gran importancia contar con enfermeras especialistas en cuidados traumatológicos para el cuidado del paciente con fractura de cadera, para poder intervenir eficaz, eficiente y oportunamente las respuestas humanas que surjan de esta afección.

VI. RECOMENDACIONES

- A. Al Departamento de Enfermería Promover e Implementar un comité de investigación que permita mejorar el proceso del cuidado al paciente con fractura de cadera.

- B. A la Jefatura de Enfermería consolidar y mantener la sostenibilidad del Programa de Familiar acompañante en los servicios de traumatología.

- C. Al Personal de Enfermeras continuar con el fomento y desarrollo de actividades educativas dirigidas a lograr la participación activa del paciente traumatológico y familia, en el Proceso del Cuidado Enfermero, y la prevención de complicaciones.

VII.- REFERENCIALES

1. Organización Mundial de la Salud- OMS, Estadísticas de las Fracturas de Cadera, [Consultado el 17-04-16], disponible en www.oms.gob.pe
2. López-Hurtado F, Miñarro del Moral R, Arroyo Ruiz V, Martínez-Ruiz, Rodríguez M, "Complicaciones presentadas en pacientes mayores de 65 años ingresados por fractura de cadera en un hospital andaluz de tercer nivel" – 2012, Murcia-España – Revista Enfermería Global Vol. 14, No. 40 – Murcia-España, Octubre 2015, [Consultado el 20-04-16], disponible en: <http://isciii.es/pdf/eg/v14n40/>
3. Gutiérrez, R López García, R Romero, A y colaboradores. "Mortalidad de Pacientes con Fractura de Cadera a cinco años de evolución en el Hospital Regional General Ignacio Zaragoza", España, 2013. [Consultado el 17-11-16]. Disponible desde: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=47326333005>
4. Juste Lucero, Marta "Mortalidad Asociada a la fractura de cadera del paciente anciano" – Barcelona – España. 2012.
5. MEDISAN vol. 16 n° 2 Santiago de Cuba febrero – 2012
6. EsSalud, "Fracturas en el Perú", [Consultado el 10-04-16], disponible en: www.EsSalud.gob.pe

7. Palomino, L. Ramírez, R. Vejarano, L. Ticse, R. "Fractura de Cadera en el Adulto Mayor: La Epidemia ignorada en el Perú". Lima-Perú, 2013. [Consultado el 18-10-16]. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1728-59172016000100004&script=sci_arttext
8. Zavaleta-Araujo, W. "Estado Civil y Procedencia como Factores de Riesgo Sociodemográficos Asociados a Fractura de Cadera en el Adulto mayor. Hospital Docente de Trujillo, Enero 2004 a Diciembre 2011, Trujillo-Perú, 2014. [Consultado el 24-09-16]. Disponible en: <http://dspace.unitru.edu.pe/handle/UNITRU/392>
9. Méndez, O. Medina, M. Avid, J. "Perfil de Pacientes con Fractura de Cadera. Hospital El Vigía"- Republica de Panamá – Panamá, 2011. [Consultado el 19-10-16]. Disponible desde: http://www.revistamedicocientifica.org/index.php/rmc/article/viewFile/309/pdf_27
10. Negrete-Corona, J Alvarado-Soriano, J Reyes-Santiago, L "Fractura de Cadera como Factor de Riesgo en la Mortalidad en Pacientes mayores de 65 años. Estudio de Casos y Controles. Hospital Regional "Lic. Adolfo López Mateos" – México. [Consultado el 19-10-16]. Disponible desde: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2306-41022014000600003
11. Baily R, Ellen y Colaboradores, "Manual de la Enfermería", Ed. Océano – Centrum, Barcelona-España, 2006.
12. Fracturas de Cadera, [Consultado el 26-04-16] disponible en: www.smo.edu.mx/consulta/descargas/cadera05_fracturas_cadera.pdf

13. Pinheiro, P. "Fractura de Cadera–Causas, Síntomas y Tratamiento". [Consultado el 19-08-16], disponible en: <https://www.mdsau.de.com>
14. Internet <https://www-mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/hip-fracture/symptoms-causes/syc-20373468>
15. Delgado Morales Juan, Adelaida García y Otros. Revista Cubana de Reumatología. "osteoporosis, caídas y fractura de cadera. Tres eventos de repercusión en el anciano" vol XV, N°1 enero – abril 2013.
16. wwwsmo.edu.mx/consulta/descargas/caderaos-fractura-cadera.pdf.
17. Muñoz M, Ruiz-González C, Vidal M, Vozmediano S, "Protocolo de Cuidados de Enfermería en la Fractura de Cadera". [Consultado el 18-04-16], disponible en: www.gapllano.es/enfermeria/
18. Artículo de la OMS internet. OMS/envejecimiento y salud. www.who/mediacentre/factsheets/fs4041
19. Marriner A., Modelos y Teorías de Enfermería. Barcelona – España, ed. 5ta. Editorial Mosby, 2005.
20. Bulechek, G y colaboradores. "Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC)", sexta edición Madrid - España, Ed. Elsevier España, S. A., 2014.

21. Diccionario Practico del Estudiante de la Real Academia Española.. Tercera edición mayo- 2015

22. ESPINO, Susana, "El Cuidado de la Salud y el Significado para Enfermería", separata presentada en el marco del desarrollo del programa de Educación Permanente para la Recertificación de Enfermeras del Proyecto de Fortalecimiento de la Práctica de Enfermería para el logro de la Calidad del Cuidado– PROFOPEC, CEP. 2004.

23. Brunner y Suddarth, Enfermería Medico Quirúrgica, Editorial Mc. Graw-Hill Interamericana, décima edición, 2004 – México.

24. Internet. Wikipedia. Tercera Edad- Wikipedia
<https://es.m.wikipedia-org>.

ANEXOS

INDICE DE ANEXOS

- Figura No. 01.- Identificando la Necesidad de Hidratación: "Valorando el estado de la piel del miembro afectado".
- Figura No.02.- Alineación Corporal de Miembro Fracturado", Aplicación del Sistema Totalmente Compensatorio: "Alineación Corporal de Miembro Fracturado"
- Figura No. 03.- Favoreciendo la Adaptación del Paciente al problema Traumatológico: "Colocación de Tracción Cutánea".
- Figura No. 04.- Aplicando el Sistema Parcialmente Compensatorio: "Ayudando al paciente a satisfacer la necesidad de alimentación"

FIGURA N° 01
IDENTIFICANDO LA NECESIDAD DE HIDRATACION
VALORACION DE LA PIEL DE MIEMBRO AFECTADO



Fuente: Elaboración Propia - 2016

FIGURA N° 02
APLICANDO EL SISTEMA TOTALMENTE COMPENSATORIO
ALINEACIÓN CORPORAL DE MIEMBRO FRACTURADO.



Fuente: Elaboración Propia - 2016

FIGURA N° 03
FAVORECIENDO LA ADAPTACION DEL PACIENTE AL
PROBLEMA TRAUMATOLOGICO
COLOCACION DE TRACCION CUTANEA



Fuente: Elaboración Propia – 2016

FIGURA N° 04
APLICANDO EL SISTEMA PARCIALMENTE COMPENSATORIO
AYUDANDO AL PACIENTE A SATISFACER SU NECESIDAD DE
ALIMENTACION



Fuente: Elaboración Propia - 2016